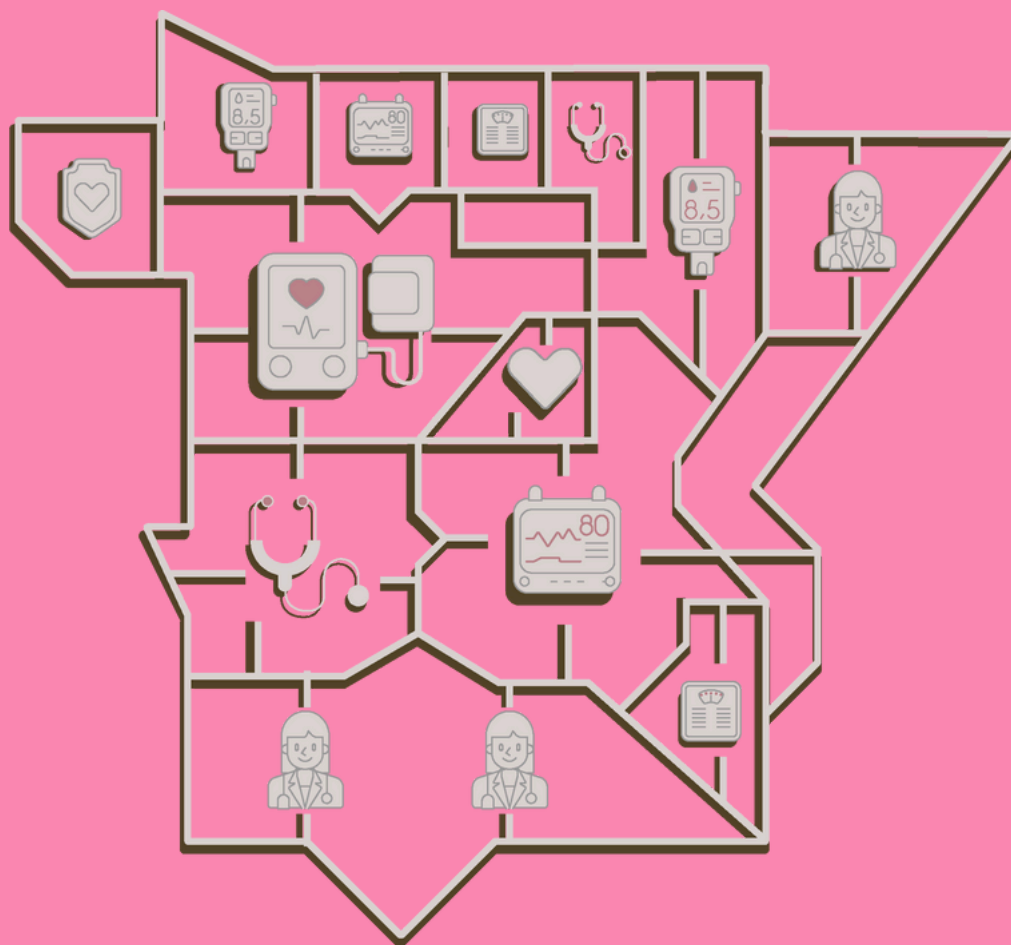


Iniciativa para la Mejora del Abordaje Preventivo en el
Ámbito Cardiovascular y Cerebrovascular (IMAPAC)

Políticas y Buenas Prácticas de Prevención Secundaria

Análisis de las principales medidas en política pública en
prevención secundaria para un mejor abordaje de la
enfermedad vascular



FA-11535614

Con el apoyo de:



Con la colaboración de:

ÍNDICE DE CONTENIDOS DEL DOCUMENTO

Glosario de términos	3
Objetivos	4
Metodología empleada	4
Prevención secundaria: un cambio de paradigma necesario	7
La oportunidad de actuar	8
Una Agenda Europea para la Prevención Secundaria	9
Del Compromiso a la Acción: Cómo Responder al Llamamiento Europeo por la Prevención Secundaria	10
España ante el reto de la prevención secundaria	11
Prevención Secundaria para salvar vidas: el riesgo silencioso que no podemos ignorar	13
Principales retos de política pública en prevención secundaria: hacia un modelo ideal	15
Marco de investigación: parámetros de evaluación de implementación de medidas en prevención secundaria	17
Buenas prácticas de Sociedades Científicas de prevención secundaria en salud vascular	21
Buenas prácticas regionales de prevención secundaria en salud vascular	25
Andalucía	28
Aragón	30
Baleares	32
Canarias	34
Cantabria	37
Castilla-La Mancha	39
Castilla y León	41
Cataluña	43
Comunidad Foral de Navarra	46
Comunidad de Madrid	48
Comunidad Valenciana	50
Extremadura	52
Galicia	53
La Rioja	55
País Vasco	56
Principado de Asturias	58
Región de Murcia	60
Reunión experta de políticas y buenas prácticas de prevención secundaria en salud vascular	63
Recomendaciones clave para mejorar el abordaje preventivo vascular en España	66

GLOSARIO DE TÉRMINOS



Enfermedad vascular aterosclerótica

Causada por la acumulación de placas de colesterol en las arterias. Es responsable del síndrome coronario agudo, la enfermedad arterial periférica y eventos como el infarto de miocardio y el accidente cerebrovascular. Incluye tanto manifestaciones cardíacas, como el síndrome coronario agudo, o como manifestaciones vasculares, entre las que se encuentran la enfermedad arterial periférica y el ictus isquémico, lo que exige un abordaje clínico integral.



Hiperlipidemia

Elevación de los lípidos en sangre. Entre las variantes se incluyen: la hipercolesterolemia (niveles elevados de colesterol de lipoproteínas de baja densidad [LDL-C]); hipertriglicéridemia (niveles elevados de triglicéridos); niveles elevados de lipoproteína(a); y dislipidemias familiares (trastornos genéticos que provocan niveles anormales de lípidos). Estos trastornos están estrechamente relacionados con el desarrollo de enfermedad vascular aterosclerótica, tanto coronaria como periférica.



Hipertensión

Aumento de la presión en los vasos sanguíneos. La hipertensión en estadio uno se define como una presión arterial de 130-139/80-89 mmHg, aunque las definiciones pueden variar. La presión arterial normal se considera 120/80 mmHg. Es uno de los principales factores de riesgo vascular, asociado al desarrollo de enfermedad cardíaca, ictus y enfermedad arterial periférica.

Hiperglucemia

Afecta principalmente a personas con diabetes y se define como niveles de HbA1c (hemoglobina glucosilada) en sangre superiores al 6,5 % o aproximadamente 48 mmol/L, de forma más precisa.



Prevención vascular primordial

Se realiza antes de la prevención primaria y se centra en evitar la aparición de factores de riesgo. Por ejemplo, la prevención primordial de la hipertensión implica estrategias para mantener la presión arterial dentro de un rango normal y evitar su elevación, mediante acciones como prevenir y reducir la obesidad infantil, evitar el consumo excesivo de sal y eliminar barreras a la actividad física y al sueño saludable durante la infancia.



Prevención vascular primaria

Intervenciones destinadas a prevenir que ocurra un evento vascular, como la adopción de una dieta y un estilo de vida saludables, y/o, si es necesario, tratamientos farmacológicos, incluidos las estatinas y los medicamentos para reducir la presión arterial.



Prevención vascular secundaria

Cualquier estrategia dirigida a reducir la probabilidad de un evento vascular recurrente en pacientes con enfermedad vascular aterosclerótica conocida.



Prevención vascular terciaria

Se enfoca en evitar complicaciones adicionales vasculares, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de las personas que viven con estas enfermedades.



OBJETIVOS

El presente informe presenta un análisis detallado de la **situación actual de la prevención secundaria en salud vascular en España**, identificando buenas prácticas implementadas a nivel nacional y en distintas Comunidades Autónomas. Siguiendo el enfoque de la **Estrategia de Salud Cardiovascular (ESCAV)**, se abordan tanto las manifestaciones cardíacas como las vasculares.

A partir de la definición de una propuesta de parámetros clave y el estudio de políticas públicas vigentes, se han identificado **estrategias exitosas que podrían servir como modelo para una armonización del abordaje en nuestro país** y que la atención sea más equitativa y efectiva en todo el territorio. El intercambio de buenas prácticas entre regiones contribuye, además, a incrementar el conocimiento y la sensibilización respecto de la importancia de la prevención secundaria, así como a reforzar el desarrollo y la evaluación de impacto de medidas relacionadas.



OBJETIVO: IDENTIFICAR, ANALIZAR Y COMPARTIR BUENAS PRÁCTICAS EN LA PREVENCIÓN SECUNDARIA DE ENFERMEDADES VASCULARES EN ESPAÑA

METODOLOGÍA EMPLEADA

Con el fin de mejorar el sistema de abordaje actual de los pacientes vasculares en España, es imprescindible **conocer la situación de las políticas de prevención secundaria** que se han implementado hasta la fecha. Para ello, la metodología empleada se estructura en **tres fases principales**:

- El análisis de políticas públicas regionales y nacionales
- La formulación de parámetros de análisis
- La validación de mejores prácticas y áreas de mejora con decisores públicos y grupos de interés clave.

El proceso de elaboración del documento ha sido llevado a cabo por RPP Group, con el apoyo de Novartis. Novartis ha aportado comentarios editoriales para asegurar el cumplimiento de los estándares éticos de la legislación vigente, posterior a la validación del documento por representantes autonómicos y de sociedades científicas. Los participantes han colaborado de forma voluntaria y a título personal, sin recibir compensación económica por el tiempo dedicado. Su compromiso pone de relieve la relevancia de la coordinación y el trabajo conjunto para avanzar en la mejora del abordaje vascular en España.

Editores

- María Morales: RPP Group
- Cristina Fuentes: RPP Group



FASE 1: FORMULACIÓN DE PARÁMETROS DE ANÁLISIS

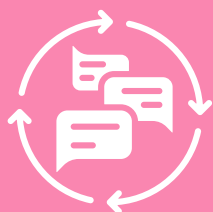
Se definieron criterios relacionados con la prevención secundaria, tales como la existencia de indicadores de vigilancia, vigencia de planes o guías clínicas, estado de la coordinación asistencial, existencia de alertas específicas ante factores de riesgo, entre otros.



FASE 2: REVISIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS

La primera parte de este documento presenta una exploración de las políticas públicas en el ámbito de la salud vascular que contemplan la prevención secundaria de las siguientes comunidades autónomas: Andalucía, Aragón, Baleares, Canarias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Cataluña, la Comunidad Foral de Navarra, la Comunidad de Madrid, la Comunidad Valenciana, Extremadura, Galicia, La Rioja, el País Vasco, el Principado de Asturias y la Región de Murcia.

Las políticas e iniciativas de prevención secundaria de cada región se organizan en cinco categorías clave, determinadas a partir de una lista de parámetros. Los resultados se han integrado en una ficha específica para las regiones estudiadas, proporcionando una visión general de las políticas en este ámbito, las buenas prácticas y oportunidades de mejora adaptadas a las necesidades de cada región.



FASE 3: VALIDACIÓN Y CONSTRUCCIÓN DE PROPUESTAS

Los resultados del análisis sirvieron como punto de partida para una mesa experta, que reunió a responsables regionales de la implementación de políticas vasculares y grupos de interés clave. Este encuentro facilitó un espacio de debate constructivo, en el que se evaluó el estado actual de la prevención secundaria a nivel regional y nacional, promoviendo el intercambio de retos y buenas prácticas.



España ante el reto de la prevención secundaria: una llamada desde Europa



**Análisis de políticas y
articulación de un modelo de
parámetros**



**Buenas prácticas
identificadas y análisis de
parámetros por CCAA**



**Reunión experta y
recomendaciones**

PREVENCIÓN SECUNDARIA: UN CAMBIO DE PARADIGMA NECESARIO

La salud vascular es una preocupación de primer orden en los sistemas sanitarios de todo el mundo.

En España, aproximadamente **una de cada cuatro personas muere por una enfermedad vascular¹**, siendo las enfermedades isquémicas del corazón, las cerebrovasculares y otras manifestaciones vasculares ateroscleróticas algunas de las principales causas de mortalidad².

Cerca de dos tercios de estas patologías corresponden a **enfermedades vasculares ateroscleróticas³**, que incluyen tanto la cardiopatía isquémica como la enfermedad arterial periférica y el ictus isquémico. Junto con la **hipercolesterolemia familiar (HF)**, estas enfermedades están vinculadas a elevados niveles de mortalidad y morbilidad, además de implicar costes económicos directos e indirectos significativos.

Los problemas del corazón constituyen, además, la **causa más frecuente de hospitalización** (en torno al 13% de los ingresos, unos 500.000 anuales) y uno de los **principales desencadenantes de urgencia hospitalaria y de mortalidad intrahospitalaria⁴**. No obstante, patologías vasculares como la enfermedad arterial periférica también suponen una carga creciente para el sistema, a menudo infradiagnosticada e infratratada.

Algunas estimaciones sobre el gasto que supone la enfermedad vascular

para el SNS apuntan una evolución del 20% entre 2014 y 2020 (hasta los 7.700 millones de euros)⁵ otros lo cifran en una cantidad superior a 9.000 millones de euros al año (7,1% de todo el gasto sanitario nacional)⁶. Al coste hospitalario debe sumarse la repercusión indirecta en todo el ámbito asistencial, puesto que **el paciente vascular realiza 2,5 veces más visitas a los centros de atención primaria** que la población general⁷, implicando una importante dedicación de recursos sanitarios.

Se calcula que el **coste medio por paciente con ECVA alcanza los 21.115 euros durante los dos primeros años de seguimiento**. De este total, el coste sanitario directo se sitúa en **9.021 euros en el primer año y disminuye a 7.839 euros en el segundo año⁸**.

Considerando el envejecimiento demográfico y la cada vez mayor supervivencia post-infarto o ictus, es previsible que el **impacto de las enfermedades vasculares en la salud de la población y en el presupuesto sanitario, sean aún mayores en el futuro**.

Esta realidad nos apremia a transformar el paradigma del cuidado vascular, hasta ahora reactivo, hacia un modelo sanitario de atención integrada que multiplique los esfuerzos en **evitar o mitigar la enfermedad y los eventos vasculares consecuentes** (como infartos, accidentes cerebrovasculares o enfermedad arterial periférica) así como en reducir, en lo posible, su recurrencia.

La prevención secundaria en el ámbito sanitario es un elemento esencial en la búsqueda de mejores resultados en salud, puesto que limita la progresión de la enfermedad y ayuda a evitar recurrencias.

Sabemos que más y mejor cuidado vascular ex-ante se traduce en detección precoz de potenciales complicaciones, en un diagnóstico más preciso y en una selección óptima del tratamiento a lo largo de toda la ruta asistencial. Todo ello redunda no sólo en menores problemas futuros para el paciente, sino que supone también un alivio para el sistema sanitario en su conjunto⁹, puesto que **disminuye la necesidad de hospitalizaciones y procedimientos médicos costosos como cateterismos o cirugías cardíacas.**

Aunque beneficiosa para todos, la prevención es vital para las personas con predisposición alta a padecer un problema vascular, especialmente aquellas que presentan **factores de riesgo no modificables** (por ejemplo, de tipo genético o biológico). **Hipertensión, dislipemia o diabetes**, cuando no se identifican y tratan adecuadamente, constituyen una amenaza muy tangible para la salud (y la supervivencia), al expresarse en **enfermedad aterosclerótica e hipertensiva, principalmente la enfermedad isquémica cardíaca y la enfermedad cerebrovascular.**

Una adecuada vigilancia médica, la actuación temprana sobre los riesgos vasculares no modificables y la educación al paciente para asegurar la adherencia al tratamiento son indispensables para evitar o mitigar impactos negativos.

LA OPORTUNIDAD DE ACTUAR

El marco de políticas públicas de abordaje de la enfermedad vascular es amplio y cobra cada vez mayor relevancia a todos los niveles, consecuencia de la necesidad de atención a estas patologías ante la progresiva prevalencia. La intensificación de las medidas de prevención secundaria es ya un mandato presente tanto en la discusión europea -en proceso de articular un **Plan Europeo contra la Enfermedad Cardiovascular**- como en la práctica española. En nuestro país, la implementación de la **Estrategia de Salud Cardiovascular** urge a poner en marcha una mejora en la planificación asistencial que pasa por optimizar la coordinación entre profesionales, el seguimiento del paciente, el control de los factores de riesgo y la personalización y adherencia al tratamiento.



UNA AGENDA EUROPEA PARA LA PREVENCIÓN SECUNDARIA

Las conclusiones sobre la mejora de la salud cardiovascular en la Unión Europea de noviembre de 2024¹⁰ (documento ST 15315/2024), reconocen la necesidad de una respuesta estructurada, integrada y sostenida, y define una serie de orientaciones clave dirigidas tanto a los Estados miembros como a las instituciones europeas para abordar tanto los factores de riesgo como las desigualdades en la atención sanitaria.

En primer lugar, las conclusiones adoptan un **enfoque integral de la salud vascular**, al vincularla con múltiples determinantes clínicos, sociales y económicos. Se aboga por una perspectiva holística que tenga en cuenta la interacción entre los componentes cardíacos, renales y metabólicos, así como la necesidad de estrategias coordinadas entre niveles asistenciales y políticas públicas.

En segundo lugar, el texto formula una llamada a la acción clara y urgente para impulsar **programas de prevención y promoción de la salud basados en evidencia**. Subraya especialmente el abordaje de los factores de riesgo metabólicos, como el colesterol elevado, los trastornos lipídicos hereditarios, la obesidad y la diabetes, condiciones altamente prevalentes en la población europea.

El documento también enfatiza la necesidad de reforzar la **detección temprana y el manejo proactivo de patologías hereditarias**. Se insta a aumentar el enfoque en el cribado precoz y los programas de manejo clínico para personas con **hipercolesterolemia familiar o niveles elevados de lipoproteína(a)**, con el objetivo de reducir complicaciones futuras y mejorar los resultados en salud.

En relación con la prevención secundaria, el Consejo subraya la necesidad de adoptar **estrategias efectivas centradas en el control sostenido de los factores de riesgo**, enmarcadas dentro del concepto de síndrome cardio-renal-metabólico. Estas estrategias deben basarse en prácticas clínicas sólidas y en una atención multidisciplinar, incluyendo tecnologías de seguimiento y modelos de atención integrada.

En el ámbito de la gobernanza sanitaria, el texto lanza una invitación explícita a los Estados miembros para que **adopten o actualicen sus estrategias nacionales o regionales**, adaptándolas al contexto local. En particular, se destaca la necesidad de **ampliar la prevención secundaria mediante chequeos vasculares sistemáticos**, que integren cribado precoz, diagnóstico precoz y acceso equitativo a tratamiento.

Finalmente, se solicita a la Comisión Europea que desarrolle una **política cardiovascular europea ambiciosa** tomando como modelo el Plan Europeo contra el Cáncer, replicando su enfoque estructurado, sus instrumentos de financiación y su impulso político.

DEL COMPROMISO A LA ACCIÓN: CÓMO RESPONDER AL LLAMAMIENTO EUROPEO POR LA PREVENCIÓN SECUNDARIA

Las conclusiones del Consejo de la Unión Europea ofrecen una oportunidad sin precedentes para transformar la prevención secundaria en Europa. Ahora corresponde a los **Estados miembros -y a las regiones-** dar el paso y traducir estas prioridades en acciones concretas. En este contexto, resulta fundamental activar las siguientes medidas:

- Reforzar las estrategias regionales de salud vascular con un enfoque integral e intersectorial.
- Ampliar los programas de cribado y detección precoz, especialmente para condiciones hereditarias como la hipercolesterolemia familiar y la lipoproteína(a)
- Desplegar medidas de prevención secundaria sostenidas, basadas en la evidencia y adaptadas a las realidades locales.
- Garantizar el acceso equitativo al diagnóstico y tratamiento, con una gobernanza clara y sistemas de evaluación de resultados.

Tal como se ha hecho con el Plan Europeo contra el Cáncer, Europa necesita una respuesta ambiciosa, estructurada y coordinada ante la principal causa de muerte del continente¹⁰. La salud vascular debe ocupar el lugar que le corresponde en las agendas políticas y presupuestarias de la UE y sus Estados miembros.



ESPAÑA ANTE EL RETO DE LA PREVENCIÓN SECUNDARIA

La **Estrategia en Salud Cardiovascular (ESCAV)** y las políticas regionales en la materia proveen de un marco común para potenciar y fortalecer el enfoque de prevención sanitaria en el cuidado vascular. En este sentido, la ESCAV fijaba entre sus objetivos el desarrollo de estrategias en aras de la excelencia a lo largo de todo el proceso asistencial, promoviendo medidas en prevención y tratamiento tendentes a disminuir la inequidad.

Desarrollar programas de rehabilitación cardíaca (RC) y prevención secundaria hospitalarios y en atención primaria según el riesgo de los pacientes es una prioridad expresamente indicada en la ESCAV. Bajo el Punto crítico PC-CI1, asociado a Cardiopatía isquémica, se destacan los objetivos específicos de garantizar y facilitar la prestación de programas de prevención secundaria y RC hospitalaria en Fase II a pacientes con cardiopatía isquémica y riesgo moderado-alto lo antes posible tras sufrir un evento agudo; y de Potenciar la continuidad asistencial mediante programas estructurados de Prevención Secundaria y RC 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.

Sin embargo, como se verá en el apartado de análisis regional, la implementación de soluciones armónicas es difícil; paralelamente subsiste el reto de conseguir posicionar la prevención como protagonista –y no como accesorio– en el tratamiento del paciente (o potencial paciente) vascular. No existe actualmente una estrategia preventiva consensuada, con indicadores específicos de seguimiento y control del paciente en un modelo de estratificación del riesgo vascular, lo que ayudaría a asegurar la continuidad asistencial en toda la ruta del paciente.



España ante el reto de la prevención secundaria: una llamada desde Europa



Análisis de políticas y articulación de un modelo de parámetros



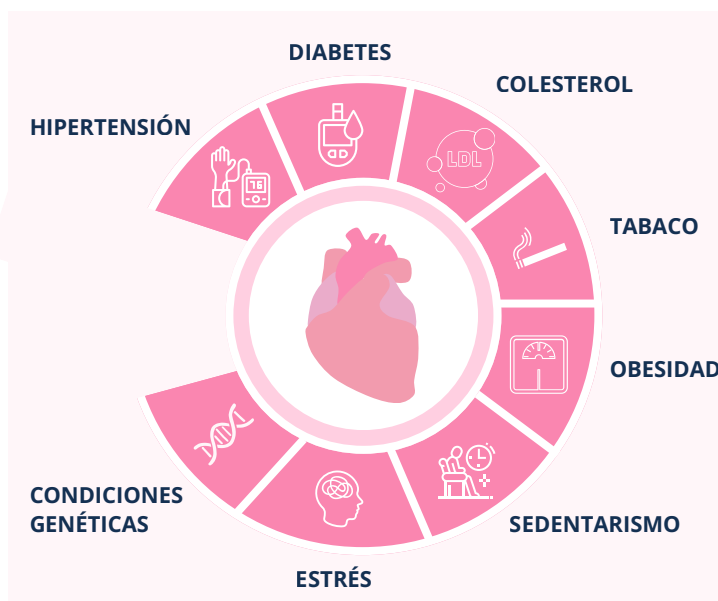
Buenas prácticas identificadas y análisis de parámetros por CCAA



Reunión experta y recomendaciones

PREVENCIÓN SECUNDARIA PARA SALVAR VIDAS: EL RIESGO SILENCIOSO QUE NO PODEMOS IGNORAR

La prevención secundaria es aquella que se lleva a cabo en personas que ya están afectadas por la enfermedad vascular, es decir, que han sufrido un infarto de miocardio, un ictus, etc. Para que sea efectiva, es fundamental la implicación y responsabilidad del paciente en el control de la enfermedad, siguiendo las pautas de tratamiento y las recomendaciones de vida saludable¹¹.



La presión arterial alta, enfermedades o problemas cardíacos subyacentes, diabetes o colesterol elevado son factores de riesgo que aumentan la probabilidad de sufrir un accidente cerebrovascular. Su vigilancia, control y manejo adecuados son clave para evitar o mitigar el daño vascular.

El estudio **IBERICAN (Identificación de la población Española de Riesgo Cardiovascular y renal)**¹², publicado en 2020, proporciona una visión detallada de la prevalencia y asociación de factores de riesgo vascular y su impacto en la enfermedad vascular y renal en la población española atendida en atención primaria. Sus hallazgos destacan la elevada frecuencia de condiciones como hipertensión arterial, diabetes mellitus y dislipidemia, que afectan a un porcentaje significativo de pacientes. Además, se identifica una fuerte relación entre estos factores y la presencia de lesión subclínica de órganos diana (LOS), así como una alta prevalencia de enfermedad vascular establecida, lo que confirma el elevado riesgo vascular de esta población.

El estudio reveló que más del **50% de los pacientes presentaba dislipidemia**, una condición que es 2,4 veces más frecuente en personas con diabetes y un 62% más común en quienes padecen hipertensión arterial. La hipertensión, por su parte, afectaba al 48% de los pacientes, siendo más prevalente en personas con obesidad y diabetes. En cuanto a la diabetes mellitus, afectaba al 20,2% de los participantes, con un riesgo significativamente mayor en aquellos con hipertensión o dislipidemia. Entre los pacientes, el 13,9% ya tiene enfermedad vascular establecida, siendo este riesgo cuatro veces mayor en aquellos con antecedentes familiares de ECV. La enfermedad renal crónica también se presenta como un factor determinante, incrementando el riesgo de ECV en más del 50%.

En el caso del síndrome coronario agudo, por ejemplo, la mayoría de los eventos cardíacos recurrentes suceden a personas que han sobrevivido a uno, especialmente en el primer año tras este. Aunque ha habido grandes avances en el manejo de la fase aguda, la terapia de prevención secundaria y la adherencia del paciente al tratamiento es indispensable para conseguir los objetivos de reducción de la mortalidad y de los eventos recurrentes¹³.

De acuerdo con el informe **"How Can We Improve Secondary Prevention of Cardiovascular Disease?"(2024)**¹⁴, al mejorar el control de factores de riesgo como la hipertensión, dislipidemia y tabaquismo, se podrían haber evitado más de 67,000 eventos vasculares fatales anuales en siete países europeos. En el caso de España, esto equivalía a más de 9,000 muertes al año, principalmente a través de un manejo más eficiente de la presión arterial elevada y los niveles de colesterol LDL.

Todos estos hallazgos urgen a adoptar soluciones que optimicen la prevención secundaria de enfermedades vasculares, destacando la importancia de intervenciones a tiempo y más efectivas que permitan reducir la mortalidad y morbilidad asociadas a estas enfermedades.



PRINCIPALES RETOS DE POLÍTICA PÚBLICA EN PREVENCIÓN SECUNDARIA: HACIA UN MODELO IDEAL

Desafíos en la recopilación y vigilancia de indicadores clave

Dificultades en la recopilación y seguimiento de indicadores de salud

La falta de sistemas de información integrados y estandarizados dificulta el seguimiento adecuado de indicadores como mortalidad, incidencia y morbilidad, y la evaluación de políticas de prevención secundaria.

Desafíos en la implementación de medidas de prevención secundaria

Carencia de planes estratégicos específicos y actualizados

La falta de planes nacionales o regionales específicos para la prevención secundaria, así como la falta de su evaluación continua, limita la efectividad de las medidas preventivas.

Falta de integración de la prevención secundaria en políticas generales de salud

La prevención secundaria no siempre está integrada en estrategias más amplias de salud vascular, lo que resulta en enfoques fragmentados y menos eficaces.

Limitación de la financiación pública específica para prevención secundaria

La financiación insuficiente para programas específicos de prevención secundaria, como la rehabilitación cardíaca, limita la sostenibilidad de estas intervenciones.

Desigualdades en la cobertura por el SNS

La cobertura desigual en el acceso a pruebas diagnósticas y programas de seguimiento de FRCV en diferentes regiones crea barreras en el acceso equitativo a la prevención secundaria.

Desafíos en la aplicación de guías clínicas

Inconsistencia en la implementación de protocolos actualizados para el control de factores de riesgo vascular

La aplicación de guías clínicas para el manejo de factores metabólicos de riesgo, como la hipertensión y dislipidemia, es inconsistente, lo que reduce su efectividad en algunos lugares.

Falta de seguimiento a largo plazo de los pacientes con ECV

La ausencia de protocolos nacionales para el seguimiento a largo plazo de los pacientes vascularmente comprometidos impide el control continuo de sus condiciones de salud.

Acceso limitado a programas de rehabilitación cardíaca	La falta de protocolos eficientes y de infraestructura en muchas regiones dificulta la disponibilidad de programas de rehabilitación cardíaca, esenciales para la prevención secundaria.
Desafíos en la coordinación asistencial	
Débil coordinación entre atención primaria y especializada	Mecanismos insuficientes de comunicación y coordinación entre los diferentes niveles asistenciales impide el seguimiento adecuado de los pacientes con ECV post-evento.
Falta de redes asistenciales integradas	A pesar de algunas redes existentes, la falta de procesos integrados entre áreas sanitarias dificulta un abordaje coordinado y continuo para la prevención secundaria de ECV.
Desafíos en la integración tecnológica	
Deficiencia en la interoperabilidad de los sistemas de salud	La falta de integración de sistemas de información y herramientas digitales que faciliten el seguimiento y la coordinación entre niveles asistenciales limita la prevención y el control de FRCV.
Falta de herramientas para la identificación y seguimiento de pacientes	La escasa implementación de sistemas que alerten sobre pacientes en riesgo o que faciliten su seguimiento tras analíticas limita el control de los factores de riesgo en prevención secundaria.
Desafíos en la experiencia del paciente	
Acceso desigual a la asistencia en prevención secundaria	La falta de acceso equitativo a servicios de prevención secundaria, especialmente en zonas rurales o con menos recursos, genera desigualdades en la atención y en los resultados.
Falta de evaluación de la experiencia del paciente	Las encuestas de calidad y evaluación de la experiencia del paciente no son sistemáticas ni universales, lo que dificulta la mejora continua de los servicios prestados.
Baja visibilidad de campañas de concienciación	La escasa presencia de campañas nacionales o regionales de concienciación sobre la prevención secundaria limita la educación sobre la importancia de la adherencia a estos programas.

MARCO DE INVESTIGACIÓN: PARÁMETROS DE EVALUACIÓN DE IMPLEMENTACIÓN DE MEDIDAS EN PREVENCIÓN SECUNDARIA

Para analizar de forma sistemática las políticas y buenas prácticas implementadas por las Comunidades Autónomas, se han establecido una serie de parámetros clave que permiten evaluar el grado de desarrollo e implementación de medidas orientadas a prevenir nuevos eventos vasculares.



INDICADORES DE VIGILANCIA EN SALUD VASCULAR

1. Indicadores generales

Indicar si dispone de indicadores específicos de vigilancia que midan mortalidad, incidencia, morbilidad, MACEs (infarto, ictus, etc.), porcentaje de personas con LDL en rango normal, indicador Lp(a), PROMS/PREMS. En lo posible, se pide diferenciar entre medidas (indicadores) de prevención secundaria y respuestas agudas (por ejemplo: códigos ictus o infarto).

2. Indicadores de evaluación de la efectividad de las políticas de prevención secundaria

Indicar si se realiza seguimiento crónico, tanto de la evolución tras eventos vasculares como de la evolución en adherencia a tratamientos.

Algunos indicadores relevantes para considerar son aquellos relacionados con:

- Mortalidad y discapacidad por evento vascular
- Secuelas
- Impacto laboral y económico
- Tiempo transcurrido entre el inicio de actuaciones tras el evento
- Tiempo transcurrido entre eventos vasculares



PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA EN PREVENCIÓN SECUNDARIA

3. Plan estratégico específico

Confirmar si existe un plan estratégico específico respaldado por autoridades sanitarias para la prevención secundaria de ECV.

4. Integración en planes más amplios

Indicar si las medidas de prevención secundaria están integradas en políticas más amplias (estrategias de salud vascular o pacientes crónicos).

5. Financiación pública específica:

Especificar si existe financiación pública para prevención secundaria, ya sea específica o dentro de asignaciones presupuestarias generales.

6. Cobertura por parte del SNS:

Detallar si el SNS cubre pruebas diagnósticas, tratamientos y detección de factores de riesgo en prevención secundaria.



PROTOCOLOS Y GUÍAS CLÍNICAS

7. Abordaje de factores biológicos de origen metabólico

Indicar si existen protocolos con sociedades médicas involucradas en el manejo de pacientes en prevención secundaria o guías actualizadas para el control de factores biológicos de origen metabólico de riesgo vascular.

8. Seguimiento a largo plazo

Detallar si hay políticas (protocolos, programas o guías) de indicadores de seguimiento a largo plazo del paciente vascular para detectar o controlar los factores de riesgo, regular el tratamiento y evaluar el grado de adherencia.

9. Manejo postevento

Confirmar si existen protocolos específicos de manejo del paciente agudo hospitalizado y/o en seguimiento por atención especializada.

10. Rehabilitación cardíaca

Indicar si hay políticas específicas para garantizar programas de rehabilitación cardíaca a pacientes que han sufrido un evento vascular.

11. Indicadores de calidad asistencial

Indicadores de calidad asistencial alineados al grado de implementación/adopción de los protocolos o guías clínicas



COORDINACIÓN ASISTENCIAL Y ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS

12. Coordinación entre niveles asistenciales

Confirmar si existen mecanismos que aseguren la atención multidisciplinar coordinada entre atención primaria, especializada, hospitalaria y servicios de enfermería.

13. Procesos asistenciales especializados

Especificar si hay procesos específicos para prevención secundaria en diferentes especialidades (Cardiología, Medicina interna, Endocrinología...); por ejemplo: unidades como riesgo vascular, lípidos o rehabilitación cardíaca.

14. Redes asistenciales integradas

Detallar si existen procesos integrados a nivel regional o por áreas sanitarias.



INTEGRACIÓN DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN

15. Herramientas digitales (e-consulta, etc.)

Confirmar si hay herramientas digitales para facilitar la coordinación entre niveles asistenciales e indicar si los sistemas asistenciales comparten perfiles lipídicos y estratificación de riesgo.

16. Identificación de pacientes

Confirmar si existen sistemas de información que faciliten la identificación y seguimiento de pacientes candidatos a prevención secundaria. Indicadores sugeridos: Existencia de sistemas de alertas tras analíticas con valores lipídicos extremos; Instrucciones de explicación al paciente sobre sus objetivos para cada factor de riesgo.



ACCESO Y EXPERIENCIA DEL PACIENTE

17. Acceso equitativo a servicios

Informar si se garantiza el acceso estructurado y equitativo a servicios de prevención secundaria y seguimiento.

18. Encuestas de calidad

Confirmar si se realizan encuestas que permitan evaluar la experiencia del paciente en servicios de seguimiento y rehabilitación.

19. Campañas de concienciación

Indicar si hay campañas institucionales u hospitalarias para concienciar sobre prevención secundaria y manejo de factores de riesgo.



**España ante el reto de la
prevención secundaria: una
llamada desde Europa**



**Análisis de políticas y
articulación de un modelo de
parámetros**



**Buenas prácticas
identificadas y análisis de
parámetros por CCAA**



**Reunión experta y
recomendaciones**

BUENAS PRÁCTICAS PROPUESTAS POR SOCIEDADES CIENTÍFICAS EN PREVENCIÓN SECUNDARIA EN SALUD VASCULAR

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA (SEC)



La Sociedad Española de Cardiología (SEC) ha desempeñado un papel fundamental como **colaborador estratégico del Ministerio de Sanidad en la elaboración e implementación de la ESCAV**, contribuyendo activamente a la definición de acciones y líneas prioritarias.

Entre sus principales contribuciones destaca la **creación y coordinación de comisiones mixtas entre Atención Primaria y Hospitalaria para el desarrollo de procesos asistenciales integrados**, especialmente en patologías de alta prevalencia como la **cardiopatía isquémica, las valvulopatías y la insuficiencia cardíaca**. Estas comisiones han permitido elaborar vías clínicas compartidas, definir roles profesionales, mejorar la comunicación entre niveles y garantizar la continuidad del tratamiento. Además, la SEC ha impulsado **programas específicos de rehabilitación cardíaca** con enfoque en la equidad, prestando atención especial a las diferencias de género en morbilidad y acceso a servicios.

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ARTERIOSCLEROSIS (SEA)



Desde la Sociedad Española de Arteriosclerosis se ha defendido un **enfoque integral y personalizado para el manejo de la enfermedad vascular aterosclerótica (EVA)**, especialmente en el contexto de la prevención secundaria. La SEA ha elaborado el documento

“Estándares de la Sociedad Española de Arteriosclerosis 2024 para el control global del riesgo vascular”, que establece criterios clínicos unificados para la estratificación del riesgo y la optimización terapéutica en pacientes con enfermedad vascular aterosclerótica (EVA), incluyendo objetivos específicos no solo para el control del **colesterol LDL**, sino también para **otros factores de riesgo emergentes como la lipoproteína(a), la inflamación vascular o la resistencia a la insulina**. La propuesta aboga por una atención centrada en el paciente, que combine evaluación continua, intervención terapéutica intensiva y equidad en el acceso a las pruebas diagnósticas y tratamientos más avanzados. Estos estándares representan una hoja de ruta práctica y basada en evidencia que puede facilitar la armonización clínica entre profesionales y comunidades autónomas, al tiempo que mejora los resultados en salud vascular a nivel poblacional.

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEUROLOGÍA (SEN)



Sociedad Española de Neurología
Fundada en 1949

La SEN ha puesto el foco en mejorar la atención y la prevención secundaria del ictus, ante el previsible aumento de su incidencia debido al envejecimiento de la población. La SEN defiende la necesidad de un

enfoque estructurado y multidisciplinar basado en redes asistenciales bien organizadas. Destaca la experiencia del **Código Ictus, integrado en el Plan de Atención al Paciente con Ictus**, que articula la asistencia urgente mediante redes asistenciales con protocolos prehospitalarios, telemedicina y unidades de ictus, cuya implementación en distintas regiones ha logrado **reducir significativamente la mortalidad y dependencia**. Para reforzar la prevención secundaria, la SEN propone potenciar la evaluación rápida e integral del paciente, fomentar modelos asistenciales en red para garantizar el acceso equitativo a tratamientos, impulsar programas de prevención secundaria desde Atención Primaria dirigidos a pacientes de alto riesgo y mejorar el control de factores como la fibrilación auricular. Además, subraya la conveniencia de que **las Comunidades Autónomas incorporen la última actualización de la Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud**.

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CALIDAD ASISTENCIAL (SECA)



La SECA destaca la importancia de **la medición del estado de salud vascular de la población**, mediante indicadores de proceso, efectividad, adecuación y seguridad, que permitan planificar estrategias de prevención vascular. En el ámbito de la prevención

secundaria, ha impulsado diversas iniciativas clave centradas en la evaluación sistemática y la mejora continua de la atención sanitaria. Entre ellas, destaca su papel en la **convocatoria de 2024 para la identificación y difusión de buenas prácticas en el marco de la Estrategia en Salud Cardiovascular del SNS (ESCAV)**, desarrollada en colaboración con el Ministerio de Sanidad y las comunidades autónomas. Esta iniciativa permitió identificar y difundir intervenciones alineadas con la ESCAV, efectivas, transferibles e innovadoras, en áreas clave de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

La Atención Primaria (AP) juega un papel crucial en el **cribado de factores de riesgo vascular** (tabaquismo, hipercolesterolemia, diabetes, hipertensión, obesidad, sedentarismo, enfermedad renal crónica...), y la **estratificación del riesgo vascular de la población**, aspecto clave en la prevención vascular secundaria. SECA propone **homogeneizar la metodología de trabajo en AP**, con unos criterios de calidad, basados en la evidencia científica o en el consenso de expertos, y que sean objetivables, medibles y evaluables. Establecer unos estándares o normas de referencia para las mediciones permite identificar acciones para mejorar el control del riesgo vascular de la población, y comparar la efectividad de las intervenciones entre comunidades autónomas.



La Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria ha mostrado un compromiso claro con la mejora de la continuidad asistencial mediante el **diseño e implementación de protocolos de seguimiento farmacoterapéutico** estructurado para pacientes con enfermedades vasculares.

Uno de los ejemplos más relevantes es la adaptación del modelo de atención al paciente con patología vascular, desarrollada en el marco del **Proyecto MAPEX**, que busca mejorar la atención al paciente externo mediante **la estratificación del riesgo, el refuerzo de la adherencia y la alineación de objetivos entre profesionales y pacientes**. Para ello, desarrolla un modelo estratégico que integra asistencia personalizada, telefarmacia y certificación de calidad, garantizando una atención más eficiente y equitativa.

Otra iniciativa clave de la SEFH es el **Grupo de Trabajo Cardio**, que busca promover la **implicación del farmacéutico hospitalario** en la prevención, tratamiento y seguimiento de patologías vasculares, así como para desarrollar proyectos innovadores que mejoren la continuidad asistencial. Además, diferentes farmacéuticos hospitalarios regionales han promovido la **coordinación con médicos de Atención Primaria** a través de herramientas como la e-consulta y la concordancia en la receta electrónica. Esta práctica permite asegurar la continuidad del tratamiento prescrito en el hospital, reforzar la adherencia, reducir visitas innecesarias y evitar duplicidades o errores de medicación.

Asimismo, diversos farmacéuticos, tanto hospitalarios como de primaria, han desarrollado otras estrategias interesantes para optimizar los recursos disponibles mediante el **seguimiento semestral de factores de riesgo vascular** coincidiendo con la administración de fármacos inyectables, unificando así criterios de eficiencia y calidad.



La Sociedad Española de Medicina de Laboratorio (SEMEDLAB) ha desempeñado un papel clave en la estandarización y mejora de la calidad analítica y clínica del perfil lipídico básico en

España, esencial en el diagnóstico, seguimiento y estratificación de riesgo de los pacientes con enfermedad vascular. SEMEDLAB ha impulsado el **“Documento de consenso para la determinación e informe del perfil lipídico en laboratorios clínicos españoles: ¿Qué parámetros debe incluir un perfil lipídico básico?”** Publicado en Clínica e Investigación en Arteriosclerosis, este trabajo propone una **estandarización clara de los parámetros que deben incluirse en el perfil lipídico básico —como colesterol total, LDL, HDL, triglicéridos, lipoproteína(a) y apolipoproteína B—**, así como recomendaciones sobre su interpretación clínica y la inclusión de valores objetivos en los informes dirigidos a profesionales y pacientes. Esta iniciativa **mejora la homogeneidad en la práctica clínica, facilita la comparación de resultados entre centros, y contribuye a una toma de decisiones más informada y eficaz.**

Además, el documento enfatiza la importancia de **integrar los sistemas de información del laboratorio con otros niveles asistenciales** promoviendo la interoperabilidad entre sistemas de información clínica y de laboratorio para favorecer la continuidad asistencial y el seguimiento del riesgo vascular de manera proactiva y estructurada. Es posible utilizar **herramientas de ayuda a la decisión clínica** (clinical decision support) que permitan el desarrollo de algoritmos y sistemas de alerta automatizada integrados, así como herramientas digitales de estratificación del riesgo vascular (como el SCORE2). Todo ello ayuda en el seguimiento longitudinal de pacientes con ECV, lo que permite monitorizar la adherencia al tratamiento y la efectividad terapéutica desde el laboratorio

BUENAS PRÁCTICAS REGIONALES DE PREVENCIÓN SECUNDARIA EN SALUD VASCULAR

Para dar respuesta a los retos identificados y conseguir un marco de atención adecuado en prevención secundaria vascular, es esencial analizar de manera exhaustiva las principales políticas y prácticas en prevención secundaria vascular desarrolladas por las Comunidades Autónomas. En las siguientes páginas, describimos el estado de situación de prevención secundaria en las 17 Comunidades Autónomas, mediante un análisis de los parámetros pre-decuidos estructurados según el reto al que atiende la medida en concreto.

Comunidad Autónoma	Buenas Prácticas: Visión de conjunto
Andalucía	<ul style="list-style-type: none"> • Proyecto FARO: Documento de posicionamiento clínico de recomendaciones para mejorar la prevención de enfermedades cardiovasculares a nivel regional. • Proyecto ANDATRACK • Proyectos FLORENCE y FLORENCE2: Consulta Virtual de Lípidos, y una Consulta Virtual de prevención secundaria global • Mortalidad por enfermedades cardiovasculares en el siglo XXI: Diferencias entre Andalucía y España • La Mortalidad y sus causas en Andalucía (2020) • Plan Integral de Salud Cardiovascular • guía específica para fibrilación y flutter auricular • Grupo de Trabajo de Prevención Cardiovascular
Aragón	<ul style="list-style-type: none"> • Estrategia Prevención Secundaria Vascular • Calculadora de riesgo cardiovascular • Informe del Registro de Insuficiencia Renal Crónica en Tratamiento Renal Sustitutivo de Aragón (RIRCA) • Grupo de Investigación en Servicios Sanitarios de Aragón (GRISSA) • Plan de Salud de Aragón 2030
Baleares	<ul style="list-style-type: none"> • Comité técnico de la Estrategia de Salud Cardiovascular de las Illes Balears • Estrategia de Ictus de las Illes Balears 2017-2021
Canarias	<ul style="list-style-type: none"> • Programa de prevención y control de la Enfermedad Vascular Aterosclerótica (EVA) de Car • Manual de Vida Saludable • Escuela de Pacientes • Canal Salud
Cantabria	<ul style="list-style-type: none"> • Protocolo de seguimiento de pacientes que han sufrido un ictus • Plan de Salud de Cantabria 2025–2029
Castilla-La Mancha	<ul style="list-style-type: none"> • proyecto piloto para la creación de una red de Unidades Comunitarias en Centros de Salud • Plan de Salud de Castilla-La Mancha Horizonte 2025 • Proceso Transversal de Atención a Pacientes con Insuficiencia Cardíaca (2023) • Código Ictus, y el Código de Reperusión Coronaria de Castilla-La Mancha (CORECAM)
Castilla y León	<ul style="list-style-type: none"> • Protocolo coordinado de Atención Primaria - Hospitalaria en Insuficiencia Cardíaca en Castilla y León 2024 • Manual de Rehabilitación Cardíaca de Castilla y León • Procesos Asistenciales Integrados (PAI) • Programa de Atención Integral a la Mujer de Castilla y León • IV Plan de Salud de Castilla y León⁶⁸ y la Estrategia de Atención al Paciente Crónico • Programa Experto para el Control Lipídico (2023-2026)

Cataluña	<ul style="list-style-type: none"> Pla Director de Malalties Cardiovasculars (PDMCV) El Modelo de rehabilitación cardíaca y prevención secundaria para personas que han sufrido un síndrome coronario agudo (SCA) guía de Rehabilitación Cardíaca Programa de Insuficiència Cardíaca Comunitària AvanzaT del Hospital Clínic⁸⁵ y el Programa RecuperaT Programa Pacient Expert Catalunya
Comunidad Foral de Navarra	<ul style="list-style-type: none"> Protocolos internos de prevención secundaria entre Atención Primaria y Especializada del Área Clínica del Corazón Registro de Infarto Agudo de Miocardio (IAM) de 2000 a 2021 Plan de Salud Pública de Navarra 2022–2025 Unidad de Rehabilitación Cardíaca del Hospital Universitario de Navarra Recursos digitales para pacientes con enfermedades cardiovasculares
Comunidad de Madrid	<ul style="list-style-type: none"> CardioRed1 Programa PROCORC Ruta Asistencial de Insuficiencia Cardíaca Plan de Atención a los Pacientes con Ictus (2021) Proceso Asistencial de Prevención Vascular Estudio PreveCardio Plan Madrid-Resucita Proyectos de Continuidad Asistencial Digital Diferencias por sexos en la adherencia a las medidas de prevención secundaria y el pronóstico después del infarto' (2023) PreveCardio Prevecardio-AP
Comunidad Valenciana	<ul style="list-style-type: none"> Comisión de Seguimiento de la Estrategia en Salud Cardiovascular (ESCAV) Comités Interdepartamentales por Patología Vascular Revisión y actualización de los Procesos Asistenciales Integrados en Cardiología Integración de la Estrategia ESCAV en los departamentos de salud Programa PROCORC Protocolo de Seguimiento de Pacientes con Sospecha o Diagnóstico de Valvulopatía (2024) Encuesta de Salud de la Comunidad Valenciana de 2022 Código Infarto
Extremadura	<ul style="list-style-type: none"> Plan Integral de Enfermedades Cardiovasculares y Cerebrovasculares 2024–2027 Actualización de la Estrategia Regional de Prevención Vascular Red de Coordinación entre Atención Primaria y Especializada en Rehabilitación Cardíaca Código Infarto
Galicia	<ul style="list-style-type: none"> Proyecto Timely (2023) Registro de Mortalidad Cardiovascular (actualización 2022) Estrategia Gallega de Salud Cardiovascular (Plan Gallego de Corazón 2021–2025) Programa de Continuidad Asistencial en Prevención Secundaria Post-Rehabilitación Cardíaca Plan de Asistencia al Ictus en Galicia (Código Ictus)(2023) Código Shock Cardiogénico (2024)
La Rioja	<ul style="list-style-type: none"> Estrategia Asistencial en Diabetes Mellitus (2021) III Plan de Salud de La Rioja (2021–2025) Protocolos de Prevención Secundaria Metabólica y Vascular Integrados en Atención Primaria
País Vasco	<ul style="list-style-type: none"> Plan de Atención a Pacientes con Ictus (2024) Guía para la Prevención Secundaria del Ictus (Hospital Aita Menni) Plan de Salud 2030 – Eje Vascular Integral Comisión de Vigilancia y Control de Mortalidad Cardiovascular (actualización 2022) Informe de Salud Pública y Adicciones 2023

Principado de Asturias

- Unidad de Rehabilitación Cardíaca del HUCA (certificación SEC-EXCELENTE, 2021)
- Plan Autonómico de Prevención Secundaria y Rehabilitación Cardíaca (2023)
- Registro de Mortalidad Cardiovascular y Evaluación de Resultados en Salud (2022)
- Plan de Salud del Principado de Asturias 2019-2030
- protocolo de insuficiencia cardíaca aguda de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) en la historia clínica electrónica
- certificación de excelencia en rehabilitación cardíaca

Región de Murcia

- Comisión Regional de Estrategia en Salud Cardiovascular (2023)
- Estudio DICA (2023)
- Guía Asistencial de Colesterol y Triglicéridos Altos – Proyecto CarPriMur (2024)
- Unidad de Rehabilitación Cardíaca del Hospital General Universitario Reina Sofía

ANDALUCÍA



258,4 muertes por enfermedades vasculares por cada 100.000 habitantes¹⁵



66,9 muertes por cardiopatía isquémica por cada 100.000 habitantes¹⁶



13,5 ingresos por infarto agudo de miocardio por cada 10.000 habitantes¹⁷

DESCRIPCIÓN GENERAL

Andalucía presenta una alta prevalencia de varios factores de riesgo, como la hipertensión arterial (20,3%) y la hipercolesterolemia (12,8%)¹⁸. Además, el 58,3% de la población tiene sobrepeso y obesidad, mientras que el 8,1% de la población es diabética¹⁸. Estos datos subrayan la importancia de priorizar la prevención secundaria para reducir los eventos vasculares y mejorar la salud pública en la comunidad.

MEJORES PRÁCTICAS IDENTIFICADAS



PROTOCOLOS Y GUÍAS CLÍNICAS

El **Proyecto FARO¹⁹** es un documento de posicionamiento clínico interdisciplinario que ofrece recomendaciones para desarrollar estrategias efectivas de prevención secundaria de la enfermedad vascular aterosclerótica (EVA) en Andalucía. Su propósito es disminuir la elevada mortalidad vascular en la región a través de intervenciones coordinadas en todos los niveles asistenciales, mejorando la calidad de vida de los pacientes y optimizando los recursos sanitarios al reducir la necesidad de tratamientos de emergencia y hospitalizaciones recurrentes. Se enfoca en mejorar la calidad de vida de los pacientes y optimizar los recursos sanitarios a través de tratamientos hipolipemiantes, formación continua de profesionales, coordinación entre especialidades y acceso equitativo a la prevención. Además, promueve la educación y el empoderamiento del paciente y la reducción de inequidades en diagnóstico y tratamiento. Como parte de su implementación, el **Proyecto ANDATRACK** estandariza el seguimiento de pacientes tras un síndrome coronario (SCA) en cuatro hospitales piloto, utilizando herramientas digitales para mejorar la monitorización y efectividad de la prevención secundaria. Se ha optimizado de forma individualizada en cada centro, el proceso asistencial post-SCA entre el nivel hospitalario y la atención primaria, generando herramientas de comunicación, protocolos de actuación y de seguimiento, creación de gestores de informes en los sistemas de información y alertas informáticas.



COORDINACIÓN ASISTENCIAL Y ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS

Los proyectos **FLORENCE y FLORENCE2**²⁰ buscan impulsar el Programa de Enfermería de Prevención Secundaria en una Consulta Virtual de Lípidos, y una Consulta Virtual de prevención secundaria global (lípidos, obesidad, diabetes, alto riesgo isquémico, riesgo residual,..) respectivamente, contando con el respaldo y promoción de la Sociedad Andaluza de Cardiología (SAC). Se centran en minimizar los riesgos de recurrencia de eventos vasculares, enfatizando el papel de la enfermería en el seguimiento de los pacientes a través de un protocolo que prioriza la reducción del colesterol LDL, triglicéridos, obesidad y riesgo isquémico, entre otros. Desde su inicio en 2020, la consulta atiende a aproximadamente 350 pacientes anuales y complementa las revisiones en Cardiología y los programas de Rehabilitación Cardíaca.



INDICADORES DE VIGILANCIA EN SALUD VASCULAR

Andalucía ha desarrollado informes clave para el seguimiento de la salud vascular en la región. Entre ellos, destacan el informe **'Mortalidad por enfermedades cardiovasculares en el siglo XXI: Diferencias entre Andalucía y España'** (2000-2020)²¹ y **'La Mortalidad y sus causas en Andalucía (2020)'**²², que proporcionan una visión detallada de la evolución de la mortalidad vascular y sus factores asociados, facilitando la toma de decisiones en políticas de salud pública.



PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA EN PREVENCIÓN SECUNDARIA

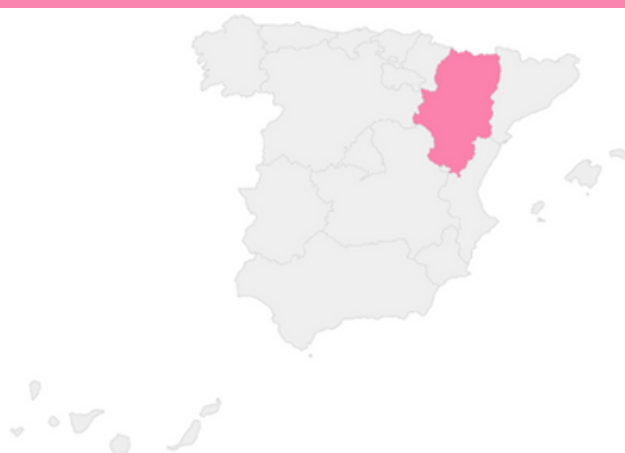
Andalucía ultima la publicación, prevista para **2025**, de su nuevo **Plan Integral de Salud Cardiovascular**, una estrategia que introduce un enfoque renovado centrado en la **prevención desde la infancia**. El plan aborda los principales factores de riesgo —**hipertensión, colesterol y diabetes**— y promueve el mantenimiento de la salud cardiovascular a lo largo de la vida²³. Entre sus novedades destaca la inclusión, por primera vez, de una **línea asistencial sobre enfermedades raras y cardiopatías familiares**, así como la integración de acciones de promoción, prevención, atención sanitaria y rehabilitación. Además, la comunidad cuenta con Guías de Procesos Asistenciales para patologías vasculares clave, incluyendo una **guía específica para fibrilación y flutter auricular**²⁴. Asimismo, los Programas de Rehabilitación Cardíaca del SAS y las **Unidades de Insuficiencia Cardíaca** han mejorado la atención y seguimiento de pacientes.



COORDINACIÓN ASISTENCIAL Y ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS

Además, la puesta en marcha de la **e-consulta con Atención Primaria** ha favorecido la comunicación entre niveles asistenciales, gracias a al **documento de consenso**²⁵ con las sociedades científicas SEMERGEN, SAMFYCy SEMG.

ARAGÓN



316,67 muertes por enfermedades vasculares por cada 100.000 habitantes¹⁵



48,36 muertes por cardiopatía isquémica por cada 100.000 habitantes¹⁶



10,73 ingresos por infarto agudo de miocardio por cada 10.000 habitantes¹⁷

DESCRIPCIÓN GENERAL

La población adulta de Aragón presenta una elevada prevalencia de factores de riesgo vascular: se estima que alrededor del 23% de la población mayor de 16 años padece hipertensión arterial, el 30% presenta niveles elevados de colesterol y el 28% sufre diabetes²⁶. Además, cerca del 18% de los adultos aragoneses fuma tabaco a diario y un 13,5% sufre obesidad²⁷.

MEJORES PRÁCTICAS IDENTIFICADAS



PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA EN PREVENCIÓN SECUNDARIA

En Aragón se han elaborado varios planes que contribuyen a fortalecer la prevención secundaria en la región. Las estrategias transversales contra la **Diabetes Mellitus²⁸** y el **Informe del Registro de Insuficiencia Renal Crónica en Tratamiento Renal Sustitutivo de Aragón (RIRCA)²⁹** contribuyen significativamente a la prevención secundaria al abordar factores de riesgo clave y promover hábitos saludables, reduciendo así la incidencia de enfermedades vasculares y mejorando la calidad de vida de los pacientes. Además, se está trabajando en la **Estrategia en Prevención Secundaria de Aragón**, que busca diseñar e implementar una Estrategia Integral de la Enfermedad Vascular Aterosclerótica en Prevención Secundaria para minimizar la morbilidad y maximizar la sostenibilidad del sistema sanitario.



ACCESO Y EXPERIENCIA DEL PACIENTE

La región ha integrado herramientas digitales como **Salud Informa³⁰**, que facilita el seguimiento de los pacientes. Los usuarios reciben recordatorios de citas, alertas sobre medicación y consejos personalizados para el control de su salud.



INDICADORES DE VIGILANCIA EN SALUD VASCULAR

Aragón ha implementado varias medidas para facilitar la vigilancia de factores de riesgo de enfermedades vasculares. **BIGAN³¹** es una plataforma tecnológica gestionada por el Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS) que integra datos del sistema de salud público para mejorar la atención sanitaria en Aragón. Además, contiene un proyecto específico sobre el **'uso de servicios sanitarios en la población aragonesa con factores de riesgo cardiovascular'³²** que estudia la frecuencia de estos factores, el uso de servicios sanitarios y tratamientos preventivos, y las posibles desigualdades en su uso. El IACS también ha desarrollado el **Atlas de Variaciones de la Práctica Médica³³**, que analiza la variabilidad en la práctica médica dentro del SNS, incluyendo la calidad de la atención vascular en hospitales públicos³⁹. El proyecto **CARhES³⁴**, desarrollado por el Grupo de Investigación en Servicios Sanitarios de Aragón (GRISSA), estudia la evolución de todos los pacientes con riesgo vascular en Aragón, analizando el uso de consultas y medicamentos, así como la probabilidad de ingresos hospitalarios y visitas a urgencias.



PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA EN PREVENCIÓN SECUNDARIA

El **Plan de Salud de Aragón 2030³⁵** es el principal marco estratégico de la Comunidad en materia de salud. En el ámbito vascular, el plan prioriza la prevención secundaria mediante la implementación de medidas orientadas a reducir la recurrencia de eventos vasculares en pacientes que ya han sido diagnosticados con enfermedades como infarto de miocardio o insuficiencia cardíaca. Además, se fomenta la educación sanitaria como herramienta clave para empoderar a los pacientes y mejorar la adherencia al tratamiento.



PROTOCOLOS Y GUÍAS CLÍNICAS

Aragón ha desarrollado protocolos asistenciales para mejorar la atención en eventos vasculares agudos. Cuenta con el **Proceso de Atención en fase aguda del Síndrome Coronario Con Elevación del ST (SCACEST) (Código Infarto) en Aragón³⁶**, un protocolo que garantiza una rápida activación de los servicios de emergencia y la derivación a hospitales especializados. Gracias a esta iniciativa, los tiempos puerta-balón —clave para minimizar el daño miocárdico— se han reducido considerablemente, mejorando así los resultados clínicos y disminuyendo la mortalidad intrahospitalaria. En este contexto, el **Hospital Universitario Miguel Servet** lidera los esfuerzos en rehabilitación cardíaca³⁷, un componente crucial de la prevención secundaria. La unidad de rehabilitación combina ejercicios físicos supervisados con intervenciones psicológicas y asesoramiento nutricional, dirigidos a pacientes que han sufrido eventos como infartos de miocardio.

BALEARES



200,67 muertes por enfermedades vasculares por cada 100.000 habitantes¹⁵



52,79 muertes por cardiopatía isquémica por cada 100.000 habitantes¹⁶



11,15 ingresos por infarto agudo de miocardio por cada 10.000 habitantes¹⁷

DESCRIPCIÓN GENERAL

En las Islas Baleares, la prevalencia de factores de riesgo vascular es elevada. Entre los pacientes que han sufrido un infarto con elevación del segmento ST, el 51 % presenta hipertensión arterial, el 40% es fumador, el 37% tiene dislipemia y el 22% padece diabetes mellitus³⁸.

MEJORES PRÁCTICAS IDENTIFICADAS



COORDINACIÓN ASISTENCIAL Y ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS

La **Unidad de Rehabilitación Cardíaca de Son Llätzer**, la primera unidad pública de rehabilitación cardíaca en Baleares (creada en 2014), ha atendido a cientos de pacientes post-infarto con un enfoque multidisciplinar. Se le considera una buena práctica porque ha evidenciado resultados positivos: los pacientes que completan su programa presentan importantes reducciones en mortalidad y reingresos (beneficio relativo ~25 % menos de fallecimientos vasculares y ~20 % menos hospitalizaciones), además de mejoras en capacidad funcional y reinserción laboral³⁸.

La organización de los servicios en Baleares favorece una coordinación fluida entre niveles asistenciales para la prevención secundaria. Un ejemplo es el Registro Código Infarto Illes Balears (CI-IB), un registro autonómico implementado desde 2008 que permite monitorizar la atención al infarto agudo de miocardio, medir indicadores asistenciales como tiempos de perfusión y realizar un seguimiento activo del paciente a 1, 6 y 12 meses tras el alta, constituyéndose como una herramienta clave para la prevención secundaria en Baleares³⁹.

El Código Ictus, plenamente implantado en la comunidad, dispone de protocolos de activación tanto hospitalarios como prehospitales, con derivación mediante telemedicina desde los centros sin Unidad de Ictus y mecanismos de coordinación que garantizan el acceso rápido a los tratamientos de perfusión en fase hiperaguda. Todo ello se enmarca en la Estrategia de Ictus de las Illes Balears 2017-2021, actualmente en proceso de actualización.



PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA EN PREVENCIÓN SECUNDARIA

Baleares cuenta con una estructura organizativa dedicada a la salud vascular, evidenciada por la constitución de un **comité técnico de la Estrategia de Salud Cardiovascular de las Illes Balears**⁴⁰. Además, la **Estrategia de Ictus de las Illes Balears 2017-2021**⁴¹, actualmente pendiente de actualización, incorpora la prevención secundaria como un eje clave. Establece medidas específicas como la promoción de la adherencia terapéutica, la continuidad asistencial y la vigilancia del cumplimiento de guías clínicas, integrando la prevención secundaria dentro del modelo de atención crónica y multidisciplinar.



PROTOCOLOS Y GUÍAS CLÍNICAS

El Servicio de Salud ha desarrollado guías clínicas específicas para mejorar el abordaje de los pacientes en prevención secundaria vascular, entre las que destaca la **vía clínica para el manejo de las dislipemias en el paciente de alto riesgo vascular**⁴². Esta vía define una ruta asistencial tras un evento agudo, con objetivos terapéuticos claros, seguimiento precoz en atención primaria y especializada, control estricto de lípidos y coordinación entre niveles para reducir recurrencias y mejorar la continuidad asistencial.

CANARIAS



225,16 muertes por enfermedades vasculares por cada 100.000 habitantes¹⁵



81,94 muertes por cardiopatía isquémica por cada 100.000 habitantes¹⁶



13,70 ingresos por infarto agudo de miocardio por cada 10.000 habitantes¹⁷

DESCRIPCIÓN GENERAL

En Canarias, la prevalencia de factores de riesgo vascular es elevada y presenta algunas particularidades que requieren atención específica. La hipertensión arterial afecta al 15,25% de la población⁴³, mientras que la diabetes y la obesidad alcanzan prevalencias del 10 %⁴⁴ y el 18 %⁴⁵, respectivamente.

MEJORES PRÁCTICAS IDENTIFICADAS



PROTOCOLOS Y GUÍAS CLÍNICAS

El **Programa de Prevención y Control de la Enfermedad Vascular Aterosclerótica (EVA) de Canarias**⁴⁶ es una iniciativa sanitaria que busca reducir la morbimortalidad vascular. Este plan destaca por su coordinación asistencial a través de un protocolo consensuado, asegurando la integración entre atención primaria y atención hospitalaria, lo que facilita el seguimiento continuo de los pacientes que han sufrido un evento vascular. Además, incorpora medidas de prevención, detección precoz y un abordaje integrado de los factores de riesgo vascular modificables, estableciendo unos objetivos de control, un plan de cuidados y un seguimiento según el riesgo vascular.

Además, contempla la promoción de la adherencia terapéutica y la educación a pacientes de forma periódica, reduciendo la probabilidad de recurrencias. Su carácter estructurado y su alineación con políticas nacionales de salud vascular —basadas en una atención integral, multidisciplinaria y coordinada—, teniendo en cuenta los aspectos psicosociales y las desigualdades de género, que son determinantes en salud, lo convierten en un modelo replicable en otras regiones para optimizar la prevención secundaria y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Respecto a la atención en la fase aguda del ictus, el **Código Ictus** se ha establecido en todas las islas a través del número de emergencias 112. Este protocolo permite la rápida identificación, notificación y traslado de pacientes con ictus a los servicios de urgencias, reduciendo los tiempos de llegada a los centros hospitalarios y facilitando tratamientos precoces que disminuyen el daño cerebral y mejoran la recuperación funcional.



ACCESO Y EXPERIENCIA DEL PACIENTE

En el ámbito de acceso y experiencia del paciente, la Dirección General de Salud Pública del SCS ha actualizado el **Manual de Vida Saludable**⁴⁷ para mediadores sociosanitarios con los **Círculos de la VIDA SALUDABLE**⁴⁸, que tiene reconocimiento de Buenas Prácticas en el marco de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud 2014. Este manual se muestra como una herramienta científica que pretende ayudar a la población canaria en la adquisición de una mayor influencia y control sobre los determinantes de su salud y la calidad de vida, a través de los equipos de mediadores sociosanitarios. Los **Círculos de la VIDA SALUDABLE** son una estrategia formativa de promoción de la salud, que actúa sobre múltiples aspectos que influyen en el mantenimiento de la salud y en la prevención de las enfermedades no transmisibles o crónicas, como las enfermedades vasculares. Asimismo, la Dirección General de Salud Pública tiene un canal que se denomina **canariasaludable.org**, que es un espacio para la promoción del bienestar y la salud en redes sociales y entre otros temas se encuentran Los Círculos de la VIDA SALUDABLE.

Por otro lado, en la Comunidad Autónoma Canaria se refuerza la prevención secundaria con la **Escuela de Pacientes**⁴⁹. Esta iniciativa del SCS facilita que pacientes activos reciban asesoramiento de profesionales sanitarios y guíen a otras personas que están pasando por la misma enfermedad, dotándoles de herramientas para afrontar este proceso, resolviendo sus dudas y aportando acompañamiento. Se realizan actividades o talleres con el objetivo de fomentar el intercambio de experiencias entre iguales en torno al manejo de la enfermedad y el autocuidado de pacientes. Algunos ejemplos de actividades incluyen los talleres sobre ictus, diabetes, enfermedad renal crónica, insuficiencia cardíaca y el de cuidadoras de personas con enfermedades crónicas. Se toman como referencia las guías elaboradas por profesionales del SCS sobre el abordaje de estas patologías y se realizan en centros hospitalarios y en centros de atención primaria de todas las islas. En la Escuela de Pacientes de Canarias puede participar cualquier persona que padezca una enfermedad crónica, así como cuidadores y familiares de pacientes que quieran aprender técnicas y adquirir habilidades para manejar adecuadamente la enfermedad y alcanzar mejores niveles de salud y calidad de vida.

El Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín ha implementado programas específicos para la prevención secundaria de enfermedades vasculares a través de **'Canal Salud'**⁵⁰. Este canal gratuito, disponible en las habitaciones del hospital, ofrece programación específica sobre la enfermedad, sus factores de riesgo y las medidas para mejorar la salud vascular. Integrado en el Programa de Rehabilitación Cardíaca, el contenido busca ayudar a los pacientes a comprender su condición, reducir el riesgo de nuevos eventos cardíacos y mejorar su recuperación. Además, incluye espacios dedicados a la prevención en mujeres y el control de la hipertensión.



COORDINACIÓN ASISTENCIAL Y ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS

Asimismo, el Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín refuerza la prevención secundaria a través de su **Unidad de Riesgo Vascular**⁵¹, integrada en el Servicio de Medicina Interna. Esta unidad se especializa en el manejo integral de factores de riesgo en pacientes que han sufrido eventos vasculares, con el objetivo de prevenir recurrencias y optimizar su pronóstico. Sus principales líneas de actuación incluyen la prevención secundaria, el abordaje de la hipercolesterolemia familiar, la hiper Lp(a), la hipertensión arterial resistente y refractaria, así como la utilización de monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) y ecografía clínica vascular para una evaluación precisa del riesgo vascular.

CANTABRIA



316,16 muertes por enfermedades vasculares por cada 100.000 habitantes¹⁵



48,36 muertes por cardiopatía isquémica por cada 100.000 habitantes¹⁶



10,73 ingresos por infarto agudo de miocardio por cada 10.000 habitantes¹⁷

DESCRIPCIÓN GENERAL

Con una tasa de mortalidad por enfermedades vasculares de 316,16 por cada 100.000 habitantes, se pone de manifiesto la necesidad de reforzar las iniciativas dirigidas al control de factores de riesgo y la prevención secundaria.

MEJORES PRÁCTICAS IDENTIFICADAS



PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA EN PREVENCIÓN SECUNDARIA

En el **Plan de Salud de Cantabria 2025-2029⁵²**, las enfermedades vasculares se reconocen como una prioridad de salud pública, lo que exige un abordaje integral tanto en prevención como en tratamiento. Entre sus objetivos estratégicos, el plan destaca la creación de acciones específicas para mejorar la salud vascular en mujeres, debido al mayor grado de infradiagnóstico que presentan en comparación con los hombres.

En 2024 se creó una **Comisión de Coordinación Sociosanitaria⁵³** para mejorar la atención integrada de personas con dependencia, vulnerabilidad social o enfermedades crónicas. Esta comisión trabaja en grupos que contemplan la continuidad asistencial tras el alta hospitalaria y la digitalización de procesos, en línea con el manejo de pacientes vasculares que requieren seguimiento continuo.



INDICADORES DE VIGILANCIA EN SALUD VASCULAR

El seguimiento de indicadores en Cantabria incluye parámetros como el control de la presión arterial, los niveles de colesterol LDL y el manejo de la diabetes en pacientes de alto riesgo. No obstante, existe una carencia de registros específicos para pacientes que han sufrido eventos vasculares, lo que limita la evaluación de los resultados de las políticas de prevención secundaria. Además, las áreas rurales enfrentan mayores barreras para acceder a programas de rehabilitación cardíaca y otros servicios especializados, lo que genera inequidades en los resultados de salud.



COORDINACIÓN ASISTENCIAL Y ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS

En el ámbito hospitalario, dos hospitales principales ofrecen seguimiento especializado: el Hospital Marqués de Valdecilla en Santander y el Hospital Sierrallana en Torrelavega cuentan con **unidades de hipercolesterolemia familiar y riesgo vascular**⁵⁴ donde internistas evalúan a pacientes con prevención secundaria compleja.

Además, Cantabria cuenta con el programa de rehabilitación cardíaca del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla⁵⁵, centro de referencia para toda la comunidad autónoma, que ofrece una atención integral y personalizada tras eventos vasculares. Este programa está liderado por un equipo multidisciplinar —integrado por cardiólogos, fisioterapeutas, personal de enfermería, psicólogos y nutricionistas— que trabaja de forma coordinada para mejorar la recuperación funcional y reducir el riesgo de recurrencias.

CASTILLA-LA MANCHA



256,76 muertes por enfermedades vasculares por cada 100.000 habitantes¹⁵



49,78 muertes por cardiopatía isquémica por cada 100.000 habitantes¹⁶



8,33 ingresos por infarto agudo de miocardio por cada 10.000 habitantes¹⁷

DESCRIPCIÓN GENERAL

En Castilla-La Mancha, la prevalencia de enfermedades vasculares se sitúa por debajo de la media nacional⁵⁶. No obstante, los factores de riesgo siguen presentando cifras preocupantes en la población regional. Un estudio sobre cronicidad demuestra que el 19% de los pacientes tienen obesidad, con una mayor prevalencia en mujeres⁵⁷. Además, la hipertensión afecta al 41,2% de la población, la diabetes al 11,4%, la obesidad al 34,3% y la hipercolesterolemia al 53,5%⁵⁸.

MEJORES PRÁCTICAS IDENTIFICADAS



ACCESO Y EXPERIENCIA DEL PACIENTE

Para fomentar el acceso a la rehabilitación cardíaca en la comunidad, en 2020, se lanzó un **proyecto piloto para la creación de una red de Unidades Comunitarias en Centros de Salud**, incorporando gimnasios y servicios de fisioterapia en el Hospital Universitario de Toledo (HUT) y el Centro de Salud Buenavista de Toledo. Esta iniciativa busca fomentar la rehabilitación y el bienestar físico de los pacientes mediante el acceso a instalaciones equipadas y la atención de profesionales. Aunque su desarrollo se vio interrumpido por la pandemia de COVID-19, la región planea reactivar el proyecto próximamente. La nueva fase incluirá programas formativos teóricos y prácticos dirigidos a médicos de atención primaria, enfermería y fisioterapia, así como la habilitación de espacios adecuados en Unidades Comunitarias, polideportivos y centros cívicos, garantizando además la dotación de personal necesario para su correcto funcionamiento.



PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA EN PREVENCIÓN SECUNDARIA

En cuanto a planificación estratégica en prevención secundaria, el **Plan de Salud de Castilla-La Mancha Horizonte 2025**⁵⁹ actúa como el documento estratégico principal para abordar la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. Entre sus objetivos principales, destaca específicamente la “prevención secundaria en relación con los factores de riesgo y la detección precoz de enfermedades”, sin embargo, no detalla medidas concretas de prevención secundaria en el área de salud vascular.



PROTOCOLOS Y GUÍAS CLÍNICAS

En el área de protocolos y guías clínicas, existe el Manual del **Proceso Transversal de Atención a Pacientes con Insuficiencia Cardíaca (2023)**⁶⁰, que incluye recomendaciones en prevención secundaria para el implante de Desfibrilador Automático Implantable (DAI).



COORDINACIÓN ASISTENCIAL Y ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS

Dentro de la coordinación asistencial, Castilla-La Mancha ha implementado el **Código Ictus, y el Código de Reperfusión Coronaria de Castilla-La Mancha (CORECAM)**⁶¹, que optimiza la atención a pacientes con infarto agudo de miocardio, asegurando la rápida activación de los servicios de emergencia y la derivación a hospitales con capacidad de intervención percutánea, reduciendo así la mortalidad y las secuelas vasculares.

Asimismo, la **Unidad de Rehabilitación Cardíaca y Prevención Secundaria**⁶² del Hospital de Toledo ofrece programas de ejercicio físico terapéutico, educación en salud y seguimiento médico para pacientes que han sufrido eventos vasculares.

CASTILLA Y LEÓN



330,76 muertes por enfermedades vasculares por cada 100.000 habitantes¹⁵



45,50 muertes por cardiopatía isquémica por cada 100.000 habitantes¹⁶



15,82 ingresos por infarto agudo de miocardio por cada 10.000 habitantes¹⁷

DESCRIPCIÓN GENERAL

El riesgo vascular global en Castilla y León es moderado, ya que la prevalencia de hipertensión, diabetes mellitus e hipercolesterolemia ha aumentado de 2004 a 2014⁶³. Esta tendencia observada en el aumento global de los factores de riesgo vasculares refuerza la necesidad de adoptar medidas de prevención secundaria.

MEJORES PRÁCTICAS IDENTIFICADAS



PROTOCOLOS Y GUÍAS CLÍNICAS

El **Protocolo coordinado de Atención Primaria - Hospitalaria en Insuficiencia Cardíaca en Castilla y León 2024**⁶⁴, facilita la coordinación entre la atención primaria y hospitalaria para gestionar eficazmente la insuficiencia cardíaca, con un enfoque preventivo en la segunda fase de la enfermedad. Su objetivo es garantizar un seguimiento continuo y un tratamiento integral, reduciendo las hospitalizaciones recurrentes y mejorando el pronóstico a largo plazo de los pacientes mediante la optimización de los cuidados y la monitorización constante de su condición.

El **Manual de Rehabilitación Cardíaca de Castilla y León (2023)**⁶⁵ proporciona una guía detallada para implementar programas de rehabilitación post-cardíaca, enfocados en la prevención secundaria. Promueve la recuperación física y emocional de los pacientes tras eventos vasculares, reduciendo el riesgo de recurrencias y mejorando la adherencia a los tratamientos.

Además, Castilla y León cuenta con protocolos como los **Procesos Asistenciales Integrados (PAI)** para diversas patologías asociadas al riesgo vascular, como la diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, dislipemia, obesidad y enfermedad vascular. Además, el PAI de prevención y atención de personas con Enfermedad Renal Crónica y el PAI de Atención al Paciente Crónico refuerzan la continuidad asistencial en pacientes con factores de riesgo.

El **Programa de Atención Integral a la Mujer de Castilla y León**⁶⁶, lanzado en 2025, está dirigido a mejorar la salud de más de 600.000 mujeres mayores de 50 y 70 años mediante la realización de pruebas y test específicos que permitan la detección precoz de problemas cardiológicos, entre otros. En el ámbito vascular, el programa ofrece una revisión cardiológica para descartar el riesgo vascular en mujeres de entre 50 y 70 años, con el objetivo de favorecer la detección precoz y la prevención secundaria. Además, integra la perspectiva de género en la atención y la investigación sanitaria, reforzando la equidad y el abordaje específico de las enfermedades vasculares en la mujer.



INDICADORES DE VIGILANCIA EN SALUD VASCULAR

En términos de vigilancia en salud vascular, Castilla y León ha desarrollado el Estudio RED CENTINELA, que analiza el **riesgo de enfermedad cardiovascular**⁶⁷ en la comunidad con el objetivo de identificar patrones de riesgo en la población y orientar las políticas de prevención y detección precoz. En 2024, la Junta acordó actualizarlo para evaluar la prevalencia actual de factores de riesgo y estimar el riesgo a 10 años, permitiendo medir el impacto de las políticas de salud en esta área.



PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA EN PREVENCIÓN SECUNDARIA

Respecto a la planificación, una nueva **Estrategia Regional de Salud Cardiovascular** está en marcha, que incorporará medidas de prevención para estas enfermedades. Por otro lado, el **IV Plan de Salud de Castilla y León**⁶⁸ y la **Estrategia de Atención al Paciente Crónico**⁶⁹ incluyen medidas relevantes para la prevención y el seguimiento de los factores de riesgo para los pacientes.



ACCESO Y EXPERIENCIA DEL PACIENTE

Para mejorar el acceso y la experiencia del paciente, Castilla y León ha desarrollado iniciativas como la **Escuela de Pacientes**⁷⁰, que ofrece formación para personas con diabetes mellitus y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). También se han publicado materiales educativos, como la guía para pacientes **'Queremos que usted sepa cómo cuidar su corazón'**⁷¹, desarrollada por el Instituto de Ciencias del Corazón, y los **Consejos de Salud**⁷², dirigidos a la promoción de hábitos saludables y la prevención de enfermedades vasculares.

Además, el **Programa Experto para el Control Lipídico (2023-2026)**⁷³ para prevenir eventos cardio y cerebrovasculares en la población de Castilla y León, a través del desarrollo de un sistema experto de control lipídico basado en Inteligencia Artificial. Por otro lado, el uso de **herramientas de teleatención** sanitaria, como la red extensa de telepresencia con la que cuenta Castilla y León, está contribuyendo a mejorar la accesibilidad de las personas, sobre todo las que viven en zonas rurales y/o tienen dificultad para la movilidad, a los servicios de atención hospitalaria de toda la región que precisen.

CATALUÑA



223,79 muertes por enfermedades vasculares por cada 100.000 habitantes¹⁵



45,41 muertes por cardiopatía isquémica por cada 10.000 habitantes¹⁶



13,89 ingresos por infarto agudo de miocardio por cada 10.000 habitantes¹⁷

DESCRIPCIÓN GENERAL

La tasa media estandarizada de mortalidad vascular de Cataluña se sitúa por debajo de la media española. Sin embargo, las enfermedades vasculares siguen siendo la primera causa de muerte para las mujeres y segunda para los hombres (22,1% y 19,6% de las defunciones respectivamente)⁷⁴. En cuanto a los factores de riesgo, el 50,1% de la población de entre 18 y 74 años presenta sobrepeso, y de este porcentaje, el 14,8% padece obesidad⁷⁵. La hipertensión arterial afecta al 23,4% de la población, mientras que el 8% padece diabetes⁸⁰. Respecto al hipercolesterolemia, el 12,3% de los catalanes tiene niveles elevados de colesterol, según datos de 2020 del Instituto Nacional de Estadística⁷⁶.

MEJORES PRÁCTICAS IDENTIFICADAS



PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA EN PREVENCIÓN SECUNDARIA

El **Pla Director de Malalties Cardiovasculars (PDMCV)**⁷⁷ de Cataluña es una estrategia integral alineada con el Pla de Salut de Catalunya 2021-2025 que estructura la atención vascular en cinco ámbitos clave: prevención del riesgo, cardiopatía isquémica, muerte súbita, cardiología compleja y cardiología comunitaria. En prevención secundaria, se enfoca en identificar y tratar a pacientes para prevenir recaídas, promoviendo la detección precoz de factores de riesgo, un tratamiento adecuado y un seguimiento continuo por equipos multidisciplinares. El PDMCV ha impulsado medidas como la rehabilitación cardíaca, el fortalecimiento de la atención integrada y la mejora de la calidad de vida, con una gestión organizada a través de comisiones y expertos del Departament de Salut.



PROTOCOLOS Y GUÍAS CLÍNICAS

La prevención secundaria en Cataluña se rige por protocolos y guías actualizados. El Institut Català de la Salut (ICS) ha desarrollado guías de práctica clínica específicas sobre factores de riesgo y seguimiento post-evento, incluyendo la

guía de lípidos y riesgo cardiovascular del ICS (2021)⁷⁸ define criterios de tratamiento hipolipemiente en prevención secundaria.

Los programas de rehabilitación cardíaca (RC) se han expandido a hospitales comarcales y de referencia desde 2020 como componente protocolizado de la prevención secundaria. Entre ellos, destacan los programas de centros de referencia como el **Hospital del Mar**⁷⁹ y el **Hospital Clínic de Barcelona**⁸⁰. Estos programas multidisciplinarios incluyen seguimiento médico para optimizar la recuperación y reducir el riesgo de nuevos eventos vasculares, entrenamiento físico supervisado, educación en hábitos saludables y apoyo psicológico. Además, el Departament de Salut ha elaborado una **guía de Rehabilitación Cardíaca**⁸¹ que establece estándares para los programas de rehabilitación en Cataluña (duración, componentes multidisciplinarios, criterios de inclusión de pacientes).



COORDINACIÓN ASISTENCIAL Y ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS

Junto a la estandarización de protocolos, Cataluña ha desarrollado una fuerte coordinación asistencial. Un claro ejemplo es la implementación del **Código Infarto**, que ha optimizado la atención a pacientes con eventos coronarios agudos. Además, existen Unidades o Programas integrados de insuficiencia cardíaca en varios hospitales del ICS y concertados: equipos multidisciplinarios que incluyen cardiólogos, internistas, médicos de familia y enfermeras gestoras de casos. Dentro delPDMCV, se encuentra el **Programa de Insuficiència Cardíaca Comunitària**⁸², implementado en el área de Bellvitge, que establece una coordinación efectiva entre la unidad hospitalaria de insuficiencia cardíaca y varios centros de atención primaria del área metropolitana. Este programa ha logrado reducir de forma significativa los reingresos y la mortalidad a los 90 y 180 días tras el alta hospitalaria, así como a los 6 meses. También existen **Unidades de Lípidos y Riesgo Cardiovascular** en hospitales (Hospital Clínic, Vall d'Hebron, Hospital del Mar, entre otros) donde se atiende a pacientes con dislipemias familiares o multivasculares que requieren manejo intensivo (incluyendo terapias emergentes).



INTEGRACIÓN DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN

En paralelo, Cataluña ha impulsado el desarrollo de herramientas digitales para mejorar la continuidad asistencial. Desde 2020, se generalizó el uso de la e-consulta en atención primaria, que los pacientes utilizan para comunicarse con su equipo sanitario a través de la aplicación La Meva Salut⁸³.

Además, Cataluña dispone del sistema **Estació Clínica d'Atenció Primària (ECAP)**⁸⁴ en atención primaria, que permite registrar, monitorizar y gestionar de forma integral la salud de los pacientes, facilitando la identificación proactiva de pacientes de riesgo y el seguimiento personalizado mediante alertas clínicas y control de factores como el colesterol o la tensión arterial.

Finalmente, para garantizar el acceso equitativo a estos servicios y mejorar la experiencia del paciente, se han fomentado modalidades flexibles como la **tele-rehabilitación** mediante programas como la app **AvanzaT del Hospital Clínic**⁸⁵ y el **Programa Recupera'T**⁸⁶, que permiten que pacientes reciban un programa completo de rehabilitación cardíaca desde casa . Además, el **Programa Pacient Expert Catalunya**⁸⁷, ofrece sesiones lideradas por pacientes con experiencia en el manejo de enfermedades crónicas, como la insuficiencia cardíaca, que ayudan a reforzar el autocuidado y la adherencia.

COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA



224,88 muertes por enfermedades vasculares por cada 100.000 habitantes¹⁵



45,01 muertes por cardiopatía isquémica por cada 100.000 habitantes¹⁶



11,36 ingresos por infarto agudo de miocardio por cada 10.000 habitantes¹⁷

DESCRIPCIÓN GENERAL

En Navarra, las enfermedades vasculares continúan siendo una de las principales causas de morbilidad y mortalidad, aunque la región presenta tasas de mortalidad más bajas que la media nacional. En 2019, el 26,1% de las muertes fueron causadas por este grupo de enfermedades, con tasas más altas en hombres que en mujeres. En los últimos diez años, se ha registrado una disminución significativa en las tasas de mortalidad en ambos sexos⁸⁸. Según un estudio de riesgo vascular en Navarra, la prevalencia de hipertensión arterial fue del 35,5% en hombres y del 38,2% en mujeres. La dislipemia afectó al 39,2% de los hombres y al 38,5% de las mujeres⁸⁹. El tabaquismo se presentó en el 32,1% de los hombres y en el 22,3% de las mujeres. La obesidad tuvo una prevalencia del 22,3% en hombres y del 23,5% en mujeres⁸⁹.

MEJORES PRÁCTICAS IDENTIFICADAS



COORDINACIÓN ASISTENCIAL Y ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS

El Área Clínica Navarra del Corazón cuenta con **protocolos internos de prevención secundaria entre Atención Primaria y Especializada**, que facilitan la comunicación entre profesionales y aseguran un seguimiento más eficaz. Además, permite un diagnóstico y tratamiento oportuno de factores de riesgo como la hiperlipemia, la hipertensión arterial y la diabetes, favoreciendo la adopción de medidas preventivas que disminuyan complicaciones y hospitalizaciones evitables. Al estandarizar la atención con criterios basados en la evidencia, se garantiza un abordaje homogéneo y de calidad para todos los pacientes, optimizando los recursos sanitarios y mejorando su calidad de vida.



INDICADORES DE VIGILANCIA EN SALUD VASCULAR

Navarra dispone de un **Registro de Infarto Agudo de Miocardio (IAM) de 2000 a 2021⁹⁰**, el cual analiza la incidencia, mortalidad y manejo del IAM en la región. Este registro permite identificar tendencias en la incidencia y mortalidad, evaluar la efectividad de las intervenciones actuales y desarrollar políticas de salud pública basadas en evidencia.



PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA EN PREVENCIÓN SECUNDARIA

El Plan de Salud Pública de Navarra 2022-2025⁹¹ aborda la prevención secundaria mediante diversas estrategias. Entre ellas, se destaca la promoción de hábitos de vida saludables, la implementación de programas de rehabilitación cardíaca y la realización de campañas para el control de factores de riesgo como la presión arterial, el colesterol y la diabetes. Estas iniciativas están diseñadas para reducir la incidencia de enfermedades vasculares y mejorar la calidad de vida de los pacientes en Navarra⁹⁸.



COORDINACIÓN ASISTENCIAL Y ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS

Por otro lado, se han implementado los protocolos **Código Ictus y Código Infarto** para optimizar la atención urgente de los pacientes que sufren eventos vasculares agudos, lo que ha demostrado reducir significativamente la morbilidad asociada a estos eventos y mejorar la calidad global de la atención en la región. Además, la región está elaborando el Código Shock Cardiogénico para estandarizar y optimizar el manejo de esta condición.

Además, la **Unidad de Rehabilitación Cardíaca del Hospital Universitario de Navarra⁹²** ha sido reconocida con el certificado SEC-EXCELENTE por su enfoque en la prevención secundaria de eventos coronarios, ayudando a pacientes que han sufrido angina o infarto a adoptar cambios en su estilo de vida y controlar factores de riesgo. Su programa, que incluye 20 sesiones de entrenamiento físico individualizado, educación en prevención y psicoterapia grupal, ha demostrado mejorar la calidad de vida y reducir reingresos hospitalarios.

COMUNIDAD DE MADRID



176,70 muertes por enfermedades vasculares por cada 100.000 habitantes¹⁵



39,78 muertes por cardiopatía isquémica por cada 100.000 habitantes¹⁶



9,13 ingresos por infarto agudo de miocardio por cada 10.000 habitantes¹⁷

DESCRIPCIÓN GENERAL

En la Comunidad de Madrid, las enfermedades vasculares, que hace algunos años lideraban como principal causa de mortalidad, han pasado a ocupar el segundo lugar tanto en hombres como en mujeres⁹³. En las últimas cuatro décadas, la tasa de mortalidad relacionada con enfermedades vasculares ha mostrado un notable descenso, aunque sigue siendo alta⁹⁴. Dentro de este grupo, las principales causas de fallecimiento son el infarto agudo de miocardio y las cardiopatías isquémicas⁹⁴. En la Comunidad de Madrid, el exceso de peso es el factor de riesgo más común para las enfermedades vasculares, afectando al 49,1% de la población⁹⁵. De este porcentaje, el 35,7% tiene sobrepeso, y el 13,4% de los residentes presenta obesidad⁹⁵. Otros factores relevantes incluyen la hipertensión arterial, que afecta al 17,4% de la población, la hipercolesterolemia (14,5%) y la diabetes (6,6%)⁹⁵.

MEJORES PRÁCTICAS IDENTIFICADAS



INDICADORES DE VIGILANCIA EN SALUD VASCULAR

El estudio '**Diferencias por sexos en la adherencia a las medidas de prevención secundaria y el pronóstico después del infarto**' (2023)⁹⁶, liderado por el Hospital Universitario 12 de Octubre y la Universidad Complutense de Madrid, indica que la falta de adherencia a las medidas de prevención secundaria en pacientes post-infarto en la región está influenciada por factores como la carga de cuidados familiares, la diabetes, y el género. Este análisis de los factores condicionantes es útil para identificar áreas de mejora tanto en el seguimiento del paciente como en el sistema sanitario, lo que puede optimizar la prevención secundaria en la Comunidad de Madrid.

En 2024, la Comunidad de Madrid realizó el estudio **PreveCardio**⁹⁷, un programa de cribado de factores de riesgo vascular dirigido a la población adulta del área de influencia de CardioRed, que incluye los hospitales Clínico San Carlos, Príncipe de Asturias, Severo Ochoa y Fuenlabrada, junto con sus respectivos centros de salud. Actualmente, se está elaborando el proyecto **Prevecardio-AP** con el objetivo de extender el cribado de factores de riesgo vascular a todos los centros de salud de la Comunidad de Madrid.



PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA EN PREVENCIÓN SECUNDARIA

El **Plan de Atención a los Pacientes con Ictus en la Comunidad de Madrid 2021**⁹⁸ establece medidas para la atención integral y coordinada de estos pacientes. Además, el Plan de Prevención y Tratamiento de la Muerte Súbita (Madrid-Resucita) ha sido pionero en España al desarrollar el primer registro de parada cardíaca hospitalaria del país, contribuyendo a mejorar la respuesta asistencial ante estos eventos.

El **Plan de Prevención de Salud Vascular de la Comunidad de Madrid**, actualmente en proceso de publicación, refuerza la prevención secundaria como eje estratégico para reducir la mortalidad vascular. Esta línea de acción se centra en la detección precoz y el seguimiento activo de personas con factores de riesgo o enfermedades vasculares ya diagnosticadas, mediante cribados sistemáticos en atención primaria, mejora de la coordinación entre niveles asistenciales y protocolos de intervención rápida. Además, se incorporan herramientas digitales para el control personalizado de pacientes, así como programas de educación sanitaria que promueven la adherencia terapéutica y el autocuidado.



COORDINACIÓN ASISTENCIAL Y ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS

La Comunidad de Madrid ha diseñado un **proceso asistencial de prevención vascular** que contempla la estratificación uniforme del riesgo en hospitales y atención primaria, con el objetivo de facilitar la detección temprana de pacientes de alto riesgo. Este proceso incorporará la digitalización y estandarización como herramientas clave para mejorar la continuidad asistencial, reducir los tiempos de respuesta y optimizar el seguimiento. Estrategias previstas como la recuperación vascular, el seguimiento remoto y un programa de rehabilitación cardíaca en 22 hospitales complementan este modelo, que busca priorizar la seguridad del paciente y la calidad asistencial.

CardioRed1⁹⁹ es una iniciativa del Servicio Madrileño de Salud que tiene como objetivo mejorar la salud vascular a través de la **integración de la atención, la innovación y la colaboración entre profesionales**. Su proyecto enfocado en el control del riesgo vascular en las **consultas de seguimiento de cardiología (HCSC) (proyecto 6)** se centra en la prevención secundaria, brindando un enfoque integral para los pacientes con enfermedades vasculares o aquellos que han sufrido un evento vascular previamente.

Además, la comunidad cuenta con el **Código Infarto**¹⁰⁰, actualmente en actualización para mejorar la atención a pacientes con síndromes coronarios agudos de alto riesgo (SCASEST), y está desarrollando el **Código Shock Cardiogénico y el Código Tormenta Arrítmica** para mejorar la respuesta ante situaciones críticas. Asimismo, el **Código Ictus**¹⁰¹ se está actualizando conforme a la Estrategia Nacional de Ictus del Sistema Nacional de Salud (SNS).



ACCESO Y EXPERIENCIA DEL PACIENTE

En cuanto a la experiencia del paciente, destacan iniciativas como el **'Documento para Cuidadores y Pacientes basado en la Guía de Práctica Clínica (GPC) sobre el Tratamiento de la Insuficiencia Cardíaca Crónica'**¹⁰², que facilita información clave para el manejo de la enfermedad y la mejora de la calidad de vida de los pacientes.

COMUNIDAD VALENCIANA



263,18 muertes por enfermedades vasculares por cada 100.000 habitantes¹⁵



59,49 muertes por cardiopatía isquémica por cada 100.000 habitantes¹⁶



12,57 ingresos por infarto agudo de miocardio por cada 10.000 habitantes¹⁷

DESCRIPCIÓN GENERAL

La Comunidad Valenciana presenta una de las tasas de mortalidad vascular más altas del país, con 263,18 defunciones por cada 100.000 habitantes, en 2022. Según los resultados de la Encuesta de Salud de la Comunidad Valenciana de 2022, se ha registrado un aumento en los principales factores de riesgo vascular metabólicos, como hipertensión arterial (16,3%), colesterol elevado (14,7%) y diabetes (7,2%)¹⁰³. El sobrepeso afecta a 1 de cada 2 adultos mayores de 18 años, de los cuales el 34,5% tiene sobrepeso y el 13,3% padece obesidad¹⁰³.

MEJORES PRÁCTICAS IDENTIFICADAS



PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA EN PREVENCIÓN SECUNDARIA

La **Comisión de Seguimiento de la Estrategia en Salud Cardiovascular**¹⁰⁴, creada en 2022, es una entidad regional, cuya función principal es supervisar la implementación, seguimiento y evaluación de la ESCAV en la Comunidad Valenciana. Su objetivo es mejorar el acceso a la atención y los resultados en salud mediante la coordinación de recursos y la promoción de buenas prácticas. Además, se compone de comités interdisciplinarios e interdepartamentales de salud vascular específicos para diferentes enfermedades: cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, valvulopatías y arritmias. Esta práctica asegura la mejora del manejo de pacientes con enfermedades vasculares, reduciendo el riesgo de recurrencias y mejorando los resultados a largo plazo.



PROTOCOLOS Y GUÍAS CLÍNICAS

El **Programa PROCORC**¹⁰⁵ es una iniciativa desarrollada por la Sociedad Valenciana de Cardiología y la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria de la Comunidad Valenciana (SEMERGEN-CV) cuya finalidad es mejorar y normalizar el manejo de los pacientes en prevención secundaria tras un síndrome coronario agudo. Sus objetivos principales incluyen mejorar el control de los factores de riesgo en pacientes tras un SCA, potenciar la rehabilitación cardíaca a nivel hospitalario y ambulatorio, unificar el manejo farmacológico y el seguimiento, establecer un cronograma de tratamiento consensuado y facilitar la difusión de estas iniciativas en las áreas de salud.

Asimismo, destaca el **Protocolo de Seguimiento de Pacientes con Sospecha o Diagnóstico de Valvulopatía (2024)**¹⁰⁶, que ofrece un enfoque estructurado para la detección y manejo de estas patologías, garantizando un tratamiento más eficaz y homogéneo en toda la región



INDICADORES DE VIGILANCIA EN SALUD VASCULAR

En la Comunidad Valenciana, la **Encuesta de Salud de la Comunidad Valenciana de 2022**¹⁰⁷ presenta datos relevantes sobre factores de riesgo de enfermedad vascular, como la hipertensión arterial, el colesterol elevado y la diabetes, están más enfocados hacia la prevención primaria.



COORDINACIÓN ASISTENCIAL Y ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS

Las medidas de coordinación asistencial y servicios hospitalarios en la Comunidad Valenciana están diseñadas para asegurar una respuesta rápida y eficiente ante emergencias vasculares. El Código Shock optimiza el manejo de pacientes con shock cardiogénico, mientras que el **Código Infarto**¹⁰⁸ facilita la atención inmediata a quienes sufren un infarto.

EXTREMADURA



319,54 muertes por enfermedades vasculares por cada 100.000 habitantes¹⁵



54,65 muertes por cardiopatía isquémica por cada 100.000 habitantes¹⁶



12,81 ingresos por infarto agudo de miocardio por cada 10.000 habitantes¹⁷

DESCRIPCIÓN GENERAL

Extremadura enfrenta un gran reto con las enfermedades vasculares, ya que tiene una de las tasas de mortalidad más altas del país. Aunque se han tomado medidas para mejorar la situación, aún existen problemas como la falta de coordinación entre servicios, el acceso limitado en áreas rurales y la ausencia de registros detallados para evaluar el impacto de las acciones de prevención.

MEJORES PRÁCTICAS IDENTIFICADAS



PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA EN PREVENCIÓN SECUNDARIA

El **Plan Integral de Enfermedades Cardiovasculares y Cerebrovasculares de Extremadura 2024-2027**¹⁰⁹ tiene entre sus objetivos principales “progresar en la prevención secundaria y la rehabilitación” de estas enfermedades. Para ello, incluye medidas como el seguimiento clínico desde atención primaria y especializada, programas de rehabilitación cardíaca y neurológica, educación terapéutica, y una mejor coordinación entre niveles asistenciales mediante protocolos integrados.



PROTOCOLOS Y GUÍAS CLÍNICAS

En términos de protocolos, Extremadura cuenta con el **Código Infarto**¹¹⁰, que garantiza una respuesta coordinada desde la activación de los servicios de emergencia hasta la derivación a unidades de hemodinámica en hospitales especializados.



COORDINACIÓN ASISTENCIAL Y ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS

La región ha hecho avances significativos en rehabilitación cardíaca, con programas disponibles en hospitales como el Complejo Hospitalario Universitario de Cáceres. Estas unidades ofrecen un enfoque multidisciplinario que combina actividad física, educación sanitaria y apoyo psicológico para pacientes que han sufrido eventos vasculares. No obstante, estos servicios suelen estar centralizados en áreas urbanas, lo que dificulta su acceso para pacientes de zonas rurales.

GALICIA



352,20 muertes por enfermedades vasculares por cada 100.000 habitantes¹⁵



48,53 muertes por cardiopatía isquémica por cada 100.000 habitantes¹⁶



14,10 ingresos por infarto agudo de miocardio por cada 10.000 habitantes¹⁷

DESCRIPCIÓN GENERAL

Galicia presenta uno de los índices más altos de mortalidad por enfermedad vascular de España¹¹¹, y las enfermedades vasculares son la principal causa de muerte en la región¹¹². Aunque la mortalidad de estas enfermedades ha reducido desde el año 1980¹¹³, sigue siendo crucial implementar medidas que fortalezcan la prevención secundaria.

MEJORES PRÁCTICAS IDENTIFICADAS



INDICADORES DE VIGILANCIA EN SALUD VASCULAR

El Observatorio de Salud Pública de Galicia, a través del Sistema de Vigilancia de las Enfermedades Crónicas (SVEC-G), mantiene un registro anual de **mortalidad cardiovascular desde 1980 hasta 2022**¹¹⁴ fundamental para monitorear la prevalencia de estas enfermedades y evaluar las políticas de prevención. Además, el Registro Gallego del Infarto Agudo de Miocardio (REGALIAM), creado en 2015, recopila datos sobre pacientes atendidos por infarto agudo de miocardio, con el objetivo de mejorar la planificación de recursos, evaluar la eficacia de la red asistencial y servir como base para estudios clínicos y estadísticos.



INTEGRACIÓN DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN

Timely¹¹⁵ es un proyecto pionero que utiliza la inteligencia artificial y la telemonitorización para mejorar el seguimiento de pacientes con cardiopatía isquémica tras un programa de rehabilitación cardíaca. A través de una aplicación móvil y dispositivos como pulseras de actividad y monitores de presión arterial, los pacientes pueden controlar su salud vascular de manera independiente, mientras que los profesionales médicos supervisan su progreso de forma personalizada. Esta tecnología fomenta la adherencia a hábitos saludables y permite una intervención temprana ante posibles complicaciones, optimizando así la prevención secundaria y reduciendo el riesgo de eventos vasculares recurrentes. El proyecto se encuentra en fase de estudio, con resultados preliminares prometedores, y se espera que sus hallazgos completos sean publicados en 2025.



COORDINACIÓN ASISTENCIAL Y ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS

En el área de coordinación asistencial y servicios hospitalarios, Galicia ha actualizado recientemente tanto el **Plan de Asistencia al Ictus en Galicia (Código Ictus)(2023)**¹¹⁶ como el **Código Shock Cardiogénico (2024)**¹¹⁷. Sin embargo, sería beneficioso incorporar medidas adicionales que estandaricen el seguimiento y brinden acompañamiento al paciente después del alta.

Además, varios hospitales en Galicia cuentan con **unidades de rehabilitación cardíaca**, como el Hospital HM Modelo¹¹⁸ y el Hospital Vithas Vigo¹¹⁹, que brindan atención integral a través de programas de rehabilitación multidisciplinarios. Estos programas incluyen ejercicio físico supervisado, y control de factores de riesgo, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los pacientes y reducir el riesgo de futuros eventos vasculares.

LA RIOJA



301,91 muertes por enfermedades vasculares por cada 100.000 habitantes¹⁵



49,67 muertes por cardiopatía isquémica por cada 100.000 habitantes¹⁶



11,55 ingresos por infarto agudo de miocardio por cada 10.000 habitantes¹⁷

DESCRIPCIÓN GENERAL

En La Rioja, la enfermedad vascular es la principal causa de muerte. Los factores de riesgo más comunes para el desarrollo de enfermedades vasculares son el consumo de tabaco, la diabetes, la hipertensión arterial y los trastornos en los niveles de lípidos en la sangre. En 2021, la prevalencia registrada de diabetes mellitus en la población general de La Rioja fue del 4,65%, mientras que la prevalencia de hipertensión arterial fue del 7,42%¹²⁰.

MEJORES PRÁCTICAS IDENTIFICADAS



PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA EN PREVENCIÓN SECUNDARIA

La **Estrategia Asistencial en Diabetes Mellitus de La Rioja**¹²¹, es una medida clave en la prevención secundaria de enfermedades vasculares, ya que aborda de manera integral el control de los factores de riesgo metabólicos, como los niveles de LDL-c, que son fundamentales para prevenir complicaciones vasculares. Esta estrategia también pone énfasis en la importancia de asegurar la adherencia al tratamiento, lo que mejora el pronóstico de los pacientes y reduce el riesgo de eventos vasculares graves. Además, el seguimiento periódico de los pacientes con diabetes, que es un factor de riesgo vascular significativo, contribuye a una gestión más efectiva de su salud a largo plazo.

Respecto a planificación vascular, el **III Plan de Salud de La Rioja**¹²² tiene entre sus objetivos principales la prevención de factores de riesgo como la hipertensión, la diabetes y la dislipemia, así como la reducción de la morbimortalidad asociada a la insuficiencia cardíaca y la cardiopatía isquémica. Además, el plan destaca la necesidad de mejorar la atención a los pacientes crónicos, implementando estrategias que fomenten su autonomía, autocuidado y gestión de su salud, con el objetivo de prevenir complicaciones y promover la recuperación.

PAÍS VASCO



260,70 muertes por enfermedades vasculares por cada 100.000 habitantes¹⁵



40,89 muertes por cardiopatía isquémica por cada 100.000 habitantes¹⁶



11,25 ingresos por infarto agudo de miocardio por cada 10.000 habitantes¹⁷

DESCRIPCIÓN GENERAL

Las enfermedades vasculares son las más prevalentes en el País Vasco, destacando especialmente la enfermedad isquémica del corazón y la enfermedad cerebrovascular¹²³. Más de la mitad de la población (52,7 %) presenta exceso de peso, con un 39,2 % de sobrepeso y un 13,5 % de obesidad. Además, la hipertensión arterial afecta al 18,7 %, la hipercolesterolemia al 16,9 %, la diabetes al 6,7 % y el tabaquismo habitual al 17,8 % de la población¹²⁴.

MEJORES PRÁCTICAS IDENTIFICADAS



ACCESO Y EXPERIENCIA DEL PACIENTE

La **guía para la prevención secundaria del ictus del Hospital Aita Menni**¹²⁵ proporciona recomendaciones para pacientes para prevenir un nuevo ictus tras uno inicial, incluyendo información sobre el control de los principales factores como la hipertensión, el colesterol, la diabetes, así como en la modificación de hábitos de vida. Este tipo de guías son clave para facilitar información clara y accesible que ayuda los pacientes a comprender su enfermedad y adoptar un rol activo en su manejo, lo que aumenta la adherencia a los tratamientos y recomendaciones médicas.



INDICADORES DE VIGILANCIA EN SALUD VASCULAR

El Departamento de Salud del Gobierno Vasco publica informes anuales de vigilancia en salud pública que incluyen datos sobre mortalidad e incidencia de enfermedades vasculares, permitiendo un seguimiento detallado de la salud de la población. **El Informe de Salud Pública y Adicciones 2023**¹²⁶ presenta datos sobre la evolución de la tasa de frecuentación hospitalaria y la mortalidad por determinadas enfermedades vasculares.



PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA EN PREVENCIÓN SECUNDARIA

En lo que respecta a planes específicos en prevención secundaria, el País Vasco tiene el **Plan de Atención a Pacientes con Ictus en Euskadi (2024)**¹²⁷, que destaca la importancia de prevenir recurrencias mediante el control de factores de riesgo vascular, la rehabilitación orientada a maximizar la capacidad funcional y la educación de pacientes y cuidadores.

Además, aunque el **Plan de Salud 2030**¹²⁸ enfatiza la prevención de enfermedades vasculares, este enfoque está más orientado a la necesidad de abordar los principales factores de riesgo asociados mediante hábitos de vida saludables, pero no se dirige específicamente a los pacientes que han sufrido un evento vascular.

PRINCIPADO DE ASTURIAS



363,89 muertes por enfermedades vasculares por cada 100.000 habitantes¹⁵



62,69 muertes por cardiopatía isquémica por cada 100.000 habitantes¹⁶



17,38 ingresos por infarto agudo de miocardio por cada 10.000 habitantes¹⁷

DESCRIPCIÓN GENERAL

En Asturias, las enfermedades vasculares siguen siendo una de las principales causas de mortalidad, con una prevalencia del 4,45% en la población mayor de 15 años¹²⁹. La hipertensión arterial es el factor de riesgo más común, afectando al 54,1% de los pacientes con enfermedad coronaria, seguida de la hipercolesterolemia (37,8%) y la diabetes (24,3%)¹³⁰.

MEJORES PRÁCTICAS IDENTIFICADAS



INDICADORES DE VIGILANCIA EN SALUD VASCULAR

Respecto a indicadores de vigilancia, el **Registro de Mortalidad en Asturias**¹³¹, cuya última publicación es de 2021, presenta datos sobre la mortalidad proporcional por enfermedades vasculares en la región.



PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA EN PREVENCIÓN SECUNDARIA

Asturias ha elaborado el **Plan de Salud del Principado de Asturias 2019-2030**¹³², que establece metas concretas para mejorar la salud vascular en la región, como reducir la hospitalización y mortalidad por enfermedad cerebrovascular.



PROTOCOLOS Y GUÍAS CLÍNICAS

En materia de protocolos y guías clínicas, Asturias ha sido pionera en **integrar el protocolo de insuficiencia cardíaca aguda de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) en la historia clínica electrónica**¹³³. Este protocolo, activo en toda la red hospitalaria pública — independientemente del sistema de información utilizado (Millenium o Selene)—, permite recoger de forma estructurada datos clínicos clave sobre los pacientes con insuficiencia cardíaca aguda. Esta integración mejora el conocimiento de la enfermedad y facilita su abordaje clínico conforme a las guías actualizadas, al tiempo que reduce la variabilidad terapéutica, optimiza la formación del personal sanitario y favorece un seguimiento más eficaz de estos pacientes crónicos complejos.



COORDINACIÓN ASISTENCIAL Y ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS

Además, la Unidad de Rehabilitación Cardíaca del HUCA ha obtenido la **certificación de excelencia en rehabilitación cardíaca**¹³⁴, ofreciendo programas que incluyen ejercicio físico supervisado, educación sobre control de dieta, diabetes, lípidos y deshabituación tabáquica.

REGIÓN DE MURCIA



235,15 muertes por enfermedades vasculares por cada 100.000 habitantes¹⁵



60,49 muertes por cardiopatía isquémica por cada 100.000 habitantes¹⁶



12,47 ingresos por infarto agudo de miocardio por cada 10.000 habitantes¹⁷

DESCRIPCIÓN GENERAL

La Región de Murcia mantiene una tasa de mortalidad por enfermedad vascular ligeramente superior a la media nacional, aunque sigue la tendencia descendente desde 2004. Las mujeres murcianas presentan una mayor mortalidad vascular que los hombres (34,17% y 27,45% respectivamente)¹³⁵.

MEJORES PRÁCTICAS IDENTIFICADAS



PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA EN PREVENCIÓN SECUNDARIA

La **Comisión Regional para la Estrategia en Salud Cardiovascular**¹³⁶, establecida en febrero de 2023, con el objetivo de alinear las directrices de prevención secundaria regionales con la Estrategia en Salud Cardiovascular del SNS, facilitando una implementación más efectiva de la ESCAV y una evaluación adaptada a las particularidades de salud de la región¹⁵⁷.



INDICADORES DE VIGILANCIA EN SALUD VASCULAR

Respecto a indicadores de vigilancia, en 2023, la Consejería de Salud y el Servicio Murciano de Salud (SMS) ha lanzado **el estudio DICA**¹³⁷, que busca analizar la evolución de las enfermedades vasculares y sus factores de riesgo en la Región de Murcia. Con una muestra representativa de 3.000 personas mayores de 20 años, el proyecto recopilará datos a través de cuestionarios, exámenes físicos y análisis de sangre para evaluar la prevalencia y tendencias relacionadas con factores como hipertensión, colesterol, tabaquismo y diabetes. Financiado por el Instituto de Salud Carlos III, este estudio permitirá actualizar los datos sobre factores de riesgo de enfermedades vasculares, un paso crucial para planificar medidas preventivas efectivas.



PROTOCOLOS Y GUÍAS CLÍNICAS

En cuanto a protocolos y guías clínicas, en 2023, el Servicio Murciano de Salud (SMS) diseñó una **guía asistencial para el manejo de colesterol y triglicéridos altos**¹³⁸, desarrollada en el marco del proyecto 'CarPriMur' con apoyo de sociedades científicas. Este recurso incluye

protocolos multidisciplinares y fomenta la participación de los pacientes en su cuidado para mejorar la prevención de enfermedades vasculares. Además, busca optimizar la continuidad asistencial y los resultados clínicos mediante la formación de profesionales y un uso más eficiente de los recursos.



COORDINACIÓN ASISTENCIAL Y ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS

En el área de coordinación asistencial y organización de servicios, la región ha implementado programas de rehabilitación cardíaca dirigidos a pacientes que han experimentado eventos vasculares, con el objetivo de optimizar su recuperación y reducir el riesgo de recurrencias. En 2024, el Servicio Murciano de Salud (SMS), con el apoyo de fondos europeos, amplió y renovó las instalaciones y equipos de la **Unidad de Rehabilitación Cardíaca del Hospital General Universitario Reina Sofía**¹³⁹, referencia en el área de salud Murcia-Este. Además, está previsto que, a lo largo de 2024, todos los hospitales del SMS incorporen la rehabilitación cardíaca como parte de su cartera de servicios.



**España ante el reto de la
prevención secundaria: una
llamada desde Europa**



**Análisis de políticas y
articulación de un modelo de
parámetros**



**Buenas prácticas
identificadas y análisis de
parámetros por CCAA**



**Reunión experta y
recomendaciones**

REUNIÓN EXPERTA DE POLÍTICAS Y BUENAS PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN SECUNDARIA EN SALUD VASCULAR

En la mesa experta participaron los siguientes representantes autonómicos y de sociedades científicas:

COMUNIDADES AUTÓNOMAS

- **Andalucía:** Javier Torres Llergo – Presidente de la Sociedad Andaluza de Cardiología y jefe de la Sección de Cardiología Clínica del Hospital Universitario de Jaén.
- **Aragón:**
 - Juan Carlos Romero Vígara – Director del Área de Transferencia del Conocimiento del Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS).
 - María Teresa Villa Gazulla – Representante de la ESCAV de Aragón.
- **Canarias:** Ana Sánchez Gil – Técnico de la Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud.
- **Castilla-La Mancha:** Alejandro Berenguel Senén – Coordinador de la Unidad de Rehabilitación Cardíaca del Hospital Universitario de Toledo.
- **Castilla y León:** Raquel Cortés Sancho – representante de la ESCAV de Castilla y León y técnico del Servicio de Atención Primaria y Continuidad Asistencial. DG Asistencia Sanitaria y Humanización
- **Comunidad de Madrid:** Alfonso Martín Martínez – Representante de la ESCAV de la Comunidad de Madrid y coordinador del Área de Procesos Clínicos y Códigos Asistenciales. Gerencia Asistencial de Hospitales del SERMAS.
- **Comunidad Valenciana:** Patricia Palau – cardióloga del Hospital Clínic Universitari de Valencia

Además, tras la reunión principal, se mantuvieron encuentros bilaterales con representantes de dos Comunidades Autónomas adicionales, con el objetivo de incorporar su perspectiva y experiencias al análisis de políticas de prevención secundaria:

- **Cataluña:** Helena Tizón – directora del Plan director de enfermedades del aparato circulatorio de Cataluña
- **Navarra:** Virginia Álvarez Asiain – directora del Área del Corazón de Navarra

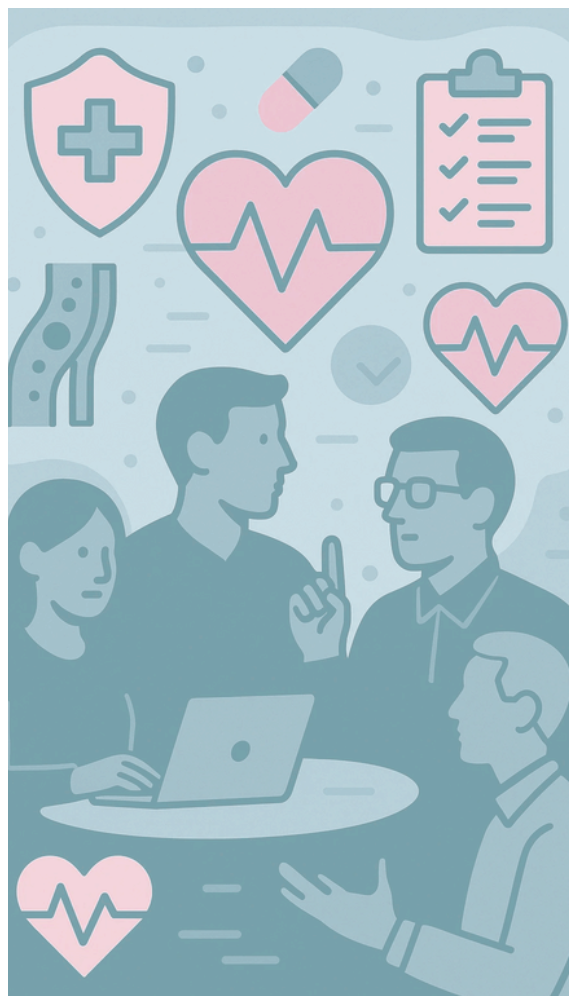
SOCIEDADES CIENTÍFICAS

- **Sociedad Española de Arteriosclerosis (SEA):** Agustín Blanco – Representante de la SEA y responsable de la Unidad de Lípidos del Hospital 12 de Octubre.
- **Sociedad Española de Cardiología (SEC):** Ignacio Fernández Lozano – Presidente electo de la SEC.
- **Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH):**
 - Paloma Sempere Serrano – Representante de la SEFH y farmacéutica especialista en Farmacia Hospitalaria del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago.
 - Patricia Amorós Reboredo – Representante de la SEFH y farmacéutica del Área de Cardiología y Trasplante Cardíaco del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.
- **Sociedad Española de Medicina de Laboratorio (SEMEDLAB):** Antonio Buño Soto – Presidente de la SEMEDLAB y jefe del Servicio de Análisis Clínicos del Hospital Universitario La Paz.
- **Sociedad Española de Neurología (SEN):** Exuperio Díez Tejedor – Representante de la SEN y coordinador del Área de Neurociencias de IdiPAZ, Hospital Universitario La Paz-UAM.
- **Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA):** Nuria Domínguez Pérez – representante de la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA) y técnico del Área de Calidad. Gerencia Asistencial de Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud

La **reunión experta en políticas y buenas prácticas en prevención secundaria en salud vascular** reunió a profesionales de siete Comunidades Autónomas y seis sociedades científicas con el propósito de **intercambiar buenas prácticas e identificar los principales retos y necesidades en este ámbito**.

El encuentro resaltó la importancia de la **coordinación y planificación de los servicios sanitarios** para garantizar una atención equitativa y eficiente. Los participantes destacaron que una planificación estratégica adecuada, como la Estrategia en Salud Cardiovascular (ESCAV), es fundamental para abordar las desigualdades entre comunidades autónomas, especialmente en la implementación de políticas de prevención secundaria. También se destacó la necesidad de integrar **indicadores sólidos y fomentar una cultura de medición en la prevención secundaria**, proponiendo el refuerzo de los sistemas de cribado en patologías clave. No obstante, las críticas se centraron en la **falta de modernización de los sistemas de información**, señalando que la recopilación y el intercambio de datos clínicos son esenciales para mejorar la continuidad asistencial y la eficiencia en el seguimiento de los pacientes. En este sentido, se subrayó la **necesidad de automatizar procesos, actualizar metodologías de registro y fortalecer la digitalización** para asegurar un modelo más integrado y proactivo en la atención vascular.

Otro punto de discusión clave fue la mejora del abordaje integral del perfil lipídico. Los participantes coincidieron en la necesidad de **estandarizar la metodología para medir lipoproteínas e impulsar el esfuerzo interdisciplinario**. Se identificó un desconocimiento sobre la Lp(a) y se destacó la importancia de que los laboratorios adopten un rol proactivo, proporcionando informes que respalden la toma de decisiones. También se propuso **mejorar la identificación de pacientes con niveles elevados de LDL** mediante el uso de herramientas como mapas de calor y alertas clínicas, con el fin de facilitar un seguimiento más proactivo, optimizar el tratamiento y apoyar la toma de decisiones tanto para el profesional como para el paciente. Asimismo, se discutió la **inequidad en el acceso a terapias** tanto a nivel regional como entre hospitales, señalando la necesidad de garantizar equidad en tratamientos y mejorar los procesos de aprobación de fármacos a nivel estatal.



La conversación también se centró en que, a pesar de las recomendaciones claras de las guías clínicas, la **falta de adherencia terapéutica** sigue siendo uno de los principales desafíos en la prevención secundaria cardiovascular, no solo con respecto a la medicación, sino también a la rehabilitación. Se enfatizó la necesidad de una **atención personalizada y una mayor corresponsabilidad del paciente en su tratamiento**, utilizando herramientas como la telefarmacia para garantizar que los pacientes sigan las indicaciones médicas de manera efectiva. Además, la implementación de programas de seguimiento estructurados que integran la **coordinación entre hospital y Atención Primaria**, se presenta como una estrategia clave para mejorar la continuidad del tratamiento y prevenir recaídas, garantizando un enfoque más homogéneo y personalizado que contribuya a una mayor adherencia y mejor pronóstico de los pacientes.

Por último, se puso el foco en la necesidad de una **coordinación eficaz entre niveles asistenciales y un enfoque multidisciplinario**, ambos elementos clave para fortalecer la prevención secundaria en enfermedades vasculares. Se subrayó que una atención eficaz depende de redes asistenciales bien estructuradas que integren protocolos prehospitalarios y unidades especializadas, con el objetivo de optimizar el tratamiento y reducir la mortalidad. Además, se resaltó la necesidad de mejorar la **coordinación entre Atención Primaria y Hospitalaria** para garantizar la continuidad del tratamiento, la monitorización constante de los pacientes y el acceso equitativo a la atención. También se abordó la relevancia de la **educación al paciente y el uso de herramientas digitales que faciliten el seguimiento** y mejoren la efectividad de las intervenciones. En conjunto, estos enfoques reflejan la necesidad de una atención más integrada y eficiente, que priorice la colaboración entre distintos niveles asistenciales y disciplinas.



RECOMENDACIONES CLAVE PARA MEJORAR EL ABORDAJE PREVENTIVO VASCULAR EN ESPAÑA

1

PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA E INSTITUCIONAL

- Integrar la prevención secundaria de forma explícita en las estrategias regionales y nacionales de salud vascular y cronicidad.
- Desarrollar o actualizar planes y guías clínicas alineadas con la evidencia científica más reciente, que incluyan seguimiento a largo plazo y manejo de comorbilidades.
- Establecer registros clínicos de pacientes con alto riesgo vascular para mejorar la planificación y la evaluación del impacto de las políticas.

2

VIGILANCIA DE FACTORES DE RIESGO

- Fortalecer los programas de vigilancia de factores de riesgo como hipertensión, dislipemias, diabetes y condiciones hereditarias (ej. lipoproteína (a) e hipercolesterolemia familiar).
- Establecer indicadores comunes a nivel nacional para medir mortalidad, discapacidad, impacto laboral y tiempos de atención post-evento.

3

COORDINACIÓN ASISTENCIAL Y CONTINUIDAD DEL CUIDADO

- Reforzar la coordinación entre atención primaria, especializada, hospitalaria, salud pública, urgencias y rehabilitación, mediante modelos multidisciplinares y redes asistenciales integradas.
- Establecer protocolos homogéneos de alta hospitalaria y seguimiento post-evento, con criterios clínicos compartidos entre niveles asistenciales.
- Garantizar el acceso estructurado a programas de rehabilitación cardíaca, con modalidades híbridas (presencial/telemática) para zonas con menor cobertura.

4

DIGITALIZACIÓN E INTEROPERABILIDAD

- Implementar sistemas de alertas y seguimiento activo integrados en la historia clínica electrónica para detectar y actuar sobre pacientes de alto riesgo.
- Impulsar la interoperabilidad real entre los sistemas de información sanitaria para compartir perfiles clínicos, tratamientos, adherencia y citas.
- Fomentar el uso de tecnologías como la telemonitorización y la inteligencia artificial para personalizar el seguimiento post-evento.

5

EQUIDAD EN EL ACCESO Y SENSIBILIZACIÓN SOCIAL

- Garantizar el acceso equitativo a diagnósticos y terapias en todas las regiones, superando barreras socioeconómicas y geográficas.
- Reforzar la educación al paciente y el autocuidado mediante escuelas de pacientes, materiales específicos y acompañamiento entre iguales.
- Promover la formación continua de profesionales sobre prevención secundaria y comunicación efectiva con pacientes.
- Lanzar campañas públicas que fomenten la adherencia al tratamiento, visibilicen la prevención secundaria y reduzcan barreras culturales o informativas.

1. Instituto Nacional de Estadística (INE). Defunciones según la Causa de Muerte. Año 2023. Datos provisionales a junio de 2024. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de <https://www.ine.es/dyngs/Prensa/pEDCM2023.htm>
2. Instituto Nacional de Estadística (INE). Defunciones según la Causa de Muerte. Año 2023. Datos provisionales a junio de 2024. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de <https://www.ine.es/dyngs/Prensa/pEDCM2023.htm>
3. Roth, Gregory A et al. "Global Burden of Cardiovascular Diseases and Risk Factors, 1990-2019: Update From the GBD 2019 Study." Journal of the American College of Cardiology vol. 76,25 (2020): 2982-3021. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2020.11.010>
4. Ministerio de Sanidad. Informe anual del Sistema Nacional de Salud. 2023. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2023/INFORME_ANUAL_2023.pdf
5. Fundación Alternativas. La situación de las enfermedades cardiovasculares en España. 2022. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de <https://fundacionalternativas.org/wp-content/uploads/2022/07/6e1bc9e423b5f72e46194ff263928.pdf>
6. Fundación Española del Corazón (FEC). ¿Cuánto cuesta un enfermo cardiovascular? Recuperado el 19 de octubre de 2025, de <https://fundaciondelcorazon.com/blog-impulso-vital/2208-cuanto-cuesta-enfermo-cardiovascular.html>
7. Ministerio de Sanidad. Informe anual del Sistema Nacional de Salud. 2023. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2023/INFORME_ANUAL_2023.pdf
8. Asociación Economía de la Salud. XL+1 Jornadas de Economía de la Salud – AES 2022 Zaragoza Mesa de Comunicaciones IX – Evaluación Económica II Miércoles 15 de Junio 2022 [Internet]. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de https://www.aes.es/Jornadas2022/docs/pdfs/comunicaciones/aes_2022_o32.pdf
9. Fundación Española del Corazón. 'RedENT', la red para prevenir el 70% de muertes prematuras por enfermedades no transmisibles. 2019. Se estima que cada euro invertido en prevención de enfermedades no transmisibles puede suponer un retorno a la sociedad de hasta 7 euros. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de <https://fundaciondelcorazon.com/prensa/notas-de-prensa/3413-redent-la-red-para-prevenir-el-70-de-muertes-prematuras-por-enfermedades-no-transmisibles.html?highlight=Wyljb3N0ZSJd>

10. Consejo de la Unión Europea. (2024, 3 de diciembre). Salud cardiovascular: el Consejo pide más esfuerzos para ayudar a prevenir las enfermedades cardiovasculares. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de <https://www.consilium.europa.eu/es/press/press-releases/2024/12/03/cardiovascular-health-council-calls-for-more-robust-efforts-to-help-prevent-cardiovascular-diseases/>
11. Ministerio de Sanidad. Campaña Prevención de Enfermedades cardio y cerebrovasculares. Mensajes sobre Prevención Secundaria Enfermedad Cardiovascular. 2007. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de <https://www.sanidad.gob.es/campanas/campanas07/cardiovascular4.htm#:~:text=L,a%20prevenci%C3%B3n%20secundaria%20es%20aquella,miocardio%2C%20un%20ictus%2C%20etc.>
12. Pérez, J. A., Ramos, R., Fornés, J. A., & Grupo del Estudio IBERICAN. (2020). Estudio IBERICAN: diseño, objetivos y metodología. Medicina de Familia - SEMERGEN, 46(6), 345–353. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-pdf-S1138359320302598>
13. Quiles, J., & Miralles-Vicedo, B. (2024). Estrategias de prevención secundaria del síndrome coronario agudo. Revista Española de Cardiología. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2014.04.015>
14. European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations. (s.f.). How can we improve secondary prevention of cardiovascular disease? Recuperado el 19 de octubre de 2025, de https://www.efpia.eu/media/movnh0y/how-can-we-improve-secondary-cvd-prevention-lse_efpia.pdf
15. Instituto Nacional de Estadística (INE). (2022). Defunciones según la causa de muerte. Resultados por comunidad autónoma de residencia [Base de datos]. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de <https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?tpx=46687>
16. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2022). Indicadores clave Sistema Nacional de Salud: Tasa de mortalidad ajustada por edad por cardiopatía isquémica por 100 000 hab. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de <https://inclasns.sanidad.gob.es/main.html>
17. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2022). Indicadores clave Sistema Nacional de Salud: Tasa bruta de hospitalización por infarto agudo de miocardio, por 10 000 hab. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de <https://inclasns.sanidad.gob.es/main.html>

18. Cardioalianza. (2023, noviembre). Las enfermedades cardiovasculares en Andalucía: Propuestas de prioridades para la mejora de la prevención y la atención sanitaria [Informe en PDF]. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de <https://cardioalianza.org/wp-content/uploads/2023/11/cardioalianza-informe-andalucia.pdf>
19. Mesa Rubio, D., Arrobas Velilla, T., Benedito Pérez de Inestrosa, T., Bianchi Llave, J. L., Castillo Moraga, M.^a J., Castro Ruiz, M.^a J., ... & Sociedad Andaluza de Cardiología. (2023). FARO: Prevención secundaria de la enfermedad vascular aterosclerótica (EVA) en Andalucía: Documento de posicionamiento interdisciplinario. Sociedad Andaluza de Cardiología. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de <https://www.sacardiologia.com/docs/faro.pdf>
20. Sociedad Andaluza de Cardiología. (2025, 28 de enero). Florence: prevención secundaria post-SCA mediante consulta virtual de enfermería. Red Amgen. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de <https://www.redamgen.com/actualidad/florence---noticia>
21. Garrido Hernández, J. M., & Márquez Calderón, S. (2022). Mortalidad por enfermedades cardiovasculares en el siglo XXI: diferencias entre Andalucía y España (Coordinación: F. E. Pérez Torres). Consejería de Salud y Familias, Junta de Andalucía. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de https://www.juntadeandalucia.es/sites/default/files/2022-07/INFORME_MxECIRCULATORIAS_20220707_0.pdf
22. Consejería de Salud y Familias. (2022). La mortalidad y sus causas en Andalucía en 2020 (Boletín Epidemiológico de Andalucía, Vol. 27, nº 29). Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de <https://repositoriosalud.es/rest/api/core/bitstreams/7218f243-5fa4-4f47-886b-8d5c5e3928ed/content>
23. Junta de Andalucía. Consejería de Salud y Consumo. (2025, 13 de marzo). Andalucía ultima su nuevo Plan Integral de Salud Cardiovascular, que apuesta por la prevención desde la infancia. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/saludyconsumo/servicios/actualidad/noticias/detalle/570490.html>
24. Junta de Andalucía. Consejería de Salud y Consumo. (2025). Proceso Asistencial Integrado: Fibrilación y Flutter Auricular 2025. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/saludyconsumo/areas/calidad/pai/paginas/pa-fa-flutter-auricular-2025.html>

25. Grupo de Trabajo de Prevención Cardiovascular. (2022). Prevención cardiovascular en España en 2022. *Revista Española de Cardiología*, 75(8), 659–669. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2022.03.005>. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656722000737?via=ihub>
26. Aguilar-Palacio, I., Rabanaque-Hernández, M. J., Castel, S., Maldonado, L., González-García, J., Compés, L., & Malo, S. (2024). Cohort Profile: The CARDiovascular Risk factors for hEalth Services research (CARhES) cohort study. *International Journal of Epidemiology*, 53(2), dyae015. <https://doi.org/10.1093/ije/dyae015>. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10879753/>
27. Gobierno de Aragón. Departamento de Sanidad. (2023). Encuesta Europea de Salud en Aragón 2020. Dirección General de Salud Pública. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de <https://www.aragon.es/documents/20127/1650151/ENCUESTA%2BEUROPEA%2BDE%2BSALUD%2B2020.pdf/bf4e5592-fc8b-a5c9-5e1c-0297dbffa812?t=1684926046587>
28. Gobierno de Aragón. Departamento de Sanidad. (2022). Estrategia de Diabetes de Aragón. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de <https://www.aragon.es/-/estrategia-de-diabetes>
29. Gobierno de Aragón. Departamento de Sanidad. (2022). Informe sobre Insuficiencia Renal Crónica en Aragón 2022. Dirección General de Salud Pública. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de <https://www.aragon.es/documents/20127/12299324/InformeIRC+2022+Arag%C3%B3n.pdf/b16d8e2e-5333-b1a3-5c79-d239570e69c9?t=1688714834126>
30. Gobierno de Aragón. Servicio Aragonés de Salud. (s. f.). Salud Informa. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de <https://www.saludinforma.es/portalsi/web/salud/inicio>
31. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS). (s. f.). BIGAN: Plataforma de inteligencia en salud de Aragón. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de <https://bigan.iacs.es/es/inicio#what>
32. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS). (s. f.). Uso de servicios sanitarios en población aragonesa con factores de riesgo cardiovascular. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de <https://bigan.iacs.es/es/proyectos/uso-de-servicios-sanitarios-en-poblacion-aragonesa-con-factores-de-riesgo-cardiovascular>
33. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS). (s. f.). Atlas de Variaciones en la Práctica Médica (Atlas VPM). Recuperado el 19 de octubre de 2025, de <https://cienciadedatosysalud.org/atlas-vpm/>

34. Instituto de Investigación Sanitaria Aragón. (2024, 30 de abril). Los aragoneses con factores de riesgo cardiovascular visitan 10 veces al año al médico de Atención Primaria y 7 a Enfermería. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de <https://www.iisaragon.es/los-aragoneses-con-factores-de-riesgo-cardiovascular-visitando-10-veces-al-ano-al-medico-de-atencion-primaria-y-7-a-enfermeria/>
35. Gobierno de Aragón. (2023). Plan de Salud de Aragón 2030. Departamento de Sanidad. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de <https://www.aragon.es/-/plan-de-salud-de-aragon-2030>
36. Gobierno de Aragón. Departamento de Sanidad. (2022). Código Infarto Aragón 2022. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de <https://www.aragon.es/documents/20127/26206116/DocumentoC%C3%B3digoInfarto2022.pdf/51833c58-c559-861e-cfa9-a9bba991e873?t=1654764844959>
37. Gobierno de Aragón. Servicio Aragonés de Salud. (s. f.). Servicio de Medicina Física y Rehabilitación. Sector Zaragoza II. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de <https://sectorzaragozados.salud.aragon.es/servicios/medicina-fisica-y-rehabilitacion/>
38. Govern de les Illes Balears. Conselleria de Salut i Consum. (2020, 14 de febrero). El Hospital Universitario Son Llàtzer acoge la Primera Jornada Balear de Rehabilitación Cardíaca. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de <https://www.caib.es/pidip2front/jsp/es/ficha-convocatoria/strongel-hospital-universitario-son-llagravetzer-acoge-lanbspprimera-jornada-balear-de-rehabilitacioacuten-cardiacastrong>
39. Hospital Universitario Son Espases. (2023, 1 de marzo). Hoy se ha llevado a cabo la jornada de la Estrategia de Salud en Cardiopatía Isquémica de las Islas Baleares. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de <https://www.hospitalsonespases.es/noticia/hoy-se-ha-llevado-cabo-la-jornada-de-la-estrategia-de-salud-en-cardiopatia-isquemica-de-las-islas-baleares>
40. Europa Press. (2022, 13 de agosto). Prestaciones y Farmacia completa la constitución de los comités técnicos de las 10 estrategias de salud que lidera. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de <https://www.europapress.es/illes-balears/noticia-prestaciones-farmacia-completa-constitucion-comites-tecnicos-10-estrategias-salud-lidera-20220813155949.html>
41. Govern de les Illes Balears. Conselleria de Salut. (2017). Estrategia de ictus de las Illes Balears 2017-2021.

42. Govern de les Illes Balears. Conselleria de Salut. (2023). Vía clínica para el manejo de las dislipemias en el paciente de alto riesgo vascular en Illes Balears. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de <https://ibamfic.org/wp-content/uploads/2024/04/Via-clinica-para-el-manejo-de-las-dislipemias-en-el-paciente-de-alto-riesgo-vascular-en-Illes-Balears-CORREGIDA.pdf>

43. Servicio Canario de la Salud. (2023). Programa de prevención y control de la Enfermedad Vascular Aterosclerótica (EVA) de Canarias. Gobierno de Canarias. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idCarpeta=61e907e3-d473-11e9-9a19-e5198e027117&idDocument=28544c12-ed37-11dd-958f-c50709d677ea>

44. Instituto Canario de Estadística (ISTAC) & Servicio Canario de la Salud (SCS). (2021). Población de 16 y más años según problemas de salud diagnosticados por un/a médico/a, sexos y grupos de edad. Diabetes. Resultados comparados 2009-2015-2021 [Encuesta de Salud de Canarias (ESC)]. Gobierno de Canarias.

45. Instituto Canario de Estadística (ISTAC) & Servicio Canario de la Salud (SCS). (2021). Población de 18 y más años según índice de masa corporal, sexos y grupos de edad por años. Resultados comparados 2004-2009-2015-2021 [Encuesta de Salud de Canarias (ESC)]. Gobierno de Canarias. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=39fb9544-4488-11e8-9d80-a9ef3954dfef&idCarpeta=0428f5bb-8968-11dd-b7e9-158e12a49309>

46. Servicio Canario de la Salud. (2023). Programa de prevención y control de la Enfermedad Vascular Aterosclerótica (EVA) de Canarias. Gobierno de Canarias. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de [https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idCarpeta=61e907e3-d473-11e9-9a19-e5198e027117&idDocument=28544c12-ed37-11dd-958f-c50709d677ea​;contentReference\[oaicite:1\]{index=1}](https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idCarpeta=61e907e3-d473-11e9-9a19-e5198e027117&idDocument=28544c12-ed37-11dd-958f-c50709d677ea​;contentReference[oaicite:1]{index=1}).

47. Servicio Canario de la Salud. (2023). Manual de vida saludable compacto. Gobierno de Canarias. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/5c69817c-14d2-11ee-a351-15249dad7ed8/Manual de Vida Saludable Compacto.pdf>

48. Servicio Canario de la Salud. (2024). Los círculos de la VIDA SALUDABLE. Gobierno de Canarias. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de [https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/aplicacion.jsp?idCarpeta=cc8a68ff-98de-11e1-9f91-93f3670883b5​;contentReference\[oaicite:1\]{index=1}](https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/aplicacion.jsp?idCarpeta=cc8a68ff-98de-11e1-9f91-93f3670883b5​;contentReference[oaicite:1]{index=1}).

49. Servicio Canario de la Salud. (s. f.). Escuela de Pacientes de Canarias. Gobierno de Canarias. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de [https://www3.gobiernodecanarias.org/aplicaciones/scs/escuela-de-pacientes/​;contentReference\[oaicite:1\]{index=1}](https://www3.gobiernodecanarias.org/aplicaciones/scs/escuela-de-pacientes/​;contentReference[oaicite:1]{index=1}).
50. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. (2020). Canal Salud: Compromiso Social – Memoria 2020. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/scs/as/gc/29/memorias/20/organizacion/compromiso/canal.html>
51. Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). (2024, mayo 6). Unidades de Riesgo Vascular. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de https://www.fesemi.org/sites/default/files/documentos/grupos/noticias/unidades_riesgo_vascular_6mayo24.pdfhttps://www.fesemi.org/sites/default/files/documentos/grupos/noticias/unidades_riesgo_vascular_6mayo24.pdf?utm_source=chatgpt.com
52. Consejería de Sanidad del Gobierno de Cantabria. (2024). Plan de Salud de Cantabria 2025-2029. Servicio Cántabro de Salud.
53. Gobierno de Cantabria. (2025, junio 13). El Gobierno constituye la Comisión de Coordinación Sociosanitaria para mejorar la atención de las personas con dependencia, cronicidad o vulnerabilidad social. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de <https://www.cantabria.es/web/comunicados/w/el-gobierno-constituye-la-comisi%C3%B3n-de-coordinaci%C3%B3n-sociosanitaria-para-mejorar-la-atenci%C3%B3n-de-las-personas-con-dependencia-cronicidad-o-vulnerabilidad-social>
54. Sociedad Española de Medicina Interna. (2024, mayo 6). Unidades de riesgo vascular acreditadas por SEMI. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de https://www.fesemi.org/sites/default/files/documentos/grupos/noticias/unidades_riesgo_vascular_6mayo24.pdf
55. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. (2024, mayo). Información sobre el programa de rehabilitación cardíaca. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de <https://www.humv.es/wp-content/uploads/2024/05/Informacion-sobre-programa-de-rehabilitacion-cardiaca.pdf>
56. Sociedad Española de Cardiología. (2025). Día Europeo de la Prevención del Riesgo Cardiovascular en Castilla-La Mancha.
57. Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha. (2020, octubre 13). Un estudio sobre cronicidad revela una mayor prevalencia de la obesidad y la hipertensión arterial en Castilla-La Mancha. Gobierno de Castilla-La Mancha. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de <https://secardiologia.es/images/comunicacion/notas/dia-europeo-prevencion-del-rcv-castilla-la-mancha.pdf>

58. Sánchez, A., Pérez, J., & Martín, M. (2011). Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en la población de Castilla-La Mancha: un estudio transversal. *Medicina Clínica*, 137(3), 132-138. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2010.11.040>
59. Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha. (2021). Plan de Salud de Castilla-La Mancha 2021-2025. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de https://sanidad.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20210831/plan_de_salud_de_castilla-la_mancha.pdf
60. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM). (2024). Manual del proceso transversal de atención a pacientes con insuficiencia cardíaca. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de https://sanidad.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20240109/pacientes_con_insuficiencia_cardiaca.pdf
61. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM). (2021). CORECAM 2021: Código Infarto Castilla-La Mancha. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de https://sanidad.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/paginas/archivos/corecam_2021.pdf
62. Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha. (2016). La Unidad de Rehabilitación Cardíaca y Prevención Secundaria del Hospital de Toledo cumple un año con más de 300 pacientes atendidos. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de <https://sanidad.castillalamancha.es/saladeprensa/notas-de-prensa/la-unidad-de-rehabilitacion-cardiaca-y-prevencion-secundaria-del>
63. Junta de Castilla y León. (2017). Se incrementan los factores de riesgo cardiovascular pero se reduce la mortalidad por las mejoras asistenciales. Comunicación. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de <https://comunicacion.jcyl.es/web/jcyl/Comunicacion/es/Plantilla100Detalle/1284721258367/1284766671245/Comunicacion>
64. Sociedad Castellano y Leonesa de Cardiología (SOCALEC), Sociedad Castellano y Leonesa de Medicina Familiar y Comunitaria (SOCALEMFyC), SEMERGEN Castilla y León, & SEMG Castilla y León. (2022). Protocolo coordinado de Atención Primaria-Hospitalaria en Insuficiencia Cardíaca de Castilla y León. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de https://www.semg.es/images/2022/Documentos/protocolo_inf.cardiaca_ap_cyleon.pdf
65. Hospital Universitario de Burgos. (s. f.). Manual de rehabilitación cardíaca. Junta de Castilla y León. <https://www.saludcastillayleon.es/saludcomunitaria/es/actividades-comunitarias/manual-rehabilitacion-cardiaca>

66. Junta de Castilla y León. (2025, junio 13). La Junta pone en marcha el Programa de Atención Integral a la Mujer dirigido a mejorar la salud física y emocional de las mayores de 50 y 70 años. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de https://comunicacion.jcyl.es/web/jcyl/Comunicacion/es/Plantilla100Detalle/1284663638052/_/1285530052735/Comunicacion
67. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. (2024). Estudio RECCyL 2024: Riesgo de enfermedad cardiovascular en Castilla y León. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/centinelas/programa-general-registro-2024-2025/riesgo-enfermedad-cardiovascular-castilla-leon.ficheros/2867427-Actualizacion%20n%C2%BA%201%20%20RECCYL2024%20%2004_11_2024.pdf
68. Consejería de Sanidad de Castilla y León. (2016). IV Plan de Salud de Castilla y León: Perspectiva 2020. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de <https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/planes-estrategias/iv-plan-salud-castilla-leon>
69. Junta de Castilla y León. (2025, mayo 20). La nueva Estrategia de Atención al Paciente Crónico de la Junta dará respuesta a dos millones de personas afectadas. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de <https://comunicacion.jcyl.es/web/jcyl/Comunicacion/es/Plantilla100Detalle/1281372051501/NotaPrensa/1285520911269/Comunicacion>
70. Junta de Castilla y León. (2025). Escuela de Pacientes. Portal de Salud de Castilla y León. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de <https://www.saludcastillayleon.es/escueladepacientes/es>
71. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. (s.f.). Queremos que usted sepa cómo cuidar su corazón. ICICOR. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de <http://www.icicor.es/UserFiles/File/Queremos%20que%20sepa%20como%20cuidar%20su%20corazon.pdf>
72. Junta de Castilla y León. (s. f.). Consejos de Salud de Zona. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de [https://www.saludcastillayleon.es/saludcomunitaria/es/salud-comunitaria-atencion-primaria/participacion-ciudadana-consejos-salud-zona/consejos-salud-zona​;contentReference\[oaicite:3\]{index=3}_](https://www.saludcastillayleon.es/saludcomunitaria/es/salud-comunitaria-atencion-primaria/participacion-ciudadana-consejos-salud-zona/consejos-salud-zona​;contentReference[oaicite:3]{index=3}_)
73. Junta de Castilla y León. (2023, septiembre 18). La Junta de Castilla y León desarrollará un sistema pionero en España para prevenir enfermedades cardio y cerebrovasculares. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de <https://comunicacion.jcyl.es/web/jcyl/Comunicacion/es/Plantilla100Detalle/1281372051501/NotaPrensa/1285315499328/Comunicacion>

74. Instituto de Estadística de Cataluña. (2020). Mortalidad: Defunciones por Tipo de Enfermedad, Sexo y Grupos de Edad. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de <https://www.idescat.cat/indicadors/?id=aec&n=15803>
75. Cardioalianza. (2023). Informe sobre la situación de la salud cardiovascular en Cataluña. Cardioalianza. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de <https://cardioalianza.org/wp-content/uploads/2023/07/cardioalianza-informe-cataluna.pdf>
76. 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. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de <https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t15/p420/a2019/p04/l0/&file=02016.px&L=0>.
77. Departament de Salut. (2023). Pla director de malalties cardiovasculars. Generalitat de Catalunya. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de <https://salutweb.gencat.cat/ca/ambits-actuacio/linies/eines-planificacio/pla-director-malalties-cardiovasculars/>
78. Departament de Salut. (2021). Guia breu lípids i risc cardiovascular [PDF]. Institut Català de la Salut. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/5955.2/guia_breu_lipids_risc_cardiovascular_2021_versio_breu.pdf?sequence=12
79. Hospital del Mar. (2021). Memòria d'activitats de la Unitat de Rehabilitació Cardíaca. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de https://www.hospitaldelmar.cat/media/upload/arxius/unitats/rehabilitacio_cardiaca/memoriaCAST.pdf
80. Mauri, F., Santaulària, N., Meroño, O., Beltrán, P., & Sanz, A. (2023). Guia de recomanacions per a la rehabilitació cardíaca. Departament de Salut. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/11311/guia_recomanacions_rehabilitacio_cardiaca_2023.pdf?sequence=1 Ciència i Salut+2
81. Generalitat de Catalunya. (2023). Guía de recomendaciones para la rehabilitación cardíaca. Departament de Salut. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de [https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/5673/model_rehabilitacio_cardiaca_prevenccio_secundaria_persones_sindrome_coronaria_aguda_2018.pdf?sequence=1​;contentReference\[oaicite:1\]{index=1}](https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/5673/model_rehabilitacio_cardiaca_prevenccio_secundaria_persones_sindrome_coronaria_aguda_2018.pdf?sequence=1​;contentReference[oaicite:1]{index=1})

82. Bellvitge Hospital. (2023, 23 de febrero). El Ministerio de Sanidad premia el Programa de Insuficiencia Cardíaca Comunitaria del Hospital de Bellvitge y la Atención Primaria Metropolitana Sur. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de <https://bellvitgehospital.cat/es/actualidad/noticia/el-ministerio-de-sanidad-premia-el-programa-de-insuficiencia-cardiaca>
83. Generalitat de Catalunya. (s. f.). La Meva Salut. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de <https://lamevasalut.gencat.cat/es/web/cps/ajuda/entrar>
84. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. (s. f.). Estació clínica d'atenció primària (ECAP). Recuperado el 19 de octubre de 2025, de <https://salutweb.gencat.cat/ca/ambits-actuacio/linies/tic/solucions-siscat/cataleg/estacions-cliniques/estacio-clinica-atencio-primaria-ecap/>
85. Clínic Barcelona. (2023, septiembre 6). La app AVANZAT, desarrollada en el Clínic, ofrece un programa de telerehabilitación cardíaca para pacientes que han tenido un infarto. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de <https://www.clinicbarcelona.org/noticias/la-app-avanzat-desarrollada-en-el-clinic-ofrece-un-programa-de-telerehabilitacion-cardiaca-para-pacientes-que-han-tenido-un-infarto>
86. CatCardio. (s. f.). Programa RECUPERAT: Rehabilitación cardíaca para la mejora de la salud cardiovascular. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de <https://www.catcardio.cat/programa-recuperat>
87. Generalitat de Catalunya. (s. f.). Programa Pacient Expert Catalunya. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de <https://canalsalut.gencat.cat/ca/sistema-salut/rol-ciudadania/participacio/programa-pacient-expert-catalunya/index.html#:~:text=El%20Programa%20Pacient%20Expert%20Catalunya%20%C2%AE%20t%C3%A9%20com,i%20professionals%20sanitaris%20i%20en%20el%20treball%20d%E2%80%99equip>
88. Gobierno de Navarra. (2022). Plan de Salud Pública de Navarra 2022-2025. Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de <https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/75366057-0BD9-45A2-916F-61AC731CFA93/485645/PlandeSaludPublicadeNavarra20222025.pdf>
89. Rueda, José & Díez, J & Guembe, María & González-Diego, Paulino & Amézqueta, Carlos & Cosials, Joaquín & Tornos, Isabel & Vila, Eduardo & Grijalba, A. & Serrano, Manuel & Iribas, María & Arcos, E. & Guerrero-Setas, David. (2007). Estudio de riesgo vascular en Navarra: objetivos y diseño. Prevalencia del síndrome metabólico y de los factores mayores de riesgo vascular. Anales del sistema sanitario de Navarra, ISSN 1137-6627, Vol. 30, N°. 1, 2007, pags. 113-124. 30. 10.4321/S1137-66272007000100011.

90. Gobierno de Navarra. (2022). Registro de Infarto Agudo de Miocardio de Navarra 2022. Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de <https://portalsalud.navarra.es/documents/11746728/14779639/Informaci%C3%B3n%2B2022%2Binfarto.pdf/f54e724d-4a8d-e95b-a9e2-e4c7fa5c2142?t=1694690802030>
91. Gobierno de Navarra. (2022). Plan de Salud Pública de Navarra 2022-2025. Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de <https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/75366057-0BD9-45A2-916F-61AC731CFA93/485645/PlandeSaludPublicadeNavarra20222025.pdf>
92. Gobierno de Navarra. (2022). La Unidad de Rehabilitación Cardíaca del Hospital Universitario de Navarra recibe el certificado de excelencia de la Sociedad Española de Cardiología. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de <https://www.navarra.es/es/-/la-unidad-de-rehabilitacion-cardiaca-del-hospital-universitario-de-navarra-recibe-el-certificado-de-excelencia-de-la-sociedad-espanola-de-cardiologia>
93. Comunidad de Madrid. Enfermedades cardiovasculares. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/iesp-enfermedades-cardiovasculares>
94. Comunidad de Madrid. Enfermedades cardiovasculares. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/iesp-enfermedades-cardiovasculares>
95. Cardioalianza. (2023). Las enfermedades cardiovasculares en la Comunidad de Madrid. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de <https://cardioalianza.org/wp-content/uploads/2023/03/cardioalianza-informe-madrid-.pdf>
96. Revista Española de Cardiología. (2024). Diferencias por sexos en la adherencia al tratamiento. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de [https://www.revespcardiol.org/en--diferencias-por-sexos-en-la-adherencia--articulo-S0300893224014714-pdf-file​;contentReference\[oaicite:5\]{index=5}](https://www.revespcardiol.org/en--diferencias-por-sexos-en-la-adherencia--articulo-S0300893224014714-pdf-file​;contentReference[oaicite:5]{index=5})
97. CardioRed1. (2023). PreveCardio: Cribado de los factores de riesgo cardiovascular en CardioRed1. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de <https://cardioired1.org/d3scargas/ORIGINAL-INTERNET-4.pdf>
98. Comunidad de Madrid. (2014). Plan Ictus. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de https://www.comunidad.madrid/transparencia/sites/default/files/plan/document/910_639_plan_ictus_250614_0.pdf

99. CardioRed. (s. f.). CARDIOBOOK: Manual de Rehabilitación Cardíaca. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de <https://cardiored1.org/d3scargas/CARDIOBOOK.pdf>
100. Comunidad de Madrid. (s. f.). Código Infarto. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/codigo-infarto>
101. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. (2021, abril). Plan de atención a los pacientes con ictus en la Comunidad de Madrid. Dirección General de Proceso Integrado de Salud. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de <https://www.madrid.org/bvirtual/BVCM050314.pdf>
102. Comunidad de Madrid. (2021). Guía de práctica clínica para el paciente con insuficiencia cardíaca crónica. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/gpc_paciente_insuficienciardiaca_cronica_uets-madrid.pdf
103. Generalitat Valenciana. (2022). Resultados Encuesta de Salud 2022. Conselleria de Sanitat Universal y Salut Pública. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de https://www.san.gva.es/documents/d/salut-publica/resultados_2022
104. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. (2022). Resolución de 10 de junio de 2022, de la directora general de Asistencia Sanitaria, por la que se actualiza el Proceso Asistencial Integrado de la Enfermedad Cerebrovascular Aguda en la Comunitat Valenciana. Diari Oficial de la Generalitat Valenciana (DOGV), nº 9364, 22 de junio de 2022. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de https://dogv.gva.es/datos/2022/06/22/pdf/2022_5701.pdf
105. Sociedad Valenciana de Cardiología. (s. f.). PROCORC. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de [https://svcardio.org/procorc-contenido​;contentReference\[oaicite:18\]{index=18](https://svcardio.org/procorc-contenido​;contentReference[oaicite:18]{index=18)
106. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. (s. f.). Protocolo de seguimiento de valvulopatías. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de <https://www.san.gva.es/documents/d/assistencia-sanitaria/protocolo-seguimiento-valvulopatias-pdf>
107. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. (2023). Resultados en salud de la Comunitat Valenciana 2022. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de https://www.san.gva.es/documents/d/salut-publica/resultados_2022
108. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. (s. f.). Plan Código Infarto Comunitat Valenciana. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de https://www.san.gva.es/documents/d/assistencia-sanitaria/plan_codigo_infarto_cv

109. Junta de Extremadura. (2024). Plan Integral de Enfermedades Cardiovasculares y Cerebrovasculares de Extremadura 2024-2027. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de <https://www.juntaex.es/documents/77055/406857/Plan+Integral+de+Enfermedades+Cardiovasculares+y+Cerebrovasculares+de+Extremadura+2024-2027.pdf/285122e9-599b-af19-7887-e999565d7c61>
110. Servicio Extremeño de Salud. (s. f.). Código Infarto. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de https://saludextremadura.ses.es/filescms/web/uploaded_files/Principal/C%C3%B3digos%20Para%20Patolog%C3%ADas%20de%20Atenci%C3%B3n%20Urgente/C%C3%B3digo%20Infarto.pdf
111. Sociedad Española de Cardiología. (2015, 13 de marzo). Galicia es un año más la comunidad autónoma con mayor índice de mortalidad cardiovascular. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de <https://secardiologia.es/comunicacion/notas-de-prensa/notas-de-prensa-sec/6055-galicia-es-un-ano-mas-la-comunidad-autonoma-con-mayor-indice-de-mortalidad-cardiovascular>
112. Consellería de Sanidade – Servizo Galego de Saúde. (s. f.). Enfermedades cardiovasculares. Xunta de Galicia. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de <https://www.sergas.gal/Saude-publica/SVEC-Enfermedades-cardiovasculares>
113. Servicio Gallego de Salud (SERGAS). (2022). Mortalidad por enfermedades del corazón en personas de 35-84 años: tasa ajustada. Observatorio de Salud Pública de Galicia
114. Consellería de Sanidade – Servizo Galego de Saúde. (s. f.). Mortalidade por enfermidades do corazón en persoas de 35 a 84 anos (taxa axustada). Xunta de Galicia. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de <https://observatoriosaudedepublica.sergas.gal/es/situacion-da-saude-en-galicia/indicadores-do-estado-de-saude/indicadores-ampliados/mortalidad-por-enfermedades-del-corazon-en-personas-de-35-84-anos-tasa-ajustada?mode=chart#indicadores-tab>
115. Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago de Compostela. (2024, 27 de febrero). Investigadores del IDIS participan en el proyecto TIMELY de teleasistencia con inteligencia artificial tras rehabilitación cardíaca. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de <https://www.idisantiago.es/investigadores-del-idis-participan-en-el-proyecto-timely-de-teleasistencia-con-inteligencia-artificial-tras-rehabilitacion-cardiaca/>
116. Vázquez Mourelle, R. (Coord.). (2023). Actualización da asistencia ao Ictus en Galicia (Código Ictus). Xunta de Galicia, Consellería de Sanidade, Servizo Galego de Saúde. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de [https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/874/Actualizacion da asistencia ao Ictus en Galicia 2023.pdf](https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/874/Actualizacion%20da%20asistencia%20ao%20Ictus%20en%20Galicia%202023.pdf)

117. Consellería de Sanidade – Servizo Galego de Saúde. (2024). Código Shock Cardiogénico: Atención al paciente en shock cardiogénico en el Servicio Gallego de Salud. Xunta de Galicia. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de <https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/1861/1PA%20Co%CC%81digo%20Shock%20Cardioge%CC%81nico-es.pdf>
118. HM Modelo. (s. f.). Cardiólogos. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de <https://www.hmmodelo.com/especialidades/servicios-hospitalarios/cardiologos>
119. Vithas. (2016, 17 de octubre). La Unidad de Rehabilitación Cardíaca del Hospital Vithas Vigo cumple cuatro años triplicando el número de pacientes en tratamiento. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de <https://vithas.es/la-unidad-de-rehabilitacion-cardiaca-del-hospital-vithas-vigo-cumple-cuatro-anos-triplicando-el-numero-pacientes-en-tratamiento/>
120. Gobierno de La Rioja. (2020). Estrategia de salud comunitaria de La Rioja. Consejería de Salud. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de <https://www.riojasalud.es/files/content/ciudadanos/planes-estrategicos/Estrategia-Salud-Comunitaria.pdf>
121. Servicio Riojano de Salud. (2015). Estrategia asistencial en Diabetes Mellitus de La Rioja. Gobierno de La Rioja. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de https://www.riojasalud.es/files/content/servicios/endocrinologia/estrategia_asistencial_en_dm_de_la_rioja.pdf
122. Gobierno de La Rioja. (2022). III Plan de Salud de La Rioja 2022-2025. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de <https://www.riojasalud.es/files/content/ciudadanos/planes-estrategicos/III-plan-salud.pdf>
123. Departamento de Salud del Gobierno Vasco. (2020). Plan de salud de Euskadi 2030. Gobierno Vasco. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_departamento/es_def/adjuntos/plan-salud-2030.pdf
124. Cardioalianza. (2023). Enfermedades cardiovasculares en el País Vasco: Informe 2023. Cardioalianza. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de <https://cardioalianza.org/wp-content/uploads/2023/03/cardioalianza-informe-paisvasco-web-min-3.pdf>
125. Hospital Aita Menni. (s. f.). Guía para la prevención secundaria del ictus. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de <https://www.aita-menni.org/wp-content/documentos/guia-prevencion-secundaria-ictus.pdf>

126. Gobierno Vasco. (2024). Informe de Salud Pública y Adicciones 2023. Departamento de Salud del Gobierno Vasco. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/informes_salud_publica/es_def/adjuntos/Informe-Salud-Publica-2023.pdf
127. Departamento de Salud del Gobierno Vasco. (2024). Plan de Atención a Pacientes con Ictus en Euskadi. Osakidetza. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/plan_pacientes_ictus/es_def/index.shtml
128. Gobierno Vasco. Departamento de Salud. (2022). Plan de Salud de Euskadi 2030. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_departamento/es_def/adjuntos/plan-salud-2030.pdf
129. Revista Española de Cardiología. (2023). Prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular en la población española. Revista Española de Cardiología. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de <https://www.revespcardiol.org/es-congresos-sec--el-congreso-de-las-enfermedades-car-76-sesion-enfermeria-cardiovascular-miscelanea-4367-prevalencia-de-los-factores-de-riesgo-ca-51522>
130. Álvarez, M., García, C., Fernández, J., & Sánchez, R. (2018). Prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular en Asturias [Resumen]. Revista Española de Cardiología, Congreso SEC – El Congreso de las Enfermedades Cardiovasculares.
131. Gobierno del Principado de Asturias. Consejería de Salud. (2022). Ranking de mortalidad en Asturias 2021. Observatorio de Salud de Asturias. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de https://www.astursalud.es/documents/35439/1651616/2021_RANKING_MORTALIDAD_2021.pdf/75a3a639-47c2-1217-f601-c1b8ad98861e?t=1747640855944
132. Gobierno del Principado de Asturias. (2019). Plan de Salud del Principado de Asturias 2019-2030. Consejería de Sanidad. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de https://www.asturias.es/webasturias/GOBIERNO/ACTUALIDAD/pdfs/2019/2019_01_25_resumen_plan_salud.pdf
133. Servicio de Salud del Principado de Asturias. (2020). Asturias es la primera comunidad en implantar el protocolo de insuficiencia cardíaca aguda en la historia clínica electrónica. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de https://www.astursalud.es/documents/35439/38817/2020_01_26+NP+Protocolo+insuficiencia+cardiaca.pdf/12ec9479-752c-5510-7044-0fbab9c1170e?t=1580129319852

134. Gobierno del Principado de Asturias. Consejería de Salud. (2024, 19 de junio). La Unidad de Rehabilitación Cardíaca del HUCA algama'l certificáu d'escelencia de la Sociedad Española de Rehabilitación Cardiorrespiratoria (SORECAR). Recuperado el 19 de octubre de 2025, de

[https://www.asturias.es/detalle-noticia/-/categories/572315?](https://www.asturias.es/detalle-noticia/-/categories/572315?prp_categoryId=572315&com_liferay_asset_categories_navigation_web_portlet_AsetCategoriesNavigationPortlet_articleId=1567983&articleId=1567983&title=La%20Unid%C3%A1%20de%20Rehabilitaci%C3%B3n%20Cardiaca%20del%20HUCA%20algama%E2%80%99l%20certific%C3%A1u%20d%E2%80%99escelencia%20de...&redirect=https%3A%2F%2Fwww.asturias.es%2Fast%2Finicio%2F)

[p_r_p_categoryId=572315& com_liferay_asset_categories_navigation_web_portlet_AsetCategoriesNavigationPortlet_articleId=1567983&articleId=1567983&title=La%20Unid%C3%A1%20de%20Rehabilitaci%C3%B3n%20Cardiaca%20del%20HUCA%20algama%E2%80%99l%20certific%C3%A1u%20d%E2%80%99escelencia%20de...&redirect=ht tps%3A%2F%2Fwww.asturias.es%2Fast%2Finicio%](https://www.asturias.es/detalle-noticia/-/categories/572315?prp_categoryId=572315&com_liferay_asset_categories_navigation_web_portlet_AsetCategoriesNavigationPortlet_articleId=1567983&articleId=1567983&title=La%20Unid%C3%A1%20de%20Rehabilitaci%C3%B3n%20Cardiaca%20del%20HUCA%20algama%E2%80%99l%20certific%C3%A1u%20d%E2%80%99escelencia%20de...&redirect=https%3A%2F%2Fwww.asturias.es%2Fast%2Finicio%2F)

135. Sociedad Española de Cardiología. (2023). Día Europeo de la Prevención del Riesgo Cardiovascular en Murcia. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de <https://secardiologia.es/images/comunicacion/notas/dia-europeo-prevencion-del-rcv-murcia.pdf>

136. Gobierno de la Región de Murcia. (2023). La Comunidad impulsa la salud cardiovascular con la constitución de una comisión regional. Recuperado de https://www.murciasalud.es/-/20230204_estrategia_cardio

137. Consejería de Salud. Dirección General de Salud Pública y Adicciones. Servicio de Epidemiología. (2022). Estudio DICA 2022: Encuesta sobre Riesgo Cardiovascular y Dieta [Tríptico]. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de https://sms.carm.es/ricsmur/bitstream/handle/123456789/11404/Estudio_DICA_2022-Triptico.pdf

138. Sociedad Murciana de Cardiología. (2020). Registro regional de rehabilitación cardíaca de la Región de Murcia (CARPRIMUR). Recuperado el 19 de octubre de 2025, de <https://carprimur.com/cms/wp-content/uploads/2020/02/file-17-02-2020-11-45-49-TjQDI6SBYHsSSY.pdf>

139. Servicio Murciano de Salud. (2024, 21 de febrero). La Unidad de Rehabilitación Cardíaca del Hospital Reina Sofía amplía sus instalaciones para mejorar la recuperación de los pacientes con enfermedades cardiovasculares. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de <https://www.murciasalud.es/-/20240221-reh-cardiaca-reina-sofia>