



CAPÍTULO I. ASPECTOS GENERALES

1. Presentación

El abordaje de la Enfermedad Vascolar Aterosclerótica (EVA), en sus múltiples formas de manifestarse, ha constituido en las últimas décadas una prioridad sanitaria en la mayoría de los países desarrollados, lo que ha contribuido al progresivo descenso en su mortalidad, aunque continúa siendo la principal causa de muerte en nuestro país, tanto en hombres como en mujeres. Este descenso en la mortalidad nos conduce a nuevos desafíos como son la cronicidad y la discapacidad, debido a la mayor longevidad, a padecer enfermedades cardiovasculares crónicas y a la mayor supervivencia de las personas que han sufrido eventos cardiovasculares agudos.

La aterosclerosis que subyace en las principales causas de morbilidad y mortalidad vascular se desarrolla lentamente desde las primeras décadas de la vida y se encuentra íntimamente relacionada con los estilos de vida y los factores de riesgo asociados.

Es una enfermedad multifactorial en su origen y, en muchos casos, prevenible y se puede actuar sobre ella, tanto en prevención primaria, con actuaciones precoces y preventivas, como en prevención secundaria, con actuaciones que permiten en muchos casos superar la fase crítica.

La prevención primaria es la base donde construir la prevención vascular aterosclerótica, implementando medidas de promoción de estilos de vida y entornos saludables, así como de medidas de detección precoz y control de los hábitos de vida y factores de riesgo cardiovasculares (FRCV) que inciden en su aparición, como son el hábito de fumar, la hipertensión arterial, la dislipemia, la diabetes, la obesidad o el sobrepeso etc., en cuya génesis se encuentran, en muchas ocasiones, hábitos de vida como la vida sedentaria, la alimentación inadecuada, el consumo de alcohol, la falta de ejercicio físico etc. Todos ellos aumentan la probabilidad de enfermar o morir por esta enfermedad.

Los factores de riesgo actúan de forma sinérgica y tienden a asociarse lo que eleva el nivel de riesgo cardiovascular de cada persona. Por ello debe realizarse una valoración conjunta de los FRCV presentes, que permitirá, según el perfil de riesgo encontrado, tomar las decisiones terapéuticas farmacológicas y no farmacológicas más adecuadas a cada caso, adaptando la modalidad e intensidad del consejo, así como realizando los seguimientos y controles necesarios.

El estado de salud de las personas está condicionado además por determinantes sociales que son definidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana”. Estas circunstancias dependen del contexto socioeconómico, político, cultural y de valores establecidos.

Es importante tener en cuenta, en una intervención integral, aquellos aspectos psicosociales que son determinantes en la salud, como el nivel socioeconómico, de estudios, el aislamiento social o falta de apoyos, el estrés psicosocial, las emociones negativas, las desigualdades debidas al género etc.

El Programa de Prevención y Control de la Enfermedad Vascolar Aterosclerótica de Canarias (Programa EVA) establece un marco de abordaje integral, dirigido a la



población de 15 o más años de nuestra comunidad autónoma. Sus acciones incluyen la promoción de hábitos saludables, detección temprana de factores de riesgo, la estimación del RCV como eje central del programa y el tratamiento y seguimiento a los y las pacientes, según su riesgo cardiovascular.

Les presentamos la actualización a la última versión del mismo, necesaria por los avances y evolución en el campo de la prevención y control de la EVA. De este modo, se ha asegurado que la actualización del Programa EVA incluya las recomendaciones más actualizadas y relevantes.

Cabe destacar que la publicación de la reciente Estrategia de Salud Cardiovascular (ESCAV) del Sistema Nacional de Salud ha situado a los servicios de salud autonómicos en un nuevo marco estratégico en el abordaje de la salud, específicamente en el ámbito cardiovascular, incorporando un enfoque de la atención más integral, multidisciplinaria, coordinada, centrada en la persona y con mayor atención a las inequidades en salud.

Queremos agradecer a las gerencias de Atención Primaria y de Atención Hospitalaria su constante colaboración y, a los/as profesionales de la salud que han participado directamente en su elaboración, por su implicación y buen hacer. Esperamos que sea una herramienta útil y práctica, que contribuya a un mejor desarrollo de las actividades preventivas, de control y de seguimiento de esta enfermedad en nuestra Comunidad y que favorezca la mejora del estado de salud de nuestra población.

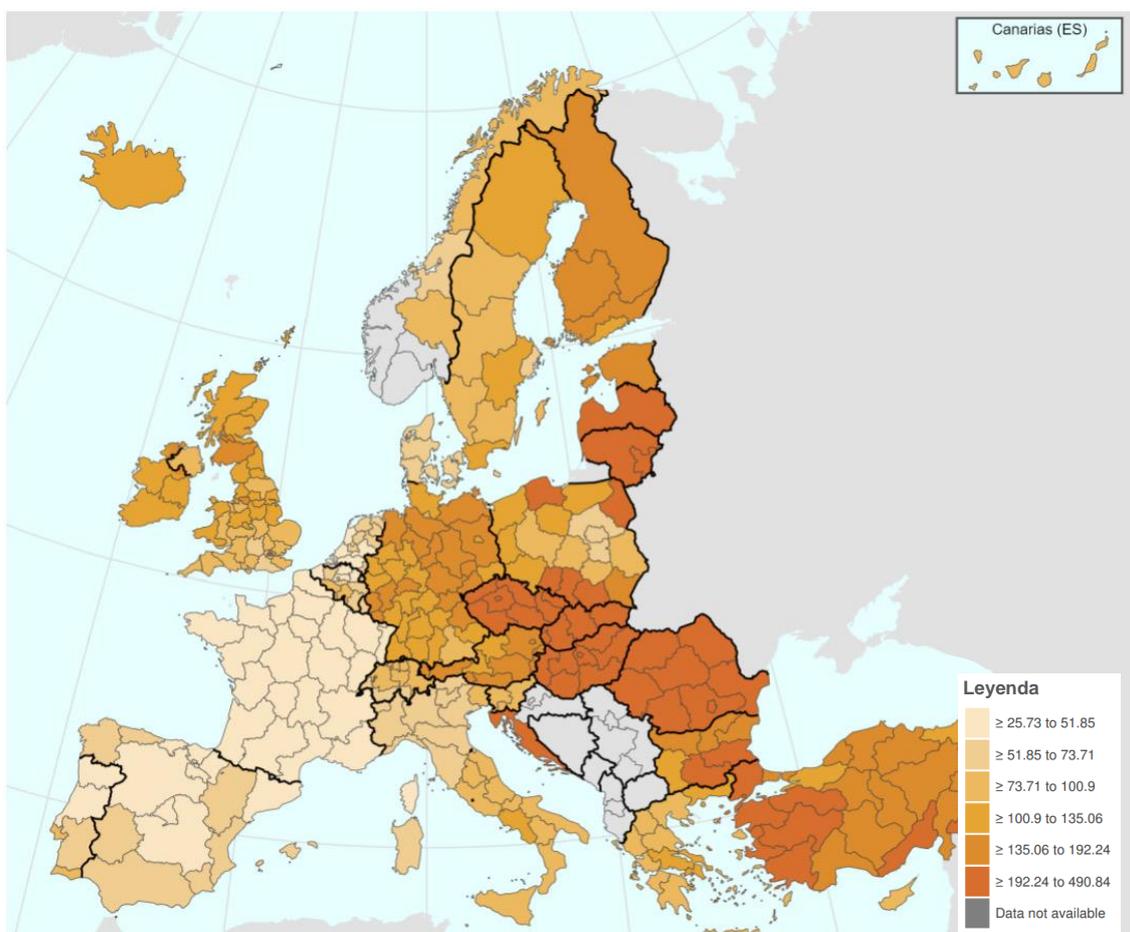


2. Situación y magnitud actual

2.1. Epidemiología

La Enfermedad Vascolar de origen Aterosclerótico constituye la principal causa de muerte en la edad adulta en los países europeos, según datos de Eurostat correspondientes al año 2019. A nivel epidemiológico, Europa presenta un patrón norte/sur, encontrando en los países nórdicos las tasas más elevadas de mortalidad por cardiopatía isquémica. España se sitúa en el rango más bajo de este tipo de mortalidad a nivel europeo [1].

Ilustración 1. Mapa europeo de tasa de mortalidad por cada 100.000 habitantes por isquemia cardíaca. Año 2019



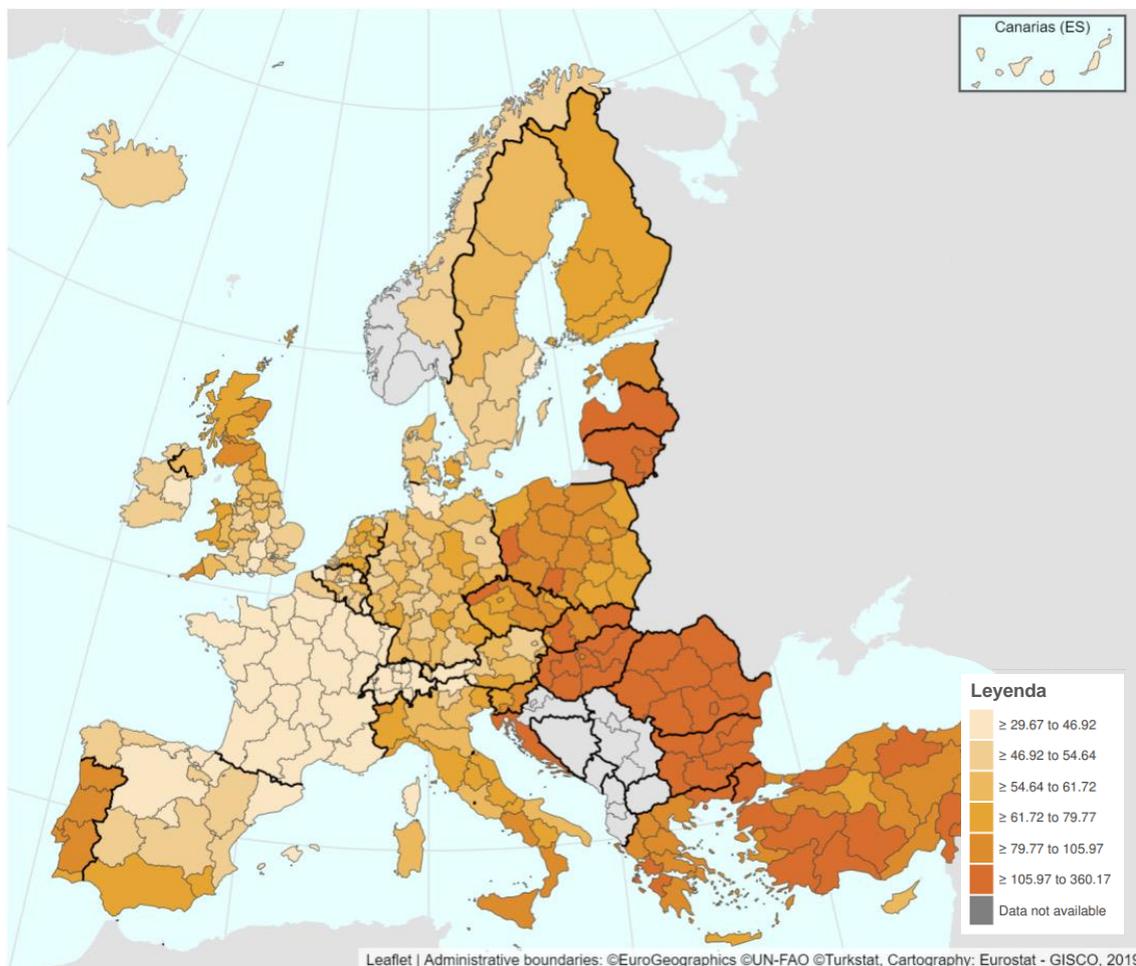
Fuente: Eurostat. Causa de muerte – tasa ajustada por regiones NUTS 2. Isquemia cardíaca. 2019.

Nota: los datos de Irlanda corresponden a 2018, debido a que no había datos disponibles para años posteriores.



En el caso de la tasa de mortalidad por enfermedad cerebrovascular, encontramos un patrón norte/sur similar al de la isquemia cardíaca, según muestran los datos europeos correspondientes al año 2019. España se sitúa entre los países con menor mortalidad de este tipo a nivel europeo [2].

Ilustración 2. Mapa europeo de tasa de mortalidad por cada 100.000 habitantes por enfermedad cerebrovascular. Año 2019



Fuente: Eurostat. Causa de muerte – tasa ajustada por regiones NUTS 2. Enfermedad cerebrovascular. 2019.

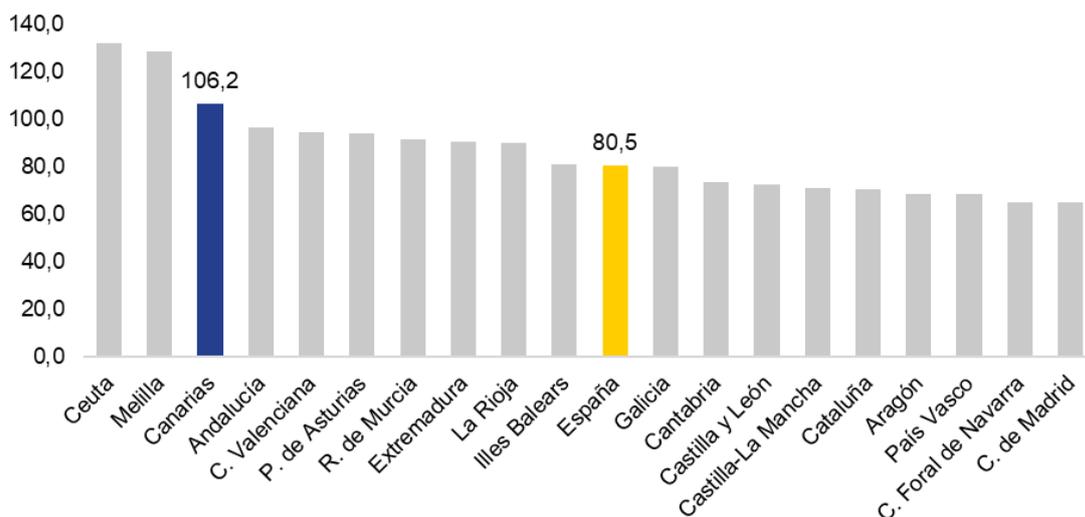
Nota: los datos de Irlanda corresponden a 2018, debido a que no había datos disponibles para años posteriores.



Isquemia cardíaca

En el año 2021 Canarias fue la tercera región de España con mayor **tasa de mortalidad por cardiopatía isquémica** en hombres: 106,2 defunciones por cada 100.000 habitantes, siendo la media nacional de 80,5. Únicamente presentaron cifras superiores a la población canaria las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla [3].

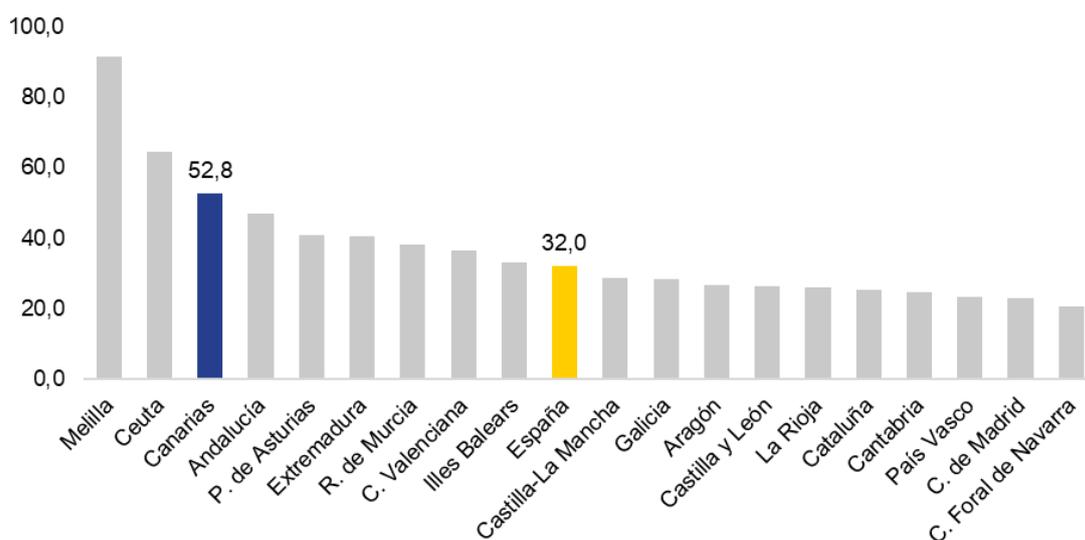
Gráfico 1. Tasa de mortalidad por isquemia cardíaca por Comunidad Autónoma en el año 2021. Tasa ajustada a la población europea. Hombres



Fuente: Centro Nacional de Epidemiología. Instituto Carlos III.

En el caso de las mujeres, Canarias también se situó en tercer lugar entre las Comunidades Autónomas (CC.AA.), con una tasa de 52,8 defunciones por cada 100.000 habitantes. La diferencia con la media nacional (32,0) es de 20,8 defunciones por cada 100.000 habitantes [3].

Gráfico 2. Tasa de mortalidad por isquemia cardíaca por Comunidad Autónoma en el año 2021. Tasa ajustada a la población europea. Mujeres



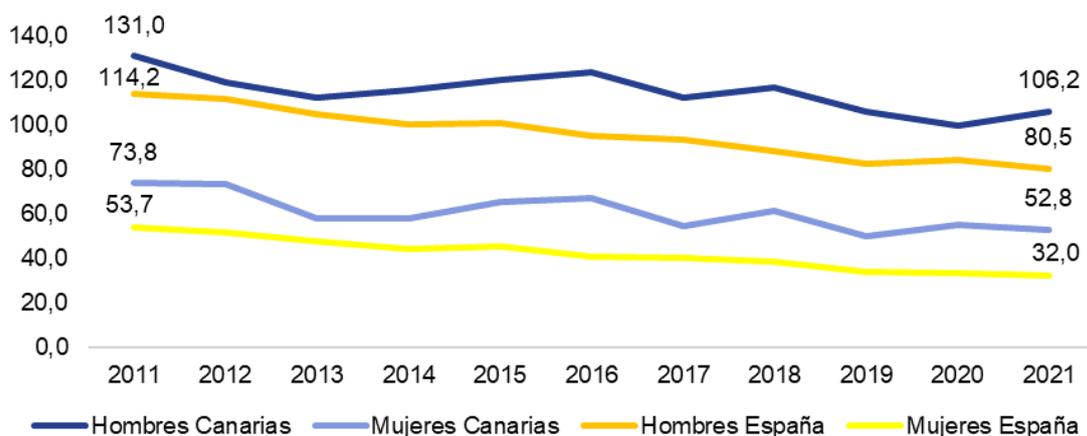
Fuente: Centro Nacional de Epidemiología. Instituto Carlos III.



Tanto en hombres como en mujeres, existe una **distribución norte-sur inversa a la observada en los países europeos**, de modo que las CC.AA. situadas al sur ocupan los primeros puestos con respecto a la tasa de mortalidad por cardiopatía isquémica [3].

En el **periodo 2011-2021**, en Canarias se ha logrado un **descenso de la tasa de mortalidad por isquemia cardíaca**, reduciéndose 24,7 puntos en hombres y 21,0 en mujeres, representando un descenso del 18,9% y 28,4% respectivamente. No obstante, las cifras se mantienen por encima de la media nacional, 25,7 puntos en el caso de los hombres y 20,8 puntos en el caso de las mujeres [4].

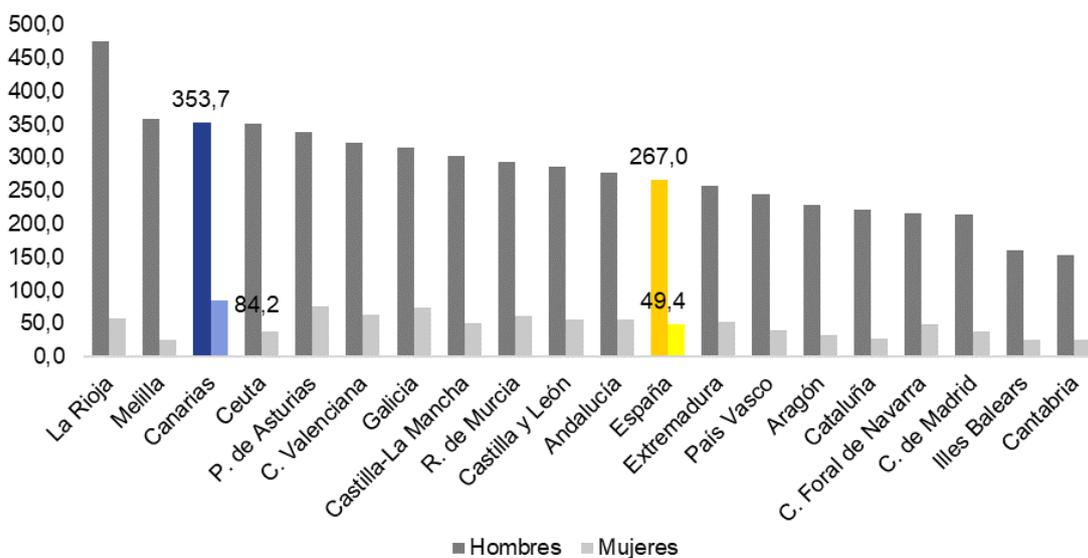
Gráfico 3. Evolución de la mortalidad por isquemia cardíaca. Canarias y España 2011-2021. Tasa ajustada a la población europea/100.000 habitantes



Fuente: Centro Nacional de Epidemiología. Instituto Carlos III.

Asimismo, los datos de las **tasas de años potenciales de vida perdidos por isquemia cardíaca** en el año 2021 sitúan a Canarias por encima de la media nacional, con un valor de 353,65 años perdidos por cada 100.000 habitantes en el caso de los hombres (266,97 en el conjunto del país) y de 84,23 en el caso de las mujeres (49,41 en el conjunto del país) [3].

Gráfico 4. Años potenciales de vida perdidos por CCAA. Isquemia cardíaca. Tasa ajustada a la población europea/100.000 habitantes. Año 2021



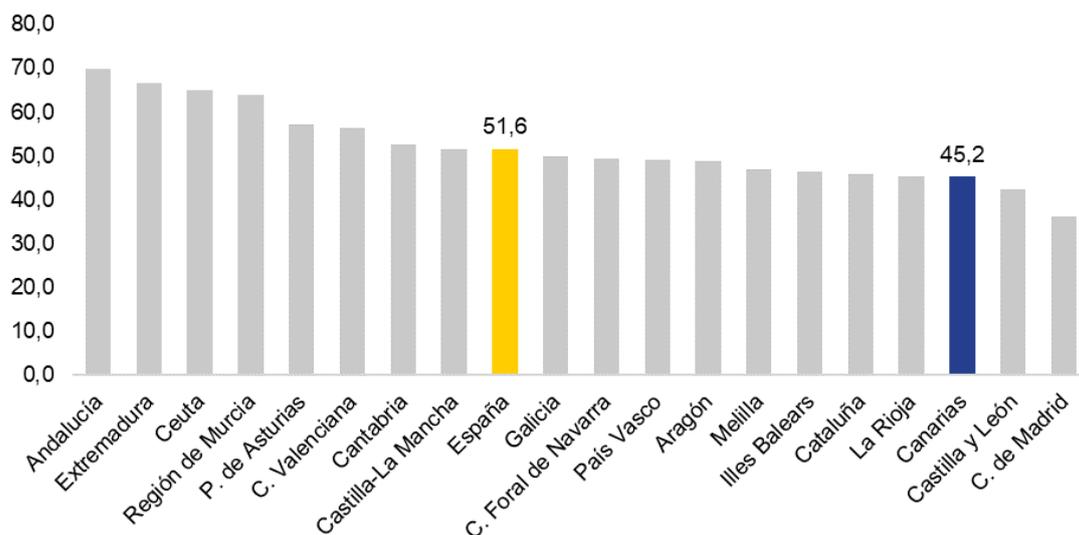
Fuente: Centro Nacional de Epidemiología. Instituto Carlos III.



Enfermedad cerebrovascular

Canarias se sitúa 6,4 puntos por debajo de la media nacional en **mortalidad por enfermedad cerebrovascular**, siendo la tercera comunidad con menor tasa en hombres en el año 2021 (45,2 defunciones por cada 100.000 habitantes) [3].

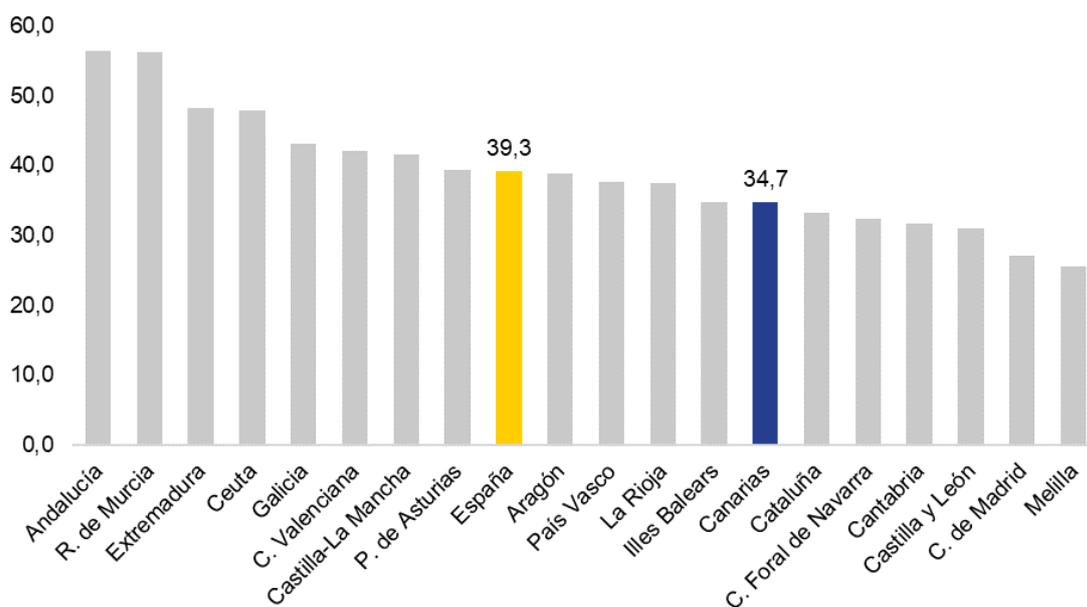
Gráfico 5. Tasa de mortalidad por enfermedad cerebrovascular por Comunidad Autónoma en el año 2021. Tasa ajustada a la población europea. Hombres



Fuente: Centro Nacional de Epidemiología. Instituto Carlos III.

En el caso de las mujeres, Canarias fue la séptima comunidad con menor tasa de mortalidad en 2021, con 34,7 defunciones por cada 100.000 habitantes, frente a las 39,3 por cada 100.000 habitantes a nivel nacional [3].

Gráfico 6. Tasa de mortalidad por enfermedad cerebrovascular por Comunidad Autónoma en el año 2021. Tasa ajustada a la población europea. Mujeres

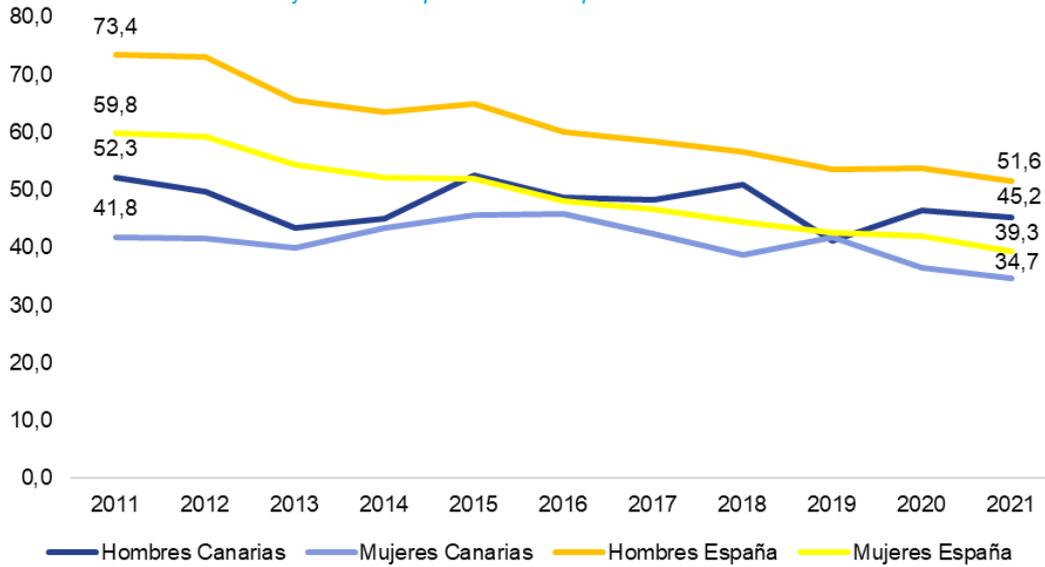


Fuente: Centro Nacional de Epidemiología. Instituto Carlos III.



La tasa de mortalidad por enfermedad cerebrovascular en Canarias presenta una evolución ligeramente decreciente en el periodo 2011 - 2021, tanto en hombres como en mujeres (disminución de 7,0 y 7,1 defunciones por cada 100.000 habitantes, respectivamente) [4]. Cabe destacar que en ambos casos las cifras de Canarias se sitúan por debajo de los datos a nivel nacional, con una diferencia de 6,4 en hombres y 4,6 puntos en mujeres.

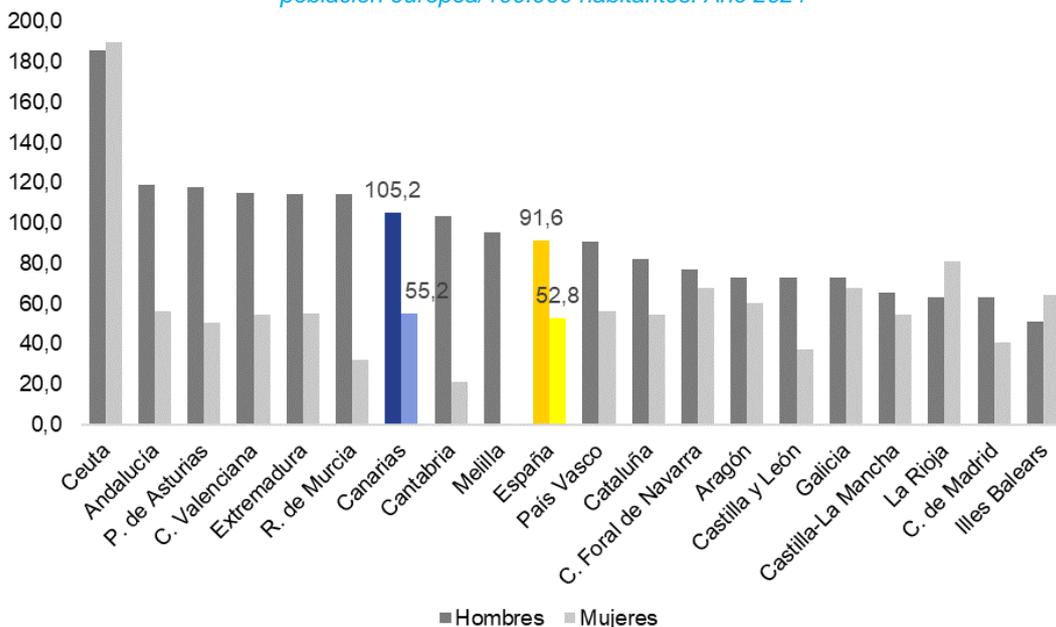
Gráfico 7. Evolución de la mortalidad por enfermedad cerebrovascular. Canarias y España 2011- 2021. Tasa ajustada a la población europea/100.000 habitantes



Fuente: Centro Nacional de Epidemiología. Instituto Carlos III.

Respecto de los años potenciales de vida perdidos por esta causa, Canarias se situó por encima de la media nacional en el año 2021, tanto en hombres (105,2 vs 91,6) como en mujeres (55,2 vs 52,8) [3].

Gráfico 8. Años potenciales de vida perdidos por CCAA. Enfermedad Cerebrovascular. Tasa ajustada a la población europea/100.000 habitantes. Año 2021



Fuente: Centro Nacional de Epidemiología. Instituto Carlos III.

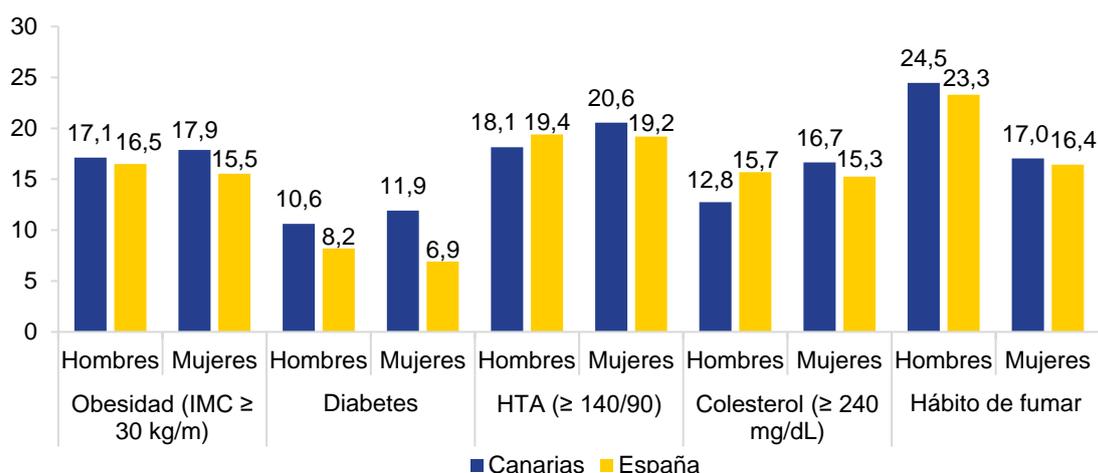


Factores de Riesgo

La prevalencia de los principales **factores de riesgo cardiovascular (FRCV)** es superior en Canarias a la media nacional en todos los casos excepto para el colesterol y la hipertensión arterial (HTA) en hombres, según reflejan los datos de la Encuesta Europea de Salud en España realizada en el año 2020 por parte del Instituto Nacional de Estadística [5].

Según los resultados de dicha encuesta, en Canarias existe una mayor prevalencia en mujeres que en hombres de los principales FRCV, excepto en el hábito de fumar.

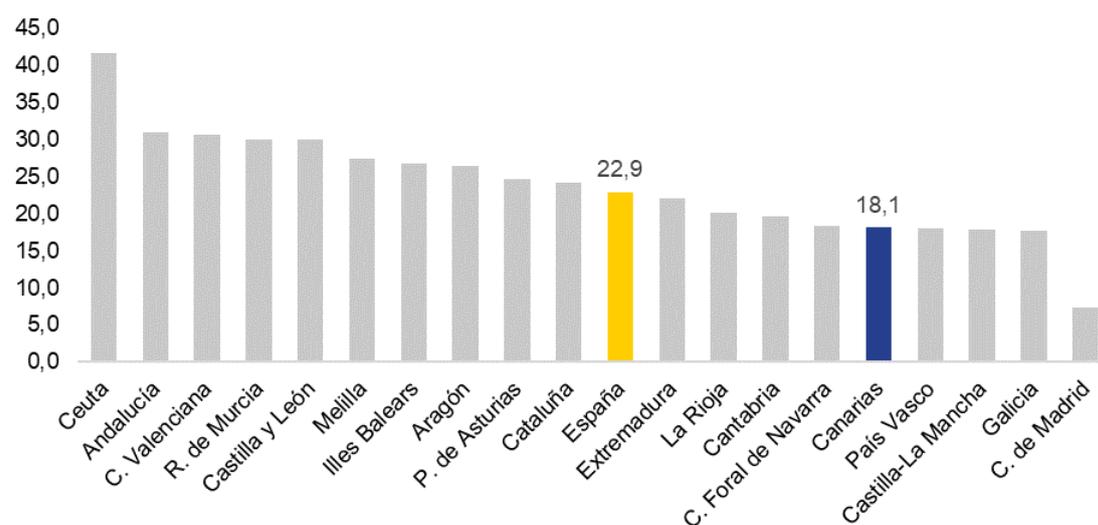
Gráfico 9. Prevalencia (%) de los principales factores de riesgo en Canarias y España. Año 2020



Fuente: Encuesta Europea de Salud en España 2020. Instituto Nacional de Estadística.

En 2021 Canarias se encontraba situada como la quinta comunidad autónoma con menor **tasa de mortalidad por diabetes** en hombres, con una tasa de 18,1 defunciones por 100.000 habitantes [3].

Gráfico 10. Tasa de mortalidad por diabetes por Comunidad Autónoma en el año 2021. Hombres

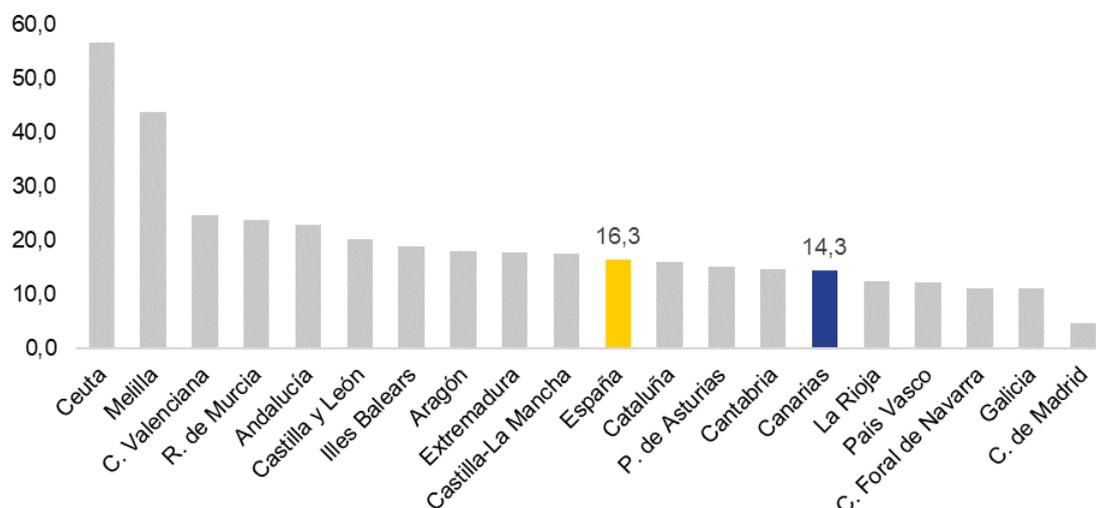


Fuente: Centro Nacional de Epidemiología. Instituto Carlos III.



Asimismo, la tasa de mortalidad por diabetes en mujeres se situó por debajo de la media nacional (14,3 vs 16,3), siendo así la sexta comunidad con una menor mortalidad por esta causa [3].

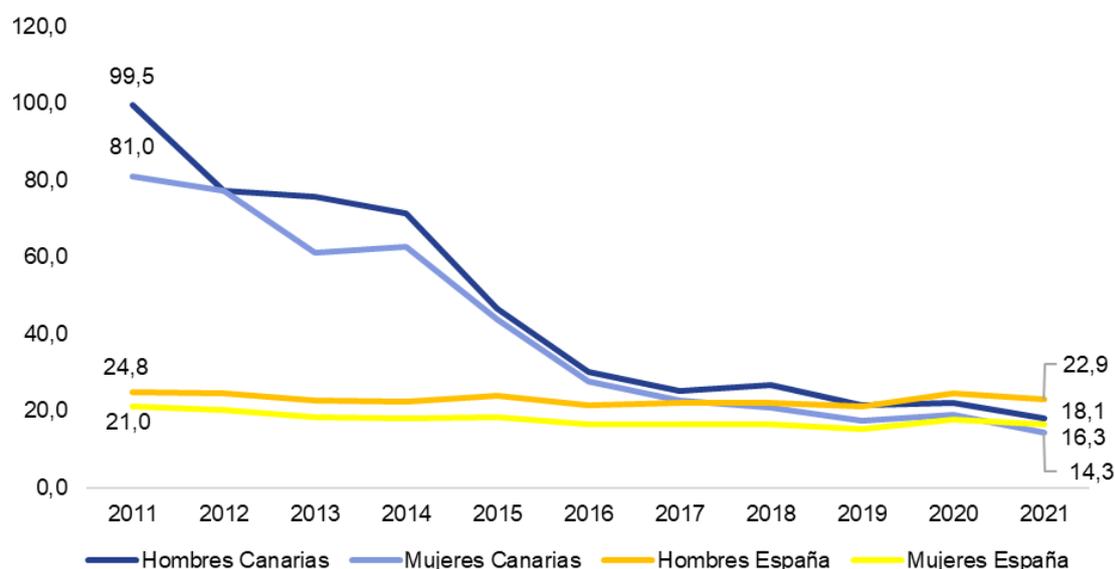
Gráfico 11. Tasa de mortalidad por diabetes por Comunidad Autónoma en el año 2021. Mujeres



Fuente: Centro Nacional de Epidemiología. Instituto Carlos III.

Con respecto a la evolución de la mortalidad por diabetes, los datos revelan un descenso significativo en el periodo 2011 - 2021 en Canarias, de 81,0 hasta 14,3 defunciones por cada 100.000 habitantes en el caso de mujeres y de 99,5 a 18,1 para hombres [4].

Gráfico 12. Evolución de la tasa de mortalidad por diabetes. Canarias y España 2011-2021



Fuente: Centro Nacional de Epidemiología. Instituto Carlos III.



2.2. Población diana y coberturas

El **Programa de Prevención y Control de la Enfermedad Vascul Aterosclerótica (EVA)** tiene como ámbito de aplicación la Comunidad Autónoma de Canarias y va dirigido hacia **la población de 15 y más años** de cada Área de Salud, lo que supone **1.846.227 habitantes** con tarjeta sanitaria a fecha diciembre de 2022.

Tabla 3. Población ≥ 15 años por área de salud

Área de Salud	Mujeres ≥ 15 años	Hombres ≥ 15 años	Total
Lanzarote	64.185	64.846	129.031
Fuerteventura	47.851	48.475	96.326
Gran Canaria	369.983	353.206	723.189
Tenerife	415.088	390.233	805.321
La Palma	34.832	33.197	68.029
La Gomera	7.779	7.804	15.583
El Hierro	4.389	4.359	8.748
Total	944.107	902.120	1.846.227

Fuente: *OBI-Data Warehouse*. Clínico asistencial del Servicio Canario de Salud (SCS). Población con tarjeta sanitaria diciembre 2022.

La **población incluida en el programa**, a fecha de diciembre de 2022, en la Comunidad Autónoma es de 795.858 personas, lo que supone el **43,1% de la población diana**. Dicha población se distribuye en siete Áreas de Salud, y cuatro niveles de riesgo cardiovascular (RCV).

Tabla 4. Porcentaje de población incluida en Programa EVA por Área de Salud y nivel de RCV o EVA establecida en Canarias en el año 2022.

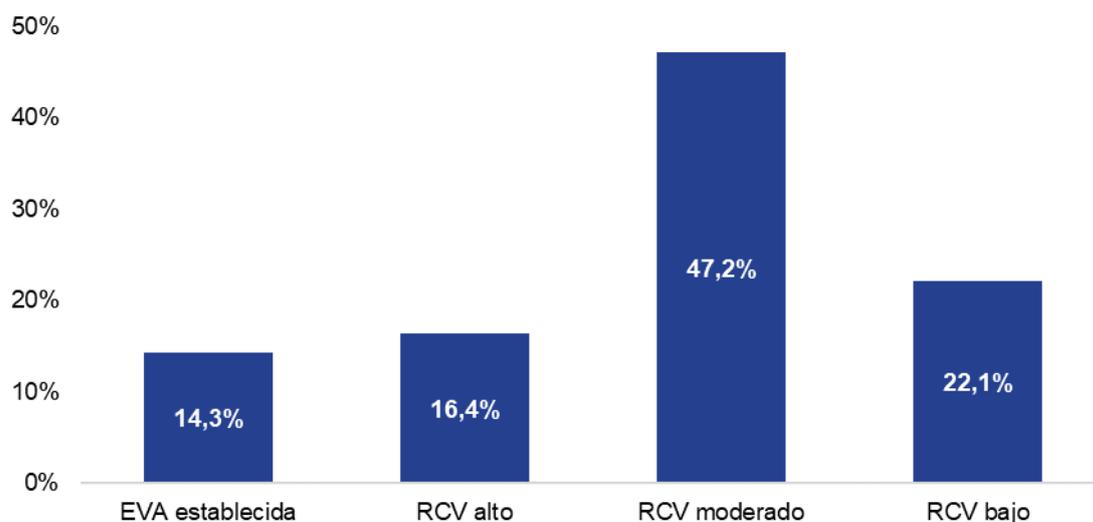
Área de Salud	Incluida en Programa	% población incluida	EVA establecida	RCV alto	RCV moderado	RCV bajo
Lanzarote	51.478	39,9%	6.566	7.409	23.488	14.015
Fuerteventura	38.076	39,5%	4.114	5.293	18.788	9.881
Gran Canaria	325.639	45,0%	46.658	53.834	146.955	78.192
Tenerife	345.269	42,9%	49.984	58.115	170.141	67.029
La Palma	21.617	31,8%	4.946	3.476	9.254	3.941
La Gomera	8.714	55,9%	995	1.366	4.100	2.253
El Hierro	5.065	57,9%	665	931	2.661	808
Total	795.858	43,1%	113.928	130.424	375.387	176.119

Fuente: *OBI-Data Warehouse*. Clínico asistencial del SCS. Población con tarjeta sanitaria diciembre 2022.

Las personas con **RCV moderado** constituyen la mayor proporción de personas incluidas en el Programa (47,2%), seguida de población con **RCV bajo** (22,1%), población con **RCV alto** (16,4%) y, finalmente, personas con **EVA establecida** (14,3%).



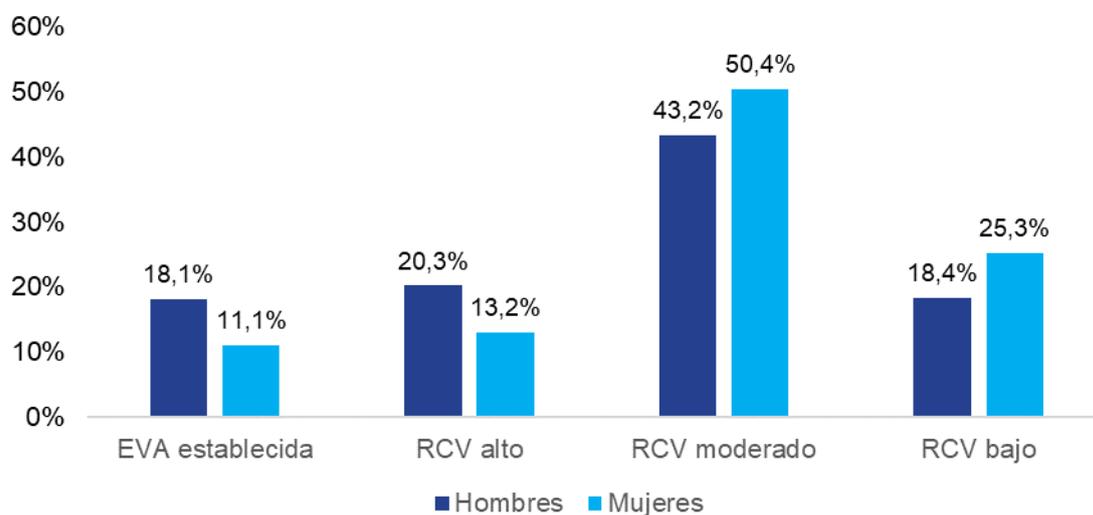
Gráfico 13. Distribución porcentual de población incluida en el programa por nivel de RCV o EVA establecida en Canarias en el año 2022.



Fuente: OBI-Data Warehouse. Clínico asistencial del SCS. Población con tarjeta sanitaria diciembre 2022.

Por sexo, existe una mayor proporción de hombres en situación de EVA establecida o RCV alto, con porcentajes del 18,1% y 20,3%, respectivamente, frente al 11,1% y 13,2% de mujeres registradas en esta situación.

Gráfico 14. Distribución porcentual de población incluida en el programa por sexo y nivel de RCV o EVA establecida en Canarias en el año 2022.

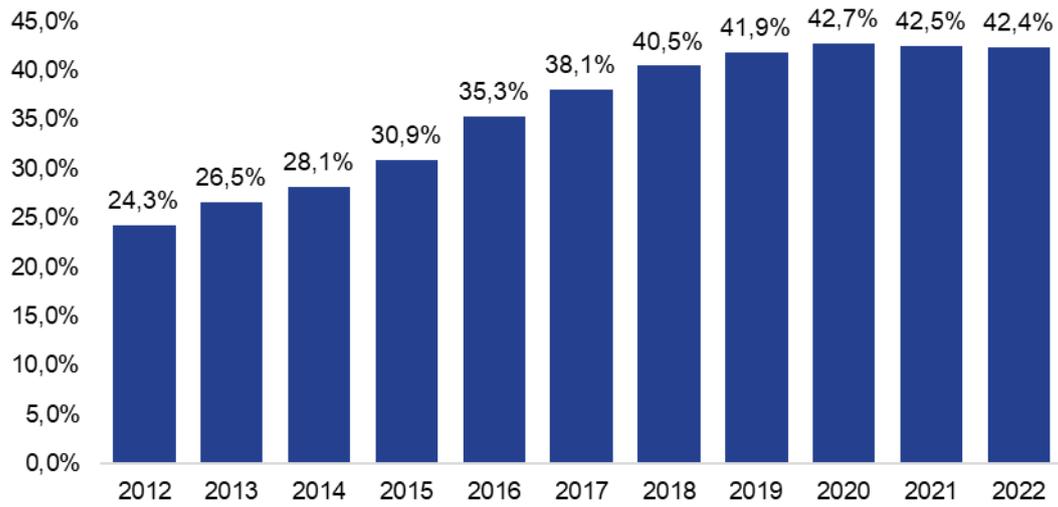


Fuente: OBI-Data Warehouse. Clínico asistencial del SCS. Población con tarjeta sanitaria diciembre 2022.

Por último, el nivel de cobertura del Programa EVA ha evolucionado positivamente a largo de los últimos años, incrementándose desde el 24,3% en 2012 al 42,4% en 2022. No obstante, aún existe margen de crecimiento en este sentido.



Gráfico 15. Evolución de la cobertura del Programa EVA



Fuente: OBI-Data Warehouse. Clínico asistencial del SCS. Población con tarjeta sanitaria diciembre 2022.



3. Objetivos y cuadro de indicadores

3.1. Objetivos

3.1.1. Objetivo general

El objetivo general de este programa es reducir la morbimortalidad por Enfermedad Vascul Aterosclerótica en Canarias a través de medidas de prevención, detección precoz y abordaje integrado de los FRCV modificables.

3.1.2. Objetivos específicos

Los objetivos específicos del Programa EVA son los siguientes:

- 1 Promover hábitos y estilos de vida saludables en la población.
- 2 Realizar controles periódicos de salud para valorar los hábitos de vida, detectar FR para la EVA, y estimar el RCV de la población.
- 3 Conseguir objetivos de control sobre los FRCV y/o hábitos de vida, según el RCV presente en cada persona.
- 4 Establecer un plan de cuidados específico según los hábitos y FRCV presentes en una persona para su control y seguimiento.
- 5 Realizar periódicamente el seguimiento establecido según el nivel de RCV o EVA establecida.

3.2. Cuadro de indicadores

El diseño de un **cuadro de indicadores** es fundamental para evaluar el desarrollo y el progreso del programa de manera eficiente. Estos indicadores permitirán medir el cumplimiento de los objetivos establecidos, proporcionar información para la toma de decisiones e introducir acciones correctoras cuando procedan.

Usar una cantidad adecuada de indicadores clave es esencial para asegurar que el cuadro de indicadores sea manejable y práctico. Al seleccionar solo los indicadores más relevantes y utilizarlos de manera efectiva, se puede maximizar el impacto y la eficiencia del cuadro de indicadores y obtener una visión clara del progreso del programa.

El cuadro de mando diseñado como herramienta principal de evaluación y monitorización del programa incluye un conjunto de ocho indicadores, los cuales se complementan con un grupo más extenso cuya medición permitirá profundizar y conocer más detalle acerca de la evolución del programa.



Tabla 5. Cuadro de indicadores del Programa EVA de Canarias

Cuadro de indicadores del Programa EVA de Canarias	
1	<p>Porcentaje de la población incluida en el programa</p> <p>Fórmula del cálculo del indicador: $\Sigma \text{ N.º personas incluidas en el programa EVA}^* / \Sigma \text{ N.º personas } \geq 15 \text{ años adscritas a medicina de familia en cada Área de Salud.}$</p> <p><i>*Se considerará a una persona incluida en el Programa cuando se tenga registro de la estimación del RCV por la calculadora, en la historia clínica electrónica (HCE) Drago AP y, al menos, una valoración anual (actividades mínimas recogidas en el Protocolo EVA de la HCE Drago AP) para EVA establecida y RCV alto-moderado.</i></p> <p><i>Para RCV Bajo se considerará incluida en programa cuando tenga registro de RCV Bajo en la HCE (calculadora de RCV) y, al menos, una valoración cada 3 años (bien por cumplimentar el protocolo del Programa EVA para RCV Bajo o el Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) en la HCE Drago AP).</i></p>
2	<p>Porcentaje de personas con EVA establecida, RCV Alto, RCV Moderado o RCV Bajo incluidas en programa a las que se les ha realizado las actividades mínimas señaladas en el Programa EVA de Drago AP en el último año</p> <p>Fórmula del cálculo del indicador: $\Sigma \text{ N.º personas con EVA establecida, RCV Alto, RCV Moderado o RCV Bajo incluidas en programa a las que se les ha realizado las actividades mínimas señaladas en el Programa EVA de Drago AP en el último año (3 años para RCV Bajo) } / \Sigma \text{ N.º personas con EVA establecida, RCV Alto, RCV Moderado o RCV Bajo incluidas en programa.}$</p>
3	<p>Porcentaje de personas con diabetes, incluidas en el programa, con cifras de HbA1c $\leq 7.5 \%$</p> <p>Fórmula del cálculo del indicador: $\Sigma \text{ N.º de personas con diabetes con HbA1c } \leq 7,5\% / \Sigma \text{ N.º personas con diabetes incluidas en programa}$</p>
4	<p>Porcentaje de personas con hipertensión, incluidas en el programa, con cifras de tensión arterial (TA) dentro de los objetivos de control para su nivel de RCV o EVA establecida.</p> <p>Fórmula del cálculo del indicador: $\Sigma \text{ N.º personas con hipertensión en objetivos de control}^* \text{ según su nivel de RVC o EVA establecida } / \Sigma \text{ N.º personas con hipertensión incluidas en el programa.}$</p> <p><i>*Objetivos de control:</i> EVA Establecida: 120-130/80 RCV Alto < 140/80 mmHg RCV Moderado < 140/90 mmHg</p>
5	<p>Porcentaje de personas incluidas en el programa, con cifras de cLDL dentro de los objetivos de control para su nivel de RCV o EVA establecida.</p> <p>Fórmula del cálculo del indicador: $\Sigma \text{ N.º personas con cLDL en objetivos de control}^* \text{ según su nivel de RVC o EVA establecida } / \Sigma \text{ N.º personas con dislipemia incluidas en el programa.}$</p> <p><i>*Objetivos de control:</i> EVA Establecida: < 55mg/dL RCV Alto < 70 mg/dL RCV Moderado < 100 mg/dL</p>



Cuadro de indicadores del Programa EVA de Canarias	
6	<p>Porcentaje de personas incluidas en programa con registro de fumadoras en el año anterior y con registro actual de etapa de mantenimiento o exfumadoras.</p> <p>Fórmula del cálculo del indicador: Σ N.º personas con registro actual de etapa de mantenimiento o exfumadoras / Σ N.º personas con registro de fumadoras incluidas en programa en el año anterior.</p>
7	<p>Porcentaje de personas incluidas en programa con registro de sobrepeso u obesidad en el año anterior y que han disminuido su índice de masa corporal (IMC).</p> <p>Fórmula del cálculo del indicador: Σ N.º personas con disminución del IMC con respecto al año anterior / Σ N.º personas con registro de sobrepeso u obesidad incluidas en el programa en el año anterior.</p>
8	<p>Porcentaje de la población incluida en el Programa EVA con un plan de cuidados específico según los hábitos y FRCV presentes.</p> <p>Fórmula del cálculo del indicador: Σ N.º personas incluidas en el programa con un plan de cuidados específico para sus hábitos y FRCV / Σ N.º personas incluidas en el programa con EVA establecida, RCV Alto-Moderado.</p>

Nota: todos los indicadores se medirán por sexo.

Fuente: elaboración propia.