OBSERVATORIO DE SALUD
EN ASTURIAS

ESTRATEGIA NACIONAL DE CARDIOPATIA ISQUÉMICA

EVALUACION, ASTURIAS, 2012

Dirección General de Salud Pública

Este proyecto ha sido financiado a cargo de los fondos para la cohesión territorial 2011 del Ministerio de Sanidad y Política Social que fueron aprobados en el CISNS, como apoyo a la implementación a la Estrategia Nacional de Salud de Cardiopatía Isquémica del Sistema Nacional de Salud

Autores: Mario Margolles Martins, Eva García Fernández
(en los capítulos de determinantes de salud han participado **Ignacio Donate** y **María del Pilar Alonso**)
Dirección General de Salud Pública
Consejería de Sanidad
Observatorio de la salud en Asturias
2012

INDICE:

- **EVALUACION DE LA ESTRATEGIA NACIONAL DE CARDIOPATIA ISQUÉMICA**
- **CONTEXTO**
- **EVALUACIÓN**

1. DETERMINANTES DE SALUD:

1.1. INDICADORES DE ENTORNO FÍSICO:

1.1.1.1. Contaminación del aire: (calidad ambiental del aire)

1.1.1.2. Calificación del entorno medioambiental

1.1.1.3. Equipamiento de la vivienda habitual:

1.1.3.1. Superficie útil de la vivienda
1.1.3.2. Dotación de la vivienda habitual

1.1.4. Exposición al humo de tabaco

1.2. INDICADORES DE ENTORNO SOCIOECONÓMICO:

1.2.1. Nivel educativo

1.2.2. Situación laboral:

1.2.2.1. Situación laboral
1.2.2.2. Situación de empleo
1.2.2.3. Satisfacción con el empleo actual
1.2.2.4. Preocupación por pérdida de empleo
1.2.2.5. Ocupación

1.2.3. Clase social

1.2.4. Apoyo y cohesión social:

1.2.4.1. Autopercepción de la vida social
1.2.4.2. Personas con las que puede hablar (persona confidente)
1.2.4.3. Relaciones sociales en el último mes
1.2.4.4. Ayuda recibida para el cuidado de menores y dependientes
1.2.4.5. Convivencia

1.3. INDICADORES DE CONDUCTAS Y ESTILOS DE VIDA:

1.3.1. Actividad física:

1.3.1.1. Ejercicio físico

1.3.1.2. Práctica de ejercicio físico o actividad deportiva en el tiempo libre
1.3.1.3. Frecuencia con la que se ha practicado ejercicio físico en el último mes
1.3.1.4. Ejercicio físico en población infantil:

1.3.2. Descanso, sueño:

1.3.2.1. Horas de sueño
1.3.2.2. Descanso en el sueño
1.3.2.3. Dificultades para dormir

1.3.3. Medidas antropométricas:

1.3.3.1. Peso y talla
1.3.3.2. Opinión sobre peso y talla
1.3.3.2.1. Autoconsideración de peso en relación a talla
1.3.3.2.2. Satisfacción con su peso

1.3.4. Alimentación:

1.3.4.1. Desayuno
1.3.4.2. Nutrición
1.3.4.5. Regímenes dietéticos

1.3.5. Consumo de tabaco:

1.3.5.1. Hábito y frecuencia de consumo
1.3.5.2. Edad a la que comenzó a fumar y tiempo de consumo
1.3.5.3. Cantidad de tabaco consumida

1.3.6. Realización de prácticas preventivas:

1.3.6.1. Toma de tensión arterial
1.3.6.2. Análisis de glucemia
1.3.6.3. Análisis de colesterol

2. INDICADORES PROPIOS DE LA ESTRATEGIA NACIONAL.

2.1. Evolución en población general

2.1.1. DETERMINANTES DE LA SALUD:

2.1.1.1. Prevalencia de tabaquismo
2.1.1.2. Prevalencia de obesidad
2.1.1.3. Prevalencia de sedentarismo
2.1.1.4. Prevalencia de hipertensión
2.1.1.5. Prevalencia de diabetes
2.1.1.6. Prevalencia de hipercolesterolemia

2.1.2. RESULTADOS DE SALUD:

2.1.2.1. Tasas de mortalidad por cardiopatía isquémica estandarizadas por edad y sexo
2.1.2.2. Años potenciales de vida perdidos por Cardiopatía isquémica
2.1.2.3. Mortalidad hospitalaria en cardiopatía isquémica:
2.1.2.3.1. Tasas de mortalidad hospitalaria en angioplastia coronaria, cirugía de revascularización coronaria y trasplante cardiaco
2.1.2.3.2. Letalidad hospitalaria

2.2. Población sin enfermedad coronaria con factores de riesgo:

2.2.1. Personas sin enfermedad cardiovascular conocida, identificadas en atención primaria con algún factor de riesgo cardiovascular modificable

2.2.2. Personas con alto riesgo que abandonan tabaquismo

2.2.3. Personas con alto riesgo con control adecuado de la presión arterial

2.2.4. Personas con alto riesgo con control adecuado de la cLDL

2.3. Pacientes con síndrome coronario agudo (SCA)

2.3.1. Mortalidad SCA a los 30 días y al año

2.3.2. Hospitales que disponen de protocolos específicos de atención SCA y, en su caso, derivación de pacientes entre centros

2.3.3. Intervalo solicitud de asistencia-fibrinolisis

2.3.4. Proporción de pacientes revascularizados del total de pacientes candidatos

2.3.5. Incidencia de cardiopatía isquémica

2.3.6. Fallecimientos en casos incidentes de cardiopatía isquémica

2.4. Pacientes con enfermedad coronaria crónica

2.4.1. Areas sanitarias que han implantado protocolos conjuntos entre atención primaria y especializada para la atención al paciente coronario crónico.

2.4.2. Centros sanitarios con desfibrilador y personal capacitado para su utilización.

2.4.3. Vehículos de transporte sanitario urgente con desfibrilador y personal capacitado para su utilización.

2.5. Pacientes con diagnóstico o sospecha de cardiopatía isquémica (revascularización y trasplante)

2.5.1. Revascularizaciones mediante angioplastia coronaria transluminal percutanea (ACTP) o arterectomia coronaria.

2.5.2. Revascularizaciones mediante eliminación de obstrucción de arteria coronaria e inserción de stent.

2.5.3. Revascularizaciones mediante arteriografía coronaria de un solo catéter.

2.5.4. Revascularizaciones mediante arteriografía coronaria de un solo catéter.

2.5.6. Revascularizaciones mediante otras arteriografías.

2.5.7. Trasplante cardiaco.

2.5.8. Acceso a hemodinámica.

2.5.9. Mortalidad hospitalaria en angioplastia coronaria, cirugía de revascularización coronaria y trasplante cardiaco por hospital.

2.5.10. Atenciones realizadas por el SAMU por cardiopatía isquémica y número de fallecidos, desglosados en fallecidos en domicilio y durante el transporte sanitario urgente.

2.6. Pacientes con cardiopatía isquémica (rehabilitación y prevención secundaria)

2.6.1. Pacientes incluidos en programas de prevención secundaria y rehabilitación cardiaca después del alta hospitalaria.

2.6.2. Pacientes tratados al alta hospitalaria con antiagregantes plaquetarios y betabloqueantes.

2.6.3. Ingresos sucesivos por episodios cardiovasculares en pacientes dados de alta por cardiopatía isquémica.

3. INVENTARIO DE INDICADORES POR CENTRO SANITARIO

3.1. Atención Primaria

3.2. Atención Médica Urgente

3.3. Atención Especializada

EVALUACION DE LA ESTRATEGIA NACIONAL DE CARDIOPATIA ISQUÉMICA, ASTURIAS, 2012

Según La Estrategia Nacional de Cardiopatía isquémica, en España, las enfermedades cardiovasculares son, generalmente, la primera causa de muerte para la población española.

La enfermedad coronaria o cardiopatía Isquémica, esta entre las primeras cusas de muerte en Asturias y España. Es una entidad nosológica que tiene un importante impacto tanto en el individuo que la padece, en su calidad de vida, como en su futuro personal y social e incrementa el riesgo de muerte súbita.

En el año 2004 las enfermedades cardiovasculares generaron 123.867 fallecimientos, 56.359 hombres y 67.508 mujeres, significando el 33,3% de todas las defunciones, el 29% en hombres y el 38% en mujeres. La tasa bruta de mortalidad fue de 290 fallecimientos por cada 100.000 habitantes, siendo de 269 en hombres y de 311 en mujeres.

En Asturias, en el año 2008 las enfermedades del sistema circulatorio generaron 4.251 fallecimientos, 1.816 en hombres y 2.435 en mujeres, significando el 33,3% de todas las defunciones, el 28,4% en hombres y el 38,5% en mujeres. La tasa bruta de mortalidad fue de 350,4 en hombres y de 433,4 en mujeres.

La enfermedad Isquémica del corazón ocasiona habitualmente en España el mayor número de muertes por enfermedad cardiovascular siendo en 2004 el 31% del total y dentro de ella, el infarto agudo de miocardio es la más frecuente, (61%), un 62% en hombres y un 58% en mujeres.

En Asturias, en el año 2009 las tasas estandarizadas mediante población europea de mortalidad por cardiopatía isquémica ha sido de 57,5 casos por cada 100.000 habitantes siendo en hombres de 87, 0 y en mujeres de 33,8. Por edades las tasas más elevadas han sucedido en personas de 65 y más años (528,5) seguido de personas de 45-64 años de edad (tasa de 52,5).

Además del impacto citado sobre la salud y sobre la calidad de vida relacionada con la salud de los ciudadanos, la cardiopatía isquémica también es responsable directa de importantes costes, también indirectos. En 2003, se estimaban en unos 2.000 millones de euros anuales solo en España.

No obstante, y a pesar de estas cifras, diversos expertos coinciden en que las enfermedades cardiovasculares pueden ser prevenibles de forma integral: en primer lugar, siguiendo hábitos de vida saludables (en torno a un 75% de las causas de estas enfermedades están relacionadas con factores como el tabaquismo, el sedentarismo, la hipertensión, la diabetes o la obesidad); en segundo lugar, mediante una detección precoz; y, por último, son prevenibles también su impacto una vez que se ha manifestado la enfermedad.

El Ministerio de Sanidad y Consumo de acuerdo con los planteamientos de la OMS, propugnó un enfoque que de manera integrada combinase tanto la prevención, el diagnóstico como el tratamiento de la cardiopatía isquémica mediante medidas combinadas para la diabetes, los accidentes cerebro-vasculares, el cáncer,

y otras enfermedades crónicas, porque muchas de ellas comparten muchos factores de riesgo comunes: tabaquismo, dieta, actividad física, y requieren respuestas similares desde los servicios sanitarios del Sistema Nacional de Salud y desde la sociedad en general en términos de promoción y prevención de la salud.

En ese contexto, el Ministerio de acuerdo con las CCAA estableció la Estrategia frente a la Cardiopatía Isquémica del Sistema Nacional de Salud que va a constituir un texto de apoyo para la coordinación en toda España de los planes o programas de prevención y promoción de la salud, de los medios de diagnóstico apropiados para realizar una precoz detección de la enfermedad y de la puesta en práctica de tratamientos cada vez más eficaces en Cardiopatía Isquémica.

La Estrategia nacional propuesta recoge actuaciones en ocho líneas prioritarias:

- Promoción y protección de la salud;
- Detección, diagnóstico y tratamientos de factores de riesgo;
- Síndrome coronario agudo;
- Enfermedad coronaria crónica, angina estable, disfunción ventricular izquierda, muerte súbita;
- Revascularización miocárdica y trasplante cardíaco;
- Prevención secundaria y rehabilitación cardiaca;
- Sistemas de Información e Investigación.

En cada una de estas líneas se realiza un análisis de situación, se detectan los puntos críticos y se priorizan los objetivos propuestos para cada una de ellas. También, se hace especial énfasis en las acciones que se deben realizar en cada una y en los indicadores a utilizar para evaluar el desarrollo de la Estrategia.

Todas las Estrategias nacionales tiene como característica el establecer estándares de actuación y proponer modelos de intervención basados en las buenas prácticas disponibles en los distintos ámbitos de la promoción, la prevención, el manejo clínico, la rehabilitación y la reinserción social, y en los sistemas de información e investigación.

También, deben ser elaboradas con amplia participación de las sociedades científicas y otros agentes sociales, además de ser revisadas periódicamente.

La estrategia en Cardiopatía Isquémica del SNS, en concreto, ha propuesto estándares científicos e indicadores que intentan ofrecer garantía de calidad, basados en la evidencia científica disponible de manera que:

- Se garantice la continuidad asistencial y la fluidez entre niveles, servicios e instituciones, buscando la optimización de las redes asistenciales.
- Se promueva la investigación en todos los aspectos de la enfermedad.
- Se monitoricen los procesos y los resultados.
- Se revisen y actualicen periódicamente los logros y los objetivos de la Estrategia de Cardiopatía Isquémica

CONTEXTO:

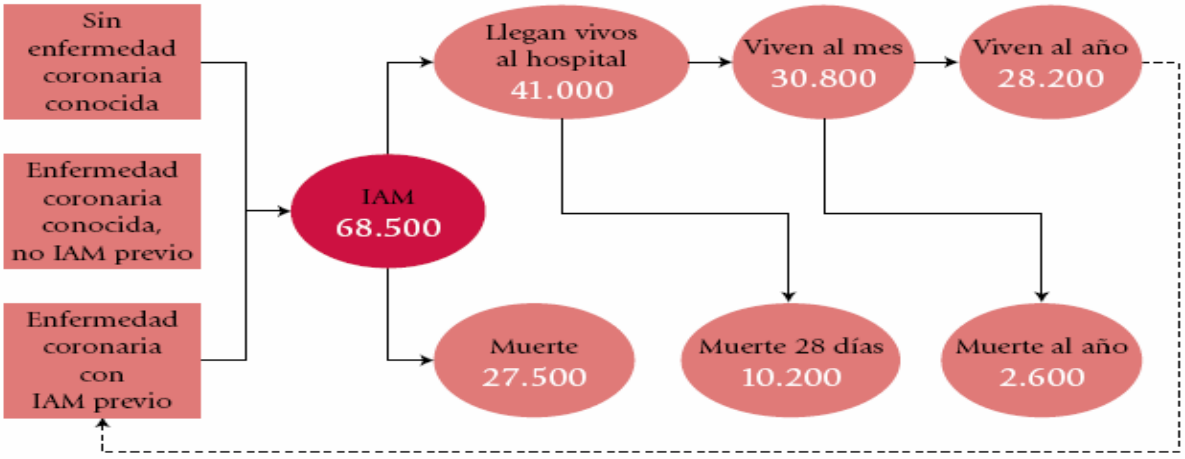
Las **enfermedades cardiovasculares** constituyen la primera causa de muerte para el conjunto de la población española. Anualmente, causan alrededor del 35% de todas las defunciones (un 30% en hombres y un 40% en mujeres),

Actualmente en España, la **enfermedad isquémica del corazón** ocasiona el mayor número de muertes cardiovasculares (alrededor del 31% en total, un 40% en hombres y un 24% en mujeres).

Dentro de la enfermedad isquémica del corazón, el **infarto agudo de miocardio** es la más frecuente con un 64% de los fallecimientos por enfermedad isquémica del corazón (67% en el caso de los hombres y 60% en las mujeres).

La secuencia habitual en el infarto de miocardio es la siguiente:

Figura 1: La mortalidad en el infarto de miocardio. Tomado de la Estrategia Nacional de Cardiopatía Isquémica del SNS, 2005.



Elaborado por Peiró S. Basado en: Marrugat J, Elosúa R, Martí H. Epidemiología de la cardiopatía isquémica en España: estimación del número de casos y de las tendencias entre 1997 y 2005. Rev Esp Cardiop 2002; 55: 337-46.

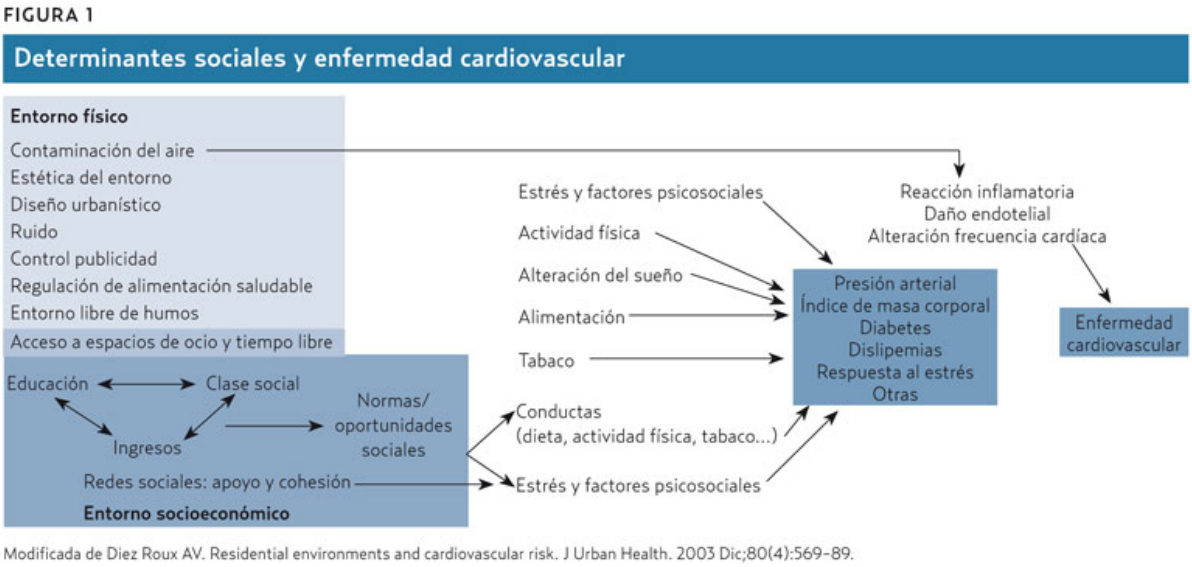
Por su parte, la cardiopatía isquémica es prevenible de forma integral: es prevenible desde antes de su ocurrencia y son prevenibles sus impactos negativos una vez que ha ocurrido.

Si en vez de observar el resultado final en el que desemboca el infarto agudo de miocardio observamos la cadena de factores o determinantes de la enfermedad cardiovascular podemos observar enormes puntos de mejora que podemos establecer en la cadena de causalidad de la enfermedad cardiovascular.

Desde aspectos propios al entorno físico, el entorno socioeconómico, factores personales, factores de conducta para llegar a los factores de riesgo considerados en todos los ámbitos asistenciales (tensión arterial, obesidad, diabetes, dislipemias, respuesta al stress, etc,).

El fenómeno podemos abordarlo desde su raíz o podemos verlo en las distintas fases hasta el resultado final.

Figura 2: Determinantes Sociales y enfermedad cardiovascular. Tomado de Mi vida sin ti. Rafael Cofiño Fernández. http://www.amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=866



Fuente: Mi vida sin ti. Rafael Cofiño Fernández. http://www.amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=866

Tabla 1. Determinantes sociales y enfermedad cardiovascular		
Entorno físico	**Entorno socioeconómico**	**Factores biológicos**
Contaminación del aire Estética del entorno Urbanismo Ruido Publicidad Normativa alimentación saludable Entorno libre de humos Acceso a espacios de ocio y tiempo libre	Nivel educativo Nivel de ingresos Clase social Apoyo y cohesión social Roles Oportunidades sociales	Respuesta al stress Factores hereditarios
Stress y factores psicosociales Actividad física Alteración del sueño Alimentación Tabaco Conductas (dieta, actividad física, tabaco…)		
Incremento de presión arterial Aumento de índice de masa corporal Diabetes mellitus Dislipemias Respuesta al stress Otras		
Reacciones inflamatorias Daño endotelial Placas de ateroma Alteración de frecuencia cardiaca		
Insuficiencia coronaria Enfermedad cardiovascular		
Enfermedad isquémica del corazón **Infarto agudo de miocardio**		

EVALUACIÓN:

Con el fin de monitorizar los progresos asociados al control de la cardiopatía isquémica y de sus factores de riesgo, dentro de las actividades incluidas en la Estrategia Nacional de Cardiopatía Isquémica en Asturias, así como conocer y evaluar la calidad de las actividades asistenciales preventivas o curativas, hemos intentado recoger los indicadores establecidos como tale en la Estrategia en el ámbito de Asturias. Estos indicadores están vinculados tanto a favorecer su puesta en marcha y desarrollo como a evaluar el grado de avance hacia los objetivos planteados en la Estrategia.

Esos indicadores incluyen dos niveles en el diseño y construcción de sus indicadores de seguimiento y evaluación.

El primer nivel afecta a la información sobre el desarrollo de cada una de las áreas o líneas de intervención propuestas.

Por su parte, el segundo nivel afecta a los criterios de seguimiento de la Estrategia que permite conocer si su implantación se acompaña del esperado desarrollo de las principales actuaciones previstas en el mismo y, especialmente, de un cambio en la magnitud de los diferentes factores de riesgo cardiovasculares modificando, por tanto, el impacto de la cardiopatía isquémica en términos de morbimortalidad y de discapacidad asociada.

Los indicadores finales propuestos se indican en la tabla 2.

Tabla 2. Indicadores establecidos en la Estrategia Nacional de Cardiopatía Isquémica del SNS
Evolución en población general: • Tasa de mortalidad por cardiopatía isquémica estandarizadas por edad y sexo. • Años potenciales de vida perdidos por Cardiopatía isquémica y sexo.
Evolución en población general: • Prevalencia de tabaquismo. • Prevalencia de obesidad. • Prevalencia de sedentarismo. • Prevalencia de hipertensión. • Prevalencia de diabetes. • Prevalencia de hipercolesterolemia.
Población sin enfermedad coronaria con factores de riesgo: • Porcentaje de personas sin enfermedad cardiovascular conocida, identificadas en atención primaria con algún factor de riesgo cardiovascular modificable. • Porcentaje personas con alto riesgo que abandonan tabaquismo. • Porcentaje personas con alto riesgo con control adecuado de la presión arterial. • Porcentaje de personas con alto riesgo con control adecuado de cLDL.
Pacientes con síndrome coronario agudo (SCA): • Mortalidad SCA a los 30 días y al año. • Proporción de hospitales que disponen de protocolos específicos de atención SCA y, en su caso, derivación de pacientes entre centros. • Intervalo solicitud de asistencia-fibrinolisis. • Proporción de pacientes revascularizados del total de pacientes candidatos.
Pacientes con enfermedad coronaria crónica: • Porcentaje de áreas sanitarias que han implantado protocolos conjuntos entre atención primaria y especializada para la atención al paciente coronario crónico. • Porcentaje de centros sanitarios con desfibrilador y personal capacitado para su utilización. • Porcentaje de vehículos de transporte sanitario urgente con desfibrilador y personal capacitado para su utilización.
Pacientes con diagnóstico o sospecha de cardiopatía isquémica (revascularización y trasplante): • Tasas estandarizadas por edad y sexo para arteriografía coronaria, angioplastia coronaria, cirugía de revascularización coronaria y trasplante cardiaco por millón habitantes. • Tiempo medio de demora desde indicación hasta acceso a hemodinámica. • Tasas de mortalidad hospitalaria y a un año en angioplastia coronaria, cirugía de revascularización coronaria y trasplante cardiaco.
Pacientes con cardiopatía isquémica (rehabilitación y prevención secundaria): • Porcentaje de pacientes incluidos en programas de prevención secundaria y rehabilitación cardiaca después del alta hospitalaria. • Porcentaje de pacientes tratados al alta hospitalaria con antiagregantes plaquetarios y betabloqueantes. • Promedio de ingresos sucesivos por episodios cardiovasculares en pacientes dados de alta por Cardiopatía isquémica.
Pacientes con cardiopatía isquémica atendidos en hospitalización: • Costes de referencia (C 410-414 CIE-9) CMBD/GDR SNS

EVALUACIÓN de la ESTRATEGIA NACIONAL DE CARDIOPATIA ISQUEMICA EN ASTURIAS

En este estudio pretendemos hacer una aproximación hacia la situación actual de la cardiopatía isquémica en nuestra Comunidad Autónoma utilizando los indicadores planteados por la Estrategia Nacional y utilizando la información más cercana posible a la elaboración del informe.

Como se observará la fuente de información es muy diferente, el grado de precisión sea en ámbitos geográficos, temporales y en contenidos de los epígrafes a analizar es muy variable. No obstante, hemos intentado proceder a la recogida de todos los indicadores establecidos en la Estrategia, si bien en algunos ha sido imposible recopilarlos dada la carencia de seguimientos, de fuentes de información, etc. (por ejemplo, mortalidad por SCA a los 30 dias).

Por otra parte la limitación de elección de indicadores a los establecidos en la Estrategia Nacional necesariamente coarta el conocimiento integral de los factores implicados en la aparición de este tipo de enfermedades. La Estrategia lo centra únicamente en aspectos ligados a factores de riesgo ya consolidados y de carácter meramente asistencial.

Desde el Observatorio de la Salud en Asturias propugnamos una aproximación distinta y atendemos a la totalidad del proceso de salud-enfermedad que conlleva la aparición de dichos factores de riesgo y, en su caso, la enfermedad cardiovascular y la isquémica del corazón.

Por dicho motivo, hemos incluido también en este informe aquellos aspectos que condicionan inicialmente la aparición de la enfermedad cardiovascular presentando cifras de aquellos indicadores que se comportan como verdaderos determinantes de este proceso y no únicamente aquellos factores de riesgo ligados en su última fase a un mayor riesgo de padecer la enfermedad isquémica.

Por tanto, en este informe, presentamos, los datos para Asturias atendiendo a los indicadores de las distintas desigualdades en salud que afectan en su inicio al desarrollo de un mayor riesgo de padecer los diferentes factores que condicionan la aparición de la enfermedad cardiovascular según los esquemas fijados en la figura 2 y en la figura 3 y en la tabla 3.

A su vez, siempre que sea posible expresaremos en formato tabla o en mapas la distribución de estos determinantes, resultados de salud o procesos asistenciales que estén relacionados con la cardiopatía isquémica.

Figura 3: Determinantes de las desigualdades de salud. ***Marco conceptual de los determinantes de las desigualdades sociales en salud. Comisión para reducir las Desigualdades en Salud en España, 2010. "Propuesta de Políticas e Intervenciones para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España" publicada en Mayo de 2010 por la Comisión para reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. EN http://www.ods-ciberesp.es/indicadores/marco-conceptual.html***

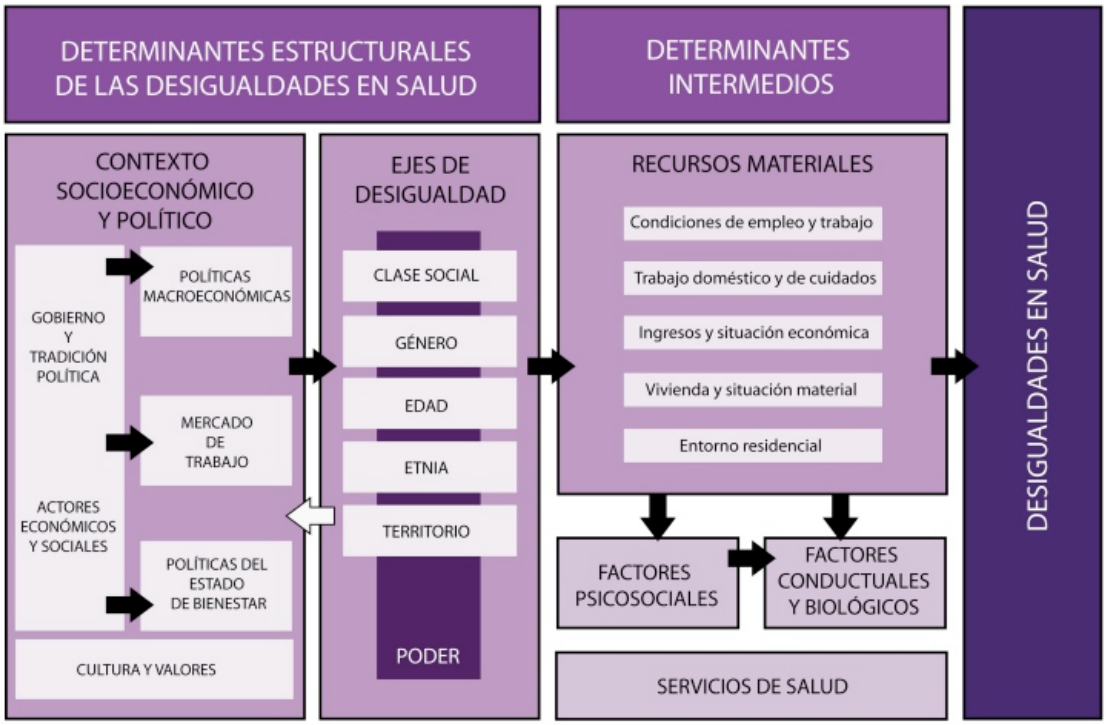


Tabla 3. Indicadores sobre Cardiopatía Isquémica analizados en este informe. Asturias, 2012
Indicadores de entorno físico: • Contaminación del aire • Estética del entorno • Urbanismo • Ruido • Publicidad • Alimentación saludable • Entorno libre de humos • Acceso a espacios de ocio y tiempo libre
Indicadores de socioeconómico: • Envejecimiento de la población • Nivel educativo • Nivel de ingresos • Clase social • Apoyo y cohesión social • Roles • Oportunidades sociales: mercado de trabajo
Conductas o comportamientos saludables (estilos de vida): • Actividad física • Alteración del sueño • Alimentación adecuada • Tabaco • Conductas (dieta, actividad física, tabaco…)
Evolución en población general: • Tasa de mortalidad por cardiopatía isquémica estandarizadas por edad y sexo. • Años potenciales de vida perdidos por Cardiopatía isquémica y sexo.
Evolución en población general: • Prevalencia de tabaquismo. • Prevalencia de obesidad. • Prevalencia de sedentarismo. • Prevalencia de hipertensión. • Prevalencia de diabetes. • Prevalencia de hipercolesterolemia.
Población sin enfermedad coronaria con factores de riesgo: • Porcentaje de personas sin enfermedad cardiovascular conocida, identificadas en atención primaria con algún factor de riesgo cardiovascular modificable. • Porcentaje personas con alto riesgo que abandonan tabaquismo. • Porcentaje personas con alto riesgo con control adecuado de la presión arterial. • Porcentaje de personas con alto riesgo con control adecuado de cLDL.
Pacientes con síndrome coronario agudo (SCA): • Mortalidad SCA a los 30 días y al año. • Proporción de hospitales que disponen de protocolos específicos de atención SCA y, en su caso, derivación de pacientes entre centros. • Intervalo solicitud de asistencia-fibrinolisis. • Proporción de pacientes revascularizados del total de pacientes candidatos.
Pacientes con enfermedad coronaria crónica: • Porcentaje de áreas sanitarias que han implantado protocolos conjuntos entre atención primaria y especializada para la atención al paciente coronario crónico. • Porcentaje de centros sanitarios con desfibrilador y personal capacitado para su utilización. • Porcentaje de vehículos de transporte sanitario urgente con desfibrilador y personal capacitado para su utilización.
Pacientes con diagnóstico o sospecha de cardiopatía isquémica (revascularización y trasplante): • Tasas estandarizadas por edad y sexo para arteriografía coronaria, angioplastia coronaria, cirugía de revascularización coronaria y trasplante cardiaco por millón habitantes. • Tiempo medio de demora desde indicación hasta acceso a hemodinámica. • Tasas de mortalidad hospitalaria y a un año en angioplastia coronaria, cirugía de

revascularización coronaria y trasplante cardiaco.
Pacientes con cardiopatía isquémica (rehabilitación y prevención secundaria): • Porcentaje de pacientes incluidos en programas de prevención secundaria y rehabilitación cardiaca después del alta hospitalaria. • Porcentaje de pacientes tratados al alta hospitalaria con antiagregantes plaquetarios y betabloqueantes. • Promedio de ingresos sucesivos por episodios cardiovasculares en pacientes dados de alta por Cardiopatía isquémica.
Pacientes con cardiopatía isquémica atendidos en hospitalización: • Costes de referencia (C 410-414 CIE-9) CMBD/GDR SNS

1. DETERMINANTES DE SALUD

1.1. INDICADORES DE ENTORNO FÍSICO:

- Contaminación del aire
- Estética del entorno
- Urbanismo
- Ruido
- Vivienda habitual
- Alimentación saludable (veáse conducta o estilos de vida)
- Entorno libre de humos
- Acceso a espacios de ocio y tiempo libre

1.1.1. Contaminación del aire: (calidad ambiental del aire):

Se ha intentado buscar un indicador que pueda medir la calidad ambiental cuando no existe la misma red de vigilancia en Asturias en todos los ámbitos.

Para ello se han elegido 2 indicadores. El nivel de PM10 (partículas sólidas o liquidas de polvo, cenizas, etc. de 0-10 microm. Se ha elegido el número de días que superan los valores máximos para estaciones urbanas de fondo (Oviedo), rural de fondo (Oviedo), industrial (Avilés, Langreo), urbana de trafico centro (Avilés, Langreo, SMRA, Oviedo, Siero, Mieres), urbana de trafico occidente (Cangas del Narcea y por similitud resto de concejos similares) y zonas de aglomeración urbana (Gijón).

Para zonas eminentemente rurales se ha asignado el valor de 1 a aquellas similares a las concentraciones de NOx medias anuales atendiendo a los valores valor calidad de aire de fondo regional para la protección de la vegetación.

Tabla 4. CALIDAD AMBIENTAL DEL AIRE en Asturias, 2001-2009		
Indicador	**Contaminación del aire**	
Definición	1. Número de días año en que se supera la concentración diaria de 50 microgramos/m3 de PM10 (si hay varias zonas en el mismo concejo, su media) 2. En medio rural, el valor calidad de aire de fondo regional para la protección de la vegetación	
Fuente de datos	Perfil Ambiental de Asturias, 2009. Consejería de Medio Ambiente, Ordenación del Territorio e Infraestructuras. Período de tiempo utilizado, 2001-09	
Resultados:		
ZONAS URBANAS	Estaciones urbanas de fondo	Ver gráficos
	Estaciones rurales de fondo	Ver gráficos
	Estaciones induatriales	Ver gráficos
	Estaciones urbanas de tráfico central	Ver gráficos
	Estaciones urbanas de tráfico occidental	Ver gráficos
	Zonas de aglomeración urbanas	Ver gráficos
ZONAS RURALES	Concentraciones de NOx	Ver gráficos

Las partículas de diámetro inferior a 10 micras (PM10) tienen un valor límite para la protección de la salud humana establecidos por la normativa vigente es de 40 microgramos/m3. Es el contaminante atmosférico más crítico en Asturias. La tendencia observada es la mejoría de la contaminación por partículas en todas las zonas analizadas en la Red de vigilancia. A partir del 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.

Para evaluar la calidad de aire de fondo regional para la protección de la vegetación se analizan varios contaminantes en la zona rural. Nosotros hemos elegido el NOx. Toda la calidad de aire en estas zonas depende de la acción de los medios de transporte de los gases desde los focos de emisión aunque estén alejados cientos de kilómetros de la estación medidora. 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.

Gráfico 1: Medias anuales de PM10 en distintas estaciones medidoras. Asturias, 2001-2009. Fuente: perfil Ambiental de Asturias, 2009. Consejería de Medio Ambiente, Ordenación del Territorio e Infraestructuras. Período de tiempo utilizado, 2009

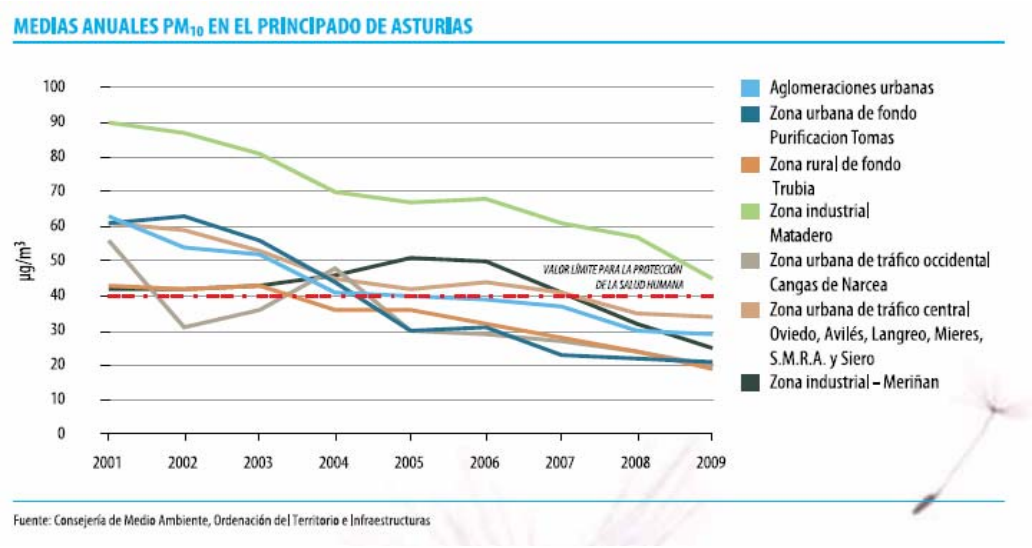


Gráfico 2: Número de días al año en que se supera la concentración diaria de 50 microgramos/m3 de PM10 en distintas estaciones medidoras. Asturias, 2009. Fuente: Perfil Ambiental de Asturias, 2009. Consejería de Medio Ambiente, Ordenación del Territorio e Infraestructuras. Período de tiempo utilizado, 2009

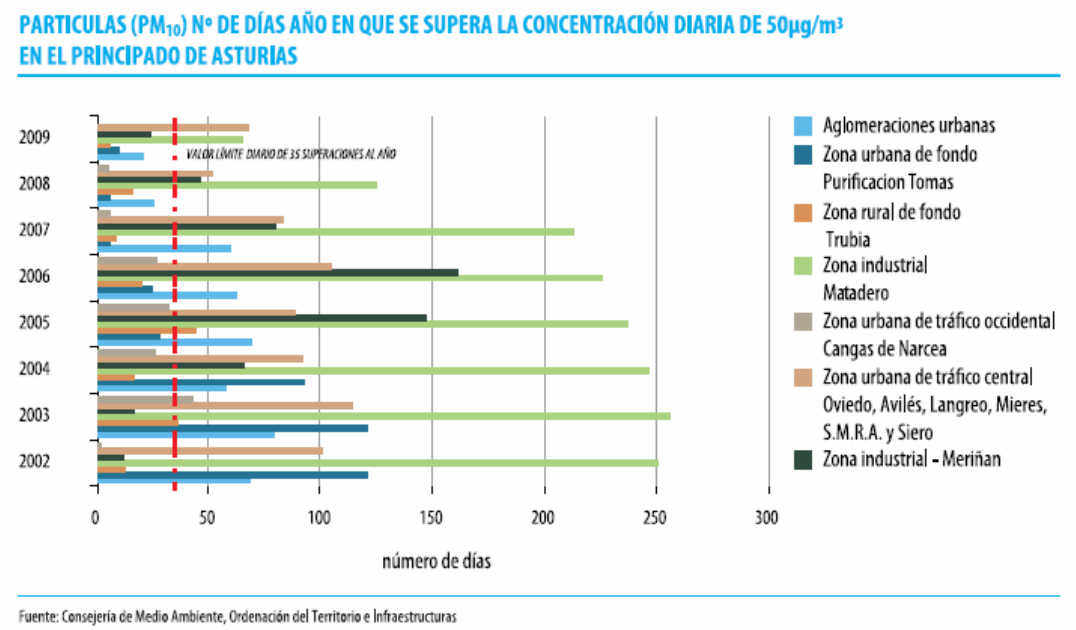
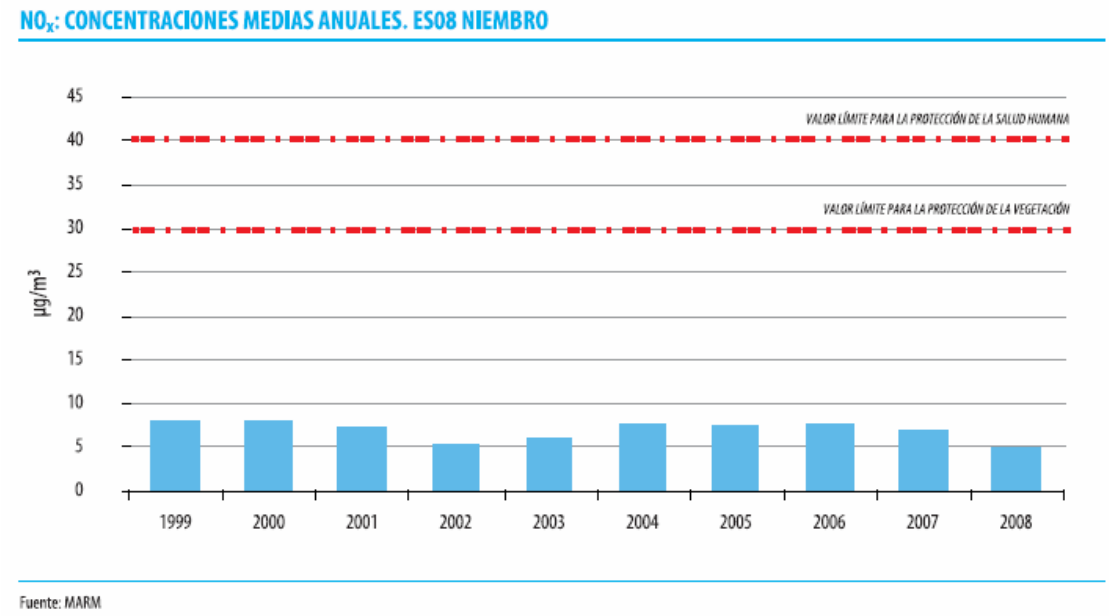
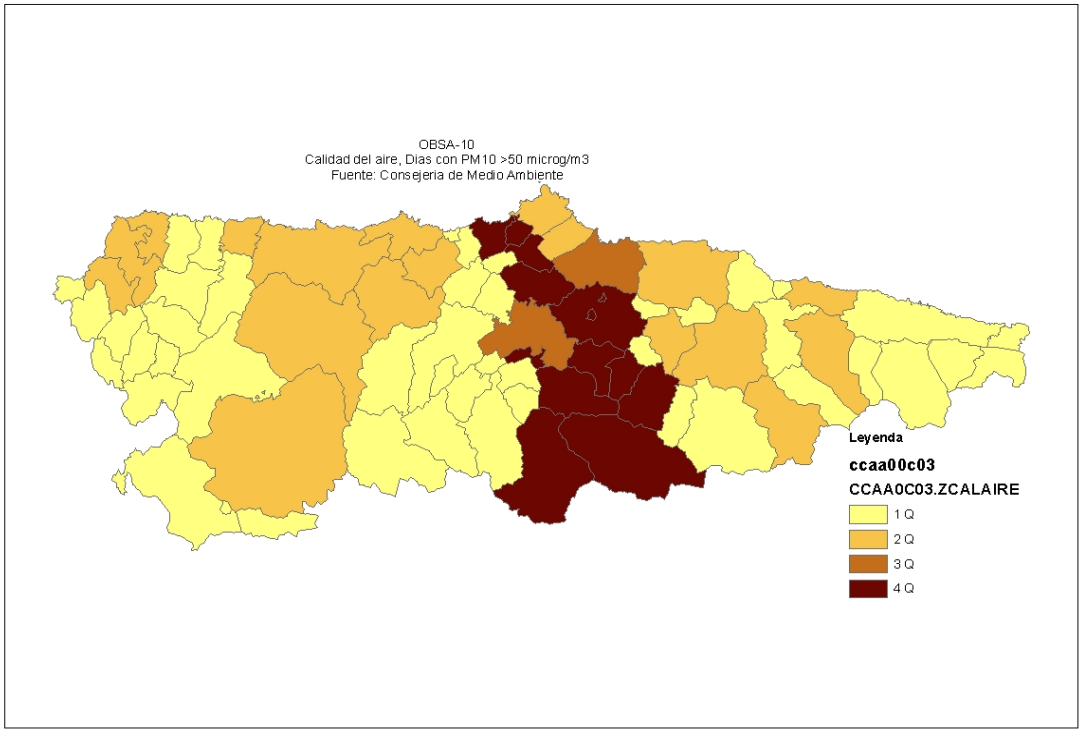


Gráfico 3: Concentraciones medias anuales de NOx en estación de miembros (zona rural) 1999-2008. Fuente: Perfil Ambiental de Asturias, 2009. Consejería de Medio Ambiente, Ordenación del Territorio e Infraestructuras. Período de tiempo utilizado, 1999-2008



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



1.1.2. Calificación del entorno medioambiental:

La Encuesta de Salud para Asturias de 2008 aborda preguntas sobre la calificación que el ciudadano da a varias variables de su entorno medioambiental: limpieza, ruido, zonas de paseo y esparcimiento, vecindario, tráfico, contaminación atmosférica, etc.

Por lo general, existe una buena valoración del entorno en el que le toca vivir a las personas asturianas. Las valoraciones de percepción u opinión de bien y muy bien siempre son superiores al 70% de las respuestas y, en ocasiones, llegan a ser de cerca del 90% de las opiniones (opinión sobre el vecindario). La peor valoración en este sentido se hace sobre el tráfico rodado.

Más de ocho de cada diez asturianos/as tiene una valoración de bien o muy bien del **vecindario** donde reside (89%), de la limpieza del entorno (84,7%) y de las zonas de paseo o esparcimiento (84,5%) del entorno de su vivienda.

Tres de cada cuatro personas valora favorablemente la **contaminación atmosférica** (o calidad del aire), un 73,4% el **ruido** que tiene en su entorno del hogar y un 68,7% el **tráfico rodado** del entorno de la vivienda.

Las valoraciones que hacen los hombres son algo más favorables respecto al vecindario, las zonas de paseo o esparcimiento y el ruido, mientras que las mujeres valoran algo mejor aspectos como la contaminación atmosférica y el tráfico rodado.

La población de 45 a 64 años es la que realiza más críticas con la **limpieza** y el tráfico de su entorno de su hogar, así como con respecto al ruido.

Mapa 2: Opinión sobre el entorno ambiental. Asturias, 2008. Distribución por concejos. Fuente: Observatorio de la Salud para Asturias, 2011. Consejería de Sanidad, NOTA: presentación por cuartiles, a mayor intensidad de color peor situación ambiental

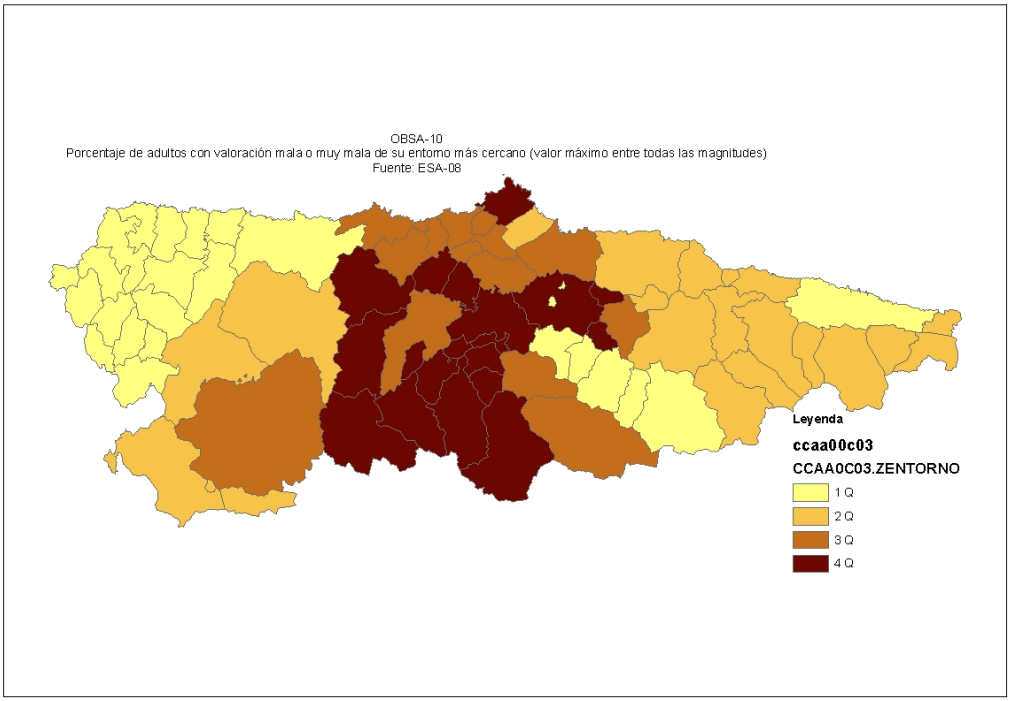


Tabla 5. Calificación del entorno medioambiental. Asturias, 2008. Fuente: Encuesta de Salud para Asturias, 2008.

Pregunta: ¿Cómo calificaría el lugar (entorno) donde usted vive en relación a...?

		SEXO		EDAD				TOTAL
		HOMBRE	MUJER	16-29	30-44	45-64	> 64	
Limpieza	Muy bien	14,0	14,7	15,6	12,8	13,6	16,1	**14,4**
	Bien	70,5	70,1	70,2	72,6	68,6	70,0	**70,3**
	Regular	12,0	11,9	10,5	12,3	13,5	10,7	**12,0**
	Mal	2,4	2,3	2,9	1,8	2,7	2,2	**2,4**
	Muy mal	0,4	0,3	0,0	0,0	0,7	0,5	**0,4**
	Ns/Nc	0,6	0,7	0,8	0,5	0,9	0,5	**0,7**
El ruido	Muy bien	13,3	12,4	12,7	10,7	12,9	15,3	**12,9**
	Bien	61,2	59,8	64,8	60,9	58,6	59,2	**60,5**
	Regular	19,9	20,7	18,2	22,8	21,2	18,1	**20,3**
	Mal	4,7	5,1	3,3	4,9	5,3	5,6	**4,9**
	Muy mal	0,4	0,9	0,0	0,4	1,4	0,7	**0,7**
	Ns/Nc	0,5	1,0	1,0	0,4	0,7	1,2	**0,8**
Las zonas de paseo y esparcimiento	Muy bien	16,9	17,4	15,4	15,9	17,8	19,0	**17,2**
	Bien	68,5	66,2	67,2	66,4	66,9	68,7	**67,3**
	Regular	10,5	11,6	12,3	13,7	10,4	8,3	**11,1**
	Mal	3,0	3,1	3,6	2,5	3,4	2,9	**3,1**
	Muy mal	0,5	0,3	0,3	0,6	0,5	0,2	**0,4**
	Ns/Nc	0,6	1,4	1,2	0,9	1,0	0,9	**1,0**
El vecindario	Muy bien	15,0	15,3	13,2	13,4	14,5	19,3	**15,1**
	Bien	75,1	73,4	75,7	76,3	73,8	71,5	**74,2**
	Regular	8,4	9,2	8,4	9,0	10,0	7,2	**8,8**
	Mal	0,7	0,7	0,8	0,5	0,7	0,8	**0,7**
	Muy mal	0,2	0,3	0,7	0,2	0,0	0,2	**0,2**
	Ns/Nc	0,7	1,2	1,2	0,6	1,0	0,9	**0,9**
El tráfico	Muy bien	11,5	11,2	11,6	11,1	11,3	11,7	**11,4**
	Bien	56,1	58,3	62,4	57,3	54,5	57,0	**57,3**
	Regular	25,1	21,5	19,8	24,0	24,1	23,9	**23,2**
	Mal	5,5	6,5	4,6	5,6	7,6	5,6	**6,0**
	Muy mal	0,9	1,4	0,4	1,5	1,7	0,9	**1,2**
	Ns/Nc	0,7	1,1	1,3	0,6	0,9	0,9	**0,9**
La contaminación atmosférica	Muy bien	15,1	13,5	13,6	12,8	15,0	15,3	**14,2**
	Bien	59,0	61,5	60,9	62,1	57,9	61,1	**60,3**
	Regular	20,1	18,1	17,1	19,3	20,8	18,0	**19,1**
	Mal	4,3	4,4	5,6	4,2	4,1	4,0	**4,4**
	Muy mal	0,3	1,1	0,7	0,7	1,0	0,4	**0,7**
	Ns/Nc	1,1	1,5	2,1	0,9	1,1	1,3	**1,3**
Otros	Muy bien	6,4	7,1	7,8	6,2	6,6	6,9	**6,8**
	Bien	37,1	35,6	38,1	36,8	34,1	37,4	**36,3**
	Regular	3,7	2,4	3,1	3,6	3,3	1,9	**3,0**
	Mal	0,6	0,5	0,8	0,2	0,1	1,3	**0,5**
	Muy mal	0,2	0,2	0,0	0,2	0,1	0,6	**0,2**
	Ns/Nc	51,9	54,2	50,3	53,0	55,7	52,1	**53,1**

FUENTE: "Encuesta de Salud para Asturias". Año 2008. DGSP.

1.1.2. Equipamiento de la vivienda habitual:

Basado en información procedente de la misma Encuesta de Salud para Asturias del año 2008.

1.1.3.1. Superficie útil de la vivienda:

La mayoría de las personas entrevistadas vive en una vivienda de entre 61 y 90 metros cuadrados (63,3%), el 18,4% en una de entre 41 y 61 metros cuadrados y el 12,9% en una vivienda de entre 91 y 120 metros cuadrados, no existiendo diferencias significativas en el tamaño de la vivienda habitual por razón de sexo.

Las personas entre 30 y 64 años son las que principalmente manifiestan que su vivienda habitual tiene entre 61 y 90 metros cuadrados, mientras que el grupo más joven de 16 a 29 años es el que más frecuentemente indica que la superficie de su vivienda está entre 91 y 120 metros cuadrados.

Tabla 6. Superficie útil de la vivienda habitual. Asturias, 2008. Fuente: Encuesta de Salud para Asturias, 2008.

Pregunta: ¿Me podría decir la superficie útil (en metros cuadrados) que tiene su vivienda habitual?

	SEXO		EDAD				TOTAL
	HOMBRE	MUJER	16-29	30-44	45-64	> 64	
40 ó menos	1,3	0,7	0,7	0,9	1,0	1,4	**1,0**
41 - 60	18,1	18,6	19,8	17,4	17,2	20,0	**18,4**
61 - 90	62,7	63,9	55,3	67,1	65,5	62,3	**63,3**
91 - 120	13,0	12,9	16,7	10,5	12,6	13,1	**12,9**
Mayor de 120	2,2	1,9	2,2	2,5	1,9	1,5	**2,0**
Ns/Nc	2,6	2,1	5,4	1,6	1,7	1,7	**2,3**

FUENTE: "Encuesta de Salud para Asturias". Año 2008. DGSP.

1.1.3.2. Dotación de la vivienda habitual:

Casi la totalidad de las viviendas habituales asturianas dispone de los servicios básicos…

En la casi totalidad de las viviendas habituales asturianas se dispone de agua corriente, ducha o bañera, calefacción genera, teléfono y cerca de la mitad de las viviendas tiene servicio de ascensores.

Un 36,6% de las mujeres y el 33,5% de los hombres indican que su vivienda dispone de rampas de acceso libre en espacios comunes del edificio.

Otros equipamientos de la vivienda menos frecuentes son el baño adaptado (11,0% de las mujeres y 8,4% de los hombres) y los pasamanos o asideros en paramentos en lugares clave del domicilio (9,0% de las mujeres y 7,0% de los hombres).

Teniendo en cuenta la edad de la persona entrevistada, las diferencias no resultan relevantes en los equipamientos más habituales.

Tabla 7. Dotación de la vivienda habitual. Asturias, 2008. Fuente: Encuesta de Salud para Asturias, 2008.

Pregunta: Su vivienda dispone de...

	SEXO		EDAD				TOTAL
	HOMBRE	MUJER	16-29	30-44	45-64	> 64	
Ducha /bañera	98,6	98,0	97,7	98,3	98,5	98,4	**98,3**
Agua corriente caliente	98,7	97,6	97,3	98,4	98,5	98,0	**98,1**
Calefacción general de la casa (individual o central)	91,9	91,3	89,4	92,7	92,7	90,8	**91,6**
Rampas de acceso útiles en espacios comunes del edificio	33,5	36,3	30,8	35,6	35,7	36,6	**35,0**
Ascensor hasta su vivienda si el edificio tiene más de dos plantas	48,8	49,2	49,8	48,2	51,7	45,9	**49,0**
Teléfono	84,7	86,1	81,3	82,7	88,7	87,4	**85,5**
Baño adaptado	8,4	11,0	7,6	7,3	11,1	12,2	**9,8**
Pasamanos, asideros (cogedores) en lugares clave de su domicilio	7,0	9,0	7,2	7,2	8,1	9,5	**8,1**
Ns/Nc	1,0	1,3	1,5	1,1	1,1	1,1	**1,2**

FUENTE: "Encuesta de Salud para Asturias". Año 2008. DGSP.

Así, en el caso del teléfono, la proporción de población que dispone de él en su vivienda es algo menor en el grupo de 16 a 29 años (81,8% de los hombres y 80,7% de las mujeres, frente al 84,7% y el 86,1%, respectivamente, de sus totales por sexo).

En relación al ascensor, los hombres que fundamentalmente disponen de él en su vivienda son los de edades entre 30 y 64 años, mientras que las mujeres que principalmente mencionan disponer de ascensor son las de 16 a 29 años y las de 45 a 64 años.

1.1.3. Exposicion al humo de tabaco:

La mayoría de la población asturiana según la Encuesta de Salud para Asturias de 2008 refiere no encontrarse en ambientes cargados de humo de tabaco a diario. Durante los días laborables, el 53,0% afirma que no pasa nada de tiempo en este tipo de ambientes y el 26,7% menos de una hora.

En cuanto al fin de semana los porcentajes descienden y pasan al 42,4% que no pasa nada de tiempo en ambientes cargados y el 17,7% que pasa menos de una hora.

En fines de semana se triplica la exposición a humo de tabaco ambiental…

En los siguientes intervalos de tiempo de exposición se aprecia más variación en días laborables con respecto a los fines de semana. De este modo, la proporción que indica que está expuesta más de una hora en ambientes cargados es del 15% de lunes a jueves y del 34% los fines de semana.

Los hombres están más expuestos siempre…

Los hombres pasan mayor tiempo diario que las mujeres en ambientes cargados de humo de tabaco más de una hora en días laborables (19,5% en hombres respecto a 11,1% en mujeres), o en los fines de semana (41,3% en hombres, 27,2% en mujeres).

Las personas jóvenes duplican su exposición en fines de semana…

Teniendo en cuenta la edad, se aprecia en general una tendencia inversa a la edad a pasar más tiempo diario en ambientes cargados de humo de tabaco, tanto en días laborables como el fin de semana. Las mayores diferencias en exposición entre días de la semana en función de la edad suceden en personas jóvenes, donde la exposición en fines de semana se duplica respecto a días laborables.

En tres de cada diez hogares asturianos al menos alguna persona fuma habitualmente (29,1%). No hay diferencias sustanciales de consumo de tabaco en la vivienda en función del sexo de la persona entrevistada. La proporción es considerablemente mayor si la persona entrevistada es una persona joven.

Las personas jóvenes están más expuestas al humo ambiental en su hogar…

La media de personas que fuman en el hogar es superior a una (1,3) y no presenta diferencias por sexo de la persona entrevistada. Sin embargo, si hay diferencias cuando atendemos a la edad de la persona entrevistada. Parece que las personas jóvenes viven con mayor frecuencia entre personas fumadoras y que hay un mayor número de personas fumadoras en su hogar.

Según datos de la Encuesta de Salud infantil para Asturias, 2009, la exposición al humo de tabaco es especialmente crucial en edades infantiles.

De los resultados de dicha Encuesta se desprende que un 14% de los niñas 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.

No hay diferencias de exposición entre géneros.

Por edades, son los y las adolescentes, la población infantil que más expuesta está al humo de tabaco en su domicilio (un 39,5%) mientras que la de los niños y niñas pequeñas lo está menos (16%). No se fuma o nunca delante de los niños/as en el 82% de los domicilios con niños pequeños, lo que también indica que se hace delante de los niños en una elevada proporción.

Tabla 8. Frecuencia de exposición al humo de tabaco en población infantil por sexo. Asturias, 2009. Fuente: Encuesta de Salud Infantil para Asturias, 2009.

Frecuencia de exposición al humo de tabaco por sexo:

	Niños	Niñas	Total
	%	%	%
Siempre	10,5	9,0	9,8
Casi siempre	4,4	5,1	4,7
Algunas veces	16,8	18,0	17,4
Nunca	26,7	27,6	27,1
No se fuma	40,9	39,7	40,3

Existen considerables diferencias de exposición al humo de tabaco en función de otras variables: no están expuestos al humo de tabaco en su hogar (porque nunca se fuma delante de los niños/as o porque no fuma nadie de los componentes del hogar) un 70% de los niños/as procedentes de cuencas mineras por un 62% de los procedentes de zonas rurales de Asturias.

Tabla 9. Frecuencia de exposición al humo de tabaco en población infantil por grupo etario. Asturias, 2009. Fuente: Encuesta de Salud Infantil para Asturias, 2009.

Frecuencia de exposición al humo de tabaco por grupo etario:

	0-2	3-5	6-10	11-15	Total
	%	%	%	%	%
Siempre	4,1	7,0	9,7	14,9	9,8
Casi siempre	1,9	3,6	5,5	6,3	4,7
Algunas veces	10,3	18,9	20,5	17,6	17,4
Nunca	38,1	28,7	26,0	20,6	27,1
No se fuma	44,8	41,2	37,6	39,9	40,3

Hay diferencias ligeras en exposición al humo de tabaco en función de nivel de estudios de los padres/madres: en un 80% de los niños/as procedentes de familias con estudios universitarios no se está expuesto al humo por un 57% en familias con estudios primarios.

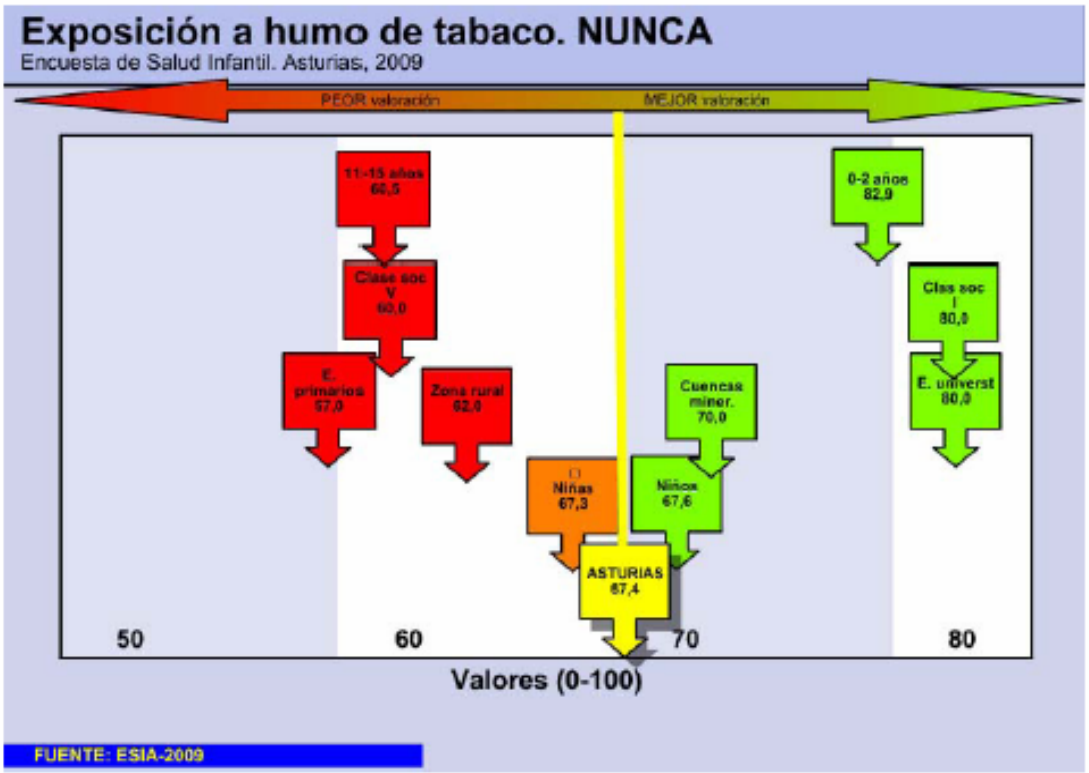
En cuanto a la clase social las diferencias son aún mayores: un 80% de los niños/as clasificados como en clase social I no se está expuesto al humo de tabaco por solo un 60% de los procedentes de clase social menos favorecida (V).

Si solo consideramos los hogares en los que no fuma ninguno de sus miembros y donde hay población infantil observamos considerables diferencias de exposición al humo de tabaco en función de otras variables: no fuma nadie de los componentes del hogar en un 44% de los niños/as objeto de encuesta procedentes de zonas centrales de Asturias por un solo un 34% de los procedentes de zonas rurales de Asturias.

Hay diferencias ligeras en no fumar nadie de los componentes del hogar en función de nivel de estudios de los padres/madres: en un 58% de los niños/as procedentes de familias con estudios universitarios que tienen niños/as objeto de este estudio no hay miembros del hogar que fumen por solo un 26% en familias con estudios primarios.

En cuanto a la clase social las diferencias son similares: un 58,2% de los niños/as clasificados como en clase social I no están expuesto al humo de tabaco porque ninguno de los miembros de su hogar fuma por solo un 30,4% de los procedentes de clase social menos favorecida (V).

Figura 4. Frecuencia de exposición al humo de tabaco en población infantil por diversos determinantes sociales que generan desigualdad para la salud. Asturias, 2009. Fuente: Encuesta de Salud Infantil para Asturias, 2009.



1.2. INDICADORES DE ENTORNO SOCIOECONÓMICO:

- Envejecimiento de la población
- Nivel educativo
- Nivel de ingresos. Situación laboral.
- Clase social
- Apoyo y cohesión social
- Roles
- Oportunidades sociales: mercado de trabajo
- Conductas o comportamientos saludables (estilos de vida):
- Actividad física
- Alteración del sueño
- Alimentación adecuada
- Tabaco
- Conductas (dieta, actividad física, tabaco…)

1.2.1. Nivel educativo

Un 11% de la población adulta asturiana no tiene estudios o tiene los primarios incompletos (en 2002, la Encuesta de Salud reflejaban cifras para esta variable del 17%). Tiene estudios máximos de Bachiller Elemental, EGB o ESO, un 53% de las personas, de Bachiller Superior, BUP, Preu o COU del 21%. Tiene estudios universitarios un 14% de la población asturiana adulta.

Por sexo, hay una mayor proporción de mujeres con estudios primarios incompletos o primarios que de hombres. Invirtiéndose dicha relación en los estudios de secundarios obligatorios o no) donde hay mayor proporción de hombres que de mujeres. Esa relación se mantiene también en estudios universitarios, donde hay una mayor proporción de hombres 14,6%) que de mujeres (13,6%), manteniendo la misma diferencia existente ya en la Encuesta de Salud de 2002.

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 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 5,8% de ellas. 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 (23,6%) y los que menos proporción tienen de personas con niveles iguales o inferiores estudios primarios completos (12,8%). Donde se observa también una marcada diferencia en cuanto a los niveles educativos es entre los grupos de 30-44 años y el de 45-64 años (titulaciones universitarias del 23,6% y 12,4% respectivamente, y estudios primarios incompletos o inferiores del 0% y 7,7% respectivamente).

Tabla 10. Frecuencia de niveles de estudios máximos alcanzados en población adulta asturiana por edad y sexo. Asturias, 2008. Fuente: Encuesta de Salud para Asturias, 2008.

Pregunta: ¿Cuáles son los estudios más altos que ha terminado?

	SEXO		EDAD				TOTAL
	HOMBRE	MUJER	16-29	30-44	45-64	> 64	
Sin estudios o estudios primarios incompletos	8,2	13,5	0,0	0,0	7,7	34,8	**10,9**
Estudios primarios completos	24,9	28,0	12,8	17,8	32,2	38,8	**26,6**
Estudios secundarios 1ª etapa	27,5	25,6	33,5	25,5	32,1	15,1	**26,5**
Estudios secundarios 2ª etapa	23,6	18,6	38,2	30,3	15,4	5,6	**21,0**
Estudios universitarios medios	6,6	8,2	9,0	12,8	6,0	2,5	**7,4**
Estudios universitarios superiores	7,9	5,5	5,6	10,8	6,4	3,3	**6,6**
Ns/Nc	1,3	0,7	0,9	2,9	0,2	0,0	**1,0**

FUENTE: "Encuesta de Salud para Asturias". Año 2008. DGSP.

Tabla 11. Frecuencia de niveles de estudios máximos alcanzados en población adulta asturiana por edad y sexo. Grupos básicos. Asturias, 2008. Fuente: Encuesta de Salud para Asturias, 2008.

Pregunta: ¿Cuáles son los estudios más altos que ha terminado? (agrupados)

	SEXO		EDAD				TOTAL
	HOMBRE	MUJER	16-29	30-44	45-64	> 64	
Hasta primarios	33,1	41,5	12,8	17,8	39,9	73,6	**37,5**
Medios	51,0	44,2	71,7	55,8	47,5	20,7	**47,4**
Universitarios	14,6	13,6	14,6	23,6	12,4	5,7	**14,1**
Ns/Nc	1,3	0,7	0,9	2,9	0,2	0,0	**1,0**

FUENTE: "Encuesta de Salud para Asturias". Año 2008. DGSP.

1.2.2. Situación laboral

1.2.2.1. Situación laboral:

La población analizada en la muestra de la Encuesta de Salud en el año 2008 (situación ampliamente superada por la crisis económica actual), manifestaba que en un 41,7% de ella está ocupada en el momento de la entrevista, en un 25,6% de ella la persona entrevistada estaba en situación de jubilación, pensión o recibiendo rentas. En un 18,5% las personas entrevistadas se dedicaban a trabajo doméstico no remunerado. Manifestaban estar en situación de desempleo el 5,3% de la población total, y en situación de estudios un 7,3% de la población.

Por sexo, había una mayor proporción de personas ocupadas en hombres (50,1% frente al 34,2% de las mujeres), existiendo también una mayor proporción de jubilaciones, pensionistas o rentistas en hombres (34,1% frente a 17,9% de las mujeres). Al contrario, en esta muestra un 34,8% de las mujeres manifestaban estar en situación de trabajo doméstico no remunerado mientras que lo realiza solo el 0,5% de los hombres.

Estaban entonces en situación de desempleo un 6,2% de los hombres y un 4,6% de las mujeres. La proporción de paro de larga duración era el doble en las mujeres que en los hombres. Estudiaban entonces un 8% de los hombres y un 7% de las mujeres.

Como cabía esperar, la situación laboral estaba muy vinculada a la edad. Por grupo etario, la mayor proporción de ocupados laborales se sitúa en el grupo de 30-44 años (74,4%). La situación de personas jubiladas, pensionistas era más frecuente en el grupo de mayores de 64 años de edad (67,6%). Estaban entonces en desempleo un 9% de las personas jóvenes, un 8,8% del grupo siguiente, un 4,5% de las personas entre 45-64 años de edad. Un 39,2% de las personas jóvenes era estudiante. Estaba en situación de trabajo doméstico no remunerado en mayor frecuencia el grupo de personas más de 64 años (30,5%) y es también es alto entre 45-64 años (23,9%) mientras solo un 4% de las personas jóvenes declaran esta actividad.

El trabajo doméstico no remunerado que representaba un porcentaje minoritario entre los hombres, presentaba una tendencia creciente con la edad entre las mujeres, desde el 6,8% de aquellas entre 16 y 29 años al 50,7% entre las de 65 o más años.

Tabla 12. Situación laboral de la población adulta asturiana por edad y sexo. Asturias, 2008. Fuente: Encuesta de Salud para Asturias, 2008.

Pregunta: ¿Cuál es su situación laboral actual?

	SEXO		EDAD				TOTAL
	HOMBRE	MUJER	16-29	30-44	45-64	> 64	
En activo (empleado/a o trabajando por cuenta propia)	50,1	34,2	46,9	74,4	43,2	1,6	**41,7**
En paro, ha estado trabajando 6 meses o más meses en el último año	1,7	1,3	1,8	2,8	1,4	0,0	**1,5**
En paro, habiendo trabajado menos de 6 meses en el último año	2,0	0,7	2,5	1,9	1,1	0,0	**1,3**
En paro los últimos 12 meses. Habiendo trabajo anteriormente	2,0	2,2	2,7	3,7	2,0	0,0	**2,1**
Jubilado/a retirado/a, pensionista o rentista	34,1	17,9	0,6	3,2	25,5	67,6	**25,6**
Incapacidad permanente	1,1	0,7	0,0	1,1	1,9	0,1	**0,9**
Buscando el primer empleo	0,5	0,4	1,9	0,4	0,0	0,0	**0,4**
Estudiante	7,9	6,7	39,2	0,6	0,1	0,0	**7,3**
Trabajo doméstico no remunerado	0,5	34,8	3,6	11,1	23,9	30,5	**18,5**
Otros	0,1	0,7	0,8	0,2	0,6	0,2	**0,4**
Ns/Nc	0,1	0,4	0,1	0,5	0,3	0,0	**0,2**

FUENTE: "Encuesta de Salud para Asturias". Año 2008. DGSP.

1.2.2.2. Situación de empleo

El tipo de empleo que tienen las personas más frecuente es el de trabajador/a por cuenta ajena (asalariado/a) que no ocupa cargos de gerencia ni de supervisión en la empresa (63,6%), seguido a gran distancia por el de trabajador/a por cuenta propia sin personas asalariadas (16,3%). Solo un 0,5% de las personas entrevistadas ocupa puestos de gerencia en las empresas por cuenta ajena.

Por sexo, existe una proporción similar de hombres y mujeres en todas las categorías de situación de empleo EXCEPTO para los cargos de responsabilidad, sea gerencial (0,9% en hombres, ninguna mujer) o intermedios (3,8% de los hombres, 1,9% en mujeres).

Por edades, en aquellas personas que tienen actividad, es más frecuente la opción de trabajo por cuenta propia sin asalariados en personas mayores (26,1%) siendo solo del 10,8% en las personas jóvenes. Son precisamente éstas las que tienen unas mayores proporciones de trabajo por cuenta ajena sin ocupar puestos de responsabilidad (65,1%) junto con las de 30-44 años de edad. Las proporciones según el grupo etario de ocupar puestos de gerencia cuando trabajan por cuenta ajena recaen, sobre todo, en el grupo de 30-44 años de edad (0,6%).

Tabla 13. Situación de empleo de la población adulta asturiana por edad y sexo. Asturias, 2008. Fuente: Encuesta de Salud para Asturias, 2008.

Pregunta: ¿Cuál es su situación de empleo en su actual o última ocupación?

	SEXO		EDAD				TOTAL
	HOMBRE	MUJER	16-29	30-44	45-64	> 64	
Trabajador/a por cuenta propia sin asalariados/as	16,6	16,0	10,8	16,3	19,7	26,1	**16,3**
Trabajador/a por cuenta propia con menos de 10 asalariados/a	3,6	4,0	2,7	3,7	4,6	0,0	**3,8**
Trabajador/a por cuenta propia con más de 10 asalariados/as	0,4	0,5	1,4	0,1	0,3	0,0	**0,4**
Gerente de una empresa con menos de 10 asalariados/as	0,4	0,0	0,0	0,2	0,4	0,0	**0,2**
Gerente de una empresa con más de 10 asalariados/as	0,5	0,0	0,5	0,4	0,0	0,0	**0,3**
Capataz, supervisor/a o encargado/a	3,8	1,9	4,3	2,4	3,0	0,0	**3,0**
Otro tipo de asalariado	63,9	63,4	65,1	65,6	60,6	35,9	**63,6**
Ns/Nc	10,9	14,3	15,2	11,3	11,4	38,0	**12,4**

FUENTE: "Encuesta de Salud para Asturias". Año 2008. DGSP.

1.2.2.3. Satisfacción con el empleo actual:

Según datos de la Encuesta de salud para personas adultas, de 2008, de las personas que trabajan o han trabajado anteriormente un 74,3% se consideran al menos satisfechas o muy satisfechas con su situación de trabajo actual (o el último). En el caso de la Encuesta del año 2002 la cifra alcanzaba también de dos tercios de la población trabajadora. Un 1,8% de las personas refiere no estar nada satisfecha (la mitad que en 2002) y un 4,4% estar poco satisfecha.

Por sexo, existe al menos satisfacción en relación al hecho citado en una proporción diferente entre ambos géneros: un 76,2% de los hombres y un 71,7% de las mujeres. No obstante, cuando la respuesta es poco o nada satisfecho/a son las mujeres las que contestan más a esta opción (7,8% frente a un 4,9% de los hombres).

Por grupo etario, en casi todos los grupos tienen niveles altos (tres de cada cuatro personas) de respuestas de satisfacción o mucha satisfacción. Sin embargo, el grupo de mayores de 64 años los niveles de satisfacción laboral son mucho más bajos (49,8). El grupo de edad menos satisfecho con su trabajo es el de personas jóvenes (poco o nada satisfecho/a el 6,7%).

Tabla 14. Satisfacción con el empleo actual de la población adulta asturiana por edad y sexo. Asturias, 2008. Fuente: Encuesta de Salud para Asturias, 2008.

Pregunta: En conjunto, ¿cómo consideraría su situación laboral actual?

	SEXO		EDAD				TOTAL
	HOMBRE	MUJER	16-29	30-44	45-64	> 64	
Muy satisfactoria	19,9	19,4	18,4	20,2	20,0	14,3	**19,7**
Satisfactoria	56,3	52,3	58,3	53,6	54,1	35,5	**54,6**
Relativamente satisfactoria	14,4	15,2	12,0	15,8	14,9	17,7	**14,7**
Poco satisfactoria	3,2	5,9	4,4	4,8	3,8	0,0	**4,4**
Nada satisfactoria	1,7	1,9	2,3	1,7	1,7	0,0	**1,8**
Ns/Nc	4,5	5,4	4,5	3,9	5,6	32,6	**4,8**

FUENTE: "Encuesta de Salud para Asturias". Año 2008. DGSP.

1.2.2.3. Preocupación por pérdida de empleo:

Entre las personas que en 2008 se encuentraban ocupadas o trabajando, un 36,1% consideraba que no le preocupa la posibilidad de perder su empleo y a un 18,3% le preocupaba poco. Por el contrario, un 7,4% indicaba que estaba muy preocupado ante esta posibilidad y un 18,5% bastante preocupado.

El grado de preocupación ante la posibilidad de perder su empleo era en 2008 bastante mayor en las mujeres (31,6%) que en los hombres (20,5%).

Por grupos etarios, las personas más preocupadas eran las de 30-44 años de edad (29,3%). Las menos preocupadas eran las de 45-64 años de edad (58,9%).

Tabla 15. Preocupación por la pérdida del empleo actual de la población adulta asturiana por edad y sexo. Asturias, 2008. Fuente: Encuesta de Salud para Asturias, 2008.

Pregunta: ¿Le preocupa la posibilidad de peder su empleo actualmente?

	SEXO		EDAD				TOTAL
	HOMBRE	MUJER	16-29	30-44	45-64	> 64	
Mucho	6,0	9,2	8,0	7,3	7,4	0,0	**7,4**
Bastante	15,5	22,4	18,6	22,0	13,6	11,2	**18,5**
Regular	13,3	12,6	14,9	12,9	12,3	0,0	**13,0**
Poco	20,5	15,3	20,3	18,0	17,8	0,0	**18,3**
Nada	38,8	32,5	33,4	33,5	41,1	50,4	**36,1**
Ns/Nc	5,9	7,9	4,8	6,3	7,9	38,4	**6,8**

FUENTE: "Encuesta de Salud para Asturias". Año 2008. DGSP.

1.2.2.4. Ocupación:

Según la Encuesta de Salud para Asturias de 2008, de las contestaciones realizadas con respecto a ellos/as mismos/as (o la persona principal del hogar si las personas entrevistadas eran estudiantes o buscaban primer empleo), se deduce que en un 24% de las ocasiones las personas trabajan como artesanos/as o trabajos en industrias manufactureras, construcción y minería, en un 17% son trabajadores/as de restauración, personales, protección y vendedores/as de comercio, en un 7,8% trabajan en dirección de empresas (incluye a trabajadores/as autónomos/as), un 7% como Operadores/as de instalaciones y maquinaria, montadores/as, un 14% como Trabajadores/as no cualificados/as, un 9% como Técnicos/as y profesionales científicos/as e intelectuales.

Dentro del total destacan como entidades específicas el trabajo de un 4% de la población entrevistada como trabajadores/as en industrias extractivas, así como de autónomos/as (4,6%). El mismo 4,6% lo ocupan las personas que trabajan como industriales, un 6% como dependientes/as, un 7% en la restauración y un 4% en trabajos de servicios personales, un 2,7% como servicio doméstico, un 5% como empleados/as sin cualificar en el comercio, un 2,8% como conductores/as de transporte. Un 1,6% se dedica a la enseñanza con titulación de 2º y 3º ciclo.

Tabla 16. Tipo de ocupación de la población adulta asturiana por edad y sexo. Asturias, 2008. Fuente: Encuesta de Salud para Asturias, 2008.

Pregunta: ¿A continuación queremos que nos diga los dos últimos trabajos que tuvo (el actual y el anterior)? En caso de que la persona entrevistada fuera estudiante o estuviera buscando su primer empleo, se debía preguntar la persona principal del hogar.

	SEXO		TOTAL
	HOMBRE	MUJER	
Fuerzas armadas	**0,5**	**0,1**	**0,3**
Dirección de las empresas y de las administraciones públicas	**8,2**	**7,3**	**7,8**
Gerentes con menos de 10 asalariados	2,7	2,7	2,7
Gerentes sin asalariados	4,7	4,4	4,6
Técnicos y profesionales científicos e intelectuales	**9,2**	**8,1**	**8,7**
Profesiones asociadas a titulaciones de 2º y 3er ciclo universitario en la enseñanza	1,7	1,5	1,6
Profesiones asociadas a una titulación de 1er ciclo universitario en la enseñanza	0,9	2,2	1,6
Técnicos y profesionales de apoyo	**7,7**	**3,8**	**5,7**
Técnicos de las ciencias físicas, químicas e ingenierías	4,2	1,1	2,6
Empleados de tipo administrativo	**3,3**	**5,7**	**4,6**
Empleados en servicios contables, financieros, y de servicios de apoyo a la producción y al transporte	1,8	2,0	1,9
Trabajadores de los servicios de restauración, personales, protección y vendedores de los comercios	**10,7**	**22,0**	**16,6**
Trabajadores de los servicios de restauración	4,8	8,6	6,8
Trabajadores de los servicios personales	1,2	4,1	2,7
Dependientes de comercio y asimilados	3,5	8,7	6,2
Trabajadores cualificados en la agricultura y en la pesca	**2,6**	**1,8**	**2,1**
Artesanos y trabajadores cualificados de las industrias manufactureras, la construcción, y la minería, excepto los operadores de instalaciones y maquinaria	**33,7**	**14,3**	**23,6**
Trabajadores en obras estructurales de construcción y asimilados	8,9	2,5	5,5
Trabajadores de acabado de construcciones y asimilados; pintores y otros asimilados	4,4	1,2	2,7
Trabajadores de las industrias extractivas	6,4	2,8	4,5
Soldadores, chapistas, montadores de estructuras metálicas, herreros, elaboradores de herramientas y asimilados	7,5	2,0	4,6
Operadores de instalaciones y maquinaria, y montadores	**10,1**	**4,6**	**7,2**
Conductores de vehículos para el transporte urbano o por carretera	4,3	1,4	2,8
Trabajadores no cualificados	**11,6**	**16,1**	**14,2**
Empleados domésticos y otro personal de limpieza de interior de edificios	0,6	9,4	5,2

FUENTE: "Encuesta de Salud para Asturias". Año 2008. DGSP.

Por sexo, dentro de los distintos apartados, existe una mayor proporción de hombres en la dirección de empresas y administraciones públicas. Por el contrario, hay más proporción de mujeres en el caso de Profesiones asociadas a una titulación de 1er ciclo universitario en la enseñanza, Empleados de tipo administrativo, y con una considerable diferencia de género en Empleados domésticos y otro personal de limpieza de interior de edificios.

1.2.3. Clase social:

Existen múltiples aproximaciones hacia el cálculo de la clase social en un medio determinado dependiendo, entre otras, de la formación recibida, de los ingresos económicos, de la actividad realizada, de la ocupación actual, etcétera.

Una de ellas, es la propuesta por la recomendación de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE) que establece la clasificación a partir de las ocupaciones de las personas, dividiéndola en cinco clases con dos subclases en la clase IV.

Siguiendo dicha recomendación, a partir de la clasificación nacional de ocupaciones (INE, 1994) en este estudio se propone la utilización de determinados códigos en asimilación a los contenidos propuestos por la SEE que se muestran en la tabla siguiente:

Tabla 17. Asignación de clase social en función de tipo de ocupación. Códigos de Clasificación Nacional de Ocupaciones en la población adulta asturiana. Asturias, 2008. Fuente: Encuesta de Salud para Asturias, 2008.

Clase social	Contenidos	Códigos CON (1)
I	Directivos/as de la Administración Pública y empresas con 10 o más asalariados/as Profesiones asociadas a titulaciones de 2º y 3º ciclo universitario	1011-1139 2011-2434
II	Directivos/as de la Administración Pública y empresas con menos de asalariados/as (2) Profesiones asociadas a titulaciones de 1º ciclo universitario Técnicos/as Artistas y deportistas	1210-1409 2611-2950 3010-3319 3541-3546
III	Empleados/as de tipo administrativo y profesionales de apoyo a la gestión administrativa Trabajadores/as de servicios personales y seguridad Trabajadores/as por cuenta propia Supervisores/as de trabajadores/as manuales	3411-3519 4011-4605 3521-3539 5010-5330 1510-1709
IV	Trabajadores/as cualificados/as Trabajadores/as semicualificados/as	6011-8640
V	Trabajadores/as no cualificados/as	9001-9800

(1) CON: Clasificación Nacional de Ocupaciones (INE). (2) Excluye a trabajadores/as autónomos/as)

A partir de las ocupaciones declaradas por las personas entrevistadas en la pregunta indicada en el apartado de ocupación, se ha calculado la asignación de clase social para la persona entrevistada (en ningún momento de la unidad familiar) excepto para las personas entrevistadas que estén en situación de estudiante o buscando primer empleo (para ellos/as, se refiere a la clase social de la persona principal del hogar).

Una vez analizada dicha variable, de aquellas personas que conocemos su ocupación, un 36% de la población se situaría en la clase social IV, seguida de un 30% de personas en clase social III. Un 4,8% correspondería a la clase social I, un 12,8% a la clase social II y un 15,4% a la clase social V.
Por sexo de la persona entrevistada (o en excepciones), los hombres se sitúan en clase sociales ligeramente más elevadas que las mujeres (clases sociales I y II), clase social V (7% en hombres y 10% en mujeres). Hay una gran diferencia en la proporción de personas que NS/NC a la ocupación por lo que son difícilmente clasificables en cuanto a clase social.

Las mayores proporciones de población de clase I se localizan en el grupo de 30 a 44 años y las menores en el grupo de más edad. A partir de los 45 años son mayores las proporciones de población que pertenecen a las clases IV y V.

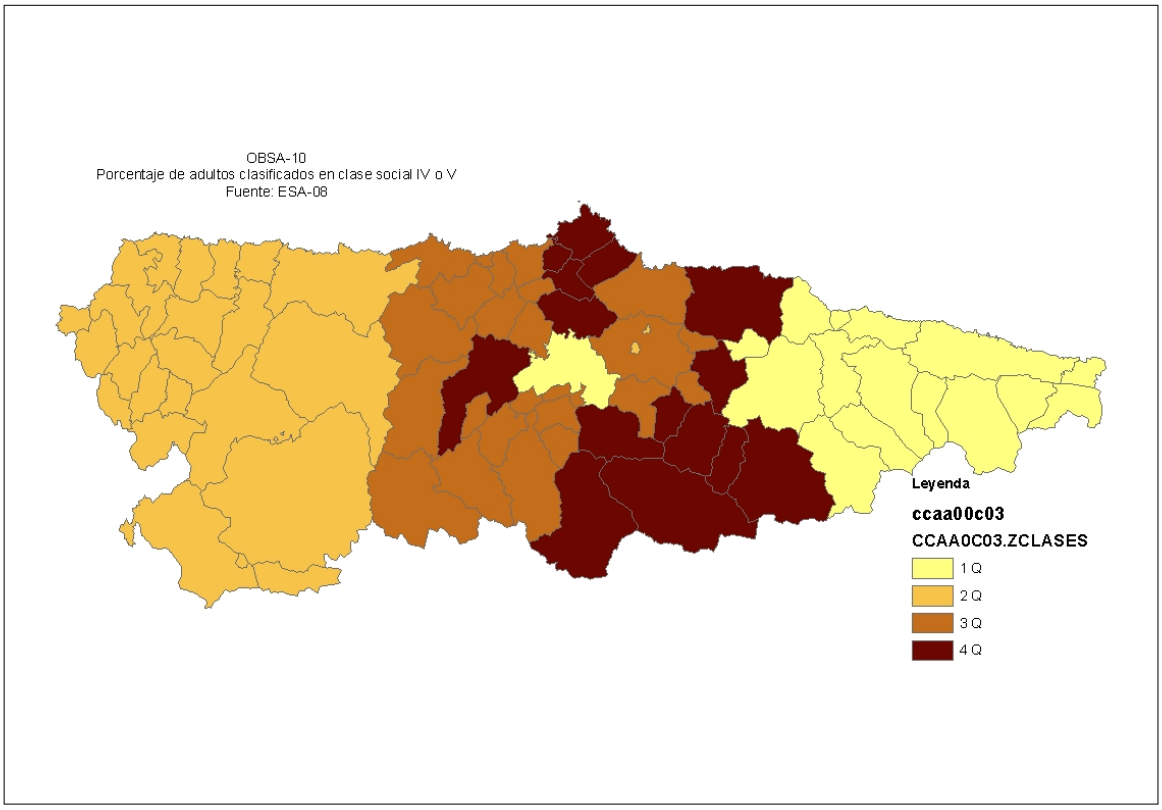
Tabla 18. Asignación de clase social en función de tipo de ocupación. Códigos de Clasificación Nacional de Ocupaciones en la población adulta asturiana. Asturias, 2008. Fuente: Encuesta de Salud para Asturias, 2008.

Aproximación a la clase social:

Clase social	SEXO		EDAD				TOTAL
	HOMBRE	MUJER	16-29	30-44	45-64	> 64	
I	5,6	3,3	4,4	6,6	4,3	2,2	**4,4**
II	13,2	10,4	11,9	13,5	12,3	9,0	**11,7**
III	20,9	33,5	36,7	35,9	25,8	14,1	**27,5**
IV	46,4	20,7	30,3	27,2	33,3	40,3	**32,9**
V	11,7	16,2	10,7	12,8	16,4	15,0	**14,1**
No clasificable	2,2	15,8	6,0	3,9	7,9	19,4	**9,4**

FUENTE: "Encuesta de Salud para Asturias". Año 2008. DGSP.

Mapa 3: Frecuencia de personas en clase social IV o V. Asturias, 2008. Distribución por concejos. Fuente: Observatorio de la Salud para Asturias, 2011. Consejería de Sanidad, NOTA: presentación por cuartiles, a mayor intensidad de color peor situación ambiental



1.2.4. Apoyo y cohesión social:

1.2.4.1. Autopercepción de la vida social

Este indicador, intenta integrar al sujeto dentro de su medio y valorar el grado de interconexión con él, así como de estimar la capacidad que podría tener el medio para dar apoyo al sujeto.

Uno/a de cada diez asturianos/as considera insatisfactoria su vida social…

Los resultados que nos da la Encuesta de Salud en Asturias para 2008, expresan que un 87,5% de los asturianos/as indican que su vida social es satisfactoria o muy satisfactoria. Al contrario un 0,9% de la misma población piensa que su vida social es insatisfactoria por completo. En la Encuesta de Salud del año 2002 las cifras eran similares si bien en aquel momento las opciones para la satisfacción eran muy buena, buena, regular, mala o muy mala, pero se pueden hacer una correspondencia de similitud entre ellas.

Por sexo, existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la satisfacción con su vida social entre hombres y mujeres. Los hombres consideran como muy satisfactoria su vida social en un 21,4% frente a solo un 18,6% de las mujeres. En el grado más bajo de satisfacción, hay una mayor proporción de mujeres (1,2% frente a un 0,7% de los hombres) que piensan que su vida social es insatisfactoria por completo.

Los hombres y las personas jóvenes consideran más satisfactorias su vida social que las mujeres y las personas mayores…

Por grupo etario, las personas jóvenes están más satisfechas con su vida social (muy satisfactoria o satisfactoria: 97%), que en las personas mayores (78%), habiendo un clara tendencia descendente en este aspecto en función de la edad. Donde no existen diferencias significativas con respecto a la media global asturiana (sí si comparamos grupos etarios entre ellos) es en la escasa apreciación de la vida social (insatisfactoria por completo).

Tabla 19. Nivel de autopercepción de la vida social en población adulta asturiana. Asturias, 2008. Fuente: Encuesta de Salud para Asturias, 2008.

Pregunta: ¿En general usted diría que su vida social es?

	SEXO		EDAD				TOTAL
	HOMBRE	MUJER	16-29	30-44	45-64	> 64	
Muy satisfactoria	21,4	18,6	36,7	25,7	14,9	8,1	**20,0**
Satisfactoria	68,7	66,4	59,5	66,7	71,6	68,9	**67,5**
Poco satisfactoria	8,1	12,8	3,3	6,0	11,0	20,2	**10,6**
Insatisfactoria por completo	0,7	1,2	0,0	0,5	1,5	1,3	**0,9**
Ns/Nc	1,1	1,0	0,5	1,1	1,0	1,4	**1,1**

FUENTE: "Encuesta de Salud para Asturias". Año 2008. DGSP.

1.2.4.2. Personas con las que puede hablar (persona confidente)

Este indicador, complementario a los anteriores, intenta valorar el abordaje de la resolución de problemas o conflictos que viene marcado, entre otros, por la fase de comentar, intercambiar opiniones, consultar, etcétera, que acompaña a la existencia de problemas, y que, habitualmente era suplido por profesionales de distintos ámbitos. Por ese motivo, en la encuesta se ha aclarado a las personas entrevistadas que hace referencia a la relación no profesional excluyéndose de las respuestas las relaciones con asesores/as, médicos/as, psicólogos/as, curas, etcétera.), centrándonos en la relación informal más ligada al concepto de persona confidente o de mucha confianza.

En este caso, cerca de un 96% de las personas entrevistadas cuentan con al menos una persona a la que pueden acudir para compartir su necesidad de hablar, intercambiar opiniones, etcétera. Un 2,4% de la población manifiesta no tener a ninguna persona de suficiente confianza para hablar de problemas muy personales.

Una de cada 40 personas asturianas no tiene a nadie con el que hablar de problemas muy personales…

Las proporciones de una o múltiples personas a las que poder acudir son similares en ambos sexos.

Por grupos etarios, los jóvenes tienen una mayor proporción de varias personas a las que poder acudir (79%) que las personas mayores (58%). No obstante, en cuanto a la ausencia de personas con las que compartir problemas muy personales, la situación es similar en todos los grupos etarios, excepto en las personas de 45-64 años de edad que tienen proporciones relativamente altas (6%). Este último porcentaje ha aumentado con respecto a la Encuesta de Salud de 2002 (4% en personas mayores). Un hecho similar sucede en la frecuencia de más de una persona en población joven que disminuye considerablemente con respecto a 2002.

Tabla 20. Nivel de ausencia de personas con las que puede hablar de temas personales en población adulta asturiana. Asturias, 2008. Fuente: Encuesta de Salud para Asturias, 2008.

Pregunta: Entre las personas cercanas a usted, ¿hay algunas con las que puede hablar en cualquier momento sobre problemas muy personales?

	SEXO		EDAD				TOTAL
	HOMBRE	MUJER	16-29	30-44	45-64	> 64	
Sí, diversas personas	67,6	67,9	78,7	70,6	66,6	58,1	**67,8**
Sí, una persona	28,5	27,4	18,7	25,3	29,1	36,1	**28,0**
No, nadie	2,3	2,6	1,3	2,2	2,8	3,1	**2,4**
Ns/Nc	1,6	2,1	1,3	1,8	1,5	2,7	**1,9**

FUENTE: "Encuesta de Salud para Asturias". Año 2008. DGSP.

1.2.4.3. Relaciones sociales en el último mes

Según la Encuesta de salud en Asturias en 2008, un 6% de la población no se ha relacionado con familiares o amigos en NINGUN momento del último mes…

Un 28,5% de la población asturiana manifiesta que se relaciona a diario con personas amigas o familiares para salir o divertirse, bien directamente, persona a persona o bien a través de un medio de comunicación (teléfono, internet…). El 6,1% contesta no haberse relacionado socialmente con familiares o amigos/as en ningún momento.

Están más aisladas socialmente las personas mayores…

Es mayor la proporción de mujeres que declara no establecer ninguna relación social (6.7%). Los hombres señalan con mayor frecuencia mantener estas relaciones sociales a diario (29,5% por un 27,7% de las mujeres), al mismo tiempo que entre las mujeres es más habitual indicar varios días a la semana (31,5% por un 30,6% de los hombres).

A medida que aumenta la edad, disminuye la frecuencia con la que se mantienen relaciones sociales. Las personas más jóvenes y el grupo 30 a 44 años son los que refieren mantener un alto nivel de relacione sociales con sus amigos/as o familiares a diario y varios días a la semana.

Tabla 21. Nivel de relaciones sociales el último mes en población adulta asturiana. Asturias, 2008. Fuente: Encuesta de Salud para Asturias, 2008.

Pregunta: En el último mes, ¿se ha relacionado directamente o a través de un medio de comunicación (teléfono, Internet, etcétera) con amigos-as/familiares para salir, divertirse, sentirse acompañado/a?

	SEXO		EDAD				TOTAL
	HOMBRE	MUJER	16-29	30-44	45-64	> 64	
Nunca	5,5	6,7	4,1	5,3	5,9	8,8	**6,1**
Alguna vez	32,0	31,5	20,8	27,1	34,8	40,9	**31,8**
Varios días a la semana	30,6	31,5	28,3	36,2	30,9	27,9	**31,1**
Todos los días	29,5	27,7	45,3	29,0	26,1	18,8	**28,5**
Ns/Nc	2,4	2,7	1,5	2,4	2,4	3,7	**2,5**

FUENTE: "Encuesta de Salud para Asturias". Año 2008. DGSP.

1.2.4.4. Ayuda recibida para el cuidado de menores y dependientes

El motivo de realizar esta pregunta en la Encuesta de salud de 2008 era el saber si entre la población asturiana que convive en su hogar con personas dependientes, como: algún menor de 15 años, alguna persona mayor de 74 años que requiera cuidados o alguna persona discapacitada, existe una red social que permita el desahogo o el soporte o ayuda en el cuidado de estas personas, para poder realizar recados o gestiones que necesitara.

Más de una de cada cuatro personas que necesitaron ayuda en el último mes NUNCA la recibieron…

Hay una elevada proporción de contestaciones NS/NC por lo que es difícil valorar estas respuestas. Si lo hacemos en relación a las preguntas respondidas observamos que un 28% de ellas que necesitaron ayuda NUNCA (en el último mes) la han tenido. Han tenido un buen soporte social en este ámbito un 16% de las personas que lo necesitaron (todos los días).

La proporción de personas que NUNCA han tenido apoyo es similar entre hombres y mujeres.

Las personas mayores han tenido una menor proporción de NUNCA haber tenido soporte social, si bien también son las que presentan una menor proporción de soporte TODOS los días.

Tabla 22. Nivel de ayuda recibida para el cuidado de menores y dependientes en población adulta asturiana. Asturias, 2008. Fuente: Encuesta de Salud para Asturias, 2008.

Pregunta: En el último mes, cuando ha necesitado ayuda para el cuidado de menores y/o personas dependientes, para hacer recados o gestiones, ¿ha encontrado fácilmente a alguien que le ayudara?

	SEXO		EDAD				TOTAL
	HOMBRE	MUJER	16-29	30-44	45-64	> 64	
Nunca	14,7	13,5	14,6	16,6	15,9	8,8	**14,1**
A veces	17,9	19,2	16,1	17,9	17,4	22,7	**18,6**
Frecuentemente	10,6	14,3	9,7	13,4	13,1	13,1	**12,6**
Todos los días	8,9	7,8	7,7	14,5	6,1	5,2	**8,3**
Ns/Nc	47,8	45,1	51,9	37,7	47,5	50,2	**46,4**

FUENTE: "Encuesta de Salud para Asturias". Año 2008. DGSP.

1.2.4.5. Convivencia:

Más de la mitad de las personas conviven con su pareja…

La mayor parte de los asturianos/as convive con su pareja (57,0%). Lo hacen en mayor proporción los hombres (60,3%) que las mujeres (54,0%).

Según la edad, a medida que aumenta la edad de los hombres es mayor la proporción que indican estar conviviendo con su pareja, mientras que en las mujeres, esto sólo ocurre en los dos primeros estratos de edad, debido al mayor porcentaje de mujeres a partir de esas edades que están separadas o divorciadas (grupo de 45-64 años) o viudas (mayores de 64 años).

Una de cada cinco personas vive sola…

Unas tres cuartas partes de los hogares asturianos están formados por dos a cuatro personas. Hay un 19,1% de personas que viven solas. Y en un 5,4% restante residen más de cuatro personas.

Tabla 23. Tipo de convivencia en población adulta asturiana. Asturias, 2008. Fuente: Encuesta de Salud para Asturias, 2008.

Preguntas: ¿Convive con su pareja?

	SEXO		EDAD				TOTAL
	HOMBRE	MUJER	16-29	30-44	45-64	> 64	
Sí	60,3	54,0	25,0	67,3	70,4	52,6	**57,0**
No	39,7	46,0	75,0	32,7	29,6	47,4	**43,0**

FUENTE: "Encuesta de Salud para Asturias". Año 2008. DGSP.

Pregunta: identificación de los miembros del hogar

	HOMBRE	MUJER	TOTAL
Una persona	17,5	20,5	**19,1**
De 2 a 4 personas	76,8	74,4	**75,5**
Más de 4 personas	5,7	5,1	**5,4**

FUENTE: "Encuesta de Salud para Asturias". Año 2008. DGSP.

Más en mujeres…

Las proporciones son similares entre hombres y mujeres, no obstante, las mujeres son las que con mayor frecuencia viven solas (20,5% frente al 17,5% de los hombres) (mayor estado de separación, divorcio y/o viudedad).

Dos de cada cinco mujeres mayores viven solas…

El mayor porcentaje de personas que viven solas aparece en las personas de más edad, especialmente entre las mujeres: 39,2% por un al 21,6% en los hombres.

1.3. INDICADORES DE CONDUCTAS Y ESTILOS DE VIDA:

- Actividad física
- Alteración del sueño
- Alimentación adecuada
- Tabaco

1.3.1. Actividad física:

1.3.1.1. Ejercicio físico

Para valorar el ejercicio practicado por la población asturiana se han recogido en la Encuesta de Salud de adultos en 2008 las respuestas de tres preguntas, una referida a las tareas realizadas en el tiempo de la actividad principal (considerando como tal, entre otras, a las personas que realicen labores domésticas), otra relativa al ejercicio físico realizado y, por último, la frecuencia de la realización del ejercicio físico.

Un 36% de la población se pasa sentada la mayor parte de la jornada laboral…

En relación a esta pregunta más de la mitad de la población (51.8%) considera que el tiempo de su actividad principal está fundamentalmente de pie sin mayores esfuerzos, mientras que algo más de un tercio (36.1%) está la mayor parte del tiempo sentada. Realizan trabajo pesado con gran esfuerzo físico un 3.1% de la población y caminando, llevando algún peso o con desplazamientos frecuentes un 7% de la población adulta asturiana. Estas cifras son casi idénticas a las facilitadas por la ESA-2002, excepto para la realización de grandes esfuerzos que se ha incrementado del 1% (2002) al 3% (2008).

Tabla 24. Realización de ejercicio físico en la actividad principal en población adulta asturiana. Asturias, 2008. Fuente: Encuesta de Salud para Asturias, 2008.

Pregunta: En general, en el tiempo de su actividad principal en el centro de trabajo, hogar, centro de enseñanza, etcétera, ¿usted está?

	SEXO		EDAD				TOTAL
	HOMBRE	MUJER	16-29	30-44	45-64	> 64	
Sentado/a la mayor parte de la jornada	39,2	33,4	40,3	25,1	31,8	50,3	**36,1**
De pie la mayor parte de la jornada sin mayores esfuerzos	44,2	58,6	46,4	56,6	57,5	43,2	**51,8**
Caminando, llevando algún peso o con desplazamientos frecuente	9,4	4,7	7,3	10,5	6,4	3,7	**7,0**
Realizando trabajo pesado, con tareas que requieren gran esfuerzo	4,8	1,6	4,6	4,8	2,8	0,6	**3,1**
Ns/Nc	2,5	1,6	1,4	3,0	1,5	2,1	**2,0**

FUENTE: "Encuesta de Salud para Asturias". Año 2008. DGSP.

Las mujeres están más tiempo de pie en su jornada laboral…

Existen disparidades de tipo de tareas realizadas en la actividad principal entre géneros: mientras que en un 4.8% de los hombres llevan a cabo un trabajo pesado que requiere un gran esfuerzo, solo lo hace un 1,6% de las mujeres (estas son las que realmente incrementan la proporción total de personas con tareas de gran esfuerzo). Por otra parte, mientras un 58.6% de las mujeres están de pie sin mayores esfuerzos en la actividad principal solo hacen esta tarea un 44.2% de los hombres. No obstante, cerca de un 40% de los hombres están la mayor parte del tiempo sentados en la actividad principal mientras solo lo hacen un 33.4% de las mujeres.

Las personas jóvenes están más tiempo sentadas en su jornada…

Por edades, las personas jóvenes refieren una mayor proporción de estar la mayor parte del tiempo sentadas (40.3%), mientras que solo un 25.1% de las personas entre 30-44 años hacen su trabajo sentados/as. Están de pie sin mayores esfuerzos en su actividad principal tres de cada cinco asturianos/as de 45-64 años, mientras solo un 43.2% en personas mayores de 64 años. Realizan gran esfuerzo físico y trabajo pesado proporciones similares de personas de los grupos entre los 16-29 y personas mayores. Los mayores esfuerzos se realizan en personas de 30-44 años de edad.

1.3.1.2. Práctica de ejercicio físico o actividad deportiva en el tiempo libre

Más de un tercio de los/as asturianos/as no realiza ejercicio físico en el tiempo libre…

Un 47.8% de la población adulta asturiana declara hacer ejercicio físico ocasionalmente, mientras un 37% no hacen ejercicio habitualmente. Solo hacen ejercicio intenso en forma de entrenamiento un 5.1% de la población adulta. Un 8.5% de la población menciona hacer alguna actividad física moderada.

Tabla 25. Realización de ejercicio físico en el tiempo libre en población adulta asturiana. Asturias, 2008. Fuente: Encuesta de Salud para Asturias, 2008.

Pregunta: ¿Practica usted ejercicio físico en el tiempo libre?

	SEXO		EDAD				TOTAL
	HOMBRE	MUJER	16-29	30-44	45-64	> 64	
No hago ejercicio físico	34,7	39,1	35,5	39,7	36,6	35,7	**37,0**
Realizo alguna actividad física ligera	44,0	51,3	28,3	41,4	55,8	58,8	**47,8**
Realizo alguna actividad moderada	10,6	6,6	17,8	12,4	4,1	3,2	**8,5**
Realizo actividad física intensa o de competición	9,5	1,1	15,7	5,4	2,2	0,6	**5,1**
Ns/Nc	1,3	1,9	2,8	1,1	1,3	1,7	**1,6**

FUENTE: "Encuesta de Salud para Asturias". Año 2008. DGSP.

Por sexo, las personas que hacen ejercicio físico más intenso o más moderado son los hombres, situándose las mujeres generalmente en los grupos de actividades físicas más ligeras: caminar, gimnasia suave, juegos, etcétera. Uno de cada diez hombres dice hacer actividad física de competición o intensa mientras solo lo dice una de cada cien mujeres. Un 39% de las mujeres dicen no hacen ejercicio mientras que indica lo mismo un 35% de los hombres. Con respecto a 2002 se observa un aumento moderado 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 aquellas personas que hacen ejercicio más intenso.

Las mujeres hacen ejercicio físico menos intenso en el tiempo libre…

Atendiendo a la variable edad, hacen ejercicio más intenso las personas jóvenes: uno de cada seis personas jóvenes hacen actividad intensa o de competición, mientras que lo hace solo una de cada doscientas mayores. El ejercicio realizado de forma moderada lo practican una de cada seis personas jóvenes mientras solo lo hace una de cada treinta personas mayores. No obstante, paradójicamente, también existe una alta proporción de personas jóvenes que no realizan ejercicio físico (similar a la frecuencia en personas mayores), manifestando un doble comportamiento característico de las personas jóvenes: o no se realiza ejercicio o, cuando se realiza, se hace más intensamente.

1.3.1.3. Frecuencia con la que se ha practicado ejercicio físico en el último mes

En lo que hace a la frecuencia con la que se ha practicado actividad física en el último mes, se aprecia una diferencia notable en función del tipo de ejercicio o deporte de qué se trate.

La actividad más practicada por la población asturiana ha sido pasear y la han realizado en una frecuencia media de 10 veces en un mes.
Los/as asturianos/as salen a pasear unas diez veces (al menos treinta minutos) al mes…

Tabla 26. Frecuencia con la que se practicó ejercicio físico en población adulta asturiana. Asturias, 2008. Fuente: Encuesta de Salud para Asturias, 2008.

Pregunta: Cuántas veces ha practicado cualquiera de los siguientes ejercicios físicos durante al menos 30 minutos en los últimos días? (media de veces).

	SEXO		EDAD				TOTAL
	HOMBRE	MUJER	16-29	30-44	45-64	> 64	
Pasear	9,6	11	5,4	8,4	11,9	14,0	**10,3**
Caminar a paso ligero	2,1	1,8	2,1	2,5	2,1	1,0	**1,9**
Deportes (baloncesto, fútbol, tenis, ciclismo, natación...)	2,1	0,5	3,1	1,6	0,7	0,2	**1,2**
Gimnasia, aerobic, yoga, pilates	0,7	0,7	1,3	1,0	0,3	0,5	**0,7**
Montañismo, senderismo, naútica	0,1	0,02	0,04	0,1	0,03	0,0	**0,04**
Otros (especificar)	0,6	0,2	0,6	0,5	0,4	0,1	**0,4**

FUENTE: "Encuesta de Salud para Asturias". Año 2008. DGSP.

Considerablemente menor es la frecuencia con la que se han practicado en el último mes otras actividades como: caminar a paso ligero (1,9 veces), deportes, como baloncesto, fútbol, tenis, ciclismo o natación (1,2 veces), gimnasia, aerobic, yoga, pilates (0,7 veces) y montañismo, senderismo o naútica (0,04 veces).

Los hombres practican más deportes, las mujeres pasean más…

Los hombres, por su parte, han practicado deportes una media cuatro veces más que las mujeres en el último mes. Y también presentan una media más alta en la actividad de caminar a paso ligero y el montañismo. Por el contrario, las mujeres pasean más y se iguala entre ambos sexos la actividad de gimnasia, aerobic, yoga y pilates.

Las personas mayores salen a pasear unas catorce veces (al menos treinta minutos) al mes…

Las frecuencias de práctica de deporte en relación con la edad presenta una tendencia creciente en el caso del paseo y decreciente en los otros deportes. Los niveles de práctica de paseo en población mayor son elevados (14 veces al mes) lo que revela la frecuencia de esta práctica, prescrita o no, de esta forma de actividad física. Entre las mujeres también tiene una ligera relación inversa con la edad caminar a paso ligero.

Las actividades de gimnasia, aerobic, yoga y pilates son practicadas con mayor frecuencia por la población menor de 45 años.

1.3.1.4. Ejercicio físico en población infantil:

Para valorar el ejercicio practicado por la población infantil asturiana se han recogido en la Encuesta de salud Infantil de Asturias de 2009 las respuestas de una pregunta, una referida al ejercicio físico realizado en el tiempo libre: ¿Cuál de estas posibilidades describe mejor la frecuencia con la que el/la niño/a realiza alguna actividad física en su tiempo libre? (fuera del horario escolar): (Niños/as mayores de tres años).

En relación a esta pregunta la mitad de la población infantil considera que el tiempo de su actividad principal hace entrenamiento deportivo o físico varias veces a la semana (48%). Un sexto no hace ejercicio y un quinto hace alguna actividad física o deportiva ocasional.

Tabla 27. Frecuencia de práctica de ejercicio físico en población infantil asturiana por sexo. Asturias, 2009. Fuente: Encuesta de Salud Infantil Asturias, 2009.

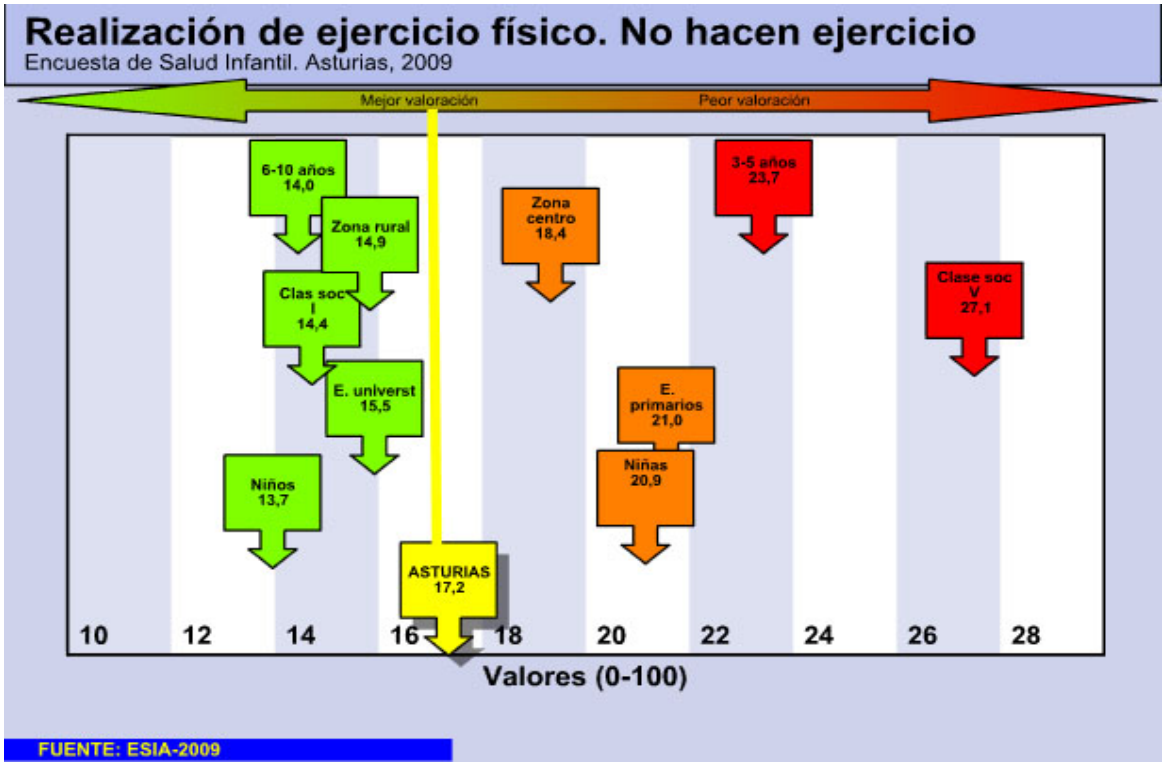
	Niños	Niñas	Total
	%	%	%
No hace ejercicio. Su tiempo libre lo ocupa de forma casi completamente sedentaria	13,7	20,9	**17,2**
Hace alguna actividad física o deportiva ocasional	17,4	20,7	**19,0**
Hace actividad física, varias veces al mes	7,8	7,9	**7,9**
Hace entrenamiento deportivo o físico varias veces a la semana	54,0	42,6	**48,4**

Existen disparidades de tipo de tareas físicas realizadas entre géneros: los niños tienen una mayor probabilidad de que hagan entrenamiento deportivo físico varias veces a la semana que las niñas (OR: 1,6; IC95%: 1,3-1,8) mientras que tienen menor probabilidad de hacer actividades completamente sedentarias (OR: 0,6; IC95%: 0,5-0,7)

Por edades, las personas en edad pediátrica también tienen diferencias de actividad: así es más probable el sedentarismo en niños y niñas en edad preescolar (24%) que en adolescentes (16%). A la inversa, hacen entrenamiento deportivo habitual más frecuentemente la población infantil a partir de los 6 años de edad.

Por otras variables de interés, observamos que un 18,4% de los niños/as residentes en zona central no hacen ejercicio y su tiempo libre lo ocupa de forma casi completamente sedentaria, mientras que la frecuencia de ese tipo de actividad es de un 14,9% en población infantil de zonas rurales.

Figura 5. Frecuencia de realización de ejercicio en población infantil. Asturias, 2009. Fuente: Encuesta de Salud Infantil para Asturias, 2009.



El 21% de los niños/as procedentes de familias con estudios primarios no hacen ejercicio y su tiempo libre lo ocupa de forma casi completamente sedentaria, mientras que la frecuencia de ese tipo de actividad es de un 15,5% en población infantil procedentes de familias universitarias.

Un 27,1 de los niños/as procedentes de clase social tipo V no hacen ejercicio y su tiempo libre lo ocupa de forma casi completamente sedentaria, mientras que la frecuencia de ese tipo de actividad es de un 14,4% en población infantil más aventajada (clase social II).

Tabla 28. Frecuencia de práctica de ejercicio físico en población infantil asturiana por edad. Asturias, 2009. Fuente: Encuesta de Salud Infantil Asturias, 2009.

	0-2	3-5	6-10	11-15	Total
	%	%	%	%	%
No hace ejercicio. Su tiempo libre lo ocupa de forma casi completamente sedentaria		23,7	14,0	16,3	**17,2**
Hace alguna actividad física o deportiva ocasional		20,6	18,9	18,2	**19,0**
Hace actividad física, varias veces al mes		6,4	8,6	8,1	**7,9**
Hace entrenamiento deportivo o físico varias veces a la semana		27,8	54,9	54,8	**48,4**

En el caso de los adultos, En relación a esta pregunta más de la mitad de la población (51.8%) considera que el tiempo de su actividad principal está fundamentalmente de pie sin mayores esfuerzos, mientras que algo más de un tercio (36.1%) está la mayor parte del tiempo sentada. Realizan trabajo pesado con gran esfuerzo físico un 3.1% de la población y caminando, llevando algún peso o con desplazamientos frecuentes un 7% de la población adulta asturiana. Estas cifras son casi idénticas a las facilitadas por la ESA-2002, excepto para la realización de grandes esfuerzos que se ha incrementado del 1% (2002) al 3% (2008).

Existen disparidades de tipo de tareas realizadas en la actividad principal entre géneros: mientras que en un 4.8% de los hombres llevan a cabo un trabajo pesado que requiere un gran esfuerzo, solo lo hace un 1,6% de las mujeres (estas son las que realmente incrementan la proporción total de personas con tareas de gran esfuerzo). Por otra parte, mientras un 58.6% de las mujeres están de pie sin mayores esfuerzos en la actividad principal solo hacen esta tarea un 44.2% de los hombres. No obstante, cerca de un 40% de los hombres están la mayor parte del tiempo sentados en la actividad principal mientras solo lo hacen un 33.4% de las mujeres.

Por edades, las personas jóvenes refieren una mayor proporción de estar la mayor parte del tiempo sentadas (40.3%), mientras que solo un 25.1% de las personas entre 30-44 años hacen su trabajo sentados/as. Están de pie sin mayores esfuerzos en su actividad principal tres de cada cinco asturianos/as de 45-64 años, mientras solo un 43.2% en personas mayores de 64 años. Realizan gran esfuerzo físico y trabajo pesado proporciones similares de personas de los grupos entre los 16-29 y personas mayores. Los mayores esfuerzos se realizan en personas de 30-44 años de edad.

1.3.2. Descanso, sueño:

1.3.2.1. Horas de sueño

Se suele dormir unas 7,4 horas diarias…

La media de horas dedicadas diariamente al sueño en una persona adulta asturiana es de 7,4. En la Encuesta de Salud del año 2002 era de 7,3 horas.

Duermen más los hombres…

Tabla 29. Horas de sueño en población adulta asturiana. Asturias, 2008. Fuente: Encuesta de Salud para Asturias, 2008.

Pregunta: ¿Cuántas horas por término medio duerme un día normal, incluyendo el tiempo de siesta?

	SEXO		EDAD				TOTAL
	HOMBRE	MUJER	16-29	30-44	45-64	> 64	
Media	7,5	7,3	7,9	7,3	7,3	7,3	**7,4**

FUENTE: "Encuesta de Salud para Asturias". Año 2008. DGSP.

Por sexos, los hombres duermen un poco más que las mujeres de media (7,5 h respecto a 7,3 h). Con respecto al año 2002 parece que ese ligero incremento de sueño se debe al aumento en hombres y no en mujeres.

Más los jóvenes…

Por grupos etarios, son las personas jóvenes las que manifiestan dormir más horas (7,9 horas de media), reduciéndose el número de horas a medida que aumentan los años y llegando en el grupo de personas mayores a dormir una media hora menos al día que en las personas jóvenes. En el grupo de personas entre 45-64 años, a pesar, de situarse su media dentro de la propia tendencia de disminución del número de horas con la edad, se observa una gran dispersión de los resultados característica de que dentro de su propio grupo hay personas que duermen muchos más de esa media y otras mucho menos, siendo la dispersión claramente menor en otros grupos etarios.

1.3.2.2. Descanso en el sueño

Esta es una nueva pregunta en la Encuesta de 2008. Tres de cada cuatro personas consideran que lo que duerme le permite descansar adecuadamente.

Una de cada cuatro personas no descansa adecuadamente. Sobre todo las mujeres y las personas mayores…

Sin embargo, esa proporción es bastante menor en mujeres (70,3% respecto a un 82% en hombres), lo que significa que algo más de una de cada cuatro mujeres no descansa adecuadamente en el sueño frente a uno de cada seis hombres.

Se descansa mejor en las edades jóvenes, con la edad va aumentando la proporción de personas que manifiestan no tener un descanso adecuado.

Tabla 30. Frecuencia de descanso en el sueño en población adulta asturiana. Asturias, 2008. Fuente: Encuesta de Salud para Asturias, 2008.

Pregunta: ¿Las horas que duerme le permiten descansar adecuadamente?

	SEXO		EDAD				TOTAL
	HOMBRE	MUJER	16-29	30-44	45-64	> 64	
Sí	82,0	70,3	84,8	76,2	75,4	69,6	**75,9**
No	15,4	26,5	13,3	21,1	22,4	25,7	**21,2**
Ns/Nc	2,6	3,2	1,9	2,8	2,2	4,7	**2,9**

FUENTE: "Encuesta de Salud para Asturias". Año 2008. DGSP.

1.3.2.3. Dificultades para dormir

También esta era una nueva pregunta en la Encuesta de 2008. Casi la mitad de las personas han tenido alteraciones en la calidad del sueño como dificultades para quedarse dormidas, se despertaron varias veces o bien se despertaron muy pronto…

Algo más de la mitad de la población asturiana no ha tenido dificultades para dormir en el último mes (56,0%). No obstante hay grandes diferencias por sexo: el 63,8% de los hombres dice que no ha tenido dificultades para conciliar el sueño frente a las mujeres cuya proporción no alcanza a la mitad: 48,9%. Para las restantes opciones son las mujeres las que con mayor frecuencia han tenido dificultades para dormir varios días (11,2% por un 5,7% de los hombres), muchos días (7,5% por un 3,0%) o incluso todos los días del último mes (4,7% por un 1,7%).

Las mujeres tienen con mayor frecuencia problemas para dormirse, o se despiertan más frecuentemente durante la noche o precozmente por la mañana…

El análisis de los resultados por edad refleja una tendencia creciente en las dificultades para conciliar el sueño cuanto mayor es la edad de la población.

Respecto a la calidad del sueño, se ha analizado también la frecuencia con la que la población asturiana ha visto interrumpido su sueño, considerando los días en los que se ha despertado mientras dormía varias veces o ha estado despierto más de una hora. Los resultados en esta variable son muy similares a la anterior, aunque en este caso los porcentajes de población afectada son algo superiores, manteniendo las diferencias de género y etarias.

Tabla 31. Frecuencia de dificultades para dormir en población adulta asturiana. Asturias, 2008. Fuente: Encuesta de Salud para Asturias, 2008.

Pregunta:¿ Cuántas veces en el último mes he tenido dificultades para quedarme dormido/a?.

	SEXO		EDAD				TOTAL
	HOMBRE	MUJER	16-29	30-44	45-64	> 64	
Nunca	63,8	48,9	73,1	65,2	52,2	38,5	**56,0**
Algún día	22,4	23,5	16,2	18,8	26,1	28,4	**23,0**
Varios días	5,7	11,2	2,9	6,0	7,8	16,4	**8,6**
Muchos días	3,0	7,5	3,3	3,4	6,7	7,4	**5,4**
Todos los días	1,7	4,7	0,8	2,9	4,2	4,2	**3,3**
Ns/Nc	3,3	4,3	3,7	3,8	2,9	5,1	**3,8**

FUENTE: "Encuesta de Salud para Asturias". Año 2008. DGSP.

Pregunt :¿ Cuántas veces en el último mes me desperté varias veces mientras dormía? (estuve al menos una hora despierto/a).

	SEXO		EDAD				TOTAL
	HOMBRE	MUJER	16-29	30-44	45-64	> 64	
Nunca	61,1	46,6	75,2	62,1	48,9	34,4	**53,5**
Algún día	21,1	22,1	14,6	19,1	24,4	25,7	**21,6**
Varios días	8,4	14,2	2,4	8,9	11,4	20,8	**11,4**
Muchos días	3,8	8,8	3,1	4,1	8,1	9,2	**6,4**
Todos los días	1,8	3,7	0,3	1,8	4,2	3,9	**2,8**
Ns/Nc	3,8	4,7	4,5	3,9	3,1	6,0	**4,3**

FUENTE: "Encuesta de Salud para Asturias". Año 2008. DGSP.

Pregunta : ¿Cuántas veces en el último me desperté muy pronto (al menos una hora antes)?.

	SEXO		EDAD				TOTAL
	HOMBRE	MUJER	16-29	30-44	45-64	> 64	
Nunca	60,7	47,5	74,6	61,1	49,2	36,5	**53,8**
Algún día	21,3	21,6	13,5	17,9	24,8	27,0	**21,5**
Varios días	7,8	12,5	3,7	8,8	9,7	17,3	**10,3**
Muchos días	4,0	8,2	2,6	4,8	7,7	8,5	**6,2**
Todos los días	2,0	4,2	0,5	2,7	4,6	3,7	**3,2**
Ns/Nc	4,2	5,9	5,1	4,8	3,9	7,0	**5,1**

FUENTE: "Encuesta de Salud para Asturias". Año 2008. DGSP.

Las personas mayores tienen con mayor frecuencia problemas para dormirse, o se despiertan más frecuentemente durante la noche o precozmente por la mañana…

La última de estas variables propuestas es el hecho de despertarse al menos una hora antes de lo previsto o deseado. Los resultados de esta variable son, de nuevo, son muy similares a las dos anteriores, apreciándose las mismas tendencias por sexo y edad. Por edades, el hecho de despertarse antes de la hora es un problema que afecta a mayor proporción de población a medida que aumenta la edad.

1.3.3. Medidas antropométricas

1.3.3.1. Peso y talla

Peso: en Kg. Sin zapatos ni ropa. En caso de que no se supiera se debía descontar un Kg. por ropa (sin abrigo) y otro por ambos zapatos.
Altura: medida en cm. sin zapatos (si se midió con zapatos, descontar la parte proporcional de la altura del tacón de dichos zapatos).

Los/as asturianos/as de media miden 166 cm y pesan 72 Kg…

La altura media declarada de la población adulta asturiana de cualquier edad realizada dn la Encuesta de salud en el año 2008 es de 166,2 cm. con una desviación típica relativamente muy baja (recuérdese que en determinadas estadísticas realizan el cálculo de la altura media mediante la medición de la población a una edad concreta, generalmente a los veinte años). La altura media respecto a lo obtenido en la Encuesta de Salud de 2002 ha aumentado 0,2 cm.
El peso medio declarado de la población asturiana de cualquier edad en el año 2008 es de 71,8 Kg. La altura media respecto a lo obtenido en la Encuesta de Salud de 2002 ha aumentado 0,7 Kg.

Los hombres miden 12 cm más y pesan 13 kg más de media que las mujeres…

Tabla 32. Peso y talla medias de la población asturiana adulta. Asturias, 2008. Fuente: Encuesta de Salud para Asturias, 2008.

Preguntas: Podría indicarme, ¿Cuál es su peso en kilogramos actual sin zapatos ni ropa? Podría indicarme, ¿Cuánto mide usted en centímetros sin zapatos?

	SEXO		EDAD				TOTAL
	HOMBRE	MUJER	16-29	30-44	45-64	> 64	
Podría indicarme, ¿cuál es su peso en kilogramos actual sin zapatos ni ropa?	78,5	65,6	67,5	72,1	73,5	72,4	**71,8**
Desv. típ	12.1	11.4	13.0	14.6	13.5	11.5	13.4
Podría indicarme, ¿cuánto mide usted en centímetros sin zapatos?	172,5	160,4	169,7	168,3	165,0	162,8	**166,2**
Desv. típ	7.5	6.3	9.2	8.9	8.4	8.8	9.2

FUENTE: "Encuesta de Salud para Asturias". Año 2008. DGSP.

Por sexos, los hombres son más altos unos doce cm. más que las mujeres para el conjunto de edades: la altura media declarada en hombres es de 172.5 cm frente a 160.4 cm de las mujeres. Estas cifras son similares a las obtenidas en la Encuesta de Salud de 2002. También, los hombres pesan más que las mujeres, unos 13 Kg más: el peso medio de los hombres se sitúa en 78.5 Kg. frente a los 65.6 Kg. de media en mujeres. Estas cifras significan que la población asturiana ha ganado, de media, casi un Kg más de peso, tanto en hombres como en mujeres, con respecto al año 2002 sin un incremento paralelo de la altura.

Tabla 33. Peso y talla medias de la población asturiana adulta de 19-21 años. Asturias, 2008. Fuente: Encuesta de Salud para Asturias, 2008.

Peso y talla jóvenes de 19 a 21 años

	SEXO		TOTAL
	HOMBRE	MUJER	
Podría indicarme, ¿cuál es su peso en kilogramos actual sin zapatos ni ropa?	74,7	63,2	**70.5**
Desv. típ	10,4	11,7	12.1
Podría indicarme, ¿cuánto mide usted en centímetros sin zapatos?	177,3	163.1	**172.2**
Desv. típ	6,1	4.9	8.9

FUENTE: "Encuesta de Salud para Asturias". Año 2008. DGSP.

Por edades también existen diferencias: la altura presenta en ambos casos una relación inversa con la edad y es, por tanto, la población más joven la que tiene mayor altura media: las personas más jóvenes tienen una media de 169,7 cm frente a 163 cm en las personas mayores detectándose un incremento de dos cm cada diez años de generación en la altura media.

Analizando la altura atendiendo a criterios de cohortes como anteriormente se realizaba en España a partir de los tallajes realizados en los Centros de Reclutamiento a los hombres que iban a prestar el Servicio Militar para el cálculo de la talla media en hombres a esas edades, y para el cálculo de la talla media en mujeres a esas edades restándole 10 cm a la talla media de los hombres se alcanzaba una talla media por sexo muy estimativa y con grandes errores. Para intentar compararnos con esos criterios y eligiendo a las personas entre los 19-21 años de edad, ambos inclusive, con el objeto de tener un número suficiente de sujetos que garantice una adecuada precisión, la talla media en hombres de 19-21 años de edad en la muestra de la Encuesta (n=63) es de 177,3 cm (DE: 6,1) y en mujeres de la misma edad (calculada directamente a partir de nuestra muestra, n=36) es de 163,1 cm (DE: 4,9) y una talla media para ambos sexos (n=99) de 170 cm (DE: 8,9). Es decir, que el diferencial de talla media en estas edades (14 cm) entre sexos es mayor que el diferencial medio de toda la población (12 cm). Por otra parte, se observa un crecimiento en la talla media de la población asturiana en las nuevas cohortes respecto a los resultados de la Encuesta de salud de 2002. Si bien, este diferencial positivo no es homogéneo entre sexos. Así, los hombres han incrementado en seis años 1,6 cm la media de su talla mientras que las mujeres lo han hecho solo 0,6 cm.

Se ha ganado peso medio respecto al año 2002 (0,7 Kg) sobre todo en generaciones a partir de los 45 años de edad…
El peso medio más elevado corresponde a las personas de 45-64 años de edad (73,5 kg.) siendo las personas con menos peso las personas jóvenes (67,5 Kg.). Con respecto a los resultados de la ESA-2002, han ganado peso las generaciones de edades superiores y ha perdido peso medio la población joven.

Los resultados que nos da la Encuesta de Salud en el año 2008 **para adultos** en términos de Indice de masa corporal son que casi la mitad de nuestra población adulta tiene cifras de peso normal (normopeso) (48,5), un 28% tiene problema de sobrepeso, un 14,5% tiene problemas de obesidad y un 5,1% de obesidad mórbida. Un 5% de la población tiene criterios de bajo peso. Ha habido cambios relevantes respecto al año 2002 en la muestra de la Encuesta. Se observa un descenso de la proporción de bajo peso, un aumento ligero del sobrepeso y un aumento más marcado de la obesidad mórbida (en 2002 era del 0,4% y ahora es del 5%) a expensas de una reducción de la proporción de personas catalogadas como obesas.

Tabla 34. Tablas de categorización del peso: Martin Zurro (Atención Primaria). Asturias, 2008. Fuente: Encuesta de Salud para Asturias, 2008.

	SEXO	
	HOMBRE	MUJER
Bajo peso	<20	<20
Normopeso	20-26,9	20-24,9
Sobrepeso	27-29,9	25-29,9
Obesidad	30-39,9	30-39,9
Obesidad mórbida	>40	>40

Tabla 35. Frecuencia de obesidad en población adulta asturiana. Asturias, 2008. Fuente: Encuesta de Salud para Asturias, 2008.

	SEXO		TOTAL
	HOMBRE	MUJER	
Bajo peso	2,8	7,3	5,1
Normopeso	56,6	41,2	48,5
Sobrepeso	22,6	33,0	28,0
Obesidad	15,3	13,8	14,5
Obesidad mórbida	2,8	7,3	5,1

Una de cada 20 personas tiene o bajo peso o bien obesidad mórbida…

Por sexo, las mujeres tienen una mayor proporción de sobrepeso y obesidad mórbida que los hombres, así como de bajo peso. Por ello, hay una mayor proporción de hombres con normopeso (56,6%) frente a solo un 41,2% de mujeres. Un 53% de las mujeres plantean problemas de, al menos, sobrepeso mientras que tienen ese problema un 41% de los hombres. El incremento respecto al año 2002 de la obesidad mórbida en la muestra se ha debido en concreto al paso de mujeres del apartado obesas al concepto de obesidad mórbida.

En el caso del bajo peso la proporción de mujeres en estas circunstancias es más de dos veces superior a la de los hombres. Por edades, las mujeres tienen o bien mayor bajo peso o bien mayor obesidad mórbida…

El bajo peso presenta una tendencia decreciente con la edad para ambos sexos, con descensos más acusados entre las mujeres debido a que en los grupos más jóvenes el bajo peso es mucho más frecuente en ellas. Al aumentar la edad también disminuyen los porcentajes de normopeso y aumentan los de sobrepeso, con disminuciones e incrementos respectivos más acusados entre las mujeres a partir de los 45 años.

La proporción de personas obesas aumenta con la edad…

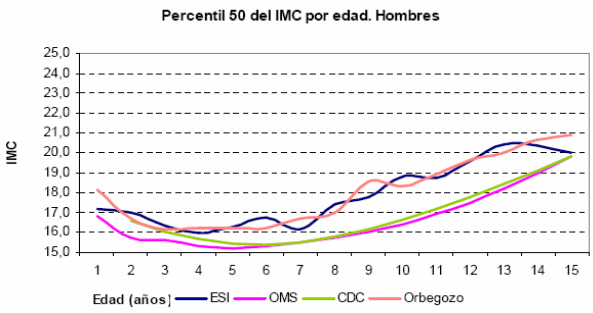
La obesidad mantiene una tendencia creciente con la edad en ambos sexos, destacando los valores correspondientes a los hombres de edades intermedias.

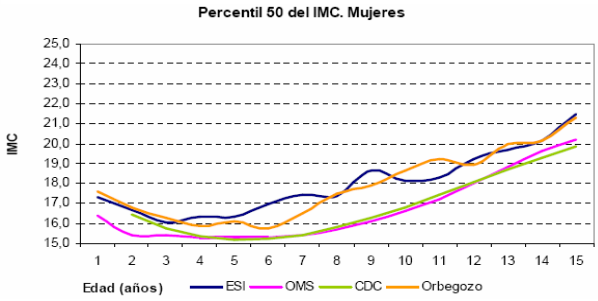
En la **población infantil** existen diferentes valores de referencia o curvas percentiladas que se pueden usar de referencia. Estas curvas se construyen con los datos obtenidos de las mediciones de la población. Se recomienda utilizar las que mejor se adapten a nuestra población.

A continuación, se compara gráficamente el percentil 50 (media) del IMC de la Encuesta de Salud Infantil de Asturias por edad y sexo con el percentil 50 de los valores de referencia del IMC de las tablas de Orbegozo 2004, de la OMS y del CDC.

Podemos observar como en el caso de los varones, los valores obtenidos en nuestra muestra no difieren mucho de los valores de referencia nacionales (Orbegozo 2004), siendo ambos superiores a los de la OMS y la CDC. Algo similar se observa en el caso de las mujeres.

Gráfico 4: Distribución del percentil 50 del Indice de Masa Corporal en Asturias en población infantil asturiana. Asturias, 2009. Fuente: Encuesta de Salud Infantil para Asturias, 2009.





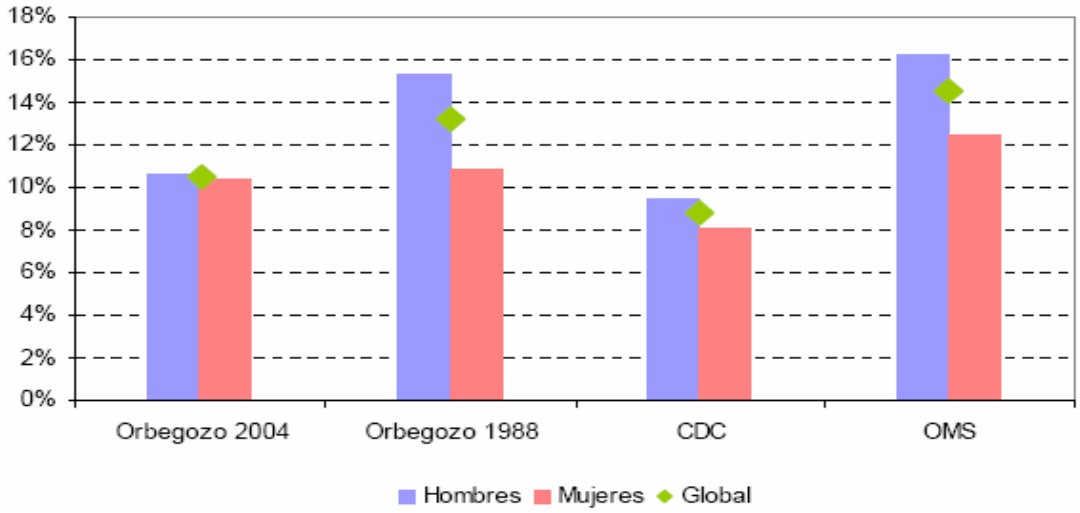
Sin embargo, cuando lo que comparamos es el percentil 95 (definitorio de obesidad), vemos como los valores de nuestra muestra son muy superiores a los valores de todas las tablas de referencia, incluidas las nacionales, tanto en hombres como en mujeres hasta los 10-11 años de edad.

Prevalencia de obesidad: Se han evaluado los niños a partir de los 2 años de edad, ya que en niños menores de esta edad el IMC presenta limitaciones para evaluar el estado nutricional. Como criterio de obesidad se ha utilizado el percentil 97 de las diversas tablas de referencia. La prevalencia global de obesidad en el conjunto de niños entrevistados oscila entre un 8,8% y un 14,5% en función de la referencia utilizada.

- Orbegozo (estudio transversal): 10,5% (9,1%-11,9%)
- Orbegozo (estudio semilongitudinal): 13,2% (11,6%-14,7%)
- CDC: 8.8% (7,5%-10,2%)
- OMS: 14,5% (12,9%-16,2%)

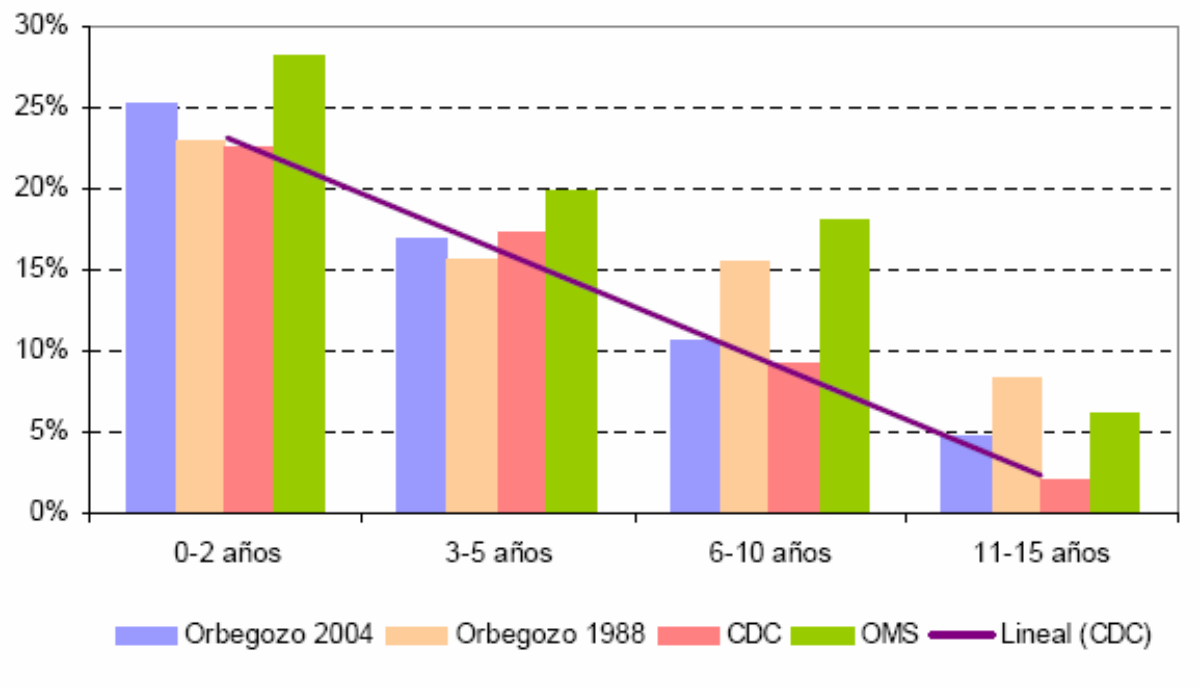
Por sexo, según las tablas de Orbegozo (transversal) y CDC, no hay diferencias significativas entre niños y niñas, mientras que utilizando los valores del estudio semilongitudinal de Orbegozo y los de la OMS, se obtienen prevalencias de obesidad superiores en los hombres, resultado concordante con el estudio EnKid.

Gráfico 5: Prevalencia de Obesidad infantil según tabla de referencia en población infantil asturiana. Asturias, 2009. Fuente: Encuesta de Salud Infantil para Asturias, 2009.



Por edad, se observa una clara tendencia descendente con la edad (p: 0,000). Así, mientras la obesidad afecta a 1 de cada 4 niños de 0 a 2 años, en el grupo de 11 a 15 años y en función de la referencia utilizada, oscila entre un 2 y un 8% de niños afectados. Señalar que las tablas de Orbegozo del 88 sobreestiman la obesidad en niños de 6 a 15 años de edad con respecto a las del CDC y a las del estudio transversal de Orbegozo.

Gráfico 6: Prevalencia de Obesidad infantil según tabla de referencia en población infantil asturiana por grupo etario. Asturias, 2009. Fuente: Encuesta de Salud Infantil para Asturias, 2009.



Comparando las tablas de referencia, señalar que de modo global, las curvas de Orbegozo (estudio transversal) y de la CDC muestran valores muy similares, mientras que las curvas del estudio semilongitudinal de Orbegozo y, sobre todo, de la OMS dan prevalencias de obesidad más elevadas. Sin embargo, la correlación entre todas ellas es significativa (p: 0,000). En la siguiente tabla se muestra el coeficiente de correlación Rho de Spearman para cada una de ellas:

Tabla 36: Coeficiente de correlación entre las diferentes tablas de referencia en población infantil asturiana por grupo etario. Asturias, 2009. Fuente: Encuesta de Salud Infantil para Asturias, 2009.

	Orbegozo 04	Orbegozo 88	OMS
Orbegozo 88	0,62		
OMS	0,78	0,74	
CDC	0,87	0,57	0,75

En la encuesta de Salud Infantil realizada en el Principado de Asturias se han obtenido prevalencias de obesidad de hasta un 19% en niños de 2 a 5 años que se elevan hasta el 29% si consideramos sobrepeso. Estas prevalencias disminuyen con la edad de tal modo que en el grupo de 14 a 15 años sólo el 5% de los niños presentaría este problema (16% sobrepeso+obesidad).

De modo global, estos datos son similares a los obtenidos en el estudio enKid. Sin embargo, si tenemos en cuenta la edad, podemos señalar que hemos obtenido unas mayores prevalencias de obesidad en el grupo de niños de 2 a 5 años de edad (tanto niños como niñas) y menores prevalencias en los adolescentes de 14 a 15 años (especialmente varones). Es importante tener en cuenta el sesgo que supone el no realizar las medidas antropométricas y recurrir a la memoria de los padres.

Al igual que en otros estudios, se valoraron y encontraron diversos factores asociados con la obesidad, entre los cuáles destacan la edad y el sexo (mayores prevalencias de obesidad en los más pequeños y en los niños con respecto a las niñas), la vida sedentaria, tanto la ausencia de actividad física como las actividades de ocio relacionadas con pantallas (televisión, ordenadores etc), y la clase social. Sin embargo, no se encontró relación con los hábitos alimenticios excepto con el consumo de verduras a diario que se presentó como un factor protector, así como la realización de un desayuno completo (alimentos de tres o más grupos).

La comparación de diversas tablas de referencia mostró las discrepancias existentes entre las mismas. Las curvas de los CDC y las del estudio transversal de Orbegozo tienden a infraestimar la obesidad especialmente en los niños de más de 5 años de edad. Sin embargo, las curvas de la OMS tienden a sobreestimar ligeramente la obesidad en relación con las del estudio semilongitudinal de Orbegozo. Es por ello, que los expertos recomiendan utilizar las tablas de referencia nacionales. En nuestro caso, las de Orbegozo. Dadas las dos opciones existentes, estudio semilongitudinal y transversal de Orbegozo, parece lógico usar las del estudio semilongitudinal que evitan la normalización de un peso excesivo en relación a la talla, ya que son previas al aumento marcado de prevalencia de obesidad infantil en todo el mundo, incluido España y además, permiten la comparación con estudios previos y evaluar tendencias.

1.3.3.2. Opinión sobre peso y talla

La opinión de cual es su peso y su talla es fundamental para la propia percepción de su esquema corporal, y más aún para la instauración de políticas encaminadas a modificar el comportamiento de consumo de nutrientes o de la intervención en relación a la obesidad. Para conocer como se siente la población en relación a su peso y talla se realizó la siguiente pregunta:

1.3.3.2.1. Autoconsideración de peso en relación a talla:

Dos de cada cinco personas consideran que su peso no está dentro de lo normal…

Un 57% de las personas consideran que la relación entre su peso y su talla es normal, mientras que una de cada tres personas considera que su peso es alto (en relación a su talla).

Un 5,8% de la población cree que su peso es muy alto, y un 3% en que su peso es bajo. Ha aumentado respecto a 2002 la percepción de que el peso es muy alto (incremento del 50%) y descendido la proporción de personas que creen que su peso es bajo. Todo ello, sin aumentar considerablemente el peso medio en la población asturiana, lo que permite indicar que la población es más sensible en estos momentos a la percepción del peso corporal.

Más en mujeres…

Las mujeres consideran que tienen un mayor peso que los hombres: un 60,7% de los hombres cree tener un peso normal mientras que solo lo hace un 53,7% de las mujeres. Un 7% de las mujeres cree tener un peso muy alto frente a solo un 4,5% de los hombres. Ha aumentado respecto a 2002 la percepción de que el peso es muy alto sobre todo en hombres (incremento del 100%) y descendido la proporción de personas que creen que su peso es bajo en ambos sexos.

Tabla 37. Frecuencia de autoconsideración de peso respecto a la talla en población adulta por sexo. Asturias, 2008. Fuente: Encuesta de Salud para Asturias, 2008.

Pregunta: Según su opinión, ¿usted considera que su peso en relación a su talla es?

	SEXO		EDAD				TOTAL
	HOMBRE	MUJER	16-29	30-44	45-64	> 64	
Muy alto	4,5	7,0	3,1	6,5	7,3	5,3	5,8
Alto	30,5	34,9	20,1	31,8	39,7	34,4	32,8
Normal	60,7	53,7	70,1	57,9	48,8	56,9	57,0
Bajo	3,2	2,8	4,9	2,8	2,8	2,0	3,0
Muy bajo	0,2	0,1	0,5	0,0	0,1	0,1	0,2

FUENTE: "Encuesta de Salud para Asturias". Año 2008. DGSP.

Y en personas de 45-64 años de edad…

Por edades, las personas de 45-64 años de edad consideran que tienen un peso superior al normal, mientras que son las personas jóvenes las que opinan en mayor proporción que su peso es normal o bajo. Así, tres de cada cinco personas jóvenes piensan que su peso es normal y solo un 3,1% que su peso es muy alto. Por el contrario, un 47% de las personas de 45-64 años cree que su peso es alto o muy alto (38% en personas jóvenes).

Los mayores cambios respecto a 2002 se observan en hombres jóvenes…

En relación a 2002 los mayores cambios suceden en personas jóvenes, parece que en esta población hay progresivamente una mayor preocupación por su mayor peso corporal, especialmente en hombres.

1.3.3.2.2. Satisfacción con su peso:

Dos de cada cinco personas se consideran insatisfechas de su peso…

Con resultados similares a la pregunta anterior, la mayoría de la población asturiana considera está satisfecha con su peso actual (53,5%). No obstante a dos quintos de la población le gustaría perder peso y solo a un 3% de la población le gustaría ganarlo.

Más en mujeres…

Entre las mujeres se aprecia una menor satisfacción con respecto al peso (46,5% por un 61,3% en hombres), siendo mucho mayor la proporción en mujeres el deseo de perder peso (47,6% frente a 33,4% en hombres). Hay más hombres que quieren ganar peso que mujeres.

Tabla 38. Frecuencia de autoconsideración de peso respecto a la talla en población adulta por edad. Asturias, 2008. Fuente: Encuesta de Salud para Asturias, 2008.

Pregunta: Según su opinión: Está usted satisfecho con su peso o, le gustaría pesar más o menos de lo que pesa actualmente?

	SEXO		EDAD				TOTAL
	HOMBRE	MUJER	16-29	30-44	45-64	> 64	
Estoy satisfecho/a	61,3	46,5	64,9	54,8	46,1	53,2	53,5
Me gustaría perder peso	33,4	47,6	26,9	40,9	48,2	41,7	40,9
Me gustaría ganar peso	3,3	2,6	6,0	2,5	2,9	1,2	2,9
Ns/Nc	2,0	3,3	2,1	1,8	2,8	4,0	2,7

FUENTE: "Encuesta de Salud para Asturias". Año 2008. DGSP.

Y en personas de 45-64 años de edad…

Las personas entre 45-64 años de edad son las más insatisfechas en relación a su peso, en especial consideran en mayor proporción el deseo de perder peso. Por el contrario son las personas jóvenes las más satisfechas, las que menos desean perder peso y, por el contrario, las que consideran con mayor frecuencia su deseo de ganar peso.

1.3.4. Alimentación

1.3.4.1. Desayuno:

La población asturiana tiene el hábito generalizado de desayunar, sólo un 3,8% manifiesta que no lo hace, aunque entre los hombres la proporción sube a un 5,3%.

En el desayuno típico, lo más frecuente en Asturias en 2008, es tomar café, leche, chocolate, cacao o yogur (91,4%). El pan, tostadas o cereales están presentes en más de la mitad de los desayunos (53,5%) y la bollería o galletas en un tercio (33,4%). No suele ser frecuente tomar huevos, jamón o queso. Algo menos de un tercio toma en el desayuno fruta o zumos (27,6%)

Por sexos, se observan diferencias en la frecuencia de desayunar (desayunan más las mujeres) y en los alimentos que se toman para desayunar. Las mujeres incluyen en su desayuno habitual más veces que los hombres: café, leche, chocolate, cacao o yogur (93,2% vs 89,3%,); y pan, tostadas o cereales (59,3% vs 47,1%) así como piezas de fruta o zumos (29,7% vs 25,3%).

Por edades, la tendencia a no desayunar es inversa a la edad (cerca de una de cada 11 personas jóvenes NO desayuna). A su vez, cuanto mayor es la población mayor tendencia se aprecia a tomar pan, tostadas o cereales en el desayuno y café, leche, chocolate, etcétera. Por el contrario, la bollería o galletas son alimentos más frecuentes en los desayunos de la población de 16 a 29 años (44,4% de los hombres y 36,3% de las mujeres, frente a unos totales por sexo de 33,3% y 33,5%, respectivamente). A su vez, las personas jóvenes toman más fruta o zumos que en el resto de las edades pero no hay una diferencia reseñable con estas.

En el caso de la población infantil esta pregunta hacía referencia al tipo de desayuno realizado en un día habitual y no extraordinario.

Las respuestas ofrecidas por las personas entrevistadas indican que aquel desayuno que es más frecuente es el que contiene café. Leche, té chocolate, cacao o yogur. Un 94% de la población infantil lo consume. Un 90% consume pan, tostadas, galletas, cereales o bollería. Solo la tercera parte de la población infantil desayuna con fruta y/o zumo. Únicamente un 1,3% de la población infantil no desayuna nada en un día habitual

En el análisis de género se observa que no hay diferencias de ningún tipo en cuanto al consumo de diferentes alimentos en un el desayuno diario habitual.

Tabla 39. Frecuencia de realización de desayuno por sexo en población infantil. Asturias, 2009. Fuente: Encuesta de Salud Infantil para Asturias, 2009.

	Niños	Niñas	Total
	%	%	%
Café, leche, té, chocolate, cacao, yogur, .	94,8	93,2	94,0
Pan, tostadas, galletas, cereales, bollería, ..	89,7	89,1	89,4
Fruta y/o zumo	33,3	32,3	32,8
Alimentos como huevos, queso, jamón, ...	2,3	2,0	2,2
Otro tipo de alimentos	0,5	0,1	0,3
Nada, no suele desayunar	0,7	1,7	1,3

En el análisis por edades, se observa que el desayuno contiene café, leche, té, chocolate, cacao o yogur más frecuentemente en niños y niñas de 3-5 años de edad. Situación similar sucede en el consumo de pan, tostadas, galletas, cereales, bollería. Mucha menor frecuencia en este último grupo de alimentos la realizan los niños y niñas de 0-2 años (tres cuartas partes de ellos). El consumo de zumo o fruta es casi anecdótico en niños y niñas más pequeñas (17%) siendo mayor a medida que aumentamos la edad. No obstante, solo el ,39% de los y las adolescentes consume fruta y/o zumo en el desayuno. A gran distancia y mucho menos frecuente se sitúa el desayuno de huevos, queso, jamón con el mismo patrón de incremento de la frecuencia con la edad.

En relación a otras variables como hábitat, nivel de estudios de la familia y clase social asignada, observamos claras diferencias en todas estas variables, que, por lo general, indican que la población infantil procedentes de familias con niveles de estudios mayores así como las clases sociales más aventajadas tienen un patrón de consumo más saludables y, al contrario, en niveles educativos pobres así como en clases sociales más desfavorecidas el patrón de consumo alimentario es menos saludables. Veamos varios ejemplos.

El consumo de café, leche, té, chocolate, cacao, yogur en el desayuno es más frecuente en población infantil residente en zonas centrales (94,7%, por un 91,8% en cuencas mineras). También es más frecuente en niños/as procedentes de familias universitarias (96,0% por un 93,4% en niveles educativos primarios). A su vez, es más frecuente en niños/as procedentes de familias asignadas en clase social I (96,2%, por un 89,2% de los niños/as en clase social más pobre, la V).

Tabla 40. Frecuencia de realización de desayuno por sexo en población adulta. Asturias, 2008. Fuente: Encuesta de Salud para Asturias, 2008.

	SEXO		EDAD				TOTAL
	HOMBRE	MUJER	16-29	30-44	45-64	> 64	
Café, leche, chocolate, cacao, yogur	89,3	93,2	86,4	90,9	92,1	94,6	**91,4**
Pan, tostadas, cereales	47,1	59,3	46,1	48,9	52,3	65,3	**53,5**
Fruta, zumos	25,3	29,7	29,8	28,4	28,3	24,3	**27,6**
Bollería, galletas	33,3	33,5	40,4	32,7	30,1	33,2	**33,4**
Huevos, jamón, queso	5,8	4,3	3,8	6,6	5,4	3,7	**5,0**
Otros	2,2	2,2	1,0	2,1	2,3	3,2	**2,2**
No desayuno	5,3	2,5	8,3	4,3	3,0	1,1	**3,8**

Por su parte, en el consumo en el desayuno de alimentos sólidos como pan, tostadas, galletas, cereales, bollería es más frecuente en niños/as de zonas centrales (90,8%) y menor en las cuencas mineras, de nuevo (85,7%). Es también menor en población infantil con familias con menor educativo (88,5% por un 91,5% en familias universitarias). Por clase social, se repite la misma pauta anterior, niños/as clasificadas en clase social I los consumen con más frecuencia (93,6%, por un 86,7% en clase social V).

El consumo de fruta y/o zumo en el desayuno es más frecuente en población infantil residente en zonas rurales (34,9%, por un 32,3% en cuencas mineras). También es más frecuente, incluso con mayor diferencia, en niños/as procedentes de familias universitarias (40,1% por un 24,6% en niveles educativos primarios). A su vez, es más frecuente en niños/as procedentes de familias asignadas en clase social I (44,4%, por un 22,9% de los niños/as en clase social más pobre, la V).

Por su parte, en el consumo en el desayuno de alimentos más fuertes como huevos, queso, jamón es menos frecuente en niños/as de zonas rurales (1,3%) y mayor en las cuencas mineras, de nuevo (2,0%). Es también menor en población infantil con familias con estudios medios (1,9% por un 2,5% en familias universitarias). Por clase social, se repite la misma pauta anterior, niños/as clasificadas en clase social I los consumen con más frecuencia (2,3%, por un 1,7% en clase social IV).

1.3.4.2. Nutrición:

Para caracterizar la dieta habitual de la población asturiana se les ha consultado a las personas entrevistadas acerca de la frecuencia semanal con la que consumen distintos tipos de alimentos.

En personas adultas las frecuencias más habituales de consumo de cada alimento en la dieta de los asturianos/as son: diariamente: fruta fresca (68,4%), lácteos (81,4%) y pan o cereales (82,3%), tres o más veces por semana: carne (57,4%), pasta, arroz o patatas (49,0%), y una o dos veces por semana: huevos (50,9%), legumbres (48,2%) y pescado (43,3%).

Un tercio de la población asturiana consume dulces a diario (33,3%) y la misma proporción consume verduras u hortalizas diariamente (32,1%) mientras que el 38,0% lo hace tres o más veces a la semana.

Refiriéndonos a los refrescos con azúcar, el 13,9% los consumen a diario y en torno al 12% señala las restantes frecuencias de consumo. Solo un 46,2% de la población indica que no los consume nunca o casi nunca.

Tabla 41. Consumo de determinados productos en población adulta. Asturias, 2008. Fuente: Encuesta de Salud para Asturias, 2008.

Población general.	A diario	3 o más semana	1 ó 2 semana	< 1 semana	Nunca o casi nunca	Ns/Nc
Fruta fresca	68,4	14,8	8,5	2,8	3,8	1,6
Carne (pollo, ternera, cerdo, cordero)	13,9	57,3	23,5	2,6	0,8	1,9
Huevos	4,6	26,6	50,9	13,4	2,2	2,2
Verduras, hortalizas (cocidas o en ensalada)	32,1	38,0	21,6	4,2	1,8	2,2
Legumbres	3,6	33,8	48,2	10,0	1,7	2,6
Pasta, arroz,patatas	19,2	48,9	24,4	3,6	0,9	2,9
Productos lácteos (leche, queso, yogur)	81,5	9,7	4,1	0,9	1,3	2,5
Pescado	5,1	37,0	43,3	10,1	1,9	2,6
Embutidos y fiambres	11,7	27,0	24,8	19,4	14,0	3,0
Dulces (galletas, pasteles, bollería...)	33,3	18,4	16,0	15,8	13,5	3,0
Pan, cereales	82,3	9,9	2,4	1,1	2,0	2,4
Refrescos con azúcar	13,9	11,7	11,6	12,8	46,2	3,7

Por sexos, las mujeres dicen consumir con mayor frecuencia que los hombres fruta fresca, verduras y hortalizas, productos lácteos, pescado, y dulces, al tiempo que los hombres afirman consumir más a menudo carne, huevos, pasta, arroz o patatas, embutidos y también pan o cereales.

Los hombres, por su parte, consumen refrescos con azúcar a diario en mayor medida que las mujeres (16,3% frente al 11,7%).

En las frecuencias de consumo de 3 veces a la semana o superiores para cada alimento, se observan tendencias crecientes con la edad en el consumo de fruta fresca y pescado, al tiempo que disminuye con la edad el consumo frecuente de carne, pasta, arroz o patatas, embutidos y dulces.

En la población infantil el consumo de fruta fresca es más frecuente que se realice diariamente. Aún así, solo un 70% de los niños y niñas consume fruta diariamente. Uno de cada veinte niños o niñas NO consume NUNCA fruta o lo hace menos de una vez a la semana. Un 82% de la población infantil consume 3 o más veces por semana carne. Más de un 2% los hace menos de una vez por semana. Un 0,7% no come NUNCA carne. Un 21% de la población infantil consume huevos 3 ó más veces por semana. Un 3% NUNCA consume huevos. Un 41% de la población infantil consume pescado al menos tres veces por semana. Un 3% no lo consume nunca. Un 72% refiere consumir pasta, arroz o patatas al menos tres veces por semana. Un 86% de la población infantil consume pan o cereales todos los días, un 1% nunca.

Un 20% consume verduras diariamente y un 40% más lo hace 3 ó más veces semanales. Un 2,5% nunca consume verduras. Un 46% de la población infantil consume legumbres 3 ó más veces a la semana. Un 57% consume fiambres o embutidos al menos tres veces por semana, y un 7% nunca consume embutidos. Un 91% consume productos lácteos diariamente. Un 69% consume dulces tres o más veces por semana. Un 7% nunca los consume. Un 10% consume refrescos tres o más veces por semana. Un 50% nunca los consume. Un 4% consume 3 o más veces por semana comida rápida, la mitad nunca. Un 10% pica con snacks frecuentemente y un 32% nunca los consume. Un 16% consume chucherías 3 o más veces por semana, no consumiéndolas nunca un 28%.

En el análisis de género se observa que hay diferencias en cuanto a la frecuencia alimentos. Así, los niños tienen menos frecuencia de consumo diario de fruta fresca que las niñas (OR: 0,83, IC95%:0,7-0,9). No hay diferencia de género en la población infantil en cuanto al consumo de carne, ni en cuanto al consumo de huevos. Los niños tienen menos frecuencia de consumo de pescado al menos 3 veces por semana que las niñas (OR: 0,83, IC95%:0,7-0,9). No hay diferencias de género significativa en el consumo de pasta, arroz o patatas, ni de pan o cereales, ni de verduras, ni de legumbres, ni de embutidos o fiambres, tampoco de productos lácteos ni de dulces. La referencia a nunca consumir de refrescos o bebidas con gas es menos frecuente en niños que en niñas (OR: 0,69, IC95%:0,6-0,8), incluso cuando la frecuencia es la menos inferior a un día por semana (OR: 0,79, IC95%:0,7-0,9). La misma pauta observamos para el consumo de comida rápida y precocinada (OR: 0,74, IC95%:0,6-0,9) y el consumo de chucherías (OR: 0,82, IC95%:0,7-0,9): la frecuencia de nunca consumir cada uno de estos productos es menor en niños que en niñas. Para el consumo de snacks o comidas saladas la diferencia es no significativa estadísticamente.

En el análisis de edad se observa que hay diferencias también en cuanto a la frecuencia alimentos. Así, los niños y niñas de 3-10 años de edad consumen más frecuentemente fruta fresca (más del 90%). Son los y la adolescentes las que con mayor frecuencia refieren NO consumir NUNCA fruta fresca. El consumo de carne es muy similar en todas las edades, excepto para niños y niñas muy pequeñas donde solo lo consumen un 70% tres o más veces por semana en menores de 2 años. La frecuencia de consumo de huevos va aumentando con la edad siendo de un 21% de 3 ó más veces por semana en adolescentes. En los niños y niñas más pequeñas es de un 13%. Consumen más frecuentemente pescado los niños y niñas menores de 6 años de edad (un 50% tres o más veces a la semana). El consumo de pasta, arroz o patatas es más frecuente en adolescentes. Consumen más frecuentemente pan o cereales los y las adolescentes. El consumo diario de

verduras va disminuyendo a medida que aumentamos de edad tanto en el consumo diario como en el consumo muy frecuente. Un 4% de los y las adolescentes No consume nunca verduras.

La frecuencia de consumo de legumbres es relativamente estable a partir de los 3 años de edad, situándose alrededor de la mitad de la población infantil en frecuencias de consumo de al menos tres o más veces semanales. El consumo de embutidos o fiambres no se modifica con la edad a partir de los 3 años de edad. El consumo de productos lácteos es similar en todas las edades si contamos la lactancia natural. El consumo de dulces se incrementa con la edad, lo mismo que (aunque mucho más frecuente) el consumo de refrescos o bebidas con gas. Los consumos de comida rápida y precocinada aumentan con la edad, siendo mayor en adolescentes lo mismo que los consumos de snacks o comidas saladas siendo mayor a partir de los 6 años de vida, y similar presentación tiene el consumo de chucherías (en este caso a partir de los tres años de edad).

En relación a otras variables como hábitat, nivel de estudios de la familia y clase social asignada, observamos, de nuevo, claras diferencias en todas estas variables, que, por lo general, indican que la población infantil procedentes de familias con niveles de estudios mayores así como las clases sociales más aventajadas tienen un patrón de consumo más saludables y, al contrario, en niveles educativos pobres así como en clases sociales más desfavorecidas el patrón de consumo alimentario es menos saludables. Veamos varios ejemplos.

El consumo de fruta fresca con una periodicidad de al menos 3 veces ó más a la semana es similar en los distintos hábitats de residencia, pero es mucho más frecuente en niños/as procedentes de familias universitarias (89,9%) que en familias con estudios primarios (80,1%). A su vez, es más frecuente en niños/as procedentes de familias asignadas en clase social I (90,9%, por un 86,5% de los niños/as en clase social más pobre, la V).

Por su parte, en el consumo de carne (pollo, ternera, cerdo, cordero) con una periodicidad de al menos 3 veces ó más a la semana es más frecuente en niños/as de zonas centrales (85,3%) y menor en las cuencas mineras, de nuevo (70,1%). Es similar en función del nivel educativo. Por clase social, se repite la misma pauta anterior, niños/as clasificadas en clase social I los consumen con más frecuencia (87,0%, por un 80,7% en clase social V).

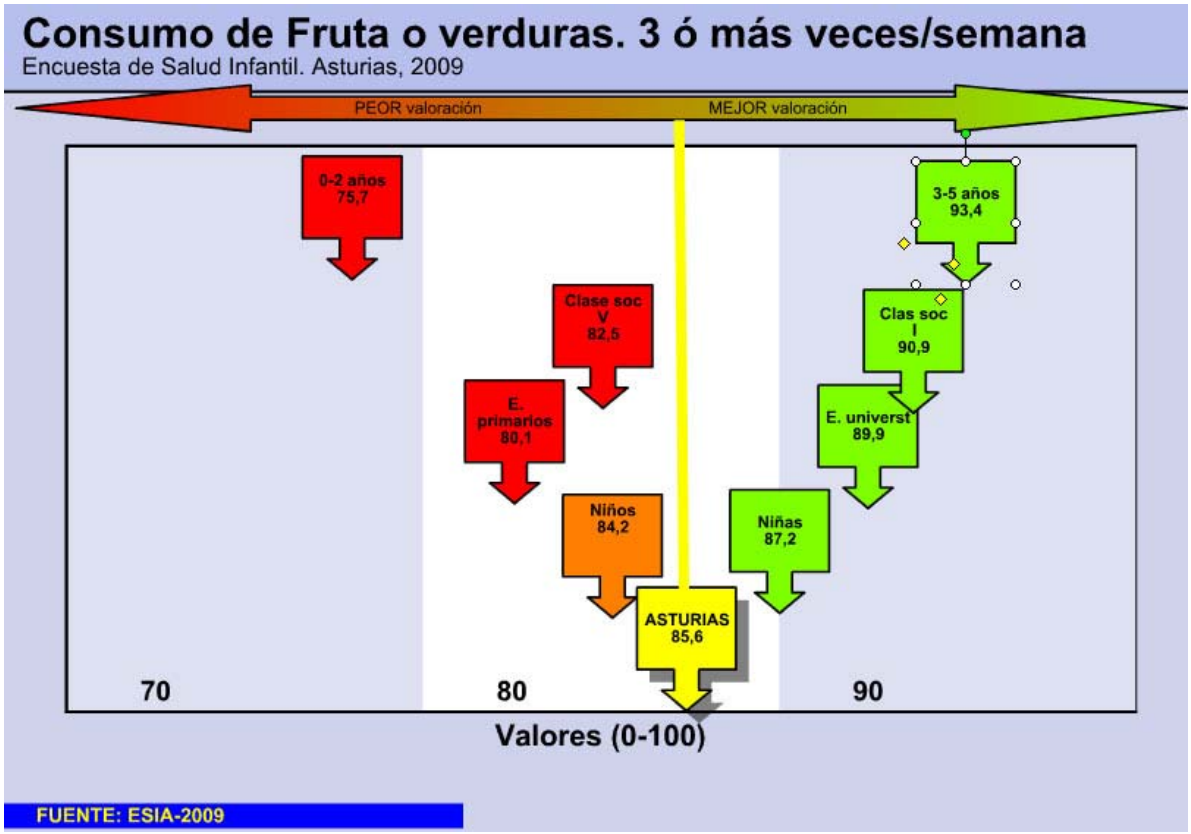
El consumo de huevos con una periodicidad de al menos 1 vez ó más a la semana es similar en los distintos hábitats de residencia, pero es más frecuente en niños/as procedentes de familias universitarias (78%) que en familias con estudios primarios (72%). A su vez, es más frecuente en niños/as procedentes de familias asignadas en clase social I (80,5%, por un 73,1% de los niños/as en clase social más pobre, la V).

Por su parte, en el consumo de pescado con una periodicidad de al menos 3 veces ó más a la semana es más frecuente en niños/as de zonas rurales (43,1%) y menor en las cuencas mineras, de nuevo (40,8%). Es más frecuente en niños/as procedentes de familias universitarias (43,7%) que en familias con estudios primarios (35,9%). Por clase social, se repite la misma pauta anterior, niños/as clasificadas en clases sociales aventajadas, en este caso la II, los consumen con más frecuencia (46,9%, por un 33% en clase social V).

El consumo de pasta, arroz, patatas con una periodicidad de al menos 3 veces ó más a la semana es mayor en niños/as residentes en zonas centrales (74%, por un 60,3% en cuencas mineras. Es similar en función del nivel educativo de las familias. A su vez, es más frecuente en niños/as procedentes de familias asignadas en clase social I (76,3%, por un 71,1% de los niños/as en clases sociales más pobres, la III).

Por su parte, en el consumo de pan y cereales con una periodicidad de al menos 3 veces ó más a la semana es más frecuente en niños/as de zonas rurales (92,9%) y menor en las cuencas mineras, de nuevo (89,8%). Es menos frecuente en niños/as procedentes de familias universitarias (93,6%) que en familias con estudios primarios (96%). Por clase social, se repite la misma pauta anterior, niños/as clasificadas en clases sociales aventajadas, en este caso la I, los consumen con más frecuencia (93,1%, por un 89,9% en clase social V).

Figura 6. Frecuencia de consumo de frutas o verduras en población infantil. Asturias, 2009. Fuente: Encuesta de Salud Infantil para Asturias, 2009.



El consumo de verduras y hortalizas con una periodicidad de al menos 3 veces ó más a la semana es mayor en niños/as residentes en zonas centrales (62%, por un 56,6% en zonas rurales. Es mayor también en familias con niveles educativos superiores (66,1% en universitarias por un 57,5% en estudios primarios). A su vez, es más frecuente en niños/as procedentes de familias asignadas en clase social I (65,6%, por un 56,9% de los niños/as en clases sociales más pobres, la V).

A su vez, en el consumo de Legumbres (garbanzos, fabes, lentejas) con una periodicidad de al menos 3 veces ó más a la semana es más frecuente en niños/as de zonas rurales (47,6%) y menor en las cuencas mineras (43,9%). Es menos frecuente en niños/as procedentes de familias universitarias (42,1%) que en familias con estudios primarios (59,2%). Por clase social, niños/as clasificadas en clases sociales aventajadas los consumen con menos frecuencia (40,2%, por un 55,1% en clase social V).

El consumo de embutidos y fiambres con una periodicidad de al menos 3 veces ó más a la semana es mayor en niños/as residentes en zonas rurales (61%, por un 48,8% en zonas centrales). Es menor también en familias con niveles educativos superiores (56,3% en universitarias por un 58,8% en estudios primarios). A su vez, es similar en todas las clases sociales.

Por otra parte, en el consumo diario de productos lácteos (leche, queso, yogur) es más frecuente en niños/as de zonas centrales (92%) y menor en las cuencas mineras (89,9%). Es más frecuente en niños/as procedentes de familias universitarias (92,8%) que en familias con estudios primarios (94,3%). Por clase social, niños/as clasificadas en clases sociales aventajadas los consumen con más frecuencia (95,3%, por un 87,2% en clase social V).

El consumo de dulces (galletas, bollería o mermeladas) con una periodicidad de al menos 3 veces ó más a la semana es menor en niños/as residentes en zonas rurales (65,5%, por un 70% en zonas centrales). Es mayor en familias con niveles educativos superiores (70,6% en estudios medios por un 55,6% en estudios primarios). A su vez, niños/as clasificadas en clases sociales aventajadas los consumen con más frecuencia (72,2%, por un 67,5% en clase social V).

Por otra parte, en el consumo al menos 3 veces ó más a la semana de refrescos o bebidas con gas es más frecuente en niños/as de zonas cuencas mineras (12%) y menor en las zonas rurales (10%). Es menos frecuente en niños/as procedentes de familias universitarias (7,1%) que en familias con estudios primarios (12,6%). Por clase social, los/las niños/as clasificadas en clases sociales aventajadas los consumen con menos frecuencia (7,6%, por un 15,5% en clase social IV).

El consumo de comida rápida y precocinada (pollo frito, bocadillos, pizzas, hamburguesas) con una periodicidad de al menos una vez ó más a la semana es mayor en niños/as residentes en cuencas mineras (18,2%, por un 15% en zonas rurales). Es menor en familias con niveles educativos superiores (14,8% en estudios medios por un 17% en estudios primarios). A su vez, niños/as clasificadas en clases sociales aventajadas los consumen con más frecuencia (21,3% en clase social II, por un 15,1% en clase social V).

En el consumo al menos 3 veces ó más a la semana de Snacks o comidas saladas (barritas de chocolate, patatas fritas, ganchitos, galletitas saladas) es más frecuente en niños/as de zonas centrales (11,4%) y menor en las zonas rurales (7,4%). Es más frecuente en niños/as procedentes de familias universitarias (11%) que en familias con estudios primarios (8%). Por clase social, los/las niños/as clasificadas en clases sociales aventajadas los consumen con más frecuencia (13%, por un 7,3% en clase social IV).

El consumo de chucherías (caramelos, chicles) con una periodicidad de al menos 3 veces ó más a la semana es mayor en niños/as residentes en zonas centrales (17,5%, por un 14,8% en zonas rurales). Es menor en familias con niveles educativos superiores (13,6% en estudios medios por un 18,8% en estudios primarios). A su vez, niños/as clasificadas en clases sociales aventajadas los consumen con menos frecuencia (14,1% en clase social I, por un 19,2% en clase social IV).

1.3.4.5. Regímenes dietéticos:

En adultos un 14,7% de la población manifiesta que sigue un régimen alimenticio (sea por cuestión de salud, estética, etcétera) en la actualidad, proporción que se eleva al 18,1% entre las mujeres, frente al 10,9% entre los hombres.

Con la edad la tendencia es claramente creciente y en especial para las mujeres. Si bien no se expresa en la tabla que figura a continuación, las mujeres pasan del 7,0% entre las de 16 a 29 años al 29,4% de las de 65 años en adelante, mientras que los hombres que siguen actualmente un régimen son el 5,0% en los de 16 a 29 años y el 19,9% en las personas más mayores.

La pregunta de los motivos para seguir un régimen dietético se realizó únicamente a las personas que estaban a régimen. La mayoría de la población que actualmente sigue un régimen alimenticio, declaró que lo hace por problemas de salud (61,2%), el 18,5% lo hace para perder peso, un 8,3% para mantenerse en su peso y un 6,7% para vivir saludablemente.

Son las mujeres las que principalmente indican motivos relacionados con el peso, sea perder peso o mantenerse. Los hombres indican con mayor frecuencia que siguen el régimen por problemas de salud o para vivir saludablemente.

Como es lógico, los problemas de salud son un motivo principal que se menciona a medida que aumenta la edad de las personas que siguen un régimen, mientras que en este mismo colectivo disminuyen las referencias a perder peso o mantenerlo.

Tabla 42. Motivos de realización de dietas en población adulta. Asturias, 2008. Fuente: Encuesta de Salud para Asturias, 2008.

	SEXO		EDAD				TOTAL
	HOMBRE	MUJER	16-29	30-44	45-64	> 64	
Perder peso	14,4	20,7	46,5	48,9	16,9	3,6	**18,5**
Mantenerme en mi peso	4,5	10,4	22,7	11,6	10,7	2,8	**8,3**
Vivir saludablemente	7,7	6,1	11,5	5,3	8,3	5,1	**6,7**
Por problemas de salud	66,6	58,3	10,0	28,6	59,7	83,3	**61,2**
Otras razones	3,7	2,5	4,6	4,0	3,0	2,1	**2,9**
Ns/Nc	3,2	1,9	4,8	1,5	1,4	3,1	**2,4**

En población infantil, muy pocos niños o niñas están en el momento de la entrevista sometidos a una dieta o régimen alimenticio especial. Un 1,4% del total de población infantil lo está.

En el análisis de género se observa que no hay diferencias de ningún tipo en cuanto a la presencia de dieta o régimen.

Tabla 43. Motivos de realización de dietas en población infantil. Asturias, 2009. Fuente: Encuesta de Salud Infantil para Asturias, 2009.

	0-2	3-5	6-10	11-15	Total
	%	%	%	%	%
SI	1,7	1,3	1,1	1,5	**1,4**
Motivos:					
Perder peso	11,1	16,7	37,5	33,3	**25,7**
Mantener peso actual	33,3	16,7	25,0	33,3	**28,6**
Por enfermedad o problema de salud	44,4	50,0	25,0	33,3	**37,1**
Otros motivos	0	16,7	0	0	**2,9**
Vivir saludablemente	0	0	0	0	**0**
Ganar peso	0	0	0	0	**0**

Analizando por grupos de edad observamos que no hay una tendencia clara en cuanto a la presencia de dieta o régimen alimenticio especial.

La proporción de población infantil que está a dieta es mayor en zonas centrales (1,8%, por un 0,4% en cuencas mineras). Es también diferente en función del nivel educativo: los niños/as procedentes de familias universitarias están más frecuentemente a dieta (2,3%, por un 0,9% en familias con estudios medios). A su vez, es más frecuente el estar a dieta en población infantil clasificada en clase social I (2,1% por un 0,6% en clase social V).

Los motivos mencionados más frecuentemente son por una enfermedad o problema de salud (37%) seguidos de mantener peso actual (29%) y perder peso (26%).

En el análisis de género, se observa que no hay diferencias significativas estadísticamente de ningún tipo en cuanto a los motivos de dieta o régimen.

Analizando por grupo de edad, observamos que es más frecuente la dieta para perder peso a medida que aumentamos la edad siendo más frecuente en adolescentes.

1.3.5. Consumo de tabaco:

1.3.5.1. Hábito y frecuencia de consumo

Fuma habitualmente tres de cada 10 asturianos/as…

Al menos de un tercio (30,4%) de la población asturiana entrevistada menciona el fumar habitualmente, de ella un 90% lo hace diariamente y el resto de vez en cuando. Una de cada seis personas entrevistadas es exfumadora y más de la mitad (53,3%) de la población no ha fumado nunca de manera habitual. Con respecto a los datos aportados en la Encuesta de Salud de 2002, ha disminuido la proporción total de personas fumadoras (32,5% en 2002) y ha aumentado la proporción de personas que nunca han fumado (51% en 2002).

Fuman más los hombres…

Por sexo, en el conjunto de la muestra fuman más los hombres (34,7%) que las mujeres (26,4%). Ha disminuido el hábito tabáquico en ambos sexos respecto al año 2002.
Paralelamente casi dos tercios de las mujeres nunca han fumado frente a un poco más de un tercio de los hombres. A su vez, la proporción de hombres exfumadores es más de tres veces la de las mujeres. Con respecto al año 2002 la proporción de incremento del abandono del hábito tabáquico es similar en ambos sexos.

Pero,… en jóvenes fuman por igual hombres y mujeres…

En el análisis etario, solo un 5,2% de la población de personas mayores fuma habitualmente. La mayor proporción de fumadores se sitúa en las edades más jóvenes (42%, esta proporción disminuye respecto al 2002, 45,5%). Por edades, destaca el hecho de que en todos los grupos de edad, excepto en el más joven las mujeres presentan frecuencias de fumadoras diarias inferiores a las de los hombres.

Tabla 45. Frecuencia de consumo de tabaco en población adulta. Asturias, 2008. Fuente: Encuesta de Salud para Asturias, 2008.

Preguntas: ¿Podría decirme si actualmente fuma? Y ¿Con qué frecuencia suele fumar?

	SEXO		EDAD				TOTAL
	HOMBRE	MUJER	16-29	30-44	45-64	> 64	
Fumo diariamente	31,7	24,2	37,4	38,0	31,4	5,2	27,8
Fumo, pero no diariamente	3,1	2,2	5,0	3,9	1,4	1,2	2,6
No fumo actualmente, pero he fumado antes	25,8	7,7	5,4	11,7	22,6	21,1	16,3
No he fumado nunca	39,3	65,9	52,2	46,4	44,5	72,5	53,3

FUENTE: "Encuesta de Salud para Asturias". Año 2008. DGSP.

Es de resaltar que, independientemente del hábito de tabaco en el momento de la entrevista, más del 72,5% de las personas mayores nunca han fumado, siendo esta proporción de solo la mitad de las personas jóvenes.

1.3.5.2. Edad a la que comenzó a fumar y tiempo de consumo

La edad media de comienzo del hábito es de 17 años…

De las personas entrevistadas que fumaban o habían fumado, la edad a la que comenzaron a fumar es de 17 años. Ha disminuido respecto a 2002 la edad media de comienzo del consumo (entonces era de 18 años). La edad media es un año más en mujeres que en hombres.

Tabla 46. Edad de inicio de consumo de tabaco en población adulta. Asturias, 2008. Fuente: Encuesta de Salud para Asturias, 2008.

Pregunta: ¿A qué edad comenzó a fumar?

	SEXO		EDAD				TOTAL
	HOMBRE	MUJER	16-29	30-44	45-64	> 64	
Media de edad (años)	16,7	17,5	15,6	16,8	17,5	18,5	**17,0**

FUENTE: "Encuesta de Salud para Asturias". Año 2008. DGSP.

Poco a poco, el comienzo del hábito va siendo más precoz…

Analizando el comienzo del hábito en función de la edad actual, ha habido un descenso progresivo en la edad de comienzo del hábito tabáquico, siendo en la actualidad para las personas jóvenes de solo 15,6 años (tres años más tarde en las personas mayores).

1.3.5.3. Cantidad de tabaco consumida

De media, se fuma menos de una cajetilla diaria…

La media de consumo de tabaco diario en las personas fumadoras o exfumadoras (cuando fumaban) es de cerca de una cajetilla de cigarrillos (16,2 cigarrillos), si bien se observa gran variabilidad en el consumo expresado por la desviación Standard. Se ha disminuido casi un cigarrillo y medio el consumo respecto a los datos de la Encuesta de Salud 2002.

Consumen más los hombres, si bien se redujo desde 2002 más el consumo en hombres…

Tabla 47. Tipo y cantidad de tabaco consumido en población adulta. Asturias, 2008. Fuente: Encuesta de Salud para Asturias, 2008.

Preguntas: ¿Qué tipo y cantidad de tabaco fuma por término medio?

	SEXO		EDAD				TOTAL
	HOMBRE	MUJER	16-29	30-44	45-64	> 64	
Media de cigarrillos/día	17,5	14,7	14,2	17,5	16,5	15,3	**16,2**

FUENTE: "Encuesta de Salud para Asturias". Año 2008. DGSP.

Los hombres consumen más tabaco diariamente que las mujeres (17,5 cigarrillos al día frente a 14,7 cigarrillos en las mujeres). Entre los hombres hay una mayor variabilidad de consumos medida en número de cigarrillos que las mujeres.

Con respecto al año 2002, en ambos sexos se ha reducido el consumo medio de cigarrillos si bien en hombres el descenso ha sido superior que en las mujeres (2 cigarrillos menos al día en hombres, solo 0,2 cigarrillos menos al día en mujeres).

Por edades consumen más cigarrillos las personas de 30-44 años que fuman (17,5 cigarrillos día) frente a solo 14,2 cigarrillos día de las personas jóvenes. Con respecto a los datos del año 2002, se ha reducido el consumo diario de cigarrillos en todos los tramos etarios excepto el grupo de población de personas jóvenes.

1.3.6. Realización de prácticas preventivas:

1.3.6.1. Toma de tensión arterial

La toma regular de la tensión arterial se considera un elemento fundamental para el diagnóstico y el adecuado control de la misma.

Según la Encuesta de salud para Asturias de 2008 un 6% de la población asturiana refiere NO haberse tomado la tensión arterial NUNCA…

Un 71,5% de la población adulta asturiana declara haberse tomado la tensión arterial hace menos de un año. Solo un 5,8% dice no haberse tomado la tensión nunca y otro 4,4% hace más de cinco años. Estas cifras son menores que las manifestadas en la Encuesta de 2002, donde el porcentaje de personas que se tomó la TA hace menos de un año era superior y el porcentaje de personas que no se tomaron nunca la TA era bastante inferior (2,5%).

Las mujeres se toman más la tensión arterial que los hombres…

Por sexo, las mujeres indican una mayor proporción de toma de tensión arterial (73,3% en el último año frente a un 69,6% de los hombres), sin embargo 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.

Nueve de cada diez personas mayores se tomó la TA en el último año…

Por edades, se incrementa la vigilancia de la TA, lógico, dado que la prevalencia de hipertensión en esas edades es más elevada. Así, nueve de cada diez personas mayores se la ha tomado el último año.

Tabla 48. Realización de toma de tensión arterial como práctica preventiva en población adulta. Asturias, 2008. Fuente: Encuesta de Salud para Asturias, 2008.

Pregunta: ¿Cuándo le han tomado o medido por última vez en su Centro de Salud o servicio sanitario habitual la tensión arterial?

	SEXO		EDAD				TOTAL
	HOMBRE	MUJER	16-29	30-44	45-64	> 64	
< un año	69,6	73,3	46,9	67,5	74,8	89,6	**71,5**
1 – 5 años	16,7	15,4	23,7	19,5	15,8	7,1	**16,0**
Más de 5 años	4,9	4,0	8,2	5,2	3,8	1,6	**4,4**
Nunca	6,4	5,1	18,1	5,5	3,4	0,0	**5,8**
Ns/Nc	2,3	2,2	3,1	2,3	2,2	1,7	**2,3**

FUENTE: "Encuesta de Salud para Asturias". Año 2008. DGSP.

1.3.6.2. Análisis de glucemia

Un 6,7% de la población asturiana refiere NO haberse tomado la glucemia NUNCA…

La medición de la glucosa es algo menos frecuente que la toma de la tensión arterial. Un 85,3% de la población adulta asturiana le han analizado en los últimos cinco años la glucemia. Un 6,7% de la población refiere no haberse analizado nunca la glucemia. Las cifras de medición en los últimos cinco años en la Encuesta del 2002 eran del 83%.

Ambos sexos se la miran con la misma frecuencia…

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.

Un 96% 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 analítico de glucosa. Un 96,1% de ellas han tenido ambas determinaciones en los últimos cinco años frente a un 65,7% de las personas jóvenes.

Tabla 49. Realización de toma de glucemia como práctica preventiva en población adulta. Asturias, 2008. Fuente: Encuesta de Salud para Asturias, 2008.

Pregunta: ¿Cuándo le han tomado o medido por última vez en su Centro de Salud o servicio sanitario habitual la glucosa?

	SEXO		EDAD				TOTAL
	HOMBRE	MUJER	16-29	30-44	45-64	> 64	
< un año	66,0	69,2	42,2	64,8	70,2	86,1	**67,7**
1 – 5 años	18,5	16,8	23,5	20,3	18,0	10,0	**17,6**
Más 5 años	5,3	4,8	9,0	5,3	5,2	1,6	**5,0**
Nunca	7,7	5,9	21,0	6,6	3,9	0,0	**6,7**
Ns/Nc	2,6	3,4	4,4	3,0	2,7	2,3	**3,0**

FUENTE: "Encuesta de Salud para Asturias". Año 2008. DGSP.

1.3.6.3. Análisis de colesterol

Un 6,5% de la población asturiana refiere NO haberse medido el colesterol NUNCA…

Ambos sexos se lo analizan con la misma frecuencia…

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.

Un 96% de las personas mayores se tomó el colesterol en los últimos 5 años…

El análisis del nivel de colesterol tiene una frecuencia de medición similar al de la glucosa.

Tabla 50. Realización de toma y análisis del colesterol como práctica preventiva en población adulta. Asturias, 2008. Fuente: Encuesta de Salud para Asturias, 2008.

Pregunta: ¿Cuándo le han tomado o medido por última vez en su Centro de Salud o servicio sanitario habitual el colesterol?

	SEXO		EDAD				TOTAL
	HOMBRE	MUJER	16-29	30-44	45-64	> 64	
< un año	66,3	69,1	42,4	65,2	70,2	86,1	**67,8**
1 – 5 años	18,5	16,5	23,3	20,3	17,9	9,6	**17,5**
Más 5 años	5,2	4,6	9,1	5,1	4,9	1,6	**4,9**
Nunca	7,4	5,7	20,6	6,0	3,7	0,2	**6,5**
Ns/Nc	2,6	4,0	4,5	3,5	3,3	2,5	**3,4**

FUENTE: "Encuesta de Salud para Asturias". Año 2008. DGSP.

2. Indicadores propios de la Estrategia Nacional.

2.1. Evolución en población general

2.1.1. DETERMINANTES DE LA SALUD:

2.1.1.1. Prevalencia de tabaquismo:

El tabaquismo es un determinante muy estudiado en relación a la cardiopatía isquémica. Varios estudios determinan analizan las fracciones poblacionales atribuibles (%) al consumo de tabaco, según causas de muerte seleccionadas, status de consumo de tabaco y sexo, acercándose para las enfermedades cardiovasculares en general en el 30,3% en hombres y el 2,6% en mujeres. para la cardiopatía en edades entre 35-64 años sería del 52,5% en hombres y el 31,9 en mujeres. para cardiopatía isquémica en personas de 65 y más años sería del 22,1% en hombres y del 1,7% en mujeres. Para enfermedad cerebrovascular en personas de 35-64 años sería del 59,0% en hombres y del 46,0% en mujeres. Para las mismas enfermedades cerebrovasculares en personas mayores sería del 25,6% en hombres y del 0,7% en mujeres.

Un 30,4% de la población asturiana fuma actualmente según datos de la Encuesta de Salud de 2008. La prevalencia es muy superior en hombres: 35% que en mujeres 26%. Por edades, la prevalencia de consumo de tabaco va descendiendo con la edad teniendo su mayor frecuencia en personas jóvenes y la menor en personas de 65 y más años de edad.

Tabla 51. Prevalencia de tabaquismo en población adulta. Asturias, 2008. Fuente: Encuesta de Salud para Asturias, 2008.

TABAQUISMO		
Indicador	Prevalencia de tabaquismo en población adulta	
Definición	Personas de 16 y más años que fuman actualmente a diario u ocasionalmente entre total de personas adultas. Porcentaje	
Fuente de datos	Encuesta de Salud para Asturias, 2008	
Resultados:		
	Total	**30,4 %**
	Hombres	**34,8%**
	Mujeres	**26,4%**
	16-29 años	**42,4%**
	30-44 años	**41,9%**
	45-64 años	**32,8%**
	65 y + años	**6,4%**

Mapa 4: Prevalencia de tabaquismo en población adulta por concejo de residencia. Asturias, 2008. Fuente: Encuesta de Salud para Asturias, 2008. Representación por cuartiles: a mayor tono peores resultados.

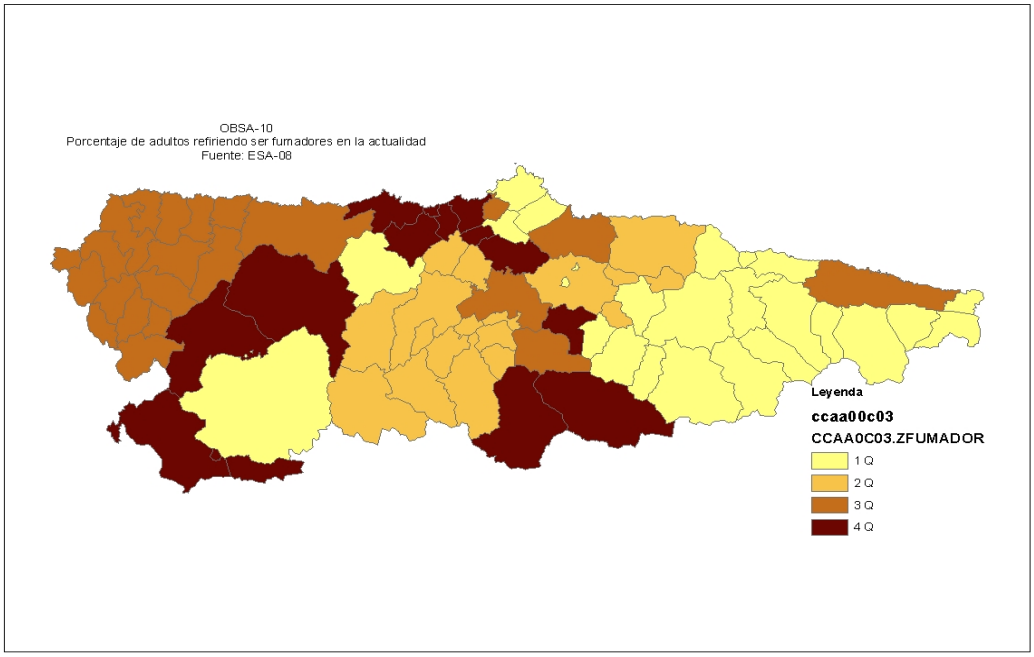
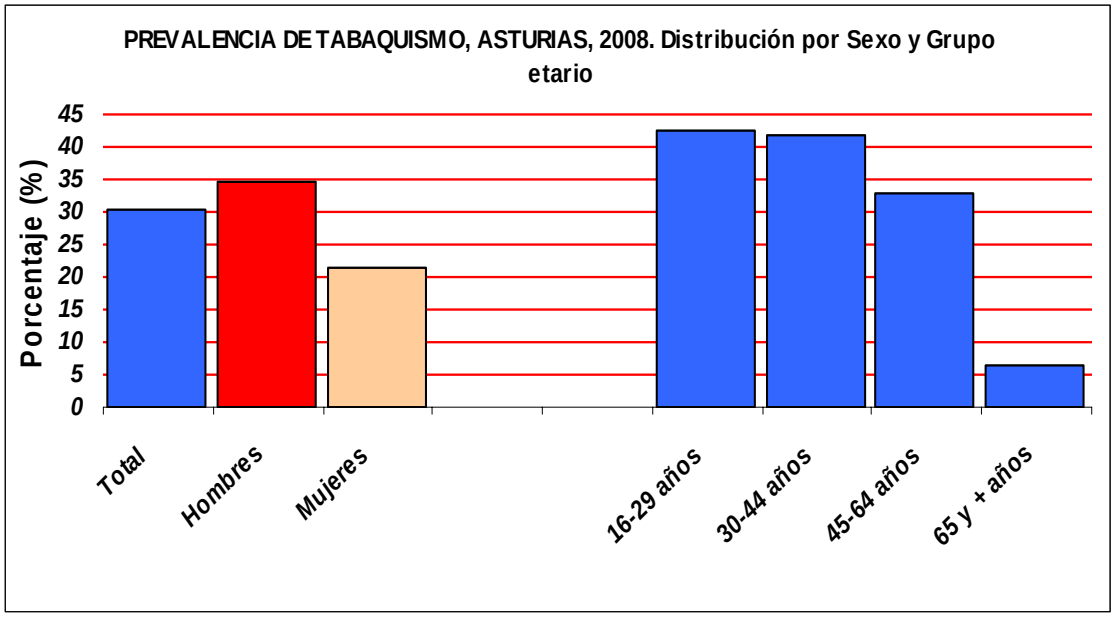


Gráfico 7: Prevalencia de tabaquismo en población adulta. Asturias, 2008. Fuente: Encuesta de Salud para Asturias, 2008.



2.1.1.2. Prevalencia de obesidad.

La asociación entre la obesidad y las enfermedades cardiovasculares es conocida desde hace mucho tiempo. Determinados estudios indican que el mejor predictor del infarto agudo del miocardio es el índice de masa corporal en hombres jóvenes situación que se confirma con el estudio de Framingham como un factor de riesgo independiente de enfermedades cardiovasculares. En estos últimos años se considera a la obesidad como uno de los mayores factores de riesgo de la cardiopatía coronaria y en ocasiones asociado al tabaquismo, la hipercolesterolemia, la hipertensión arterial, y el sedentarismo.

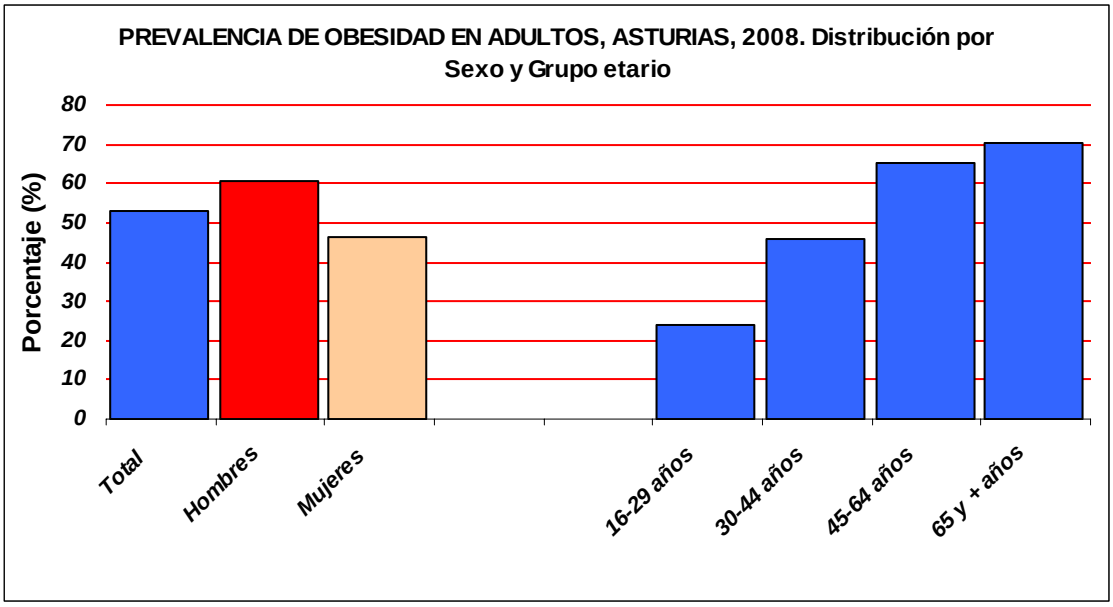
Se considera que en Asturias un 53% de la población adulta presenta parámetros de sobrepeso u obesidad. Este parámetro es superior en hombres (61%) respecto al 47% en mujeres.

A medida que aumenta la edad se incrementa la proporción de sobrepeso y obesidad que llega a ser del 70% en personas mayores.

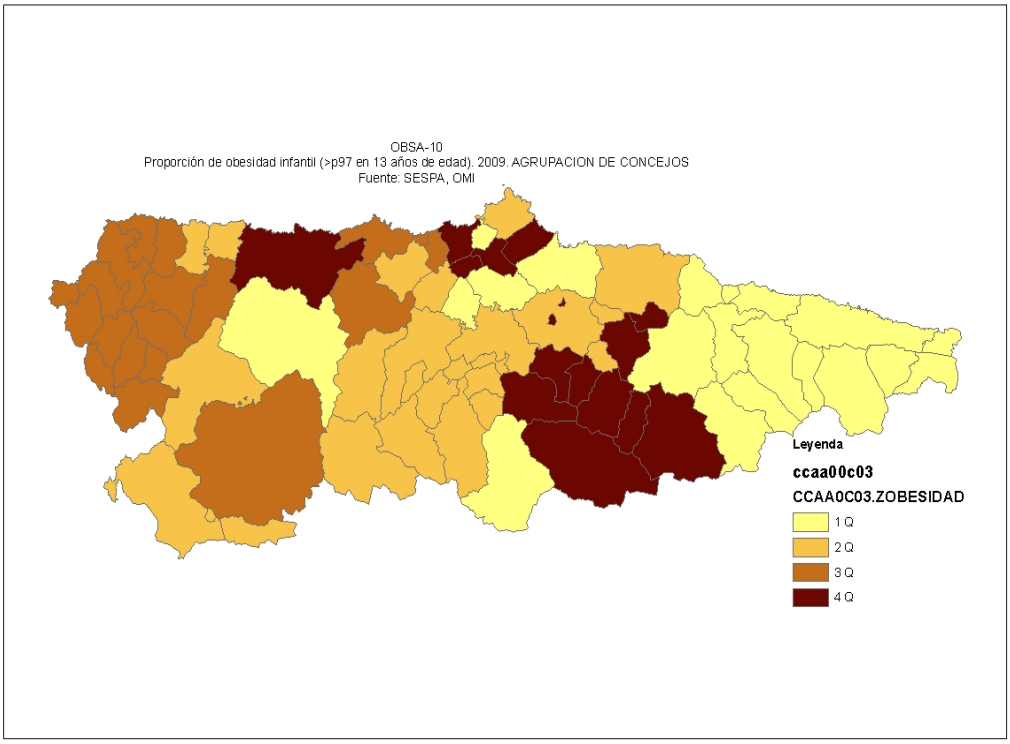
Tabla 52. Prevalencia de obesidad en población adulta. Asturias, 2008. Fuente: Encuesta de Salud para Asturias, 2008.

OBESIDAD		
Indicador	Prevalencia de Obesidad en población adulta	
Definición	Personas de 16 y más años que tienen un Índice de Masa Corporal de 27 o más entre total de personas adultas. Porcentaje	
Fuente de datos	Encuesta de Salud para Asturias, 2008	
Resultados:		
	Total	**53,2 %**
	Hombres	**60,7%**
	Mujeres	**46,6%**
	16-29 años	**24,1%**
	30-44 años	**46,0%**
	45-64 años	**65,1%**
	65 y + años	**70,5%**

Gráfico 7: Prevalencia de obesidad en población adulta. Asturias, 2008. Fuente: Encuesta de Salud para Asturias, 2008.



Mapa 5: Prevalencia de obesidad en población infantil por concejo de residencia. Asturias, 2009. Fuente: Encuesta de Salud Infantil para Asturias, 2009. Representación por cuartiles: a mayor tono peores resultados.



2.1.1.3. Prevalencia de sedentarismo.

En torno a un 75% de las causas de estas enfermedades están relacionadas con factores como el tabaquismo, el sedentarismo, la hipertensión, la diabetes o la obesidad; en segundo lugar, mediante la detección precoz; y, finalmente, son prevenibles también sus impactos negativos una vez que se ha manifestado la enfermedad.

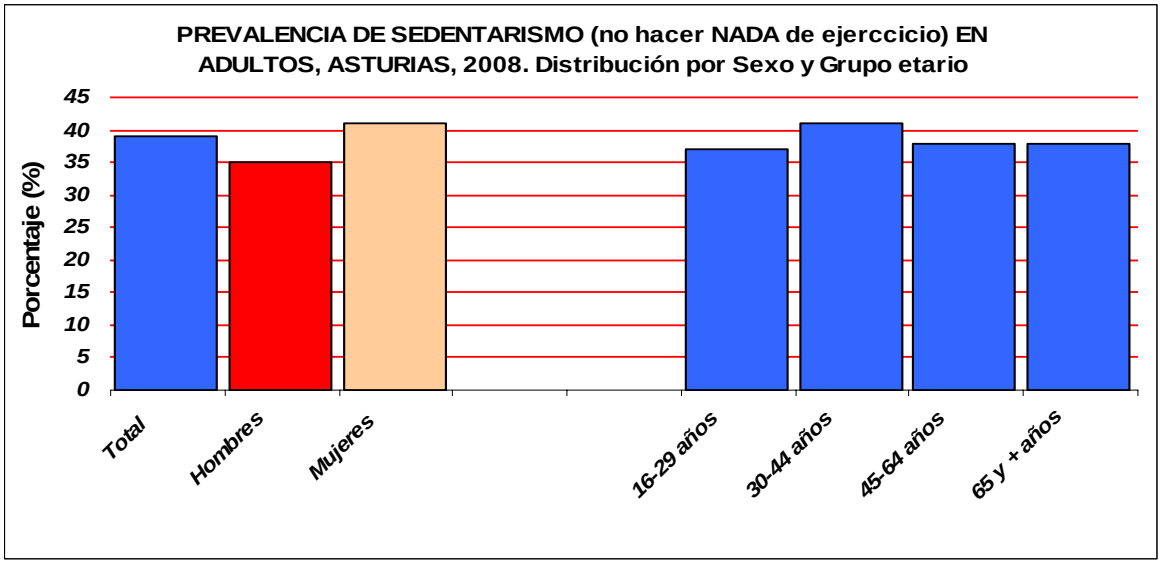
En Asturias, un 39% de la población tiene hábitos sedentarios en tiempo de ocio. La proporción es mayor en mujeres (41%) que en hombres (35%).

Por edades, la proporción de sedentarismo se modifica muy poco en los diferentes grupos etarios.

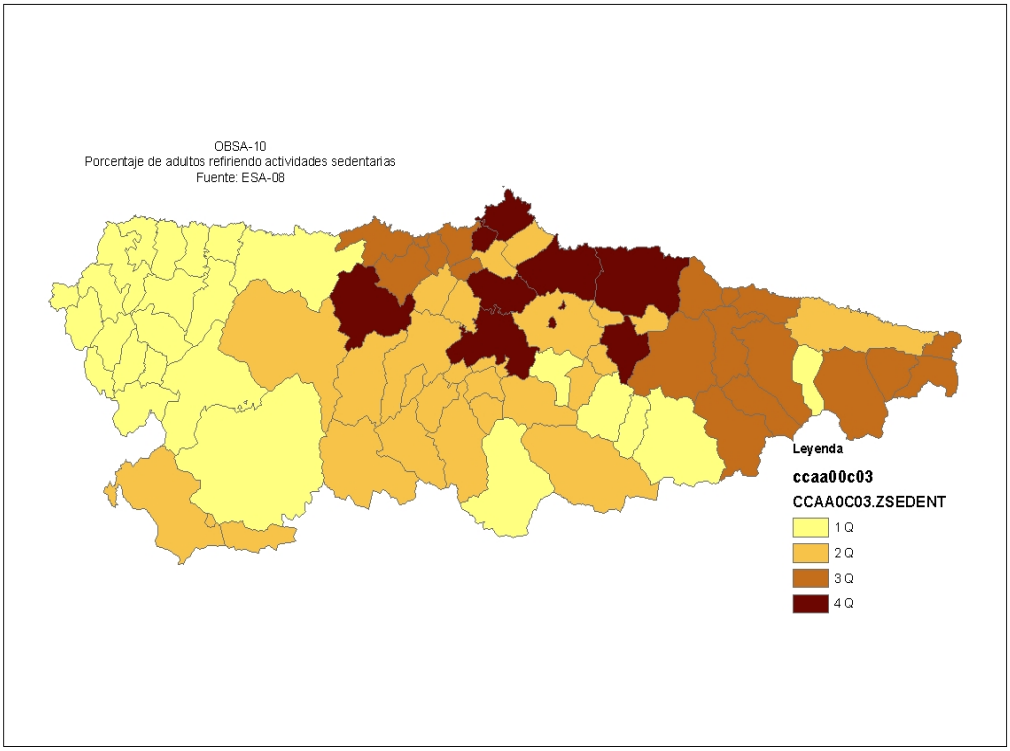
Tabla 53. Prevalencia de personas sedentarias en población adulta. Asturias, 2008. Fuente: Encuesta de Salud para Asturias, 2008.

SEDENTARISMO		
Indicador	Prevalencia de personas sedentarias en población adulta	
Definición	Personas de 16 y más años que tienen una actividad en tiempo de ocio considerada sedentaria (no hacen ejercicio habitualmente) entre total de personas adultas. Porcentaje	
Fuente de datos	Encuesta de Salud para Asturias, 2008	
Resultados:		
	Total	**39,0 %**
	Hombres	**35,0%**
	Mujeres	**41,0%**
	16-29 años	**37,0%**
	30-44 años	**41,0%**
	45-64 años	**38,0%**
	65 y + años	**38,0%**

Gráfico 8: Prevalencia de personas sedentarias en población adulta Asturias, 2008. Fuente: Encuesta de Salud para Asturias, 2008.



Mapa 6: Prevalencia de personas sedentarias en población infantil por concejo de residencia. Asturias, 2009. Fuente: Encuesta de Salud Infantil para Asturias, 2009. Representación por cuartiles: a mayor tono peores resultados.



2.1.1.4. Prevalencia de hipertensión.

La hipertensión arterial (HTA) es un importante factor de riesgo cardiovascular. Este riesgo se multiplica cuando a la hipertensión se asocia a otros factores.

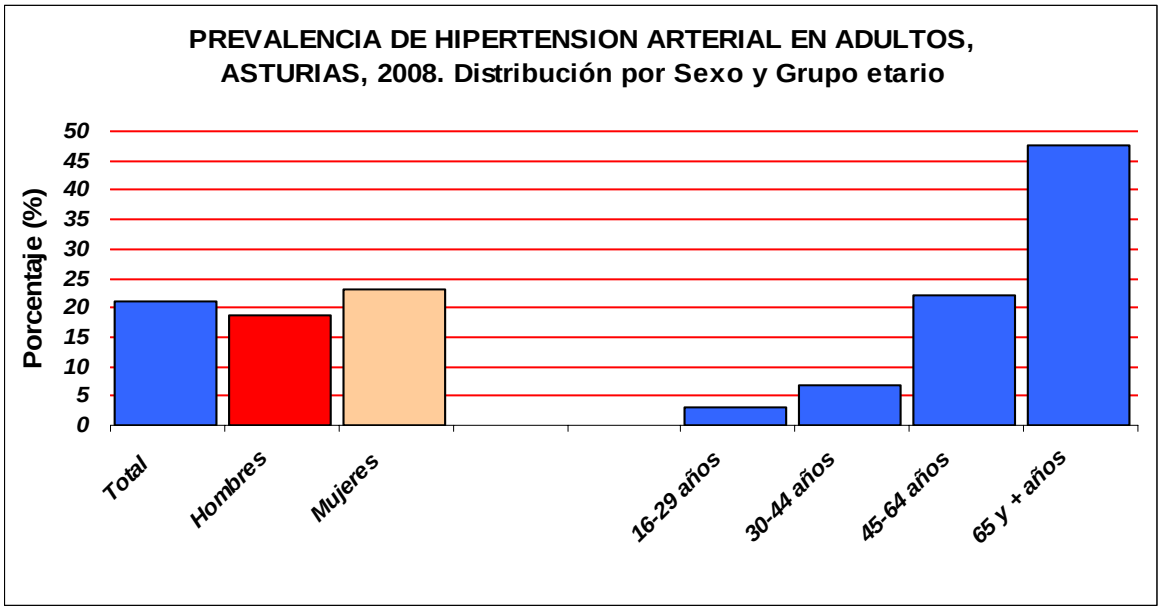
En Asturias, se considera que un 21% de la población presenta hipertensión arterial. Esta es más frecuente en mujeres (23%) y menor en hombres (19%).

Por edades como es lógico, aumenta la prevalencia con la edad llegando a ser del 48% en personas de 65 y más años.

Tabla 54. Prevalencia de personas con hipertensión arterial en población adulta. Asturias, 2008. Fuente: Encuesta de Salud para Asturias, 2008.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL		
Indicador	Prevalencia de personas con HTA en población adulta	
Definición	Personas de 16 y más años que manifiestan haber sido diagnosticadas de HTA entre total de personas adultas. Porcentaje	
Fuente de datos	Encuesta de Salud para Asturias, 2008	
Resultados:		
	Total	**21,0 %**
	Hombres	**18,7%**
	Mujeres	**23,1%**
	16-29 años	**3,2%**
	30-44 años	**6,8%**
	45-64 años	**22,0%**
	65 y + años	**47,7%**

Gráfico 9: Prevalencia de personas con hipertensión arterial en población adulta. Asturias, 2008. Fuente: Encuesta de Salud para Asturias, 2008.



2.1.1.5. Prevalencia de diabetes.

La diabetes mellitus al igual que el resto de factores es un gran predictor de la aparición de la cardiopatía isquémica, máxime cuando se combina con otros factores.

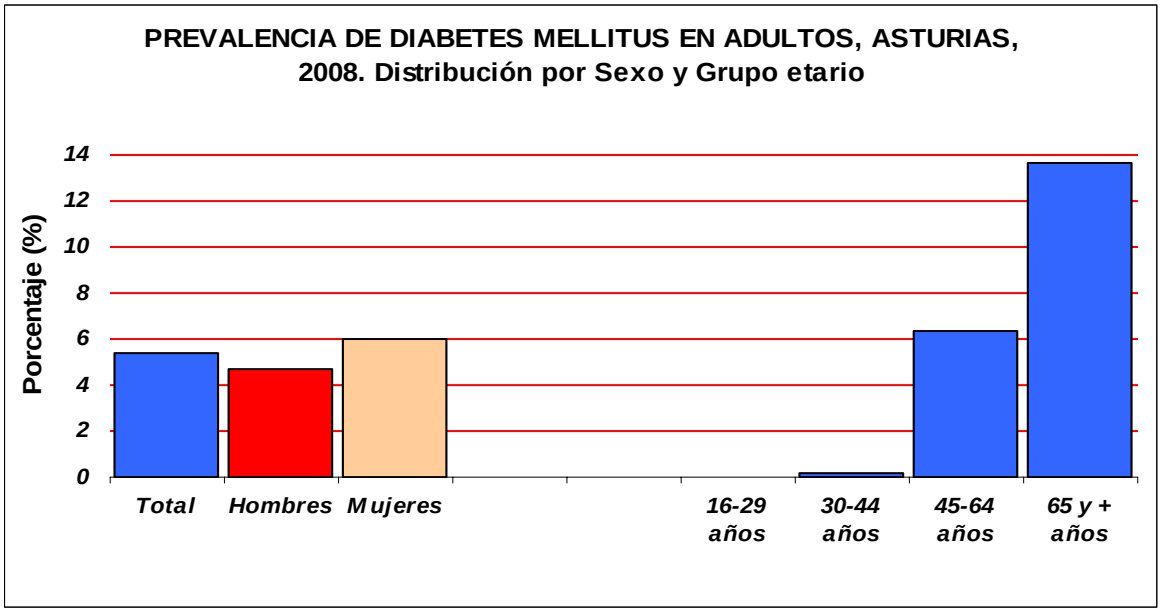
En Asturias, la población manifiesta padecer esta enfermedad un 5,4%. Las mujeres lo manifiestan con más frecuencia (6%) y los hombres menos (4,7%).

Por edades, el hecho de conocer que padecen diabetes mellitus aumenta con la edad llegando a ser un 14% en mayores de 64 años de edad.

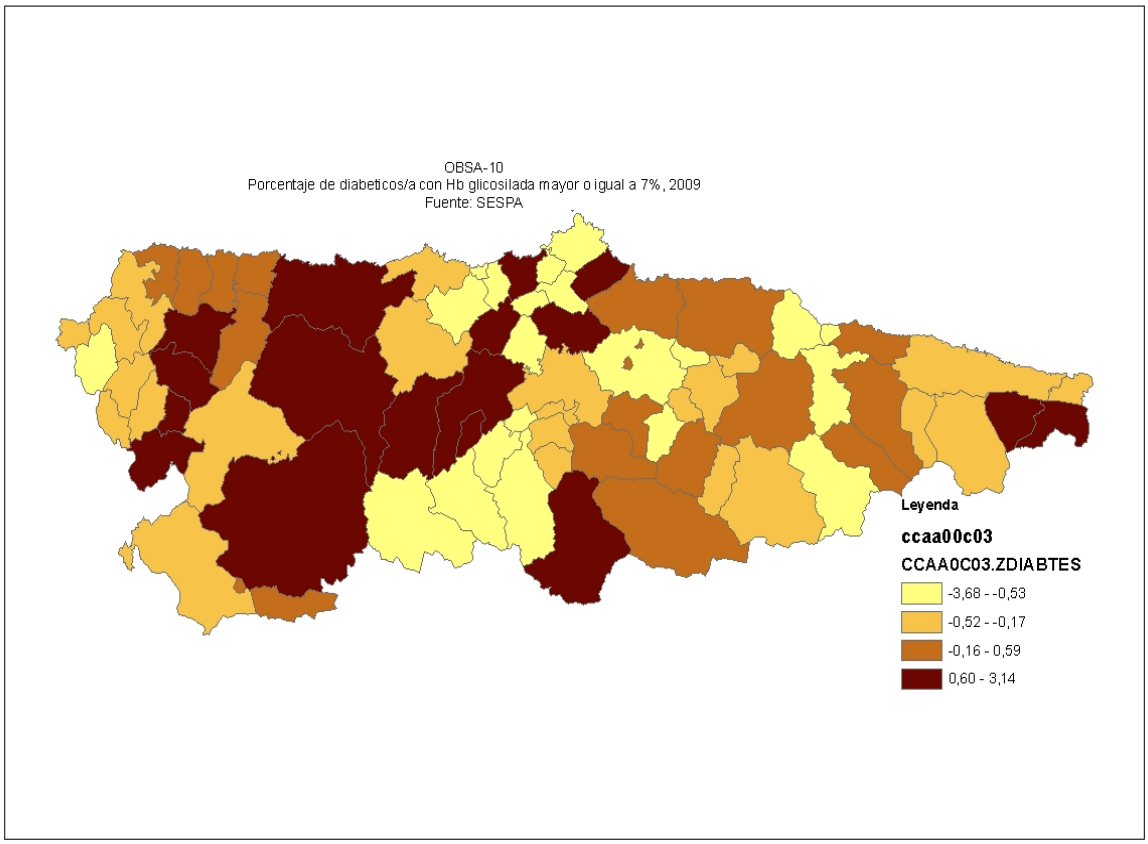
Tabla 55. Prevalencia de personas con diabetes mellitus en población adulta. Asturias, 2008. Fuente: Encuesta de Salud para Asturias, 2008.

DIABETES MELLITUS		
Indicador	Prevalencia de personas con diabetes mellitus en población adulta	
Definición	Personas de 16 y más años que manifiestan haber sido diagnosticadas de diabetes mellitus entre total de personas adultas. Porcentaje	
Fuente de datos	Encuesta de Salud para Asturias, 2008	
Resultados:		
	Total	**5,4 %**
	Hombres	**4,7%**
	Mujeres	**6,0%**
	16-29 años	**0%**
	30-44 años	**0,2%**
	45-64 años	**6,3%**
	65 y + años	**13,6%**

Gráfico 10: Prevalencia de personas con diabetes mellitus en población adulta. Asturias, 2008. Fuente: Encuesta de Salud para Asturias, 2008



Mapa 7: Prevalencia de personas afectadas de diabetes mellitus con hemoglobina glicosilada superior a 7 por concejo de residencia. Asturias, 2009. Fuente: Encuesta de Salud Infantil para Asturias, 2009. Representación por cuartiles: a mayor tono peores resultados.



2.1.1.6. Prevalencia de hipercolesterolemia.

El colesterol se considera un factor de riesgo fundamental para la aparición de las enfermedades cardiovasculares. Numerosos estudios han llegado a confirmar la estrecha relación entre el aumento de los niveles de colesterol y el desarrollo de las diferentes enfermedades cardiovasculares que son provocadas por aterosclerosis como las diferentes enfermedades cerebrovasculares, la enfermedad vascular periférica y, en concreto, la cardiopatía coronaria, así como la existencia de una estrecha relación entre las cifras elevadas de colesterol y la presencia de cardiopatía isquémica así como su mortalidad.

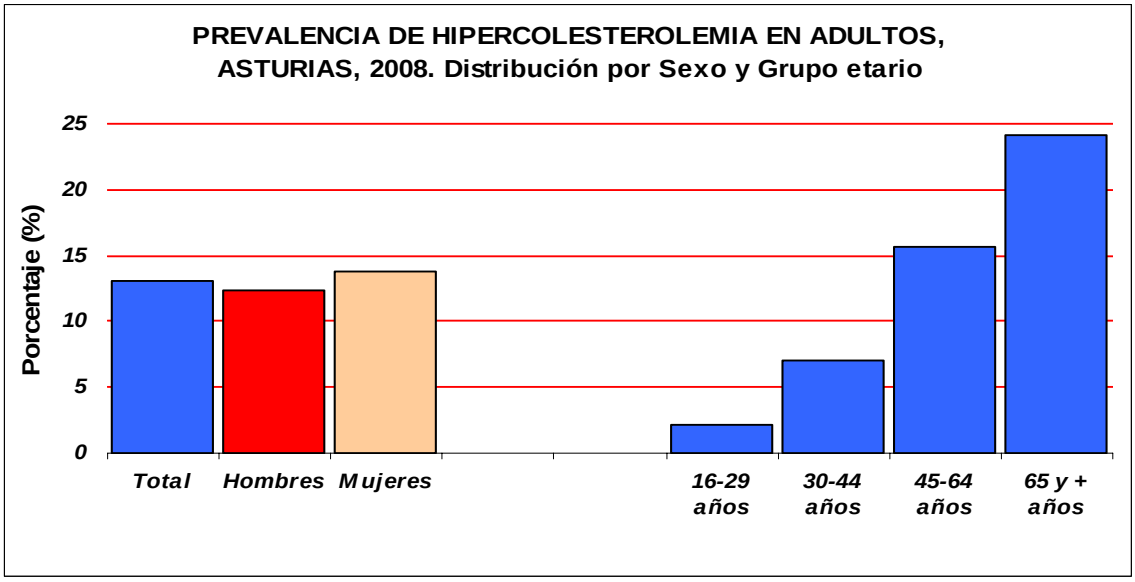
En Asturias, un 13&% refiere que se le ha diagnosticado problemas de hipercolesterolemia. Esas cifras no son muy diferentes entre sexos, pero hay un 14% de mujeres 1ue lo refieren por un 12% de hombres.

Las cifras, como es lógico, se incrementan con la edad llegando a ser de cerca del 25% en personas de 65 y más años.

Tabla 56. Prevalencia de personas con hipercolesterolemia en población adulta. Asturias, 2008. Fuente: Encuesta de Salud para Asturias, 2008.

HIPERCOLESTEROLEMIA		
Indicador	Prevalencia de personas con hipercolesterolemia en población adulta	
Definición	Personas de 16 y más años que manifiestan haber sido diagnosticadas de hipercolesterolemia entre total de personas adultas. Porcentaje	
Fuente de datos	Encuesta de Salud para Asturias, 2008	
Resultados:		
	Total	**13,1 %**
	Hombres	**12,3%**
	Mujeres	**13,8%**
	16-29 años	**2,1%**
	30-44 años	**7,1%**
	45-64 años	**15,6%**
	65 y + años	**24,2%**

Gráfico 11: Prevalencia de personas con con hipercolesterolemia en población adulta. Asturias, 2008. Fuente: Encuesta de Salud para Asturias, 2008



2.1.2. RESULTADOS DE SALUD:

2.1.2.1.Tasas de mortalidad por cardiopatía isquémica estandarizadas por edad y sexo:

La cardiopatía isquémica genera una de las mayores proporciones de fallecimientos en Asturias y España. Según La Estrategia Nacional de Cardiopatía isquémica, en España, las enfermedades cardiovasculares son, generalmente, la primera causa de muerte para la población española.

La enfermedad coronaria o cardiopatía Isquémica, está entre las primeras cusas de muerte en Asturias y España. Es una entidad nosológica que tiene un importante impacto tanto en el individuo que la padece, en su calidad de vida, como en su futuro personal y social e incrementa el riesgo de muerte súbita.

En el año 2004 las enfermedades cardiovasculares generaron 123.867 fallecimientos, 56.359 hombres y 67.508 mujeres, significando el 33,3% de todas las defunciones, el 29% en hombres y el 38% en mujeres. La tasa bruta de mortalidad fue de 290 fallecimientos por cada 100.000 habitantes, siendo de 269 en hombres y de 311 en mujeres.

En Asturias, en el año 2008 las enfermedades del sistema circulatorio generaron 4.251 fallecimientos, 1.816 en hombres y 2.435 en mujeres, significando el 33,3% de todas las defunciones, el 28,4% en hombres y el 38,5% en mujeres. La tasa bruta de mortalidad fue de 350,4 en hombres y de 433,4 en mujeres.

La enfermedad Isquémica del corazón ocasiona habitualmente en España el mayor número de muertes por enfermedad cardiovascular siendo en 2004 el 31% del total y dentro de ella, el infarto agudo de miocardio es la más frecuente, (61%), un 62% en hombres y un 58% en mujeres.

En Asturias, en el año 2009 las tasas estandarizadas mediante población europea de mortalidad por cardiopatía isquémica ha sido de 57,5 casos por cada 100.000 habitantes siendo en hombres de 87, 0 y en mujeres de 33,8. Por edades las tasas más elevadas han sucedido en personas de 65 y más años (528,5) seguido de personas de 45-64 años de edad (tasa de 52,5).

Los últimos resultados en Asturias a partir de los datos del registro de Mortalidad son de 57 casos/10.000 habitantes usando una estandarización con población europea.

Las cifras son considerablemente mayores en hombres que en mujeres con cocientes de masculinidad de 2,6.

A mayor edad mayor la tasa de mortalidad por cardiopatía isquémicas siendo las tasas especificas en personas de 65 y más años de 528 casos/10.000h. Es decir, una de cada 18 personas de esas edades fallece anualmente de cardiopatía

isquémicas Los riesgos de fallecer por cardiopatía isquémicas son 440 veces mayores en personas de 65 y más años que en las de 16-29 años de edad.

Tabla 57. Tasa de mortalidad por Cardiopatía Isquémica en población adulta. Asturias, 2009. Fuente: Registro de Mortalidad del Principado de Asturias, 2009

MORTALIDAD POR CARDIOPATIA ISQUEMICA		
Indicador	Tasa de mortalidad por Cardiopatía Isquémica	
Definición	Tasa estandarizada por 10.000h mediante población europea de las personas fallecidas por cardiopatía isquémica residentes en Asturias. Tasas específicas por 10.000h para los grupos etarios. CIE-10: I20-I25	
Fuente de datos	Registro de Mortalidad del Principado de Asturias, 2009	
Resultados:		
	Total	**57,5**
	Hombres	**87,0**
	Mujeres	**33,8**
	16-29 años	**1,2**
	30-44 años	**4,7**
	45-64 años	**52,5**
	65 y + años	**528,5**

Por edades hasta los 65 años la incidencia es mayor en hombres que en mujeres pero después es mayor en mujeres.

En los últimos cinco años de estudio se ha reducido un 10% la incidencia de mortalidad por estas patologías y lo ha hecho en paralelo en ambos sexos. La tendencia se mantiene en esos años.

Gráfico 12: Tasa de mortalidad por Cardiopatía Isquémica en población adulta por grupo etario y sexo. Asturias, 2009. Fuente: Registro de Mortalidad del Principado de Asturias, 2009

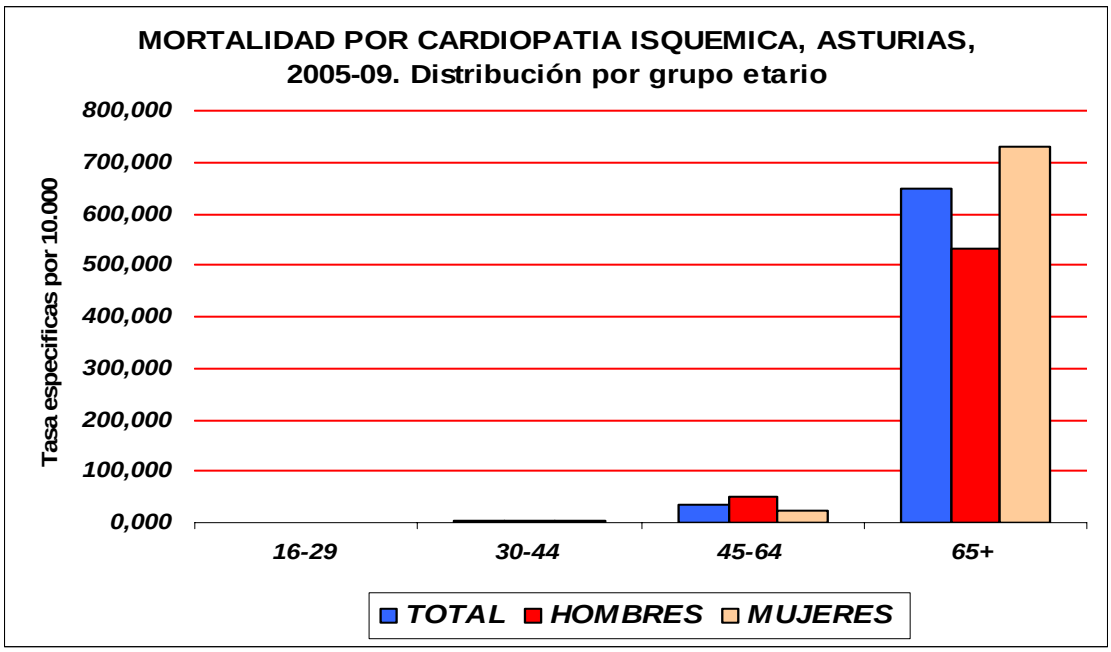
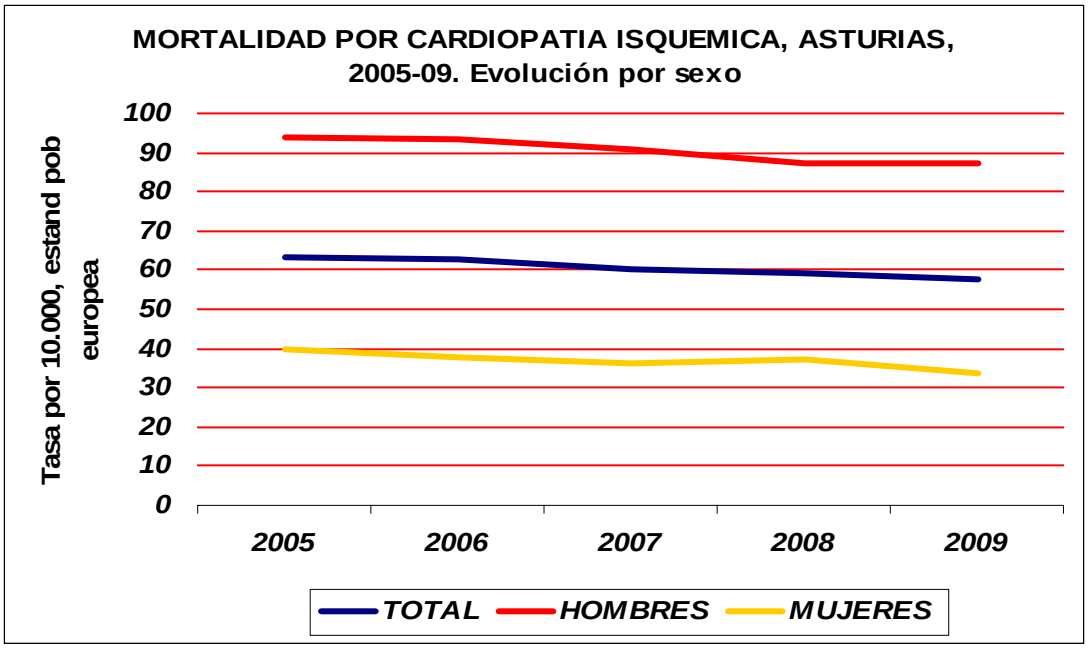
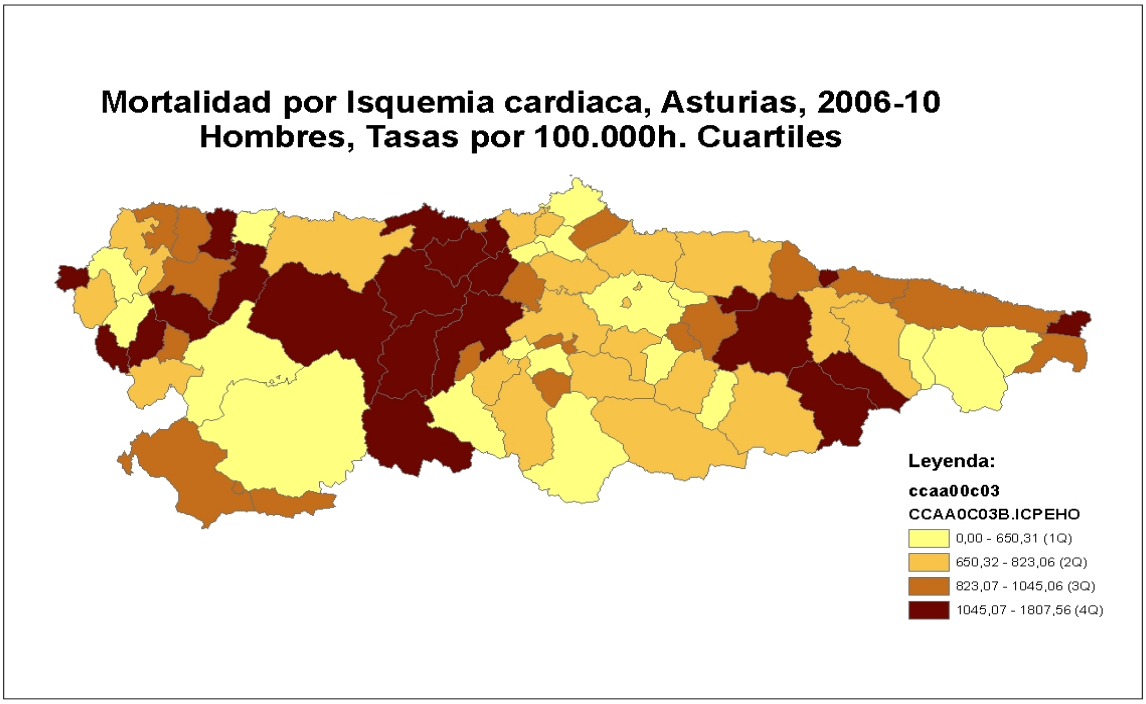


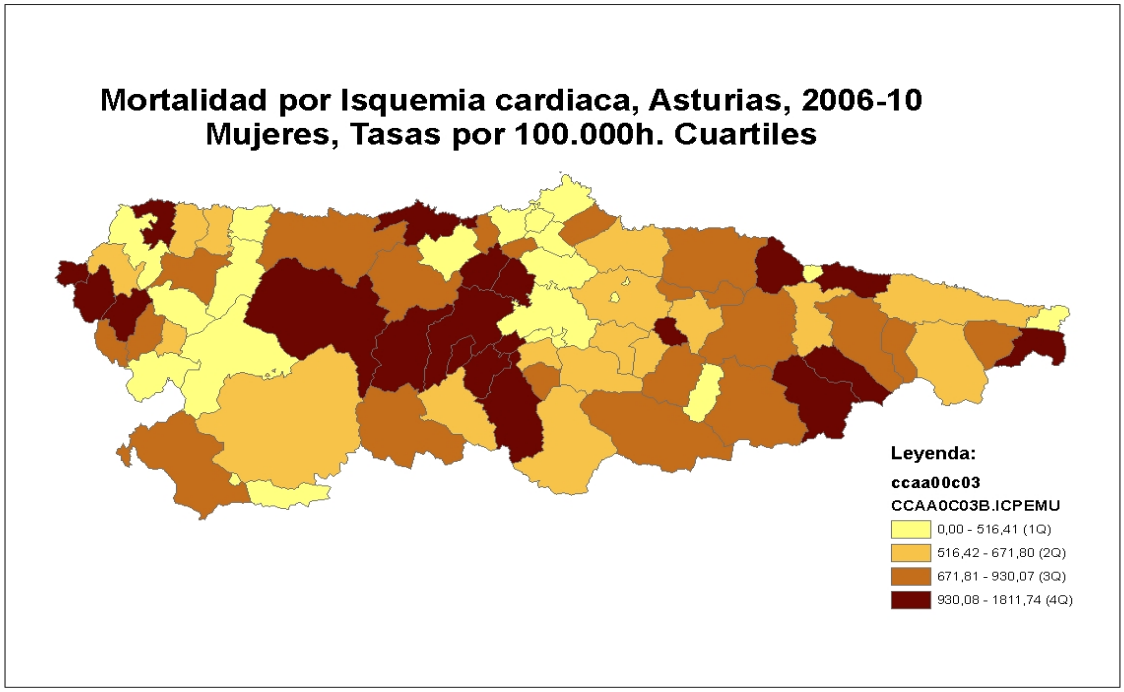
Gráfico 13: Tasa de mortalidad por Cardiopatía Isquémica en población adulta. Evolución por sexo Asturias, 2005-2009. Fuente: Registro de Mortalidad del Principado de Asturias, 2005-2009



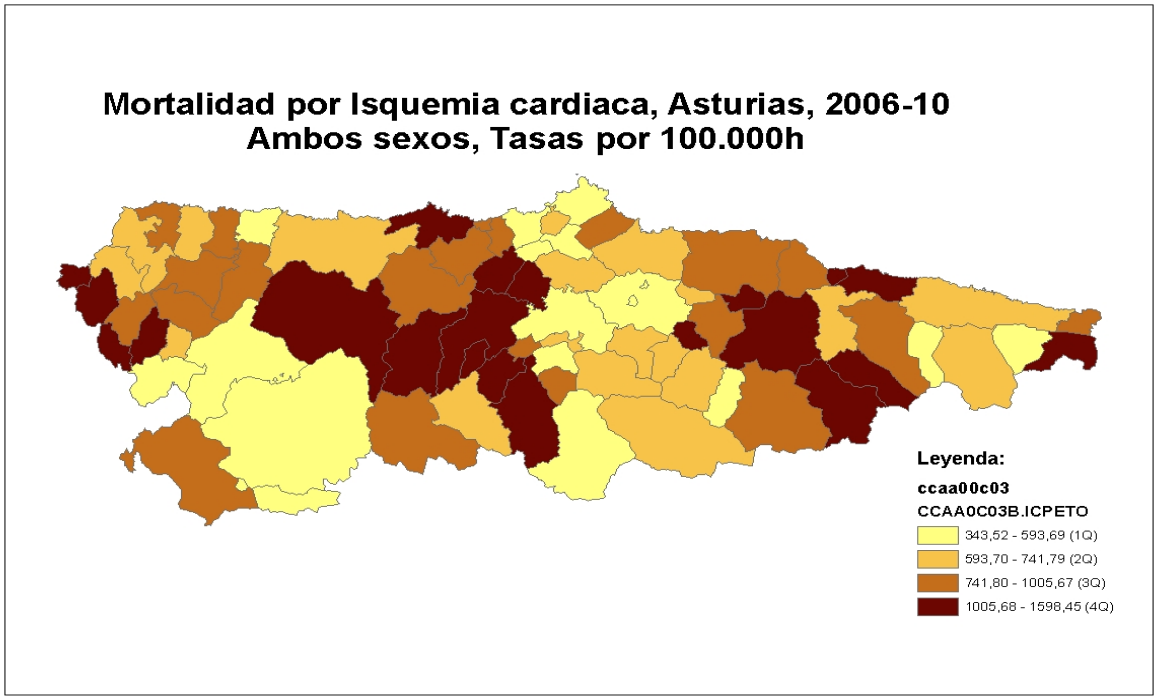
Mapa 8: HOMBRES. Tasa de mortalidad por Cardiopatía Isquémica en población adulta. Distribución por concejo. Asturias, 2008-2010. Fuente: Registro de Mortalidad del Principado de Asturias, 2006-2010. Representación por cuartiles: a mayor tono peores resultados.



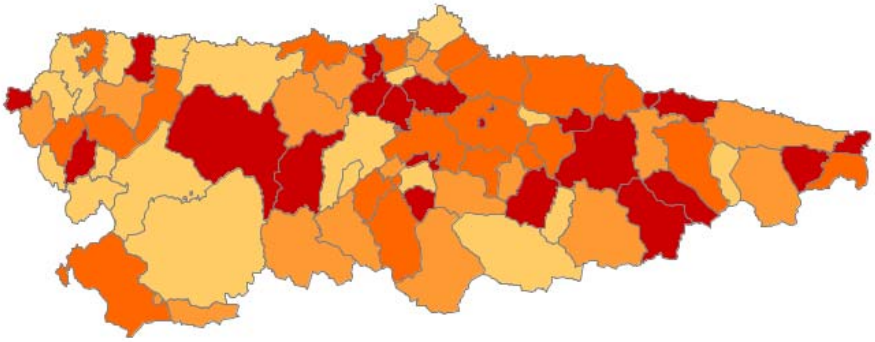
Mapa 9: MUJERES. Tasa de mortalidad por Cardiopatía Isquémica en población adulta. Distribución por concejo. Asturias, 2008-2010. Fuente: Registro de Mortalidad del Principado de Asturias, 2006-2010. Representación por cuartiles: a mayor tono peores resultados



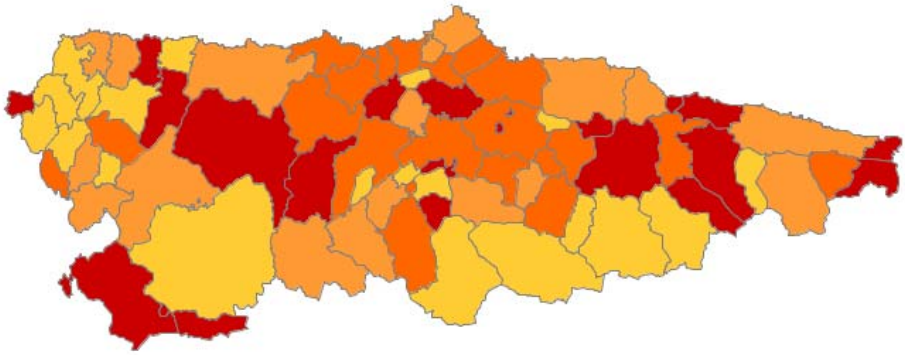
Mapa 10: Ambos sexos. Tasa de mortalidad por Cardiopatía Isquémica en población adulta. Distribución por concejo. Asturias, 2008-2010. Fuente: Registro de Mortalidad del Principado de Asturias, 2006-2010. Representación por cuartiles: a mayor tono peores resultados



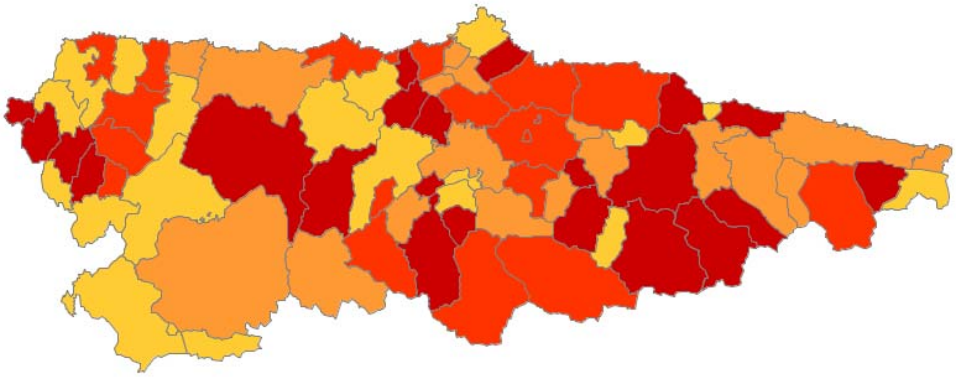
Mapa 11: Ambos sexos. Tasa de mortalidad por Cardiopatía Isquémica en población adulta mayor de 64 años. Distribución por concejo. Asturias, 2008-2010. Fuente: Registro de Mortalidad del Principado de Asturias, 2006-2010. Representación por cuartiles: a mayor tono peores resultados



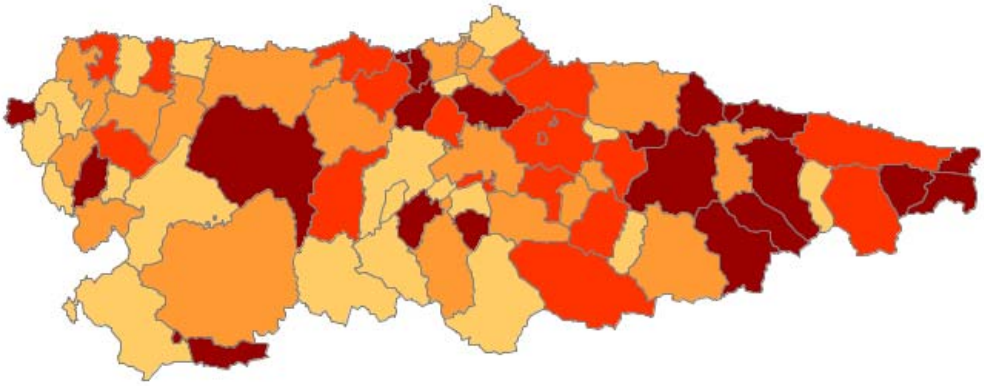
Mapa 12: Hombres. Tasa de mortalidad por Cardiopatía Isquémica en población adulta mayor de 64 años. Distribución por concejo. Asturias, 2008-2010. Fuente: Registro de Mortalidad del Principado de Asturias, 2006-2010. Representación por cuartiles: a mayor tono peores resultados



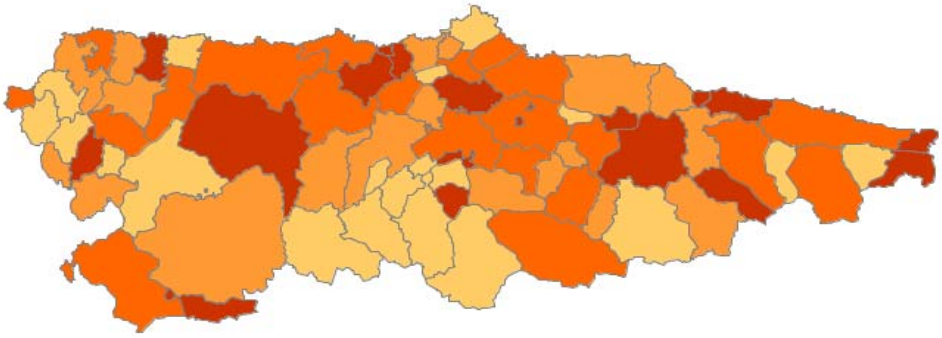
Mapa 13: Mujeres. Tasa de mortalidad por Cardiopatía Isquémica en población adulta mayor de 64 años. Distribución por concejo. Asturias, 2008-2010. Fuente: Registro de Mortalidad del Principado de Asturias, 2006-2010. Representación por cuartiles: a mayor tono peores resultados



Mapa 14: Ambos sexos. Tasa de mortalidad estandarizada pro población europea por Cardiopatía Isquémica Distribución por concejo. Asturias, 2008-2010. Fuente: Registro de Mortalidad del Principado de Asturias, 2006-2010. Representación por cuartiles: a mayor tono peores resultados



Mapa 15: Hombres. Tasa de mortalidad estandarizada por población europea por Cardiopatía Isquémica Distribución por concejo. Asturias, 2008-2010. Fuente: Registro de Mortalidad del Principado de Asturias, 2006-2010. Representación por cuartiles: a mayor tono peores resultados



Mapa 16: Hombres. Tasa de mortalidad estandarizada pro población europea por Cardiopatía Isquémica Distribución por concejo. Asturias, 2008-2010. Fuente: Registro de Mortalidad del Principado de Asturias, 2006-2010. Representación por cuartiles: a mayor tono peores resultados

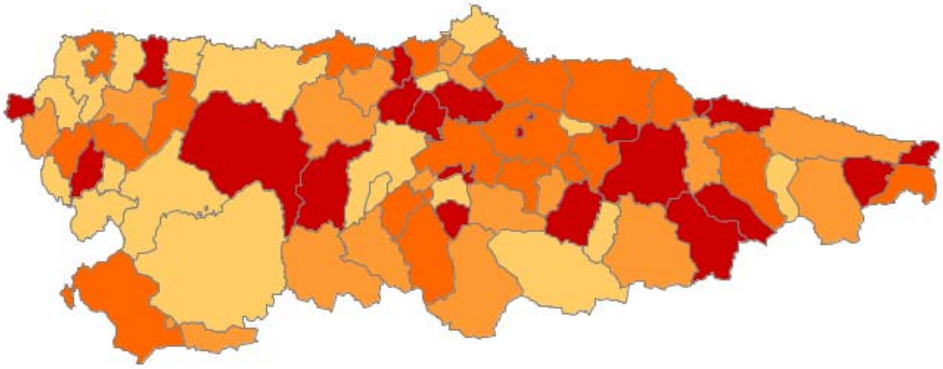


Tabla 58. Tasa de mortalidad por Cardiopatía Isquémica en población adulta. Asturias, 2005-2009. Fuente: Registro de Mortalidad del Principado de Asturias,

MORTALIDAD POR CARDIOPATIA ISQUEMICA. ASTURIAS por concejo, 2005-2009			
Tasa estandarizada por población europea por 100.000. CIE-10: I20-I25	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
Allande	343,2	430,0	289,1
Aller	507,3	606,3	369,8
Amieva	948,1	1346,3	439,0
Avilés	455,1	604,6	332,7
Belmonte de Miranda	563,6	579,6	584,7
Bimenes	478,3	579,8	387,0
Boal	433,6	505,0	334,3
Cabrales	500,1	631,7	338,4
Cabranes	657,2	1101,5	248,7
Candamo	656,9	661,1	655,3
Cangas de Onís	578,2	698,1	503,0
Cangas del Narcea	434,9	500,2	363,0
Caravia	888,6	1846,5	214,3
Carreño	535,4	666,6	421,5
Caso	408,4	382,3	398,5
Castrillón	439,0	552,8	343,3
Castropol	402,7	590,0	225,7
Coaña	538,5	809,3	315,0
Colunga	568,1	601,8	491,2
Corvera	461,6	669,8	280,5
Cudillero	513,9	684,0	355,9
Degaña	628,9	1257,2	0,0
Franco, El	366,7	556,6	194,7
Gijón	506,4	680,5	370,1
Gozón	318,2	422,7	226,2
Grado	649,5	835,0	476,1
Grandas de Salime	192,8	454,5	0,0
Ibias	431,1	586,5	237,3
Illano	374,4	688,1	133,0
Illas	573,9	966,9	173,0
Langreo	504,6	712,8	339,6
Laviana	546,9	646,9	456,2
Lena	401,4	412,6	365,2
Llanera	577,5	833,9	362,2
Llanes	520,5	718,5	339,6
Mieres	415,0	534,7	311,9
Morcín	366,2	416,8	316,9
Muros de Nalón	643,2	825,3	499,3
Nava	514,6	702,7	349,3
Navia	347,2	405,1	290,6
Noreña	518,3	725,4	370,8
Onís	198,6	108,8	272,7
Oviedo	445,1	623,8	313,6
Parres	447,8	593,9	324,3

Pesoz	214,3	0,0	334,0
Peñamellera Alta	567,1	447,7	655,0
Peñamellera Baja	732,0	1008,0	553,0
Piloña	624,5	789,8	474,5
Ponga	900,4	558,1	1121,5
Pravia	538,4	912,2	224,8
Proaza	628,1	424,0	900,5
Quirós	421,5	450,5	394,1
Regueras, Las	523,5	459,4	555,7
Ribadedeva	600,1	1067,2	256,2
Ribadesella	715,1	830,0	623,6
Ribera de Arriba	550,4	966,6	241,7
Riosa	673,8	775,8	583,9
S. Martín de Oscos	697,6	828,4	453,5
S. Tirso de Abres	582,1	666,3	510,6
S.M. del Rey Aurelio	424,2	506,8	361,7
Salas	436,5	608,0	283,4
Santo Adriano	359,0	0,0	598,3
Sariego	280,9	289,1	275,2
Siero	492,8	612,1	387,0
Sobrescobio	227,8	453,2	0,0
Somiedo	322,1	344,7	300,4
Soto del Barco	566,1	731,2	434,0
Sta. Eulalia de Oscos	235,0	554,8	0,0
Tapia de Casariego	536,8	713,9	356,3
Taramundi	316,5	0,0	572,8
Teverga	387,6	439,9	326,2
Tineo	699,3	861,5	557,6
Valdés	433,7	618,7	253,7
Vegadeo	382,9	451,8	307,6
Villanueva de Oscos	429,4	231,6	564,7
Villaviciosa	420,2	462,3	381,5
Villayón	417,9	694,5	189,9
Yernes y Tameza	181,8	0,0	334,0

2.1.2.2. Años potenciales de vida perdidos por Cardiopatía isquémica:

La cardiopatía isquémica no solo genera una de las mayores proporciones de fallecimientos en Asturias y España son que encima una importante parte de esos fallecimientos se considera que son prematuros. por eso un indicador de su impacto sobre la población son los Años potenciales de vida perdidos por Cardiopatía isquémica.

Analizando los asños potenciales de vida perdida considerando mortalidad prematura aquella que sucede antes de los 70 años de edad de la persona fallecida, obtenemos que media anual se pierden en Asturias debido a esta enfermedad cerca de 2700 años. Un 85% de esos APVP corresponden a fallecimientos en hombres y un 15% a mujeres (cociente de masculinidad de 5,7).

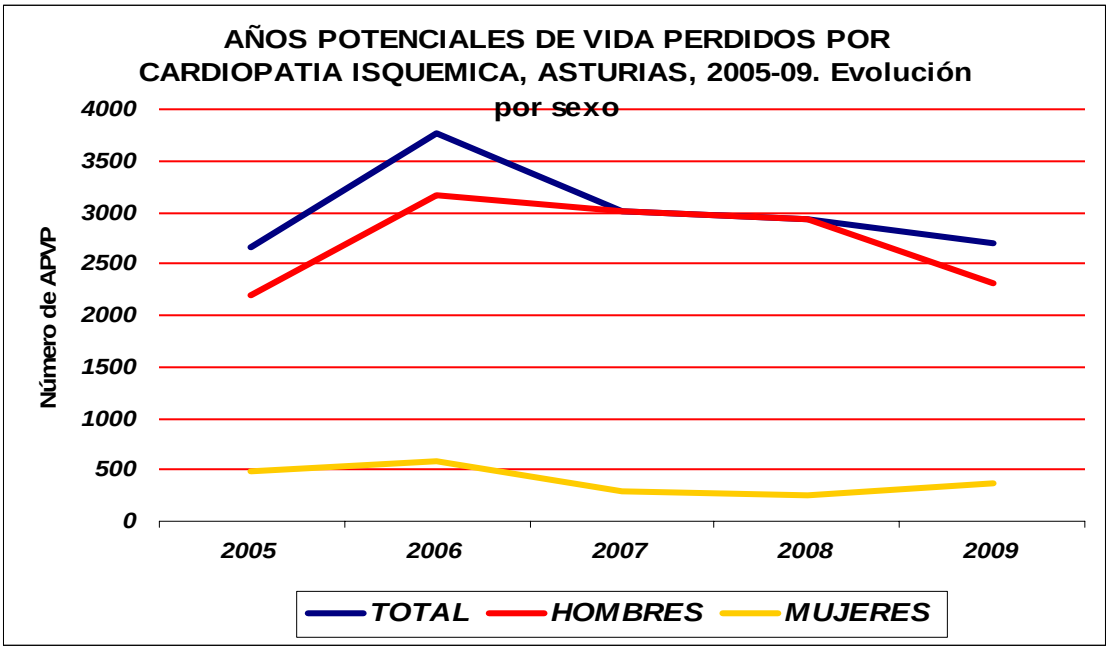
Esta situación se ve corroborada aunque con menor intensidad con el porcentaje del total de APVP que se atribuyen a cardiopatía isquémica. En este indicador, un 8% del total de APVP son atribuidos en Asturias a fallecimientos por cardiopatía isquémica siendo en hombres de cerca de 11% y en mujeres de 4% (cociente de masculinidad de 2,8).

Tabla 59. Mortalidad prematura por Cardiopatía Isquémica. Asturias, 2005-09. 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		

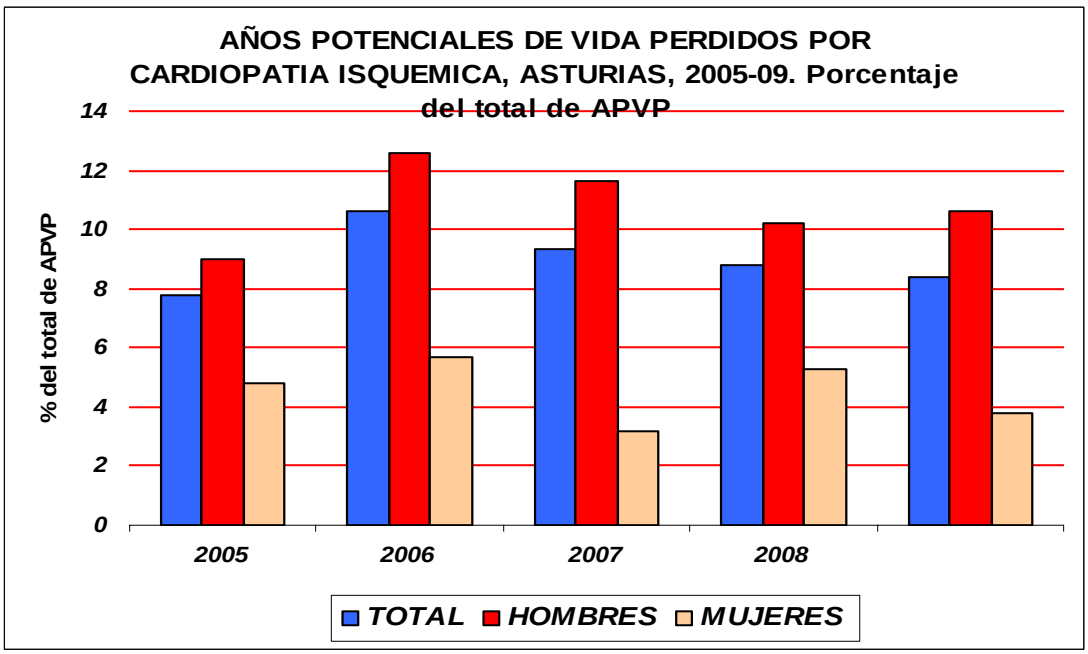
En el análisis de la evolución temporal se observa que ha disminuido los APVP por cardiopatía isquémica en los últimos años (un 25% respecto al año 2006) si bien esto ha sucedido únicamente a expensas de la reducción en hombres (28% de reducción respecto a 2006). En el caso de las mujeres este hecho se ha reducido ligeramente. Este hecho puede ser explicado porque en mujeres los fallecimientos por cardiopatía isquémica suelen suceder a edades más envejecidas y, por tanto, los APVP que genera cada caso son menores que en hombres.

Gráfico 14: Mortalidad prematura por Cardiopatía Isquémica. Evolución del número de APVP. Asturias, 2005-09. Fuente: Registro de Mortalidad del Principado de Asturias



Si analizamos la evolución en función del porcentaje del total de APVP que son causados por la cardiopatía isquémica en los últimos años se observa que se ha reducido ese porcentaje en un 18% respecto a 2006, siendo la reducción también mayor en hombres que en mujeres.

Gráfico 15: Mortalidad prematura por Cardiopatía Isquémica. Porcentaje del total de APVP. Evolución por sexo. Asturias, 2005-09. Fuente: Registro de Mortalidad del Principado de Asturias



2.1.2.3. Mortalidad hospitalaria en cardiopatía isquémica:

2.1.2.3.1. Tasas de mortalidad hospitalaria en angioplastia coronaria, cirugía de revascularización coronaria y trasplante cardiaco:

Una gran parte de los fallecimientos por cardiopatía isquémica suceden fuera de los centros hospitalarios o en personas que acuden a urgencias hospitalarias. Sin embargo otra gran parte sucede en personas que acaban siendo ingresadas y a las que se les somete a una serie de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

Este indicador calcula las altas por fallecimiento en los hospitales asturianos en personas hospitalizadas en función de los procedimientos que durante el ingreso han recibido.

La tasa de mortalidad hospitalario por cada cien personas es de un 2,6% en angioplastias, un 1,6% en cateterismos cardíacos y de un 23% en trasplantes cardíacos.

No obstantes existe diferencias de género considerables en función de la técnica. Así, la mortalidad hospitalaria alcanza el 26% en hombres trasplantados cardíacos y es de solo el 8% en mujeres. en el caso de las angioplastias la mortalidad es inferior en hombres (2,4%) que en mujeres (3,1%).

Tabla 60. Tasas de mortalidad hospitalaria en angioplastia coronaria, cirugía de revascularización coronaria y trasplante cardiaco. Mortalidad hospitalaria por Cardiopatía Isquémica. Asturias, 1996-2010. Fuente: Conjunto Mínimo Básico de Datos de 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**	**-**

Por edades el alta por fallecimiento es mucho más frecuente en personas mayores que en jóvenes (salvo para el trasplante cardíaco) siendo el riesgo un 300% más alto en personas de 75 y más años que en jóvenes en las angioplastias coronarias y de un 200% en cateterismos cardíacos.

2.1.2.3.2. Letalidad hospitalaria:

Si analizamos la mortalidad hospitalaria (altas por fallecimiento) en personas sometidas a hospitalización independientemente de los procedimientos realizados observamos que fallecen durante el ingreso el 2,6% de las personas afectadas por cardiopatías isquémicas siendo ese porcentaje mayor en mujeres (un 30%) que en hombres (cociente de feminidad de 1,3) utilizando la tasa bruta. Ajustando mediante población europea los resultados nos indican que el 1,4% de las personas con cardiopatía isquémica fallecen por esta causa durante su ingreso (letalidad) y que la misma es mayor en mujeres que en hombres (un 18%).

Atendiendo a las tasas específicas por edad, las cifras como es lógico nos indican que 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 61. Letalidad hospitalaria. Mortalidad hospitalaria por Cardiopatía Isquémica. Asturias, 1996-2010. Fuente: Conjunto Mínimo Básico de Datos de 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 cardiopatia 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**		

2.2. Población sin enfermedad coronaria con factores de riesgo

2.2.1. Personas sin enfermedad cardiovascular conocida, identificadas en atención primaria con algún factor de riesgo cardiovascular modificable:

Los factores de riesgo modificables, especialmente la HTA, la hipercolesterolemia, la diabetes mellitus, la obesidad y el hábito tabáquico, son predictores útiles de morbilidad y mortalidad cardiovascular y su control se traduce en una reducción de los eventos clínicos por dichas enfermedades.

El *estudio interheart*, que analizó el impacto de los factores de riesgo cardiovascular modificables en la aparición de infarto agudo de miocardio, objetivó que la prevalencia de éstos fue, por este orden, la dislipemia (50%), el tabaquismo (45%), la hipertensión arterial (40%) y la diabetes mellitus (20%).

En sujetos aparentemente sanos, las intervenciones preventivas deben guiarse por el grado de riesgo cardiovascular. Se debe identificar a los de mayor riesgo y plantearles cambios de estilos de vida más estrictos y, cuando sea adecuado, fármacos.

Además, el personal sanitario debe usar estimaciones del riesgo cardiovascular cuando se planteen intensificar las intervenciones preventivas. Por ejemplo, para realizar un consejo dietético más específico, individualizar la prescripción de actividad física, prescribir medicamentos, ajustar sus dosis o combinar varios fármacos para controlar los factores de riesgo. Estas decisiones no deben basarse en el valor de un único factor de riesgo, ni establecerse en un valor de corte arbitrario de la distribución continua del riesgo cardiovascular.

Para valorar el riesgo cardiovascular en sujetos asintomáticos, se han desarrollado diferentes modelos que usan diferentes combinaciones de factores de riesgo y se han construido basándose en un análisis de riesgo multifactorial en poblaciones seguidas durante varios años.

El *sistema SCORE* (Systematic Coronary Risk Evaluation) es uno de los modelos para estimar el riesgo. Se ha elaborado a raíz del análisis de una gran número de estudios prospectivos europeos y predice cualquier tipo de evento aterosclerótico mortal (eventos cardiovasculares mortales) a lo largo de 10 años.

En *SCORE* se incluyen los siguientes factores de riesgo: sexo, edad, tabaco, presión arterial sistólica y uno de los dos siguientes: colesterol total o la razón colesterol total/colesterol HDL. Dado que estas tablas predicen eventos mortales, el umbral de alto riesgo se establece en ≥5% a los 10 años, en lugar del ≥20% usado anteriormente en tablas que calculaban eventos coronarios. El *SCORE* permite elaborar tablas de riesgo específicas para cada país cuando se dispone de datos de mortalidad fiables.

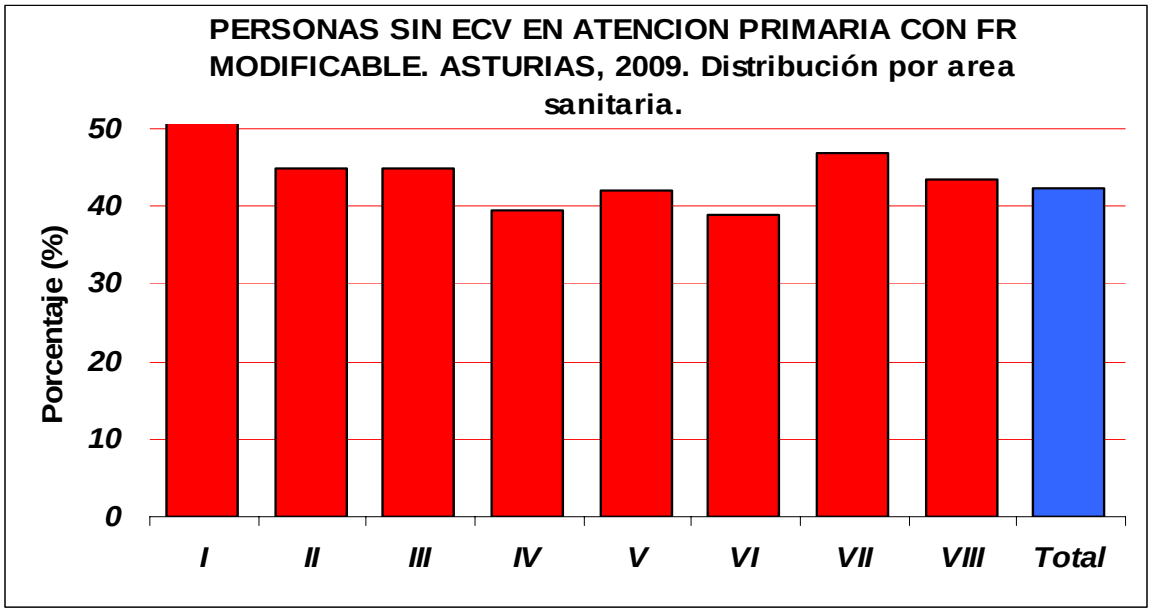
2.2.1.1. Personas sin enfermedad cardiovascular conocida, identificadas en atención primaria con algún factor de riesgo cardiovascular modificable:

Dentro del grupo de edad de personas entre 40 y 64 años de la población asturiana sin enfermedad cardiovascular conocida, el 42,4% tiene, al menos, uno de los siguientes factores de riesgo cardiovascular: diabetes, hipertensión arterial, colesterol total >= 250, tabaquismo u obesidad (IMC>=27), siendo las áreas periféricas las que tienen los valores máximo y mínimo. El área sanitaria I es la que mayor porcentaje de personas tiene en esta situación (50,8%) y el área VI, la que menos (39%).

Tabla 62. Porcentaje de personas sin enfermedad cardiovascular conocida, identificadas en atención primaria con algún factor de riesgo cardiovascular modificable. Fuente: OMI-AP, SESPA, 2009

Porcentaje de personas sin enfermedad cardiovascular conocida, identificadas en atención primaria con algún factor de riesgo cardiovascular modificable.		
Indicador	Personas adultas sin enfermedad cardiovascular conocida, identificadas en atención primaria con algún factor de riesgo cardiovascular modificable.	
Definición	Personas asturianas entre 40 y 64 años, sin enfermedad cardiovascular conocida, identificadas en atención primaria con al menos uno de los siguientes factores de riesgo cardiovascular modificable: diabetes, hipertensión arterial, colesterol total >= 250, tabaquismo u obesidad (IMC>=27). Porcentaje.	
Fuente de datos	OMI_AP, Asturias, 2009	
Resultados:		
Área Sanitaria (población, INE Padrón Municipal 16.01.2012)	I (49.323)	**50,8%**
	II (29.968)	**45%**
	III (157.498)	**44,8%**
	IV (340.166)	**39,5%**
	V (303.484)	**42%**
	VI (53.386)	**39%**
	VII (67.820)	**46,8%**
	VIII (79.842)	**43,5%**
	Total	**42,4%**

Gráfico 16: Personas sin enfermedad cardiovascular conocida, identificadas en atención primaria con algún factor de riesgo cardiovascular modificable. Asturias, 2009. Fuente: OMI-AP, SESPA, 2009



2.2.1.2. Personas sin enfermedad cardiovascular conocida, identificadas en atención primaria con algún factor de riesgo cardiovascular modificable, a las que se le ha realizado un control del riesgo cardiovascular:

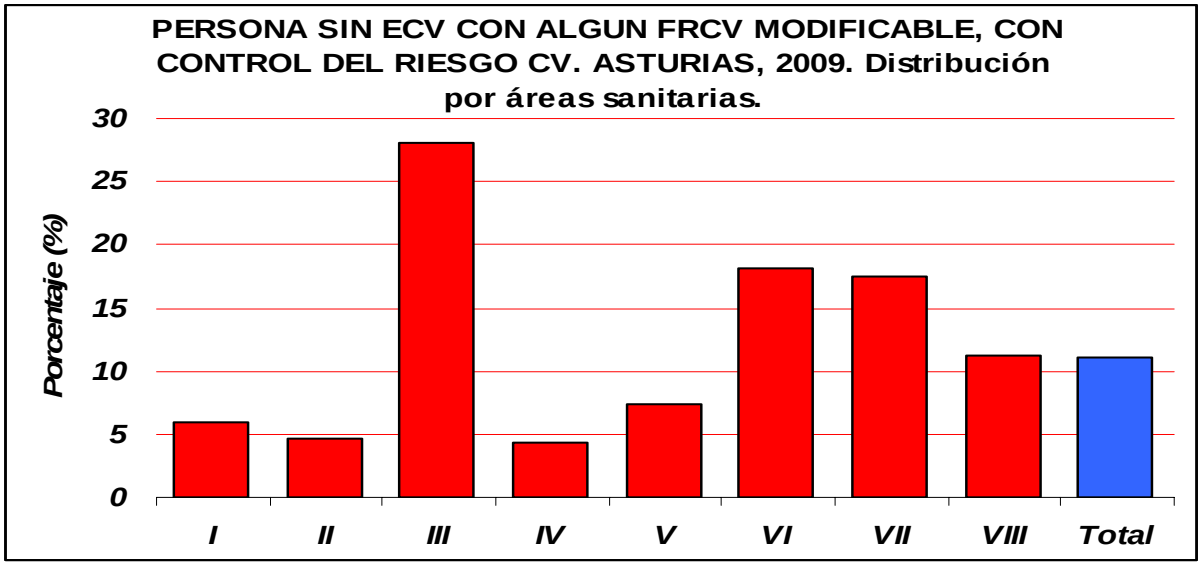
A un 11% de los asturianos entre 40 y 64 años que no tienen enfermedad cardiovascular pero sí tienen algún factor de riesgo modificable (diabetes, hipertensión arterial, colesterol total >= 250, tabaquismo u obesidad con IMC >= 27), se les ha realizado una estimación del riesgo cardiovascular utilizando las tablas SCORE.

Mientras que en el área sanitaria III se ha realizado esta estimación del riesgo a un 28% de las personas sin este tipo de patología pero con algún factor de riesgo cardiovascular en ese grupo de edad, solamente el 4,3% de las personas de este grupo han sido valorados en el área IV.

Tabla 63. Porcentaje de personas sin enfermedad cardiovascular conocida, identificadas en atención primaria con algún factor de riesgo cardiovascular modificable, a las que se les ha realizado un control del riesgo cardiovascular. Asturias, 2009. Fuente: OMI-AP, SESPA, 2009

Porcentaje de personas sin enfermedad cardiovascular conocida, identificadas en atención primaria con algún factor de riesgo cardiovascular modificable, con control del riesgo cardiovascular.		
Indicador	Personas adultas sin enfermedad cardiovascular conocida, identificadas en atención primaria con algún factor de riesgo cardiovascular modificable, con riesgo cardiovascular.	
Definición	Personas asturianas entre 40 y 64 años, detectadas en Atención Primaria, sin enfermedad cardiovascular conocida, con algún factor de riesgo cardiovascular modificable: diabetes, hipertensión arterial, colesterol total >= 250, tabaquismo u obesidad (IMC>=27), a las que se les ha realizado control del riesgo cardiovascular. Porcentaje	
Fuente de datos	OMI_AP, Asturias, 2009	
Resultados:		
Área Sanitaria (población, INE Padrón Municipal 16.01.2012)	I (49.323)	**6%**
	II (29.968)	**4,6%**
	III (157.498)	**28%**
	IV (340.166)	**4,3%**
	V (303.484)	**7,4%**
	VI (53.386)	**18,2%**
	VII (67.820)	**17,5%**
	VIII (79.842)	**11,2%**
	Total	**11%**

Gráfico 17: Personas sin enfermedad cardiovascular conocida, identificadas en atención primaria con algún factor de riesgo cardiovascular modificable, a las que se les ha realizado un control del riesgo cardiovascular. Asturias, 2009. Fuente: OMI-AP, SESPA, 2009



2.2.1.3. Personas sin enfermedad cardiovascular conocida, identificadas en atención primaria con algún factor de riesgo cardiovascular modificable, con riesgo alto de padecer enfermedad cardiovascular :

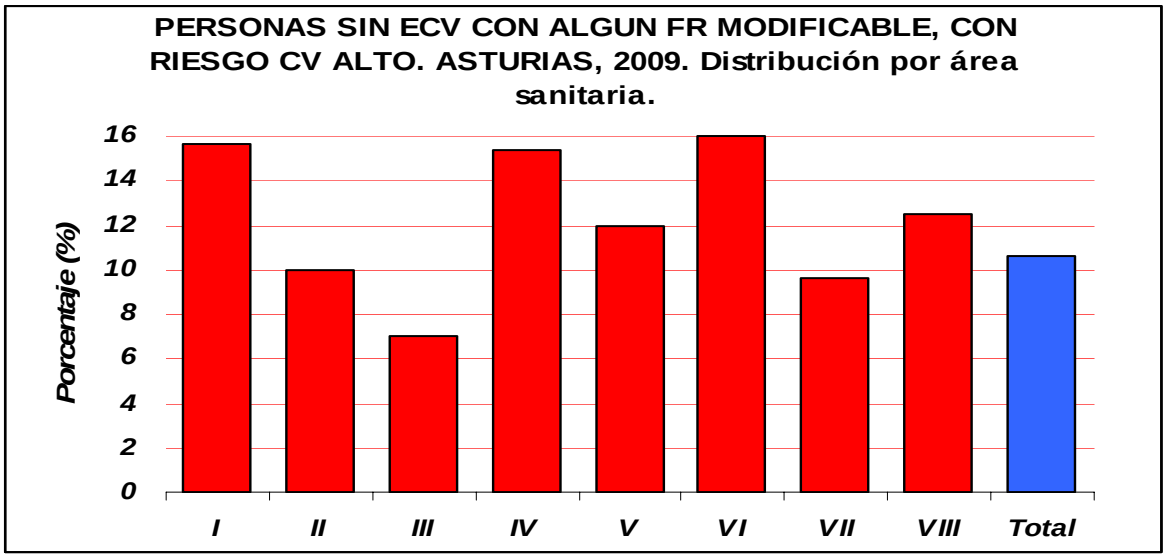
Un total de 10,6% de las personas de Asturias entre 30 y 64 años que tienen algún factor de riesgo cardiovascular modificable, tienen riesgo alto de padecer enfermedad vascular, o sea, tienen un valor en la tabla SCORE mayor del 5%.

Entre las distintas áreas sanitarias, es en el área VI con un 16% donde se ha encontrado el mayor porcentaje de individuos de estas características que tienen un riesgo cardiovascular alto, mientras que en la III, con un 7%, es donde menor porcentaje de personas han sido identificadas con alto riesgo.

Tabla 64. Porcentaje de personas sin enfermedad cardiovascular conocida, identificadas en atención primaria con algún factor de riesgo cardiovascular modificable con riesgo alto. Fuente: OMI-AP, SESPA, 2009

Porcentaje de personas sin enfermedad cardiovascular conocida con algún factor de riesgo cardiovascular, con riesgo cardiovascular alto.		
Indicador	Personas adultas sin enfermedad cardiovascular conocida, identificadas en atención primaria con algún factor de riesgo cardiovascular modificable, con riesgo cardiovascular.	
Definición	Personas asturianas entre 40 y 64 años, sin enfermedad cardiovascular conocida, identificadas en atención primaria con algún factor de riesgo cardiovascular modificable (diabetes, hipertensión arterial, colesterol total >= 250, tabaquismo u obesidad (IMC>=27)), con riesgo cardiovascular alto (SCORE >5%). Porcentaje.	
Fuente de datos	OMI_AP, Asturias, 2009	
Resultados:		
Área Sanitaria (población, INE Padrón Municipal 16.01.2012)	I (49.323)	**15,6%**
	II (29.968)	**9,8%**
	III (157.498)	**7%**
	IV (340.166)	**15,4%**
	V (303.484)	**12%**
	VI (53.386)	**16%**
	VII (67.820)	**9,6%**
	VIII (79.842)	**12,5%**
	Total	**10,6%**

Gráfico 18: Personas sin enfermedad cardiovascular conocida, identificadas en atención primaria con algún factor de riesgo cardiovascular modificable, a las que se les ha realizado un control del riesgo cardiovascular, con riesgo cardiovascular alto. Asturias, 2009 Fuente: OMI-AP, SESPA, 2009



2.2.2. Personas con alto riesgo que abandonan tabaquismo:

El tabaco es según la Organización Mundial de la Salud, el mayor problema de salud pública de nuestro tiempo y la primera causa evitable de mortalidad en los países desarrollados. Además se considera uno de los principales factores de riesgo cardiovascular, y se le atribuyen el 30% de las muertes por esta causa.

El hábito tabáquico supone un factor de riesgo muy importante en la aparición de aterosclerosis. La evidencia epidemiológica fue establecida en el *estudio Framingham*, que demostró un aumento de la mortalidad cardiovascular del 18% en los hombres y del 31% en las mujeres que consumían más de 10 cigarrillos al día. La ateromatosis inducida por tabaco es notable en todo el árbol vascular arterial, pero es especialmente prevalente en la aorta abdominal y en las arterias de los miembros inferiores.

Además de su propio efecto deletéreo, ejerce un marcado sinergismo con el resto de factores de riesgo cardiovascular. Así el cese del hábito tabáquico en hipertensos disminuye el riesgo cardiovascular en un 35-40%.

El aumento de enfermedades cardiovasculares ha ido paralelo al aumento de tendencia observada en la prevalencia del consumo de tabaco. Por otro lado, entre el 50-60% del descenso en las muertes por enfermedad cardiovascular se ha atribuido a los cambios en el estilo de vida, y se calcula que el 24% de este descenso está relacionado con la reducción en el consumo de tabaco.

No ha sido posible la obtención de datos sobre personas con alto riesgo cardiovascular que abandona el hábito tabáquico en el Servicio de Salud del Principado de Asturias.

Tabla 65. Porcentaje personas con alto riesgo que abandonan tabaquismo. Fuente: OMI-AP, SESPA, 2009

Porcentaje personas con alto riesgo que abandonan tabaquismo.		
Indicador	Porcentaje personas con alto riesgo cardiovascular que abandonan el hábito tabaquico.	
Definición	Personas asturianas adultas, con alto riesgo cardiovascular (SCORE >5%) que ha abandonado el hábito de fumar. Porcentaje.	
Fuente de datos	OMI_AP, Asturias, 2009	
Resultados:		
Área Sanitaria (población, INE Padrón Municipal 16.01.2012)	I (49.323)	**No disponible**
	II (29.968)	**No disponible**
	III (157.498)	**No disponible**
	IV (340.166)	**No disponible**
	V (303.484)	**No disponible**
	VI (53.386)	**No disponible**
	VII (67.820)	**No disponible**
	VIII (79.842)	**No disponible**
	Total	**No disponible**

2.2.3. Personas con alto riesgo con control adecuado de la presión arterial:

La hipertensión arterial predispone a todas las manifestaciones de la enfermedad ateroesclerótica cardiovascular. Numerosas observaciones clínicas han relacionado la elevación de la cifra de tensión arterial con una mayor incidencia de morbimortalidad cardiovascular.

Los estudios longitudinales de observación de poblaciones iniciados en *Framinghanm* mostraron que la hipertensión arterial, junto con la cifra de colesterol y el hábito de fumar es uno de los principales factores de riesgo de enfermedad cardiovascular.

Por otra parte, la hipertensión arterial es el principal factor de riesgo de enfermedad cerebrovascular y un importante factor de riesgo de mortalidad. El estudio *Multiple Risk Factor Intervention Trial (MRFIT),* muestra una clara relación entre la cifra de presión sistólica inicial y la mortalidad total, indicando el decisivo papel de la presión sistólica como signo pronóstico de supervivencia en la edad media de la vida.

El riesgo de enfermedad cardiovascular se eleva de forma continua a medida que aumenta la presión arterial, incluso dentro del rango normal de la misma. Sin embargo, la decisión de iniciar el tratamiento dependerá no sólo de los valores de presión arterial, sino también de la valoración del riesgo cardiovascular y de la presencia o ausencia de lesiones de órganos diana.

Hace ya algunas décadas, se observó que el tratamiento de la hipertensión arterial se traducía en una reducción de aquellas complicaciones clínicas directamente relacionadas con la elevación moderada o grave de la tensión arterial en proporción a la disminución de la tensión arterial obtenida con tratamiento. Así mismo, en los últimos años se ha observado además que el tratamiento de la hipertensión leve también se traduce en una reducción de la morbilidad y mortalidad coronaria y por enfermedad cerebrovascular.

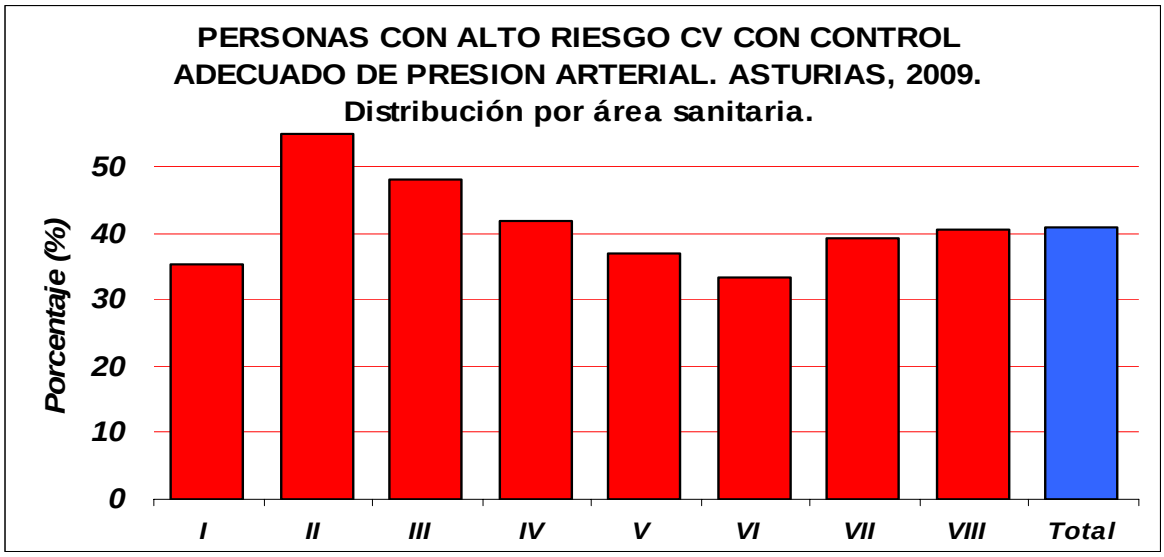
El 41% de las personas asturianas entre 40 y 64 años sin enfermedad cardiovascular, pero con alto riesgo de padecerla (score >5%), asociada a algunos de los siguientes factores de riesgo cardiovascular: diabetes, hipertensión arterial, colesterol total >=250, hábito tabáquico u obesidad (IMC>=27), tienen un buen control de la presión arterial (TA<= 140/90), en relación con las personas sin enfermedad cardiovascular, riesgo alto y al menos uno de los mencionados factores de riesgo.

Por áreas sanitarias, es el área II la que tiene un mejor control, con un 55%, seguida del área III (48%). El área con menos porcentaje de población en riesgo con buen control de tensión arterial es la VI, con un 33,4%.

Tabla 66. Porcentaje personas con alto riesgo con control adecuado de la presión arterial. Fuente: OMI-AP, SESPA, 2009

Porcentaje de personas con alto riesgo con control adecuado de presión arterial		
Indicador	Porcentaje de personas adultas con alto riesgo, con control adecuado de presión arterial.	
Definición	Personas asturianas entre 40 y 64 años, detectadas en Atención Primaria, con alto riesgo cardiovascular (SCORE > 5%), que tienen un control adecuado de tensión arterial con un valor <= 140/90. Porcentaje.	
Fuente de datos	OMI_AP, Asturias, 2009	
Resultados:		
Área Sanitaria (población, INE Padrón Municipal 16.01.2012)	I (49.323)	**35,4%**
	II (29.968)	**55%**
	III (157.498)	**48,2%**
	IV (340.166)	**42%**
	V (303.484)	**37%**
	VI (53.386)	**33,4%**
	VII (67.820)	**39,2%**
	VIII (79.842)	**40,6%**
	Total	**41%**

Gráfico 19: Personas con alto riesgo cardiovascular conocida, con control adecuado de la presión arterial. Asturias, 2009. Fuente: OMI-AP, SESPA, 2009



2.2.4. Personas con alto riesgo con control adecuado de la cLDL:

Entre los diversos factores implicados en las enfermedades cardiovasculares, la hipercolesterolemia, y principalmente los valores elevados de colesterol ligado a proteínas de baja densidad (c-LDL), se consideran un factor de riesgo mayor, y las estrategias dirigidas a lograr su control son las más eficaces.

El *estudio Multiple Risk Factor Intervention Trial* evidencia una relación continua y gradual (sin umbral para su comienzo) entre la colesterolemia y la mortalidad total y por cardiopatía isquémica. Además, reducir la colesterolemia disminuye la incidencia y la mortalidad por cardiopatía isquémica y la enfermedad cardiovascular en general, tanto en prevención primaria como secundaria.

En el *estudio de Framingham* se demostró que existía una relación lineal e independiente entre los valores elevados de colesterol total y cLDL y cifras reducidas de cHDL y el riesgo de presentar cardiopatía isquémica.

Se considera que la dislipidemia (colesterol >250mg/dl) contribuye en un 12% en los hombres y en un 18% en las mujeres al total de la mortalidad por cardiopatía isquémica explicable por factores de riesgo modificables. Además es frecuente que la hipercolesterolemia se asocie a otros factores de riesgo cardiovascular, como se ha visto en diversos estudios.

En general, se estima que una reducción del 10% del colesterol total conlleva un descenso del 25% en la incidencia de cardiopatía isquémica tras 5 años de seguimiento, y que una reducción del cLDL de 40 mg/dl) se asocia con un descenso del 20% en los eventos coronarios.

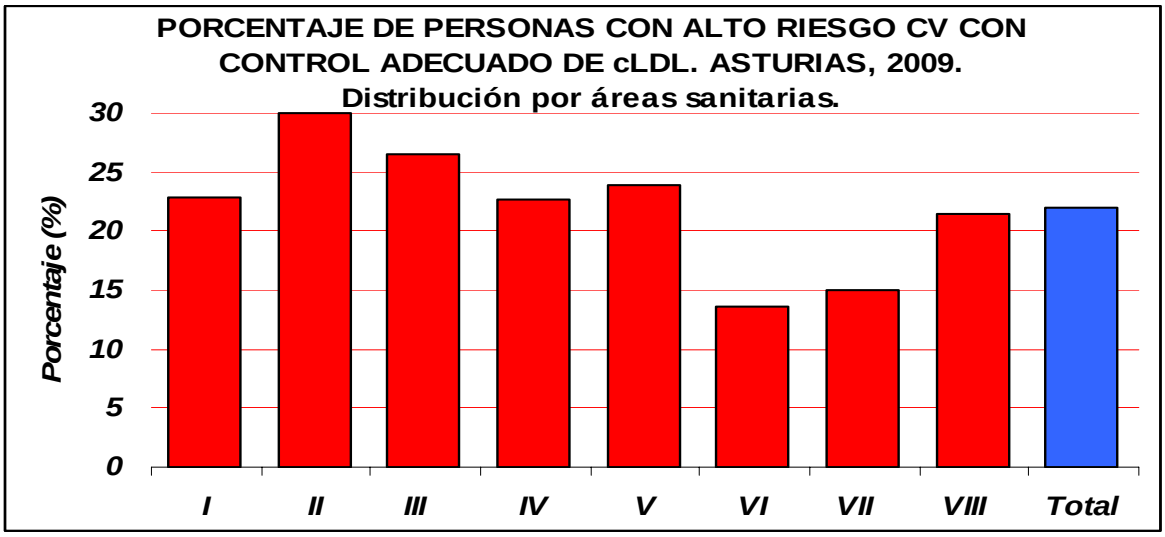
El 22% de la población asturiana entre 40 y 64 años que tiene riesgo alto (score >5%) de padecer una enfermedad cardiovascular, con alguno de los siguientes factores de riesgo cardiovascular: diabetes, hipertensión arterial, colesterol total >= 250, fumador u obeso (IMC >= 27), tienen un nivel de cLDL <= 130, en relación con las personas de ese grupo etario, sin enfermedad, con riesgo alto y al menos uno de los factores de riesgo cardiovascular.

Por áreas sanitarias, la que presentan un porcentaje mayor de control de cLDL en este colectivo es el área II (30%), seguida de la III, con un 26,5%. La que menor porcentaje de buen control refiere es el área VII, con un 15%.

Tabla 67. Porcentaje personas con alto riesgo con control adecuado de la cLDL. Fuente: OMI-AP, SESPA, 2009

Porcentaje de personas con alto riesgo con control adecuado cLDL		
Indicador	Porcentaje de personas adultas con alto riesgo, con buen control de cLDL.	
Definición	Personas entre 40 y 64 años, detectadas en Atención Primaria, con alto riesgo cardiovascular (SCORE > 5%), que tienen un control adecuando de LDL colesterol con un valor <=130. Porcentaje.	
Fuente de datos	OMI_AP, Asturias, 2009	
Resultados:		
Área Sanitaria (población, INE Padrón Municipal 16.01.2012)	I (49.323)	**22,7%**
	II (29.968)	**30%**
	III (157.498)	**26,5%**
	IV (340.166)	**22,6%**
	V (303.484)	**23,8%**
	VI (53.386)	**13,6%**
	VII (67.820)	**15%**
	VIII (79.842)	**21,4%**
	Total	**22%**

Gráfico 20: Personas con alto riesgo cardiovascular conocida, con control adecuado de cLDL. Asturias, 2009. Fuente: OMI-AP, SESPA, 2009



2.2.5. Personas con alto riesgo con control adecuado de la hemoglobina glicosilada:

La diabetes mellitus es un importante factor de riesgo independiente de enfermedad cardiovascular. La patología cardiovascular por aterosclerosis es la causa principal de muerte prematura en pacientes con diabetes, suponiendo prácticamente el 80% de todas las muertes y el 75% de todas las hospitalizaciones de pacientes diabéticos.

Las tres cuartas partes de estas muertes se deben a enfermedad arterial coronaria, según el *estudio Framingham* el riesgo relativo de infarto de miocardio es un 50% más alto en hombres diabéticos y un 150% más alto en mujeres diabéticas que en la población sin alteraciones en el metabolismo hidrocarbonado. La cuarta parte restante se debe a la enfermedad vascular cerebral, con una incidencia unas cinco veces mayor en pacientes diabéticos, en comparación con sujetos de las mismas características sin diabetes.

Por otro lado, en relación con la morbilidad, más del 75% de todas las hospitalizaciones por complicaciones de la diabetes son atribuibles a enfermedad cardiovascular. La diabetes es también la causa más común de cardiopatía en personas jóvenes. Más del 50% de los pacientes recién diagnosticados de diabetes mellitus no insulindependiente tienen enfermedad arterial coronaria en el momento del diagnóstico.

Así mismo, la diabetes acelera la progresión natural de la aterosclerosis en todas las poblaciones. Además, los diabéticos presentan un mayor número de vasos coronarios afectados, una distribución más difusa de las lesiones ateroscleróticas, un estrechamiento más grave de la arteria coronaria principal izquierda y una mayor prevalencia de ateromas complicados, con formación de fisuras en las placas.

Es ampliamente conocido que se puede prevenir o retrasar la progresión a la diabetes mediante la intervención con medidas higiénico-dietéticas en sujetos que presentan intolerancia a la glucosa. En pacientes diabéticos existe suficiente evidencia científica que demuestra que el buen control metabólico previene complicaciones microvasculares y eventos cardiovasculares tanto en diabetes mellitus tipo 1 como tipo 2.

En la diabetes tipo 2 el consejo dietético profesional, la reducción de peso y el aumento de la actividad física deben ser el primer tratamiento dirigido a la consecución de un buen control de la glucemia. En caso de que la reducción de la glucemia sea insuficiente con estas medidas se debe añadir tratamiento farmacológico. Los objetivos del tratamiento en el caso de la presión arterial y los lípidos son en general más exigentes en el caso de la diabetes mellitus.

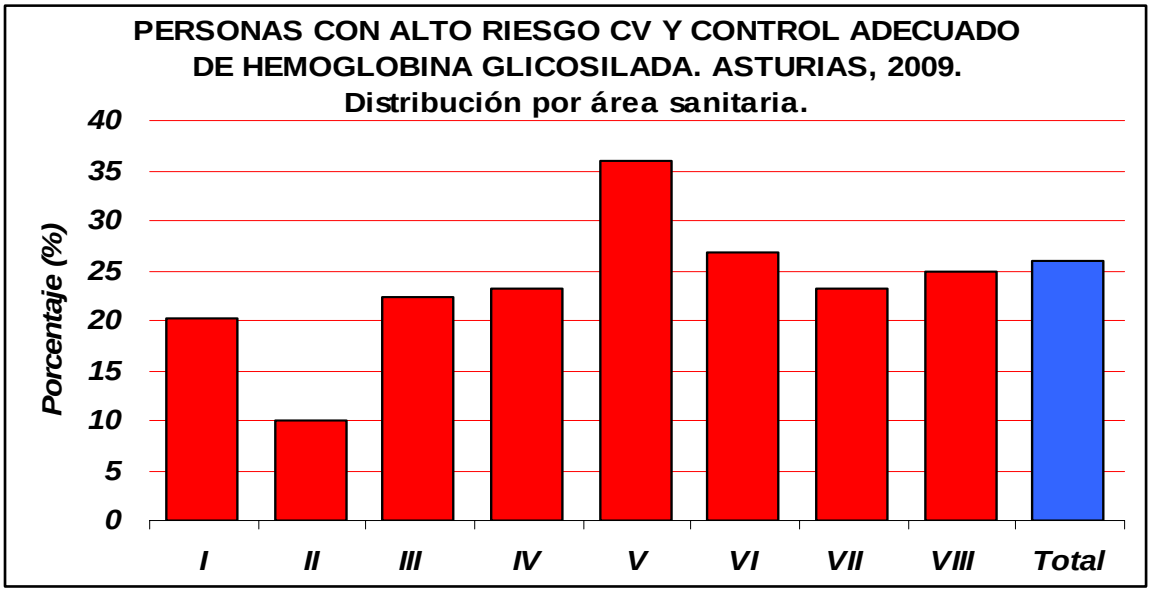
De las personas asturianas que tienen entre 40 y 64 años de edad, sin enfermedad cardiovascular conocida, con riesgo alto de padecerla (score > 5%) y al menos uno de los siguientes factores de riesgo cardiovascular: diabetes, hipertensión arterial, colesterol total >= 250, ser fumador u obeso (IMC>=27), un 26% tienen un buen control de la hemoglobina glicosilada, o sea un valor <= 7, del total de personas de ese grupo etario sin enfermedad cardiovascular, con riesgo alto y al menos uno de los factores de riesgo mencionados.

El área sanitaria V tiene un control claramente superior en relación con el resto de áreas, con un 36%, en contraposición con el área II que tiene un control claramente peor de la hemoglobina glicosilada, con un 10%. Los valores en el resto de las áreas oscilan entre el 20 y el 27%.

Tabla 68. Porcentaje personas con alto riesgo con control adecuado de la hemoglobina glicosilada. Fuente: OMI-AP, SESPA, 2009

Porcentaje de personas con alto riesgo con control adecuado de hemoglobina glicosilada		
Indicador	Porcentaje de personas adultas con alto riesgo de control CV, con control adecuado de hemoglobina glicosilada.	
Definición	Personas asturianas entre 40 y 64 años, detectadas en Atención Primaria, con alto riesgo cardiovascular (SCORE > 5%), que tienen un buen control de hemoglobina glicosilada con un valor <=7. Porcentaje	
Fuente de datos	OMI_AP, Asturias, 2009	
Resultados:		
Área Sanitaria (población, INE Padrón Municipal 16.01.2012)	I (49.323)	**20,2%**
	II (29.968)	**10%**
	III (157.498)	**22,3%**
	IV (340.166)	**23,2%**
	V (303.484)	**36%**
	VI (53.386)	**26,8%**
	VII (67.820)	**23%**
	VIII (79.842)	**24,8%**
	Total	**26%**

Gráfico 21: Personas con alto riesgo cardiovascular conocida, con control adecuado de hemoglobina glicosilada. Asturias, 2009. Fuente: OMI-AP, SESPA, 2009



2.3. Pacientes con síndrome coronario agudo (SCA)

2.3.1. Mortalidad SCA a los 30 días y al año:

Indicador imposible de obtener en las fuentes actuales de información sanitaria.

Tabla 69. Mortalidad por síndrome coronario agudo (SCA) a los 30 días y al año. Fuente: SESPA, 2011

Área Sanitaria (población, INE Padrón Municipal 16.01.2012)		**Mortalidad SCA a los 30 días y al año**
I (49.323)	HOSPITAL DE JARRIO	**No disponible**
II (29.968)	HOSPITAL CARMEN Y SEVERO OCHOA	**No disponible**
III (157.498)	HOSPITAL DE SAN AGUSTIN	**No disponible**
IV (340.166)	HUCA	**No disponible**
V (303.484)	HOSPITAL CABUEÑES HOSPITAL DE JOVE	**No disponible** **No disponible**
VI (53.386)	HOSPITAL DEL ORIENTE	**No disponible**
VII (67.820)	HOSPITAL ALVAREZ BUYLLA	**No disponible**
VIII (79.842)	HOSPITAL VALLE DEL NALÓN	**No disponible**

2.3.2. Hospitales que disponen de protocolos específicos de atención SCA y, en su caso, derivación de pacientes entre centros:

La existencia de protocolos específicos de atención ante el síndrome coronario agudo facilita la intervención y la puesta en marcha de actuaciones diagnósticas y terapéuticas que tienen efecto sobre el pronóstico y resultado posterior del evento.

Tabla 70. Hospitales que disponen de protocolos específicos de atención SCA y, en su caso, derivación de pacientes entre centros. Fuente: SESPA, 2012

Área Sanitaria (población, INE Padrón Municipal 16.01.2012)		**Proporción de hospitales que disponen de protocolos específicos de atención SCA y, en su caso, derivación de pacientes entre centros.**
I (49.323)	HOSPITAL DE JARRIO	**SI**
II (29.968)	HOSPITAL CARMEN Y SEVERO OCHOA	**SCASEST**
III (157.498)	HOSPITAL DE SAN AGUSTIN	**Sí, aunque no cubre toda la atención hospitalaria**
IV (340.166)	HUCA	**SI**
V (303.484)	HOSPITAL CABUEÑES HOSPITAL DE JOVE	**Código corazón** **SCASEST** **Existe un protocolo de manejo del SCA y desde Julio 2010 se aplica el Protocolo del Código Corazón**
VI (53.386)	HOSPITAL DEL ORIENTE	**Código corazón**
VII (67.820)	HOSPITAL ALVAREZ BUYLLA	**SI, basada en el Programa Clave de Atención Interdisciplinar (PCAI) de Cardiopatía Isquémica** **Código Corazón** **Protocolo de traslado consensuado entre los hospitales, centros de referencia y sistema de traslado (Unidad de Atención a las Urgencias y Emergencias)**
VIII (79.842)	HOSPITAL VALLE DEL NALÓN	**PROTOCOLO DE DOLOR TORÁCICO en Servicio de Urgencias** **Código Corazón**

2.3.3. Intervalo solicitud de asistencia-fibrinolisis:

Actualmente, se reconoce que una administración temprana de tratamiento fibrinolítico en el SCACEST (cuando el mismo está indicado) disminuye sus efectos, con incremento de la función ventricular y se produce una reducción de la morbimortalidad asociada a este evento.

La eficacia del tratamiento está directamente con la precocidad de su instauración, y debe hacerse, a ser posible, lo más pronto posible.

Las actividades de reperfusión más habituales son la angioplastia primaria o la práctica de la fibrinolisis endovenosa. Es más habitual la práctica de esta última máxime en ámbitos hospitalarios que pueden no tener todo el equipamiento para la primera.

Tabla 71. Intervalo solicitud de asistencia-fibrinolisis en cardiopatía isquémica, 2011. Asturias. Fuente: SESPA, 2012

Área Sanitaria (población, INE Padrón Municipal 16.01.2012)		**Intervalo solicitud de asistencia-fibrinolisis**
I (49.323)	HOSPITAL DE JARRIO	**20 minutos**
II (29.968)	HOSPITAL CARMEN Y SEVERO OCHOA	**En 2011: 12 fibrinolisis (11 en Urgencias y 1 en reanimación). Tiempo puerta-aguja: <15 minutos** **Resultado: 1 exitus y 9 tralados a HUCA (hemodinámica para revascularización)** **Tiempo solicitud-angioplastia (o cateterismo): <24h (2 pacientes), 24h (2), 48h (1), >48h (4). Tiempo médio de demora: 9,5 dias.**
III (157.498)	HOSPITAL DE SAN AGUSTIN	**Tiempo medio puerta-aguja: 38 min.**
IV (340.166)	HUCA	**35 minutos**
V (303.484)	HOSPITAL CABUEÑES HOSPITAL DE JOVE	**Desde Julio 2011 en todos los pacientes se realiza angioplastia primaria** **Media 31 minutos. Mediana 25 minutos. (rango 5-100)**
VI (53.386)	HOSPITAL DEL ORIENTE	**88,13 minutos de media**
VII (67.820)	HOSPITAL ALVAREZ BUYLLA	**El tiempo medio "puerta-aguja" es 27,11 minutos, encontrándose dentro del estándar recomendado.** **Porcentaje de pacientes con tiempo "puerta-aguja" inferior a 30 minutos: 66,7%**
VIII (79.842)	HOSPITAL VALLE DEL NALÓN	**Tiempo puerta-aguja 26,6 min**

Su medición se puede realizar por la existencia de protocolos de actuación con angioplastia primaria o por el tiempo medio puerta-aguja.

Es habitual que el estándar de tiempo puerta-aguja se fije en los 30 minutos desde el ingreso del paciente en el Hospital hasta la administración del agente fibrinolítico.

2.3.4. Proporción de pacientes revascularizados del total de pacientes candidatos:

Actualmente, se reconocen varios tipos de revascularizaciones indicadas en el tratamiento de la cardiopatía isquémica:

- La angioplastia percutánea (ANGIOPLASTIA CORONARIA TRANSLUMINAL PERCUTANEA (ACTP) O ARTERECTOMIA CORONARIA)
- O las revascularizaciones quirúrgicas

La elección de un tipo u otro de revascularización va a depender de factores como la clínica presente del paciente y por las características anatómicas coronaria del mismo. La indicación por lo general se realiza en centros de referencia.

Tabla 72. Proporción de pacientes revascularizados del total de pacientes candidatos, 2011. Asturias. Fuente: SESPA, 2012

Área Sanitaria (población, INE Padrón Municipal 16.01.2012)		**Proporción de pacientes revascularizados del total de pacientes candidatos**
I (49.323)	HOSPITAL DE JARRIO	**80%**
II (29.968)	HOSPITAL CARMEN Y SEVERO OCHOA	**Se hacen en hospital de referencia (HUCA). Cateterismos solicitados: 67.**
III (157.498)	HOSPITAL DE SAN AGUSTIN	**Indicador mal definido. Con este enunciado, 100% (todos los candidatos se revascularizan, otro tema es el tiempo de espera de revascularización, el contexto clínico, etc que no se menciona en el indicador**
IV (340.166)	HUCA	**2010: 50% angioplastia primaria, 80% de SCACEST revascularizados**
V (303.484)	HOSPITAL CABUEñES HOSPITAL DE JOVE	**Desde Julio 2011, el 100% No consta**
VI (53.386)	HOSPITAL DEL ORIENTE	**75% para fibrinolisis. No se hace angioplastia en el centro**
VII (67.820)	HOSPITAL ALVAREZ BUYLLA	**Al 89,47% (17/19) del total de candidatos a revascularización se les practicó un procedimiento de revascularización percutánea y el 10,53% (2/19) una revascularización quirúrgica.**
VIII (79.842)	HOSPITAL VALLE DEL NALÓN	**No dispone de datos**

2.3.5. Incidencia de cardiopatía isquémica:

Otro indicador muy importante es la frecuencia en la población de cardiopatía isquémica. Dado que no tenemos los resultados globales de incidencia a domicilio, atención en SAMU nos vemos limitados a conocer la incidencia a partir de los datos de cardiopatía isquémica atendida en hospitalización en los hospitales asturianos.

Desde 1996 se han atendido en los hospitales asturianos 59.445 personas con cardiopatía isquémica, que significan tasas medias anuales de 361 casos/100.000 habitantes (una de cada 300 personas ha sido atendida en Asturias por estos procesos en el hospital).

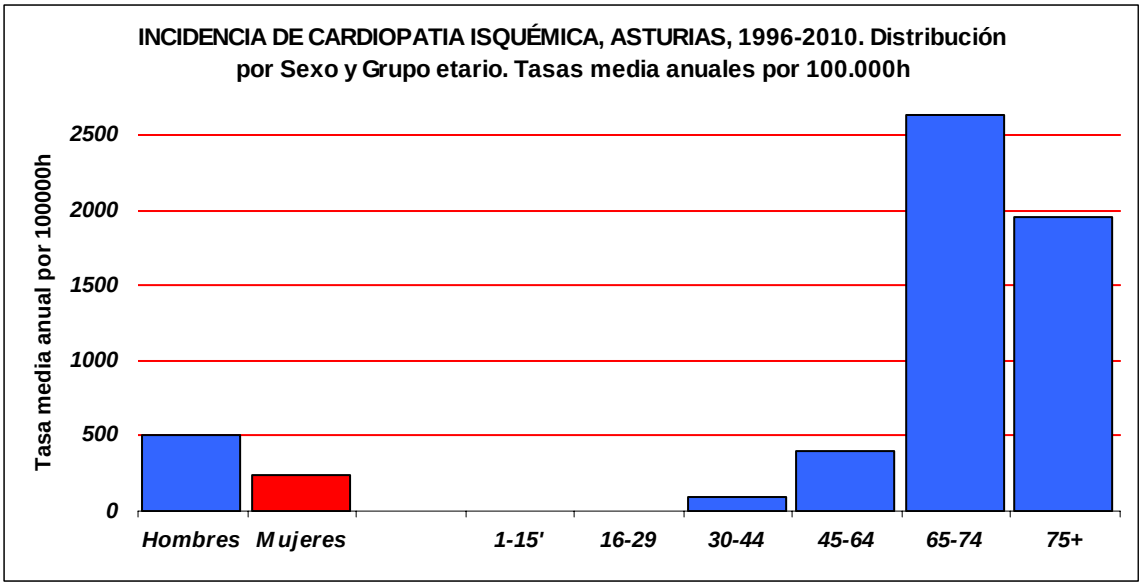
Por sexos, ha sido mucho más frecuente en hombres que en mujeres, en concreto los hombres han tenido un riesgo superior al 100% respecto a las mujeres de ingresar por cardiopatía isquémica en un hospital. Las tasas medias anuales se acercan a los 500 casos/100.000h en hombres (uno de cada 200 hombres) y son de 244 en mujeres (una de cada 400 mujeres).

Tabla 73. Incidencia de cardiopatía isquémica con ingreso hospitalario. Asturias, 1996-2010. Fuente: CMBD-Asturias, 1996-2010

INCIDENCIA DE CARDIOPATIA ISQUEMICA				
Indicador	Incidencia de cardiopatía isquémica en Asturias por sexo y edad			
Definición	Personas de que al alta hospitalaria se les ha diagnosticado una cardiopatía isquémica. Tasas por 100.000h del período y media anual.			
Fuente de datos	CMBD, Asturias, 1996-2010			
Resultados:		Frecuencia	Tasa periodo	Tasa media anual
	Total	**59.445**	**5.409,5**	**360,6**
	Hombres	**38.861**	**7.493,9**	**499,6**
	Mujeres	**20.584**	**3.656,7**	**243,8**
	0-15 años	**1**	**1,78**	**0,1**
	16-29 años	**63**	**83,26**	**5,6**
	30-44 años	**1.847**	**1.476,24**	**98,4**
	45-64 años	**9.834**	**6.028,57**	**401,9**
	65-74 años	**22.570**	**39.476,67**	**2.631,8**
	75+ años	**25.130**	**29.271,30**	**1.951,4**

Evidentemente, la distribución por edades no es homogénea: a mayor edad existe un mayor riesgo de padecer este tipo de patología. En concreto, el riesgo de padecerla en personas de 65-74 años es 480 veces superior a una persona de 16-29 años de edad. Pero el incremento en función de la edad realmente se produce a partir de los 65 años de edad (riesgo en personas de 65-74 años de edad superior en 3 veces al de personas de 45-64 años). El riesgo medido en tasas medias anuales más elevado corresponde a valores de 2600 casos/100000h al año en personas de 65-74 años (una de cada 35 personas de esa edad tiene el riesgo de padecerlo en un año).

Gráfico 22: Incidencia de cardiopatía isquémica con ingreso hospitalario por edad y sexo. Asturias, 1996-2010. Fuente: CMBD-Asturias, 1996-2010



Por edad y sexo, observamos que existe una gran disparidad de afectación en hombres y mujeres tanto en frecuencias absolutas como en tasas del período. Si bien las diferencias son muy grandes hasta los 65 años de edad (cocientes de masculinidad de más de 7) a partir de esa edad las diferencias relativas se van reduciendo (2,5 en 65-74 años y de solo 1,1 en personas de 75 y más años en términos de frecuencia absoluta). Si para su cálculo usamos la frecuencia relativa (las tasas) las diferencias son más acusadas (cociente de masculinidad de 5 en 45-64 años, de 3 en 65-74 años y de 2,7 en personas de 75 y más años).

Tabla 74. Incidencia de cardiopatía isquémica con ingreso hospitalario por edad y sexo. Asturias, 1996-2010. Fuente: CMBD-Asturias, 1996-2010

INCIDENCIA DE CARDIOPATIA ISQUEMICA						
Indicador	Incidencia de cardiopatía isquémica en Asturias por grupo etario y sexo					
Definición	Personas de que al alta hospitalaria se les ha diagnosticado una cardiopatía isquémica. Tasas por 100.000h del período y media anual.					
Fuente de datos	CMBD, Asturias, 1996-2010					
Resultados:		**Frecuencia absoluta**			**Tasas período**	
		Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
	0-15 años	**1**	**0**	**1**	**1,7**	**0,0**
	16-29 años	**55**	**8**	**63**	**69,9**	**10,6**
	30-44 años	**1.566**	**281**	**1.847**	**1.224,7**	**224,6**
	45-64 años	**8.047**	**1.787**	**9.834**	**5.213,7**	**1.095,5**
	65-74 años	**15.991**	**6.579**	**22.570**	**33.334,7**	**11.507,2**
	75+ años	**13.201**	**11.929**	**25.130**	**25.955,6**	**13.894,8**

Gráfico 23: Incidencia de cardiopatía isquémica con ingreso hospitalario por edad y sexo. Asturias, 1996-2010. Fuente: CMBD-Asturias, 1996-2010

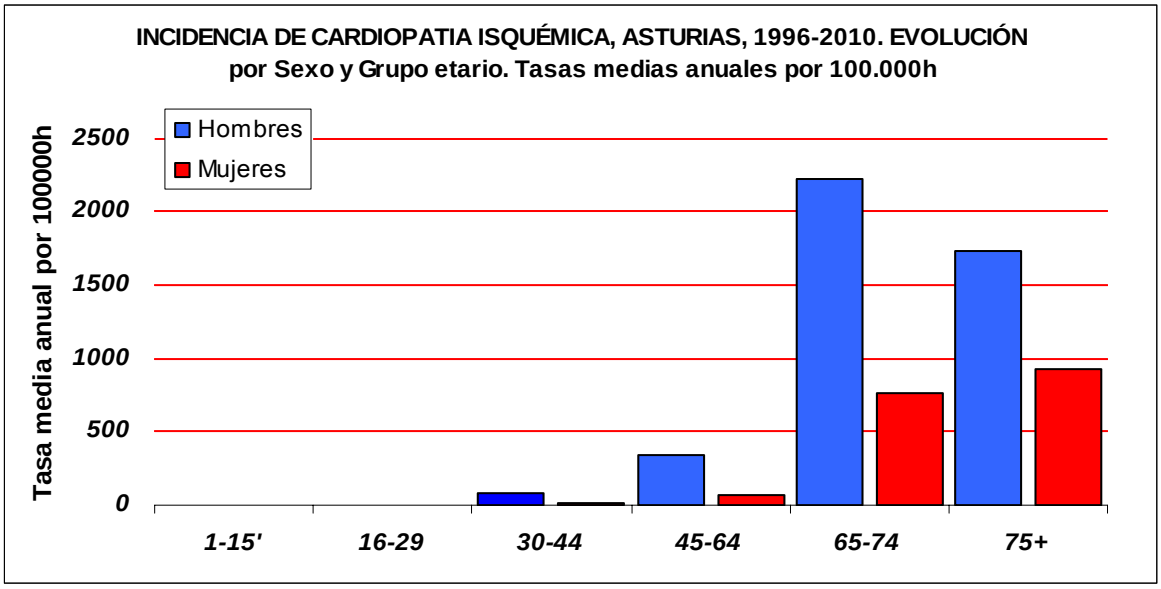
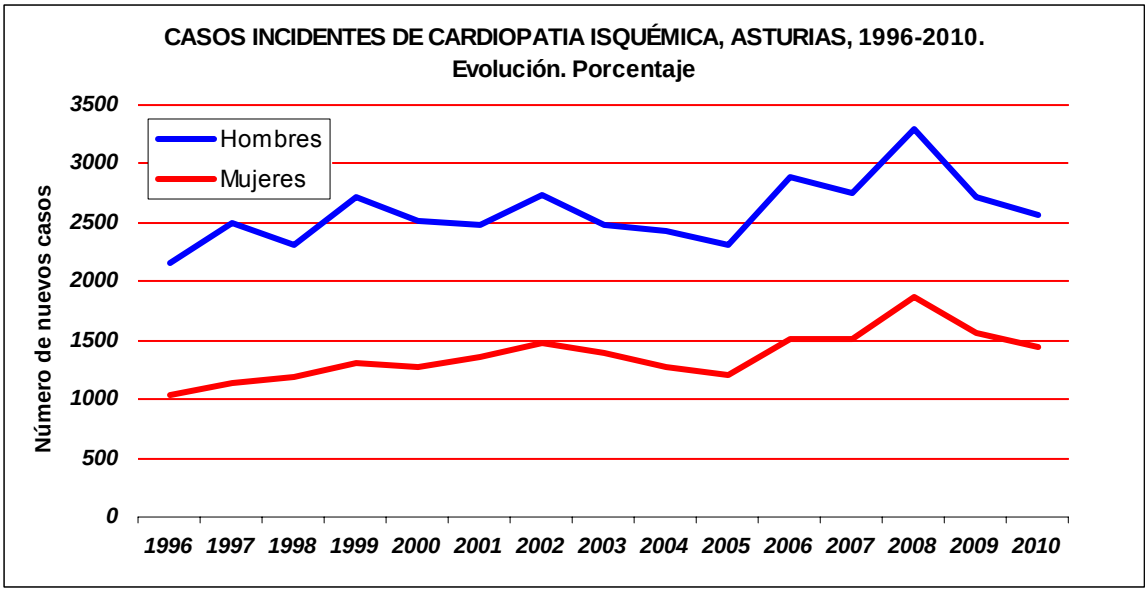


Tabla 75. Incidencia de cardiopatía isquémica con ingreso hospitalario por sexo. Evolución. Asturias, 1996-2010. Fuente: CMBD-Asturias, 1996-2010

INCIDENCIA DE CARDIOPATIA ISQUEMICA				
Indicador	Incidencia de cardiopatía isquémica en Asturias por sexo y evolución			
Definición	Personas de que al alta hospitalaria se les ha diagnosticado una cardiopatía isquémica. Frecuencia absoluta.			
Fuente de datos	CMBD, Asturias, 1996-2010			
Resultados:	Año	Hombres	Mujeres	Total
	1996	**2.160**	**1.036**	**3.196**
	1997	**2.498**	**1.142**	**3.640**
	1998	**2.311**	**1.185**	**3.496**
	1999	**2.717**	**1.311**	**4.028**
	2000	**2.508**	**1.272**	**3.780**
	2001	**2.478**	**1.359**	**3.837**
	2002	**2.736**	**1.475**	**4.211**
	2003	**2.489**	**1.400**	**3.889**
	2004	**2.432**	**1.281**	**3.713**
	2005	**2.318**	**1.212**	**3.530**
	2006	**2.882**	**1.516**	**4.398**
	2007	**2.750**	**1.517**	**4.267**
	2008	**3.288**	**1.865**	**5.153**
	2009	**2.722**	**1.562**	**4.284**
	2010	**2.572**	**1.451**	**4.023**

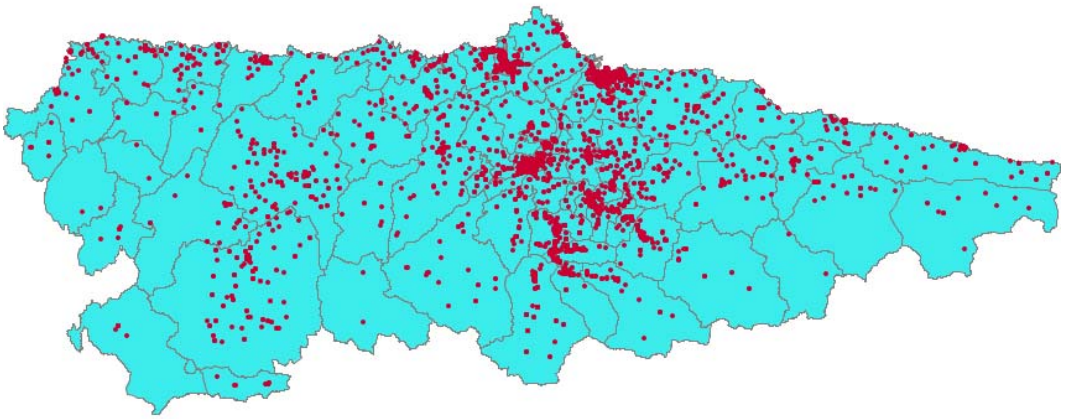
En el análisis de evolución observamos un paralelismo entre la evolución de la incidencia en hombres y en mujeres con una tendencia al incremento ligero llegando a su acmé en el año 2008. Desde ahí la incidencia ha disminuido en ambos sexos un 27% respecto a 2010.

Gráfico 24: Incidencia de cardiopatía isquémica con ingreso hospitalario por sexo. Evolución. Asturias, 1996-2010. Fuente: CMBD-Asturias, 1996-2010

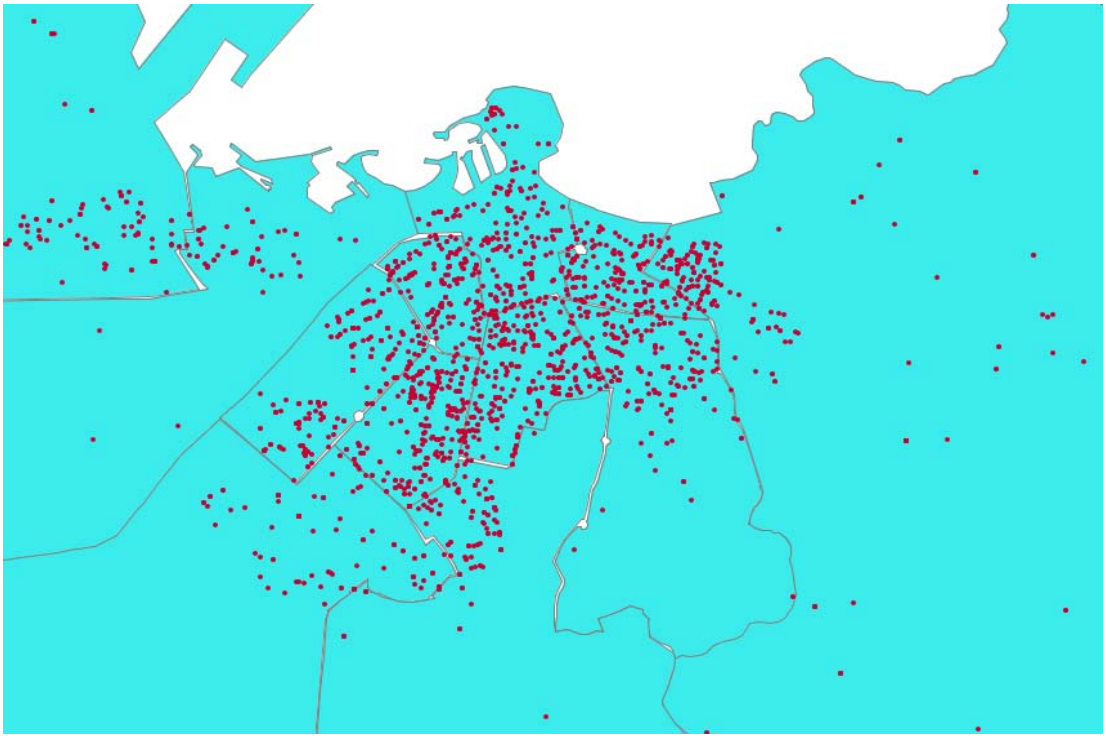


En las siguientes páginas abordamos la distribución de los diferentes tipos de cardiopatías isquémicas en función del lugar de residencia de las personas afectadas. Como se observa la mayor parte de los casos suceded en las zonas más pobladas y se distribuyen en función de los riesgos individuales y colectivos de las personas afectadas. Sin embargo, para un cálculo del riesgo se necesita un estudio pormenorizado de las distintas zonas, cuestión que pretendemos estudiar y analizar en un estudio posterior.

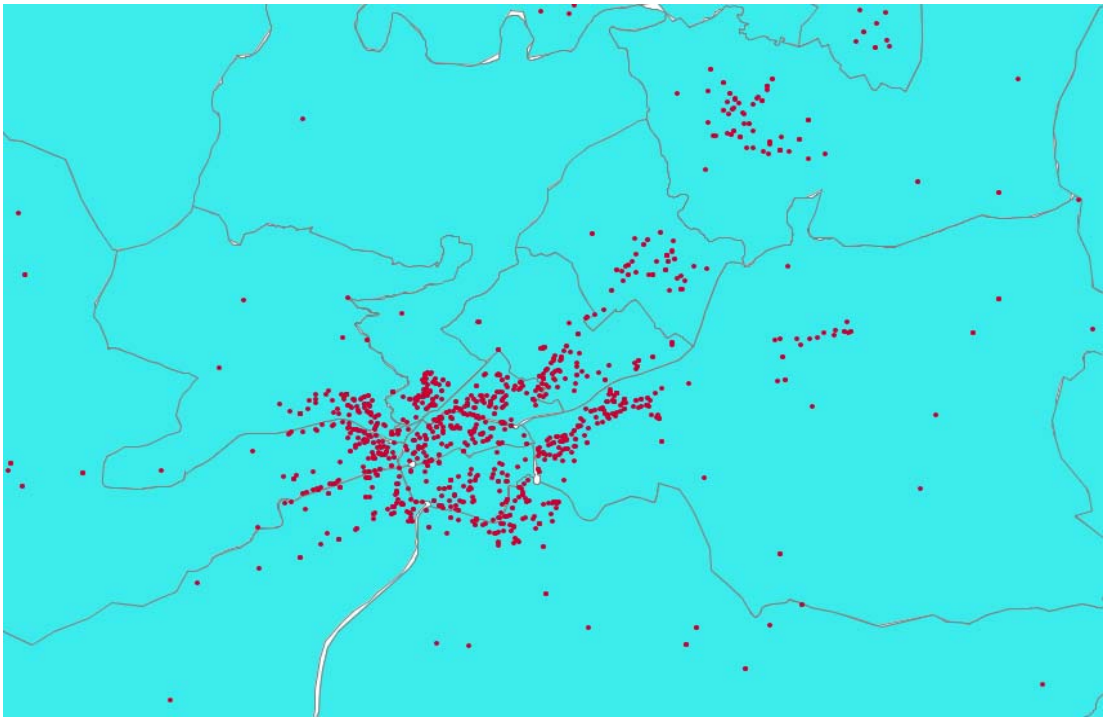
Mapa 17: Distribución geográfica de casos de cardiopatía isquémica por INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO por Zona Básica de Salud. Asturias, 2006-2010. Fuente: Servicio de Vigilancia Epidemiológica del Principado de Asturias, 2006-2010.



Mapa 18: Distribución geográfica de casos de cardiopatía isquémica por INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO por Zona Básica de Salud. Gijón. Asturias, 2006-2010. Fuente: Servicio de Vigilancia Epidemiológica del Principado de Asturias, 2006-2010.

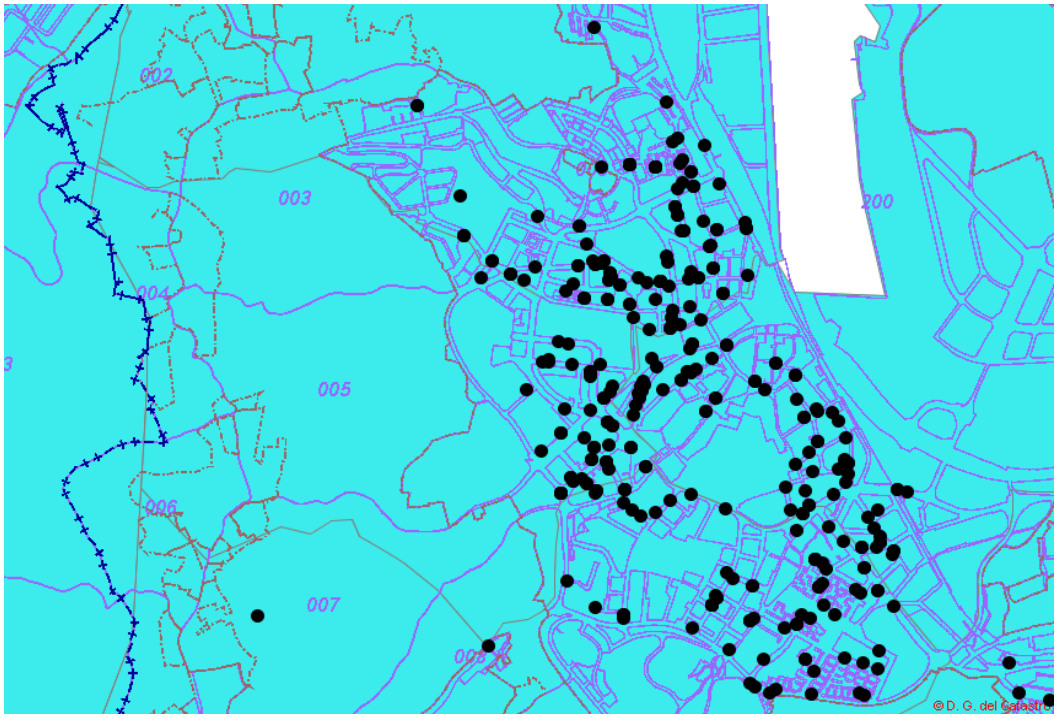


Mapa 19: Distribución geográfica de casos de cardiopatía isquémica por INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO por Zona Básica de Salud. Oviedo. Asturias, 2006-2010. Fuente: Servicio de Vigilancia Epidemiológica del Principado de Asturias, 2006-2010.

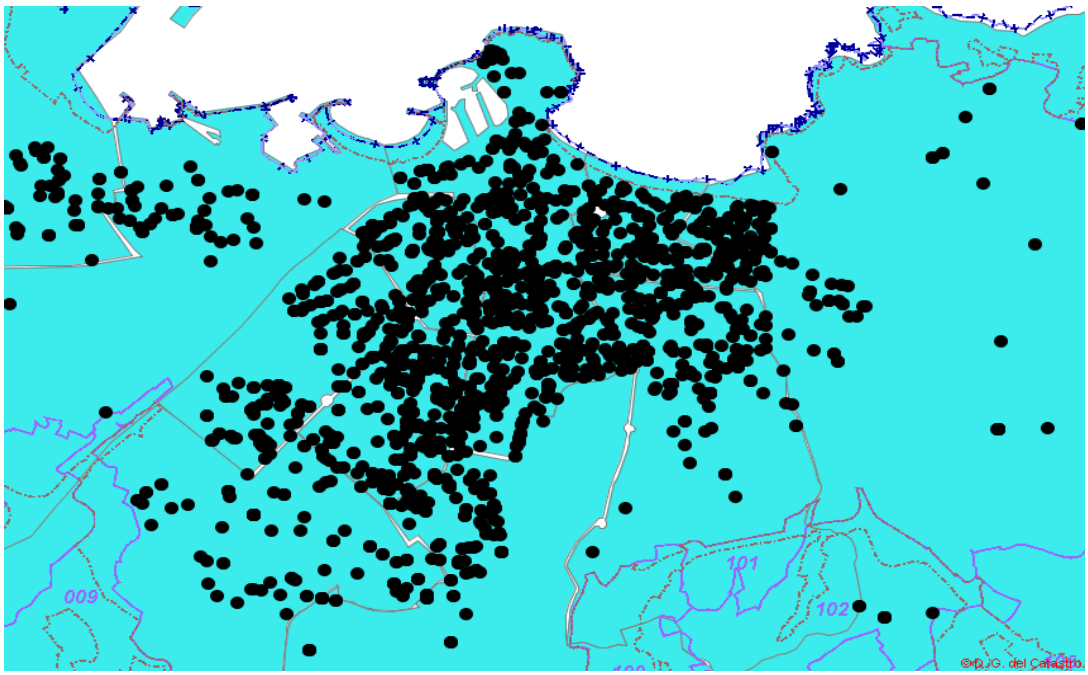


Mapa 20: Distribución geográfica de casos de cardiopatía isquémica por INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO por Zona Básica de Salud. Avilés, Corvera y Gozón. Asturias, 2006-2010. Fuente: Servicio de Vigilancia Epidemiológica del Principado de Asturias, 2006-2010.

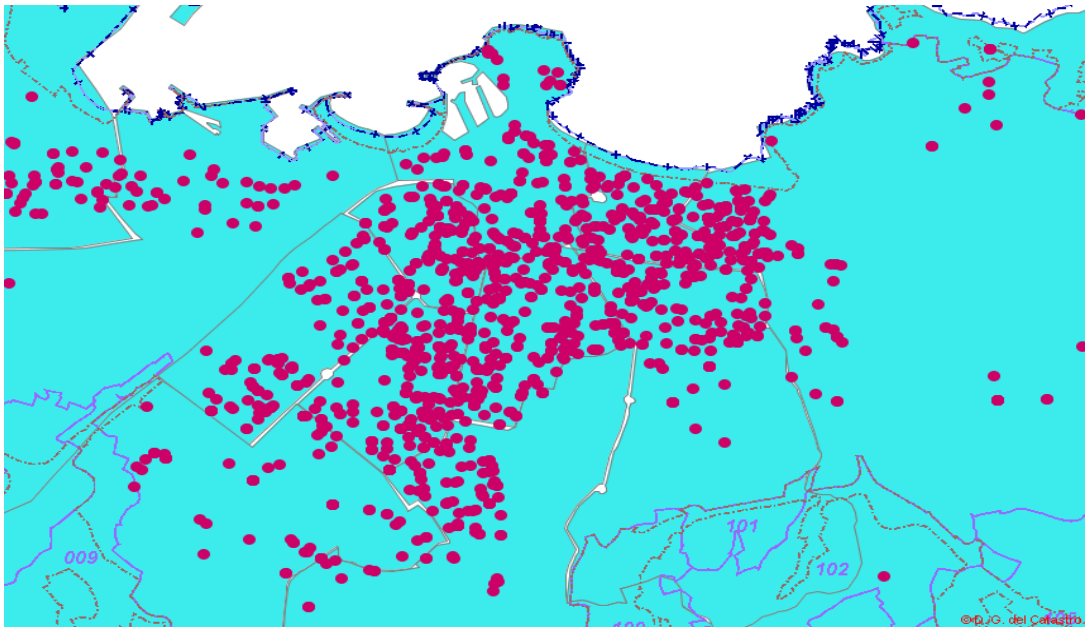
Mapa 21: Distribución geográfica de casos de cardiopatía isquémica por INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO por Zona Básica de Salud. Avilés. Asturias, 2006-2010. Fuente: Servicio de Vigilancia Epidemiológica del Principado de Asturias, 2006-2010.



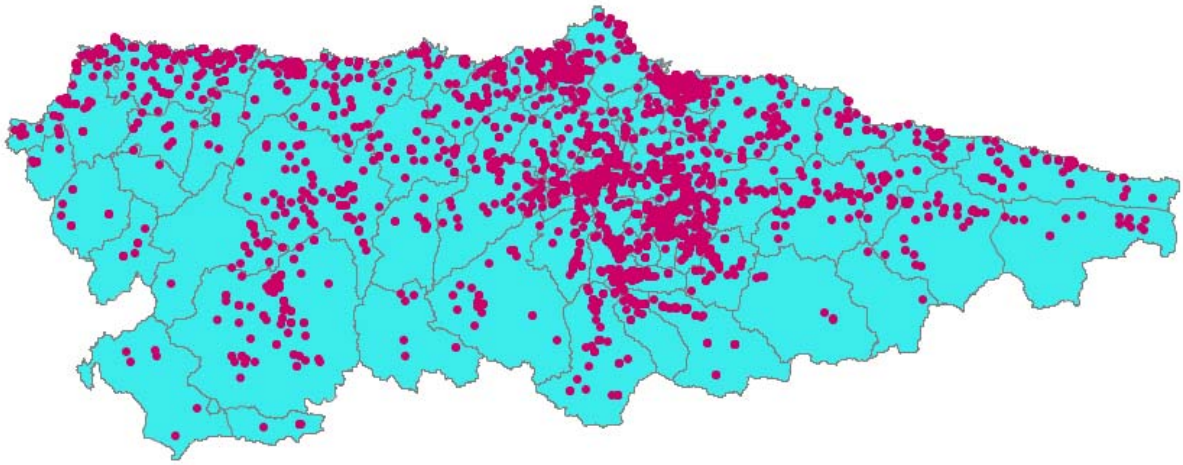
Mapa 22: Distribución geográfica de casos de cardiopatía isquémica por INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO por Zona Básica de Salud. Gijón. Asturias, 2006-2010. Fuente: Servicio de Vigilancia Epidemiológica del Principado de Asturias, 2006-2010



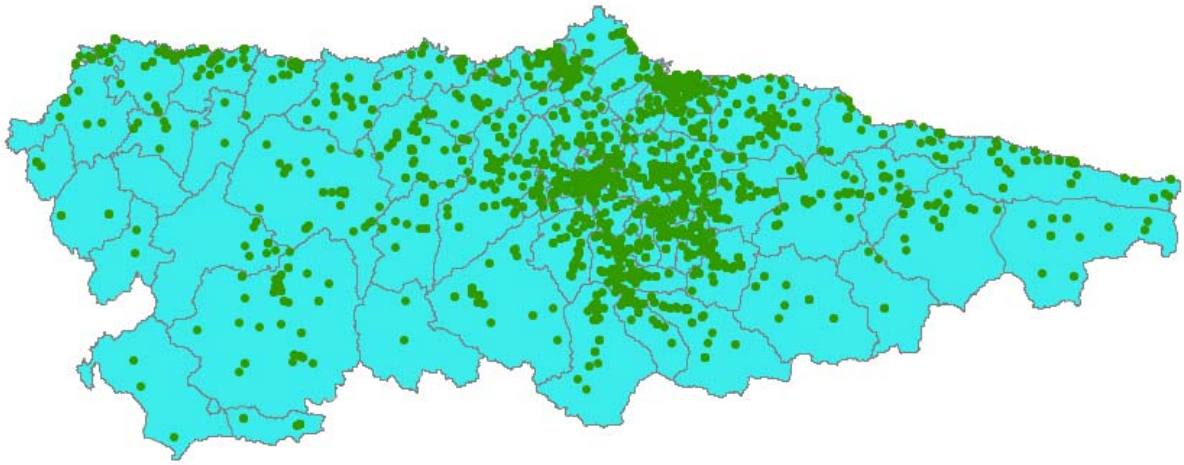
Mapa 23: Distribución geográfica de casos de cardiopatía isquémica por OTRAS FORMAS DE INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO por Zona Básica de Salud. Gijón. Asturias, 2006-2010. Fuente: Servicio de Vigilancia Epidemiológica del Principado de Asturias, 2006-2010



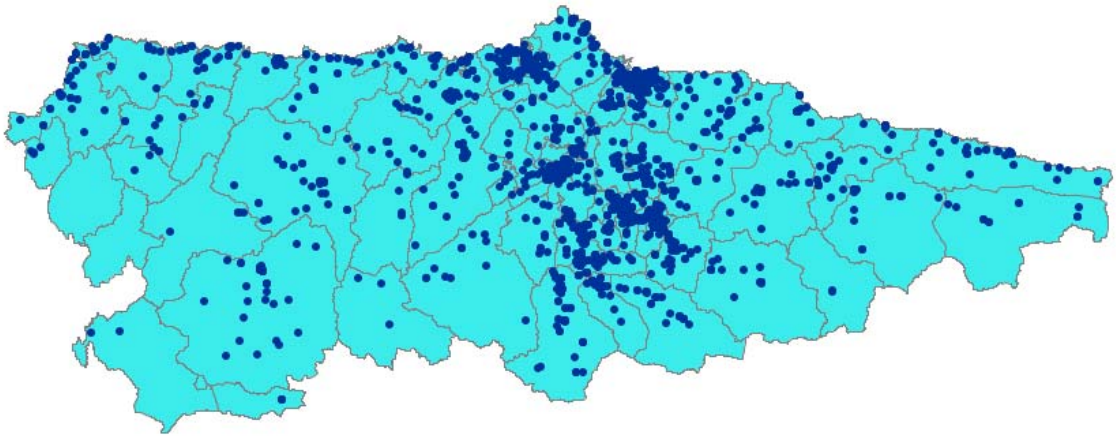
Mapa 24: Distribución geográfica de casos de cardiopatía isquémica por OTRAS FORMAS DE INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO por Zona Básica de Salud. Asturias, 2006-2010. Fuente: Servicio de Vigilancia Epidemiológica del Principado de Asturias, 2006-2010



Mapa 25: Distribución geográfica de casos de cardiopatía isquémica por ANGINA DE PECHO por Zona Básica de Salud. Asturias, 2006-2010. Fuente: Servicio de Vigilancia Epidemiológica del Principado de Asturias, 2006-2010



Mapa 26: Distribución geográfica de casos de cardiopatía isquémica por OTRAS FORMAS CRONICAS DE CARDIOPATIA ISQUEMICA por Zona Básica de Salud. Asturias, 2006-2010. Fuente: Servicio de Vigilancia Epidemiológica del Principado de Asturias, 2006-2010



2.3.6. Fallecimientos en casos incidentes de cardiopatía isquémica:

Otro indicador muy importante es la frecuencia de fallecimientos en casos incidentes de cardiopatía isquémica.

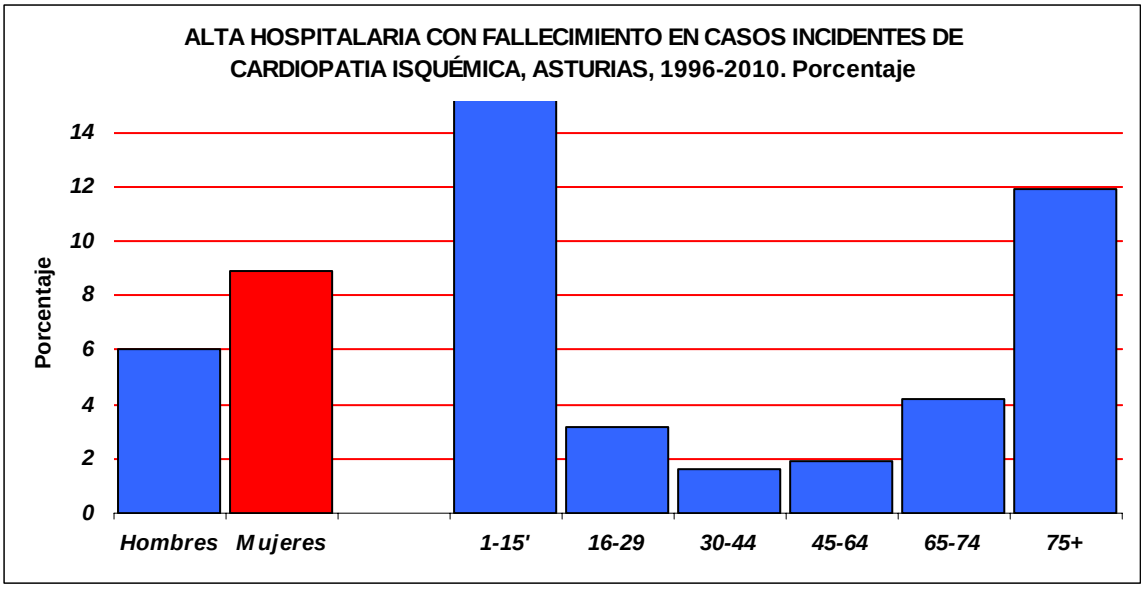
Ha habido en el período de estudio cerca de 4.200 fallecidos en casos incidentes de cardiopatía isquémica en Asturias (unos 280 casos al año, de media). La mayor parte de los fallecimientos corresponden a hombres (cociente de masculinidad de 1,3). Sin embargo sobre el total de casos de cardiopatía isquémica se observa una mayor letalidad femenina: un 9% de las mujeres consideradas casos incidentes de cardiopatía isquémica en este período de tiempo por solo un 6% de los hombres con las mismas características.

La mayor parte de los casos suceden a personas mayores de 75 años. Así como hay más casos en hombres que en mujeres la mortalidad ha sido mayor en mujeres que en hombres especialmente en las edades de 75 y más años. En términos de letalidad las mayores letalidades suceden en ese mismo grupo etario siendo superior al 11% en ambos sexos y llegando al 13% en el caso de las mujeres incidentes.

Tabla 76. Fallecimientos en casos incidentes de cardiopatía isquémica con ingreso hospitalario por sexo. Asturias, 1996-2010. Fuente: CMBD-Asturias, 1996-2010

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**

Gráfico 25: Fallecimientos en casos incidentes de cardiopatía isquémica con ingreso hospitalario. Asturias, 1996-2010. Fuente: CMBD-Asturias, 1996-2010



El análisis de la evolución de los fallecimientos en casos incidentes nos desvela un paulatino y ligero incremento en la mortalidad y letalidad de los casos incidentes en los últimos años, en concreto del 42% en hombres y del 35% en mujeres desde 1998 en términos de frecuencia absoluta de fallecimientos. En términos de letalidad el incremento ha sido del 20% en hombres y del 10% en mujeres respecto a los resultados del año 1998.

Gráfico 26: Fallecimientos en casos incidentes de cardiopatía isquémica con ingreso hospitalario por edad y sexo. Asturias, 1996-2010. Fuente: CMBD-Asturias, 1996-2010

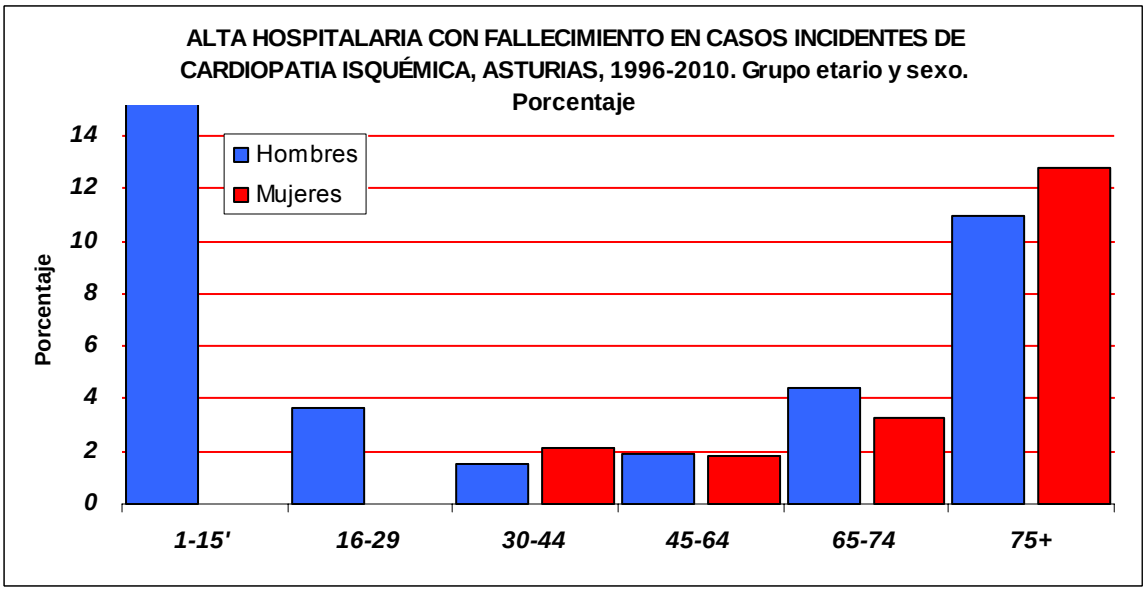


Gráfico 27: Fallecimientos en casos incidentes de cardiopatía isquémica con ingreso hospitalario. Evolución. Asturias, 1996-2010. Fuente: CMBD-Asturias, 1996-2010

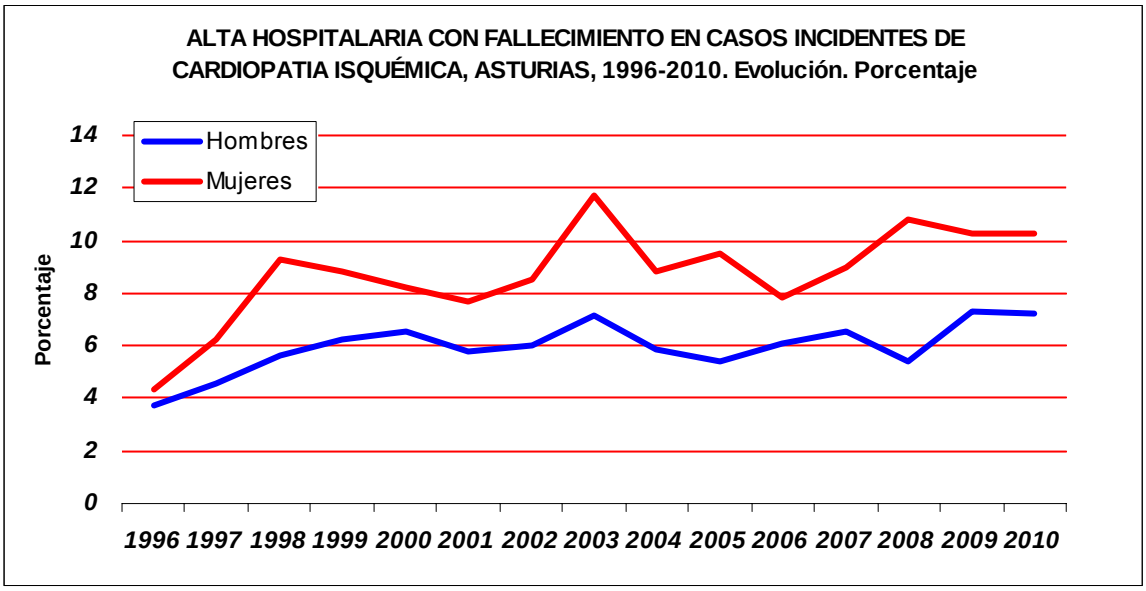


Tabla 77. Fallecimientos en casos incidentes de cardiopatía isquémica con ingreso hospitalario por sexo. Evolución. Asturias, 1996-2010. Fuente: CMBD-Asturias, 1996-2010

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**

2.4. Pacientes con enfermedad coronaria crónica

2.4.1. Areas sanitarias que han implantado protocolos conjuntos entre atención primaria y especializada para la atención al paciente coronario crónico.

Tabla 78. Áreas sanitarias que han implantado protocolos conjuntos entre atención primaria y especializada para la atención al paciente coronario crónico. Fuente: SESPA, 2012

Área Sanitaria (población, INE Padrón Municipal 16.01.2012)		**Areas sanitarias que han implantado protocolos conjuntos entre atención primaria y especializada para la atención al paciente coronario crónico**
I (49.323)	HOSPITAL DE JARRIO	*** PCAI sobre CI, 2005**
II (29.968)	HOSPITAL CARMEN Y SEVERO OCHOA	**No hay protocolos conjuntos AP-AE**
III (157.498)	HOSPITAL DE SAN AGUSTIN	**Sí, parcial, existe un protocolo AE-AP para el manejo del paciente fumador tras el alta por un IAM**
IV (340.166)	HUCA y Hospital Monte Naranco	*** PCAI sobre CI, 2005** *** Código Corazón, estrategia de repercusión precoz en el síndrome coronario agudo con ST elevada en Asturias. Proyecto IAMASTUR, Octubre, 2011**
V (303.484)	HOSPITAL CABUEÑES HOSPITAL DE JOVE	**No hay protocolos conjuntos AP-AE** **Sesiones de formación (2011-12): estudio del paciente con dolor torácico y seguimiento de la angina crónica inestable en el CS** **No existe como tal, pero anual o bianualmente desarrollamos un curso de actualización en Cardiología para médicos de AP del área V donde siempre se incluye alguna ponencia sobre Cardiopatía isquémica y donde se abordan las dudas**
VI (53.386)	HOSPITAL DEL ORIENTE	*** PCAI sobre CI, 2005** *** Código Corazón, estrategia de repercusión precoz en el síndrome coronario agudo con ST elevada en Asturias. Proyecto IAMASTUR, Octubre, 2011**
VII (67.820)	HOSPITAL ALVAREZ BUYLLA	**Está previsto trabajar en la mejora de coordinación entre Atención Primaria y Especializada del Área VII mediante la adaptación de la vía organizativa del PCAI Cardiopatía Isquémica a dicho ámbito de actuación.**
VIII (79.842)	HOSPITAL VALLE DEL NALÓN	*** PCAI sobre CI, 2005** *** PPJ, Plan personal jerárquico, Actividades Preventivas** *** PPJ, Plan personal jerárquico, Cardiometabólico**

2.4.2. Centros sanitarios con desfibrilador y personal capacitado para su utilización.

En los últimos años se ha ido incrementando la dotación de desfibriladores en muchos ámbitos de la sociedad, unos profesionales y otros semiautomáticos (DESA).

La dotación en Atención primaria se ha ido extendiendo en determinados casos incluso a los Centros Periféricos.

La formación de personas que puedan utilizar los desfibriladores tanto los automáticos como los profesionales está regulada legalmente, En Asturias, se ha homologado directamente al personal médico y para el resto de personal sanitario se establece un sistema de acreditación y reacreditación cada dos años. Sin embargo, no se ha ofertado en los últimos años actividad de formación suficiente para alcanzar a la totalidad de personal sanitario no facultativo y menos aún para la reacreditación periódica. Incluso se manifiesta que esa acreditación debe ser específica para el manejo de desfibriladores no estando incluidas las actividades de formación en Soporte Vital Básico (instrumentalizado, Soporte Vital Básico Instrumental- DESA, (Desfibrilador Semiautomático),DESA, avanzado, etc).

Tabla 79. Centros sanitarios de Atención Primaria con desfibrilador y personal capacitado para su utilización. Fuente: SESPA, 2012

Área Sanitaria	Centros sanitarios de Atención Primaria con desfibrilador y personal capacitado para su utilización
I (49.323)	Centros de AP: * 57% de CS y ZBS y CP: 17 DESA, en Trevías, Luarca, Navia, Puerto Vega, El Espín, Villayón, Boal, Illano, La Caridad, tapia, Castropol, vegadeo, Taramundi, Santaya d'Ozcos, Vilanova d'Ozcos., Samartin d'Ozcos, Grandas de Salime Personal: * 53,5% (46/86, sin contar a profesionales de pediatría (pediatras y enfermería de pediatría)) del total de profesionales han recibido formación sobre RCP
II (29.968)	Centros de AP: * 100% de CS (5/5). 40% en CP (4/10), ausencia en Besullo, Tebongo, Otero, Cerredo, Riocastiello, Bárcena. * Hay 8 PAC, todos con DESA. Personal: * Medicina: 100% (46/46) * Enfermería: 30% (12/40) han recibido formación en RCP en los dos últimos años.
III (157.498)	Centros de AP: * 47,8% (11/23) de CS con DESA y personal capacitado que son además PAC. Hay 8 PAC, todos con DESA. Personal: * No se contesta en este apartado
IV (340.166)	Centros de AP: * 100% de CS y ZBS: 19 CS y 4 ZES * 93,3% de CP: 28 CP (faltan CP La Manjoya y CP, la Foz de Morcín) Personal: * Medicina: 100%, no necesitan acreditación * Enfermería: se desconoce. Obligación legal de acreditación pero ausencia de información sobre la misma.
V (303.484)	Centros de AP: * 100% de CS Personal: * Medicina: 100%, no necesitan acreditación * Periódicamente se imparten cursos de formación en RCP en todos los EAP pero sin determinar cuantía de personas formadas
VI (53.386)	Centros de AP: * 100% (20/20) de CS y CP Personal: * Medicina: 100%, no necesitan acreditación * Enfermería: 100%, tanto personal fijo como eventual * El personal administrativo también está capacitado Periódicamente se imparten cursos de formación en RCP avanzada en todos los EAP.
VII (67.820)	Centros de AP: * 78% (21/27) de CS y CP Personal: * Medicina: 100% (77, 67 MF y 10 pediatras) no necesitan acreditación * Enfermería: 3 personas * Personal no médico del Área (sanitario y no sanitario): 2% * Del total de personal: 37%, si se considera capacitada a una persona que recibió formación en RCP y DESA en los últimos dos años: 33% del personal sanitario. El personal NO sanitario no consta como formado en todos los EAP.
VIII (79.842)	Centros de AP: * 100% (19/19, 6 C, 10 CP y 3 CL), con 23 desfibriladores. Personal: * Medicina: 100% (77, 67 MF y 10 pediatras) no necesitan acreditación * Enfermería: 3 personas * Personal no médico del Área (sanitario y no sanitario): 2% * Del total de personal sanitario de plantilla (MF, DUE, pediatras): 82% (130/159 profesionales constan registrados como formados)

Tabla 80. Centros sanitarios de Atención Especializada con desfibrilador y personal capacitado para su utilización. Fuente: SESPA, 2012

Área Sanitaria (población, INE Padrón Municipal 16.01.2012)		**Centros sanitarios de Atención Especializada con desfibrilador y personal capacitado para su utilización**
I (49.323)	HOSPITAL DE JARRIO	**Desfibriladores: 7 (REA-UVI, Quirófano, Hospitalización, Quirofanillo, Urgencias (2) y TAC (DESA)).** **Personal: en 2011, el 12% de la plantilla recibió formación básica y avanzada**
II (29.968)	HOSPITAL CARMEN Y SEVERO OCHOA	**Desfibriladores: 3 en Urgencias, 1 en Hospitalización, 1 en partos, 1 en consulta de cardiología, 1 en reanimación y 1 en quirófano.** **Total: 8 desfibriladores (y 12 carros de parada)** **Personal: en 2010 se capacitó a 20 trabajadores** **En 2011: Soporte vital básico y DESA (14 enfermería y 3 medicina), Ventilación mecánica (12 enfermería y 1 médico)** **Los profesionales con cursos anteriores a 2010 NO se consideran capacitados y están pendientes de renovación.**
III (157.498)	HOSPITAL DE SAN AGUSTIN	**SI**
IV (340.166)	HUCA	**SI**
	HMN	**Manual y DESA. Si, en todas las Areas: hospitalización, consultas externas, Area quirúrgica y reanimación)** **Personal capacitado: realización permanente de cursos. Todos los médicos por Ley, 93 enfermeras, 71 auxiliares. Reciclaje RCP: 46 enfermeras.**
V (303.484)	HOSPITAL CABUEÑES HOSPITAL DE JOVE	**Si** **Existen 11 desfibriladores. Uno en cada planta de hospitalización(5 dos de ellos semiautomáticos), urgencias(2), UCIN(1), reanimación((1), Quirófano(1), test de esfuerzo(1). Existe un programa de actualización de conocimientos sobre RCP para personal sanitario.**
VI (53.386)	HOSPITAL DEL ORIENTE	**SI**
VII (67.820)	HOSPITAL ALVAREZ BUYLLA	**Desfibriladores: 16, instalados en el centro hospitalario y dependencias extrahospitalarias dependientes del mismo, Centro Especialidades Periférico Mieres Norte, Centro de Salud Mental y Centro de Rehabilitación.** **Formación: Hay un programa de formación en reanimación cardiopulmonar en el que han participado 699 alumnos (126 en Soporte Vital Avanzado (SVA), 236 en Soporte Vital Básico-Instrumental-DESA (SVB-I/DESA) y 262 en Soporte Vital Básico Instrumental (SVB-I)) .** **Hay un 51,81% (43/83) de profesionales que acudiendo al curso de SVA disponen de los conocimientos y habilidades necesarios para realizar SVA con garantías de calidad.** **275 profesionales están capacitados para la utilización de desfibriladores semiautomáticos (DESA).** **Formados en Soporte Vital Básico-Instrumental y acreditados son 260, participando en programa de formación continuada el 18,85% (49/260), el 24,49% (12/49) acreditados para la utilización de desfibriladores semiautomáticos (DESA).** **En el Área de GC Urgencias: El porcentaje de profesionales con formación en RCP en los últimos 5 años: 90,91%** **Porcentaje de médicos capacitados para el manejo del desfibrilador: 17/17= 100%** **Porcentaje de profesionales sanitarios no médicos acreditados para el uso de DESA: 12/13 = 92,31%**
VIII (79.842)	HOSPITAL VALLE DEL NALÓN	**SI**

2.4.3. Vehículos de transporte sanitario urgente con desfibrilador y personal capacitado para su utilización.

Tabla 81. Porcentaje de vehículos de transporte sanitario URGENTE con desfibrilador y personal capacitado para su utilización. Fuente: SESPA, 2012

SAMU	Porcentaje de vehículos de transporte sanitario URGENTE con desfribrilador y personal capacitado para su utilización
SAMU (población asturiana, 1.081.487, Datos de INE, Padrón, 16.01.2012)	* Dotación en vehículos: 100% * Personal entrenado para su utilización: 100%

2.5. Pacientes con diagnóstico o sospecha de cardiopatía isquémica (revascularización y trasplante)

2.5.1. Revascularizaciones mediante angioplastia coronaria transluminal percutanea (ACTP) o arterectomia coronaria.

Este tipo de intervención de revascularización coronaria ha sido más frecuente en el Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA), realizándose una media en los últimos años de unas 700 intervenciones anuales. En Asturias se realizan alrededor de 1000 intervenciones al año con una tasa media anual de 94 intervenciones/100.000 habitantes.

Tabla 82. Incidencia de revascularizaciones mediante angioplastia coronaria transluminal percutanea (ACTP) o arterectomia coronaria. por hospital. Asturias, 2008-2010. Tasas por 100.000h. Fuente: CMBD, Asturias, 2008-2010

Área Sanitaria (población, INE Padrón Municipal 16.01.2012)		**Incidencia de revascularizaciones mediante angioplastia coronaria transluminal percutanea (actp) o arterectomia coronaria. Astúrias, 2008-2010. Tasas por 100.000h.**		
		Número del período	Media anual	Tasa media anual por 100.000h
I (49.323)	HOSPITAL DE JARRIO	**6**	**2,0**	
II (29.968)	HOSPITAL CARMEN Y SEVERO OCHOA	**3**	**1,0**	
III (157.498)	HOSPITAL DE SAN AGUSTIN	**254**	**84,7**	
IV (340.166)	HUCA	**2.094**	**698,0**	
V (303.484)	HOSPITAL CABUEñES	**408**	**136,0**	
	HOSPITAL DE JOVE	**63**	**21,0**	
VI (53.386)	HOSPITAL DEL ORIENTE	**75**	**25,0**	
VII (67.820)	HOSPITAL ALVAREZ BUYLLA	**1**	**0,3**	
VIII (79.842)	HOSPITAL VALLE DEL NALÓN	**166**	**55,3**	
TOTAL	ASTURIAS	**3.070**	**1.023,3**	**94,3**

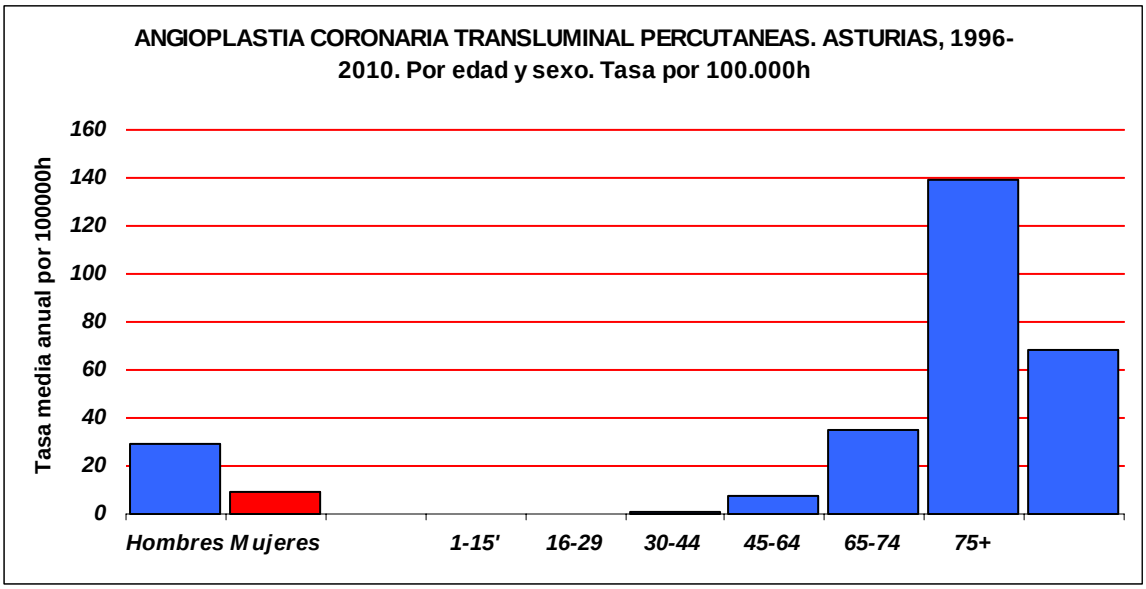
En un análisis más prolongado desde el año 1996 se han realizad0o en Asturias un total de 3070 intervenciones.

En los últimos años de unas 700 intervenciones anuales. En Asturias se realizan alrededor de 1000 intervenciones al año con una tasa media anual de 94 intervenciones/100.000 habitantes. Las intervenciones se han realizado más frecuentemente en hombres que en mujeres (cociente de masculinidad de 2,8). Las intervenciones se han realizado más frecuentemente en personas de 65-74 años de edad con tasas de 2081 casos/100.000h) a mucha distancia de las intervenciones realizadas en otros grupos etarios incluso en personas de 75 y más años.

Tabla 83. Incidencia de revascularizaciones mediante angioplastia coronaria transluminal percutanea (ACTP) o arterectomia coronaria por edad y sexo. Asturias, 2008-2010. Tasas por 100.000h. Fuente: CMBD, Asturias, 1996-2010

INCIDENCIA DE REVASCULARIZACIONES MEDIANTE ANGIOPLASTIA CORONARIA TRANSLUMINAL PERCUTANEA (ACTP) O ARTERECTOMIA CORONARIA. Asturias, 1996-2010. Tasas por 100.000h				
Indicador	Incidencia de revascularizaciones mediante angioplastia coronaria transluminal percutanea (ACTP) o arterectomia coronaria en Asturias por grupo etario y sexo			
Definición	Personas que durante la estancia hospitalaria se les ha practicado una revascularización mediante angioplastia coronaria transluminal percutánea (ACTP) o arterectomía coronaria por cardiopatía isquémica. Tasas por 100.000h del período y media anual.			
Fuente de datos	CMBD, Asturias, 1996-2010. CIE9-MC: P066			
Resultados:		Frecuencia	Tasa periodo	Tasa media anual
	Total	**3.070**	**283,9**	**18,92**
	Hombres	**2.264**	**436,6**	**29,11**
	Mujeres	**806**	**143,2**	**9,55**
	0-15 años	**0**	**0,0**	**0,0**
	16-29 años	**6**	**7,9**	**0,5**
	30-44 años	**139**	**111,1**	**7,4**
	45-64 años	**854**	**523,5**	**34,9**
	65-74 años	**1.190**	**2.081,4**	**138,8**
	75+ años	**881**	**1.026,2**	**68,4**

Gráfico 28: Incidencia de revascularizaciones mediante angioplastia coronaria transluminal percutanea (ACTP) o arterectomia coronaria por edad y sexo. Asturias, 2008-2010. Tasas por 100.000h. Fuente: CMBD, Asturias, 1996-2010



Mapa 27: Distribución geográfica de casos de procedimientos de Angioplastia coronaria transluminal percutánea (ACTP) [PTCA] o aterectomía coronaria (CIE9, =00.66). Asturias, 2006-2010. Fuente: Servicio de Vigilancia Epidemiológica del Principado de Asturias, 2006-2010

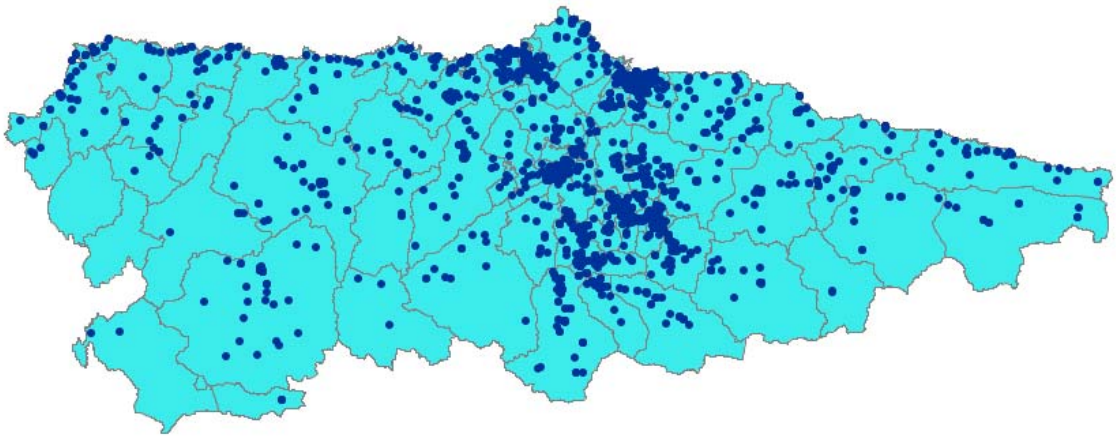
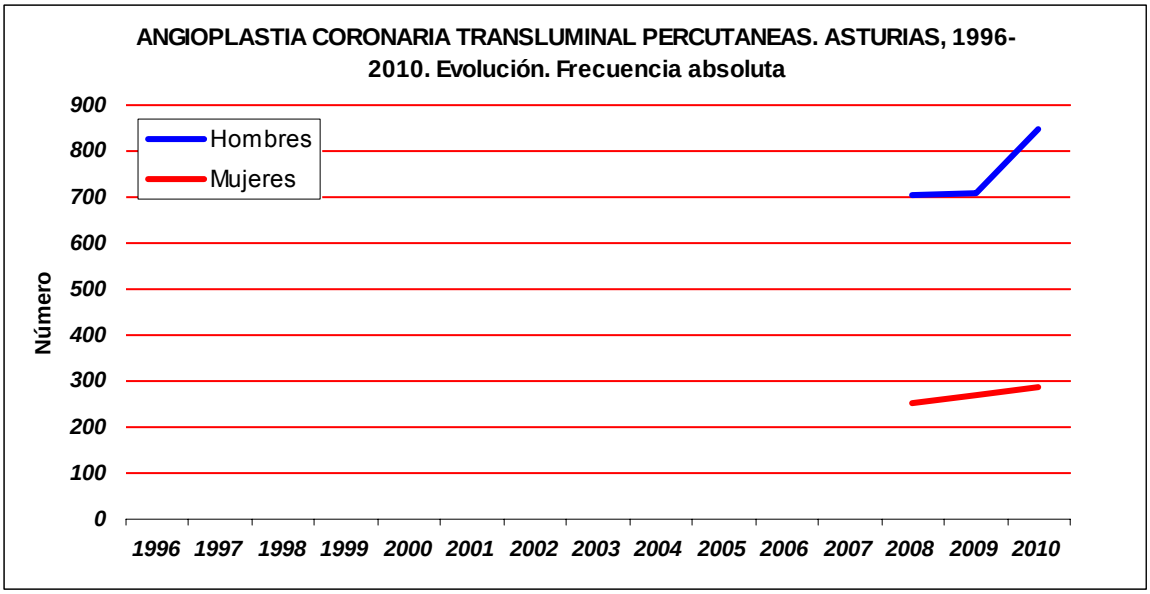


Tabla 84. Incidencia de revascularizaciones mediante angioplastia coronaria transluminal percutanea (ACTP) o arterectomia coronaria por edad y sexo. Evolución. Asturias, 1996-2010. Tasas por 100.000h. Fuente: CMBD, Asturias, 1996-2010

INCIDENCIA DE REVASCULARIZACIONES MEDIANTE ANGIOPLASTIA CORONARIA TRANSLUMINAL PERCUTANEA (ACTP) O ARTERECTOMIA CORONARIA. Asturias, 1996-2010. Tasas por 100.000h				
Indicador	Incidencia de revascularizaciones mediante angioplastia coronaria transluminal percutanea (ACTP) o arterectomia coronaria en Asturias por grupo etario y sexo. Evolución			
Definición	Personas que durante la estancia hospitalaria se les ha practicado una revascularización mediante angioplastia coronaria transluminal percutánea (ACTP) o arterectomía coronaria por cardiopatía isquémica. Tasas por 100.000h del período y media anual.			
Fuente de datos	CMBD, Asturias, 1996-2010. CIE9-MC: P066			
Resultados:	Año	Hombres	Mujeres	Total
	1996-2007			
	2008	**705**	**253**	**858**
	2009	**710**	**268**	**978**
	2010	**848**	**285**	**1.134**

El análisis de la evolución de esta técnica nos indica que va aumentando su práctica en los últimos años tras su introducción como técnica desde el año 2008. El incremento en su realización ha sido más acusado en hombres que en mujeres.

Gráfico 29: Incidencia de revascularizaciones mediante angioplastia coronaria transluminal percutanea (ACTP) o arterectomia coronaria por sexo. Evolución. Asturias, 1996-2010. Tasas por 100.000h. Fuente: CMBD, Asturias, 1996-2010



2.5.2. Revascularizaciones mediante eliminación de obstrucción de arteria coronaria e inserción de stent.

La práctica de este tipo de intervención de revascularización coronaria ha sido más frecuente en el HUCA realizándose una media de 670 intervenciones anuales desde 1996. En Asturias se han realizado en este período de tiempo más de 12600 intervenciones con una media anual de casi 850 intervenciones/año. La tasa media anual de intervenciones ha sido de 78 por cada 100.000h.

Se incluyen dentro de estas prácticas las 36.0 Eliminación de estenosis arterial coronaria con o sin implante de prótesis intracoronaria(s) "stent"(s). 36.03 Angioplastía de arteria coronaria a tórax abierto Coronaria (arteria): endarterectomía (con injerto de parche) tromboendarterectomía (con injerto de parche) Cirugía abierta para liberación directa de obstrucción de arteria coronaria. Excluye: aquella con injertos para puente o coronario (36.10-36.19). También incluye: inserción de stent(s) liberador(es) de fármaco en arteria coronaria (36.07) ; inserción de stent(s) no liberador(es) de fármaco en arteria coronaria (36.06) ; número de stents vasculares insertados (00.45- 00.48); número de vasos tratados (00.40- 00.43); procedimiento sobre bifurcación vascular (00.44). 36.04 Infusión arterial intracoronaria de trombolítico Bien por inyección arterial coronaria directa, infusión o cateterismo; Infusión de enzimas; Inhibidor plaquetas; Excluye: aquella administrada de forma intravenosa (infusión IV): agente trombolítico (99.10), inhibidor plaquetario (99.20), aquella asociada a cualquier procedimiento clasificado en 36.03. 36.06 Inserción de stent(s) no liberador de fármacos en arteria coronária: Endoinjerto(s); Injerto(s) de stent; Injerto(s) endovascular (es), Stent(s) de depósito; Stent(s) descubierto ; Stent(s) recubierto(s) con fármacos, ej. recubierto de heparina; Excluye: inserción de stent(s) de arteria coronaria liberador de fármacos (36.07); Incluye también angioplastía arterial coronaria a tórax abierto (36.03); angioplastía coronaria transluminal percutánea [ACTP] [PTCA]; o aterectomía coronaria transluminal percutánea (00.66), número de stents vasculares insertados (00.45-00.48); número de vasos tratados (00.40-00.43); procedimiento sobre bifurcación vascular (00.44).36.07 Inserción de stent(s) liberador(es) de fármaco en arteria coronaria , Endoinjerto(s); Injerto(s) de stent; Injerto(s) endovascular(ES) También: angioplastía de arteria coronaria a tórax abierto (36.03); angioplastía coronaria transluminal percutánea [ACTP] o aterectomía coronaria transluminal percutánea (00.66). 36.09 Otra eliminación de obstrucción de arteria coronária: Angioplastía coronaria NEOM;

Tabla 85. Revascularizaciones mediante eliminación de obstrucción de arteria coronaria e inserción de stent. Asturias, 1996-2010. Tasas por 100.000h. Fuente: CMBD, Asturias, 1996-2010

Área Sanitaria (población, INE Padrón Municipal 16.01.2012)		**Incidencia de revascularizaciones mediante eliminación de obstrucción de arteria coronaria e inserción de stent. Asturias, 1996-2010. Tasas por 100.000h.**		
		Número del período	Media anual	Tasa media anual por 100.000h
I (49.323)	HOSPITAL DE JARRIO	**89**	**5,9**	
II (29.968)	HOSPITAL CARMEN Y SEVERO OCHOA	**255**	**17,0**	
III (157.498)	HOSPITAL DE SAN AGUSTIN	**556**	**37,1**	
IV (340.166)	HUCA	**10.102**	**673,5**	
V (303.484)	HOSPITAL CABUEñES HOSPITAL DE JOVE	**1.030** **120**	**68,7** **8,0**	
VI (53.386)	HOSPITAL DEL ORIENTE	**188**	**12,5**	
VII (67.820)	HOSPITAL ALVAREZ BUYLLA	**35**	**2,3**	
VIII (79.842)	HOSPITAL VALLE DEL NALÓN	**307**	**20,5**	
TOTAL	ASTURIAS	**12.682**	**845,5**	**77,92**

Por sexo ha sido más frecuente la realización de este procedimiento en hombres que en mujeres. La tasa del período ha sido más de tres veces en hombres que en mujeres. Por edades ha sido más frecuente la realización de esta intervención en edades de 65-74 años de edad.

Tabla 86. Revascularizaciones mediante eliminación de obstrucción de arteria coronaria e inserción de stent por edad y sexo. Asturias, 1996-2010. Tasas por 100.000h. Fuente: CMBD, Asturias, 1996-2010

INCIDENCIA DE REVASCULARIZACIONES MEDIANTE MEDIANTE ELIMINACIÓN DE OBSTRUCCIÓN DE ARTERIA CORONARIA E INSERCIÓN DE STENT. Asturias, 1996-2010. Tasas por 100.000h				
Indicador	Incidencia de revascularizaciones mediante eliminación de obstrucción de arteria coronaria e inserción de stent. Asturias, 1996-2010. Tasas por 100.000h.			
Definición	Personas que durante la estancia hospitalaria se les ha practicado una revascularización mediante eliminación de obstrucción de arteria coronaria e inserción de stent. Tasas por 100.000h del período y media anual.			
Fuente de datos	CMBD, Asturias, 1996-2010. CIE9-MC: P066			
Resultados:		Frecuencia	Tasa periodo	Tasa media anual
	Total	**12.682**	**1.172,6**	**78,18**
	Hombres	**9.670**	**1.864,7**	**124,32**
	Mujeres	**3.012**	**535,1**	**35,67**
	0-15 años	**0**	**0,0**	
	16-29 años	**14**	**18,5**	**1,2**
	30-44 años	**503**	**402,0**	**26,8**
	45-64 años	**3.351**	**2.054,3**	**137,0**
	65-74 años	**5.767**	**10.086,9**	**672,5**
	75+ años	**3.047**	**3.549,1**	**236,6**

Por edad y sexo se observa que las edades más frecuentes para este tipo de intervenciones son las de 65-74 años. En hombres se realizan más que en mujeres.

Gráfico 30. Revascularizaciones mediante eliminación de obstrucción de arteria coronaria e inserción de stent por edad y sexo. Asturias, 1996-2010. Tasas por 100.000h. Fuente: CMBD, Asturias, 1996-2010

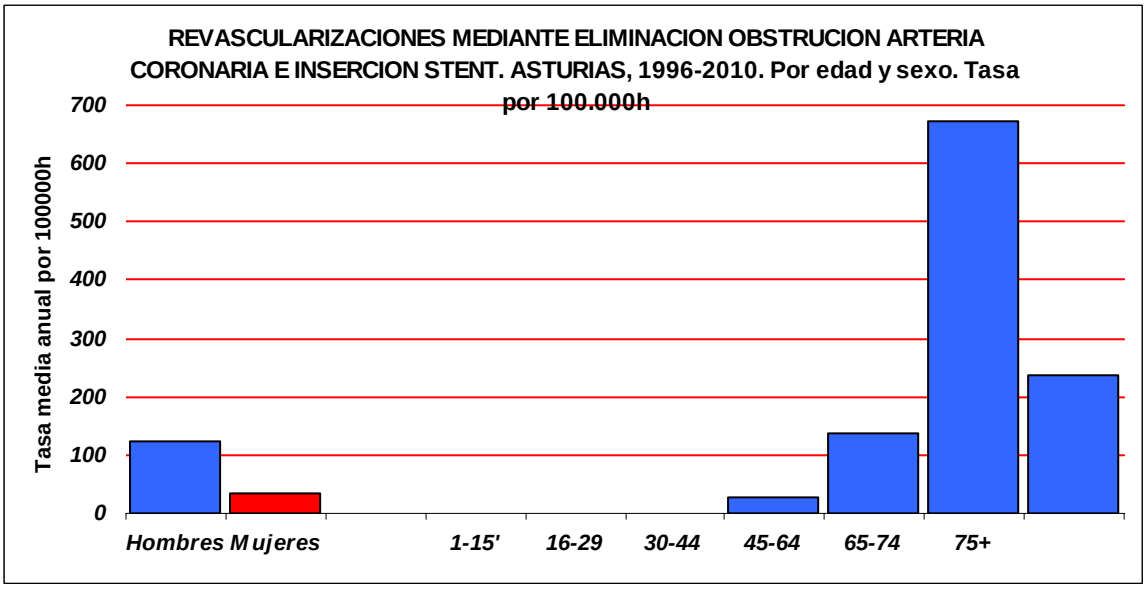


Tabla 87. Revascularizaciones mediante eliminación de obstrucción de arteria coronaria e inserción de stent por edad y sexo. Asturias, 1996-2010. Tasas por 100.000h. Fuente: CMBD, Asturias, 1996-2010

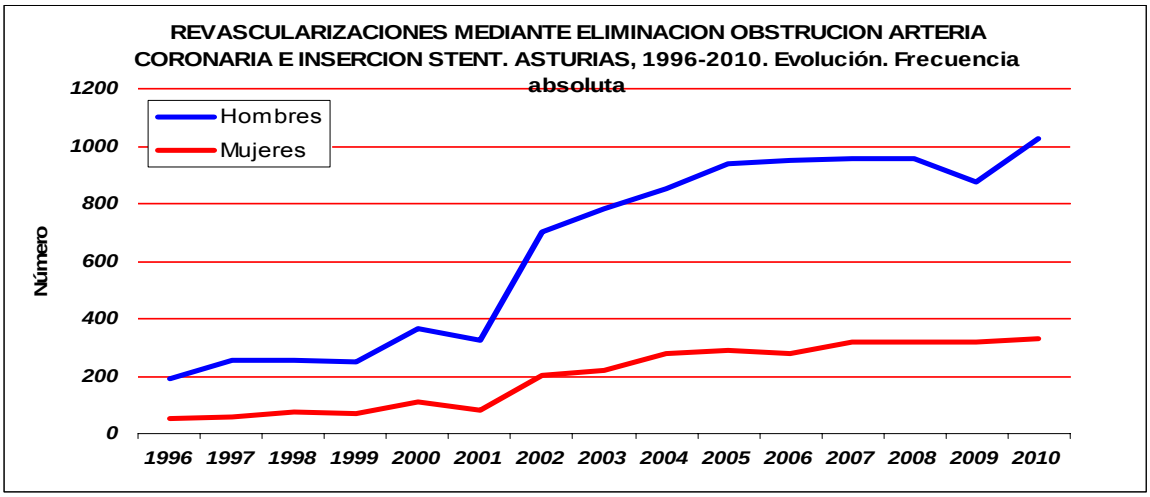
INCIDENCIA DE REVASCULARIZACIONES MEDIANTE MEDIANTE ELIMINACIÓN DE OBSTRUCCIÓN DE ARTERIA CORONARIA E INSERCIÓN DE STENT. Asturias, 1996-2010. Tasas por 100.000h						
Indicador	Incidencia de revascularizaciones mediante eliminación de obstrucción de arteria coronaria e inserción de stent. Asturias, 1996-2010. Tasas por 100.000h.					
Definición	Personas que durante la estancia hospitalaria se les ha practicado una revascularización mediante eliminación de obstrucción de arteria coronaria e inserción de stent. Tasas por 100.000h del período y media anual.					
Fuente de datos	CMBD, Asturias, 1996-2010. CIE9-MC: P066					
Resultados:		Frecuencia absoluta			Tasas período	
		Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
	0-15 años	**0**	**0**	**0**	**0,0**	**0,0**
	16-29 años	**9**	**5**	**14**	**5,8**	**6,4**
	30-44 años	**432**	**71**	**503**	**170,8**	**55,5**
	45-64 años	**2.886**	**465**	**3.351**	**909,1**	**301,3**
	65-74 años	**4.370**	**1.397**	**5.767**	**4.156,2**	**2.912,2**
	75+ años	**1.973**	**1.074**	**3.047**	**1.443,2**	**2.111,7**

Tabla 88. Revascularizaciones mediante eliminación de obstrucción de arteria coronaria e inserción de stent por edad y sexo. Evolución. Asturias, 1996-2010. Tasas por 100.000h. Fuente: CMBD, Asturias, 1996-2010

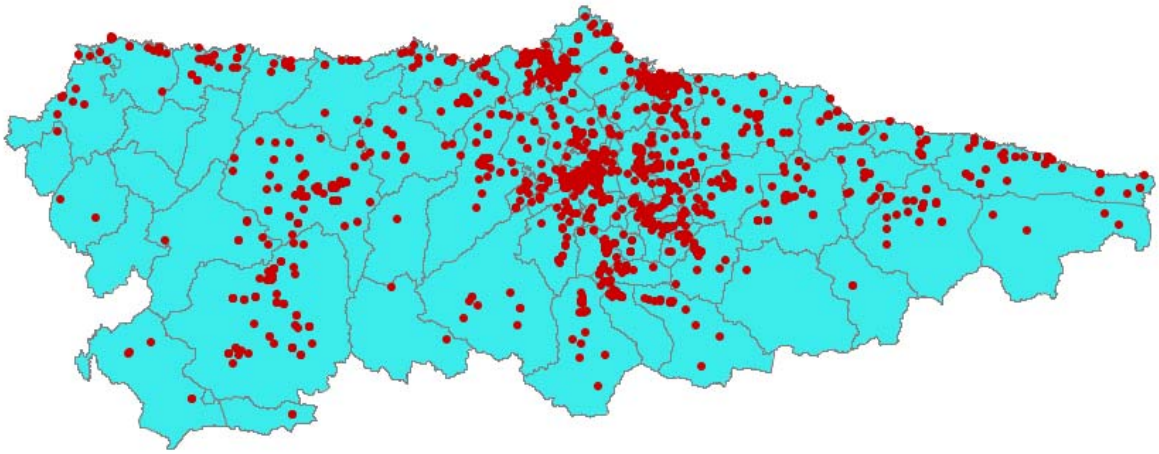
INCIDENCIA DE REVASCULARIZACIONES MEDIANTE MEDIANTE ELIMINACIÓN DE OBSTRUCCIÓN DE ARTERIA CORONARIA E INSERCIÓN DE STENT. Asturias, 1996-2010. Tasas por 100.000h				
Indicador	Incidencia de revascularizaciones mediante eliminación de obstrucción de arteria coronaria e inserción de stent. Asturias, 1996-2010. Tasas por 100.000h.			
Definición	Personas que durante la estancia hospitalaria se les ha practicado una revascularización mediante eliminación de obstrucción de arteria coronaria e inserción de stent. Tasas por 100.000h del período y media anual.			
Fuente de datos	CMBD, Asturias, 1996-2010. CIE9-MC: P066			
Resultados:	Año	Hombres	Mujeres	Total
	1996	**189**	**55**	**244**
	1997	**256**	**59**	**315**
	1998	**254**	**78**	**332**
	1999	**247**	**69**	**316**
	2000	**368**	**112**	**480**
	2001	**323**	**84**	**407**
	2002	**701**	**204**	**905**
	2003	**781**	**221**	**1.002**
	2004	**854**	**279**	**1.133**
	2005	**937**	**291**	**1.228**
	2006	**949**	**280**	**1.229**
	2007	**955**	**317**	**1.272**
	2008	**956**	**316**	**1.272**
	2009	**875**	**319**	**1.194**
	2010	**1.025**	**328**	**1.353**

Con respecto a esta técnica se observa un incremento considerable en su práctica desde el año 2001, estimándose en un 300% de incremento siendo ligeramente superior en hombres que en mujeres.

Gráfico 31. Revascularizaciones mediante eliminación de obstrucción de arteria coronaria e inserción de stent por sexo. Evolución. Tasas por 100.000h. Fuente: CMBD, Asturias, 1996-2010



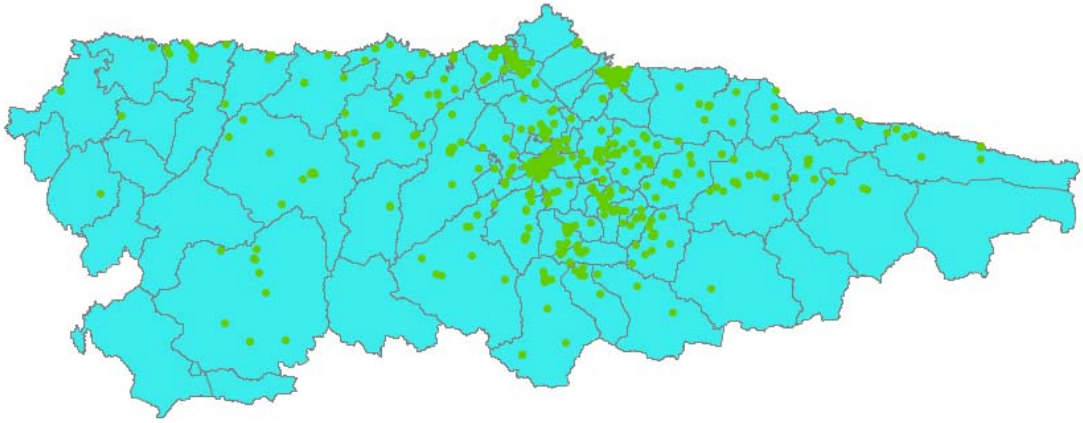
Mapa 28: Distribución geográfica de casos de procedimientos de eliminación de estenosis arterial coronaria. Asturias, 2006-2010. Fuente: Servicio de Vigilancia Epidemiológica del Principado de Asturias,2006-2010



Incluye:
36.0 Eliminación de estenosis arterial coronaria con o sin implante de prótesis intracoronaria(s) "stent"(s). 36.03 Angioplastía de arteria coronaria a tórax abierto Coronaria (arteria): endarterectomía (con injerto de parche) tromboendarterectomía (con injerto de parche) Cirugía abierta para liberación directa de obstrucción de arteria coronaria. Excluye: aquella con injertos para puente o coronario (36.10-36.19). También incluye: inserción de stent(s) liberador(es) de fármaco en arteria coronaria (36.07) ; inserción de stent(s) no liberador(es) de fármaco en arteria coronaria (36.06) ; número de stents vasculares insertados (00.45- 00.48); número de vasos tratados (00.40- 00.43); procedimiento sobre bifurcación vascular (00.44). 36.04 Infusión arterial intracoronaria de trombolítico Bien por inyección arterial coronaria directa, infusión o cateterismo; Infusión de enzimas; Inhibidor plaquetas; Excluye: aquella administrada de forma intravenosa (infusión IV): agente trombolítico (99.10), inhibidor plaquetario (99.20), aquella asociada a cualquier procedimiento clasificado en 36.03. 36.06 Inserción de stent(s) no liberador de fármacos en arteria coronária: Endoinjerto(s); Injerto(s) de stent; Injerto(s) endovascular (es), Stent(s) de depósito; Stent(s) descubierto ; Stent(s) recubierto(s) con fármacos, ej. recubierto de heparina; Excluye: inserción de stent(s) de arteria coronaria liberador de fármacos (36.07); Incluye también angioplastía arterial coronaria a tórax abierto (36.03); angioplastía coronaria transluminal percutánea [ACTP] [PTCA]; o aterectomía coronaria transluminal percutánea (00.66), número de stents vasculares insertados (00.45-00.48); número de vasos tratados (00.40-00.43); procedimiento sobre bifurcación vascular (00.44).36.07 Inserción de stent(s) liberador(es) de fármaco en arteria coronaria , Endoinjerto(s); Injerto(s) de stent; Injerto(s) endovascular(ES) También: angioplastía de arteria coronaria a tórax abierto (36.03); angioplastía coronaria transluminal percutánea [ACTP] o aterectomía coronaria transluminal percutánea (00.66). 36.09 Otra eliminación de obstrucción de arteria coronária: Angioplastía coronaria NEOM;

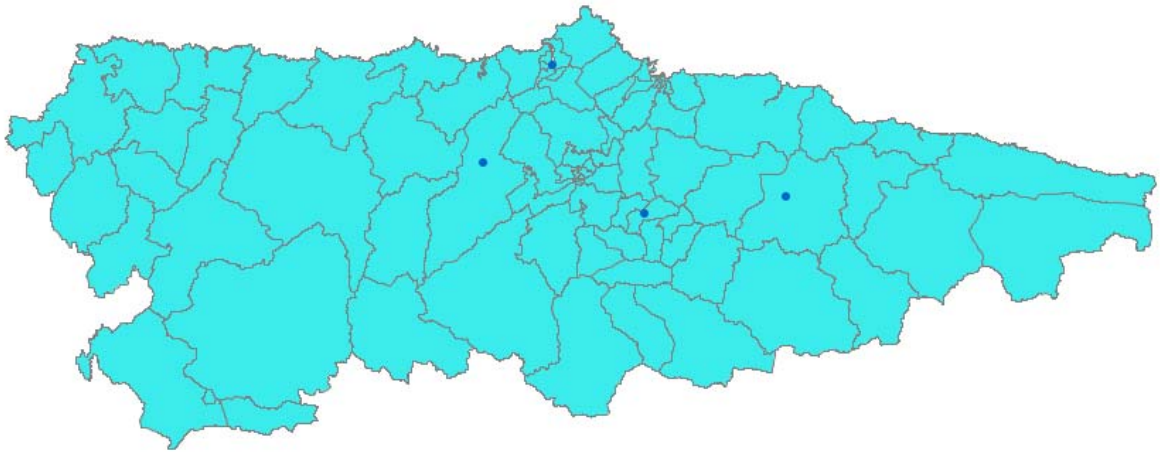
Mapa 29: Distribución geográfica de casos de procedimientos de eliminación de anastomosis coronaria. Asturias, 2006-2010. Fuente: Servicio de Vigilancia Epidemiológica del Principado de Asturias, 2006-2010

Incluye: 36.1 Anastomosis de derivación para revascularización miocárdica. 36.10 Derivación aortocoronaria para revascularización miocárdica, no especificada de otra manera. Revascularización directa: cardíaca, coronária, miocardiaca, músculo cardíaco, Revascularización cardiaca NEOM. 36.11 Derivación (aorto) coronaria de una arteria coronaria. 36.12 Derivación (aorto) coronaria de dos arterias coronárias. 36.13 Derivación (aorto) coronaria de tres arterias coronárias. 36.14 Derivación (aorto) coronaria de cuatro o más arterias coronárias. 36.15 Anastomosis simple de arteria mamaria interna-arteria coronária. 36.16 Anastomosis doble de arteria mamaria interna-arteria coronária. 36.17 Anastomosis de la arteria coronaria abdominal. 36.19 Otras anastomosis de derivación para revascularización miocárdica



Mapa 30: Distribución geográfica de casos de procedimientos de eliminación de Otras revascularizaciones cardíacas. Asturias, 2006-2010. Fuente: Servicio de Vigilancia Epidemiológica del Principado de Asturias, 2006-2010

Incluye: 36.3 Otra revascularización cardíaca. 36.31 Revascularización transmiocárdica con tórax abierto
36.32 Otra revascularización transmiocárdica. 36.33 Revascularización transmiocárdica endoscópica. Revascularización transmiocardica con asistencia robótica. Revascularización transmiocárdica toracoscópica. 36.34 Revascularización transmiocárdica percutânea. Revascularización transmiocárdica endovascular. 36.39 Otra revascularización del corazón. Abrasión de epicardio. Cardioomentopexia. Espolvoreado intrapericárdico. Injerto miocárdico: epiplón, grasa mediastínica, músculos pectorales



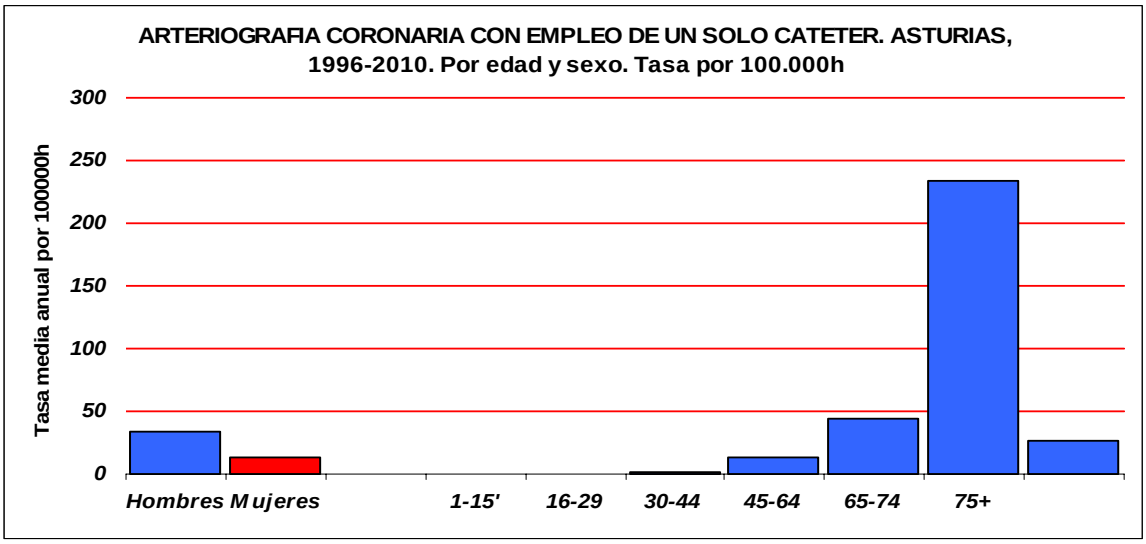
2.5.3. Revascularizaciones mediante arteriografía coronaria de un solo cateter.

En Asturias se han realizado desde 1996 hasta 2010 un total de cerca de 2700 arteriografías coronaria con un solo catéter. Eso significa una tasa de 341 por 100.000h. Significando una media de 23 casos/100.000h y año de media. Se hacen más en hombres que en mujeres (cociente de masculinidad de 2,5). Por edades se realizan más en personas de 65-74 años de edad. A partir de esa edad realmente se realizan pocas.

Tabla 89. Arteriografía coronaria de un solo catéter por edad y sexo. Asturias, 1996-2010. Tasas por 100.000h. Fuente: CMBD, Asturias, 1996-2010

INCIDENCIA DE REALIZACION DE ARTERIOGRAFIA CORONARIA DE UN SOLO CATETER. Asturias, 1996-2010. Tasas por 100.000h				
Indicador	Incidencia realización de arteriografia coronaria de un solo cateter en Asturias por grupo etario y sexo			
Definición	Personas que durante la estancia hospitalaria se les ha practicado una arteriografia coronaria de un solo cateter por cardiopatía isquémica. Tasas por 100.000h del período y media anual.			
Fuente de datos	CMBD, Asturias, 1996-2010. CIE9-MC: P88.55			
Resultados:		Frecuencia	Tasa periodo	Tasa media anual
	Total	**3.693**	**341,5**	**22,76**
	Hombres	**2.605**	**502,3**	**33,49**
	Mujeres	**1.088**	**193,3**	**12,89**
	0-15 años	**0**	**0,0**	**0**
	16-29 años	**13**	**17,2**	**1,1**
	30-44 años	**258**	**206,2**	**13,7**
	45-64 años	**1.076**	**659,6**	**44,0**
	65-74 años	**2.003**	**3.503,4**	**233,6**
	75+ años	**343**	**399,5**	**26,6**

Gráfico 32. Arteriografía coronaria de un solo catéter por edad y sexo. Asturias, 1996-2010. Tasas por 100.000h. Fuente: CMBD, Asturias, 1996-2010

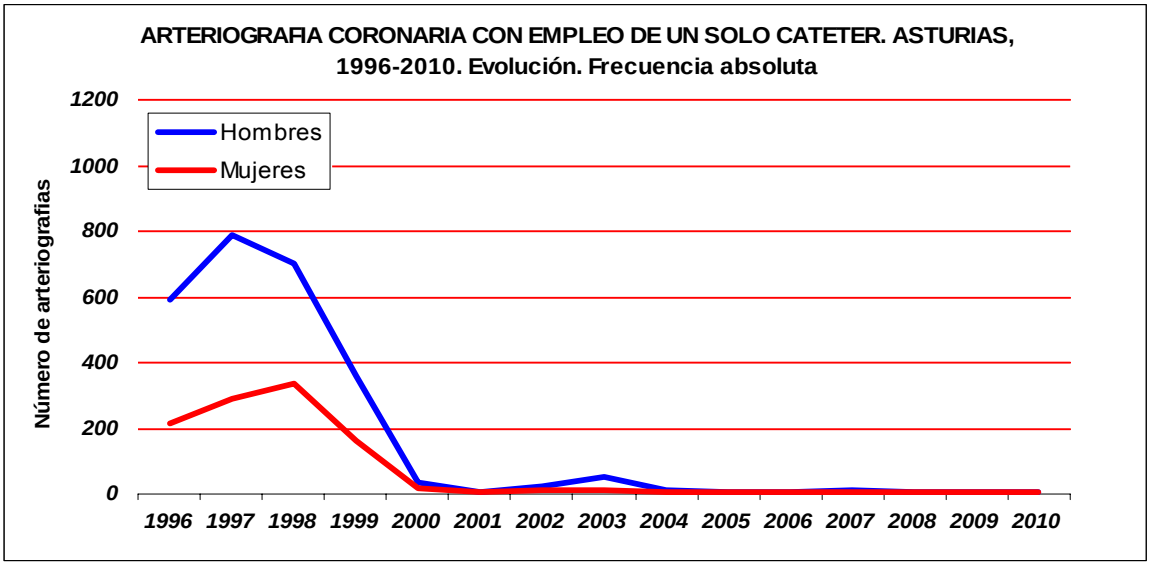


Este tipo de arteriografía se realizó cuando analizamos su evolución, hasta el año 1999. A partir de esa fecha su realización es prácticamente anecdótica viéndose sustituida por las arteriografías de doble catéter.

Tabla 90. Arteriografía coronaria de un solo catéter por edad y sexo. Evolución. Asturias, 1996-2010. Tasas por 100.000h. Fuente: CMBD, Asturias, 1996-2010

INCIDENCIA DE REALIZACION DE ARTERIOGRAFIA CORONARIA DE UN SOLO CATETER. Asturias, 1996-2010. Tasas por 100.000h				
Indicador	Incidencia realización de arteriografia coronaria de un solo cateter en Asturias por grupo etario y sexo			
Definición	Personas que durante la estancia hospitalaria se les ha practicado una arteriografia coronaria de un solo cateter por cardiopatía isquémica. Tasas por 100.000h del período y media anual.			
Fuente de datos	CMBD, Asturias, 1996-2010. CIE9-MC: P88.55			
Resultados:	Año	Hombres	Mujeres	Total
	1996	**591**	**216**	**807**
	1997	**790**	**292**	**1.082**
	1998	**702**	**339**	**1.041**
	1999	**357**	**163**	**520**
	2000	**33**	**15**	**48**
	2001	**6**	**5**	**11**
	2002	**25**	**11**	**36**
	2003	**51**	**13**	**64**
	2004	**10**	**5**	**15**
	2005	**3**	**6**	**9**
	2006	**7**	**4**	**11**
	2007	**12**	**6**	**18**
	2008	**6**	**5**	**11**
	2009	**7**	**4**	**11**
	2010	**5**	**4**	**9**

Gráfico 33. Arteriografía coronaria de un solo catéter por edad y sexo. Evolución. Asturias, 1996-2010. Tasas por 100.000h. Fuente: CMBD, Asturias, 1996-2010



Por hospital donde se realizaron casi toda su totalidad se realizaron en el HUCA, en el resto de hospitales fue anecdótica.

Tabla 91. Arteriografía coronaria de un solo catéter por hospital. Asturias, 1996-2010. Tasas por 100.000h. Fuente: CMBD, Asturias, 1996-2010

Área Sanitaria (población, INE Padrón Municipal 16.01.2012)		**Incidencia realización de arteriografia coronaria de un solo cateter en Asturias por Hospital. Astúrias, 1996-2010. Tasas por 100.000h.**		
		Número del período	Media anual	Tasa media anual por 100.000h
I (49.323)	HOSPITAL DE JARRIO	**3**	**0,2**	
II (29.968)	HOSPITAL CARMEN Y SEVERO OCHOA	**75**	**5**	
III (157.498)	HOSPITAL DE SAN AGUSTIN	**8**	**0,5**	
IV (340.166)	HUCA	**3.574**	**238,3**	
V (303.484)	HOSPITAL CABUEñES HOSPITAL DE JOVE	**20** **3**	**1,3** **0,2**	
VI (53.386)	HOSPITAL DEL ORIENTE	**1**	**0,07**	
VII (67.820)	HOSPITAL ALVAREZ BUYLLA	**5**	**0,3**	
VIII (79.842)	HOSPITAL VALLE DEL NALÓN	**4**	**0,27**	
TOTAL	ASTURIAS	**3.693**	**246,2**	**22,75**

2.5.4. Revascularizaciones mediante arteriografía coronaria de un solo cateter.

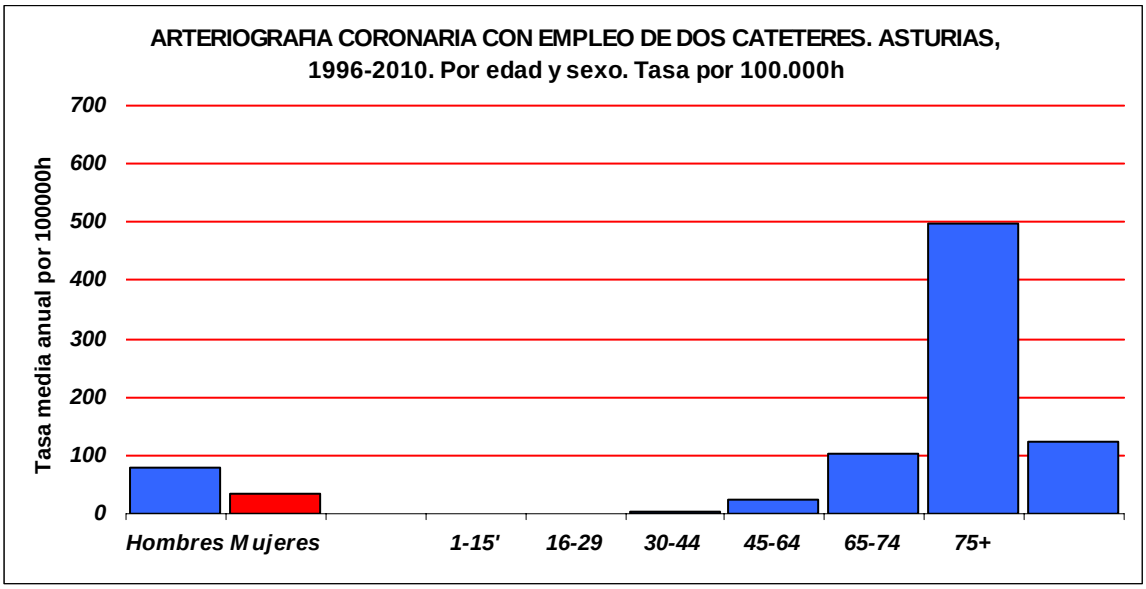
Este tipo de arteriografías ha sido más frecuente que la anterior especialmente desde el año 2000. En el período 1996-2010 se realizaron un total de 8.842 intervenciones (tasa media anual de 54 casos/100.000h). También se ha realizado más frecuentemente en hombres que en mujeres (cociente de masculinidad de 2,2).

Por su parte se ha realizado más frecuentemente en personas de 65-74 años.

Tabla 92. Arteriografía coronaria con dos catéteres. Asturias, 1996-2010. Tasas por 100.000h. Fuente: CMBD, Asturias, 1996-2010

INCIDENCIA DE REALIZACION DE ARTERIOGRAFIA CORONARIA con DOS CATETERES. Asturias, 1996-2010. Tasas por 100.000h				
Indicador	Incidencia realización de arteriografia coronaria con dos cateteres en Asturias por grupo etario y sexo			
Definición	Personas que durante la estancia hospitalaria se les ha practicado una arteriografia coronaria con dos cateteres por cardiopatía isquémica. Tasas por 100.000h del período y media anual.			
Fuente de datos	CMBD, Asturias, 1996-2010. CIE9-MC: P88.55			
Resultados:		Frecuencia	Tasa periodo	Tasa media anual
	Total	**8.842**	**817,6**	**54,51**
	Hombres	**6.035**	**1.163,8**	**77,59**
	Mujeres	**2.807**	**498,7**	**33,24**
	0-15 años	**1**	**1,8**	**0,1**
	16-29 años	**36**	**47,6**	**3,2**
	30-44 años	**440**	**351,7**	**23,4**
	45-64 años	**2.496**	**1.530,1**	**102,0**
	65-74 años	**4.263**	**7.456,3**	**497,1**
	75+ años	**1.606**	**1.870,7**	**124,7**

Gráfico 34. Arteriografía coronaria con dos catéteres. Asturias, 1996-2010. Tasas por 100.000h. Fuente: CMBD, Asturias, 1996-2010

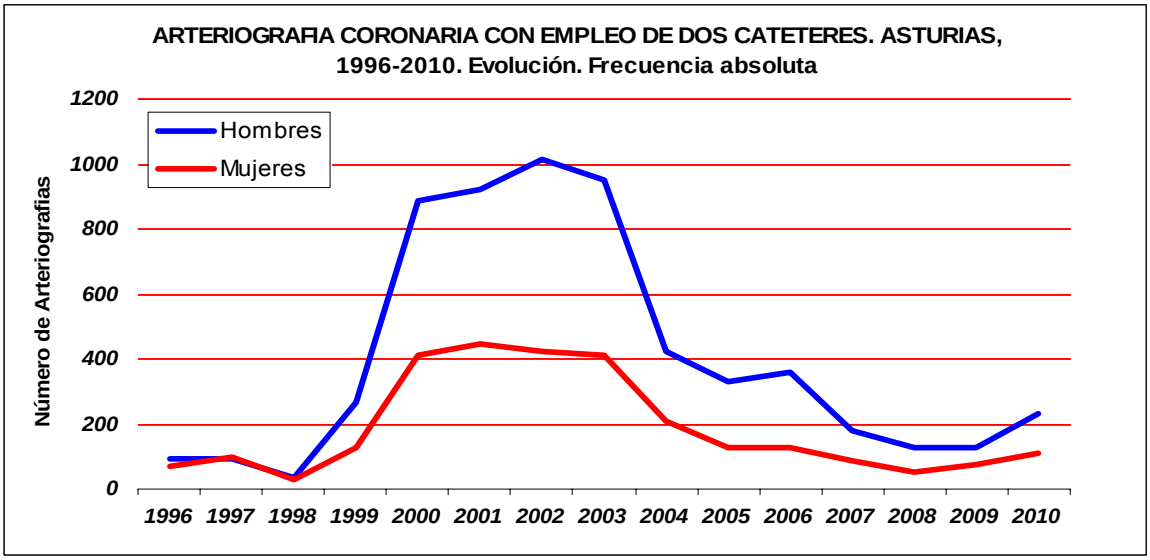


Por su parte analizando su evolución observamos que se han realizado mucho desde el año 2000 cuando dejaron de hacerse arteriografías de un solo catéter hasta el año 2004.

Tabla 93. Arteriografía coronaria con dos catéteres. Evolución. Asturias, 1996-2010. Tasas por 100.000h. Fuente: CMBD, Asturias, 1996-2010

INCIDENCIA DE REALIZACION DE ARTERIOGRAFIA CORONARIA con DOS CATETERES. Asturias, 1996-2010. Tasas por 100.000h				
Indicador	Incidencia realización de arteriografia coronaria con dos cateteres en Asturias por grupo etario y sexo			
Definición	Personas que durante la estancia hospitalaria se les ha practicado una arteriografia coronaria con dos cateteres por cardiopatía isquémica. Tasas por 100.000h del período y media anual.			
Fuente de datos	CMBD, Asturias, 1996-2010. CIE9-MC: P88.55			
Resultados:	Año	Hombres	Mujeres	Total
	1996	**90**	**72**	**162**
	1997	**93**	**96**	**189**
	1998	**32**	**31**	**63**
	1999	**267**	**125**	**392**
	2000	**886**	**412**	**1.298**
	2001	**924**	**448**	**1.372**
	2002	**1.014**	**425**	**1.439**
	2003	**950**	**409**	**1.359**
	2004	**425**	**211**	**636**
	2005	**328**	**126**	**454**
	2006	**358**	**128**	**486**
	2007	**182**	**89**	**271**
	2008	**129**	**54**	**183**
	2009	**125**	**73**	**198**
	2010	**232**	**108**	**340**

Gráfico 35. Arteriografía coronaria con dos catéteres. Evolución. Asturias, 1996-2010. Tasas por 100.000h. Fuente: CMBD, Asturias, 1996-2010



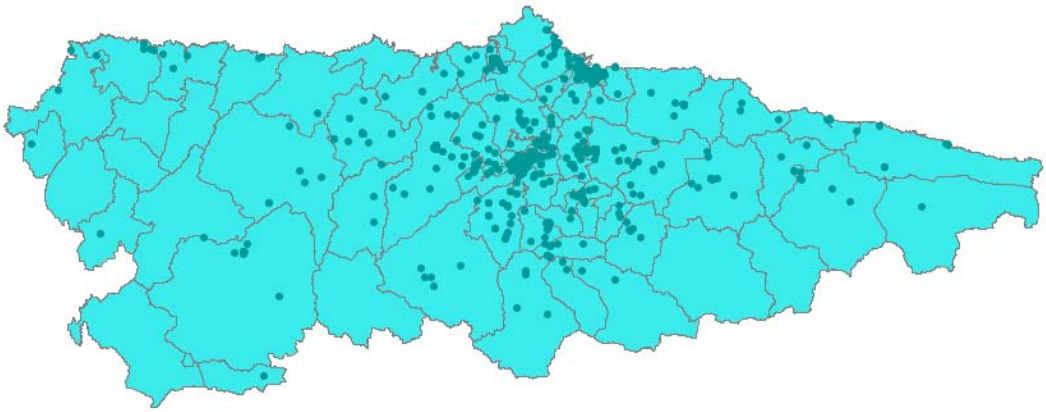
La mayor parte de este tipo de procedimientos se ha realizado en el HUCA

Tabla 94. Arteriografía coronaria con dos catéteres. Hospital. Asturias, 1996-2010. Tasas por 100.000h. Fuente: CMBD, Asturias, 1996-2010

Área Sanitaria (población, INE Padrón Municipal 16.01.2012)		**Incidencia realización de arteriografia coronaria con dos cateteres en Asturias por Hospital. Astúrias, 1996-2010. Tasas por 100.000h.**		
		Número del período	Media anual	Tasa media anual por 100.000h
I (49.323)	HOSPITAL DE JARRIO			
II (29.968)	HOSPITAL CARMEN Y SEVERO OCHOA			
III (157.498)	HOSPITAL DE SAN AGUSTIN	**2**	**0,1**	
IV (340.166)	HUCA	**8.236**	**549,1**	
V (303.484)	HOSPITAL CABUEñES	**597**	**39,8**	
VI (53.386)	HOSPITAL DEL ORIENTE	**4**	**0,3**	
VII (67.820)	HOSPITAL ALVAREZ BUYLLA	**3**	**0,2**	
VIII (79.842)	HOSPITAL VALLE DEL NALÓN			
TOTAL	ASTURIAS	**8.842**	**589,5**	**54,3**

Mapa 31: Distribución geográfica de Arteriografía coronaria con empleo de dos catéteres. Asturias, 2006-2010. Asturias, 2006-2010. Fuente: Servicio de Vigilancia Epidemiológica del Principado de Asturias, 2006-2010

Incluye:
88.56 Arteriografía coronaria con empleo de dos catéteres
Arteriografía coronaría por: técnica de Judkins, técnica de Ricketts y Abrams, Arteriografía coronaria selectiva directa con empleo de dos cateteres, Excluye: angiografía vascular fluorescente intra-operatoria (88.59)



2.5.6. Revascularizaciones mediante otras arteriografías:

Este tipo de arteriografías ha sido más frecuente entre los años 1996-2000 y a partir del año 2006.

Se realizaron un total de más de 3.200 otras arteriografías, significando una tasa media anual de 20 casos/100.000h. Se realizó más frecuentemente en hombres que en mujeres.

Se realizaron más frecuentemente en personas de 65-74 años.

Tabla 95. Otras Arteriografías coronarias. Asturias, 1996-2010. Tasas por 100.000h. Fuente: CMBD, Asturias, 1996-2010

INCIDENCIA DE REALIZACION DE OTRAS ARTERIOGRAFIAS CORONARIA. Asturias, 1996-2010. Tasas por 100.000h				
Indicador	Incidencia realización de Otras arteriografias coronarias en Asturias por grupo etario y sexo			
Definición	Personas que durante la estancia hospitalaria se les ha practicado Otras arteriografias coronarias por cardiopatía isquémica. Tasas por 100.000h del período y media anual.			
Fuente de datos	CMBD, Asturias, 1996-2010. CIE9-MC: P88.57			
Resultados:		Frecuencia	Tasa periodo	Tasa media anual
	Total	**3.255**	**301,0**	**20,06**
	Hombres	**2.245**	**432,9**	**28,86**
	Mujeres	**1.010**	**179,4**	**11,96**
	0-15 años	**1**	**1,8**	**0,1**
	16-29 años	**42**	**55,5**	**3,7**
	30-44 años	**169**	**135,1**	**9,0**
	45-64 años	**1.047**	**641,8**	**42,8**
	65-74 años	**1.419**	**2.481,9**	**165,5**
	75+ años	**577**	**672,1**	**44,8**

Gráfico 36. Otras Arteriografías coronarias. Asturias, 1996-2010. Tasas por 100.000h. Fuente: CMBD, Asturias, 1996-2010

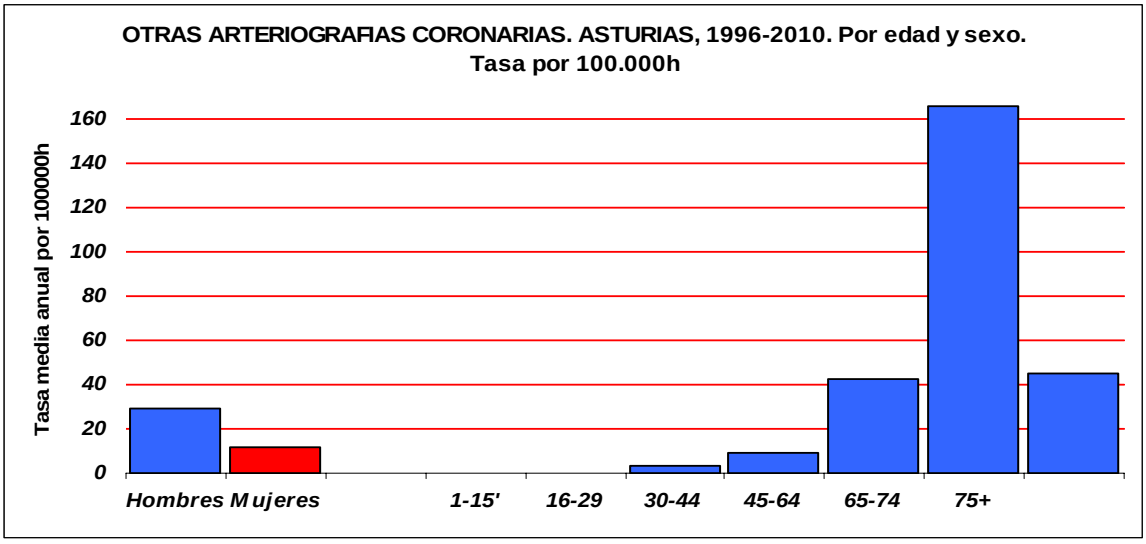
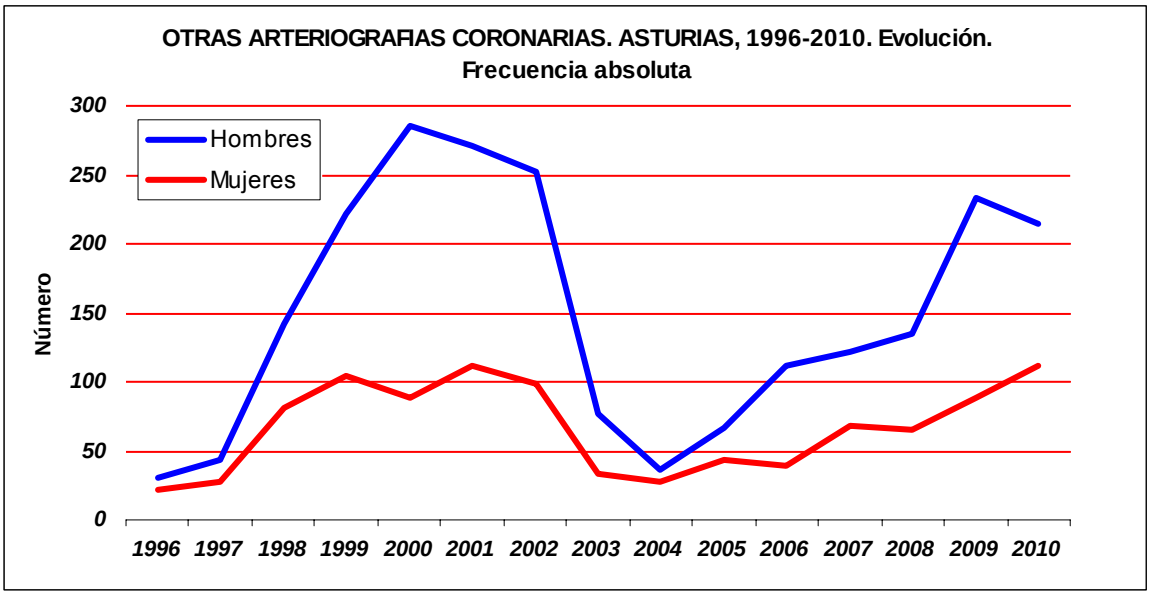


Tabla 96. Otras Arteriografías coronarias. Asturias, 1996-2010. Evolución. Tasas por 100.000h. Fuente: CMBD, Asturias, 1996-2010

INCIDENCIA DE REALIZACION DE OTRAS ARTERIOGRAFIAS CORONARIA. Asturias, 1996-2010. Tasas por 100.000h				
Indicador	Incidencia realización de Otras arteriografias coronarias en Asturias por grupo etario y sexo			
Definición	Personas que durante la estancia hospitalaria se les ha practicado Otras arteriografias coronarias por cardiopatía isquémica. Tasas por 100.000h del período y media anual.			
Fuente de datos	CMBD, Asturias, 1996-2010. CIE9-MC: P88.55			
Resultados:	Año	Hombres	Mujeres	Total
	1996	**31**	**22**	**53**
	1997	**43**	**28**	**71**
	1998	**142**	**81**	**223**
	1999	**222**	**104**	**326**
	2000	**286**	**89**	**375**
	2001	**271**	**111**	**382**
	2002	**252**	**98**	**350**
	2003	**77**	**34**	**111**
	2004	**36**	**27**	**63**
	2005	**67**	**44**	**111**
	2006	**112**	**39**	**151**
	2007	**122**	**68**	**190**
	2008	**135**	**65**	**200**
	2009	**234**	**88**	**322**
	2010	**215**	**112**	**327**

Gráfico 37. Otras Arteriografías coronarias. Evolución. Asturias, 1996-2010. Tasas por 100.000h. Fuente: CMBD, Asturias, 1996-2010



Mapa 32: Distribución geográfica de Otras Arteriografías coronarias. Asturias, 2006-2010. Fuente: Servicio de Vigilancia Epidemiológica del Principado de Asturias, 2006-2010

Incluye: 88.57 Otra arteriografía coronaria y arteriografía coronaria, no especificada. Arteriografía coronaria NEOM. Excluye: angiografía vascular fluorescente intra-operatoria (88.59)

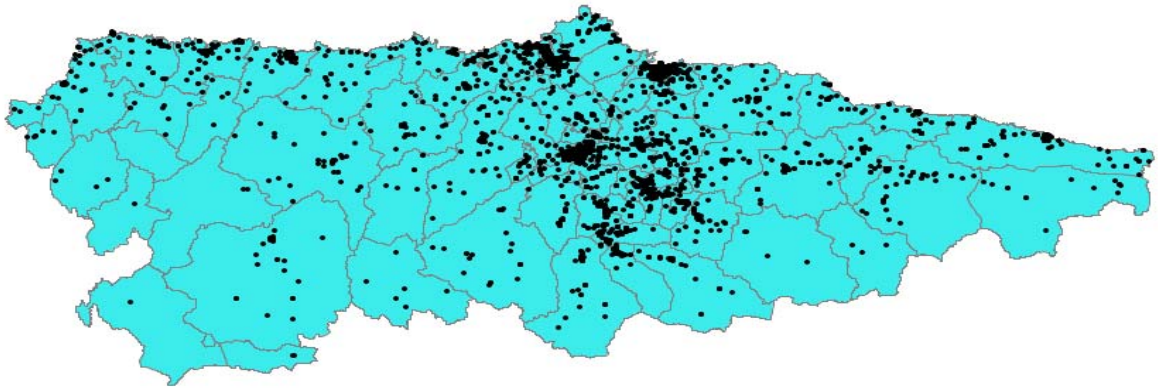


Tabla 97. Otras Arteriografías coronarias. Asturias, 1996-2010. Hospital. Tasas por 100.000h. Fuente: CMBD, Asturias, 1996-2010

Área Sanitaria (población, INE Padrón Municipal 16.01.2012)		**Incidencia realización de arteriografía coronaria con dos catéteres en Asturias por Hospital. Asturias, 1996-2010. Tasas por 100.000h.**		
		Número del período	Media anual	Tasa media anual por 100.000h
I (49.323)	HOSPITAL DE JARRIO	**74**	**4,9**	
II (29.968)	HOSPITAL CARMEN Y SEVERO OCHOA	**89**	**5,9**	
III (157.498)	HOSPITAL DE SAN AGUSTIN	**45**	**3,0**	
IV (340.166)	HUCA	**2.398**	**159,9**	
V (303.484)	HOSPITAL CABUEñES HOSPITAL DE JOVE	**469** **65**	**31,3** **4,3**	
VI (53.386)	HOSPITAL DEL ORIENTE	**2**	**0,1**	
VII (67.820)	HOSPITAL ALVAREZ BUYLLA	**99**	**6,6**	
VIII (79.842)	HOSPITAL VALLE DEL NALÓN	**11**	**0,7**	
TOTAL	ASTURIAS	**3,255**	**217**	**20,0**

2.5.7. Trasplante cardiaco:

Los trasplantes cardíaco realizados en Asturias comenzaron su actividad en 2006 y se han realizado hasta 2010 62 intervenciones, y mucho más en hombres (cociente de masculinidad de más de 4). El grupo etario al que se le practicó más frecuentemente esta intervención fue a las personas de 45-64 años de edad.

Tabla 98. Incidencia de transplantes cardíacos. Tasas por 100.000h. y media anual. Fuente: CMBD, Asturias, 1996-2010. Distribución por edad y sexo.

INCIDENCIA DE REALIZACION DE TRASPLANTES CARDIACOS. Astúrias, 1996-2010. Tasas por 100.000h				
Indicador	Incidencia de trasplantes cardíacos en Asturias por grupo etario y sexo			
Definición	Personas a las que se les realizó un trasplante cardíaco. Tasas por 100.000h del período y media anual. Asturias, 1996-2010			
Fuente de datos	CMBD, Asturias, 1996-2010. CIE9-MC			
Resultados:		Frecuencia	Tasa periodo	Tasa media anual
	Total	**62**	**5,7**	**0,38**
	Hombres	**50**	**9,6**	**0,64**
	Mujeres	**12**	**2,1**	**0,14**
	0-15 años	**0**	**0,0**	**0,0**
	16-29 años	**3**	**4,0**	**0,3**
	30-44 años	**6**	**4,8**	**0,3**
	45-64 años	**35**	**21,5**	**1,4**
	65-74 años	**18**	**31,5**	**2,1**
	75+ años	**0**	**0,0**	**0,0**

Gráfico 38. Trasplante cardíaco. Asturias, 1996-2010. Tasas por 100.000h. Fuente: CMBD, Asturias, 1996-2010

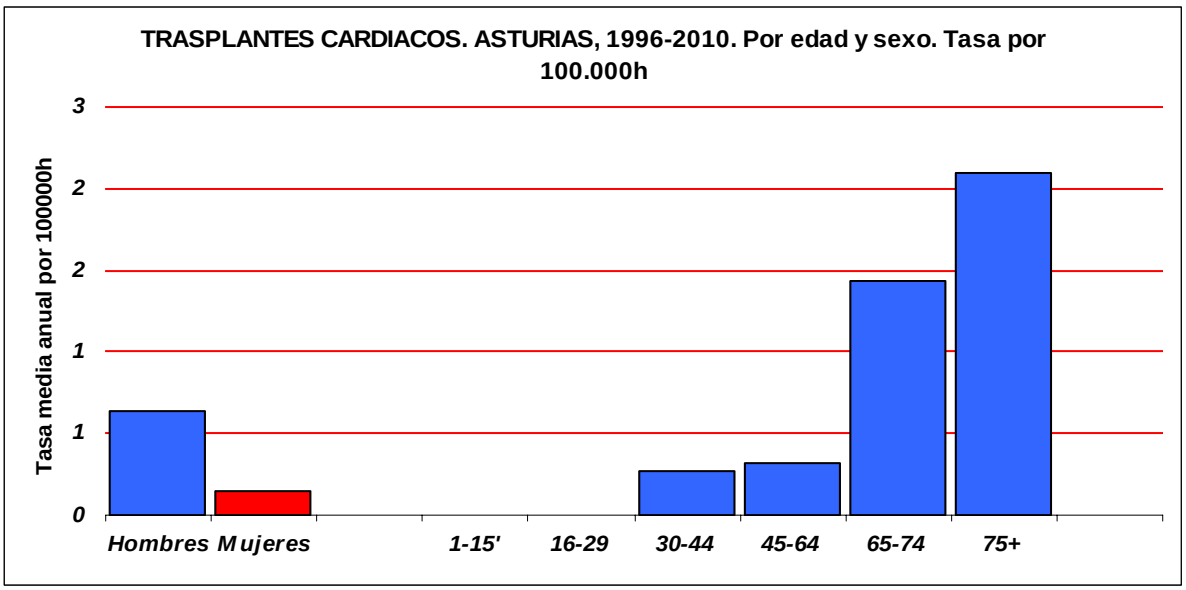


Tabla 99. Trasplante cardíaco. Asturias, 1996-2010. Evolución. Tasas por 100.000h. Fuente: CMBD, Asturias, 1996-2010

INCIDENCIA DE REALIZACION DE TRASPLANTES CARDIACOS. Astúrias, 1996-2010. Tasas por 100.000h				
Indicador	Incidencia de trasplantes cardíacos en Asturias por grupo etario y sexo			
Definición	Personas a las que se les realizó un trasplante cardíaco. Tasas por 100.000h del período y media anual. Asturias, 1996-2010			
Fuente de datos	CMBD, Asturias, 1996-2010. CIE9-MC			
Resultados:	Año	Hombres	Mujeres	Total
	1996			
	1997			
	1998			
	1999			
	2000			
	2001			
	2002			
	2003			
	2004			
	2005			
	2006	**11**	**1**	**12**
	2007	**9**	**3**	**12**
	2008	**11**	**3**	**14**
	2009	**7**	**4**	**11**
	2010	**12**	**1**	**13**

Gráfico 39. Trasplante cardíaco. Asturias, 1996-2010. Evolución. Tasas por 100.000h. Fuente: CMBD, Asturias, 1996-2010

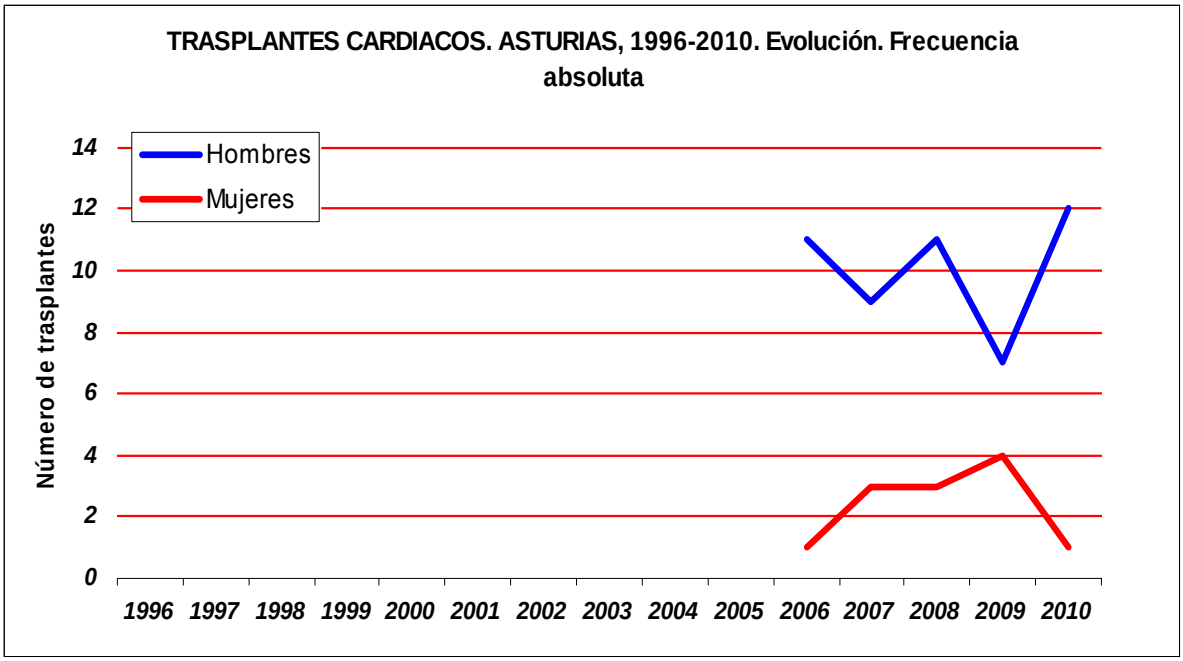
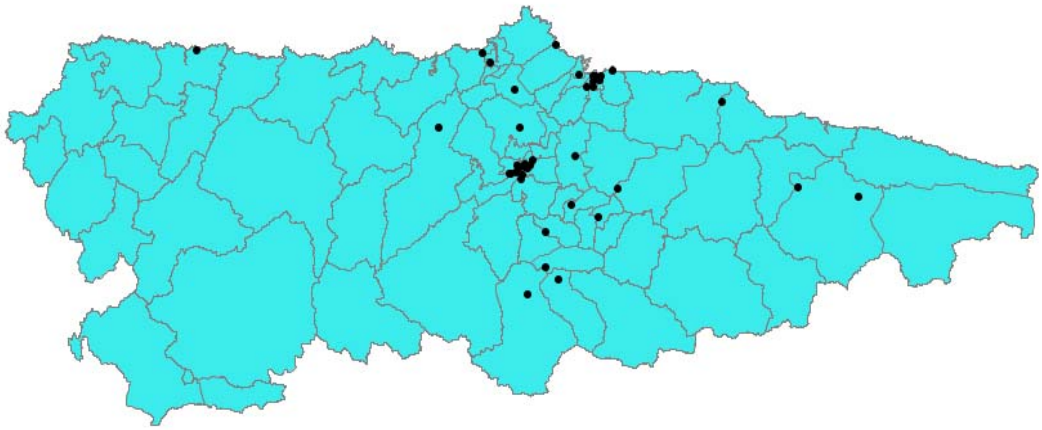

TRASPLANTES CARDIACOS. ASTURIAS, 1996-2010. Evolución. Frecuencia absoluta
Hombres
Mujeres
Número de trasplantes
14
12
10
8
6
4
2
0
1996
1997
1998
1999
2000
2001
2002
2003
2004
2005
2006
2007
2008
2009
2010

Tabla 100. Trasplante cardíaco. Asturias, 1996-2010. Hospitales. Tasas por 100.000h. Fuente: CMBD, Asturias, 1996-2010

Área Sanitaria (población, INE Padrón Municipal 16.01.2012)		**INCIDENCIA DE REALIZACION DE TRASPLANTES CARDIACOS por hospital. Asturias, 1996-2010. Tasas por 100.000h**		
		Número del período	Media anual	Tasa media anual por 100.000h
I (49.323)	HOSPITAL DE JARRIO			
II (29.968)	HOSPITAL CARMEN Y SEVERO OCHOA			
III (157.498)	HOSPITAL DE SAN AGUSTIN			
IV (340.166)	HUCA	**62**	**12,4**	**1,14**
V (303.484)	HOSPITAL CABUEñES HOSPITAL DE JOVE			
VI (53.386)	HOSPITAL DEL ORIENTE			
VII (67.820)	HOSPITAL ALVAREZ BUYLLA			
VIII (79.842)	HOSPITAL VALLE DEL NALÓN			
TOTAL	ASTURIAS			

Mapa 33: Distribución geográfica de trasplantes geográficos. Asturias, 2006-2010. Fuente: Servicio de Vigilancia Epidemiológica del Principado de Asturias, 2006-2010



2.5.8. Acceso a hemodinámica:

La revascularización cardíaca es necesario realizarla en un tiempo prudencial, adecuado al riesgo individual de cada paciente. Dependiendo de los recursos disponibles en cada hospital se puede hacer alguna de las técnicas anteriores en los hospitales o derivar a uno de referencia.

Existe una gran variabilidad en el tipo de intervenciones realizadas en función del hospital.

Tabla 101. Tiempo medio de demora desde indicación hasta acceso a hemodinámica por hospital. Asturias, 1996-2010. Hospitales. Tasas por 100.000h. Fuente: CMBD, Asturias, 1996-2010

Área Sanitaria (población, INE Padrón Municipal 16.01.2012)		**Tiempo medio de demora desde indicación hasta acceso a hemodinámica**
I (49.323)	HOSPITAL DE JARRIO	**Varía: 3 horas si urgente, 24 horas si preferente**
II (29.968)	HOSPITAL CARMEN Y SEVERO OCHOA	**En 2011: 12 fibrinolisis (11 en Urgencias y 1 en reanimación). Tiempo puerta-aguja: <15 minutos** **Resultado: 1 exitus y 9 tralados a HUCA (hemodinámica para revascularización)** **Tiempo solicitud-angioplastia (o cateterismo): <24h (2 pacientes), 24h (2), 48h (1), >48h (4). Tiempo médio de demora: 9,5 dias.**
III (157.498)	HOSPITAL DE SAN AGUSTIN	**Dato que no se mide en la actualidad. El indicador no define si es en hospitalizados y/o consultas externas.**
IV (340.166)	HUCA HMN	**SCACEST: inmediato, según código corazón** **Angina inestable en ingresados: 24-48h** **Demora media para estudio hemodinámico: 16 días** **En 2011, un caso, <60 min**
V (303.484)	HOSPITAL CABUEñES HOSPITAL DE JOVE	**56 dias**
VI (53.386)	HOSPITAL DEL ORIENTE	**Al enviarse los pacientes a centro de referencia se carece de esta información**
VII (67.820)	HOSPITAL ALVAREZ BUYLLA	**Tiempo medio que transcurre desde que se solicita en el centro, de primer nivel asistencial, la arteriografía hasta que se realiza la arteriografía en el centro de referencia: 5,89 días** **El tiempo medio que transcurre desde la indicación la arteriografía coronaria y es realizada en los pacientes revascularizados es de 5,79 días** **El tiempo medio que transcurre desde que se solicita la arteriografía coronaria y se realiza en aquellos pacientes diagnosticados de SCA sin calcular el riesgo es de 7,06 los días para los diagnosticados de SCASEST y 1 día para los diagnosticados de SCACEST** **El 20% de los pacientes diagnosticados de SCASEST, sin calcular el riesgo, son revascularizados en las primeras 48 horas desde que se solicita su estudio (arteriografía coronaria y revascularización si procede)** **El tiempo medio que transcurre desde ingreso hasta acceso a hemodinámica en aquellos pacientes diagnosticados de SCA sin calcular el riesgo es de 8,47 los días para los diagnosticados de SCASEST y 2,11 días para los diagnosticados de SCACEST.**
VIII (79.842)	HOSPITAL VALLE DEL NALÓN	**No dispone de datos**

2.5.9. Mortalidad hospitalaria en angioplastia coronaria, cirugía de revascularización coronaria y trasplante cardiaco por hospital:

Una gran parte de los fallecimientos por cardiopatía isquémica suceden fuera de los centros hospitalarios o en personas que acuden a urgencias hospitalarias. Sin embargo otra gran parte sucede en personas que acaban siendo ingresadas y a las que se les somete a una serie de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

Este indicador calcula las altas por fallecimiento en los hospitales asturianos en personas hospitalizadas en función de los procedimientos que durante el ingreso han recibido.

La tasa de mortalidad hospitalario por cada cien personas es de un 2,6% en angioplastias, un 1,6% en cateterismos cardíacos y de un 23% en trasplantes cardíacos.

No obstantes existe diferencias de género considerables en función de la técnica. Así, la mortalidad hospitalaria alcanza el 26% en hombres trasplantados cardíacos y es de solo el 8% en mujeres. en el caso de las angioplastias la mortalidad es inferior en hombres (2,4%) que en mujeres (3,1%).

Por edades el alta por fallecimiento es mucho más frecuente en personas mayores que en jóvenes (salvo para el trasplante cardíaco) siendo el riesgo un 300% más alto en personas de 75 y más años que en jóvenes en las angioplastias coronarias y de un 200% en cateterismos cardíacos.

Tabla 102. Tasas de mortalidad hospitalaria en angioplastia coronaria, cirugía de revascularización coronaria y trasplante cardiaco por hospital. Asturias, 1996-2010. Tasas por 100.000h. Fuente: CMBD, Asturias, 1996-2010

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	Catererismos cardíacos	Trasplante cardíaco (2006-10)
	Total	**2,56% (325/12.682)**	**1,59% (250/15746)**	**23% (14/62)**
	Hombres	**2,41**	**1,61**	**26**
	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**	**-**

2.5.10. 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:

Tabla 103. 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. 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)	* 2010: - 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).

2.6. Pacientes con cardiopatía isquémica (rehabilitación y prevención secundaria)

2.6.1. Pacientes incluidos en programas de prevención secundaria y rehabilitación cardiaca después del alta hospitalaria.

Tabla 104. Pacientes incluidos en programas de prevención secundaria y rehabilitación cardiaca después del alta hospitalaria. Fuente: SESPA, Asturias, 2012

Área Sanitaria (población, INE Padrón Municipal 16.01.2012)		**Programas de prevención secundaria y rehabilitación cardiaca después del alta hospitalaria.**
I (49.323)	HOSPITAL DE JARRIO	**Prevención secundaria: 100% pacientes** **Rehabilitación después de alta: 0%**
II (29.968)	HOSPITAL CARMEN Y SEVERO OCHOA	**No existen**
III (157.498)	HOSPITAL DE SAN AGUSTIN	**En pacientes dados de alta tras SCA, el 95% reciben recomendaciones de prevención secundaria, y el 30% de los ingresados por una IAM acuden auna taller educativo específico tras el alta.** **No existe un protocolo definido de rehabilitación cardiaca en el centro.**
IV (340.166)	HUCA HMN	**No existe programa** **Objetivo: ponerlo en marcha en primer semestre de 2012** **No existen**
V (303.484)	HOSPITAL CABUEÑES HOSPITAL DE JOVE	**No existen** **Unidad de rehabilitación cardiaca como tal no existe. Prevención secundaria se realiza en todos los pacientes.**
VI (53.386)	HOSPITAL DEL ORIENTE	**No existen**
VII (67.820)	HOSPITAL ALVAREZ BUYLLA	**No se dispone de un programa de rehabilitación cardiaca ni se realiza una valoración sistemática de las deficiencias físicas, psicológicas y sociales. Aunque si se detectan necesidades de valoración social se dispone una trabajadora social que la realiza y gestiona los recursos necesarios que pueda precisar cada paciente, incluyendo en el mismo la continuidad con Atención Primaria.** **Está previsto trabajar en la mejora de coordinación entre Atención Primaria y Especializada del Área VII mediante la adaptación de la vía organizativa del PCAI Cardiopatía Isquémica a su ámbito de actuación.**
VIII (79.842)	HOSPITAL VALLE DEL NALÓN	**No existen**

2.6.2. Pacientes tratados al alta hospitalaria con antiagregantes plaquetarios y betabloqueantes.

El uso de los antiagregantes y el uso de betabloqueantes tras un infarto está asociado a una disminución de sus efectos a largo plazo.

Un estándar propuesto menciona que el 100% de pacientes con Síndrome Coronario Agudo y que no tenga contraindicación específica a betabloqueantes al alta debe dársele un tratamiento con betabloqueantes

Tabla 105. Porcentaje de pacientes tratados al alta hospitalaria con antiagregantes plaquetarios y betabloqueantes. Fuente: SESPA, Asturias, 2012

Área Sanitaria (población, INE Padrón Municipal 16.01.2012)		**Pacientes tratados al alta hospitalaria con antiagregantes plaquetarios y betabloqueantes.**
I (49.323)	HOSPITAL DE JARRIO	**100%**
II (29.968)	HOSPITAL CARMEN Y SEVERO OCHOA	**Antiagregantes: 506** **Betabloqueantes: 373** **(incluye todos los prescritos en AE en 2011, además de prescrito en Consultas externas y consumo de personal)**
III (157.498)	HOSPITAL DE SAN AGUSTIN	**Pacientes dados de alta tras IAM con antiagregantes plaquetarios: 100%** **Pacientes dados de alta tras IAM con betabloqueantes: 85%**
IV (340.166)	HUCA HMN	**Antiagregantes: 95% (aspirina, 90%)** **B-bloqueantes: 70%** **55 casos de un total de 3423 altas (2011)** **Edad media: 88 años. 42 SCA (76%). Tres éxitus.** **Al alta, de los SCA: 14% anticoagulados, 33% tratados con antiagregantes, 40% con ambos y 11% con antiagregantes y nitratos**
V (303.484)	HOSPITAL CABUEñES HOSPITAL DE JOVE	**100%** **De los 91 pacientes ingresados fueron dados de alta 82. 4 fueron antiagregados con clopidogrel por causa justificada y y los 78 restantes con AAS.. El resultado del indicador es 78/78 100%.** **De los 82 pacientes dados de alta tenían algún tipo de contraindicación 12 (EAP durante el ingreso 6,,EPOC severo 1, ASMA 5,). De los 70 restantes recibieron betabloqueante al alta 65.El indicador 65/70 es de 86.65%.**
VI (53.386)	HOSPITAL DEL ORIENTE	**2010:** **27 no valorables (todos fueron éxitos o traslado a centro de referencia).** **Del resto, 98,6% de altas con antiagregantes, 72,2% con b-bloqueantes y 70,8% con ambos. Excluyendo contraindicaciones clínicas evidentes para b-bloqueantes: 82,5% con b-bloqueantes y 80,9% con ambos.** **2011:** **31 no valorables (todos fueron éxitos o traslado a centro de referencia).** **Del resto, 100% de altas con antiagregantes, 77,5% con b-bloqueantes y 77,5% con ambos. Excluyendo contraindicaciones clínicas evidentes para b-bloqueantes: 88,7% con b-bloqueantes y 88,7% con ambos.**
VII (67.820)	HOSPITAL ALVAREZ BUYLLA	**El 100% de los pacientes con SCA reciben tratamiento con antiagregantes al alta** **El 100% de los pacientes con SCA reciben tratamiento con betabloqueantes al alta**
VIII (79.842)	HOSPITAL VALLE DEL NALÓN	**Antiagregantes: 100% las 24h** **B-bloqueantes: 80% a las 24h**

2.6.3. Ingresos sucesivos por episodios cardiovasculares en pacientes dados de alta por cardiopatía isquémica.

Tabla 106. Promedio de ingresos sucesivos por episodios cardiovasculares en pacientes dados de alta por CI. Fuente: SESPA, Asturias, 2012

Área Sanitaria (población, INE Padrón Municipal 16.01.2012)		**Promedio de ingresos sucesivos por episodios cardiovasculares en pacientes dados de alta por CI.**
I (49.323)	HOSPITAL DE JARRIO	**10%**
II (29.968)	HOSPITAL CARMEN Y SEVERO OCHOA	**Altas con diagnóstico principal o secundario de CI: Pacientes 63, Ingresos 168, Promedio de reingresos: 2.67** **Altas con diagnóstico principal de CI: Pacientes 18, Ingresos 40, Promedio de reingresos 2.22**
III (157.498)	HOSPITAL DE SAN AGUSTIN	**Indicador que no es posible determinar en el hospital actualmente.**
IV (340.166)	HUCA HMN	**Pendiente de información** **De los 55 pacientes referenciados, 3,6% presentaron ingresos sucesivos por SCA.**
V (303.484)	HOSPITAL CABUEñES HOSPITAL DE JOVE	**2011: 1375 altas de cardiología, calculando episodios con DP CI/pacientes con CI= 1,13 (datos provisionales)** **No es posible su determinación actualmente**
VI (53.386)	HOSPITAL DEL ORIENTE	**2010: 92 pacientes: 15 ingresos sucesivos durante 2010-2011 (16,3% en 2 años, 81,5% anual, 0,08 ingresos sucesivos/paciente)** **2011: 71 pacientes: 8 ingresos sucesivos durante 2011 (11,3% anual, 0,11 ingresos sucesivos/paciente)**
VII (67.820)	HOSPITAL ALVAREZ BUYLLA	**La tasa de reingresos por episodios cardiovasculares en pacientes dados de alta por cardiopatía isquémica es de 2,70% a los 30 días, 3,38% a los 31 días y 6,08% a los 120 días.**
VIII (79.842)	HOSPITAL VALLE DEL NALÓN	**No dispone de datos**

3. Inventario de indicadores por centro sanitario

3.1. Atención Prmaria:

Tabla 107. Resumen de indicadores en Atención primaria.

Área Sanitaria (población, INE Padrón Municipal 16.01.2012	Existencia de protocolos conjuntos AP-AE para la atención al paciente crónico coronario	Número y porcentaje de centros en Atención primaria (CS, consultorios, etc.) con desfribilador y personal capacitado para su utilización
I **(49.323)**	* PCAI sobre CI, 2005	**Centros de AP:** *** 57% de CS y ZBS y CP: 17 DESA, en Trevías, Luarca, Navia, Puerto Vega, El Espín, Villayón, Boal, Illano, La Caridad, tapia, Castropol, vegadeo, Taramundi, Santaya d'Ozcos, Vilanova d'Ozcos., Samartin d'Ozcos, Grandas de Salime** **Personal:** *** 53,5% (46/86, sin contar a profesionales de pediatría (pediatras y enfermería de pediatría)) del total de profesionales han recibido formación sobre RCP**
II **(29.968)**	No hay protocolos conjuntos AP-AE	**Centros de AP:** *** 100% de CS (5/5)** *** 40% en CP (4/10), ausencia en Besullo, Tebongo, Otero, Cerredo, Riocastiello, Bárcena.** *** Hay 8 PAC, todos con DESA.** **Personal:** *** Medicina: 100% (46/46)** *** Enfermería: 30% (12/40) han recibido formación en RCP en los dos últimos años.**
III **(157.498)**	No hay protocolos conjuntos AP-AE	**Centros de AP:** *** 47,8% (11/23) de CS con DESA y personal capacitado** **que son además PAC. Hay 8 PAC, todos con DESA.** **Personal:** *** No se contesta en este apartado**
IV **(340.166)**	* PCAI sobre CI, 2005 * Código Corazón, estrategia de repercusión precoz en el síndrome coronario agudo con ST elevada en Asturias. Proyecto IAMASTUR, Octubre, 2011	**Centros de AP:** *** 100% de CS y ZBS: 19 CS y 4 ZES** *** 93,3% de CP: 28 CP (faltan CP La Manjoya y CP, la Foz de Morcín)** **Personal:** *** Medicina: 100%, no necesitan acreditación** *** Enfermería: se desconoce. Obligación legal de acreditación pero ausencia de información sobre la misma.**
V **(303.484)**	No hay protocolos conjuntos AP-AE Sesiones de formación (2011-12): estudio del paciente con dolor torácico y seguimiento de la angina crónica inestable en el CS	**Centros de AP:** *** 100% de CS** **Personal:** *** Medicina: 100%, no necesitan acreditación** *** Periódicamente se imparten cursos de formación en RCP en todos los EAP pero sin determinar cuantía de personas formadas**
VI **(53.386)**	* PCAI sobre CI, 2005 * Código Corazón, estrategia de repercusión precoz en el síndrome coronario agudo con ST elevada en Asturias. Proyecto IAMASTUR, Octubre, 2011	**Centros de AP:** *** 100% (20/20) de CS y CP** **Personal:** *** Medicina: 100%, no necesitan acreditación** *** Enfermería: 100%, tanto personal fijo como eventual** *** El personal administrativo también está capacitado** **Periódicamente se imparten cursos de formación en RCP avanzada en todos los EAP.**
VII **(67.820)**	No hay protocolos conjuntos AP-AE	**Centros de AP:** *** 78% (21/27) de CS y CP** **Personal:** *** Medicina: 100% (77, 67 MF y 10 pediatras) no necesitan acreditación** *** Enfermería: 3 personas** *** Personal no médico del Área (sanitario y no sanitario): 2%** *** Del total de personal: 37%, si se considera capacitada a una persona que recibió formación en RCP y DESA en los últimos dos años: 33% del personal sanitario.** **El personal NO sanitario no consta como formado** **en todos los EAP.**
VIII **(79.842)**	* PCAI sobre CI, 2005 * PPJ, Plan personal jerárquico, Actividades Preventivas * PPJ, Plan personal jerárquico, Cardiometabólico	**Centros de AP:** *** 100% (19/19, 6 C, 10 CP y 3 CL), con 23 desfibriladores.** **Personal:** *** Medicina: 100% (77, 67 MF y 10 pediatras) no necesitan acreditación** *** Enfermería: 3 personas** *** Personal no médico del Área (sanitario y no sanitario): 2%** *** Del total de personal sanitario de plantilla (MF, DUE, pediatras): 82% (130/159 profesionales constan registrados como formados)**

3.2. Atención Médica Urgente:

Tabla 108. Resumen de indicadores en Atención médica urgente.

SAMU	Porcentaje de vehículos de transporte sanitario URGENTE con desfribrilador y personal capacitado para su utilización	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)	* Dotación en vehículos: 100% * Personal entrenado para su utilización: 100%	*** 2010:** **- 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).**

3.3. Atención Especializada:

Tabla 109. Resumen de indicadores en Atención Especializada.

HOSPITAL DE JARRIO. Área Sanitaria I. Población diana atendida: 49.323	
Existencia de protocolo específico en el centro hospitalario de atención ante Síndrome Coronario Agudo y, en su caso, derivación de pacientes entre centros.	SI
Intervalo en el centro de solicitud asistencia-fibrinolisis	20 minutos
Proporción de pacientes revascularizados del total de pacientes candidatos	80%
Existencia de protocolos conjuntos entre AP-AE para la atención al paciente coronario crónico	SI
Existencia en el centro de desfibrilador y personal capacitado para su utilización	Desfibriladores: 7 (REA-UVI, Quirófano, Hospitalización, Quirofanillo, Urgencias (2) y TAC (DESA)). Personal: en 2011, el 12% de la plantilla recibió formación básica y avanzada
Tiempo medio en el centro de demora desde indicación hasta acceso a hemodinámica	Varía: 3 horas si urgente, 24 horas si preferente
Porcentaje de pacientes del centro incluidos en programas de prevención secundaria y rehabilitación cardíaca después del alta hospitalaria.	Prevención secundaria: 100% pacientes Rehabilitación después de alta: 0%
Porcentaje de pacientes en el centro tratados al alta hospitalaria con antiagregantes plaquetarios y betabloqueantes.	100%
Promedio de ingresos sucesivos en el centro por episodios cardiovasculares en pacientes dados de alta por CI.	10%

HOSPITAL CARMEN Y SEVERO OCHOA. Área Sanitaria II. Población diana atendida: 29.968	
Existencia de protocolo específico en el centro hospitalario de atención ante Síndrome Coronario Agudo y, en su caso, derivación de pacientes entre centros.	**SCASEST**
Intervalo en el centro de solicitud asistencia-fibrinolisis	**En 2011: 12 fibrinolisis (11 en Urgencias y 1 en reanimación). Tiempo puerta-aguja: <15 minutos** **Resultado: 1 exitus y 9 tralados a HUCA (hemodinámica para revascularización)** **Tiempo solicitud-angioplastia (o cateterismo): <24h (2 pacientes), 24h (2), 48h (1), >48h (4). Tiempo médio de demora: 9,5 dias.**
Proporción de pacientes revascularizados del total de pacientes candidatos	**Se hacen en hospital de referencia (HUCA).** **Cateterismos solicitados: 67.**
Existencia de protocolos conjuntos entre AP-AE para la atención al paciente coronario crónico	**Hay protocolo pero de escasa implantación**
Existencia en el centro de desfibrilador y personal capacitado para su utilización	**Desfibriladores: 3 en Urgencias, 1 en Hospitalización, 1 en partos, 1 en consulta de cardiología, 1 en reanimación y 1 en quirófano.** **Total: 8 desfibriladores (y 12 carros de parada)** **Personal: en 2010 se capacitó a 20 trabajadores** **En 2011: Soporte vital básico y DESA (14 enfermería y 3 medicina), Ventilación mecánica (12 enfermería y 1 médico)** **Los profesionales con cursos anteriores a 2010 NO se consideran capacitados y están pendientes de renovación.**
Tiempo medio en el centro de demora desde indicación hasta acceso a hemodinámica	**En 2011: 12 fibrinolisis (11 en Urgencias y 1 en reanimación). Tiempo puerta-aguja: <15 minutos** **Resultado: 1 exitus y 9 tralados a HUCA (hemodinámica para revascularización)** **Tiempo solicitud-angioplastia (o cateterismo): <24h (2 pacientes), 24h (2), 48h (1), >48h (4). Tiempo médio de demora: 9,5 dias.**
Porcentaje de pacientes del centro incluidos en programas de prevención secundaria y rehabilitación cardíaca después del alta hospitalaria.	**No existen**
Porcentaje de pacientes en el centro tratados al alta hospitalaria con antiagregantes plaquetarios y betabloqueantes.	**Antiagregantes: 506** **Betabloqueantes: 373** **(incluye todos los prescritos en AE en 2011, además de prescrito en Consultas externas y consumo de personal)**
Promedio de ingresos sucesivos en el centro por episodios cardiovasculares en pacientes dados de alta por CI.	**Altas con diagnóstico principal o secundario de CI:** **Pacientes 63, Ingresos 168, Promedio de reingresos: 2.67** **Altas con diagnóstico principal de CI:** **Pacientes 18, Ingresos 40, Promedio de reingresos 2.22**

HOSPITAL SAN AGUSTIN. Área Sanitaria III. Población diana atendida: 157.498	
Existencia de protocolo específico en el centro hospitalario de atención ante Síndrome Coronario Agudo y, en su caso, derivación de pacientes entre centros.	**Sí, aunque no cubre toda la atención hospitalaria.**
Intervalo en el centro de solicitud asistencia-fibrinolisis	**Tiempo medio puerta-aguja: 38 min.**
Proporción de pacientes revascularizados del total de pacientes candidatos	**Indicador mal definido. Con este enunciado, 100% (todos los candidatos se revascularizan, otro tema es el tiempo de espera de revascularización, el contexto clínico, etc que no se menciona en el indicador**
Existencia de protocolos conjuntos entre AP-AE para la atención al paciente coronario crónico	**Sí, parcial, existe un protocolo AE-AP para el manejo del paciente fumador tras el alta por un IAM**
Existencia en el centro de desfibrilador y personal capacitado para su utilización	**Si**
Tiempo medio en el centro de demora desde indicación hasta acceso a hemodinámica	**Dato que no se mide en la actualidad. El indicador no define si es en hospitalizados y/o consultas externas.**
Porcentaje de pacientes del centro incluidos en programas de prevención secundaria y rehabilitación cardíaca después del alta hospitalaria.	**En pacientes dados de alta tras SCA, el 95% reciben recomendaciones de prevención secundaria, y el 30% de los ingresados por una IAM acuden auna taller educativo específico tras el alta.** **No existe un protocolo definido de rehabilitación cardiaca en el centro.**
Porcentaje de pacientes en el centro tratados al alta hospitalaria con antiagregantes plaquetarios y betabloqueantes.	**Pacientes dados de alta tras IAM con antiagregantes plaquetarios: 100%** **Pacientes dados de alta tras IAM con betabloqueantes: 85%**
Promedio de ingresos sucesivos en el centro por episodios cardiovasculares en pacientes dados de alta por CI.	**Indicador que no es posible determinar en el hospital actualmente.**

HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS. Área Sanitaria IV. Población diana atendida: 340.166	
Existencia de protocolo específico en el centro hospitalario de atención ante Síndrome Coronario Agudo y, en su caso, derivación de pacientes entre centros.	SI
Intervalo en el centro de solicitud asistencia-fibrinolisis	35 min
Proporción de pacientes revascularizados del total de pacientes candidatos	2010: 50% angioplastia primaria, 80% de SCACEST revascularizados
Existencia de protocolos conjuntos entre AP-AE para la atención al paciente coronario crónico	Se iniciarán trabajo en febrero 2012 para la coordinación de seguimiento
Existencia en el centro de desfibrilador y personal capacitado para su utilización	SI
Tiempo medio en el centro de demora desde indicación hasta acceso a hemodinámica	SCACEST: inmediato, según código corazón Angina inestable en ingresados: 24-48h Demora media para estudio hemodinámico: 16 días
Porcentaje de pacientes del centro incluidos en programas de prevención secundaria y rehabilitación cardíaca después del alta hospitalaria.	No existe programa Objetivo: ponerlo en marcha en primer semestre de 2012
Porcentaje de pacientes en el centro tratados al alta hospitalaria con antiagregantes plaquetarios y betabloqueantes.	Antiagregantes: 95% (aspirina, 90%) B-bloqueantes: 70%
Promedio de ingresos sucesivos en el centro por episodios cardiovasculares en pacientes dados de alta por CI.	Pendiente de información

HOSPITAL MONTE NARANCO. Área Sanitaria IV. Población diana atendida: NO hospital de Area	
Existencia de protocolo específico en el centro hospitalario de atención ante Síndrome Coronario Agudo y, en su caso, derivación de pacientes entre centros.	Idéntico al HUCA
Intervalo en el centro de solicitud asistencia-fibrinolisis	En 2011, un caso, <60 min
Proporción de pacientes revascularizados del total de pacientes candidatos	No se realiza em este centro, subsidiario de HUCA
Existencia de protocolos conjuntos entre AP-AE para la atención al paciente coronario crónico	No existen
Existencia en el centro de desfibrilador y personal capacitado para su utilización	Manual y DESA. Si, en todas las Areas: hospitalización, consultas externas, Area quirúrgica y reanimación) Personal capacitado: realización permanente de cursos. Todos los médicos por Ley, 93 enfermeras, 71 auxiliares. Reciclaje RCP: 46 enfermeras.
Tiempo medio en el centro de demora desde indicación hasta acceso a hemodinámica	Entre 1-2h
Porcentaje de pacientes del centro incluidos en programas de prevención secundaria y rehabilitación cardíaca después del alta hospitalaria.	Pacientes de 75 y más años de edad. Todos los pacientes se remiten a AP con cuidados y tratamientos de los factores de riesgo CV detectados
Porcentaje de pacientes en el centro tratados al alta hospitalaria con antiagregantes plaquetarios y betabloqueantes.	55 casos de un total de 3423 altas (2011) Edad media: 88 años. 42 SCA (76%). Tres éxitus. Al alta, de los SCA: 14% anticoagulados, 33% tratados con antiagregantes, 40% con ambos y 11% con antiagregantes y nitratos.
Promedio de ingresos sucesivos en el centro por episodios cardiovasculares en pacientes dados de alta por CI.	De los 55 pacientes referenciados, 3,6% presentaron ingresos sucesivos por SCA.

HOSPITAL CABUEÑES. Área Sanitaria V. Población diana atendida: 303.484	
Existencia de protocolo específico en el centro hospitalario de atención ante Síndrome Coronario Agudo y, en su caso, derivación de pacientes entre centros.	Código Corazón SCASEST
Intervalo en el centro de solicitud asistencia-fibrinolisis	Desde Julio 2011 en todos los pacientes se realiza angioplastia primaria
Proporción de pacientes revascularizados del total de pacientes candidatos	Desde Julio 2011 el 100%
Existencia de protocolos conjuntos entre AP-AE para la atención al paciente coronario crónico	En fase de desarrollo el PCAI CI
Existencia en el centro de desfibrilador y personal capacitado para su utilización	SI
Tiempo medio en el centro de demora desde indicación hasta acceso a hemodinámica	56 días
Porcentaje de pacientes del centro incluidos en programas de prevención secundaria y rehabilitación cardíaca después del alta hospitalaria.	No existen
Porcentaje de pacientes en el centro tratados al alta hospitalaria con antiagregantes plaquetarios y betabloqueantes.	100%
Promedio de ingresos sucesivos en el centro por episodios cardiovasculares en pacientes dados de alta por CI.	2011: 1375 altas de cardiología, calculando episodios con DP CI/pacientes con CI= 1,13 (datos provisionales)

HOSPITAL DE JOVE. Área Sanitaria V. Población diana atendida: 61.744	
Existencia de protocolo específico en el centro hospitalario de atención ante Síndrome Coronario Agudo y, en su caso, derivación de pacientes entre centros.	**Existe un protocolo de manejo del SCA y desde Julio 2010 se aplica el Protocolo del Código Corazón.**
Intervalo en el centro de solicitud asistencia-fibrinolisis	**Media 31 minutos. Mediana 25 minutos. (rango 5-100)**
Proporción de pacientes revascularizados del total de pacientes candidatos	
Existencia de protocolos conjuntos entre AP-AE para la atención al paciente coronario crónico	**No existe como tal, pero anual o bianualmente desarrollamos un curso de actualización en Cardiología para médicos de AP del área V donde siempre se incluye alguna ponencia sobre Cardiopatía isquémica y donde se abordan las dudas.**
Existencia en el centro de desfibrilador y personal capacitado para su utilización	**Existen 11 desfibriladores. Uno en cada planta de hospitalización (5 dos de ellos semiautomáticos),urgencias(2), UCIN(1), reanimación((1), Quirófano(1), test de esfuerzo(1). Existe un programa de actualización de conocimientos sobre RCP para personal sanitario.**
Tiempo medio en el centro de demora desde indicación hasta acceso a hemodinámica	**Para pacientes ingresados por SCACEST inmediato. Para SCASEST preferente < 48h. Para angina reciente comienzo entre 2-5 días. Para pacientes ambulatorios 30-45 días.**
Porcentaje de pacientes del centro incluidos en programas de prevención secundaria y rehabilitación cardíaca después del alta hospitalaria.	**Unidad de rehabilitación cardiaca como tal no existe. Prevención secundaria se realiza en todos los pacientes.**
Porcentaje de pacientes en el centro tratados al alta hospitalaria con antiagregantes plaquetarios y betabloqueantes.	**De los 91 pacientes ingresados fueron dados de alta 82. 4 fueron antiagregados con clopidogrel por causa justificada y y los 78 restantes con AAS.. El resultado del indicador es 78/78 100%.** **De los 82 pacientes dados de alta tenían algún tipo de contraindicación 12 (EAP durante el ingreso 6,,EPOC severo 1, ASMA 5,). De los 70 restantes recibieron betabloqueante al alta 65.El indicador 65/70 es de 86.65%.**
Promedio de ingresos sucesivos en el centro por episodios cardiovasculares en pacientes dados de alta por CI.	**No es posible su determinación actualmente.**

HOSPITAL DEL ORIENTE DE ASTURIAS. Área Sanitaria VI. Población diana atendida: 53.386	
Existencia de protocolo específico en el centro hospitalario de atención ante Síndrome Coronario Agudo y, en su caso, derivación de pacientes entre centros.	Código Corazón
Intervalo en el centro de solicitud asistencia-fibrinolisis	88,13 minutos de media
Proporción de pacientes revascularizados del total de pacientes candidatos	75% para fibrinolisis. No se hace angioplastia en el centro
Existencia de protocolos conjuntos entre AP-AE para la atención al paciente coronario crónico	No
Existencia en el centro de desfibrilador y personal capacitado para su utilización	SI
Tiempo medio en el centro de demora desde indicación hasta acceso a hemodinámica	Al enviarse los pacientes a centro de referencia se carece de esta información
Porcentaje de pacientes del centro incluidos en programas de prevención secundaria y rehabilitación cardíaca después del alta hospitalaria.	No hay programa
Porcentaje de pacientes en el centro tratados al alta hospitalaria con antiagregantes plaquetarios y betabloqueantes.	2010: 27 no valorables (todos fueron éxitos o traslado a centro de referencia). Del resto, 98,6% de altas con antiagregantes, 72,2% con b-bloqueantes y 70,8% con ambos. Excluyendo contraindicaciones clínicas evidentes para b-bloqueantes: 82,5% con b-bloqueantes y 80,9% con ambos. 2011: 31 no valorables (todos fueron éxitos o traslado a centro de referencia). Del resto, 100% de altas con antiagregantes, 77,5% con b-bloqueantes y 77,5% con ambos. Excluyendo contraindicaciones clínicas evidentes para b-bloqueantes: 88,7% con b-bloqueantes y 88,7% con ambos.
Promedio de ingresos sucesivos en el centro por episodios cardiovasculares en pacientes dados de alta por CI.	2010: 92 pacientes: 15 ingresos sucesivos durante 2010-2011 (16,3% en 2 años, 81,5% anual, 0,08 ingresos sucesivos/paciente) 2011: 71 pacientes: 8 ingresos sucesivos durante 2011 (11,3% anual, 0,11 ingresos sucesivos/paciente)

HOSPITAL ALVAREZ BUYLLA. Área Sanitaria VII. Población diana atendida: 67.820	
Existencia de protocolo específico en el centro hospitalario de atención ante Síndrome Coronario Agudo y, en su caso, derivación de pacientes entre centros.	**SI, basada en el Programa Clave de Atención Interdisciplinar (PCAI) de Cardiopatía Isquémica** **Código Corazón** **Protocolo de traslado consensuado entre los hospitales, centros de referencia y sistema de traslado (Unidad de Atención a las Urgencias y Emergencias)**
Intervalo en el centro de solicitud asistencia-fibrinolisis	**El tiempo medio "puerta-aguja" es 27,11 minutos, encontrándose dentro del estándar recomendado.** **Porcentaje de pacientes con tiempo "puerta-aguja" inferior a 30 minutos: 66,7%**
Proporción de pacientes revascularizados del total de pacientes candidatos	**Al 89,47% (17/19) del total de candidatos a revascularización se les practicó un procedimiento de revascularización percutánea y el 10,53% (2/19) una revascularización quirúrgica.**
Existencia de protocolos conjuntos entre AP-AE para la atención al paciente coronario crónico	**Está previsto trabajar en la mejora de coordinación entre Atención Primaria y Especializada del Área VII mediante la adaptación de la vía organizativa del PCAI Cardiopatía Isquémica a dicho ámbito de actuación.**
Existencia en el centro de desfibrilador y personal capacitado para su utilización	**Desfibriladores: 16, instalados en el centro hospitalario y dependencias extrahospitalarias dependientes del mismo, Centro Especialidades Periférico Mieres Norte, Centro de Salud Mental y Centro de Rehabilitación.** **Formación: Hay un programa de formación en reanimación cardiopulmonar en el que han participado 699 alumnos (126 en Soporte Vital Avanzado (SVA), 236 en Soporte Vital Básico-Instrumental-DESA (SVB-I/DESA) y 262 en Soporte Vital Básico Instrumental (SVB-I)) .** **Hay un 51,81% (43/83) de profesionales que acudiendo al curso de SVA disponen de los conocimientos y habilidades necesarios para realizar SVA con garantías de calidad.** **275 profesionales están capacitados para la utilización de desfibriladores semiautomáticos (DESA).** **Formados en Soporte Vital Básico-Instrumental y acreditados son 260, participando en programa de formación continuada el 18,85% (49/260), el 24,49% (12/49) acreditados para la utilización de desfibriladores semiautomáticos (DESA).** **En el Área de GC Urgencias: El porcentaje de profesionales con formación en RCP en los últimos 5 años: 90,91%** **Porcentaje de médicos capacitados para el manejo del desfibrilador: 17/17= 100%**

	Porcentaje de profesionales sanitarios no médicos acreditados para el uso de DESA: 12/13 = 92,31%
Tiempo medio en el centro de demora desde indicación hasta acceso a hemodinámica	**Tiempo medio que transcurre desde que se solicita en el centro, de primer nivel asistencial, la arteriografía hasta que se realiza la arteriografía en el centro de referencia: 5,89 días** **El tiempo medio que transcurre desde la indicación la arteriografía coronaria y es realizada en los pacientes revascularizados es de 5,79 días** **El tiempo medio que transcurre desde que se solicita la arteriografía coronaria y se realiza en aquellos pacientes diagnosticados de SCA sin calcular el riesgo es de 7,06 los días para los diagnosticados de SCASEST y 1 día para los diagnosticados de SCACEST** **El 20% de los pacientes diagnosticados de SCASEST, sin calcular el riesgo, son revascularizados en las primeras 48 horas desde que se solicita su estudio (arteriografía coronaria y revascularización si procede)** **El tiempo medio que transcurre desde ingreso hasta acceso a hemodinámica en aquellos pacientes diagnosticados de SCA sin calcular el riesgo es de 8,47 los días para los diagnosticados de SCASEST y 2,11 días para los diagnosticados de SCACEST**
Porcentaje de pacientes del centro incluidos en programas de prevención secundaria y rehabilitación cardíaca después del alta hospitalaria.	**No se dispone de un programa de rehabilitación cardiaca ni se realiza una valoración sistemática de las deficiencias físicas, psicológicas y sociales. Aunque si se detectan necesidades de valoración social se dispone una trabajadora social que la realiza y gestiona los recursos necesarios que pueda precisar cada paciente, incluyendo en el mismo la continuidad con Atención Primaria.** **Está previsto trabajar en la mejora de coordinación entre Atención Primaria y Especializada del Área VII mediante la adaptación de la vía organizativa del PCAI Cardiopatía Isquémica a su ámbito de actuación.**
Porcentaje de pacientes en el centro tratados al alta hospitalaria con antiagregantes plaquetarios y betabloqueantes.	**El 100% de los pacientes con SCA reciben tratamiento con antiagregantes al alta** **El 100% de los pacientes con SCA reciben tratamiento con betabloqueantes al alta**
Promedio de ingresos sucesivos en el centro por episodios cardiovasculares en pacientes dados de alta por CI.	**La tasa de reingresos por episodios cardiovasculares en pacientes dados de alta por cardiopatía isquémica es de 2,70% a los 30 días, 3,38% a los 31 días y 6,08% a los 120 días.**

HOSPITAL VALLE DEL NALON. Área Sanitaria VIII. Población diana atendida: 79.842	
Existencia de protocolo específico en el centro hospitalario de atención ante Síndrome Coronario Agudo y, en su caso, derivación de pacientes entre centros.	PROTOCOLO DE DOLOR TORÁCICO en Servicio de Urgencias Código Corazón
Intervalo en el centro de solicitud asistencia-fibrinolisis	Tiempo puerta-aguja 26,6 min
Proporción de pacientes revascularizados del total de pacientes candidatos	No dispone de datos
Existencia de protocolos conjuntos entre AP-AE para la atención al paciente coronario crónico	No
Existencia en el centro de desfibrilador y personal capacitado para su utilización	SI
Tiempo medio en el centro de demora desde indicación hasta acceso a hemodinámica	No dispone de datos
Porcentaje de pacientes del centro incluidos en programas de prevención secundaria y rehabilitación cardíaca después del alta hospitalaria.	Prevención secundaria: No dispone de datos
Porcentaje de pacientes en el centro tratados al alta hospitalaria con antiagregantes plaquetarios y betabloqueantes.	Antiagregantes: 100% las 24h B-bloqueantes: 80% a las 24h
Promedio de ingresos sucesivos en el centro por episodios cardiovasculares en pacientes dados de alta por CI.	No dispone de datos