

# **Las enfermedades cardiovasculares en la Comunidad de Madrid**

Propuestas de prioridades para la mejora  
de la prevención y la atención sanitaria



## Comité científico



**Ángeles Beatriz Álvarez.**  
Enfermera especialista familiar y comunitaria. Responsable de Enfermería en el Centro Salud Goya



**M<sup>a</sup> Rosario Azcutia.**  
Gerente adjunta de Asistencia Sanitaria de Atención Primaria



**Héctor Bueno.**  
Coordinador Cardiología Clínica/Unidad Coronaria. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario 12 de Octubre y Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares



**M<sup>a</sup> Isabel Egocheaga.**  
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Responsable del Área Cardiovascular y Diabetes de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG)



**Manuel Martínez-Sellés.**  
Jefe de sección en la Unidad Cuidados Cardiológicos Agudos en el Hospital Universitario Gregorio Marañón



**Mónica Serrano.**  
Enfermera en la Unidad de insuficiencia cardiaca en el Hospital Clínico San Carlos



**Carmen Suárez.**  
Jefe de Servicio de Medicina Interna en el Hospital Universitario de La Princesa

## Comité de pacientes



**Emilio Bautista**  
Federación Española de Trasplantados del Corazón



**Àngels Estévez**  
Associació de Cardiopaties Congènites AACIC



**Tomás Fajardo**  
Federació d'Associacions Gironines de Malalties del Cor (FAGIMCOR)



**Agustín Forné**  
Asociación Orión, de Trasplantados, Donantes y Cardíacos de Algeciras



**M<sup>a</sup> Victoria Mengibar**  
Asociación de Pacientes Anticoagulados y Coronarios de Málaga (APAM)



**Francisco Olmo**  
Asociación Corazón Sin Fronteras Andalucía



**Rosa Maria Pamies**  
Associació Trasplantats Cardíacs CORSNOUS



**Margarita Reina**  
Cardiosevilla



**Amaya Sáez**  
Fundación Menudos Corazones



**Cecilia Salvador**  
Asociación Española de Portadores de Válvulas Cardíacas (AEPOVAC)



**Maite San Saturnino**  
Asociación Corazón sin Fronteras



**Rafael Torró**  
Associació de Malalts Cardíacs i Anticoagulats d'Ontinyent (AMCA)

Edita: **Cardioalianza, 2023**

[www.cardioalianza.org](http://www.cardioalianza.org)

Calle Valdesangil, 79. 1B. 28039 Madrid

Informe desarrollado por:  
Nephila Health Partnership, SL.

Marzo, 2023

# Índice

<b>1</b>	<b>Introducción</b> .....	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>Objetivos</b> .....	<b>8</b>
<b>3</b>	<b>Metodología</b> .....	<b>10</b>
<b>4</b>	<b>Recomendaciones para la mejora de la prevención y atención de las ECV en la Comunidad de Madrid</b> .....	<b>11</b>
	/ Promoción de la salud, prevención y diagnóstico .....	<b>13</b>
	/ Continuidad asistencial .....	<b>15</b>
	/ Información y formación al paciente .....	<b>18</b>
	/ Rehabilitación cardíaca .....	<b>20</b>
	/ Equidad en la atención cardiovascular .....	<b>23</b>
<b>5</b>	<b>Bibliografía</b> .....	<b>25</b>

## 1. Introducción

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son un conjunto de trastornos que afectan al corazón y a los vasos sanguíneos. Estas enfermedades incluyen la enfermedad coronaria, la insuficiencia cardíaca y el accidente cerebrovascular, entre otras<sup>1</sup>.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades cardiovasculares son responsables del 32% de las muertes en todo el mundo, lo que equivale a aproximadamente 17,9 millones de muertes al año, siendo una de las principales causas de muerte en todo el mundo y un grave problema de salud pública<sup>2</sup>.

En el caso de la Comunidad de Madrid, la prevalencia de las ECV también es significativa, tal y como se refleja en las tasas de mortalidad por 100.000 habitantes obtenidas del Instituto Nacional de Estadística. Según estos datos, en el año 2019, se registró una tasa de 174,5, siendo las tasas más elevadas en mujeres (187,0) y menores en hombres (162,9)<sup>3</sup>. En términos absolutos, las ECV fueron la primera causa de defunción en mujeres, representando el 27% de las defunciones en este grupo de población; mientras que en hombres ocuparon la segunda posición tras los tumores, representando el 23% de las defunciones<sup>4</sup>. En el año 2020, la tasa de mortalidad por ECV aumentó a 184,0, siendo más elevada en mujeres (196,3) que en hombres (170,6)<sup>5</sup>. Las ECV fueron la segunda causa de defunción en mujeres, tras las enfermedades infecciosas, representando el 20,6% de las defunciones; y la tercera en hombres, tras las enfermedades infecciosas y los tumores, representando el 16,7% de las defunciones<sup>6</sup>. Es importante tener en cuenta que el año 2020 estuvo marcado por la pandemia de COVID-19, la cual puede haber tenido una influencia significativa en la mortalidad por ECV<sup>7</sup>. A pesar de ello, es evidente que las ECV siguen siendo una causa importante de mortalidad en la Comunidad de Madrid.

### Causas de defunciones por ECV en la Comunidad de Madrid según género

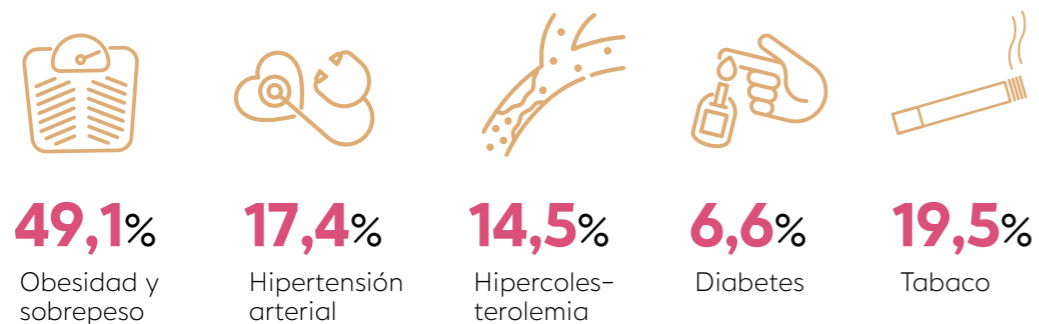


Las ECV son causadas por una combinación de factores de riesgo, incluyendo factores modificables como la hipertensión arterial, el tabaquismo, la diabetes, el colesterol alto, el sobrepeso y la obesidad, el estrés, el sedentarismo y la falta de actividad física; y factores no

modificables como la edad, el género, la raza y los antecedentes familiares<sup>8</sup>. Los factores de riesgo modificables pueden ser controlados o prevenidos mediante cambios en el estilo de vida o tratamientos. Es importante destacar que muchos de estos factores de riesgo están interrelacionados favoreciendo unos la aparición de otros, y pueden contribuir de manera significativa al desarrollo de enfermedades cardiovasculares. Por ejemplo, el tabaquismo puede aumentar el riesgo de hipertensión arterial y enfermedad coronaria<sup>9</sup>, mientras que el sobrepeso y la obesidad pueden contribuir a la aparición de la diabetes y aumentar el riesgo de enfermedades cardiovasculares<sup>9-10</sup>.

De acuerdo con datos correspondientes al año 2020 del Instituto Nacional de Estadística<sup>11</sup>, la obesidad y el sobrepeso son los factores de riesgo más frecuentes de ECV en la Comunidad de Madrid, ya que el 49,1% de la población tiene exceso de peso. Concretamente, el 35,7% tiene sobrepeso, con valores más elevados en hombres (43,9%) que en mujeres (28,3%), y el 13,4% de la población presenta obesidad sin diferencias entre ambos géneros. Asimismo, la hipertensión arterial y la hipercolesterolemia también son factores de riesgo a destacar, ya que el 17,4% y el 14,5% de la población presentan estos trastornos respectivamente. Además, el 6,6% de la población padece diabetes, mientras que el 19,5% consume tabaco de forma habitual, siendo más frecuente en hombres (27,0%) que en mujeres (21,6%)<sup>12</sup>.

#### Factores de riesgo más significativos de ECV en la Comunidad de Madrid



Uno de los mayores problemas de salud pública en la actualidad es el aumento de los factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares en la población infantil y adolescente. Esto se debe, en gran medida, a los cambios en los estilos y hábitos de vida que han favorecido el aumento del sobrepeso y la obesidad en la infancia<sup>13</sup>. El sobrepeso y la obesidad infantil están en aumento en los países desarrollados y en algunos en vías de desarrollo, hasta el punto de considerar este problema una pandemia<sup>14</sup>. Por ejemplo, en la Comunidad de Madrid, los datos de 2021 del informe Prevalencia de Sobrepeso y de Obesidad

### Uno de los mayores problemas de salud pública en la actualidad es el aumento de los factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares en la población infantil y adolescente.

General y Abdominal en la Población Infantil de la Comunidad de Madrid que la prevalencia de obesidad, sobrepeso y sedentarismo entre la población de 12 años es significativa. Concretamente, el sobrepeso presenta una prevalencia del 25,5% (25,9% en niños y 25,0% en niñas), mientras que la obesidad presenta una prevalencia del 13,4% siendo más frecuente en niños (17,5%) que en niñas (9,5%)<sup>15</sup>. Como consecuencia, se están observando enfermedades que tradicionalmente se consideraban propias del adulto, como la diabetes tipo 2, la hipertensión arterial y el exceso de colesterol, en niños y niñas<sup>16</sup>. Asimismo, el aumento de la obesidad y el sobrepeso en la infancia no solo tiene consecuencias a corto plazo en la salud, sino que también puede aumentar el riesgo de enfermedades cardiovasculares a largo plazo<sup>17</sup>.

Ante los datos anteriormente presentados de prevalencias y factores de riesgo, es esencial destacar la importancia de implementar medidas de prevención y control para reducir la carga de enfermedad y mortalidad asociadas a las ECV. Teniendo en cuenta que la mayoría son enfermedades prevenibles<sup>18</sup>, y considerando el impacto económico significativo que representan (según datos del OCDE del 2020, las ECV suponen en promedio el 10,7% del gasto corriente en salud en España<sup>19</sup>), es fundamental promover acciones de mejora y actuar de forma preventiva para reducir su impacto en la población. Además, es importante tener en cuenta que se pronostica que la prevalencia y los factores de riesgo de las ECV aumentarán si no se implementan medidas de prevención y control adecuadas<sup>20</sup>.

En el ámbito de la planificación sanitaria es importante mencionar la definición del Plan de Salud Cardiovascular de la Comunidad de Madrid 2007<sup>21</sup>, cuyos objetivos incluían la prevención, promoción y educación de la población en salud cardiovascular y el control del riesgo cardiovascular desde un enfoque preventivo, en especial desde la atención primaria. Por otro lado, se preveía reforzar la continuidad asistencial como elemento de calidad integral, la adaptación de la oferta de servicios a las necesidades de la población de manera efectiva y eficiente, la inversión en formación de los profesionales y en investigación, y la involucración de profesionales

del ámbito social y otros agentes sociales en su implementación. La Comunidad cuenta también con otros programas relacionados con la alimentación y nutrición, prevención y control del tabaquismo, prevención y control de la diabetes y la prevención cardiovascular en el ámbito municipal.

Además, en la Estrategia de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas 2013<sup>22</sup> se aborda de forma transversal factores de riesgo cardiovasculares como la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, la obesidad y la hipercolesterolemia, así como enfermedades cardiovasculares específicas como la cardiopatía isquémica y la insuficiencia cardiaca.

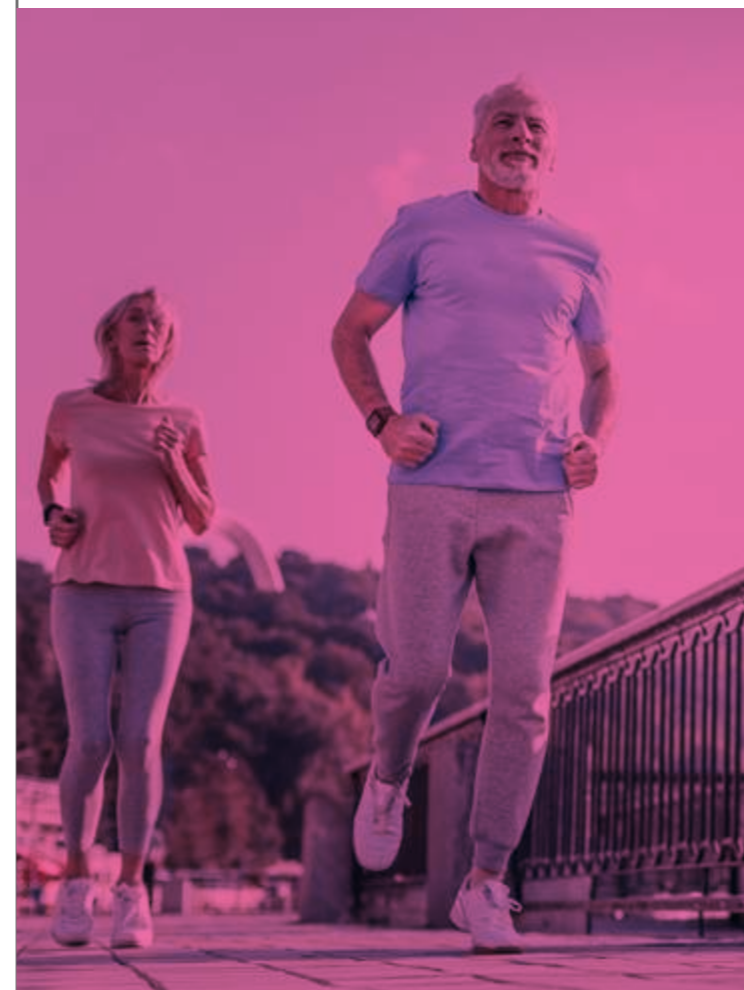
En el ámbito nacional, recientemente se ha aprobado la Estrategia en Salud Cardiovascular del Sistema Nacional de Salud (ESCAV)<sup>23</sup>, en la que se incluyen una serie de acciones y medidas de mejora centradas en la promoción de estilos de vida saludables, la prevención primaria y secundaria, la mejora de la organización de la atención sanitaria y la reducción de desigualdades.

## 2. Objetivos

Desde Cardioalianza, quien ha sido partícipe en el desarrollo de la ESCAV, como asociación que agrupa a 18 organizaciones de pacientes cardiovasculares a nivel estatal, con más de 50 asociaciones locales y como representante de los derechos de estos pacientes, se pretende divulgar las observaciones realizadas por pacientes y expertos multidisciplinares en el abordaje actual de las ECV y sus factores de riesgo entre la población madrileña.

En base a estos aspectos identificados, se presentan una serie de propuestas de acción que pueden servir como herramienta de cambio para la revisión y ejecución de acciones dentro de sus planes o estrategias de salud vigentes en la Comunidad de Madrid, que afectan directamente a la salud cardiovascular de la población y pacientes con ECV.

Por otra parte, 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 el autocontrol de la enfermedad son vitales para prevenir un segundo evento cardiovascular.



En este contexto, Cardioalianza pretende contribuir a generar los cambios necesarios para mejorar el abordaje de la salud cardiovascular en la Comunidad de Madrid. Con este propósito, se han fijado los siguientes objetivos específicos:

### 1

Generar conocimiento sobre las principales necesidades no cubiertas de la salud cardiovascular en el sistema sanitario

### 2

Identificar las acciones clave que deben garantizarse en el proceso asistencial

### 3

Incentivar la revisión y actualización de los planes de salud en el ámbito cardiovascular por parte de las autoridades sanitarias autonómicas

### 4

Incluir la perspectiva de los profesionales sanitarios y pacientes en los cambios que se realicen en la planificación y gestión sanitaria de la salud cardiovascular

### 3. Metodología

El proyecto se ha desarrollado siguiendo una metodología cualitativa basada en la consulta de dos grupos de expertos: un primer grupo conformado por especialistas multidisciplinares en el ámbito de la enfermedad cardiovascular de la Comunidad de Madrid; y un segundo grupo integrado por representantes de organizaciones de pacientes con ECV integradas en Cardioalianza.

En septiembre de 2022 se realizó una reunión virtual a través de la plataforma *Microsoft Teams* con los representantes de organizaciones de pacientes de Cardioalianza para conocer las necesidades no cubiertas por este colectivo en relación con las áreas abordadas por la ESCAV. Posteriormente, en noviembre de 2022 se realizó un *Advisory Board* virtual a través de la plataforma *Microsoft Teams* con un panel de expertos multidisciplinares en ECV. Durante estos encuentros se determinaron las prioridades en el abordaje de la ECV en la Comunidad de Madrid y se concretaron propuestas de mejora.



### 4. Recomendaciones para la mejora de la prevención y atención de las ECV en la Comunidad de Madrid

La atención sanitaria integral y equitativa en enfermedades cardiovasculares es esencial para garantizar una óptima calidad de vida en la población. Para ello, es necesario que en la Comunidad de Madrid se promueva la salud y prevención cardiovascular en todos los sectores de la población, desde la infancia hasta la vejez, y se brinde una atención de excelencia a los pacientes con ECV, tanto agudas como crónicas y con comorbilidades. Para lograrlo, es fundamental mejorar la continuidad de cuidados, la coordinación entre atención primaria (AP) y atención hospitalaria (AH) y la atención social, con el objetivo de ofrecer una atención integral y de calidad.

En este sentido y teniendo en cuenta los objetivos propios de Cardioalianza de promover la mejora de los resultados en salud de los pacientes con enfermedad cardiovascular y garantizar una atención sanitaria desde una perspectiva transversal y equitativa, se han identificado cuatro áreas clave para la implementación de estrategias y acciones que contribuyan a mejorar el proceso asistencial de las ECV, las cuales incluyen un conjunto de propuestas basadas en recomendaciones de expertos sanitarios y pacientes (Figura 1).

## Promoción de la salud, prevención y diagnóstico



- Incrementar políticas y programas para promover entornos saludables y fomentar hábitos saludables en la población.
- Promover la creación de leyes y regulaciones que limiten el consumo de tabaco en espacios públicos.
- Implementar programas de educación y promoción de la salud en escuelas.
- Desarrollar campañas de prevención enfocadas en adolescentes utilizando estrategias de comunicación actuales y relevantes.
- Establecer programas y estrategias de intervención y prevención para el abordaje de factores de riesgos cardiovasculares.
- Implementar protocolos de diagnóstico precoz como práctica sistemática en atención primaria.

## Continuidad asistencial



- Implementar un sistema de historia clínica compartida.
- Crear equipos interdisciplinarios compuestos por profesionales de AP y AH y establecer el trabajo por procesos asistenciales integrales y vías de comunicación eficientes.
- Potenciar la especialización en enfermería de atención primaria y proveer los recursos necesarios para su fortalecimiento.
- Establecer informes de alta simplificados y unificados.
- Implementar programas de evaluación y seguimiento de la situación social de los pacientes.
- Implementar programas de contrato compartidos basados en indicadores estratégicos simples.
- Asegurar la coordinación entre los servicios sanitarios y los sociales.

## Rehabilitación cardíaca



- Establecer un sistema de estratificación de pacientes.
- Incrementar la dotación de recursos y establecer equipos multidisciplinares.
- Establecer programas de rehabilitación cardíaca en el entorno comunitario.
- Potenciar la tele-rehabilitación.

## Información y formación al paciente



- Implementar programas de educación y empoderamiento del paciente en el manejo de su salud.
- Establecer protocolos de comunicación y coordinación entre diferentes profesionales sanitarios para unificar la información que recibe del paciente.
- Crear un sistema de información unificado y simplificado destinado a los pacientes.
- Integrar recursos de información oficiales y de interés relacionados con la patología del paciente en su historia clínica.
- Restablecer los grupos de educación para la salud entre pacientes.

## Promoción de la salud, prevención y diagnóstico

La prevención de la aparición de los factores de riesgo cardiovasculares es una de las líneas de actuación prioritarias del ámbito sanitario, en el cual se incluye el fomento de la autoconciencia y el autocuidado de la salud por parte de la ciudadanía. Para ello, es fundamental que la población esté informada sobre las enfermedades cardiovasculares y los factores de riesgo involucrados en su desarrollo y que sea capaz de reconocer los síntomas de alerta que requieren atención médica, así como ser consciente de la importancia de llevar una alimentación y estilo de vida saludable, tanto durante la infancia como durante la edad adulta, para prevenir o reducir los factores de riesgo y mejorar el control de las ECV.

Además de esta corresponsabilidad civil, es crucial que los poderes públicos apoyen a la población en la consecución de estos objetivos mediante la implementación de medidas y normativas que tengan un impacto positivo en la salud cardiovascular. En este sentido, se insta a los profesionales sanitarios y a las autoridades autonómicas a promover la salud de manera transversal en todas las políticas y a llevar a cabo acciones específicas para abordar los factores de riesgo y promover la prevención a través de las siguientes acciones:

**“Es fundamental implementar medidas que fomenten un estilo de vida saludable desde edades tempranas en toda la población, ya que, de lo contrario, se corre el riesgo de perder la lucha contra las ECV”.**

**Profesional sanitario**



**“Se debe trabajar en sensibilizar a la población sobre las enfermedades cardiovasculares, visibilizarlas y tratarlas desde edades tempranas”.**

**Paciente**



## Propuesta

**Implementar políticas y programas para promover entornos saludables y fomentar hábitos saludables en la población**



### Propósito

Mejorar la salud de la población a través de la creación de entornos saludables y de lugares de ejercicio físico accesibles mediante la colaboración con los ayuntamientos, así como a través del desarrollo de políticas que fomenten hábitos de vida saludable, como bonificaciones para el uso de medios de transporte activo y productos saludables, y tasas para productos insalubres.

## Propuesta

**Promover la creación de leyes y regulaciones que limiten el consumo de tabaco en espacios públicos**



### Propósito

Disminuir la incidencia de enfermedades cardiovasculares mediante la implementación de normativa que restrinjan el consumo de tabaco en espacios públicos, siguiendo ejemplos exitosos de campañas similares en otros países y potenciando la iniciativa ya desarrollada "Comunidad de Madrid sin tabaco".

## Propuesta

**Implementar programas de educación y promoción de la salud en escuelas**



### Propósito

Prevenir y reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares desde temprana edad a través de la promoción de estilos de vida saludables en escuelas mediante la colaboración entre la Consejería de Sanidad y Educación, con la implementación de una asignatura obligatoria en salud en el currículo escolar, la integración de una alimentación saludable en los comedores escolares, así como la integración y el fortalecimiento de la figura de la enfermera escolar.

## Propuesta

**Desarrollar campañas de prevención enfocadas en adolescentes utilizando estrategias de comunicación actuales y relevantes**



### Propósito

Incrementar la efectividad de las campañas de prevención de enfermedades cardiovasculares en adolescentes seleccionando y utilizando estrategias de comunicación actuales y relevantes para dicha población, como las redes sociales.

## Propuesta

**Establecer programas y estrategias de intervención y prevención para el abordaje de factores de riesgo cardiovasculares**



### Propósito

Fortalecer las habilidades de los profesionales sanitarios para identificar y manejar de manera efectiva todos los factores de riesgo cardiovasculares, con especial atención a la consideración de la obesidad como una patología y su abordaje adecuado como factor de riesgo clave en la prevención de enfermedades cardiovasculares.

## Propuesta

**Implementar protocolos de diagnóstico precoz como práctica sistemática en atención primaria**



### Propósito

Contribuir a una atención más temprana y eficaz en las enfermedades cardiovasculares mediante la incorporación sistemática de técnicas de diagnóstico simples y accesibles como la medida del pulso y la auscultación, permitiendo reducir el riesgo de complicaciones y mejorar el pronóstico a largo plazo.

## Continuidad asistencial

La continuidad asistencial es un aspecto clave que tiene como objetivo garantizar el adecuado tratamiento y seguimiento de los pacientes con enfermedades cardiovasculares a lo largo del proceso asistencial integral, asegurando una atención de calidad, eficiente y segura.

La adecuada gestión de la continuidad asistencial beneficia tanto a los pacientes como a los profesionales sanitarios y al sistema sanitario en su conjunto, ya que se reduce el número de ingresos hospitalarios innecesarios, se evita el colapso de los servicios sanitarios y se mejora el control del estado de salud de los pacientes con enfermedades crónicas, lo que contribuye a mejorar la calidad de vida de las personas.

Es fundamental garantizar la continuidad asistencial y reforzar la prevención secundaria y la coordinación de los recursos sanitarios alrededor del paciente desde el primer momento mediante el uso de herramientas comunes, eficientes y ágiles con el fin de llevar a cabo un adecuado seguimiento de las ECV. Para ello, se propone que los gestores/profesionales sanitarios definan e implementen las siguientes acciones:



**"Existe un defecto funcional en el sistema que afecta a la continuidad asistencial; no hay optimización de recursos y se mantiene un pensamiento hospitalo-centrista".**

**Profesional sanitario**



**"Es necesario potenciar la continuidad asistencial en todo el territorio nacional, ya sea mediante las unidades de continuidad asistencial y/o figuras de gestores de casos, en base a los recursos de cada CC.AA."**

**Paciente**



### Propuesta

**Implementar un sistema de historia clínica compartida**



#### Propósito

Mejorar la continuidad asistencial mediante la homogeneización y compartición de la historia clínica por parte de los profesionales sanitarios de cualquier nivel asistencial, con el objetivo de garantizar un adecuado seguimiento y control del paciente.

### Propuesta

**Crear equipos interdisciplinarios compuestos por profesionales de AP y AH y establecer el trabajo por procesos asistenciales integrados y vías de comunicación eficientes**



#### Propósito

Establecer objetivos, planes de cuidado e indicadores de seguimiento comunes para mejorar la gestión de la patología y garantizar una atención personalizada mediante la implementación de equipos interdisciplinarios, procesos asistenciales integrados y vías de comunicación eficientes, como la e-consulta, para facilitar la comunicación y coordinación entre los profesionales.

### Propuesta

**Potenciar la especialización en enfermería de atención primaria y proveer los recursos necesarios para su fortalecimiento**



#### Propósito

Mejorar la continuidad asistencial y la calidad de atención de los pacientes con enfermedades cardiovasculares mediante la especialización y el fortalecimiento de la enfermería de atención primaria para que pueda actuar como figura referente en el seguimiento y evaluación de los pacientes, garantizando una atención más eficaz y una mejor coordinación entre los diferentes niveles de atención.

### Propuesta

**Establecer informes de alta simplificados y unificados**



#### Propósito

Mejorar la comprensión y seguimiento del tratamiento por parte de los pacientes, y promover la accesibilidad a los informes entre profesionales sanitarios facilitando la continuidad asistencial.

### Propuesta

**Implementar programas de evaluación y seguimiento de la situación social de los pacientes**



#### Propósito

Mejorar la adherencia al tratamiento mediante la identificación y valoración de la situación social del paciente, la comunicación efectiva con el paciente, la adaptación del tratamiento a las necesidades y capacidades del paciente, y la creación de pactos terapéuticos para fomentar la colaboración y el compromiso del mismo con su tratamiento.

### Propuesta

**Implementar programas de contrato compartidos basados en indicadores estratégicos simples**



#### Propósito

Monitorear y evaluar el rendimiento de atención primaria en la prevención de reingresos y mejorar la eficiencia en la gestión de pacientes con enfermedades cardiovasculares, mediante un enfoque de pago basado en el cumplimiento de resultados para aumentar la responsabilización y mejorar continuamente la atención.

## Propuesta

**Asegurar la coordinación entre los servicios sanitarios y los sociales**



### Propósito

Establecer una mayor coordinación entre los diferentes niveles y servicios de los sistemas sanitario y social, mediante la implementación de mecanismos y protocolos de colaboración, para garantizar una atención integral y continuada de pacientes complejos y/o que viven en soledad, que permitan mejorar la eficacia y eficiencia en la prevención, el tratamiento y el seguimiento de las enfermedades cardiovasculares.

## Información y formación al paciente

La educación y formación de los pacientes les permite participar de manera más activa en su propio cuidado de la salud. Un paciente informado podrá llegar a ser un paciente empoderado lo que le permite conocer mejor su enfermedad, el pronóstico y poder tomar decisiones para lograr el mayor control posible de su estado de salud.

Los profesionales sanitarios y las organizaciones de pacientes desarrollan un papel importante en la información y formación de los pacientes. Los profesionales sanitarios transmiten mensajes e información importantes sobre la salud y el cuidado de los pacientes, mientras que las organizaciones de pacientes ofrecen un punto de referencia de información y un lugar de encuentro para personas que se encuentran en situaciones similares ofreciendo apoyo a los pacientes con nuevos diagnósticos en la modificación de su estilo de vida y en la evolución de su enfermedad.

Con estos objetivos, se propone a los planificadores sanitarios que tengan en cuenta las siguientes propuestas como referentes en la salud y el cuidado de los pacientes:

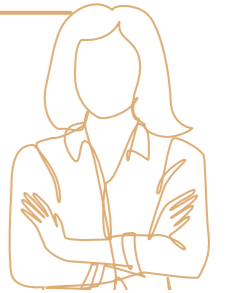
**"Existen múltiples recursos informativos destinados a pacientes, el problema es que hay están desorganizados, dificultando el acceso y la comprensión de los contenidos por parte de los pacientes".**

**Profesional sanitario**



**"Los profesionales sanitarios deben percibir a las organizaciones de pacientes como aliados y punto de apoyo cuando el sistema está saturado para derivarlos, pudiendo acceder a los servicios e información que necesiten en todo momento".**

**Paciente**



## Propuesta

**Implementar programas de educación y empoderamiento del paciente en el manejo de su salud**



### Propósito

Fomentar la educación y el empoderamiento del paciente en el manejo de su propia salud y control de los factores de riesgo cardiovascular proporcionando información clara y precisa, y las herramientas necesarias para su autocontrol y autogestión mediante el uso de recursos como la Escuela de Salud y las asociaciones de pacientes, con el objetivo de reducir la carga del sistema de salud.

## Propuesta

**Establecer protocolos de comunicación y coordinación entre los diferentes profesionales sanitarios para unificar la información que recibe el paciente**



### Propósito

Garantizar la comunicación y coordinación efectiva entre los profesionales sanitarios que atienden al paciente y sus cuidadores, para que estos reciban la misma información y recomendaciones de forma coherente y consistente, con el objetivo de mejorar la adherencia al tratamiento y promover el autocuidado de la salud.

## Propuesta

**Crear un sistema de información unificado y simplificado destinado a los pacientes**



### Propósito

Fomentar la comprensión y el uso efectivo de la información sobre enfermedades cardiovasculares por parte de los pacientes, con el objetivo de mejorar el control de los factores de riesgo y la gestión de su propia salud.

## Propuesta

**Integrar recursos de información oficiales y de interés relacionados con la patología del paciente en su historia clínica**

### Propósito

Mejorar la comprensión y gestión de la salud por parte de los pacientes facilitando el acceso a información precisa y actualizada sobre enfermedades cardiovasculares.

## Propuesta

**Reestablecer los grupos de educación para la salud entre pacientes**

### Propósito

Mejorar la comprensión y el uso efectivo de la información sobre enfermedades cardiovasculares por parte de los pacientes mediante la promoción de la educación en grupo, con el objetivo de mejorar el control de los factores de riesgo, la adherencia al tratamiento y la gestión de su propia salud, al permitir una comunicación efectiva entre pacientes y una mayor comprensión del mensaje. Estos grupos se habían paralizado a consecuencia de la pandemia por Covid-19.

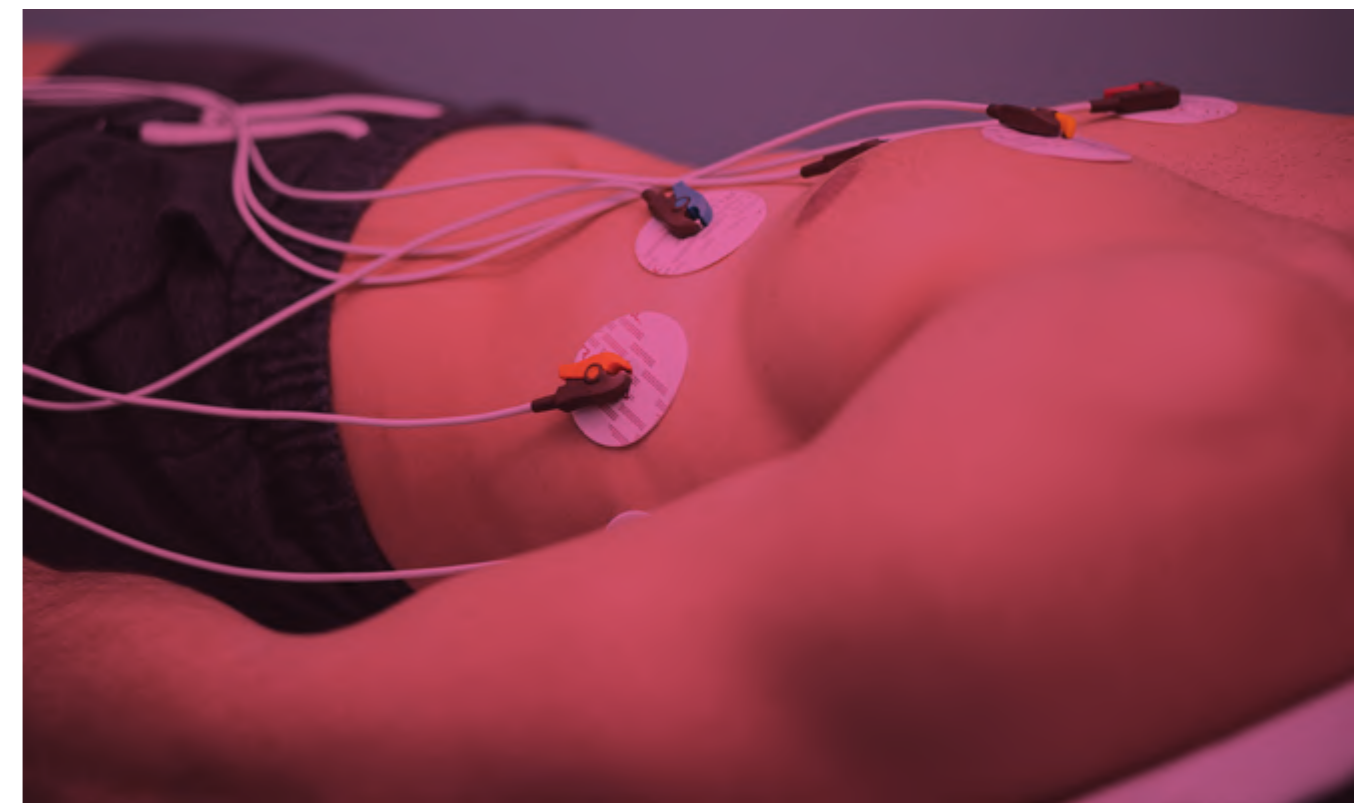
## Rehabilitación cardíaca

La rehabilitación cardíaca (RC) tiene un gran impacto positivo en los pacientes que han sufrido un evento cardiovascular, ya que puede reducir la probabilidad de ingresos hospitalarios y disminuir el riesgo cardiovascular a través de la modificación de los factores de riesgo y de los hábitos de vida. Además, la RC permite a los pacientes recuperarse y readaptarse a una vida normal desde el punto de vista personal, social, familiar y laboral. Es importante destacar que la rehabilitación cardíaca no se limita solo a programas de ejercicio, sino que también incluye un conjunto de intervenciones multidisciplinarias como la autoeducación en estilos de vida, la prevención secundaria y la ayuda psicológica entre otros. Por tanto, es fundamental que los planificadores y gestores sanitarios consideren esta perspectiva integral al diseñar y gestionar programas de RC.

Todos los pacientes que han sufrido una complicación cardiovascular deben tener derecho a beneficiarse de un programa de rehabilitación y prevención secundaria

de la ECV, independientemente del territorio vascular. En este sentido, es necesario garantizar que todos los pacientes tengan acceso a los programas de RC que necesitan para su óptima recuperación, tanto durante la hospitalización (fase I) como a lo largo de toda su vida (fase II y III), en función de sus necesidades y circunstancias.

A continuación, se presentan diversas acciones que deben tener en cuenta los planificadores y gestores sanitarios para la mejora de la atención y la recuperación de los pacientes que han sufrido un evento cardiovascular, incluyendo aspectos clave como la educación en estilos de vida saludables, la prevención secundaria y el apoyo psicológico:



“Los programas de rehabilitación cardiaca están saturados y se deberían de buscar soluciones para que puedan llegar a todos los pacientes”.

**Profesional sanitario**



“El apoyo emocional y psicológico a pacientes y familiares, tanto en el diagnóstico como en el inicio de la rehabilitación, facilita la adherencia terapéutica y mejora la autogestión de la enfermedad”.

**Paciente**



### Propuesta

**Establecer un sistema de estratificación de pacientes**

#### Propósito

Optimizar la eficiencia del sistema de rehabilitación cardiaca mediante la estratificación de pacientes según su nivel de riesgo y necesidad de atención hospitalaria o primaria, con el objetivo de descongestionar el sistema y permitir el acceso a un mayor número de pacientes.

### Propuesta

**Incrementar la dotación de recursos y establecer equipos multidisciplinares**

#### Propósito

Mejorar la accesibilidad y calidad de la rehabilitación cardiaca mediante el incremento de la dotación de recursos, incluyendo espacios y equipamiento específico, así como la creación de equipos multidisciplinares que incluyan figuras clave como nutricionistas, fisioterapeutas y en especial la incorporación de psicólogos para atender de forma integral las necesidades de los pacientes.

### Propuesta

**Establecer programas de rehabilitación cardiaca en el entorno comunitario**

#### Propósito

Maximizar la eficiencia y accesibilidad de la rehabilitación cardiaca mediante la implementación de programas fuera del entorno hospitalario, en colaboración con los ayuntamientos, con el objetivo de reducir el sobrecosto y la sobrecarga en los hospitales, y proporcionar un apoyo adicional para los pacientes de fase III.

### Propuesta

**Potenciar la tele-rehabilitación**

#### Propósito

Proveer a los pacientes los recursos necesarios para realizar la tele-rehabilitación y mejorar la eficiencia y reducir costes a través de su utilización como herramienta para ampliar el acceso a la RC y para realizar el seguimiento de los pacientes.

### Equidad en la atención cardiovascular

Para promover la mejora de los resultados en salud de los pacientes con enfermedad cardiovascular en la Comunidad de Madrid, es fundamental **garantizar la equidad** como un aspecto clave, asegurando que todos los pacientes tengan acceso al sistema de atención de forma igualitaria, independientemente de su situación **geográfica, socioeconómica o de género**. Esto implica la implementación de políticas y estrategias que promuevan el acceso equitativo a servicios y tratamientos para prevenir, diagnosticar y tratar las ECV, así como la eliminación de desigualdades en la atención y, por consiguiente, en los resultados en salud. La equidad en la planificación en el ámbito de las ECV es crucial para garantizar que todos los pacientes tengan las mismas oportunidades para mejorar su salud y calidad de vida.

En concordancia con la estrategia de **equidad en términos de género**, es importante destacar que, en la Comunidad de Madrid, tal y como se ha presentado en el apartado de la introducción, la tasa de mortalidad cardiovascular entre mujeres es superior a la de los hombres en 24,1 puntos (187,0 versus 162,9 por cada 100.000 habitantes)<sup>3</sup>. Entre los varios factores que pueden contribuir a este hecho, se encuentra la

posibilidad de que muchas pueden pasar por alto sus síntomas debido a la falta de conocimiento sobre ellos o a la confusión con otros problemas de salud como la ansiedad, la angustia o incluso priorizar los cuidados de familiares a su propio autocuidado<sup>24</sup>. Referente a motivos clínicos, las mujeres presentan distintos síntomas a los de los hombres y tienen una menor participación en ensayos clínicos de ECV, lo que genera una brecha de conocimiento en investigación, prevención y diagnóstico. Asimismo, la cultura social sobre la tolerancia del dolor en la mujer también influye en su diagnóstico<sup>25</sup>. En este sentido, tal y como han reflejado los participantes de la reunión, es fundamental promover una mayor participación de las mujeres en los procesos de toma de decisiones y promover la igualdad de género en el ámbito de la salud cardiovascular. Por ello, a continuación, se presenta la siguiente propuesta:

**"En el abordaje de las enfermedades cardiovasculares existe una inequidad de género y es importante que se creen medidas de sensibilización tanto para mujeres como profesionales sanitarios."**

**Profesional sanitario**



## Propuesta

**Implementar un programa de sensibilización y formación en igualdad de género**

### Propósito

Reducir las barreras culturales y sociales que influyen en el abordaje de las ECV en las mujeres, mediante una educación y capacitación específica enfocada para las mujeres, con el fin de promover una mayor conciencia y prevención de las ECV, así como mediante la formación y educación de los profesionales sanitarios para promover un diagnóstico precoz y una aplicación correcta de las guías de práctica clínica.

## 5. Bibliografía

**1. Gaziano, T., Reddy, K.S., Paccaud, F., Horton, S., and Chaturvedi, V. (2006). Cardiovascular Disease. Disease Control Priorities in Developing Countries, 2nd Edition, Chapter 33.**

**2. World Health Organization. (2019). Cardiovascular Diseases (CVDs).** Disponible en [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)). Consultado: 30 de diciembre de 2022.

**3. Instituto Nacional de Estadística (2019). Tasa de Mortalidad Atribuida a las Enfermedades Cardiovasculares, el Cáncer, la Diabetes o las Enfermedades Respiratorias Crónicas por Comunidad Autónoma, Edad, Sexo y Periodo.** Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?tpx=46687>. Consultado: 09 de marzo de 2023.

**4. Instituto Nacional de Estadística (2019). Defunciones según la Causa de Muerte: Defunciones por Causa por Sexo y Grupos de Edad.** Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=10803#!tabs-tabla>. Consultado: 09 de marzo de 2023.

**5. Instituto Nacional de Estadística (2020). Tasa de Mortalidad Atribuida a las Enfermedades Cardiovasculares, el Cáncer, la Diabetes o las Enfermedades Respiratorias Crónicas por Comunidad Autónoma, Edad, Sexo y Periodo.** Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?tpx=46687#!tabs-grafico>. Consultado: 23 de enero de 2023.

Consultado: 23 de enero de 2023.

**6. Instituto Nacional de Estadística. (2020). Defunciones según la Causa de Muerte: Defunciones por Causa por Sexo y Grupos de Edad.** Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=10803#!tabs-tabla>. Consultado: 23 de enero de 2023.

**7. Clerkin, K.J., Fried, J.A., Raikhelkar, J., Sayer, G., Griffin, J.M., Masoumi, A., Jain, S.S., Butkhoff, D., D., Kumaraiah, D., Rabbani, L., Schwartz, A., and Uriel, N. (2020). COVID-19 and Cardiovascular Disease. *Circulation*, 141:1648-1655.**

**8. Huma, S., Tariq, R., Amin, F., and Mahmood, K.T. (2012). Modifiable and Non-Modifiable Predisposing Risk Factors of Myocardial Infraction – a Review. *Journal of Pharmaceutical Sciences and Research*, 4(1):1649-1653.**

**9. Lee, I.M., Shiroma, E.J., Lobelo, F., Puska, P., Blair, S.N., and Katzmarzyk, P.T. (2011). Effect of Physical Inactivity on Major Non-Communicable Diseases Worldwide: and Analysis of Burden of Disease and Life Expectancy. *The Lancet*, 380(9838):219-229.**

**10. Finucane, M.M., Stevens, G.A., Cowan, M.J., Danaei, G., Lin, J.K., Paciorek, C.J., Singh, G.M., Gutierrez, H.R., Lu, Y., Bahalim, A.N., Farzadfar, F., Riley, L.M., and**

Ezzati, M. (2011). National, Regional, and Global Trends in Body-Mass Index Since 1980: Systematic Analysis of Health Examination Surveys and Epidemiological Studies with 960 Country-Years and 9,1 Million Participants. *The Lancet*, 377(9765):557-567.

**11.** Instituto Nacional de Estadística (2020). Encuesta Europea de Salud 2020: Problemas o Enfermedades Crónicas o de Larga Evolución Padecidas en los Últimos 12 Meses y Diagnosticadas por un Médico según Sexo y Comunidad Autónoma. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t15/p420/a2019/p04/10/&file=02016.px&L=0>. Consultado: 23 de enero de 2023.

**12.** Instituto Nacional de Estadística (2020). Encuesta Europea de Salud 2020: Consumo de Tabaco según Sexo y Comunidad Autónoma. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t15/p420/a2019/p06/10/&file=02004.px&L=0>. Consultado: 23 de enero de 2023.

**13.** Swinburn, B.A., Sacks, G., Hall, K.D., McPherson, K., Finegood, D.T., Moodie, M.L., and Gortmaker, S.L. (2011). The Global Obesity Pandemic: Shaped by Global Drivers and Local Environments. *The Lancet*, 378(9793):804-814.

**14.** Berry, E.M. (2020). The Obesity Pandemic – Whose Responsibility? No Blame, No Shame, No More of the Same. *Frontiers in Nutrition*, 7(2).

**15.** Dirección General de Salud Pública: Subdirección General de Vigilancia

en Salud Pública. (2021). Prevalencia de Sobrepeso y de Obesidad General y Abdominal en la Población Infantil de la Comunidad de Madrid, 2020-2021. Disponible en: [https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/epid/prevalencias\\_12\\_anos\\_eloim.pdf](https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/epid/prevalencias_12_anos_eloim.pdf). Consultado: 23 de enero de 2023.

**16.** Fang, X., Zuo, J., Zhou, J., Cai, J., Chen, C., Xiang, E., Li, H., Cheng, X., and Chen, P. (2019). Childhood Obesity Leads to Adult Type 2 Diabetes and Coronary Artery Diseases. *Medicine*, 98(32):e16825.

**17.** Sommer, A., and Twig, G. (2018). The Impact of Childhood and Adolescent Obesity on Cardiovascular Risk in Adulthood: a Systematic Review. *Current Diabetes Reports*, 18(19).

**18.** Greer, S., Schieb, L.J., Ritchey, M., George, M., and Casper, M. (2016). County Health Factors Associated with Avoidable Deaths from Cardiovascular Disease. *Public Health Reports*, 131(3).

**19.** Organisation for Economic Co-Operation and Development (OCED). Health Expenditure and Financing. Disponible en: <https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=SHA>. Consultado: 4 de enero de 2023.

**20.** Cayuela, L., Enjuto, S.G., Martínez, B.O., Rodríguez-Domínguez, S., and Cayuela, A. (2021). ¿Se Está Desacelerando el Ritmo de Disminución de la Mortalidad Cardiovascular en España? *Revista Española de Cardiología*, 74(9):750-759.

**21.** Dirección General de Salud Pública y Alimentación, Comunidad de Madrid. (2007). Plan de Salud Cardiovascular. Documentos Técnicos de Salud Pública nº 112. Disponible en: <http://www.madrid.org>

**22.** Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid. (2013). Estrategia de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas en la Comunidad de Madrid. Disponible en: [https://www.comunidad.madrid/transparencia/sites/default/files/plan/document/432\\_474\\_libro\\_estratpac\\_enfcroniccommadrid\\_ip\\_0.pdf](https://www.comunidad.madrid/transparencia/sites/default/files/plan/document/432_474_libro_estratpac_enfcroniccommadrid_ip_0.pdf).

**23.** Ministerio de Sanidad. (2022). Estrategia en Salud Cardiovascular del Sistema Nacional de Salud (SNS). Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESCAV\\_Pendiente\\_de\\_NIPO.pdf](https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESCAV_Pendiente_de_NIPO.pdf).

**24.** Schoenberg, N., Peters, J.C., and Drew, E.M. (2003). Unravelling the Mysteries of Timing: Women's Perceptions about Time to Treatment for Cardiac Symptoms. *Social Science and Medicine*, 56(2): 271-284.

**25.** Stock, E.O., and Redberg, R. (2012). Cardiovascular Disease in Women. *Current Problems in Cardiology*, 37(11):450-525.

# Cardio Alianza

AMARIN

AstraZeneca 



Boehringer  
Ingelheim

*Lilly*

 NOVARTIS

**sanofi**

