

Documento para



la implementación  
de la Estrategia de Salud

Cardiovascular en  
Atención Primaria



Avalado por:





Documento para

# la implementación de la Estrategia de Salud Cardiovascular en Atención Primaria

*Esta guía ha sido elaborada por el Grupo de Trabajo para la implementación de la Estrategia de Salud Cardiovascular del Ministerio de Sanidad en el ámbito de Atención Primaria*

## MIEMBROS DEL GRUPO DE TRABAJO

### Coordinación

- ▶ **María del Mar Sureda Barbosa** (SEDAP Islas Baleares)

### Autores

- ▶ **Daniel Escribano Pardo** (SEDAP Aragón)
- ▶ **Ana María Fernández Navascués** (SEDAP Navarra)
- ▶ **María Concepción Fernández Planelles** (SEDAP Valencia)
- ▶ **Juan José Gómez Doblas** (Servicio Andaluz de Salud)
- ▶ **Luis Javier González Elena** (SEDAP Castilla y León)
- ▶ **Marta Ocampo Fontangordo** (Servicio Gallego de Salud)
- ▶ **Olga Ochoa Gondar** (Institut Català de la Salut)
- ▶ **Julia Inés Quevedo Rivera** (SEDAP Madrid)
- ▶ **Rita Tristancho Ajamil** (SEDAP Canarias)



Alberto Alcocer 13, 1.º D  
28036 Madrid  
Tel.: 91 353 33 70 • Fax: 91 353 33 73  
www.imc-sa.es • imc@imc-sa.es

ISBN:

Ni el propietario del copyright, ni los patrocinadores, ni las entidades que avalan esta obra pueden ser considerados legalmente responsables de la aparición de información inexacta, errónea o difamatoria, siendo los autores los responsables de la misma.

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo las fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información, sin permiso escrito del titular del copyright.



Documento para

la implementación de la Estrategia de Salud

Cardiovascular en Atención Primaria



## Índice

▶ <b>PREFACIOS</b>	<b>5</b>
▶ <b>JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVO DEL DOCUMENTO</b>	<b>8</b>
▶ <b>PROMOCIÓN DE LA SALUD, PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR Y CAPACITACIÓN CIUDADANA</b>	<b>11</b>
▶ Áreas de mejora, objetivos y acciones asociados a promoción, prevención de la enfermedad cardiovascular y capacitación ciudadana dirigidos a la población	11
▶ Áreas de mejora, objetivos y acciones asociados a promoción, prevención de la enfermedad cardiovascular y capacitación ciudadana dirigidos a los profesionales de los Equipos de Atención Primaria	13
▶ Indicadores para la promoción, prevención de la enfermedad cardiovascular y capacitación ciudadana	13
▶ <b>CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y SEGURIDAD DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR</b>	<b>15</b>
▶ Áreas de mejora, objetivos y acciones asociados a la continuidad asistencial	15
▶ Áreas de mejora, objetivos y acciones asociados a la seguridad del paciente	16
▶ Indicadores de continuidad asistencial y seguridad del paciente	16
▶ <b>GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO, INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN</b>	<b>18</b>
▶ Áreas de mejora, objetivos y acciones asociados a la gestión del conocimiento en Atención Primaria, incorporando la perspectiva de género y los determinantes sociales	18
▶ Áreas de mejora, objetivos y acciones asociados a la investigación en Atención Primaria	19
▶ Áreas de mejora, objetivos y acciones asociados a la innovación en Atención Primaria	20
▶ Indicadores de gestión del conocimiento, investigación e innovación	21
▶ <b>EQUIDAD Y GÉNERO EN SALUD CARDIOVASCULAR</b>	<b>23</b>
▶ Áreas de mejora, objetivos y acciones asociados a equidad y género en salud cardiovascular	23
▶ Indicadores de equidad y género en salud	24



▶ <b>CARDIOPATÍA ISQUÉMICA</b>	<b>25</b>
▶ Áreas de mejora, objetivos y acciones asociados a cardiopatía isquémica	25
▶ Indicadores de cardiopatía isquémica	26
▶ <b>INSUFICIENCIA CARDIACA</b>	<b>27</b>
▶ Áreas de mejora, objetivos y acciones asociados a insuficiencia cardiaca	27
▶ Indicadores de insuficiencia cardiaca	28
▶ <b>VALVULOPATÍAS</b>	<b>30</b>
▶ Áreas de mejora, objetivos y acciones asociados a valvulopatías	30
▶ Indicadores de valvulopatías	31
▶ <b>ARRITMIAS</b>	<b>32</b>
▶ Áreas de mejora, objetivos y acciones asociados a arritmias	32
▶ Indicadores de arritmias	33
▶ <b>CONCLUSIONES</b>	<b>35</b>
▶ <b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>36</b>
▶ <b>ACRÓNIMOS</b>	<b>37</b>





Cuando hace un año, en la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria (SEDAP) recibimos la propuesta de desarrollar un documento dirigido a los equipos de AP que pudiera facilitar la implementación de los diversos aspectos de la Estrategia de Salud Cardiovascular (ESCAV) que atañen a Atención Primaria (AP), aceptamos sin dudar el reto y nos planteamos cuál podría ser nuestra contribución diferencial respecto a las restantes sociedades científicas de AP que han colaborado ya previamente en la ESCAV. Pensamos que esta era nuestra experiencia en gestión como directivos de AP en el todo el territorio nacional.

En abril de 2022, el Ministerio de Sanidad presentó la ESCAV con el objetivo de avanzar en la mejora de la salud cardiovascular y abordar, además, nuevos desafíos de la sociedad española, como la cronicidad, el envejecimiento y las inequidades en salud secundarias a las desigualdades de género y los determinantes sociales.

Desde entonces hasta ahora, la ESCAV ha enfrentado importantes desafíos, y si bien pudiera haber contribuido a la mejora en los resultados en salud cardiovascular (SCV) detectados en el INE en 2023, tenemos que destacar los retos que afronta. La ausencia de financiación directa hace que su implantación recaiga directamente en las CC. AA., que deben desarrollar y dotar planes propios para el desarrollo de esta, lo que favorece las desigualdades territoriales en implementación y desempeño de sus objetivos. La complejidad de la coordinación inter e intra sectorial y la falta de estandarización de los datos en SCV también contribuyen a esta dificultad.

Pensamos que desde SEDAP podemos aportar valor aprovechando nuestra experiencia en la gestión y coordinación en AP, que tan bien conocemos.

Añadimos algunos ejemplos que pudieran resultar significativos:

1. Liderazgo en la implementación en AP: SEDAP puede proporcionar directrices claras y prácticas para los Equipos de Atención Primaria (EAP), asegurando que los profesionales estén alineados con los objetivos de la ESCAV.
2. Coordinación interinstitucional: SEDAP puede actuar como intermediario entre niveles asistenciales (AP/Atención Hospitalaria/Sociosanitario), promoviendo procesos asistenciales integrados que pudieran mejorar la continuidad diagnóstico-terapéutica de los pacientes afectados de enfermedad cardiovascular (ECV).

3. Formación y capacitación de directivos y profesionales: SEDAP puede desarrollar y fomentar programas formativos orientados a capacitar a los profesionales, garantizando el óptimo desempeño en diagnóstico precoz, manejo y prevención de ECV, en línea con la ESCAV.
4. Innovación en la gestión del conocimiento: SEDAP puede promover el aprendizaje y uso de nuevas tecnologías y otras herramientas innovadoras que faciliten la gestión del conocimiento en AP, la adopción de sistemas de información que mejoren la toma de decisiones basadas en datos y la investigación en ECV.
5. Promoción de la equidad en la atención en AP: SEDAP puede impulsar acciones que promuevan la equidad y la atención diferenciada por género en el tratamiento de las ECV, considerando que las intervenciones consideren las desigualdades y los determinantes sociales.
6. Supervisión de indicadores y mejora continua: SEDAP puede contribuir a la monitorización de los indicadores propuestos en la ESCAV para los EAP, asegurando el seguimiento efectivo de las metas establecidas y proponiendo ajustes para la mejora de la calidad asistencial obtenida.
7. Impulso en la prevención y promoción de la salud propuesta en la ESCAV: SEDAP puede colaborar en el desarrollo de programas comunitarios y la implementación de estrategias de promoción de salud y prevención de ECV, facilitando la llegada del mensaje requerido a través de los centros de salud.

Nuestro objetivo como grupo de trabajo ha sido establecer un marco que permita identificar las actuaciones prioritarias a realizar para mejorar la atención cardiovascular de la población desde el primer nivel asistencial. Opinamos que el papel de SEDAP en la consecución de los objetivos de la ESCAV pudiera ser crucial en su implementación efectiva en AP, promoviendo la mejora continua en la gestión, formación, coordinación y equidad en la atención cardiovascular proporcionada a nuestros pacientes.

Atentamente,

**Julia Quevedo Rivera**

*Presidenta de la Sociedad Española de Directivos  
de Atención Primaria (SEDAP)*

La Estrategia de Salud Cardiovascular (ESCAV) del Sistema Nacional de Salud representa un paso crucial hacia la mejora de la atención cardiovascular en nuestro país. Desde CardioAlianza, la organización que agrupa a las principales asociaciones de pacientes cardiovasculares de España, nos enorgullece apoyar la implementación de esta estrategia en el ámbito de la Atención Primaria, un espacio fundamental para la prevención, detección y seguimiento de las enfermedades cardiovasculares.

El papel de los profesionales de Atención Primaria es esencial para abordar de manera integral los factores de riesgo y mejorar la continuidad asistencial en pacientes con enfermedades cardiovasculares. Este documento proporciona un marco práctico y adaptable para facilitar la incorporación de los objetivos de la ESCAV en los Equipos de Atención Primaria (EAP), asegurando así que el cuidado cardiovascular esté al alcance de todos los ciudadanos, sin importar su lugar de residencia.

A medida que avanzamos en la implementación de la ESCAV, es necesario reconocer y apoyar el rol de los profesionales de Atención Primaria, quienes, con su compromiso y dedicación, son clave para la sostenibilidad de un sistema de salud equitativo y centrado en el paciente. En CardioAlianza, creemos firmemente que esta guía contribuirá a fortalecer los esfuerzos en prevención y promoción de la salud cardiovascular, reduciendo no solo la carga de las enfermedades cardiovasculares, sino también mejorando la calidad de vida de las personas afectadas y de sus familias.

Agradecemos a todos los profesionales y entidades que han trabajado en la elaboración de este documento. CardioAlianza reafirma su compromiso en seguir impulsando acciones y colaboraciones que mejoren la salud cardiovascular en España, trabajando codo con codo con el sector sanitario y la sociedad en general.

**Tomás Fajardo**

*Presidente de CardioAlianza*

# JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVO DEL DOCUMENTO



Nuestro objetivo como grupo de trabajo formado mayoritariamente por directivos de Atención Primaria (AP) ha sido establecer un marco que permita identificar las actuaciones prioritarias a realizar para mejorar la atención de la salud cardiovascular (SCV) de la población desde el primer nivel asistencial, teniendo como referencia la Estrategia en Salud Cardiovascular del Sistema Nacional de Salud (ESCAV), publicada en 2022 por el Ministerio de Sanidad<sup>1</sup>, con el ánimo de simplificar la tarea a gerentes y directores asistenciales, facilitando la pronta implementación de estas actividades en el quehacer diario de los Equipos de AP (EAP) y su rápida repercusión en nuestros pacientes.

La elevada prevalencia de las enfermedades cardiovasculares (ECV) y de sus factores de riesgo, así como su impacto actual en salud, calidad de vida y consecuencias económicas y sociales, configuran la SCV como un reto social y sanitario de primer orden.

En 2019, la prevalencia de ECV en España afectaba al 9,8 % de la población, 52,6 % mujeres y 47,4 % hombres. La incidencia anual fue de 1 caso cada 100 personas. Para el mismo año, las ECV fueron la causa de defunción del 37,4 % de la población de la Unión Europea, lo que supuso más de 2 millones de muertes<sup>2</sup>.

En España, las ECV constituyeron la primera causa de muerte, con un 27,9 % del total, siendo los tumores (27,0 %) y las enfermedades respiratorias (11,4 %) la segunda y tercera causa, respectivamente<sup>3</sup>, así como la primera de ingreso hospitalario<sup>4</sup>.

Sin embargo, en 2023 las estadísticas del Instituto Nacional de Estadística (INE) detectan un descenso del 5,3 % en el total de muertes

por ECV respecto a las registradas en 2022. Se han situado en segundo lugar, tras las causas oncológicas, con un 26,5 % de los casos. Entre las causas cardiovasculares destacó principalmente la cardiopatía isquémica (CI), seguida de las causas cerebrovasculares. En ambas se detecta un descenso de alrededor de un 6 % de casos respecto al 2022.

La disminución de mortalidad por ECV pudiera deberse a la asunción de medidas como las modificaciones en el estilo de vida, control de los factores de riesgo, acceso a tratamientos y políticas de salud públicas orientadas a la creación de espacios salutogénicos.

Estas medidas y otras, como la capacitación de profesionales sanitarios, el desarrollo de programas de rehabilitación cardíaca y las mejoras en detección y diagnóstico precoz, forman parte de la ESCAV, por lo que estos resultados podrían ser fruto del inicio de las buenas prácticas recomendadas en la misma, a pesar de las dificultades de implantación detectadas.

Se mantiene una perspectiva integral de la atención centrada en la persona, que tenga en cuenta los determinantes sociales, en particular el género, la educación para la salud (EPS) de los pacientes y la capacitación del personal sanitario, aumentando la importancia del papel de la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la rehabilitación.

Recientes estudios han demostrado que un nivel socioeducativo bajo se asocia a una mayor mortalidad cardiovascular global en España, especialmente por CI e insuficiencia cardíaca (IC) en mujeres jóvenes<sup>5</sup>.

En general, las mujeres con ECV suelen estar infradiagnosticadas e infratratadas. Se han demostrado demoras en los tiempos de



consultas y en los de realización de pruebas diagnósticas, empeorando las tasas de mortalidad, rehabilitación y recuperación tras un evento cardiovascular agudo de las mujeres respecto a los hombres<sup>6</sup>.

Los recursos sociales y los factores psicosociales también impactan en la prevalencia de las ECV<sup>7</sup>.

La escasa accesibilidad a productos saludables, entornos salutogénicos y de seguridad en las calles contribuye a que las personas no puedan llevar los estilos de vida que serían deseables para el mantenimiento de su SCV. Estos hechos provocan falta de bienestar psicosocial, que también constituye un factor de riesgo cardiovascular (FRCV), pues se vincula a mayores tasas de consumo de tabaco y disminución de ejercicio físico y hábitos dietéticos no adecuados. La depresión, la ansiedad y el estrés son factores que aumentan el riesgo de ECV.

Es por ello que la actual ESCAV supone un cambio de paradigma respecto a modelos previos centrados en el abordaje de patologías, buscando conseguir el mayor nivel de salud posible en la población.

Las actuaciones propuestas mantienen los mismos objetivos que la ESCAV y se dirigen a:

- ▶ **Promover** los estilos de vida y entornos **saludables y sostenibles**, y la educación en salud de la ciudadanía.
- ▶ **Prevenir** la aparición de **FRCV**.
- ▶ **Detectar precozmente** las ECV.
- ▶ **Reducir la incidencia, prevalencia y complicaciones** de las ECV, mejorando la atención en todas sus fases, favorecer la rehabilitación y restauración de la salud, prevenir la discapacidad y aumentar la calidad de vida y bienestar de los pacientes y sus familias.
- ▶ **Aumentar la capacitación** de los profesionales implicados en ECV.
- ▶ **Impulsar** la adopción de **medidas diagnósticas y terapéuticas** que hayan de-

mostrado su **efectividad, seguridad, eficiencia y sostenibilidad**.

- ▶ **Favorecer** la investigación, la innovación y la gestión del conocimiento en ECV.
- ▶ **Trabajar las inequidades** en el acceso a los recursos sanitarios con la intención de mitigar el efecto de los ejes de desigualdad en salud existentes.
- ▶ La **seguridad del paciente**, la **continuidad asistencial** y el **impulso a los sistemas de información** son valores presentes en todos los planteamientos realizados.

Nuestro trabajo como grupo ha consistido en seleccionar aquellas acciones que son de aplicación en nuestro ámbito, AP, y plantear cómo podríamos llevarlas a cabo.

Incluyen nuestra aportación como directivos de AP, contando con las experiencias ya desarrolladas y su ámbito de aplicación. Además, se pretende establecer un mecanismo de control de calidad por parte de las Direcciones Asistenciales en todos los circuitos contemplados en el documento.

De tal manera que en los procesos:

- ▶ Se confirme que el sistema de gestión de la organización es conforme a lo pactado.
- ▶ Se asegure que la organización ha implantado de forma efectiva sus medidas previstas.
- ▶ Se compruebe que el sistema de gestión es capaz de alcanzar los objetivos de la organización.
- ▶ Se evalúe la capacidad del sistema de gestión para asegurar que la organización cumple los requisitos reglamentarios.
- ▶ Se identifiquen las áreas de mejora potencial del sistema de gestión y la mejora de manera continua.
- ▶ Se realice seguimiento, medición y revisión de los objetivos y metas de desempeño.



La **ESCAV** se articula en torno a **ocho ejes vertebradores** que desarrollan grandes áreas de actuación, por lo que hemos mantenido una estructura parecida para trabajar las áreas de mayor interés desde AP:

1. Promoción de la salud, prevención de la ECV y capacitación ciudadana.
2. Continuidad asistencial y seguridad del paciente con ECV.
3. Gestión del conocimiento, investigación e innovación.
4. Equidad y género en SCV.
5. Cardiopatía isquémica.
6. Insuficiencia cardiaca.
7. Valvulopatías.
8. Arritmias.

A continuación, en cada eje se han incorporado las propuestas de la ESCAV referidas a puntos críticos o áreas de mejora, objetivos, acciones e indicadores sugeridos para la evaluación de los resultados intermedios y finales pretendidos.



# PROMOCIÓN DE LA SALUD, PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR Y CAPACITACIÓN CIUDADANA



## Áreas de mejora, objetivos y acciones asociados a promoción de la salud, prevención de la enfermedad cardiovascular y capacitación ciudadana dirigidos a la población

Impulsar la promoción de la salud y prevención de la ECV en la población y capacitar al ciudadano en la adopción de estilos de vida saludables

### Objetivos

- ▶ **Promover el estilo de vida saludable** mediante la creación de entornos que favorezcan la elección de **actividades salutogénicas** y fortaleciendo las **intervenciones de consejo sobre estilos de vida** desde AP.
- ▶ **Fortalecer las estrategias poblacionales de promoción de la salud y prevención de la ECV** en el Sistema Nacional de Salud (SNS) y, en especial, la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS y la Estrategia NAOS (Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad) (consultar en: [https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/web/nutricion/seccion/estrategia\\_naos.htm](https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/web/nutricion/seccion/estrategia_naos.htm)).
- ▶ **Potenciar el papel comunitario de la AP**, dirigido a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.
- ▶ **Promover la adquisición de conocimiento por parte de la ciudadanía** respecto de la adopción de estilos de vida saludables en materia de SCV, concienciando sobre su impacto e importancia.

- ▶ **Garantizar la disponibilidad de información fiable, accesible y comprensible** a toda la población, con especial atención a los grupos más vulnerables.

### Acciones

- ▶ Difundir y fortalecer **intervenciones sobre estilos de vida saludable** a toda la población desde AP, incidiendo especialmente sobre **actividad física, alimentación saludable, eliminación del consumo de tabaco y alcohol**. Ejemplos:
  - Promover las modalidades de transporte saludable activo: caminar e ir en bicicleta.
  - Promover dieta mediterránea e hiposódica.
- ▶ Llevar a cabo **intervenciones específicas y sistemáticas** de promoción de estilo de vida saludable, especialmente en las personas con sobrepeso y obesidad. Ejemplos:
  - Fomento de la actividad física, alimentación saludable, reducción del sedentarismo, consumo de tabaco y alcohol (consultar acciones en: [https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/envejecimientoSaludable/activo/docs/Consejo\\_Integral\\_EstiloVida\\_en\\_AtencionPrimaria.pdf](https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/envejecimientoSaludable/activo/docs/Consejo_Integral_EstiloVida_en_AtencionPrimaria.pdf))<sup>8</sup>.
- ▶ Para las poblaciones más vulnerables, **difundir de forma más comprensible y accesible** la información referida a **programas de estilos de vida saludables, adecuar los mensajes** según características culturales y disponer de **materiales** para entregar a los pacientes durante la



actividad asistencial con la información de **webs/apps con contenidos fiables**.

- ▶ **Promover la creación de espacios públicos** que favorezcan la **adherencia a los estilos de vida saludables**.
- ▶ Colaborar desde AP con las **Escuelas Promotoras de Salud** existentes en la Zona Básica de Salud (ZBS) y participar en las **plataformas vecinales de la ZBS** fomentando los estilos de vida saludables.

### Concienciar sobre la prevención primaria cardiovascular centrada en estilos de vida: factor de riesgo del consumo de tabaco

#### Objetivos

- ▶ Contribuir a la **reducción del 10 % en la prevalencia de tabaquismo** en 2040 desde AP.
- ▶ **Prevenir que los jóvenes se inicien en el consumo** de tabaco y productos relacionados o retrasarlo al máximo.
- ▶ Participar en la **implementación de medidas para la deshabituación** tabáquica desde AP.

#### Acciones

- ▶ Impulsar las medidas incluidas en el Plan Integral del Tabaquismo que sean de aplicación desde AP ([https://www.asomega.es/wp-content/uploads/PIT\\_R5\\_05\\_2024.pdf](https://www.asomega.es/wp-content/uploads/PIT_R5_05_2024.pdf)).
- ▶ Realizar **actividades educativas en centros escolares** sobre prevención del tabaquismo.
- ▶ Concienciar a los jóvenes de las **implicaciones del uso de cigarrillos electrónicos** y otros productos novedosos de tabaco.
- ▶ **Formar a los profesionales** sanitarios en prevención y atención al tabaquismo.

- ▶ **Facilitar el acceso de los fumadores a los programas de abandono del hábito tabáquico**.
- ▶ Desarrollar **cursos/talleres de deshabituación tabáquica** en toda la franja horaria de los EAP.
- ▶ **Convencer y motivar a los profesionales de los EAP para cesar el consumo de tabaco**, facilitando su participación en los cursos/talleres/consultas de deshabituación.

### Promover la prevención primaria cardiovascular mediante el control de los factores biológicos de riesgo: hipertensión arterial, dislipemia, diabetes mellitus tipo 2 y obesidad

#### Objetivos

- ▶ Consolidar la **detección temprana, diagnóstico correcto de la hipertensión arterial (HTA), dislipemia, de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y de la obesidad** como actividades preferentes en la actividad asistencial habitual de AP, de acuerdo con las recomendaciones de las principales guías de práctica clínica (GPC).
- ▶ **Mejorar el control** de la HTA, la dislipemia, la DM2 y la obesidad mediante el fortalecimiento de los programas realizados en AP.

#### Acciones

- ▶ **Instaurar sistemas automáticos de alerta y citación de pacientes** (vinculados a la historia clínica electrónica) que permitan:
  - **Detección más temprana** de la HTA, la dislipemia, la DM2 y la obesidad siguiendo los criterios diagnósticos recogidos en las principales GPC.
  - **Intensificación del tratamiento y seguimiento** en pacientes con elevado riesgo cardiovascular (RCV) o control subóptimo de parámetros clínicos.

- ▶ **Fortalecer los programas de tratamiento y control de la HTA, la DM2, la dislipemia y la obesidad** que se realizan en AP. Ejemplos:
  - > **Simplificación de los protocolos** de las GPC existentes y adaptación de estos a la realidad de AP.
  - > **Capacitación del paciente** para modificar su estilo de vida y en la automedicación de los parámetros que requieren de control.
  - > **Formación e información al paciente** sobre el tratamiento que va a recibir y la importancia de la **adherencia** al mismo.

## Áreas de mejora, objetivos y acciones asociados a promoción de la salud, prevención de la enfermedad cardiovascular y capacitación ciudadana dirigidos a los profesionales de los Equipos de Atención Primaria

### Desarrollar la capacitación de los profesionales sanitarios y otros profesionales relacionados con la promoción y prevención de la SCV

#### Objetivos

- ▶ **Formar y sensibilizar a los profesionales sanitarios** en materia de promoción de la salud y prevención desde una perspectiva integral y multidimensional.
- ▶ **Aumentar el número de profesionales actualizados y concienciados** respecto de la importancia de la actuación en promoción y prevención de SCV desde AP.

#### Acciones

- ▶ **Impartir diversas formaciones** a los profesionales de AP para **mejorar sus habili-**

**dades en la promoción y prevención de estilos de vida saludables.**

- ▶ **Aumentar los recursos** de los profesionales de AP para promover estilos de vida saludables.

Nota: puede resultar de utilidad la revisión de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS, eligiendo las referidas a SCV que pudieran tener aplicación en el entorno de AP: <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/estrategiaSNS/home.htm>

## Indicadores para la promoción, prevención de la enfermedad cardiovascular y capacitación ciudadana

### Indicadores para impulsar la promoción de la salud y prevención de la ECV en la población y capacitación ciudadana en la adopción de estilos de vida saludables

1. Porcentaje de centros escolares e institutos de la ZBS que han colaborado con el EAP en una o más actividades de EPS referidas a actividad física, alimentación saludable y/o educación sobre alcohol, tabaco y otras sustancias adictivas durante el último año.
2. Número de actividades de EPS relacionadas con la promoción y prevención de la SCV llevadas a cabo por el EAP durante el último año.

### Concienciar sobre la prevención primaria cardiovascular centrada en estilos de vida: factor de riesgo del consumo de tabaco

1. Porcentaje de personas de la ZBS con diagnóstico de tabaquismo que han participado en programas de deshabituación tabáquica en la ZBS.



2. Porcentaje de fumadores de la ZBS que han cesado en el hábito tabáquico durante el último año.
3. Número de actividades de EPS relacionadas con el cese del hábito tabáquico desarrolladas por el EAP durante el último año.

### **Promover la prevención primaria cardiovascular mediante el control de los factores biológicos de riesgo: HTA, objetivo dislipemia, DM2 y obesidad**

1. Porcentaje de personas de la ZBS en cuya historia clínica conste haber recibido consejo durante el último año referido a:
  - > Actividad física.
  - > Alimentación saludable.
  - > Consumo de tabaco.
  - > Consumo de alcohol.
  - > Porcentaje de personas de la ZBS con diagnóstico de HTA que presentan cifras tensionales controladas durante el último año siguiendo las GPC en vigor.
  - > Porcentaje de personas de la ZBS con diagnóstico de hiperlipemia que presentan cifras de lípidos controladas durante el último año siguiendo las GPC en vigor.
  - > Porcentaje de personas de la ZBS con diagnóstico de DM2 que presentan cifras de hemoglobina glicosilada (HbA1c) controladas durante el último año siguiendo las GPC en vigor.
  - > Porcentaje de personas de la ZBS con diagnóstico de obesidad/sobrepeso

que presentan reducción de, al menos, el 5 % de su índice de masa corporal (IMC) durante el último año.

2. Porcentaje de personas de la ZBS que durante el último año presentan las siete métricas en valores adecuados, según su RCV, considerando los valores de rango estándar:
  - > Porcentaje de personas que han consumido tabaco en los últimos 12 meses.
  - > Porcentaje de personas con IMC en rango 19-24,9.
  - > Prevalencia de personas con nivel moderado y alto de actividad física.
  - > Porcentaje de personas que siguen una dieta mediterránea.
  - > Porcentaje de personas con colesterol de las lipoproteínas de baja densidad (c-LDL) en objetivo terapéutico según su evaluación de RCV.
  - > Porcentaje de personas con presión arterial en rango normal.
  - > Porcentaje de personas con valores de HbA1c en rango normal.

### **Desarrollar la capacitación de los profesionales sanitarios y otros profesionales relacionados con la promoción y prevención de la SCV**

1. Porcentaje de profesionales de la ZBS que han participado en programas de formación continua en actividades de promoción y prevención de la salud cardiovascular durante el último año.

# CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y SEGURIDAD DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR



## Áreas de mejora, objetivos y acciones asociados a la continuidad asistencial

Promocionar y potenciar la continuidad asistencial como elemento clave para una atención sanitaria de calidad, eficiente y segura en ECV

### Objetivos

- ▶ **Diseñar procesos asistenciales** coordinados que aseguren flujos asistenciales eficientes y seguros entre niveles sanitarios para el paciente con ECV, siguiendo criterios de calidad, que sean percibidos satisfactoriamente por los pacientes.
- ▶ **Integrar a todos los niveles asistenciales** implicados en el diseño de los procesos para las patologías priorizadas por la ESCAV (CI, IC, arritmias y valvulopatías), asegurando la participación activa de todos.
- ▶ **Promover la integración del nivel socio-sanitario** en todo el proceso de atención a las ECV desarrollando estrategias de comunicación bidireccional permanente y derivación directa.
- ▶ **Incorporar la percepción de los usuarios** en la gestión de la continuidad asistencial y en la ESCAV.

### Acciones

- ▶ **Participar** en el diseño de procesos asistenciales integrados en el abordaje de

las ECV desde AP, en colaboración con el segundo y tercer nivel asistencial:

- > **Desarrollar grupos de trabajo multidisciplinarios** con profesionales de todos los niveles asistenciales: médicos especialistas de AP y de Atención Hospitalaria (AH), enfermeras (gestoras de casos y de práctica avanzada en Cardiología), farmacólogos, trabajadores sociales, profesionales de atención al ciudadano, etc.
- > **Elaborar un documento de consenso basado en GPC** que detalle:
  - **Información y pruebas complementarias** necesarias para cambio de nivel y seguimiento.
  - **Flujos entre niveles** (visita presencial/interconsulta virtual, bidireccional).
  - Elección de **indicadores y calendario** de reevaluaciones para cada proceso.
- > **Implementar y difundir los procesos asistenciales consensuados en las ECV priorizadas:** los acuerdos alcanzados deben ser difundidos a todos los profesionales implicados en la atención de pacientes con ECV, siendo este **punto clave** en el éxito de la implementación de la ESCAV.
- > **Incorporar las nuevas tecnologías para la gestión documental** (gestor documental con buscador por términos) y la difusión (*webinars*, vídeos, *app*), adaptándose a las nuevas generaciones de profesionales.

**Considerar e incorporar la percepción de usuarios y cuidadores** en el documento de consenso.



## Áreas de mejora, objetivos y acciones asociados a la seguridad del paciente

### Promocionar prácticas seguras en la asistencia a pacientes con ECV

#### Objetivos

- ▶ **Establecer y difundir prácticas seguras** en el entorno de la ECV, destacando en AP la atención farmacológica para el uso seguro de fármacos de alto riesgo.
- ▶ **Promover la notificación y análisis de los incidentes por seguridad** que se produzcan en las unidades clínicas.
- ▶ Promover la **implementación de estrategias** para la adecuación y **adherencia** terapéutica.

#### Acciones

- ▶ Planificar el **seguimiento periódico de los pacientes con ECV** establecido por parte del EAP, con el fin de facilitar la consecución de los objetivos cardiovasculares acordados.
- ▶ **Notificar los incidentes de seguridad detectados** durante los procesos asistenciales en el entorno cardiovascular a través del sistema vigente en cada comunidad autónoma.
- ▶ **Desarrollar prácticas de uso seguro de los medicamentos**, especialmente en pacientes crónicos polimedcados, durante la transición asistencial y en el uso de medicamentos de alto riesgo:
  - > Disponer de **visor de prescripción común** para todos los niveles asistenciales.
  - > Desarrollar **sistemas de alertas automáticas en el módulo de prescripción** de la historia clínica **que adviertan** de duplicidades, polimedcación, interacciones y contraindicaciones.

- > **Conciliar y revisar medicación antes del alta hospitalaria.**
- > **Fomentar la adherencia y el cumplimiento terapéutico de uso** de nuevos fármacos iniciados en medio hospitalario por parte del EAP mediante el desarrollo de **consultas de seguimiento periódicas**, valorando la comprensión del mismo por parte del paciente.
- > **Desarrollar consultas específicas de seguimiento** de fármacos de alto riesgo por parte del equipo de enfermería, como los anticoagulantes orales, según la organización interna del EAP.
- ▶ **Colaborar con el farmacéutico de AP** en la resolución de **dudas o problemas** detectados, **especialmente en la conciliación terapéutica.**
- ▶ **Facilitar la adherencia terapéutica** mediante la **simplificación de pautas farmacológicas** cuando sea posible, mediante el uso de:
  - > **Sistemas personales de dispensación (SPD)** en colaboración con las oficinas de farmacia.
  - > Uso de fármacos de **vida media larga.**
  - > **Combinaciones terapéuticas a dosis fijas (polipíldora)**<sup>10,11</sup>. Estudios recientes avalan el uso de la polipíldora, no solo por la mejora de la adherencia terapéutica, sino también por su potencial disminución de la morbimortalidad en prevención secundaria tras un síndrome coronario agudo (SCA).

## Indicadores de continuidad asistencial y seguridad del paciente

### Indicadores de continuidad asistencial

1. Porcentaje de pacientes con ECV priorizadas que han recibido atención continuada

durante el último año respecto al total de pacientes con ECV priorizadas (atención continuada: procesos asistenciales integrados o rutas clínicas, según modelo de cada comunidad autónoma, ECV priorizadas en ESCAV: CI, IC, arritmia o valvulopatías).

2. Porcentaje de pacientes incluidos en procesos con integración sociosanitaria en ECV priorizadas/total de pacientes tratados de ECV priorizadas durante el último año.
3. Porcentaje de profesionales sanitarios del EAP que han recibido formación respecto al proceso asistencial integrado vigente en su sector asistencial durante el último año.
4. Porcentaje de pacientes de la ZBS con ECV priorizadas que han precisado ingreso hospitalario durante el último año respecto al total de pacientes con ECV priorizadas.
5. Porcentaje de pacientes de la ZBS con ECV priorizadas que reingresan durante el primer mes respecto al total de pacientes con ECV priorizadas durante el último año.
6. Evolución diferencial en pacientes de programas integrados, referida a:
  - > Mortalidad, entendida como el porcentaje de pacientes fallecidos del total de pacientes con ECV.

> Datos calidad de vida:

- Porcentaje de pacientes con determinada ECV que ingresan por determinada ECV:

$$\frac{\text{Número de ingresos en el primer mes por determinada ECV} \times 100}{\text{Número de personas diagnosticadas de determinada ECV}}$$

- Porcentaje de pacientes con determinada ECV que reingresan por determinada ECV en el primer mes del ingreso índice:

$$\frac{\text{Número de ingresos en el primer mes por determinada ECV} \times 100}{\text{Número de personas ingresadas de determinada ECV}}$$

### Indicadores de seguridad del paciente

1. Porcentaje de pacientes con ECV que han recibido seguimiento regular y continuado en AP durante el último año.
2. Número de eventos adversos o incidentes críticos declarados durante el último año relacionados con la atención a ECV priorizadas.
3. Porcentaje de pacientes de la ZBS con ECV que presentan adherencia adecuada a la medicación, medida mediante la escala de Morisky, respecto al total de pacientes con ECV de la ZBS.
4. Porcentaje de pacientes de la ZBS en tratamiento anticoagulante oral seguidos en consultas específicas de enfermería, coordinadas con servicios hospitalarios.





## Áreas de mejora, objetivos y acciones asociados a la gestión del conocimiento en Atención Primaria, incorporando la perspectiva de género y los determinantes sociales

Disponer de información contrastada y actualizada para conocer el estado de la SCV y de la atención a la ECV a la población en AP

### Objetivos

- ▶ Diseñar y consolidar un **núcleo básico de información para conocer el estado de la SCV** en la población y atención de la ECV en AP.
- ▶ **Identificar la información necesaria y las fuentes para su más eficiente recogida**, que será utilizada para identificar las necesidades de mejora en el abordaje de las ECV en AP.

### Acciones

- ▶ Desarrollar un **mapa de indicadores básicos** de SCV y atención a la ECV en AP que sea accesible y a tiempo real.
- ▶ Promover un **plan de análisis sistemático** y estructurado sobre el estado de la SCV y la atención de las ECV en AP.
- ▶ Promover la elaboración de **informes anuales de la SCV en AP** con indicadores predefinidos, impulsando su difusión.

## Estimular la recogida de datos incorporando la perspectiva de género y los determinantes sociales

### Objetivos

- ▶ Incorporar y consolidar la epidemiología clínica y poblacional **con orientación de género** en todas las recogidas de datos referidas a ECV en AP.
- ▶ Incorporar y consolidar la epidemiología clínica y poblacional desde la perspectiva de **otros determinantes de desigualdad** distintos a sexo-género.

### Acciones

- ▶ Determinar la **magnitud de las ECV** por distintos determinantes de desigualdad, incluido sexo, en AP.
- ▶ Estimar los **factores de riesgo**, segmentados por distintos determinantes de desigualdad, incluido el sexo, en el contexto de AP en España.
- ▶ Evaluar las **medidas de prevención primaria, secundaria y terciaria** en la ECV con orientación de género y desde la perspectiva de otros ejes de desigualdad.
- ▶ Evidenciar el **impacto de las diferencias de sexo y los sesgos de género** en la atención sanitaria en AP, así como las causas del retraso y errores diagnósticos en la ECV, y desde la óptica de otros determinantes de desigualdad.
- ▶ Evaluar la implementación de las **guías clínicas según sexo/género**, así como desde otros determinantes de desigualdad (por ejemplo: edad, brecha digital, territorio).

## Orientar la formación de los profesionales sanitarios de AP a la mejora de resultados en SCV durante todo su ciclo formativo, incorporando la perspectiva de género y las desigualdades sociales

### Objetivos

- ▶ Facilitar que los profesionales sanitarios de AP **adquieran formación en ECV** durante todo su ciclo formativo, con una visión integradora e interdisciplinar, adecuada a sus necesidades y perfiles asistenciales para **mejorar los resultados en SCV**.
- ▶ **Desarrollar programas de formación** en AP que permitan aprender **capacidades asistenciales** para mejorar los resultados en SCV.
- ▶ Incorporar la **perspectiva de género** y la consideración de la presencia de **determinantes sociales** en la formación en SCV de todos los profesionales sanitarios.

### Acciones

- ▶ Facilitar mecanismos de **colaboración entre los distintos niveles educativos**: formación continuada, especializada y grado, orientados a la mejora de resultados en SCV.
- ▶ Desarrollar **planes formativos en ECV incentivados en AP**: cómputo en carrera profesional, necesidad de reacreditación periódica, incluidos en los contratos de gestión y accesibles durante la jornada laboral. Se orientarán a la formación en ECV aguda (reanimación cardiopulmonar –RCP–, arritmias, IC descompensada...) y ECV crónica, basados en GPC y con la mejor evidencia disponible, con abordaje de orientación de género y determinantes sociales.

- ▶ Familiarizar a todos los profesionales implicados en los **códigos de emergencias** en vigor en cada comunidad autónoma (Código Infarto, Código Ictus, etc.).

## Áreas de mejora, objetivos y acciones asociados a la investigación en Atención Primaria

### Orientar la formación de los profesionales sanitarios de AP a la investigación en la mejora de la SCV y su medida durante todo su ciclo formativo

#### Objetivos

- ▶ **Potenciar** proyectos de investigación (PI) en SCV que tengan su ámbito de actuación en AP y que cubran las **necesidades identificadas**.
- ▶ **Fomentar la participación** de los investigadores en las convocatorias de I+D+i y la colaboración con equipos investigadores de otras comunidades autónomas.
- ▶ Incorporar **nuevas Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC)** a la investigación de SCV en AP.

#### Acciones

- ▶ **Crear un grupo de trabajo multidisciplinar** integrado por expertos en investigación, innovación y gestión sanitaria, así como asociaciones de pacientes, para identificar las necesidades en AP.
- ▶ **Identificar Unidades de Investigación** en las distintas comunidades autónomas o Áreas de Salud para ayudar a la participación de los profesionales de AP en las actividades de I+D+i.



- ▶ **Incorporar la metodología de “atención sanitaria basada en el valor”** (PROM –Patient Reported Outcomes Measures– y PREM –Patient Reported Experience Measures–) en los proyectos, **así como la Inteligencia Artificial (IA) en el análisis de datos.**
- ▶ **Proponer los proyectos** seleccionados de interés para SCV en AP al **Comité Institucional** para conseguir el apoyo y/o interés de las comunidades autónomas para su incorporación en los programas de I+D+i de ámbito autonómico, **incluyendo también las nuevas herramientas de eSalud.**

**Estimular la realización de estudios epidemiológicos sobre diferencias de prevalencia de ECV condicionadas por género o inequidades**

### Objetivos

- ▶ Incorporar y consolidar la **perspectiva sexo-género** en la investigación sobre ECV.
- ▶ **Incorporar y consolidar la perspectiva de otros determinantes de desigualdad** (brecha digital, territorio, etc.) en la investigación sobre ECV.

### Acciones

- ▶ **Evidenciar el impacto de las diferencias** de sexo y los sesgos de género en la atención sanitaria en AP, así como las causas del retraso y errores diagnósticos en la ECV, y desde la óptica de otros determinantes de desigualdad, mediante el diseño de estudios de investigación *ad hoc*.
- ▶ Promover estudios de **validación de pruebas diagnósticas** según sexo (puntos de corte de normalidad/anormalidad) y desde otros determinantes de desigualdad

(por ejemplo: edad, brecha digital, territorio).

## Áreas de mejora, objetivos y acciones asociados a la innovación en Atención Primaria

**Identificar oportunidades de mejora e innovación en el abordaje de las ECV desde AP**

### Objetivos

- ▶ **Crear un mapa de necesidades** de I+D+i en SCV en AP que surja de los objetivos de la ESCAV, valore los resultados previos de la I+D+i y se actualice periódicamente.
- ▶ Investigar en **nuevos modelos organizativos** que promuevan el alcance de techos competenciales de todas las categorías profesionales.
- ▶ Incorporar las **opiniones y experiencias de pacientes y profesionales** a los proyectos de investigación e innovación en SCV en AP, promoviendo especialmente actuaciones orientadas a facilitar el **flujo de información** entre pacientes, cuidadores y profesionales, facilitando la toma de decisiones compartidas.
- ▶ Incorporar **nuevas TIC** (IA, plataformas de eSalud, *app*), metodologías de resultados en salud informados por el paciente (PROM y PREM) a la investigación e innovación de SCV en AP, facilitando la autogestión de la enfermedad por parte de los pacientes y la investigación por parte de los profesionales.
- ▶ **Conseguir que los proyectos de I+D+i en AP** que responden a las necesidades en SCV identificadas se **incorporen en los programas de I+D+i de ámbito auto-**

**nómico, estatal y europeo**, identificando patentes generadas y gasto/inversión asociados y mejorando su transferencia a la práctica clínica de AP.

### Acciones

- ▶ **Identificar las fuentes de información** que se utilizarán para desarrollar el mapa de necesidades en AP, que se trasladará a programas y convocatorias de investigación:
  - Fuentes de información I+D+i (por ejemplo: resultados de las convocatorias en ECV, líneas estratégicas y acciones CIBER).
  - Fuentes de información de gestión sanitaria en ECV.
  - Otras fuentes de información: ITEMAS (plataforma de dinamización e innovación de las capacidades industriales del SNS), asociaciones de pacientes, web Atlas VPM.
- ▶ Desarrollar **investigación evidenciada** respecto al desarrollo de nuevos roles profesionales, cambios competenciales y eficiencia del desempeño en equipos multidisciplinares.
- ▶ Diseñar **hojas informativas** referidas a ECV con explicaciones sencillas y comprensibles.
- ▶ Desarrollar programas de **paciente activo** y programas de apoyo al cuidador como elemento facilitador del intercambio de experiencias.
- ▶ **Promover el uso de mensajes de SCV** a través de las **redes sociales**, supervisados por los proveedores de salud, que incluyan las experiencias y testimonios de pacientes.

- ▶ Investigar en la **implementación de wearables** en la práctica clínica habitual.

### Indicadores de gestión del conocimiento, investigación e innovación

#### Indicadores de gestión del conocimiento

1. Porcentaje de profesionales de la ZBS que han recibido formación en ECV en AP con orientación interdisciplinar e integradora y orientada a resultados de salud durante el último año respecto al total de profesionales de AP.
2. Porcentaje de profesionales de AP formados en ECV aguda, crónica y a los códigos de emergencias/profesionales de AP durante el último año respecto al total de profesionales de AP.

#### Indicadores de investigación

1. Número de investigaciones y publicaciones científicas nacionales o internacionales sobre ECV realizadas desde AP durante el último año.
2. Porcentaje de profesionales de la ZBS que participan en PI referidos a ECV durante el último año.
3. Porcentaje de profesionales de la ZBS que participan en PI a través de redes de colaboración e intercambio de conocimientos en ECV entre varias comunidades autónomas durante el último año.

#### Indicadores de innovación

1. Porcentaje de cuidadores de pacientes afectos de ECV formados sobre SCV y ECV en AP respecto del total de cuidadores de pacientes afectos de ECV durante el último año.



2. Porcentaje de pacientes afectados de ECV formados sobre SCV y ECV en AP respecto del total de pacientes afectados de ECV durante el último año.
3. Porcentaje de PI referidos a ECV en los que hayan participado asociaciones de pacientes respecto al total de PI en ECV durante el último año.
4. Porcentaje de pacientes con ECV de la ZBS incluidos en PI realizados en AP respecto al total de pacientes con ECV de la ZBS durante el último año.
5. Porcentaje de pacientes con ECV que usan herramientas de eSalud respecto al total de pacientes con ECV de la ZBS durante el último año.
6. Evaluación del proceso asistencial en pacientes. PROM/PREM:
  - > Porcentaje de valoración positiva de la asistencia recibida en el proceso ECV, referida a la asistencia proporcionada desde AP. Método: encuesta de satisfacción al usuario. Total de respuestas positivas dividido entre el total de respuestas. Estándar > 75 %.
  - > Porcentaje de reclamaciones recibidas en pacientes asistidos por el proceso ECV, referidas a la asistencia proporcionada desde AP. Total de reclamaciones recibidas en AP dividido entre el total de asistencias producidas en el mismo periodo de tiempo.

# EQUIDAD Y GÉNERO EN SALUD CARDIOVASCULAR



## Áreas de mejora, objetivos y acciones asociados a equidad y género en salud cardiovascular

### Promocionar el conocimiento y el autocuidado de la SCV en las mujeres desde AP

#### Objetivos

- ▶ **Incorporar la perspectiva de género** en las acciones de promoción y prevención con el fin de obtener equidad de género en los resultados en SCV.
- ▶ **Empoderar a las mujeres** en su autocuidado frente a las ECV.
- ▶ **Sensibilizar a la sociedad** en su conjunto y en particular a las mujeres sobre la relevancia de la ECV en las mujeres.
- ▶ **Mejorar la prevención primaria y secundaria en la ECV** en las intervenciones realizadas desde los equipos de AP dirigidas a mujeres.
- ▶ **Incorporar la perspectiva de género en la capacitación de pacientes** y su entorno en el autocuidado y corresponsabilización en torno a su SCV.

#### Acciones

- ▶ **Diseñar y poner en marcha intervenciones específicas, como los bancos de buenas prácticas (BBPP), para trabajar con las mujeres y niñas desde los centros de AP** sobre la importancia del cuidado de la propia salud, incluido el fomento de hábitos de vida saludables, y junto con

los hombres, la necesidad de compartir las cargas del cuidado de otros.

- ▶ **Elaborar material de SCV sobre salud y género desde los equipos de AP y ponerlo a disposición de centros educativos**, así como organismos de igualdad y asociaciones de mujeres.
- ▶ **Desarrollar intervenciones de prevención primaria y secundaria de ECV específicamente dirigidas a las mujeres desde los centros de AP**, y que incluyan el abordaje de los FRCV, teniendo en cuenta sus características diferenciales en mujeres, especialmente en las estrategias de trabajo con pacientes (escuelas de salud, escuelas de pacientes...).
- ▶ **Asegurar el enfoque transversal de género** en las estrategias, intervenciones y en el material de promoción de salud y prevención que tengan que ver con SCV (por ejemplo: tabaquismo, ejercicio físico, alimentación, cuidados).
- ▶ **Sensibilizar y concienciar a pacientes, cuidadores y profesionales de AP sobre la importancia de reducir el estrés** derivado de los cuidados de pacientes y personas dependientes.

### Formar a todos los profesionales sanitarios de AP sobre los aspectos específicos de la ECV (diagnóstico y tratamiento) en la mujer y las desigualdades por género

#### Objetivos

- ▶ **Adquirir y evaluar las competencias en la detección de aspectos diferenciales en la ECV establecida o sus FRCV previos.**



- ▶ **Utilizar valores de pruebas diagnósticas estandarizados por sexo.**
- ▶ **Diseñar e implantar protocolos y procedimientos** con perspectiva de género.
- ▶ **Mejorar la implementación de las GPC** de forma equitativa en hombres y mujeres ante igual necesidad sanitaria.

### Acciones

- ▶ **Incluir en los programas de formación** de los profesionales de AP los aspectos diferenciales de la ECV según sexo.
- ▶ **Adecuar estándares por sexo** en ámbitos como las pruebas analíticas y las técnicas de imagen.
- ▶ **Desarrollar protocolos de prevención precoz por sexo** (o teniendo en cuenta las desigualdades de género): HTA, diabetes gestacional, diabetes, dislipemia, obesidad y sedentarismo.
- ▶ **Impulsar el diagnóstico precoz** del SCA en mujeres.
- ▶ Desarrollar **protocolos de optimización de tratamiento de ECV** específicos por sexo o género.
- ▶ **Utilizar de forma equitativa las terapias basadas en la evidencia científica** en ambos sexos, especialmente en SCA, IC y arritmias.

### Abordar las desigualdades sociales en salud en AP

#### Objetivos

- ▶ **Integrar la equidad** en salud en las acciones de la estrategia.
- ▶ **Abordar las desigualdades sociales en salud** mediante el uso de una *checklist* que incluya acciones propuestas en la ESCAV.

- ▶ **Incorporar la desagregación por variables socioeconómicas** en el seguimiento y evaluación de la Estrategia.

### Acciones

- ▶ **Usar una *checklist*** con acciones propuestas en la ESCAV que permita el abordaje de las desigualdades sociales en salud y establecer propuestas de mejora.
- ▶ **Analizar de forma desagregada por variables socioeconómicas** (edad, clase social, nivel educativo, territorio, etc., además de sexo/género) y los indicadores de la Estrategia en los que proceda/sea factible.
- ▶ Realizar **formación y/o sensibilización sobre los FRCV y la SCV** en los colectivos detectados como más vulnerables.

### Indicadores de equidad y género en salud

En todos los indicadores que se contemplan en el documento y, siempre que se pueda, se recomienda desagregar la información por **sexo o por variables socioeconómicas** y ejes de desigualdades.

1. Número de documentos emitidos desde AP que contemplen acciones específicas en ECV por género y sexo durante el último año.
2. Número de documentos de BBPP creados en AP relacionados con la SCV en niñas y mujeres durante el último año.
3. Porcentaje de personas cuidadoras que han recibido formación sobre la importancia de reducir el estrés durante el último año.
4. Número de acciones de educación para la mejora de la SCV y autocuidado que contemplan la perspectiva de género.

# CARDIOPATÍA ISQUÉMICA



## Áreas de mejora, objetivos y acciones asociados a cardiopatía isquémica

### Desarrollar programas de rehabilitación cardíaca y prevención secundaria en AP en pacientes de riesgo moderado-alto

#### Objetivos

- ▶ Potenciar la **continuidad asistencial** mediante programas estructurados de **Prevención Secundaria y rehabilitación cardíaca en AP en Fase III y en Fase II en pacientes con riesgo bajo**, estableciendo **indicadores que evalúen la eficacia** y aprovechando las nuevas tecnologías, incluyendo la **perspectiva de género**.
- ▶ **Mejorar la adherencia terapéutica y el control de los FRCV** en los pacientes que están en **prevención secundaria** de la **enfermedad vascular aterosclerótica establecida**.

#### Acciones

- ▶ **Desarrollar programas de formación continuada interdisciplinarios** que aborden la **rehabilitación cardíaca** y la **prevención secundaria** para los profesionales implicados en la atención del paciente con CI.
- ▶ **Establecer canales ágiles de comunicación entre AP/AH** en el abordaje de la rehabilitación cardíaca **extrahospitalaria**, valorando el uso de la interconsulta virtual.
- ▶ Desarrollar estrategias de **rehabilitación cardíaca en AP** (fase II de bajo riesgo y

fase III) en **aquellas ZBS cuyos recursos lo permitan**, en coordinación con las unidades hospitalarias.

- ▶ **Dar soporte formativo para capacitar al paciente y sus cuidadores** para un mejor abordaje de su CI, mediante la entrega de **materiales educativos ad hoc**.
- ▶ Implementar **acciones y programas de prevención secundaria** que permitan garantizar el seguimiento adecuado del paciente y el **cumplimiento terapéutico**, tales como:
  - **Programas de revisiones sistemáticas** para identificar la falta de adherencia y/o de falta de control de los FRCV.
  - Uso de **regímenes terapéuticos simplificados**<sup>10,11</sup>.

### Colaborar en el funcionamiento de las redes asistenciales de atención al SCA

#### Objetivos

- ▶ **Mejorar la accesibilidad y el funcionamiento** de las **redes asistenciales** de atención al IAM, mejorando la morbimortalidad y su pronóstico.
- ▶ **Asegurar la difusión y conocimiento en el EAP de los consensos asistenciales** alcanzados durante los acuerdos de coordinación interniveles.

#### Acciones

- ▶ Participar desde AP en el **diseño de las redes de atención al IAM** autonómicas y provinciales, que deben incorporar pacientes con criterios SCASEST (síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST), desa-

rollar GPC, registros unificados, protocolos e indicadores clave de calidad asistencial.

- ▶ Participar desde AP en la elaboración y difusión de un **plan estratégico de educación, comunicación, información y sensibilización poblacional** para asegurar la equidad en el acceso al diagnóstico y a las terapias, promoviendo un uso más eficiente de los sistemas de emergencias.
- ▶ **Realizar sesiones formativas recordatorias** para asegurar la correcta aplicación del Código Infarto en AP.
- ▶ Priorizar la atención en AP de los pacientes con sospecha de IAMCEST (**infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST**) y también garantizar el acceso a una estrategia invasiva a los pacientes con IAM SIN elevación de ST de alto riesgo en un tiempo adecuado.
- ▶ **Conocer y difundir desde AP las estrategias de reperfusión pactadas** para realizar intervencionismo coronario percutáneo primario.

## Indicadores de cardiopatía isquémica

1. Porcentaje de pacientes con CI que han recibido atención continuada durante el último año respecto al total de pacientes con CI durante el último año.
2. Porcentaje de pacientes incluidos en procesos de integración sociosanitaria en CI respecto al total de pacientes tratados de CI durante el último año.
3. Porcentaje de pacientes con IAM de la ZBS que han recibido seguimiento regular y continuado en AP durante el último año respecto al total de pacientes con IAM de la ZBS.
4. Porcentaje de pacientes con IAM de la ZBS que han presentado tiempos óptimos de inicio de los programas de prevención secundaria durante el último año respecto al total de pacientes con IAM de la ZBS.
5. Porcentaje de pacientes con CI de la ZBS con cumplimiento satisfactorio de los objetivos de control de FRCV consensuados en prevención secundaria durante el último año respecto al total de pacientes con CI de la ZBS.
6. Porcentaje de pacientes de la ZBS atendidos en AP con SCACEST (síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST) y SCASEST con cumplimiento satisfactorio de protocolos de atención urgente en CI durante el último año, respecto al total de pacientes atendidos por estas patologías de la ZBS.
7. Porcentaje de profesionales del EAP que recibieron formación actualizada en CI, Código Infarto y RCP durante el último año respecto al total de profesionales del EAP.
8. Porcentaje de pacientes de la ZBS con CI que han precisado ingreso hospitalario durante el último año respecto al total de pacientes con CI.
9. Porcentaje de pacientes de la ZBS con CI que reingresan durante el primer mes respecto al total de pacientes con CI durante el último año.
10. Porcentaje de pacientes de la ZBS que sufrieron un IAM en el último año y se han beneficiado de programas de rehabilitación cardíaca en AP.



# INSUFICIENCIA CARDIACA



## Áreas de mejora, objetivos y acciones asociados a insuficiencia cardiaca

### Mejorar la detección y el diagnóstico precoz de la insuficiencia cardiaca

#### Objetivos

- ▶ **Impulsar el diagnóstico precoz de la IC en AP** con el fin de mejorar el pronóstico de la enfermedad y la calidad de vida del paciente con IC.
- ▶ **Capacitar a los profesionales de AP** en el **seguimiento y tratamiento de pacientes afectos de IC avanzada**, evitando ingresos hospitalarios.
- ▶ **Posibilitar la detección de péptido natriurético** desde todas las ZBS de AP.
- ▶ **Desarrollar la ecografía clínica en AP** y, específicamente, la **ecocardiografía** para facilitar el manejo de pacientes afectos de IC.

#### Acciones

- ▶ Establecer un **programa de formación continuada** y evaluable **sobre IC** para mejorar la capacitación de los profesionales implicados en el diagnóstico y manejo de la IC en AP, incluyendo **ecocardiografía**.
- ▶ Facilitar la determinación de péptido natriurético en pacientes con sospecha de IC desde AP, siguiendo los protocolos y criterios preestablecidos a tal efecto, **implementándolo en todas las áreas de salud**.
- ▶ Establecer **criterios consensuados y homogéneos** entre AP y Cardiología para la derivación programada y preferente de

los pacientes tras positividad de péptido natriurético.

- ▶ **Implantar terminales digitales de envío de constantes** que faciliten el control por parte de los profesionales y posibilitar **videoconsultas domiciliarias** para una mejor evaluación de los pacientes.

### Organizar la asistencia a la IC a través de unidades/programas de IC multidisciplinares, coordinadas con participación de todos los profesionales implicados en todos los niveles asistenciales

#### Objetivos

- ▶ **Fomentar la implantación y correcto seguimiento del Proceso Asistencial Integrado en IC** a todas las personas diagnosticadas de IC y a sus familiares y cuidadores, en aquellas comunidades autónomas que ya dispongan de este.
- ▶ **Fomentar la creación del Proceso Asistencial Integrado** de la IC en aquellas comunidades autónomas que **no dispongan del mismo**.
- ▶ **Desarrollar programas multidisciplinares por parte de los EAP sobre EPS** que cuenten con el apoyo de pacientes expertos y asociaciones de pacientes.

#### Acciones

- ▶ Participar en la **creación de equipos multidisciplinares especializados en IC**, que incluyan a profesionales de los niveles asistenciales de **AP, hospitalario y extrahospitalario** que trabajen de forma coordinada.

- ▶ **Establecer criterios comunes y homogéneos de manejo de la IC para las distintas unidades asistenciales**, que incluyan indicaciones para la transición de cuidados entre Cardiología, Urgencias hospitalarias y AP tras el alta hospitalaria en el caso de un nuevo diagnóstico de IC o de un reingreso.
- ▶ Fomentar la **comunicación entre niveles asistenciales** a través de herramientas digitales bidireccionales, como la e-consulta, facilitando respuesta en menos de 48 horas.
- ▶ **Realizar actividades formativas** (talleres, charlas, actividades grupales) **en pacientes** diagnosticados de IC y personas cuidadoras en los que se aborden temas como:
  - > Sintomatología de la IC.
  - > Factores de riesgo y calidad de vida.
  - > Importancia del cumplimiento del tratamiento farmacológico y no farmacológico.
  - > Fomento del autocuidado y del autocontrol.
  - > Signos de descompensación para lograr una detección más precoz por parte del propio paciente.
- ▶ **Incluir escalas pronósticas, de fragilidad y de capacidad funcional** en la evaluación del paciente.
- ▶ **Incorporación de la teleasistencia**, especialmente en pacientes que viven en zonas mal comunicadas o que tengan difícil el poder desplazarse.

**Participar en la asistencia al shock cardiogénico a través de la creación de redes asistenciales específicas para su atención (Código Shock)**

### Objetivos

- ▶ Participar desde AP en el **diseño de un sistema a nivel autonómico de asis-**

**tencia al shock cardiogénico en red** que facilite la administración de tratamientos avanzados que han demostrado mejorar la supervivencia a los pacientes que puedan beneficiarse de ellos.

- ▶ Participar desde AP en la **determinación de los criterios de pacientes con shock cardiogénico susceptibles de beneficiarse de tratamientos avanzados** en el marco de la cartera común de servicios del SNS y derivados a centros especializados.
- ▶ Participar desde AP en el **desarrollo del protocolo de activación, derivación y transporte (Código Shock)** que incluya los criterios de derivación, centros receptores, medio de transporte adecuado y tiempos.

### Acciones

- ▶ Elaborar desde AP un protocolo para la **identificación temprana de los pacientes en shock cardiogénico** susceptibles de revascularización precoz y/o soporte circulatorio, y asistencia precoz a los mismos.
- ▶ **Participar en el diseño** de un protocolo de traslado de los pacientes en Código Shock de forma coordinada y con el soporte adecuado entre los centros/sistemas sanitarios de diversos niveles.

### Indicadores de insuficiencia cardiaca

1. Porcentaje de pacientes de la ZBS diagnosticados de IC desde AP durante el último año respecto del total de pacientes diagnosticados de IC.
2. Porcentaje de pacientes incluidos en procesos de integración sociosanitaria en IC respecto al total de pacientes tratados de IC durante el último año.

3. Porcentaje de pacientes con IC de la ZBS que han recibido seguimiento regular y continuado en AP durante el último año respecto al total de pacientes con IC de la ZBS.
4. Porcentaje de pacientes con IC de la ZBS que han sido remitidos a Cardiología desde AP respecto al total de pacientes con IC de la ZBS.
5. Porcentaje de pacientes con IC de la ZBS con cumplimiento satisfactorio de los objetivos de control de FRCV durante el último año respecto al total de pacientes con IC de la ZBS.
6. Porcentaje de pacientes de la ZBS atendidos en AP con IC a los que se practicó ecocardiografía desde AP durante el último año respecto al total de pacientes con IC de la ZBS.
7. Porcentaje de profesionales del EAP que recibieron formación actualizada en IC (detección de péptido natriurético) durante el último año respecto al total de profesionales del EAP.
8. Porcentaje de profesionales del EAP que recibieron formación actualizada en IC (ecocardiografía) durante el último año respecto al total de profesionales del EAP.
9. Porcentaje de pacientes de la ZBS con IC que han precisado ingreso hospitalario durante el último año respecto al total de pacientes con IC de la ZBS.
10. Porcentaje de pacientes de la ZBS con IC que reingresan durante el primer mes respecto al total de pacientes con IC durante el último año.



# VALVULOPATÍAS



## Áreas de mejora, objetivos y acciones asociados a valvulopatías

### Impulsar el diagnóstico precoz de valvulopatías prevalentes

#### Objetivos

- ▶ **Impulsar el diagnóstico precoz** de las valvulopatías **más** prevalentes.
- ▶ **Realizar sistemáticamente auscultación cardíaca** en la población mayor de 65 años y registrarlo en la historia clínica.
- ▶ **Fomentar el uso de la ecocardiografía** por parte de los profesionales de AP.
- ▶ **Crear procesos compartidos entre AP y AH** para pacientes con sospecha de valvulopatía.

#### Acciones

- ▶ Impartir **formación a profesionales sanitarios** sobre los factores implicados en el desarrollo de las **valvulopatías, su diagnóstico y tratamiento**.
- ▶ **Crear un botón de verificación de auscultación cardíaca** en la historia clínica de AP para los pacientes mayores de 65 años.
- ▶ **Realizar ecocardiografía en AP** para identificar pacientes con posibles valvulopatías.
- ▶ **Definir criterios comunes y homogéneos de trabajo colaborativo** para el seguimiento de pacientes con **valvulopatía**, incluyendo:
  - **Realización de auscultación cardíaca** en mayores de 65 años y en pacien-

tes con síntomas potenciales de origen cardíaco.

- Creación de una **vía de comunicación con cardiología ágil**, que permita la valoración de pacientes con soplo cardíaco y la realización de ecocardiografía (si no es posible obtenerla en AP).
- **Desarrollo de la ruta asistencial**, determinando periodos de reevaluación y seguimiento recomendados en función de los hallazgos de la ecocardiografía.

### Optimizar la selección del tratamiento de la estenosis aórtica grave mediante valoración multidisciplinar integral

#### Objetivos

- ▶ **Mejorar la identificación precoz** del paciente con estenosis aórtica grave.
- ▶ Desarrollar documentos de consenso interniveles para facilitar la **selección de candidatos** óptimos a la intervención quirúrgica.

#### Acciones

- ▶ **Establecer criterios comunes** sobre el abordaje integral del paciente con estenosis aórtica grave consensuados entre Cardiología, Cirugía Cardíaca, Geriátrica, Medicina de Familia y Comunitaria y Enfermería, que incluyan: fases diagnósticas, opciones terapéuticas, valoración del riesgo, árboles de decisión y quién debe participar en cada uno de los pasos.
- ▶ **Desarrollar un documento de consenso** sobre los perfiles de pacientes con

**estenosis aórtica grave tributarios de procedimientos percutáneos y quirúrgicos** para que estos puedan beneficiarse de dichos procedimientos.

## Indicadores de valvulopatías

1. Porcentaje de pacientes mayores de 65 años de la ZBS con auscultación cardiaca registrada en la historia clínica respecto al total de pacientes mayores de 65 años.
2. Porcentaje de profesionales de la ZBS formados en auscultación cardiaca durante el último año.
3. Porcentaje de médicos de familia de la ZBS que han realizado formación en ecocardiografía durante el último año.
4. Porcentaje de médicos de familia de la ZBS que han realizado ecocardiografías durante el último año.
5. Porcentaje de pacientes de la ZBS diagnosticados de valvulopatía desde AP durante el último año respecto del total de pacientes diagnosticados de valvulopatía.
6. Porcentaje de pacientes con valvulopatía incluidos en procesos con integración socio sanitaria respecto al total de pacientes con valvulopatía durante el último año.
7. Porcentaje de pacientes con valvulopatía de la ZBS que han recibido seguimiento regular y continuado en AP durante el último año respecto al total de pacientes con valvulopatía de la ZBS.
8. Porcentaje de pacientes con valvulopatía de la ZBS que han sido remitidos a Cardiología desde AP respecto al total de pacientes con valvulopatía de la ZBS.
9. Porcentaje de pacientes con valvulopatía de la ZBS con cumplimiento satisfactorio de los objetivos de control de FRCV durante el último año respecto al total de pacientes con valvulopatía de la ZBS.
10. Porcentaje de pacientes de la ZBS atendido en AP con valvulopatía a los que se practicó ecocardiografía desde AP durante el último año respecto al total de pacientes con valvulopatía de la ZBS.
11. Porcentaje de pacientes de la ZBS con valvulopatía que han precisado ingreso hospitalario durante el último año respecto al total de pacientes con valvulopatía de la ZBS.
12. Porcentaje de pacientes de la ZBS con valvulopatía que reingresan durante el primer mes respecto al total de pacientes con valvulopatía durante el último año.
13. Porcentaje de pacientes de la ZBS con valvulopatía que son intervenidos mediante cirugía percutánea respecto al total de pacientes con valvulopatía durante el último año.

# ARRITMIAS



## Áreas de mejora, objetivos y acciones asociados a arritmias

### Mejorar la efectividad en el acceso a la reanimación cardiopulmonar

#### Objetivos

- ▶ Participar desde AP en la **creación de un marco de referencia estatal en el aumento de la supervivencia con buena recuperación neurológica** de los pacientes que sufren una parada cardiorrespiratoria (PCR).
- ▶ **Conocer** los resultados en salud en los **procesos atendidos desde AP** para mejorar la supervivencia libre de secuelas neurológicas de los pacientes atendidos.
- ▶ **Extender la desfibrilación precoz** a todas las dependencias de AP: Unidades Básicas de Salud (UBS), Centros de Salud (CS).
- ▶ **Incrementar la formación en reanimación precoz y en soporte vital básico (SVB) y en desfibrilador externo automatizado (DEA) del primer interviniente, y en general de la ciudadanía.**

#### Acciones

- ▶ Participar en la **elaboración del Plan Nacional de Atención a la Parada Cardíaca** desde AP.
- ▶ **Promover la generalización del soporte telefónico a los primeros alertantes/testigos** para que puedan iniciar la reanimación y/o emplear el DEA hasta la llegada de los equipos sanitarios extrahospituarios (apoyo telefónico a la RCP).
- ▶ Consensuar criterios comunes para el uso de la DEA. Incremento del número de DEA

y de desfibriladores en todas las unidades asistenciales que formen parte de AP.

- ▶ **Promover la creación e implantación de programas de alerta** a voluntarios sanitarios con apoyo de **geolocalización** (tanto del propio voluntario como de los DEAs cercanos)
- ▶ **Formar a los profesionales** sanitarios **para que conozcan las redes de referencia** para la atención de los pacientes recuperados de PCR de cada comunidad autónoma.
- ▶ Participar desde AP en el desarrollo de un **plan estructurado de programas de formación en SVB y DEA** dedicados a:
  - > Empleados públicos que trabajan en servicios ciudadanos en la calle.
  - > Ciudadanos.
  - > Estudiantes (incluir en el currículo educacional).

### Promover el diagnóstico precoz de la fibrilación auricular

#### Objetivos

- ▶ **Reducir la prevalencia de personas con fibrilación auricular (FA) no conocida** en la propia ZBS de AP.
- ▶ **Detección precoz de la FA mediante la toma de pulso oportunista** en AP en personas con 65 o más años, especialmente en pacientes con HTA, DM2, obesidad o con IC. Realización de un electrocardiograma (ECG) si el pulso es irregular.
- ▶ Crear e implantar una **estrategia formativa** en relación al **diagnóstico precoz de la FA.**



## Acciones

- ▶ **Crear o participar en programas de formación** a nivel poblacional de cómo tomar el pulso e identificar si es arritmico.
- ▶ **Desarrollar iniciativas enfocadas a la toma de pulso**, junto a sociedades científicas, asociaciones de pacientes y autoridades locales.
- ▶ Colaborar en la **integración de la formación en la toma del pulso** a nivel **radial y central** en el **currículo escolar**.
- ▶ **Desarrollar la inclusión de información tecnológica**, siempre que haya sido validada por agencias reguladoras, como la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) en España o la Food and Drug Administration (FDA) en Estados Unidos, y que tengan respaldo científico, para potenciar entre los pacientes el **chequeo de ritmo con wearables** en el marco de la Estrategia en Salud Digital del SNS.
- ▶ **Implementar la telemonitorización** en dispositivos tipo marcapasos DAI (desfibrilador automático implantable) en el marco de la Estrategia en Salud Digital del SNS.

## Indicadores de arritmias

1. Porcentaje de profesionales de la ZBS que han participado en actividades relacionadas con la implementación del Plan de Atención a la PCR de su comunidad autónoma durante el último año respecto al resto de profesionales de la ZBS.
2. Existencia en las gerencias de AP de las distintas comunidades autónomas de sistemas de información que permitan medir los indicadores clave en la atención a la PCR (datos obtenidos mediante cuestionario estructurado):
  - > Número de PCR atendidas a nivel extrahospitalario (anual).
  - > Tiempo medio de atención (SVB/DEA).
  - > Utilización de RCP/DEA (porcentaje del total de atenciones).
  - > Supervivencia media libre de daño neurológico.
3. Porcentaje de pacientes recuperados de PCR sin daño neurológico grave durante el último año con respecto al total de pacientes recuperados de PCR en ese año.
4. Porcentaje de pacientes mayores de 65 años de la ZBS que han acudido a consulta de AP y a los que se les ha registrado el pulso durante el último año respecto al total de pacientes de la ZBS.
5. Porcentaje de pacientes con primer diagnóstico de FA realizado en AP durante el último año respecto al total de pacientes diagnosticados de FA en ese año.
6. Porcentaje de pacientes mayores de 65 años con ECG basal realizado durante el último año respecto al total de pacientes mayores de 65 años de la ZBS.
7. Porcentaje de pacientes con FRCV o ECV previas con ECG basal realizado durante el último año respecto al total de pacientes con FRCV o ECV de la ZBS.
8. Porcentaje de médicos de familia de la ZBS que han realizado formación en ecocardiografía durante el último año.
9. Porcentaje de médicos de familia de la ZBS que han realizado ecocardiografías durante el último año.
10. Porcentaje de pacientes con nuevo diagnóstico de FA de la ZBS que han sido re-

mitidos a Cardiología desde AP en el último año, respecto del total de pacientes con nuevo diagnóstico de FA de la ZBS.

11. Porcentaje de pacientes de la ZBS atendidos en AP con FA a los que se practicó ecocardiografía desde AP durante el último año respecto al total de pacientes con FA de la ZBS.
12. Porcentaje de pacientes de la ZBS con FA que han precisado ingreso hospitalario durante el último año respecto al total de pacientes con FA de la ZBS.
13. Porcentaje de pacientes de la ZBS con FA que reingresan durante el primer mes respecto al total de pacientes con FA durante el último año.
14. Porcentaje de pacientes de la ZBS con FA que precisan anticoagulantes orales respecto al total de pacientes con FA durante el último año.

# CONCLUSIONES



- ▶ La elevada prevalencia de ECV en nuestro medio y su importante carga mórbida condicionan la necesidad de priorizar acciones dirigidas a su prevención y manejo.
- ▶ La promoción de estilos de vida saludables y la prevención de FRCV son esenciales para reducir la incidencia de las ECV. AP es clave en la educación sanitaria de la población y el refuerzo de programas preventivos.
- ▶ Es necesario trabajar en la reducción de las desigualdades de acceso durante la atención de las ECV en todo el sistema sanitario, incluyendo la perspectiva de género y la equidad durante todo el proceso asistencial.
- ▶ La continuidad asistencial entre todos los niveles asistenciales es imprescindible. La existencia de procesos integrados puede mejorar el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes con ECV. AP debe participar de forma activa en su diseño, además de asegurar la difusión de las rutas asistenciales entre todos sus dispositivos.
- ▶ La capacitación profesional continua de los profesionales de AP es fundamental, actualizando periódicamente los conocimientos según los avances contenidos en las guías clínicas.
- ▶ La investigación clínica referida a la realidad en el manejo integral de la ECV en AP debe ser fomentada. Se debe promover la optimización de recursos, mediante el uso de nuevas tecnologías, como la IA y otras herramientas digitales que permitan a los pacientes la autogestión de su enfermedad.
- ▶ El desarrollo de programas específicos en ECV prioritarias (CI, IC, arritmias y valvulopatías) permite su detección más temprana, el aumento de la eficacia del tratamiento y el desarrollo de programas de seguimiento y prevención secundaria. AP es responsable de su diagnóstico precoz, derivación a atención hospitalaria y seguimiento de los pacientes al alta.
- ▶ La seguridad del paciente debe estar garantizada en todo el sistema sanitario, enfatizando especialmente el correcto uso de los medicamentos y la simplificación de los regímenes terapéuticos.
- ▶ El uso de indicadores adecuados mejora la efectividad de las intervenciones y los resultados en SCV, mediante la evaluación continua y la consiguiente mejora de la atención por parte de los EAP.



# BIBLIOGRAFÍA



1. Ministerio de Sanidad. Estrategia en Salud Cardiovascular del Sistema Nacional de Salud (ESCAV). 2022. (Fecha de acceso: marzo de 2024). Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludCardiovascular/docs/Estrategia\\_de\\_salud\\_cardiovascular\\_SNS.pdf](https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludCardiovascular/docs/Estrategia_de_salud_cardiovascular_SNS.pdf).
2. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Global Burden of Disease Study 2019. (Fecha de acceso: marzo de 2024). Disponible en: <http://ghdx.healthdata.org/>
3. Instituto Nacional de Estadística. Estadística de defunciones según la causa de muerte. 2023. (Fecha de acceso: marzo de 2024). Disponible en: [https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736176780&menu=ultiDatos&idp=1254735573175](https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176780&menu=ultiDatos&idp=1254735573175).
4. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de morbilidad hospitalaria. Año 2019. (Fecha de acceso: marzo de 2024). Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?tpx=48140&L=0>.
5. Haeberer M, León-Gómez I, Pérez-Gómez B, Téllez-Plaza M, Rodríguez-Artalejo F, Galán I. Social inequalities in cardiovascular mortality in Spain from an intersectional perspective. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)*. 2020;73(4):282-9.
6. Vogel B, Acevedo M, Appelman Y, Merz CNB, Chieffo A, Figtree GA, et al. The Lancet women and cardiovascular disease Commission: reducing the global burden by 2030. *Lancet*. 2021;397(10292):2385-438.
7. Ministerio de Sanidad y Política Social. Análisis de situación para la elaboración de una propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. 2009. (Fecha de acceso: marzo de 2024). Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/promoSaludEquidad/equidadYDesigualdad/estrategia/docs/Analisis\\_reducir\\_desigualdes.pdf](https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/promoSaludEquidad/equidadYDesigualdad/estrategia/docs/Analisis_reducir_desigualdes.pdf).
8. Ministerio de Sanidad. Consejo integral en estilo de vida en Atención Primaria, vinculado con recursos comunitarios en población adulta. 2015. (Fecha de acceso: marzo de 2024). Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/envejecimientoSaludable/activo/docs/Consejo\\_Integral\\_EstiloVida\\_en\\_AtencionPrimaria.pdf](https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/envejecimientoSaludable/activo/docs/Consejo_Integral_EstiloVida_en_AtencionPrimaria.pdf).
9. Ministerio de Sanidad. Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS. 2014. (Fecha de acceso: marzo de 2024). Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/estrategiaSNS/docs/EstrategiaPromocionSalud-yPrevencionSNS.pdf>.
10. Castellano JM, Pocock SJ, Bhatt DL, Quesada AJ, Owen R, Fernandez-Ortiz A, et al. Polypill Strategy in Secondary Cardiovascular Prevention. *N Engl J Med*. 2022;387(11):967-77. Disponible en: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2208275>.
11. European Society of Cardiology. 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes. ESC. 2023. Disponible en: <https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/Acute-Coronary-Syndromes-ACS-Guidelines>.

# ACRÓNIMOS



- ▶ AH: Atención Hospitalaria.
- ▶ AP: Atención Primaria.
- ▶ BBPP: buenas prácticas.
- ▶ c-LDL: colesterol de las lipoproteínas de baja densidad.
- ▶ CI: cardiopatía isquémica.
- ▶ DAI: desfibrilador automático implantable.
- ▶ DEA: desfibrilador externo automatizado.
- ▶ DM2: diabetes mellitus tipo 2.
- ▶ EAP: Equipos de Atención Primaria.
- ▶ ECG: electrocardiograma.
- ▶ ECV: enfermedad cardiovascular.
- ▶ EPS: educación para la salud.
- ▶ FA: fibrilación auricular.
- ▶ FRCV: factor de riesgo cardiovascular.
- ▶ GPC: guías de práctica clínica.
- ▶ HbA1c: hemoglobina glicosilada.
- ▶ HTA: hipertensión arterial.
- ▶ IA: inteligencia artificial.
- ▶ IAM: infarto agudo de miocardio.
- ▶ IAMCEST: infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST.
- ▶ IC: insuficiencia cardiaca.
- ▶ IMC: índice de masa corporal.
- ▶ INE: Instituto Nacional de Estadística
- ▶ NAOS: Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad.
- ▶ PCR: parada cardiorrespiratoria.
- ▶ PREM: *Patient Reported Experience Measures*.
- ▶ PROM: *Patient Reported Outcomes Measures*.
- ▶ RCP: reanimación cardiopulmonar.
- ▶ RCV: riesgo cardiovascular.
- ▶ SCA: síndrome coronario agudo.
- ▶ SCACEST: síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST.
- ▶ SCASEST: síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST.
- ▶ SCV: salud cardiovascular.
- ▶ SEDAP: Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria.
- ▶ SNS: Sistema Nacional de Salud.
- ▶ SPD: sistemas personales de dispensación.
- ▶ SVB: soporte vital básico.
- ▶ TIC: Tecnologías de la Información y la Comunicación.
- ▶ ZBS: Zona Básica de Salud.



Documento para



# la implementación de la Estrategia de Salud Cardiovascular en Atención Primaria



Avalado por:

Patrocinado por:

