

Cardio  Alianza



Prevención secundaria en
salud cardiovascular:
poniendo el foco en el paciente
con síndrome coronario agudo

Con la colaboración de:

 AMGEN®



 **Boehringer
Ingelheim**

 **NOVARTIS**

EDITA:
Cardioalianza
Paseo Valdesangil, 79, 1ºB
28039 Madrid
www.cardioalianza.org

Mayo, 2021

REALIZA:
Nephila Health Partnership, S.L.

Comité Científico

Dr. José Ramón González Juanatey

Jefe del Servicio de Cardiología y UCC del Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.

Dr. Rafael Hidalgo Urbano

Responsable del Plan Integral de Atención a las Cardiopatías en Andalucía y jefe del Servicio de Cardiología del Hospital Virgen Macarena de Sevilla.

Dr. Luis Martínez Dolz

Jefe del Servicio de Cardiología del Hospital Universitari i Politècnic La Fe de Valencia.

Dra. Fina Mauri Ferré

Directora del Plan Director de enfermedades cardiovasculares de Cataluña y jefa de la Unidad Hemodinámica y Cardiología Intervencionista del Hospital Germans Trias i Pujol de Badalona.

Dra. Rocio Tello de Meneses

Jefa de la Sección de Cardiología Clínica del Hospital Universitario 12 de octubre de Madrid.

Comité de Pacientes

Tomás Fajardo

Federació d'associacions gironines de malalties del cor (FAGIMCOR).

Agustín Forné

Asociación ORION de trasplantados, donantes y cardíacos de Algeciras.

Ramón Gandía

Associació de malalts cardíacs i anticoagulats d'Ontinyent (AMCA).

María José Granado

Asociación corazón sin fronteras nacional.

Paulina Lago

Asociación de pacientes coronarios (APACOR).

María Victoria Martín

Asociación de pacientes anticoagulados y coronarios de Málaga (APAM).

Margarita Reina

Federación coordinadora de asociaciones de pacientes del corazón del área de Valme.

Cecilia Salvador

Asociación española de portadores de válvulas cardíacas y anticoagulados (AEPOVAC).

Eduardo Sánchez

Federación coordinadora de asociaciones de pacientes del corazón del área de Valme.

Maite San Saturnino

Asociación corazón sin fronteras País Vasco.

Índice

1	Resumen ejecutivo	5
	1.1 Objetivos	6
	1.2 Metodología	6
	1.3 Mejoras del proceso asistencial del SCA	6
	1.4 Llamada a la acción	8
2	Introducción	9
3	Objetivos	12
4	Metodología	13
5	La enfermedad cardiovascular	14
	5.1 Descripción	14
	5.2 Mortalidad y prevalencia	15
	5.3 Carga económica y social	16
	5.4 Factores de riesgo	17
	5.5 Importancia de la prevención	17
6	La cardiopatía isquémica y el síndrome coronario agudo	19
	6.1 Definición	19
	6.2 Mortalidad	20
	6.3 Prevalencia e incidencia	21
	6.4 Redes infarto en España	22
7	Mejoras del proceso asistencial del síndrome coronario agudo	23
	7.1 FASE 1. Hospitalización: optimización diagnóstica y terapéutica y estratificación del riesgo	25
	7.2 FASE 2. Alta hospitalaria y transición de cuidados	31
	7.3 FASE 3. Hospitalización extendida: tratamiento y seguimiento ...	36
	7.4 FASE 4. Rehabilitación cardíaca (RC)	39
8	Llamada a la acción	42
9	Referencias	46

Resumen Ejecutivo

La enfermedad cardiovascular (ECV) es la primera causa de muerte en el mundo y también lo sigue siendo en nuestro país, donde es la responsable del 28,3% (120.859) de las defunciones en 2018 por delante del cáncer y las enfermedades del sistema respiratorio².

La enfermedad isquémica del corazón produce el mayor número de muertes cardiovasculares en nuestro país (26% en total; un 15% hombres y un 11% mujeres). Dentro del grupo de enfermedades isquémicas del corazón, el infarto agudo de miocardio (IAM) es el que causa más fallecimientos con un total del 46% (28% hombres y 19% mujeres)².

Estas cifras están aumentando debido a la COVID-19, que, por un lado, se ha evidenciado que afecta de forma más severa a las personas con patologías crónicas previas como la ECV y, por otro, ha supuesto una grave disminución en los diagnósticos y una pérdida la continuidad asistencial de las personas con ECV. Estas consecuencias ya son visibles, pues en 2020 se doblaron los fallecimientos de los pacientes hospitalizados por infarto agudo de miocardio¹⁰.

1.1

Objetivos

- Cardioalianza tiene como objetivo contribuir a mejorar la atención sanitaria de los pacientes cardiovasculares de más alto riesgo, específicamente aquellos que han sufrido un evento isquémico o un síndrome coronario agudo (SCA), puesto que éste sigue siendo la primera causa de muerte en general y también entre las enfermedades circulatorias.

El documento que se presenta tiene el objetivo de **contribuir a mejorar los resultados en salud de los pacientes con síndrome coronario agudo (SCA)**, identificando los elementos clave del proceso asistencial, contribuyendo a garantizar la equidad en su diagnóstico y atención, evaluando y transparentando los resultados en salud de todos los centros, y que estas pautas puedan ser adaptadas e implantadas al ámbito local.

1.2

Metodología

- El proyecto se ha desarrollado siguiendo una metodología principalmente cualitativa basada en el conocimiento de dos grupos de expertos; por un lado, cardiólogos especialistas en la materia (comité científico) y, por otro, pacientes y representantes de pacientes (comité de pacientes). Además, se ha realizado una extensa revisión bibliográfica sobre aspectos generales relacionados con la ECV y el SCA, así como de los protocolos y guías actuales tanto a nivel europeo como nacional. Una vez analizada toda la información se procedió a redactar el documento que ha sido validado por ambos comités.

1.3

Mejoras del proceso asistencial del SCA

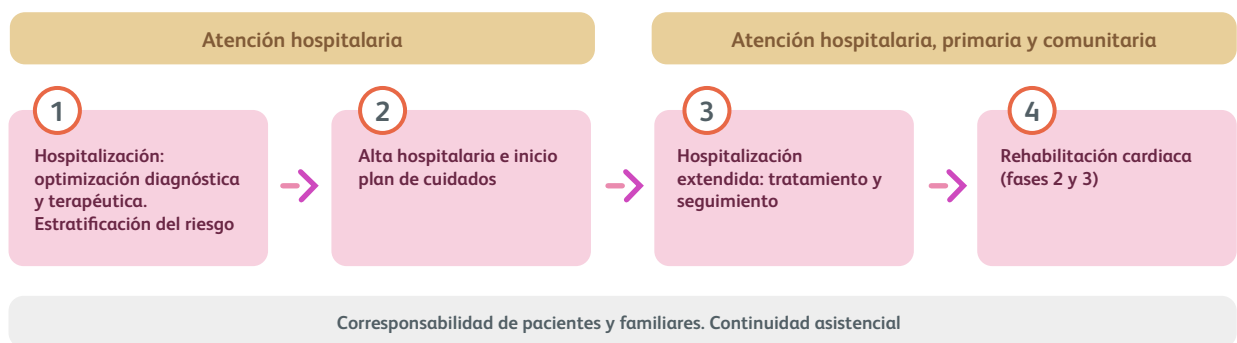
- Para que todos los pacientes de nuestro país, con independencia del lugar en el que residan, pudieran ser atendidos con un tratamiento precoz de reperusión en el menor tiempo posible, se han ido creando en todas las CC. AA. las redes de atención al infarto (Código Infarto). Gracias a su creación se ha logrado mejorar significativamente la atención y pronóstico de los pacientes en todo el territorio, reduciendo la mortalidad en fase aguda y disminuyendo el alcance del infarto y la probabilidad de desarrollar una insuficiencia cardíaca. Pero a pesar de su demostrada eficacia, se ha reportado que existen graves inequidades entre CC. AA. en cuanto al nivel y rapidez en la aplicación del tratamiento²³.

Para lograr una mejor gestión en la atención al SCA y, por tanto, que tenga un impacto positivo en los resultados en salud de los pacientes, es importante que cada centro sanitario realice/disponga de:

Elementos clave a desarrollar en el proceso asistencial del SCA



- Estos puntos clave deben aplicarse en cada una de las fases identificadas del proceso asistencial de los pacientes con SCA. Se presentan a continuación los aspectos relevantes que gestores, profesionales sanitarios y pacientes, deben garantizar en cada una de las fases del proceso.



1 Hospitalización

- La hospitalización debe verse como una oportunidad, especialmente en un contexto de pandemia.
- Se deben eliminar las inequidades entre centros con respecto a los tiempos de aplicación del tratamiento después de un infarto.
- Todo centro sanitario, con independencia de su nivel asistencial, debe tener un protocolo/vía clínica de atención precoz al síndrome coronario agudo (SCA).
- La rehabilitación cardiaca (RC) debe integrarse de forma global y debe empezar durante la hospitalización.

2 Alta hospitalaria

- El informe de alta es un elemento de comunicación clave para el paciente y entre la atención hospitalaria y la primaria.
- Siempre que sea posible, el proceso de información al alta debería darse con la familia o el cuidador presentes.
- Se debe garantizar la inclusión de todos los pacientes en un programa de RC tras el proceso de hospitalización.

3 Hospitalización extendida

- Potenciar el rol de enfermería como agente clave para el seguimiento y el plan de cuidados.
- Siempre que sea posible, que el cardiólogo/a que atiende al paciente en el hospital sea quien realice la primera visita post hospitalización.
- Mejorar la información que se ofrece al paciente en la primera consulta tras el alta.
- Promover la filosofía de “acto único”.
- Incorporar modalidades de medicina no presencial.
- Reforzar la colaboración y comunicación entre atención primaria y hospitalaria.

4 Rehabilitación cardiaca

- Todos los pacientes deben poder seguir un programa de RC tras el alta.
- El programa de RC se adaptará al perfil de riesgo de cada paciente.

Llamada a la acción

- El SCA sigue siendo un problema importante de salud pública que requiere de cambios importantes en el modelo asistencial, que deben contar con la participación y compromiso de todos los agentes implicados en la mejora de su atención: pacientes y familiares, profesionales sanitarios, gestores y planificadores y, en general, proveedores de salud.

Por ello, desde Cardioalianza, la asociación que aglutina en España a más de 50 asociaciones de pacientes con enfermedades cardiovasculares, queremos tender puentes de diálogo entre todos los agentes para avanzar en la mejora de los resultados en salud de los pacientes que han sufrido un SCA en España. Para ello:

Instamos a las autoridades sanitarias nacionales y autonómicas a:

- ✓ **Incluir el SCA en la agenda de prioridades sanitarias**, pues sigue siendo la primera causa de muerte entre las ECV.
- ✓ **Diseñar/rediseñar estrategias enfocadas a mejorar los resultados en salud** de los pacientes con SCA.
- ✓ **Eliminar las trabas administrativas** que dificultan o impiden el acceso a tratamientos por parte de los pacientes.
- ✓ **Invertir en tecnología y sistemas de información** que faciliten modelos de atención flexibles y la gestión de procesos y resultados en la salud de los pacientes.
- ✓ **Definir, recoger y publicar los resultados de indicadores de proceso y resultado** con el objetivo de contribuir a la transparencia.
- ✓ **Facilitar la auditoría de los procesos asistenciales del SCA** con el objetivo de fomentar la mejora continua.
- ✓ **Implantar programas educativos dirigidos a la ciudadanía**, adaptados a colectivos prioritarios (personas mayores, mujeres).

Instamos a los pacientes a:

- ✓ **Tomar conciencia de su enfermedad.** Conocer las posibles causas que han provocado el infarto.
- ✓ **Corresponsabilizarse del cuidado de su salud.** Seguir las pautas de tratamiento indicadas por el profesional sanitario, tomar siempre la medicación, tener un control sobre los factores de riesgo (colesterol, hipertensión, diabetes, obesidad, etc.) y cambiar a unos hábitos de vida más saludables (actividad física diaria, no fumar, cuidar la alimentación, etc.).
- ✓ **Pedir su integración en un programa de RC.** Todo paciente debe tener el derecho a poder beneficiarse de un programa de RC para su óptima recuperación después de un infarto, desde la hospitalización (fase 1) y durante toda su vida (fases II y III).

Instamos a los gestores/profesionales sanitarios a:

- ✓ **Disponer de un protocolo/vía clínica de atención al SCA en todos los hospitales**, adaptado al nivel local.
- ✓ **Incluir indicadores para medir los resultados** (de proceso y en la salud del paciente) y hacer público un informe anual, con el objetivo de impulsar la mejora continua.
- ✓ **Ofrecer a todos los pacientes con SCA un programa de rehabilitación cardiaca (RC)** adaptado al perfil de riesgo de cada paciente.
- ✓ **Entregar al paciente un informe de alta adaptado a su situación** y que contenga: información sobre diagnóstico, información y objetivos de tratamientos, calendario de seguimiento, asociaciones y programas educativos, webs y apps de referencia, síntomas de alerta y teléfono de contacto.
- ✓ **Potenciar un modelo de hospitalización extendida** que garantice la continuidad asistencial de los pacientes una vez ya se les ha dado el alta.

Introducción

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la principal causa de mortalidad y discapacidad a nivel mundial. Son las responsables de 17,3 millones de muertes al año, el 85% de las cuales están relacionadas con la enfermedad arteriosclerótica, incluyendo la enfermedad coronaria y el ictus¹. En España, las ECV son también la primera causa de muerte, siendo las causantes del 28,3% (120.859) de las defunciones en 2018 por delante del cáncer y las enfermedades del sistema respiratorio².

La edad es el principal factor de riesgo en la ECV, pues cuatro de cada cinco de estas muertes se producen en personas mayores de 65 años³. En los últimos tiempos el envejecimiento de la población se ha convertido en uno de los principales problemas demográficos y de salud de la sociedad, la población mayor de 65 años casi se ha doblado desde la última mitad del siglo XX y los expertos calculan que en 2050 una de cada seis personas en el mundo tendrá más de 65 años (el 16% de la población)⁴.

Aunque es verdad que la mortalidad por ECV en su fase aguda va disminuyendo año tras año, la paradójica realidad es que, debido al aumento de la esperanza de vida y al envejecimiento de la población, cada vez hay más personas con antecedente de ECV y más población con factores de riesgo asociados a la misma como son la hipertensión, el colesterol, la diabetes o la obesidad (factores directamente relacionados con un estilo de vida occidental), con un perfil de alto y muy alto riesgo de volver a padecer otro evento similar. En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS) prevé que de aquí al año 2030, 23,6 millones de personas morirán por alguna enfermedad cardiovascular, principalmente por cardiopatías y accidentes cerebrovasculares⁵.

Ante esta situación, la OMS marcó en 2014 como primera meta mundial dentro del “Informe sobre la situación Mundial de las enfermedades no transmisibles”⁶ la reducción relativa de la mortalidad general por enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes o enfermedades respiratorias crónicas en un 25% hasta 2025. Para lograrlo, los Estados Miembros de la OMS llegaron a un acuerdo con respecto a un conjunto de ocho metas mundiales más que deberían

alcanzarse de aquí a 2025; entre ellas dos centradas directamente en la prevención y control de la ECV: la primera, reducir la prevalencia mundial de la hipertensión un 25% a través de intervenciones dirigidas a disminuir los factores de riesgo comportamentales como el alcohol, la inactividad física, el sobrepeso, la obesidad y el consumo elevado de sal; y la segunda, prestar tratamiento farmacológico y asesoramiento a, al menos, un 50% de las personas que lo necesiten, con miras a prevenir ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares a través de un enfoque integral que tenga en cuenta todos los factores de riesgo cardiovascular.

Las Guías Europeas de 2016 sobre prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica son claras al señalar que la prevención es eficaz y que la eliminación de conductas de riesgo podría evitar hasta un 80% de las ECV, con lo que se demuestra que la implementación de medidas preventivas es esencial. La mayor parte de episodios cardiovasculares se originan en personas con riesgo moderado, sencillamente porque es el grupo de población más numeroso. Por este motivo, las estrategias de prevención individuales para personas con riesgo alto o enfermedad cardiovascular establecida deben de complementarse con estrategias poblacionales que promuevan la adopción de estilos de vida saludables y la reducción de los factores de riesgo en la población⁷.

En España, el Ministerio de Sanidad ha impulsado la Estrategia en Salud Cardiovascular del Sistema Nacional de Salud (ESCAV) como continuidad a la Estrategia en Cardiopatía Isquémica aprobada por el Consejo Interterritorial del SNS el 22 de



1ª META MUNDIAL

Reducción relativa de la mortalidad general por enfermedades cardiovasculares, entre otras, en un 25% hasta 2025.

octubre de 2007. La nueva estrategia es más amplia e integradora y está orientada a la promoción de la salud cardiovascular, a la prevención de la ECV y a su atención desde una perspectiva integral, multidisciplinaria, coordinada y centrada en la persona, con especial atención a las inequidades en salud y de género. El objetivo principal de la ESCAV es reducir la incidencia, morbilidad y mortalidad de las ECV en España, además de prevenir la discapacidad y mejorar la calidad de vida y bienestar de los pacientes y sus familias, a través del desarrollo de intervenciones de promoción, prevención, restauración y rehabilitación de la salud cardiovascular que hayan demostrado un impacto positivo en la esperanza y calidad de vida de los individuos en la sociedad, así como el desarrollo de acciones orientadas a la mejora de la atención cardiovascular que hayan demostrado un impacto significativo en los resultados en salud.

La situación de los pacientes cardiovasculares se ha visto especialmente afectada debido a la pandemia del coronavirus SARS-COV2, que ha dejado al descubierto las deficiencias existentes en nuestro sistema sanitario público. La COVID-19 ha afectado a toda la sociedad, pero sobre todo a las personas más vulnerables como la población de avanzada edad o con enfermedades crónicas, como es el caso de la enfermedad cardiovascular a quienes se ha visto que la COVID-19 afecta de forma más severa⁸.

Este panorama ha supuesto una grave disminución de los diagnósticos y de la continuidad asistencial de las personas con ECV⁹ que deberemos afrontar en los próximos meses y años.

Como representantes de los pacientes cardiovasculares, queremos poner de manifiesto la voluntad de corresponsabilizarnos de nuestra salud en aquellas acciones que dependan directa o indirectamente del propio paciente (como la adherencia terapéutica, el control de los factores de riesgo o los hábitos de vida) ya que el autocuidado y autocontrol de la enfermedad es vital para prevenir un segundo evento. Pero también es nuestro deber hacer visible la falta de atención sanitaria que han experimentado a lo largo de este último año muchas personas que conviven con una enfermedad crónica, debido a las restricciones de movilidad y a la saturación del Sistema Sanitario a causa de la pandemia.

Desde Cardioalianza, como asociación que agrupa a 18 organizaciones de pacientes cardiovasculares a nivel estatal, con más de 50 asociaciones locales y como representantes de los derechos de estos pacientes, queremos aflorar las deficiencias del Sistema Sanitario para contribuir a mejorar la atención sanitaria de los pacientes cardiovasculares de más alto riesgo, específicamente aquellos que han sufrido un evento isquémico, puesto que sigue siendo la primera causa de muerte en general y también entre las enfermedades circulatorias.

La reducción del riesgo cardiovascular pasa por lograr una mejor gestión del proceso asistencial del paciente y un mejor control de los factores de riesgo, siempre con la implicación y corresponsabilidad del paciente.

Objetivos

A pesar de los avances en la atención global al SCA, pacientes, profesionales sanitarios, planificadores y gestores sanitarios y empresas, debemos seguir trabajando para mejorar el diagnóstico, la atención y seguimiento del SCA poniendo el foco en el paciente.

Este documento, impulsado por Cardioalianza, pretende **contribuir a generar el cambio necesario para mejorar los resultados en salud de los pacientes con síndrome coronario agudo (SCA).**

Este propósito se concreta en los siguientes objetivos específicos:

- ✓ Identificar aquellos aspectos clave que deben asegurarse en el proceso asistencial.
- ✓ Garantizar la equidad en el diagnóstico, la atención del paciente con SCA, con independencia de su lugar de residencia.
- ✓ Incentivar a la evaluación y transparencia de los resultados en salud de los pacientes con SCA para contribuir a la mejora continua.
- ✓ Contribuir al conocimiento y debate sobre las mejoras a implantar en el ámbito local.

Metodología

El proyecto se ha desarrollado siguiendo una metodología principalmente cualitativa basada en el conocimiento de dos grupos de expertos; por un lado, cardiólogo/as y por otro, pacientes y representantes de pacientes.

Fases del proyecto



1 Revisión bibliográfica

En la primera fase del proyecto se realizó una primera revisión bibliográfica sobre aspectos relacionados con la ECV en general como del SCA en particular, especialmente para recoger datos de prevalencia, incidencia, mortalidad y costes asociados. Por otro lado, se realizó una revisión de protocolos y guías, tanto en el ámbito europeo como español, con el objetivo de centrar el objeto ámbito de análisis.

2 Taller comité científico

Tras la revisión bibliográfica se realizó un taller de trabajo con el comité científico con el objetivo de concretar las fases del proceso asistencial del SCA y detectar los puntos de mejora de su abordaje desde la perspectiva del profesional sanitario. Más tarde se realizó una segunda reunión para concretar los aspectos críticos concretos en cada fase del proceso asistencial.

3 Taller comité de pacientes

El taller de trabajo con el comité de pacientes, representantes de organizaciones de pacientes de distintos puntos de España, permitió detectar los puntos de mejora del proceso asistencial del SCA desde la perspectiva de los pacientes.

4 Informe final

Una vez recogida toda la información se procedió a redactar el informe final que fue revisado y validado tanto por el comité científico como por el comité de pacientes.

La enfermedad cardiovascular

5.1

Descripción

- Cuando hablamos de enfermedad cardiovascular nos referimos a aquellas patologías causadas por trastornos del corazón y alteraciones de los vasos sanguíneos, incluyendo dentro de éstas la cardiopatía coronaria aguda (que incluye infarto de miocardio) y crónica, los accidentes cerebrovasculares, insuficiencia cardíaca, arritmias, enfermedades de las válvulas cardíacas, arteriopatía periférica, cardiopatías congénitas, trombosis venosas profundas y embolias pulmonares, etc.⁶

Una de las repercusiones más importantes de este tipo de enfermedades es cuando ocasionan una trombosis, cuando un vaso sanguíneo es obstruido de forma brusca por un trombo y se detiene por impactación en un vaso sanguíneo (ya sea arteria, vena o capilar) obstruyendo el flujo de sangre y produciendo una brusca oclusión vascular. Ésta puede causarse en el corazón -infarto agudo de miocardio- o en el cerebro- ictus-. Así, los infartos de miocardio y los ictus suelen ser fenómenos agudos que se deben, sobre todo, a obstrucciones que impiden que la sangre fluya hacia el corazón o el cerebro.

La causa más frecuente es la formación de placas de ateroma, unos depósitos de grasa que se forman en las paredes de los vasos sanguíneos que irrigan el corazón o el cerebro. Estas placas de ateroma dan lugar a la formación brusca de trombos que ocluyen el vaso sanguíneo. Los accidentes cerebrovasculares o ictus también pueden deberse a hemorragias de los vasos cerebrales (derrame) o a coágulos de sangre que se han formado en otro lugar y que son arrastrados por la corriente sanguínea y se detienen por impactación en un vaso sanguíneo (embolia). Los ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares suelen tener su causa en la presencia de una

combinación de factores de riesgo, tales como el tabaquismo, las dietas malsanas, la obesidad, la inactividad física, el consumo nocivo de alcohol, la hipertensión arterial, la diabetes y la hiperlipidemia¹⁰.

Las enfermedades cardiovasculares pueden desembocar en eventos coronarios, eventos neurológicos u otros eventos ocasionados por enfermedades como la enfermedad arterial periférica (EAP)¹¹.

Este documento se centra en los eventos ocasionados por la arterosclerosis en las arterias coronarias que producen cardiopatía isquémica, es decir, una falta de oxígeno al músculo cardíaco. Este déficit de oxígeno puede presentarse de forma crónica con la angina de pecho estable, o de forma brusca y aguda con el síndrome coronario agudo (SCA). Las manifestaciones del SCA son la angina de pecho inestable y el infarto agudo de miocardio (IAM).

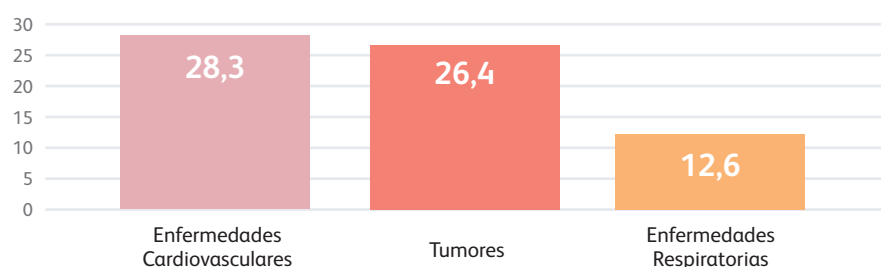
5.2

Mortalidad y prevalencia

- En España la prevalencia de la ECV es del 8,7% (4.055.239 personas en 2015) y la incidencia poblacional anual es de 1 nuevo caso cada 100 personas (431.575 nuevos casos anuales)¹².

Las enfermedades del corazón son la primera causa de muerte tanto a nivel mundial como en nuestro país. En España, una de cada tres personas fallece debido a una ECV, así lo demuestran los últimos datos de mortalidad publicados por el Instituto Nacional de Estadística (INE), en los que se refleja que las muertes por tal causa son las responsables del 28,3% (120.859 muertes) del total de defunciones, por delante de los tumores con el 26,4% (112.714 muertes) y de las enfermedades del sistema respiratorio que supusieron el 12,6% (53.687 muertes)².

Defunciones por causa en España (%). 2018



31.151

Defunciones por infarto agudo de miocardio y otras enfermedades isquémicas

26.420

Defunciones por enfermedades cerebrovasculares

24.399

Defunciones por enfermedades del corazón

19.142

Defunciones por insuficiencia cardiaca

Por sexos, la primera causa de mortalidad entre las mujeres son las enfermedades del sistema circulatorio, con un total de 64.897 muertes entre las féminas y 55.962 muertes entre los varones. Por su lado, los tumores fueron la primera causa de muerte en los hombres, con un total de 68.238 muertes entre éstos, y la segunda entre las mujeres, con 44.476 muertes.

Dentro de las enfermedades del sistema circulatorio, las que producen un mayor número de defunciones son las enfermedades isquémicas del corazón (infarto agudo de miocardio y otras enfermedades isquémicas) provocando 31.151 muertes (26%), seguidas de las enfermedades cerebrovasculares con 26.420 muertes (22%), y las producidas por otras enfermedades del corazón con 24.399 (20%) y por la insuficiencia cardiaca con 19.142 muertes (16%)².

5.3

Carga económica y social

- Las enfermedades cardiovasculares representan la mayor carga económica de nuestro país. El gasto sanitario público en el año 2018 en España supuso 71.145 millones de euros, lo que representa el 5,9% del producto interior bruto (PIB)¹³. Según datos de la Sociedad Española de Cardiología (SEC), el conjunto de enfermedades cardiovasculares supone un coste para el Sistema Nacional de Salud de más de 9.000 millones de euros al año¹⁴, lo que representa casi el 7% sobre el total del gasto sanitario de nuestro país, siendo la hospitalización responsable de aproximadamente el 50% del gasto sanitario¹⁵.

La Encuesta de Morbilidad Hospitalaria de 2018 publicada por el Instituto Nacional de Estadística (INE), indica que el número de altas hospitalarias por causas relacionadas con enfermedades del aparato circulatorio fue de 612.066, lo que supone un 12,5% del total de altas hospitalarias.

Esta cifra convierte a las enfermedades del aparato circulatorio en la segunda causa de ingreso hospitalario (12,5%), por detrás de las enfermedades del aparato respiratorio (13,0%) y al mismo nivel que las del aparato digestivo (12,2%).

Además, las enfermedades cardiovasculares causan un elevado número de casos de discapacidad y continuarán siendo la causa orgánica más importante de pérdida de productividad, ya que es la principal causa de muerte en general pero también entre la población activa, según indica el Informe de Estadística de Accidentes de Trabajo del 2015 realizado por el Ministerio de Empleo y seguridad Social de España. En dicho informe también se señala que las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de baja laboral en España, provocando el 17% del total de las bajas laborales por enfermedad en España¹⁶.

Se estima que aproximadamente un 30% de la población trabajadora presenta un riesgo cardiovascular alto, es decir, padece dos o más factores de riesgo cardiovascular (hipertensión, obesidad, diabetes, hipercolesterolemia, tabaquismo o sedentarismo). Además, las lesiones cardiovasculares son la segunda causa de muerte en accidentes de trabajo, representando el 30,7% del total de muertes por accidente laboral en jornada de trabajo¹⁷.

5.4

Factores de riesgo

- Un factor de riesgo cardiovascular es una característica biológica o un hábito o estilo de vida que aumenta la probabilidad de padecer o de morir a causa de una enfermedad cardiovascular. Precisamente, al tratarse de una probabilidad, la ausencia de los factores de riesgo no excluye la posibilidad de desarrollar una enfermedad de esta índole en el futuro, y la presencia de ellos tampoco implica necesariamente su aparición.

Cuantos más factores de riesgo tenga una persona, mayores serán sus probabilidades de padecer una enfermedad del corazón. Algunos factores de riesgo pueden cambiarse, tratarse o modificarse, pero otros no. El control del mayor número posible de factores de riesgo, mediante cambios en el estilo de vida y/o medicamentos, puede reducir el riesgo cardiovascular. Sin ir más lejos, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), con cambios adecuados del estilo de vida se podría prevenir más de tres cuartas partes de la mortalidad por causa cardiovascular.

Los factores de riesgo se dividen en dos categorías: no modificables (edad, sexo, factores genéticos/historia familiar) o modificables (aquellos en los que tanto el profesional sanitario como el paciente pueden intervenir). Estos últimos son los que tienen una asociación más fuerte con la enfermedad cardiovascular:

tabaquismo, hipercolesterolemia, hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DM) y sobrepeso/obesidad (particularmente la obesidad abdominal o visceral) frecuentemente unidos a la inactividad física¹⁸.

Según los datos de la Encuesta Nacional de Salud en España 2017 (ENSE 2017), que hace un análisis de la prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular desde 1993 hasta 2017 en la población española, el desarrollo de los factores de riesgo cardiovascular sigue en aumento. En concreto, las prevalencias porcentuales son: tabaquismo diario (22,1%), hipertensión arterial (19,8%), colesterol elevado (17,9%), obesidad (17,4%) y diabetes (7,8%).

Prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular

22,1%

Tabaquismo diario

19,8%

Hipertensión arterial

17,9%

Colesterol elevado

7,8%

Diabetes

5.5

Importancia de la prevención

- La OMS define la prevención como las “medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida”.

En este sentido, la prevención se clasifica según su objetivo:

Prevención primaria

Hace referencia a todas aquellas medidas y técnicas que se toman con el objetivo de evitar la aparición de la enfermedad mediante el control de los factores de riesgo. Dentro de la prevención primaria se engloban las técnicas de promoción de la salud, de prevención de la enfermedad o técnicas de prevención de riesgo laboral.

Prevención secundaria

Esta fase está destinada a la modificación y control de los factores de riesgo de una enfermedad cuando ésta ya se ha producido para evitar su progresión o la muerte, es decir, para evitar o retardar la aparición de posibles secuelas y actuar pronto para impedir el progreso de la enfermedad y, en caso de que avance, que haya un buen tratamiento y una buena adherencia al mismo que aseguren cumplir el objetivo de prevención.

La mayoría de las enfermedades cardiovasculares pueden prevenirse actuando sobre factores de riesgo comportamentales, aquellos en los que el paciente puede responsabilizarse, como el consumo de tabaco, las dietas malsanas y la obesidad, la inactividad física o el consumo nocivo de alcohol, utilizando estrategias que abarquen a toda la población⁵. Por otro lado, es fundamental implementar actividades dirigidas a la prevención y al control de los factores de riesgo metabólicos, tales como la hipertensión, el hipercolesterolemia o la diabetes¹⁹. En esta línea, son varios los estudios que demuestran que la prevención de la enfermedad cardiovascular mediante diversas estrategias preventivas del estilo de vida y farmacológicas funciona. De hecho, más del 50% de la reducción de la mortalidad cardiovascular se relaciona con la modificación de los factores de riesgo y el 40% con la mejora de los tratamientos²⁰.

La cardiopatía isquémica y el síndrome coronario agudo

6.1

Definición

- La cardiopatía isquémica hace referencia a las enfermedades producidas por la falta de aporte de sangre al corazón, en la mayoría de las ocasiones como consecuencia de la obstrucción del paso de sangre a través de las arterias coronarias.

Dichas obstrucciones son debidas a la presencia de placas llenas de grasa denominadas “placas de ateroma” que aparecen en el contexto de una enfermedad llamada arteriosclerosis. Así, la arteriosclerosis es un proceso lento de formación de colágeno y acumulación de lípidos (grasas) y células inflamatorias (linfocitos) que provoca el estrechamiento (estenosis) de las arterias coronarias.

Este proceso empieza en las primeras décadas de la vida, pero no presenta síntomas hasta que la estenosis de la arteria coronaria se hace tan grave que causa un desequilibrio entre el aporte de oxígeno al miocardio y sus necesidades. En este caso se produce una isquemia miocárdica (angina de pecho estable) o una oclusión súbita por trombosis de la arteria, lo que provoca una falta de oxigenación del miocardio que da lugar al síndrome coronario agudo (angina inestable e infarto agudo de miocardio)²¹.

Si nos centramos en el síndrome coronario agudo (SCA), vemos que existen dos tipologías dependiendo de la extensión y la duración de la isquemia:

1 Síndrome coronario agudo sin elevación de ST (SCASEST): Infarto agudo de miocardio (IAM) no Q y Angina inestable (AI).

Un trombo no oclusivo o transitoriamente oclusivo es la causa más frecuente de la AI o del IAM no Q. En la AI la oclusión temporal no suele durar más de 20 minutos y produce angina de reposo. En el IAM no Q la interrupción dura más tiempo, aunque el territorio distal puede estar protegido por circulación colateral desde otros vasos, limitando la isquemia y miocardio necrosado.

2 Síndrome coronario agudo con elevación de ST (SCACEST): IAM Q (con ondas Q)

En el IAM Q el trombo es oclusivo sin circulación colateral y la duración de isquemia es más prolongada, con mayor duración del dolor y mayor necrosis.

6.2

Mortalidad

— La cardiopatía isquémica es la primera causa de muerte en adultos, tanto en países en vías de desarrollo como en países ricos. Aunque la tasa de mortalidad por cardiopatía isquémica ha descendido en las últimas cuatro décadas en los países desarrollados, sigue siendo la causa de aproximadamente un tercio de todas las muertes en personas mayores de 35 años²².

En España, aunque las enfermedades isquémicas del corazón (infarto, angina de pecho...) ocuparon en 2018 el primer lugar en número de defunciones (31.152), descendieron un 3,7% respecto al año anterior².

Por sexos, las enfermedades isquémicas del corazón fueron la primera causa de muerte entre los hombres (18.423 hombres y 12.729 mujeres), causando un 3,7% menos de muertes que en 2017, mientras que entre las mujeres la primera causa fueron las enfermedades cerebrovasculares (14.985 mujeres y 11.435 hombres), con una disminución del 2,6%². Dentro de la enfermedad isquémica del corazón, el infarto agudo de miocardio (IAM) fue la más frecuente con un 46% los casos (14.521 muertes por IAM del total de 31.152 por CI en 2018)².

En cuanto a la mortalidad por infarto (SCACEST), se estima que aproximadamente el 70-75% de los casos mortales de infarto se presentan fuera del hospital, en muchas ocasiones, además, como primer síntoma de la enfermedad coronaria²³. Por ello, a lo largo del presente documento incidiremos en la necesidad de impulsar estrategias para identificar precozmente a estos pacientes y agilizar su contacto con el sistema sanitario con el objetivo de disminuir la mortalidad.

Prevalencia e incidencia

- La prevalencia de cardiopatía isquémica aumenta con la edad y es superior en los hombres que, en las mujeres, incluso en edades avanzadas. Según el informe “Indicadores clínicos en Atención Primaria” realizado en 2019 por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, la prevalencia de cardiopatía isquémica es del 3,8% en hombres y 1,6% en mujeres, mientras que estos porcentajes aumentan hasta un 11,4% y 5% respectivamente en mayores de 64 años; llegándose hasta cuatriplicar en el hombre y triplicar en la mujer a los 80 años²⁴. En los hombres, es más frecuente la presentación en forma de infarto, mientras que en las mujeres es más frecuente la presentación en forma de angina de pecho.

Las tasas de incidencia de infarto agudo de miocardio oscilaron entre 135-210 nuevos casos anuales por cada 100.000 varones y entre 29-61 por cada 100.000 mujeres entre 25 y 74 años²⁵. En general, la incidencia de eventos coronarios aumenta en rápida progresión con la edad y las mujeres tienen tasas correspondientes a 10 años

menos que las de los varones, lo que significa un retardo medio de 10 años. Para el caso de infarto de miocardio y muerte súbita, el retardo de las tasas de incidencia en las mujeres es alrededor de 20 años, aunque el margen disminuye a edades avanzadas. En mujeres premenopáusicas las manifestaciones más graves de la enfermedad coronaria, como el infarto de miocardio y la muerte súbita, son relativamente raras. Después de la menopausia, la incidencia y la gravedad de estos eventos aumentan rápidamente y alcanzan tasas tres veces mayores en posmenopáusicas que en premenopáusicas de la misma edad²⁶.

Por el contrario, el predominio masculino en la incidencia de cardiopatía isquémica es menor en el caso de la angina de pecho. La forma de presentación inicial de la ECV en mujeres menores de 75 años es la angina de pecho, con más frecuencia que el infarto de miocardio²⁷. Característicamente, suele ser angina no complicada en el 80% de los casos, a diferencia de los varones, en los que la angina aparece tras un infarto de miocardio en el 66% de los casos. El infarto de miocardio predomina entre los varones de todos los grupos de edad, y solo un 20% se precede de angina de pecho; dicho porcentaje es menor en el caso del infarto silencioso³¹.

Prevalencia de cardiopatía isquémica

3,8%

En hombres

1,6%

En mujeres

11,4%

En hombres >64 años

5%

En mujeres >64 años

Redes infarto en España

- Las redes infarto se extienden en España, principalmente gracias a la recomendación de las guías de práctica clínica y de la Estrategia en Cardiopatía Isquémica para el SNS (2016). Se impulsan así redes asistenciales de ámbito regional, basadas en centros de referencia con laboratorios de hemodinámica y recursos específicos tanto materiales como humanos, para poder realizar el procedimiento de intervencionismo percutáneo de angioplastia primaria, tratamiento de elección ante un infarto de miocardio (SCACEST), a todos los pacientes que lo necesiten con independencia de su localización geográfica, las 24 horas de los 365 días del año²⁸.

El código infarto se activa cuando en algún punto de la red asistencial se detecta a un paciente que es sospechoso de sufrir un infarto, después se deriva automáticamente al paciente al centro de referencia más cercano y se le aplica rápidamente la estrategia de reperfusión como tratamiento. Gracias a la aplicación del código infarto se ha mejorado significativamente la evolución de

los pacientes reduciendo la mortalidad en fase aguda y disminuyendo el alcance del infarto y de la probabilidad de desarrollar una insuficiencia cardíaca.

Cada comunidad autónoma tiene en la actualidad implantada su propia red de infarto con claras definiciones de las áreas geográficas de responsabilidad, así como de protocolos de actuación y estratificación del riesgo compartidos entre todos los centros, para poder atender a un caso de infarto en el menor tiempo posible. A pesar de su demostrada eficacia, se ha reportado que existen graves inequidades en la atención del infarto entre CC. AA. en cuanto al nivel y rapidez en la aplicación del tratamiento²⁹. En aras de promover la equidad en la atención del infarto, es necesario impulsar la evaluación y transparencia de los resultados de estos programas en todos los centros, con independencia de su nivel asistencial.



Mejoras del proceso asistencial del síndrome coronario agudo

- El proceso asistencial del SCA empieza una vez que el paciente toma contacto con el sistema sanitario ante los síntomas comunes. En ese sentido, es importante resaltar la importancia de realizar acciones de información y sensibilización para la detección e identificación temprana de estos síntomas. En un contexto de pandemia sanitaria como la que está provocando la COVID-19, pacientes y cardiólogo/as hacen un llamamiento a los pacientes para que se pongan en contacto con los servicios sanitarios ante cualquier síntoma. Por su parte, el sistema sanitario debe reorganizarse para atender esta situación creando rutas seguras para los pacientes con sospecha de SCA. Este capítulo no pretende ser una guía clínica del manejo de pacientes con SCA sino identificar los aspectos claves que se deben garantizar en el proceso asistencial con el objetivo de optimizar los resultados en salud de los pacientes y, en definitiva, reducir el riesgo de un nuevo evento.

Para lograr una mejor gestión en la atención al SCA que tenga impacto en los resultados en salud de los pacientes, tanto pacientes como médicos están de acuerdo en señalar que, de forma prioritaria:

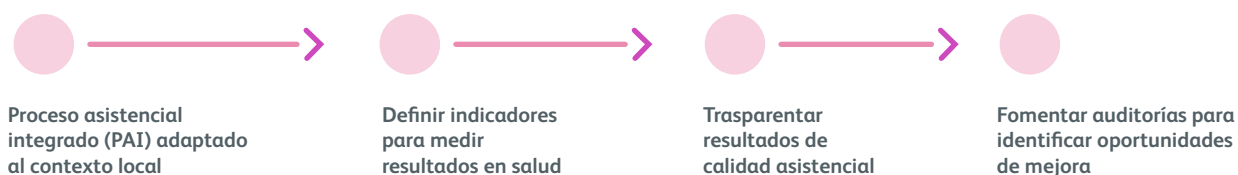
Los centros sanitarios deben **definir y detallar su propio proceso asistencial integrado (PAI), adaptado al contexto local**, es decir, teniendo en cuenta la estructura organizativa y los recursos disponibles en red en el ámbito de la atención hospitalaria, primaria y comunitaria.

Es esencial definir indicadores (conjunto mínimo de indicadores clave), que permitan **medir los resultados** para garantizar, así, la mejora continua. Estos indicadores deben adaptarse al contexto local, identificando los responsables de la recogida de información y teniendo en cuenta el conjunto mínimo de datos (CMBD) como fuente principal que facilite la recogida.

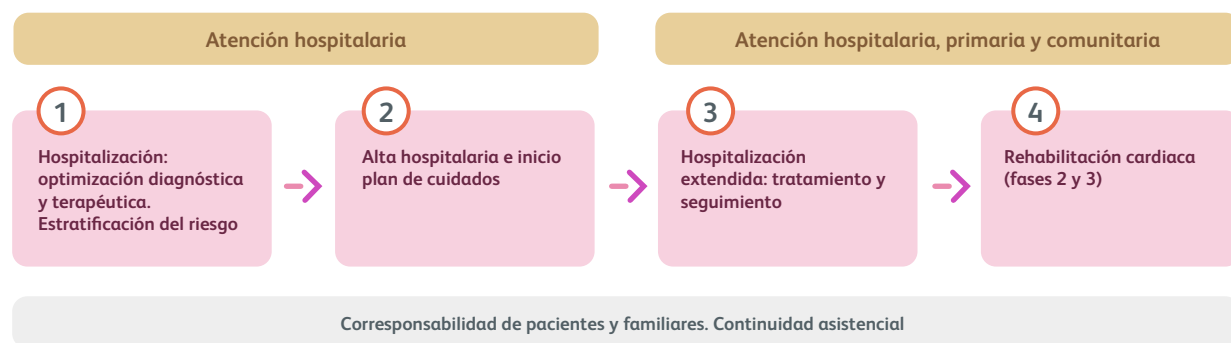
Se debe **potenciar la transparencia** de estos resultados en beneficio de la calidad asistencial en general y de los pacientes en particular, quienes deben poder conocer los resultados de su centro/s de referencia. Esta información debe ser pública y fácilmente accesible.

Fomentar auditorías internas y/o externas para identificar oportunidades de mejora que permitan avanzar hacia una atención de más calidad.

Elementos clave a desarrollar en el proceso asistencial del SCA



Proceso asistencial del SCA



Se presenta a continuación la identificación de aspectos clave para cada una de las 4 fases que se han descrito en la ilustración anterior.

A healthcare professional in blue scrubs is shown from the chest down, focused on a patient's arm. She is wearing a stethoscope and holding a blood pressure cuff. The patient's arm is visible, wearing a grey knitted sleeve. The background is softly blurred, suggesting a clinical setting. The entire image has a warm, reddish-pink color cast.

Fase 1

**Hospitalización:
optimización diagnóstica y
terapéutica y estratificación
del riesgo**

La hospitalización debe verse como una oportunidad en el contexto de pandemia actual

La pandemia ha desbordado el sistema sanitario, con la atención primaria colapsada y la hospitalaria ocupada durante meses atendiendo a personas con coronavirus. De hecho, según un estudio de la Plataforma de Organizaciones de Pacientes, durante la primera fase de la pandemia el 69% de las personas con enfermedades crónicas se vieron afectadas por la cancelación de diversas consultas, entre las que se encontraban las consultas hospitalarias (46,3%), las de hospital de día (3,4%) y de atención primaria (19,3%)³⁰.

La atención a la COVID-19 ha desbancado el seguimiento de pacientes crónicos produciendo una gran pérdida de la continuidad asistencial que en el caso de la enfermedad cardiovascular se traduce en un

menor control del colesterol, la diabetes, o la hipertensión, entre otros aspectos. Ante esta situación, los expertos avanzan graves consecuencias en los próximos años.

Precisamente por ello, ahora más que nunca, la hospitalización debe verse como una oportunidad para completar al máximo el proceso diagnóstico durante esta fase del proceso, así como para iniciar la educación sanitaria del paciente.

Se deben eliminar las inequidades entre centros, con respecto a los tiempos de aplicación del tratamiento después de un infarto

Los registros actuales ponen de manifiesto que existe una falta de equidad entre aquellos pacientes que han sufrido un infarto de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST) dependiendo del nivel asistencial del hospital dónde ingresa el paciente (comarcal o terciario). En concreto, se ha visto que, cuando el primer contacto es un hospital comarcal y el tiempo previsto para realizar angioplastia primaria es superior a 120 minutos debido a la distancia al hospital de referencia, se opta algunas veces por un tratamiento con fibrinólisis en vez de coronografía sin que haya un traslado al hospital con hemodinámica de referencia para hacer angioplastia de rescate en caso de que la reperfusión con fibrinólisis no fuera eficaz. Esta asimetría es aún más importante en los infartos sin elevación del segmento ST (IAMSEST).

Así lo demuestran estudios como el último informe SEC- RECALCAR 2020 (datos 2019) de la Sociedad Española de Cardiología (SEC), donde se evidencia que existen desigualdades interterritoriales en la calidad y la eficiencia en la atención al paciente cardiológico, algo que debería ser motivo de alarma para las administraciones sanitarias públicas.

La no atención de los pacientes con SCA por una Unidad de Cardiología, como señala el informe, puede tener incidencia en los resultados, como es el caso de los pacientes que han sufrido un infarto agudo de miocardio (IAM), pues se ha demostrado que aquellos dados de alta por un servicio de cardiología tienen menor mortalidad intrahospitalaria³¹.

El registro pone de manifiesto que existen importantes variaciones en relación con los indicadores de eficiencia y productividad (estancia media, rendimientos por equipo o por profesional, etc.), que demuestran que hay amplios márgenes de mejora en la eficiencia de muchas Unidades de Cardiología y Servicios de Salud de cada CC. AA.. En el año 2014 por ejemplo, Andalucía, Extremadura, Canarias y Asturias, exhibían tasas de mortalidad por infarto

ajustadas cercanas a 27 casos mortales/100.000 habitantes, cifras que duplicaban las de mostradas por otras CC. AA. como País Vasco o Navarra. Estos resultados, quizá puedan ser explicados por algunas diferencias poblacionales, pero también lo son por las diferencias organizativas y asistenciales implementadas en cada ámbito geográfico³¹.

Es de esperar que estas variaciones se amortigüen ya que desde hace dos años todas las CC. AA. disponen de un Código Infarto, que será necesario mejorar en un proceso de mejora continua basado en la medición de indicadores y en la mejora de la morbimortalidad.

Además, algo muy importante que señala el informe RECALCAR, es que se ha visto que esta variabilidad de resultados es mayor en la comparativa entre hospitales que la observada en la comparativa por CC. AA., con lo que hay grandes márgenes de mejora en la eficiencia y calidad de las unidades de cardiología y en la asistencia cardiológica en general.

Estos datos constatan que es necesario reforzar la regionalización de servicios y la creación de redes asistenciales de unidades cardiacas para poder asegurar una equidad en la atención de los pacientes infartados, con independencia del hospital o CC. AA. en la que resida el paciente.

Además, es importante subrayar la necesidad de rediseñar las redes de atención al IAM (Código Infarto) autonómicas y provinciales incorporando a los pacientes con criterios definidos de SCASEST de alto riesgo. Junto a ello, el establecimiento de reuniones periódicas provinciales y autonómicas de la red, identificando responsables y un coordinador general con la implicación de la administración. Es esencial, en este escenario de potencial ampliación de circuitos asistenciales, la valoración periódica de las necesidades (estructurales y humanas), la evaluación de los resultados en salud, así como el establecimiento de medidas correctoras.

27/100.000

Casos mortales por infarto por cada 100.000 habitantes

>120 min.

Tiempo previsto para realizar angioplastia primaria.

Todo centro sanitario, con independencia de su nivel asistencial, debe tener un protocolo/ vía clínica de atención precoz al Síndrome Coronario Agudo (SCA)

La organización y gestión de los servicios de cardiología están directamente vinculados con la efectividad del tratamiento ante un SCA. Así, resulta esencial que todos los centros sanitarios dispongan de un protocolo o vía clínica del SCA. El protocolo de manejo del paciente con infarto debe estar basado en las guías de práctica clínica europeas (ESC) y española (SEC) publicadas.

En este sentido, la SEC ha definido en dos documentos cómo debe ser el proceso de atención a un SCA, según su tipología: PROCESO SCACEST y PROCESO SCASEST, cuyos aspectos claves destacamos a continuación:

✓ Identificar tipo de SCA

SCA con elevación del segmento ST (SCACEST) o SCA sin elevación del segmento ST (SCASEST).

Ante un dolor torácico no traumático con sospecha de tipo isquémico, hay que realizar evaluación clínica y electrocardiograma (ECG) de 12 derivaciones en menos de 10' desde su primer contacto médico para identificar elevación del segmento ST.

✓ Complementariedad diagnóstica

Además del diagnóstico clínico deberán realizarse otras pruebas al paciente con SCA:

- **Analítica:** siempre, que incluya hemoglobina (Hb) glicada y perfil lipídico.
- **Técnicas de imagen:** ecocardiografía durante la hospitalización siempre y valorar otras técnicas de imagen en casos concretos, como la tomografía computarizada (CT), la resonancia o la prueba de esfuerzo.

✓ Tratamiento

— Revascularización: angioplastia primaria como método de reperfusión de elección. En los casos con demoras previstas superiores a 120 minutos para la apertura de arteria y sin shock, la fibrinólisis es un tratamiento adecuado. En estos casos, se procederá al traslado inmediato del paciente a un centro con hemodinámica.

- **SCACEST:** siempre. El manejo extrahospitalario del SCACEST debe basarse en la existencia de redes regionales para proveer la terapia de reperfusión urgente en un tiempo inferior a 90 min., accesible al mayor número de pacientes posible.
- **SCASEST:** en los de muy alto riesgo (situación hemodinámica inestable, arritmias, etc.) debería realizarse una coronariografía y manejo invasivo al menos dentro de las primeras 2h, y en los de alto riesgo (puntuación GRACE >140, cambios en el electrocardiograma o elevación importante de troponinas) dentro de las primeras 24h, como se indica en las nuevas guías de práctica clínica. En el resto de los pacientes (riesgo bajo) la estrategia invasiva se debe de individualizar.

— Doble antiagregación: tratamiento antitrombótico con doble terapia antiagregante en función del balance entre riesgo isquémico y hemorrágico, con utilización de escalas de riesgo hemorrágico.

— Tratamiento hipolipemiante intensivo y precoz: con empleo de estatina de alta potencia y ezetimibe si fuera preciso.

— Tratamiento antidiabético: tener en cuenta alguno de los grupos farmacológicos que ha demostrado mejorar el pronóstico (*iSGLT2* y *arGLP1*)³².

— Tratamiento no farmacológico: alimentación cardiosaludable, prescripción de ejercicio, abstención de tabaco y alcohol.

— Rehabilitación cardiaca: incluir al paciente en un programa de rehabilitación cardiaca.

✓ Indicadores

Medir indicadores de organización asistencial, de estrategia invasiva, de estratificación del riesgo, de tratamiento antitrombótico durante la hospitalización, de prevención secundaria tras el alta hospitalaria, de satisfacción del paciente y de seguimiento, como se indica en las guías europeas de manejo del paciente con SCASEST³³ o el documento INCARDIO de la SEC³⁴.

La rehabilitación cardiaca (RC) debe integrarse de forma global y debe empezar durante la hospitalización.

Un programa de rehabilitación cardiaca es “el conjunto de intervenciones coordinadas y multidisciplinarias diseñadas para optimizar el funcionamiento físico, psicológico y social de los pacientes con enfermedad cardiaca, además de estabilizar, enlentecer o incluso revertir la progresión de los procesos ateroscleróticos subyacentes, reduciendo así la morbimortalidad, tal y como se define el documento de la SEC de Procedimiento de Rehabilitación Cardiaca en la Cardiopatía isquémica.



La rehabilitación cardiaca se concreta en un programa que se desarrolla en tres fases dependiendo del momento del proceso: durante la hospitalización (fase I), post hospitalización (fase II) y durante toda la vida del paciente (fase III).

Durante la fase I se incluyen actividades para favorecer la movilización precoz del paciente, así como el inicio de las medidas de prevención secundaria: control factores de riesgo, medicación y educación/información al paciente y a su familia. Idealmente se debería también iniciar la atención psicológica en esta fase. Es obligado realizar la estratificación del riesgo antes de comenzar la siguiente fase.

Los programas de RC han demostrado mejorar la calidad de vida y la morbimortalidad en pacientes con cardiopatía isquémica, por ello en la actualidad tienen un grado de recomendación I, según las guías.

Es importante iniciar los programas de RC cuanto antes, durante el proceso hospitalario por el proceso agudo que suele ser de entre tres y siete días.

Desde Cardioalianza queremos remarcar la importancia que tiene para los pacientes la educación sanitaria recibida en esta fase de hospitalización, puesto que es cuando el paciente se siente más vulnerable por el impacto emocional del diagnóstico y será más receptivo a la información.

La información debe darse en un lenguaje sencillo y siempre que sea posible participarán tanto el paciente como el familiar e incluirá: en qué consiste su enfermedad, por qué le ha pasado, a qué debe estar atento, etc.; de modo que el paciente sea consciente de la gravedad de la situación. También se deben iniciar las medidas de prevención secundaria: explicar la relevancia de seguir el tratamiento farmacológico pautado y la importancia del control de los factores de riesgo (colesterol, hipertensión, diabetes, etc.) y de los necesarios cambios de hábito en la alimentación (equilibrada y baja en grasas), la práctica regular de ejercicio y el cese de hábitos nocivos como por ejemplo el tabaco.

Para el éxito de esta fase es imprescindible que haya una buena comunicación profesional sanitario-paciente, teniendo en cuenta que el paciente acaba de pasar una situación traumática en su vida y que puede estar sintiendo emociones de miedo, angustia e incerteza. El tono o la comunicación no verbal son importantes en esta especial situación de vulnerabilidad por la que pasa el paciente y su familia.

En esta primera fase se debería también identificar si el paciente requiere de soporte adicional, ya sea ayuda psicológica, nutricional o de servicios sociales (por ej. si la persona vive sola, es dependiente, etc.). En este punto también es importante poder identificar a aquellos pacientes que por su perfil podrían beneficiarse de un programa de voluntariado hospitalario en el que participan las asociaciones de pacientes. Conocer la experiencia vivida por otro paciente que ya ha pasado por la misma situación ayuda a las personas en su proceso de recuperación.



Fase 2

Alta hospitalaria
y transición de cuidados

El informe de alta es un elemento de comunicación clave para el paciente y entre la atención hospitalaria y la primaria.

El paciente debe poder disponer de un conjunto de pautas que son importantes para garantizar la efectividad del tratamiento integral (farmacológico y no farmacológico), siempre que sea posible, en un lenguaje sencillo, especialmente en lo referente a la información importante para él. El informe de alta (impreso o digital) es un recurso clave del proceso, ya que sirve de guía para la atención primaria o ante posibles desplazamientos del paciente por distintos motivos a otros centros sanitarios.

Éste debe exponer de una manera clara y concisa aquellos aspectos más relevantes que hayan ocurrido durante el ingreso, así como destacar aquellos elementos que ayuden a comprender la gravedad de la enfermedad que padece el paciente.

El documento SEC-AP proceso del SCA describe las partes que debe contener un informe de alta de un paciente que ha sufrido un SCA. Teniendo en cuenta el objetivo de este documento se pretende resaltar las siguientes:

✓ Información sobre el diagnóstico

Detallar las intervenciones realizadas y resultados del diagnóstico evitando abreviaturas, y en caso de que haya, en algún momento del informe deberán definirse. Asimismo, se deben describir en este apartado los factores de riesgo cardiovascular.

✓ Información sobre tratamientos

Incluir objetivos concretos en relación a las pautas de estilo de vida, fármacos y rehabilitación.

● Tratamiento farmacológico:

- Se pondrán de forma clara y sencilla, para evitar posibles errores de prescripción o de interpretación.
- Se pondrán todos los fármacos que tome el paciente.
- Si se pone el nombre comercial, sería deseable que entre paréntesis se pusiese el principio activo.
- Se indicará la dosis del fármaco y cuándo se tiene que tomar (desayuno, comida, cena, etc.), desde qué fecha hasta qué fecha (Ej. doble antiagregación), así como si alguno tiene una dosificación flexible.
- Se indicarán aquellos fármacos a evitar.
- Indicar si se requiere alguna vigilancia especial en cuanto al tratamiento (analíticas, etc.):
 - Ej.: frecuencia cardiaca con betabloqueantes; función renal e iones con IECA/ARA II/ Antagonista de la aldosterona; transaminasas/ CPK con estatinas.
 - Indicar si hay que titular algún fármaco y la dosis objetivo.
 - Si hay que realizar un ECG de control y cuándo, si hay que realizar una analítica específica y cuándo.
 - Remarcar la importancia de la adherencia terapéutica.

● Vacunación

Vacunación antigripal y vacunación antineumocócica a los mayores de 65 años o en caso de cardiopatía grave.

● Objetivos respecto a los factores de riesgo

(de especial interés si el paciente no puede tener acceso a un programa de RC):

- Indicaciones específicas y personalizadas sobre el control de los factores de riesgo para el paciente.
- Presión arterial (en general <140/90 mmHg). Recomendaciones específicas en caso de mal control de la presión arterial.
- Frecuencia cardíaca (en general <70 lpm). Recomendaciones específicas en caso de frecuencia cardíaca elevada.
- Lípidos (en general colesterol LDL <55 mg/dL). Recomendaciones específicas en caso de no control o intolerancia.
- Diabetes (hemoglobina glicosilada (HbA1c <7,0%). Recomendaciones específicas en caso necesario.

● Estilo de vida:

- Indicación sobre la dieta adecuada para el paciente, así como su índice de masa corporal deseable.
- Recomendaciones concretas sobre la actividad física.
- Abstención absoluta del hábito tabáquico. Valorar la inclusión en un programa de deshabituación tabáquica.

● Vida socio-laboral:

- Indicar cuándo podría el paciente reincorporarse a la vida laboral.
- Actividad sexual.
- Conducción de automóviles: explicar al paciente que legalmente, los primeros tres meses tras un infarto agudo de miocardio no podrán obtener ni renovar el permiso de conducción, ni deberá conducir. Si tiene un permiso profesional deberá realizarse antes una prueba de esfuerzo.
- Procesos invasivos que puedan suceder y que pueden interferir en el tratamiento (ej. extracción de muela).
- Programa específico si se constata alguna necesidad personal específica (ej. persona dependiente que necesita de un cuidador, persona con problemas para asimilar lo ocurrido y necesita apoyo psicológico, persona con problemas de peso al que le puede ir bien la ayuda de un nutricionista, etc.)

✓ Calendario de seguimiento

Indicar qué profesional y cada cuándo se realizará una consulta (presencial o virtual).

- Agenda del programa de rehabilitación cardíaca.
- Fecha aproximada de la primera consulta con cardiología tras el alta hospitalaria.
- Indicar cuándo debería ser la primera visita tras el alta con el médico de Atención Primaria y si se requiere un seguimiento más estrecho del habitual con el paciente, señalando los motivos y explicando los objetivos de dichas visitas.
- Si existe indicación de exploración diagnóstica o intervencionismo de la unidad de hemodinámica, o de revascularización quirúrgica, se debe programar.

✓ Asociaciones, programas de escuelas de salud o paciente experto, webs y apps de referencia

Se indicarán en el informe diferentes asociaciones de pacientes de su ámbito local y nacional donde el paciente pueda acudir y solicitar el uso de sus servicios (rehabilitación, apoyo psicológico, charlas formativas, etc.), además de programas de escuelas de salud o paciente experto que se impartan desde las administraciones públicas o centros de salud, páginas web donde el paciente pueda obtener más información si lo considera oportuno (por ej.: www.cardioalianza.org, www.mimocardio.org o www.aularc.es) o aplicaciones móviles que podrían ayudar al paciente a entender su enfermedad y a seguir con su tratamiento.

✓ Síntomas de alerta y teléfono de contacto

Es importante poder ofrecer al paciente información impresa específica sobre “síntomas de alerta” para que el paciente sepa reconocer los síntomas de un posible nuevo evento y qué tratamiento debe tomar en ese caso (puede ser en forma de Guía, por ej. Guía enfermo coronario, Guía informativa para el paciente con cirugía cardiaca). Del mismo modo, es también relevante que se indique un número de contacto (enfermería de RC, médico de AP, etc.) al que llamar en caso de urgencia o bien dónde el paciente pueda resolver sus dudas. En este sentido, es importante remarcar que el paciente debe abandonar el hospital con la total seguridad de saber qué hacer si nota síntomas o donde debe acudir si tiene dudas durante este periodo de tiempo, pues desde el alta médica hasta la visita con especializada/primaria pueden pasar hasta dos o tres meses y es en este intervalo cuando el paciente se siente más vulnerable.

Siempre que sea posible, el proceso de información al alta debería darse con la familia o el cuidador presentes

Es importante explicar tanto al paciente como al familiar/cuidador las indicaciones que contiene el informe de alta y en especial el plan de cuidados. La familia juega un rol fundamental y un apoyo para el paciente en este momento clave y durante todo el proceso asistencial.

Se debe garantizar la inclusión de todos los pacientes en un programa de RC tras el proceso de hospitalización

Todos los Servicios de Cardiología deben ofrecer un programa estructurado de Rehabilitación Cardíaca -RC- (o telerehabilitación) a los pacientes que se incluirá en el informe de alta. Idealmente el programa de RC debe ser iniciado en el ingreso hospitalario y continuado lo más precozmente posible tras el alta en las unidades específicas de RC. La existencia de un protocolo de alta escrito, con la inclusión del envío a RC en el listado de medidas, aumenta significativamente el número de pacientes que realizan RC³⁰.

En este sentido, es importante señalar que es necesario incidir en la importancia de estos programas especialmente en las mujeres, pues se observa en este género una menor participación y mayor tasa de abandono³⁷.

Medición de indicadores tras el alta hospitalaria

Es necesario definir y recoger indicadores tras el alta hospitalaria, tal y como recoge la guía europea de manejo del paciente con SCASEST³³. Se recomienda medir, como mínimo:

- Tasa de mortalidad a 30 días ajustada al riesgo
- Satisfacción y experiencia del paciente

Fase 3

Hospitalización extendida:
tratamiento y seguimiento



Es necesario avanzar en el modelo de “hospitalización extendida” para garantizar una buena transición de cuidados tras el alta, pues la COVID-19 ha puesto de manifiesto que hace falta desarrollar nuevos programas con otras modalidades que garanticen esta continuidad asistencial. Así, en esta fase se considera esencial los siguientes aspectos:

Potenciar el rol de enfermería como agente clave para el seguimiento y el plan de cuidados

En el tiempo intermedio entre el alta hospitalaria y la primera visita a especializada/ primaria, es vital que enfermería pueda realizar una consulta telefónica con el paciente tras el alta hospitalaria. Llamar al paciente dentro de los primeros 7-15 primeros días para resolver las dudas que éste pueda tener, con el objetivo de que la transición no sea tan brusca. El profesional de enfermería puede detectar ciertas necesidades del paciente, como apoyo psicológico, nutricional, problemas sociales etc. y poder poner en contacto al paciente con estos especialistas que ya están integrados en los programas estructurados de rehabilitación cardiaca. Del mismo modo, enfermería sería el punto de contacto principal del paciente en el caso que necesite resolver alguna cuestión.

Siempre que sea posible, que el cardiólogo/a que atiende al paciente en el hospital sea quien realice la primera visita post hospitalización

Los pacientes valoran el hecho de que sea el mismo profesional que les ha atendido en el hospital quien les realiza la primera visita porque es a quien conocen y porque éste conoce bien su proceso diagnóstico. Este requerimiento implica la reorganización de los Servicios de Cardiología para poder dar mejor respuesta a esta demanda de los pacientes.

Mejorar la información que se ofrece al paciente en la primera consulta tras el alta

En la primera consulta post-alta, ya sea por parte del especialista, médico de primaria o enfermería, se debe dedicar tiempo a instruir al paciente sobre su enfermedad y tratamiento, haciendo hincapié en la importancia que tendrá a partir de ahora el control de los factores de riesgo y seguir un estilo de vida saludable. Con este fin sería óptimo ofrecer a los profesionales sanitarios recursos para potenciar las habilidades de comunicación centradas en la escucha y empatía con el paciente. La consulta debe ser un espacio, presencial o virtual, para resolver dudas, enfatizar la información clave y tomar decisiones de forma conjunta sobre el tratamiento más adecuado para la situación del paciente.

Promover la filosofía de “acto único”

Hay que optimizar la gestión asistencial para lograr que tanto las pruebas necesarias como la consulta se realice en una única consulta médica. Tanto desde la perspectiva del paciente como del profesional sanitario garantizar el acto único en consulta tiene un impacto positivo en términos de tiempo y por tanto de eficiencia.

Incorporar modalidades de medicina no presencial

El objetivo de la consulta y el perfil de riesgo y sociocultural del paciente determinará la mejor modalidad en cada caso, que deberá determinarse de forma consensuada entre el profesional sanitario y el paciente. Una mejora asistencial pasa por redefinir qué procesos son necesarios en un formato presencial y cuáles pueden realizarse de forma telemática. La telemedicina es un instrumento clave para hacer una sanidad más sostenible y mejorar la salud de las personas, puesto que supone un ahorro de costes y mayor eficiencia a nivel asistencial.

La COVID-19 fue la detonante para poner en marcha muchas de estas modalidades de medicina no presencial que han resultado ser coste-efectivas y que, por tanto, se deben potenciar desde los distintos Servicios de Salud. En este sentido, es importante potenciar la telemedicina como canal de comunicación entre niveles asistenciales, pero también como canal de interacción en el que se integre al paciente como usuario activo, dónde éste pueda dirigir y gestionar sus consultas médicas.

Ejemplos de éxito en modalidades de medicina no presencial:

- Modelo de E-consulta del Servicio de Cardiología del Área Sanitaria Integrada de Santiago de Compostela. El modelo de 'e-consulta' en cardiología mejoró el acceso a la atención sanitaria especializada reduciendo un 21% las listas de espera. Su puesta en marcha supuso una reducción de un 51% las visitas a urgencias, un 25% los ingresos hospitalarios por complicaciones y un 36% la mortalidad al año³⁸.
- Plataforma TELEA. Plataforma de teleasistencia domiciliaria del Servicio Gallego de Salud (SERGAS), en la que el paciente dialoga con su historia clínica.

Reforzar la colaboración y comunicación entre atención primaria y hospitalaria

Es importante que el Servicio de Cardiología y Atención Primaria estén coordinados para optimizar los objetivos de tratamiento. Para ello es fundamental la promoción de canales o plataformas de comunicación que promuevan la comunicación bidireccional entre especialidades. También es fundamental que existan sesiones periódicas conjuntas en las que se consensue la información básica de la historia clínica, así como la información mínima de los informes de derivación posteriores o el establecimiento de indicadores consensuados entre ambos.

A photograph of a man and a woman on stationary bikes in a gym. The man is in the foreground, smiling, and the woman is in the background, also smiling. The entire image has a red overlay. The text 'Fase 4' is written in white, bold, serif font on the left side of the image.

Fase 4

Rehabilitación cardíaca
(RC)

Todos los pacientes deben poder seguir un Programa de Rehabilitación Cardíaca (RC) tras el alta

Estos programas, a través de sus diferentes actuaciones, han demostrado mejorar el pronóstico (incremento de la supervivencia cardiovascular, disminución de reingresos y de probabilidad de infarto recurrente, mejor control de los factores de riesgo, etc.) y la calidad de vida (mejora de la capacidad funcional, disminución de disnea, descenso del estrés, ansiedad y depresión, etc.) de los pacientes tras sufrir un SCA. Además, desde el punto de vista económico ha demostrado disminuir el gasto a través de un menor índice de reingresos, menor consumo de fármacos y de pruebas complementarias, y una mayor tasa reincorporación laboral; así pues, se trata de una actuación coste-efectiva³⁵.

Se trata de un programa estructurado e integral de enfoque multidisciplinar en el que intervienen todos aquellos profesionales sanitarios implicados en la asistencia sanitaria del paciente: cardiología, enfermería, fisioterapeuta, médico rehabilitador o psicólogo, entre otros³⁵. Esos programas deben buscar la capacitación y el empoderamiento de los pacientes y familiares para el autocuidado. Es importante señalar la necesidad de eliminar las asimetrías actuales existentes en los programas de RC, que abarcan desde la disponibilidad en sí de los programas hasta la disponibilidad de psicólogo en los mismos.

El programa de RC se estructura principalmente en:

- Educación sanitaria: dieta y hábitos de alimentación, deshabitación de hábitos tóxicos, autocontrol de factores de riesgo, recomendaciones en actividad física, manejo del estrés, actuación en el caso de sintomatología (angina, aumento de peso en insuficiencia cardíaca...), conocimiento de sus fármacos, conocimientos en reanimación cardiovascular básica para pacientes y familiares, etc. mediante un programa educativo dirigido a pacientes y familiares.
- Control de los síntomas cardiovasculares y factores de riesgo cardiovascular, con programas formales para el control de tabaco, lípidos, hipertensión arterial, obesidad, diabetes, etc.
- Entrenamiento físico individualizado.
- Diagnóstico y tratamiento de las alteraciones psicológicas.
- Valoración y tratamiento de las alteraciones a nivel sexual.
- Correcta prescripción y titulación de los fármacos necesarios para el tratamiento médico óptimo y la prevención, según la evidencia científica.
- Valoración de la situación sociolaboral del paciente y su entorno, así como un consejo/recomendación sobre su vuelta al trabajo.
- Adherencia: conseguir el mantenimiento de las anteriores medidas a medio y largo plazo.

Tras el alta del ingreso hospitalario se inicia la fase II que en la que se debe potenciar alcanzar la transformación vital del paciente, adaptando el programa de RC a sus necesidades específicas y perfil de riesgo.

Tras el alta de Fase II, el paciente deberá continuar manteniendo a largo plazo (de por vida), las medidas de prevención secundaria y hábitos aprendidos: práctica de ejercicio, adherencia a la medicación, etc. Esta III fase es claramente comunitaria y domiciliaria, y en ella se pueden realizar diferentes intervenciones, enfocadas a asegurar el bienestar del paciente y evitar secuelas físicas, psicológicas y sociales de la enfermedad cardiaca. En esta fase son muy importantes las asociaciones de pacientes, escuelas de pacientes y las actividades comunitarias en centros municipales como deportivos, puesto que se ha visto que pueden proporcionar un gran apoyo al paciente tanto a medio como a largo plazo y le ayudan a mantener una buena adherencia al ejercicio físico.

El programa de RC se adaptará al perfil de riesgo de cada paciente

La correcta planificación de un programa de RC implica una adecuada valoración del riesgo de cada paciente, para pautar fundamentalmente el ejercicio físico a desarrollar. Esta estratificación del riesgo debe realizarse por el cardiólogo en la unidad de RC, quien valorará la historia clínica, exploración física y pruebas realizadas. Es imprescindible contar con una ergometría (idealmente con análisis de gases) y con una valoración de la función ventricular, habitualmente un ecocardiograma. Es también importante evaluar la situación psicológica del paciente ya que la existencia de depresión o elevados niveles de ansiedad, de no se tratarse, pueden dar lugar un peor pronóstico posterior³⁵.

Así, el programa de RC debe de estar adaptado a las distintas características de cada paciente, es decir, según el perfil de riesgo y zona en la que viva el paciente (adaptado a lo local):

- **Paciente riesgo elevado:** programa de RC con ejercicio físico monitorizado a desarrollar en el hospital.
- **Paciente riesgo medio/bajo:** programa de RC a desarrollar en el ámbito de primaria/comunitaria. Debe incluir formación continuada a médicos de AP (adaptar al contexto de RC de cada área), así como incorporar las nuevas tecnologías para reforzar el papel de los equipos de AP (medicina de familia, enfermería comunitaria y fisioterapia) en el abordaje de la fase II de bajo riesgo y fase III de la RC, que permitan establecer canales de comunicación ágiles y bidireccionales entre AP y hospitalaria (App/ aplicaciones específicas, plataformas informáticas, e-consulta, historia electrónica compartida).

Además, también se debe avanzar para ofrecer los programas de RC en formato virtual para aprovechar las ventajas que la tecnología pone a disposición de sistema sanitario y de los pacientes.

Llamada a la acción

- El SCA sigue siendo un problema importante de salud pública que requiere de cambios importantes en el modelo asistencial. Un modelo que debe garantizar la equidad en el acceso, la atención y los resultados en salud de los pacientes, así como tener en cuenta sus circunstancias clínicas, pero también las familiares, sociales y emocionales. Este cambio de paradigma debe darse con el compromiso de todos los agentes implicados en la mejora de la atención del SCA: pacientes y familiares, profesionales sanitarios, gestores y planificadores y en general, proveedores de salud.

Desde Cardioalianza, la asociación que aglutina en España a más de 50 asociaciones de pacientes con enfermedades cardiovasculares, queremos tender puentes de diálogo entre todos los agentes para avanzar en la mejora de los resultados en salud de los pacientes que han sufrido un SCA en España. Para ello:

Instamos a las autoridades sanitarias nacionales y autonómicas a:



- ✓ **Incluir el SCA en la agenda de prioridades sanitarias.** La primera causa de muerte entre las ECV requiere un compromiso efectivo de las autoridades sanitarias.
- ✓ **Diseñar/rediseñar estrategias enfocadas a mejorar los resultados en salud de los pacientes con SCA.** Estrategias que garanticen la equidad y el acceso a la atención por parte de los pacientes, independientemente de su zona de residencia.
- ✓ **Eliminar las trabas administrativas** que dificultan o impiden el acceso a tratamientos por parte de los pacientes.
- ✓ **Invertir en tecnología y sistemas de información** que faciliten modelos de atención flexibles y la gestión de procesos y resultados en la salud de los pacientes.
- ✓ **Definir, recoger y publicar los resultados de indicadores de proceso y resultado** con el objetivo de contribuir a la transparencia.
- ✓ **Facilitar la auditoría de los procesos asistenciales del SCA** con el objetivo de fomentar la mejora continua.
- ✓ **Implantar programas educativos dirigidos a la ciudadanía, adaptados a colectivos prioritarios (personas mayores, mujeres),** con el objetivo de reducir la incidencia del SCA en España, alertando sobre los factores de riesgo asociados al SCA.



Instamos a los pacientes a:

- ✓ **Tomar conciencia de su enfermedad.** Conocer las posibles causas que han provocado el infarto.
- ✓ **Corresponsabilizarse del cuidado de su salud.** Seguir las pautas de tratamiento indicadas por el profesional sanitario, tomar siempre la medicación, tener un control sobre los factores de riesgo (colesterol, hipertensión, diabetes, obesidad, etc.) y cambiar a unos hábitos de vida más saludables (actividad física diaria, no fumar, cuidar la alimentación, etc.). Las **organizaciones de pacientes** acompañan a pacientes y familiares durante todo el proceso, facilitando información, atención emocional y contacto con otros pacientes.
- ✓ **Pedir su integración en un programa de RC.** Todo paciente debe tener el derecho a poder beneficiarse de un programa de RC para su óptima recuperación después de un infarto, desde la hospitalización (fase 1) y durante toda su vida (fases II y III).

Instamos a los gestores/profesionales sanitarios a:



- ✓ **Disponer de un protocolo/vía clínica de atención al SCA** en todos los hospitales, adaptado al nivel local.
- ✓ **Incluir indicadores para medir los resultados** (de proceso y en la salud del paciente) y hacer público un informe anual, con el objetivo de impulsar la mejora continua.
- ✓ **Ofrecer a todos los pacientes con SCA un programa de rehabilitación cardiaca (RC)**. El programa de RC debe empezar ya en la fase de hospitalización y debe garantizarse su seguimiento post hospitalización (fases II y III). El programa de RC debe estar adaptado al perfil de riesgo de cada paciente.
- ✓ **Entregar al paciente un informe de alta adaptado a su situación**. El informe de alta debe exponer de una manera clara y concisa aquellos aspectos más relevantes que hayan ocurrido durante el ingreso, así como destacar aquellos elementos que ayuden a comprender la gravedad de la enfermedad que padece el paciente. Éste debe contener: información sobre diagnóstico, información y objetivos de tratamientos, calendario de seguimiento, asociaciones y programas educativos, webs y apps de referencia, síntomas de alerta y teléfono de contacto.
- ✓ **Potenciar un modelo de hospitalización extendida** que garantice la continuidad asistencial de los pacientes una vez ya se les ha dado el alta. Que tenga en cuenta: potenciar el rol de enfermería en el seguimiento del paciente hasta la primera consulta, el manejo del paciente por parte del mismo especialista del hospital (siempre que sea posible), mejorar la información que se ofrece al paciente en la primera consulta, promover la filosofía de “acto único” en las consultas, incorporar modalidades de medicina no presencial y reforzar la colaboración entre atención primaria y hospitalaria,

Referencias

- ¹ Documento de CONSENSO sobre salud vascular entre Cardiología (SEC), Neurología (SEN), Medicina Interna (SEMI), Angiología y Cirugía Vascular (SEACV) y la asociación estatal de pacientes Cardioalianza. (2019). Madrid.
- ² Instituto Nacional de Estadística (INE). (2019). Defunciones según la causa de muerte 2018. Defunciones por causas (lista detallada) sexo y edad. También disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t15/p417/a2018/i0/&file=01000.px&L=0>
- ³ Ministerio Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2007). Campañas 2007- Prevención de enfermedades cardíaco y cerebrovasculares. También disponible en: <https://www.msrebs.es/campanas/campanas07/cardiocerebrovascular3.htm>
- ⁴ United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2019). World Population Prospects 2019: Press Release. También disponible en: https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2019_PressRelease_ES.pdf
- ⁵ Organización Mundial de la Salud (OMS). Las enfermedades cardiovasculares. También disponible en: https://www.who.int/cardiovascular_diseases/about_cvd/es/
- ⁶ WHO (2014) Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2014. También disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/149296/1/WHO_NMH_NVI_15.1_spa.pdf
- ⁷ Royo-Bordonada, Miguel Ángel, et al. (2016). Adaptación española de las guías europeas de 2016 sobre prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica. Revista Rev Esp Salud Pública. 2016; Vol. 90: 24 noviembre: e1-e24. También disponible en: http://www.msrebs.es/biblioPublic/publicaciones/recursos propios/resp/revista_cdrom/VOL90/CESPECIALES/RS90C_CEIPC2016.pdf
- ⁸ Rodilla, Enrique; Saura, Alberto; Jiménez, Iratxe; Mendizábal, Andrea; Pineda-Cantero, Araceli; et al. Association of Hypertension with All-Cause Mortality among Hospitalized Patients with COVID-19. Journal of Clinical Medicine. Setiembre 2020. También disponible en: <https://www.mdpi.com/2077-0383/9/10/3136/html>
- ⁹ Rodríguez-Leor, Oriol; Cid-Álvarez, Belén; Ojedae, Soledad; Martín-Moreiras, Javier; et al. Impacto de la pandemia de COVID-19 sobre la actividad asistencial en cardiología intervencionista en España. Revista Española de Cardiología. Julio 2020. También disponible en: <https://recintervcardiol.org/es/articulo-original/impacto-de-la-pandemia-de-covid-19-sobre-la-actividad-asistencial-en-cardiologia-intervencionista-en-espana>
- ¹⁰ Organización Mundial de la Salud (OMS). También disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-cvds>
- ¹¹ Cardioalianza. (2018). Declaración de los pacientes cardiovasculares respecto a la adherencia terapéutica. También disponible en: <http://cardioalianza.org/actividades/declaracion-de-los-pacientes-cardiovasculares-respecto-a-la-adherencia-terapeutica/>
- ¹² European Heart Network. European Cardiovascular Disease Statistics, 2017. También disponible en: <http://www.ehnheart.org/cvd-statistics/cvd-statistics-2017.html>
- ¹³ Ministerio de Sanidad. Subdirección General de Cartera de Servicios del SNS y Fondos de Compensación. Estadística de Gasto Sanitario Público 2019. Principales resultados. También disponible en: <https://www.msrebs.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2008/egspPrincipalesResultados.pdf>
- ¹⁴ Fundación Española del Corazón. ¿Cuánto cuesta un enfermo cardiovascular?. También disponible en: <https://fundaciondelcorazon.com/corazon-facil/blog-impulso-vital/2208-cuanto-cuesta-enfermo-cardiovascular.html>
- ¹⁵ Bernick A, Davis C. (2014). Coste económico de las enfermedades cardiovasculares desde 2014-2020 en 6 países europeos. También disponible en: <https://www.actasanitaria.com/wp-content/uploads/2014/08/informe-cebr-coste-de-ecv-2014-2020.pdf>
- ¹⁶ Ministerio de Empleo y Seguridad Social. (2016). Estadística de Accidentes de Trabajo del 2015. También disponible en: http://www.mitramiss.gob.es/estadisticas/eat/eat15/ATR_Completa_2015.pdf

- ¹⁷ Programa de Empresas Cardiosaludables. Sociedad Española de Cardiología y Fundación Española del Corazón. También disponible en: <https://fundaciondelcorazon.com/prensa/notas-de-prensa/1744-programa-empresas-cardiosaludables.html>
- ¹⁸ Guijarro, C; Brotons, C; Camarellas, F; Medrano, MJ; Moreno, JL; del Río, A. (2008). Primera Conferencia de Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica Clínica en España: Prevención cardio-vascular. Aten Primaria;40:473-4.
- ¹⁹ González-Juanatey, JR; Mostaza, JM; Lobos, JM; Abarca B; Llisterri, JL. (2016) Nuevo enfoque terapéutico para la prevención secundaria del riesgo cardiovascular. Documento de consenso del uso clínico de la Polypill. También disponible en: http://www.revespcardiol.org/contenidos/static/docs/Consenso%20Polypill_v4_2.pdf.
- ²⁰ Piepoli, Massimo F; Hoes, Arno W; Agewall, Stefan; Albus, Christian; Brotons, Carlos; et al. Revista Española de Cardiología (2016). Guía ESC sobre prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica. Vol. 69. Núm. 10. páginas 939.e1-939.e87. También disponible en: <https://www.revespcardiol.org/es-guia-esc-2016-sobre-prevencion-articulo-S0300893216304146>
- ²¹ Fundación Española del Corazón (FEC). Definición de Cardiopatía Isquémica. También disponible en: <https://fundaciondelcorazon.com/informacion-para-pacientes/enfermedades-cardiovasculares/cardiopatia-isquemica.html>
- ²² Ferreira González, Ignacio. Epidemiología de la enfermedad coronaria. Revista Española de Cardiología (2014), Vol. 67 Num 2 pp. 139-144. También disponible en: <https://www.revespcardiol.org/es-epidemiologia-enfermedad-coronaria-articulo-S0300893213004855>
- ²³ Sociedad Española de Cardiología. SEC-EXCELENTE. Proceso Síndrome Coronario Agudo con Elevación del ST (SCACEST). 2019. También disponible en: https://secardiologia.es/images/SEC-Excelente/SCACEST_Estandar_2019.pdf
- ²⁴ Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Indicadores clínicos en Atención Primaria. Factores de riesgo y enfermedad cardiovascular. 2019. También disponible en: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/BDCAP_Indic_clinic_Cardiovasc_2016.pdf
- ²⁵ Medrano Albero, M^a José; Boix Martínez, Raquel; Cerrato Crespan, Elena; Ramírez Santa-Pau, Margarita. Incidencia y prevalencia de cardiopatía isquémica y enfermedad cerebrovascular en España: revisión sistemática de la literatura. Rev. Esp. Salud Pública. 2006, vol.80, n.1, pp.05-15. ISSN 2173-9110. También disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272006000100002&script=sci_abstract&lng=pt
- ²⁶ Gordon, T.; Kannel,W.B.; Hjortland, M,C; McNamara, P.M. Menopause and coronary heart disease. The Framingham Study. Ann Intern Med, 89 (1978), pp. 157-161. También disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/677576/>
- ²⁷ Lerner, D.J.; Kannel, W.B. Patterns of coronary heart disease morbidity and mortality in the sexes: a 26-year follow-up of the Framingham population. Am Heart J, 111 (1986), pp. 383-390. También disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3946178/>
- ²⁸ Ibanez, B.; James, S.; Agewall, S; Antunes, M.J. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the ESC. vol. 39, n° 2, pp. 119-177, 2018.
- ²⁹ Cequier, Á.; Ariza-Solé, A.; Elola, F.J; Fernández-Pérez, C; Bernal, J.L. Impacto en la mortalidad de diferentes sistemas de asistencia en red para el tratamiento del infarto con elevación del segmento ST. La experiencia de España. Rev Esp Cardiol, vol. 70, n° 3, pp. 155-161, 2017.
- ³⁰ Plataforma de Organizaciones de Pacientes. Observatorio de la atención al paciente 2020. También disponible en: https://www.plataformadepacientes.org/sites/default/files/informe2021_observatorio_final_1.pdf
- ³¹ Sociedad Española de Cardiología. RECALCAR. Recursos y Calidad en Cardiología. Informe 2020. También disponible en: https://www.recalcar.es/images/Informes_con_Logotipo/RECALCAR_INFORME_2020CL.pdf
- ³² Rangaswami, Janani; Bhalla, Vivek; de Boer, Ian H; Staruschenko, Alexander; Sharp, Johanna A; Rajgopal Singh, Radhika; et al. Cardiorenal Protection With the Newer Antidiabetic Agents in Patients With Diabetes and Chronic Kidney Disease: A Scientific Statement From the American Heart Association. Circulation. 2020; 142: e265-e286. También disponible en: <https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/CIR.0000000000000920>
- ³³ Collet, JP; Thiele, H; et al. ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. Eur Heart J 2020. También disponible en: <https://academic.oup.com/eurheartj/article/42/14/1289/5898842>
- ³⁴ López-Sendón, José; González-Juanatey, José Ramón; Pinto, Fausto; Cuenca Castillo, José; Badimón, Lina; Dalmau, Regina, et al. Indicadores de calidad en cardiología. Principales indicadores para medir la calidad de los resultados (indicadores de resultados) y parámetros de calidad relacionados con mejores resultados en la práctica clínica (indicadores de práctica asistencial). INCARDIO (Indicadores de Calidad en Unidades Asistenciales del Área del Corazón): Declaración de posicionamiento de consenso de SEC/
- SECTCV. Revista Española de Cardiología. Noviembre 2015. También disponible en: <https://www.revespcardiol.org/es-indicadores-calidad-encardiologia-principales-indicadores-articulo-resumen-S0300893215003978?redirect=true>
- ³⁵ Sociedad Española de Cardiología. Unidades de y Procedimiento de Rehabilitación Cardíaca Estándar de Calidad SEC. También disponible en: https://secardiologia.es/images/SEC-Excelente/Rehabilitaci%C3%B3n_Procedimiento_Final.pdf
- ³⁶ Sociedad Española de Cardiología. SEC-PRIMARIA Proceso del Síndrome Coronario Agudo. 27 abril del 2017. También disponible en: https://secardiologia.es/images/institucional/sec-calidad/SEC_AP_S%C3%ADndrome_Coronario_Agudo.pdf
- ³⁷ Expósito-Tirado, Jose Antonio; López Lozano, A.M.; Aguilera Saborido, A.; Vallejo Carmona, J.; Praena Fernández, J.M.; Echevarría-Ruiz-De-Vargas, Carmen. Impacto de la adherencia a las recomendaciones de hábitos de vida cardiosaludables en la capacidad funcional a largo plazo en pacientes que han completado un programa de rehabilitación cardíaca. Rehabilitación: Revista de la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física, ISSN 0048-7120, Vol. 51, N° 1, 2017, págs. 22-29. También disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7103342>
- ³⁸ González-Juanatey, José Ramón; Rey-Aldana, Daniel; Cinza-Sanjurjo, Sergio; et al. Programa de consulta electrónica universal (e-consulta) de un servicio de cardiología. Resultados a largo plazo. Revista Española de Cardiología. 6 noviembre 2020. También disponible en: <https://www.revespcardiol.org/es-programa-consulta-electronica-universal-e-consulta-avance-S0300893220306588?referer=buscador>