

# Las enfermedades cardiovasculares en el País Vasco

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





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

## Comité científico



**M.<sup>a</sup> Almudena Fernández**  
Enfermera de cardiología en Consultas Externas del Hospital Universitario Araba. Supervisora de ambas plantas de Cardiología del HUA Txagorritxu



**Juan Carlos Ibáñez de Maeztu**  
Especialista en cardiología y medicina interna. Médico adjunto en el Hospital de Basurto consulta externas, unidad de riesgo vascular



**Jesús Iturralde**  
Especialista en medicina familiar y comunitaria en el centro de salud la Habana-Cuba (Vitoria-Gasteiz)



**Amaia Saenz de Ormijana**  
Referente de coordinación sociosanitario de la OSI ARABA



**Ángel Sebastián**  
Especialista en medicina interna y médico adjunto consulta RCV e insuficiencia cardíaca en paciente pluripatológico en el Hospital Universitario Cruces



**Miren Tellería**  
Cardióloga intervencionista y jefa de sección en el Hospital Universitario Donostia

## 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)

# 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 el País Vasco</b> .....	<b>11</b>
	/ Promoción de la salud, prevención y diagnóstico .....	<b>14</b>
	/ Continuidad asistencial .....	<b>16</b>
	/ Rehabilitación cardíaca .....	<b>19</b>
	/ Información y formación al paciente .....	<b>21</b>
	/ Enfermedades cardiovasculares específicas .....	<b>23</b>
<b>5</b>	<b>Bibliografía</b> .....	<b>24</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 hipertensión arterial, 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 del País Vasco, 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 Vasco de Estadística para el año 2020. Según estos datos, se registró una tasa de 266,42, siendo las tasas más elevadas en mujeres (275,90) y ligeramente menores en hombres (256,39)<sup>3</sup>. En términos absolutos, las ECV fueron la primera causa de defunción en mujeres, representando el 25% 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>.

## Causas de defunciones por ECV en el País Vasco según género



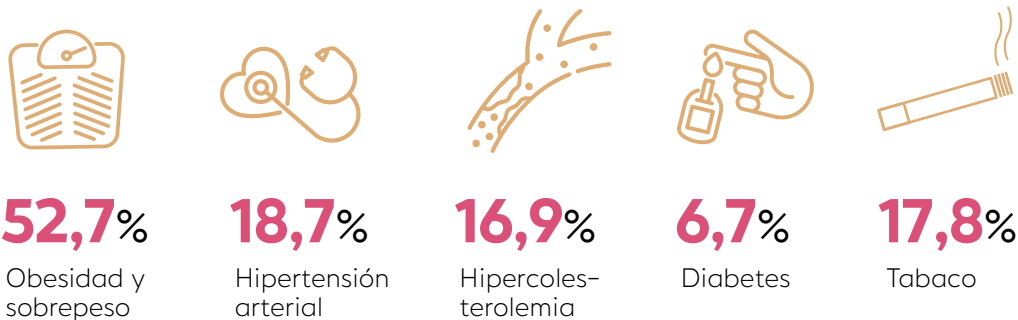
Las ECV son causadas por una combinación de factores de riesgo, incluyendo factores modificables como la hipertensión arterial, el tabaquismo, la diabetes, el colesterol alto, el sobrepeso y la obesidad, el estrés, el sedentarismo y la falta de actividad física; y factores no modificables como la edad, el género, la raza y los antecedentes familiares<sup>5</sup>.

Los factores de riesgo modificables pueden ser controlados o prevenidos mediante cambios en el estilo de vida, mientras que los factores de riesgo no modificables no pueden ser cambiados. Es importante destacar que muchos

de estos factores de riesgo están interrelacionados 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>6</sup>, mientras que el sobrepeso y la obesidad pueden contribuir a la aparición de la diabetes y aumentar el riesgo de enfermedades cardiovasculares<sup>6-7</sup>. Además de los factores de riesgo clásicos, se ha reconocido que la salud mental es un factor de riesgo cada vez más evidente para el desarrollo de ECV. La presencia de problemas depresivos y de ansiedad se asocia con una disminución en la adopción de estilos de vida saludables, y dificultades en la adherencia a tratamientos médicos<sup>8</sup>. De hecho, la OMS ha clasificado la salud mental como la pandemia de este siglo<sup>9</sup>.

De acuerdo con datos correspondientes al año 2020 del Instituto Nacional de Estadística<sup>10</sup>, la **obesidad y el sobrepeso** son los factores de riesgo más significativos de ECV en el País Vasco, ya que el 52,7% de la población tiene exceso de peso. Concretamente, el 39,2% tiene sobrepeso, con valores más elevados en hombres (49,35%) que en mujeres (29,14%), y el 13,5% 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 18,7% y el 16,9% de la población presentan estos trastornos respectivamente. Además, el 6,7% de la población padece diabetes, mientras que el 17,8% consume tabaco de forma habitual, siendo más frecuente en hombres (21,2%) que en mujeres (14,6%)<sup>11</sup>.

#### Factores de riesgo más significativos de ECV en el País Vasco



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

---

## 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.

---

el aumento del sobrepeso y la obesidad en la infancia<sup>12</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>13</sup>. Por ejemplo, en el País Vasco, los datos de 2021 del informe de la ONG Save the Children muestran que la prevalencia de obesidad y sobrepeso entre la población de 4 a 16 años es significativa, con un 24,7% de niños y niñas presentando exceso de peso, siendo ligeramente más frecuente en niños (25,7%) que en niñas (23,9%)<sup>14</sup>. Como consecuencia, se están observando enfermedades que tradicionalmente se consideraban exclusivas de adultos, como la diabetes tipo 2, la hipertensión arterial y el exceso de colesterol, en niños y niñas<sup>15</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>16</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>17</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>18</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>19</sup>.

En el ámbito de la planificación sanitaria es importante mencionar la definición del Plan de Salud 2013-2020 de las Políticas de Salud de Euskadi. Este plan integra las ECV de forma transversal con el objetivo de reducir la morbimortalidad y mejorar la supervivencia, la autonomía y la calidad de vida de las personas. Se toma en consideración las desigualdades sociales y de género mediante acciones específicas tales

como: mejorar la detección y control de la hipertensión arterial, fomentar el tratamiento revascularizador para pacientes con síndrome coronario agudo, mejorar la atención de la insuficiencia cardíaca crónica mediante la continuidad asistencial y la coordinación efectiva entre niveles asistenciales, implementar programas de rehabilitación cardíaca para toda la población con ECV y establecer un plan personalizado de rehabilitación precoz y domiciliario para pacientes con ictus. Además, en el Marco Estratégico 2021-2024<sup>21</sup> se presenta como objetivo la reducción máxima de la incidencia de las ECV y el aumento de la supervivencia de pacientes con un máximo de calidad de vida y autonomía.

En el ámbito nacional, recientemente se ha aprobado la Estrategia en Salud Cardiovascular del Sistema Nacional de Salud (ESCAV)<sup>22</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 del circuito sanitario 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 vasca.

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 los planes o estrategias de salud vigentes en el País Vasco, 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 el País Vasco. 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 del País Vasco; 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 el País Vasco y se concretaron propuestas de mejora.



## 4. Recomendaciones para la mejora de la prevención y atención de las ECV en el país vasco

Cardioalianza tiene como objetivo fomentar la comunicación y el diálogo entre todos los agentes involucrados con el fin de promover la mejora de los resultados en salud de los pacientes con enfermedad cardiovascular mediante la optimización del proceso asistencial en la comunidad autónoma del País Vasco. Para ello, 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 el País Vasco, 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 19,5 puntos (275,90 versus 256,39 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 o la angustia<sup>23</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>24</sup>. En este sentido, los expertos participantes han señalado que, a pesar de que

los profesionales sanitarios del País Vasco están sensibilizados con las diferencias sintomatológicas que presentan las mujeres en relación con estas enfermedades, todavía existe un alto grado de desconocimiento entre la población femenina que tiende a minimizar la importancia de estas patologías anteponiendo su rol de cuidadora, al del cuidado de su propia salud.

**“Es importante sensibilizar a la población femenina acerca de la importancia de su tratamiento y seguimiento en ECV, ya que a menudo su papel como cuidadora puede anteponer estas responsabilidades por encima de su propia salud”.**

***Profesional sanitario***



Por ello, a continuación, se presenta la siguiente propuesta:

### **Propuesta**

**Implementar un programa de sensibilización específico para mujeres**



### **Propósito**

**Reducir la brecha en el tratamiento y seguimiento concienciando sobre los síntomas diferentes que pueden presentar en comparación con los hombres y la importancia de la adherencia terapéutica.**

Teniendo en cuenta los objetivos establecidos en 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 multisectoriales que promuevan estilos de vida saludables.
- Implementar medidas regyladoras y normativas más estrictas para reducir el consumo de tabaco.
- Desarrollar programas de promoción de la salud en escuelas.
- Realizar una campaña de sensibilización y concenciación sobre las ECV.
- Promover la introducción y el uso adecuado de fármacos para el tratamiento de factores de riesgo modificables.

## Rehabilitación cardíaca



- Impulsar programas de rehabilitación cardíaca para pacientes con insuficiencia cardíaca.
- Proporcionar información sobre la telerehabilitación a pacientes.
- Ofrecer apoyo psicológico.

## Continuidad asistencial



- Extender la figura de la enfermera de enlace hospitalario y enfermera gestora de casos.
- Asegurar la interconsulta y compartición de información entre AP y AH.
- Potenciar la atención primaria y proveer los recursos necesarios para su fortalecimiento.
- Establecer una red colaborativa con las asociaciones de pacientes.
- Implementar programas de educación y sensibilización para los pacientes sobre el papel de AP en las ECV.
- Estansarizar el uso de sistemas de información entre residencias y el sistema sanitario.
- Conciliar la medicación y la planificación del alta.

## Información y formación al paciente



- Establecer protocolos de educación y provisión de información relevante sobre la enfermedad y el tratamiento a pacientes.
- Extender la disponibilidad de programas de formación entre pares a todos los hospitales.
- Implementar mecanismos de colaboración entre profesionales sanitarios y asociaciones de pacientes.

## Promoción de la salud, prevención y diagnóstico

La prevención 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 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, incidiendo en la infancia y la edad adulta, para prevenir o reducir los factores de riesgo.

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:

---

**“La prevención de los factores de riesgo cardiovasculares debe partir del control del tabaquismo y la alimentación para actuar sobre los hábitos de la ciudadanía. Aunque se aumentaran las plantillas de atención primaria no seríamos capaces de cambiar el comportamiento de las personas”.**

***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 multisectoriales que promuevan estilos de vida saludables**



### Propósito

Fomentar la adopción de estilos de vida saludables en la población mediante políticas y programas multisectoriales que promuevan el acceso a alimentos saludables, espacios para el ejercicio, y la concienciación sobre los efectos de los estilos de vida en salud, mediante medidas como bonificaciones para productos saludables, y tasas para productos insalubres, promoviendo así el acceso a opciones saludables y reduciendo la exposición a opciones no saludables.

## Propuesta

**Implementar medidas reguladoras y normativas más estrictas para reducir el consumo de tabaco**



### Propósito

Mejorar la salud pública y disminuir el riesgo de enfermedades relacionadas con el tabaquismo, mediante la reducción del consumo y la exposición al tabaco, actuando de forma global e incluyendo medidas restrictivas en cuanto a la venta y uso del tabaco en cierto espacios públicos y lugares específicos.

## Propuesta

**Desarrollar programas de 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, así como la integración y el fortalecimiento de la figura de la enfermera escolar.

## Propuesta

**Realizar una campaña de sensibilización y concienciación sobre las ECV**



### Propósito

Mejorar la salud de la población y reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares mediante la promoción de estilos de vida saludables y medidas preventivas, aumentando el conocimiento y la visibilidad de estas enfermedades, y disminuyendo el desconocimiento sobre las mismas mediante la ejecución de campañas de sensibilización.

## Propuesta

**Promover la introducción y el uso adecuado de fármacos para el tratamiento de factores de riesgo modificables**



### Propósito

Mejorar el tratamiento de los factores modificables de las ECV mediante la detección precoz y el uso temprano y adecuado de fármacos, en las dosis apropiadas, a fin de prevenir complicaciones a largo plazo y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

## 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:

---

**"La coordinación para el seguimiento de pacientes dados de alta funciona correctamente, pero sigue existiendo una alta carga asistencial que dificulta poder realizar un seguimiento continuo y personalizado para cada caso".**

***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

**Extender la figura de la enfermera de enlace hospitalario y enfermera gestora de casos**



## Propósito

Mejorar la continuidad asistencial y coordinación entre los distintos niveles asistenciales en pacientes con perfil pluripatológico y comorbilidades mediante la educación y seguimiento desde el ingreso hasta el alta, capacitando al paciente y su entorno de cuidado para la identificación precoz de las reagudizaciones e intentar evitar los ingresos innecesarios.

## Propuesta

**Asegurar la interconsulta y compartición de información entre AP y AH**



### Propósito

Optimizar la continuidad asistencial mediante la mejora de la comunicación y la coordinación entre atención primaria (AP) y hospitalaria (AH) para acelerar el diagnóstico y la respuesta a los pacientes, compartir el cumplimiento de hábitos, mensajes y tratamientos activos, y establecer directrices comunes a través de un sistema de información compartido que facilite el flujo adecuado del paciente por el sistema.

## Propuesta

**Potenciar la atención primaria y proveer los recursos necesarios para su fortalecimiento**



### Propósito

Mejorar la continuidad asistencial en la atención de los pacientes con enfermedades cardiovasculares mediante la especialización y el fortalecimiento de atención primaria para que pueda actuar como figura referente en el seguimiento y evaluación de los pacientes.

## Propuesta

**Establecer una red colaborativa con las asociaciones de pacientes**



### Propósito

Fomentar la continuidad asistencial en pacientes que han sufrido eventos cardiovasculares mediante la colaboración entre el sistema sanitario y las asociaciones de pacientes para brindar un seguimiento continuo y acompañamiento al paciente a lo largo del proceso de recuperación.

## Propuesta

**Implementar programas de educación y sensibilización para los pacientes sobre el papel de AP en las ECV**



### Propósito

Mejorar la confianza de los pacientes en atención primaria aumentando su conocimiento sobre la capacidad, habilidades y síntomas que pueden atender de los médicos de AP, así como del funcionamiento de la transición entre atención primaria y atención hospitalaria.

## Propuesta

**Estandarizar el uso de sistemas de información entre residencias y el sistema sanitario**

## Propósito

Asegurar la interoperabilidad y accesibilidad de la historia clínica del paciente entre las residencias y el sistema sanitario para garantizar una continuidad asistencial eficiente en los casos de pacientes residentes con ECV.

## Propuesta

**Conciliar la medicación y la planificación del alta**

## Propósito

Garantizar que el paciente reciba el alta hospitalaria tratado adecuadamente y con los factores de riesgo controlados, y asegurar que reciba y comprenda toda la información necesaria para superar así la inercia terapéutica.

## 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.

Todos los pacientes deben tener derecho a beneficiarse de un programa de RC para su óptima recuperación, tanto durante la hospitalización (fase I) como a lo largo de toda su vida (fases 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:

“Los programas de rehabilitación cardíaca se van extendiendo a lo largo de la comunidad y se espera una mejora de estos en los próximos años. No obstante, actualmente los pacientes con insuficiencia cardíaca no tienen acceso a los programas”.

**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

**Impulsar programas de rehabilitación cardíaca para pacientes con insuficiencia cardíaca**



#### Propósito

Facilitar los recursos necesarios para garantizar el acceso de los pacientes con insuficiencia cardíaca a programas de rehabilitación cardíaca y mejorar su recuperación y prevenir reagudizaciones.

### Propuesta

**Proporcionar información sobre la tele-rehabilitación a pacientes**



#### Propósito

Mejorar la comprensión y adopción de la tele-rehabilitación como una opción viable de rehabilitación cardíaca, permitiendo a los pacientes continuar su rehabilitación en el hogar y reduciendo la sobrecarga de los programas de rehabilitación presenciales.

### Propuesta

**Ofrecer apoyo psicológico**



#### Propósito

Proporcionar la oportunidad de abordar las necesidades psicoemocionales del paciente y sus familiares, ya sea creando la especialidad de psicología en la unidad si dispone de recursos, o estableciendo un convenio de colaboración con organizaciones de pacientes que ofrezcan este servicio.

## 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:

---

**“Es interesante escuchar la expectativa de los pacientes para poder cubrir sus necesidades desde el sistema porque es nuestra responsabilidad. Aquello que no podemos cubrir debe canalizarse mediante la coordinación de otros elementos del entorno para dar ese soporte que necesitan”.**

***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

**Establecer protocolos de educación y provisión de información relevante sobre la enfermedad y el tratamiento a pacientes**



### Propósito

Mejorar la comprensión y el seguimiento del tratamiento por parte del paciente mediante la provisión temprana y en momentos oportunos de información relevante sobre la enfermedad y el tratamiento, con el objetivo de reducir el desconocimiento y el desconcierto del paciente, mejorar la comunicación entre pacientes y profesionales sanitarios, facilitar el transcurso por el sistema sanitario y aumentar la adherencia al tratamiento.

## Propuesta

**Extender la disponibilidad de programas de formación entre pares a todos los hospitales**



### Propósito

Fomentar la colaboración entre pacientes y mejorar la adherencia al tratamiento mediante la compartición de experiencias y consejos entre pacientes con experiencia en la patología, con la participación de profesionales sanitarios para garantizar que la información compartida sea adecuada y relevante.

## Propuesta

**Implementar mecanismos de colaboración entre profesionales sanitarios y asociaciones de pacientes**

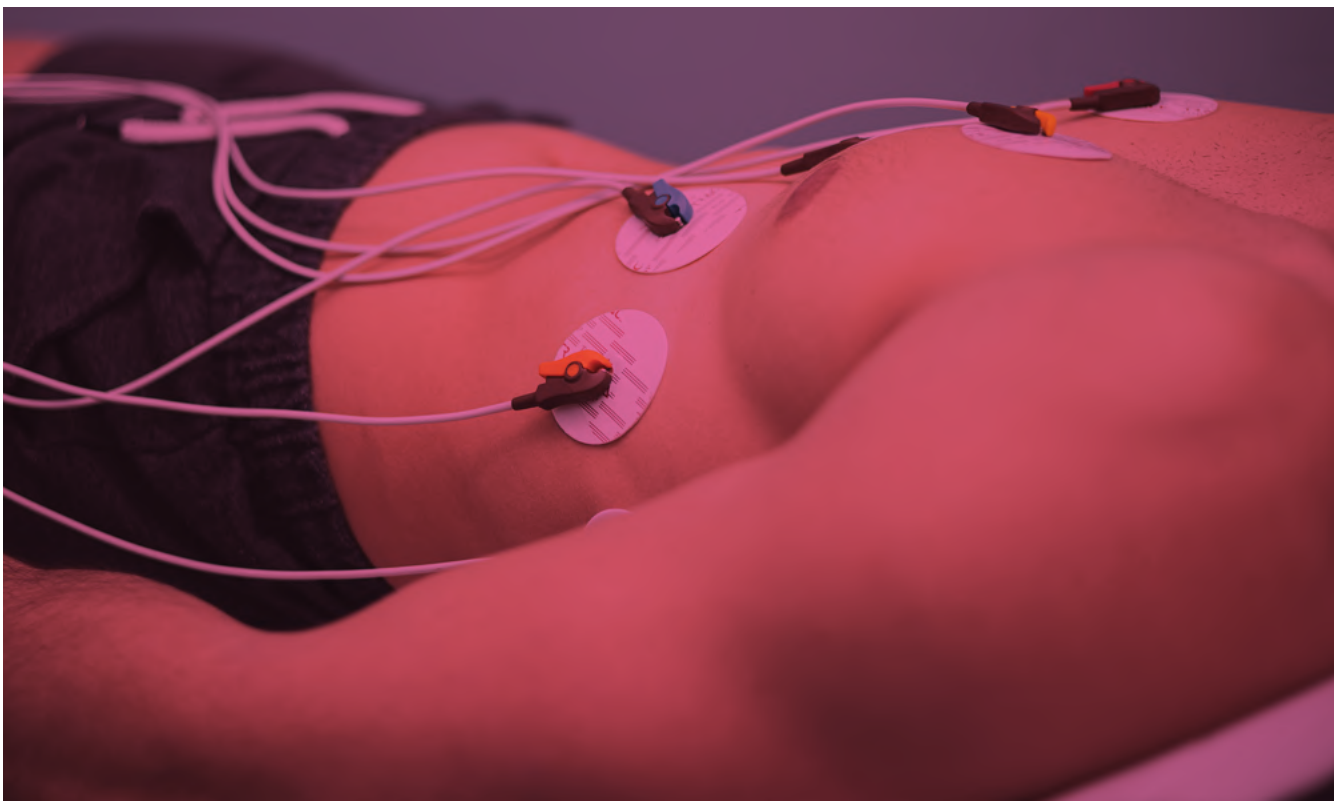


### Propósito

Promover la colaboración entre los profesionales sanitarios y las asociaciones de pacientes mediante la recomendación de las mismas con el objetivo de mejorar la información y conciencia del paciente sobre su enfermedad y así mejorar la adherencia al tratamiento y prevenir eventos cardiovasculares recurrentes.

## Enfermedades cardiovasculares específicas

En este apartado, se presentan propuestas de mejora enfocadas en el abordaje y manejo de enfermedades cardiovasculares específicas tales como arritmias, insuficiencia cardíaca, valvulopatías, entre otras, basadas en las opiniones y recomendaciones de expertos en el área. Estas propuestas buscan continuar con el modelo de la ESCAV, buscando reducir las desigualdades y limitaciones identificadas en estas situaciones mediante acciones concretas y específicas que permitan reducir su carga y mejorar el abordaje en el sistema sanitario.



## VALVULOPATÍAS

La situación de la estenosis aórtica severa en el País Vasco se presenta como un problema creciente en la carga asistencial debido al aumento de casos en la población, especialmente en relación con el envejecimiento, por lo que presenta una alta demanda de intervenciones para pacientes y se traduce en largas listas de espera con un incremento en la probabilidad de muerte de estos pacientes.

### Propuesta

**Ampliar el número de centros que puedan implementar válvulas aórticas percutáneas**



### Propósito

Actuar de manera temprana para prevenir el aumento de estenosis aórtica en los próximos años debido a factores demográficos y envejecimiento en la población, reduciendo las listas de espera y disminuyendo la probabilidad de muerte de pacientes.

## ARRITMIAS

La situación actual en el País Vasco se caracteriza por el aumento de casos de arritmias cardíacas, especialmente en fibrilación auricular, y se enfrenta a una problemática en el control del tratamiento y el acceso a los anticoagulantes orales de acción directa.

### Propuesta

**Garantizar el acceso al mejor tratamiento disponible para los pacientes anticoagulados con fibrilación auricular no valvular**



### Propósito

Mejorar la calidad del control de los pacientes anticoagulados con fibrilación auricular no valvular y, por extensión, la prevención del ictus en estos pacientes.



## 5. Bibliografía

- 1. Robinson, S. (2021). Cardiovascular Disease. Priorities for Health Promotion and Public Health, 1st ed. CRC Press/Taylor & Francis, Boca Raton (FL).**
- 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 Vasco de Estadística. (2020). Tasa de Mortalidad Atribuida a las Enfermedades Cardiovasculares por Territorio Histórico y Sexo. Indicadores de la Agenda 2030.** Disponible en: [https://www.eustat.eus/elementos/ele0018600/tasa-de-mortalidad-atribuida-a-las-enfermedades-cardiovasculares-por-territorio-historico-y-sexo-indicadores-de-la-agenda-2030-ca-de-euskadi/tbl0018637\\_c.html](https://www.eustat.eus/elementos/ele0018600/tasa-de-mortalidad-atribuida-a-las-enfermedades-cardiovasculares-por-territorio-historico-y-sexo-indicadores-de-la-agenda-2030-ca-de-euskadi/tbl0018637_c.html). Consultado: 20 de enero de 2023.
- 4. Uriarte, C.A.: Servicio de Registros e Información Sanitaria. Dirección de Planificación, Ordenación y Evaluación Sanitarias. Departamento de Salud del Gobierno Vasco. (2021). Mortalidad en la Comunidad Autónoma del País Vasco.** Disponible en: [https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/registros\\_mortalidad/es\\_def/adjuntos/Informe-Mortalidad-2020.pdf](https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/registros_mortalidad/es_def/adjuntos/Informe-Mortalidad-2020.pdf). Consultado: 19 de enero de 2023.
- 5. 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.**
- 6. 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.**
- 7. 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.**
- 8. Piña, I.L., Di Palo, K.E., and Ventura, H.O. (2018). Psychopharmacology and Cardiovascular Disease. Journal of American College of Cardiology, 71(20):2346-2359.**

- 9. World Health Organization. (2022). Mental Health and COVID-19: Early Evidence of the Pandemic's Impact: Scientific Brief.** Disponible en: [https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci\\_Brief-Mental\\_health-2022.1](https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Mental_health-2022.1). Consultado: 15 de febrero de 2023.
- 10. Instituto Nacional de Estadística (2020). Encuesta Europea de Salud 2022: 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/l0/&file=02016.px&L=0>. Consultado: 19 de enero de 2023.
- 11. 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/l0/&file=02004.px&L=0>. Consultado: 23 de enero de 2023.
- 12. 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.**
- 13. Berry, E.M. (2020). The Obesity Pandemic – Whose Responsibility? No Blame, No Shame, No More of the Same. Frontiers in Nutrition, 7(2).**
- 14. Aumaitre, A., Blanco, C., Costas, E., Sánchez, M., Taberner, P., and Vall, J. (2022). Adiós a la Dieta Mediterránea: Nutrición y Hábitos Saludables de la Infancia y la Adolescencia en Euskadi. Save The Children.**
- 15. 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.**
- 16. 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).**
- 17. 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).**
- 18. 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.
- 19. 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.**

**20. Departamento de Salud, Gobierno Vasco. (2013). Plan de Salud 2013-2020.** Disponible en: [https://www.euskadi.eus/contenidos/plan\\_gubernamental/12\\_planest\\_xileg/es\\_plang\\_13/adjuntos/Plan\\_salud\\_2013\\_2020%20cast.pdf](https://www.euskadi.eus/contenidos/plan_gubernamental/12_planest_xileg/es_plang_13/adjuntos/Plan_salud_2013_2020%20cast.pdf).

**21. Departamento de Salud, Gobierno Vasco. (2020). Marco Estratégico 2021-2024.** Disponible en: [https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/marco\\_estrategico\\_2021\\_2024/es\\_def/adjuntos/Marco-Estrategico-Departamento-Salud-2021-2024.pdf](https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/marco_estrategico_2021_2024/es_def/adjuntos/Marco-Estrategico-Departamento-Salud-2021-2024.pdf).

**22. 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).

**23. Lichtman, J.H., Leifheit, E.C., Safdar, B., Bao, H., Krumholz, H.M., Lorenze, N.P., Daneshvar, M., Spertus, J.A., and D'Onofrio, G. (2018). Sex Differences in the Presentation and Perception of Symptoms among Young Patients with Myocardial Infraction: Evidence from the VIRGO Study (Variation in Recovery: Role of Gender on Outcomes of Young AMI Patients). *Circulation*, 137(8):781-790.**

**24. 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

