

# IV

## Control integrado de las enfermedades crónicas y sus factores de riesgo

## Competencias del personal sanitario

45. GARANTIZAR QUE EL SISTEMA DE SALUD, Y PARTICULARMENTE EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, DISPONGA DE RECURSOS HUMANOS SUFICIENTES, COMPETENTES, MOTIVADOS Y ESTABLES, QUE SE TRABAJE EN EQUIPOS MULTIDISCIPLINARIOS, SE DEFINAN INEQUÍVOCAMENTE LAS FUNCIONES DEL PERSONAL MÉDICO Y DE ENFERMERÍA EN TODOS LOS NIVELES DE LA ATENCIÓN, Y QUE SE EVALÚE SU DESEMPEÑO.

La provisión de recursos humanos y materiales en número y capacitación adecuados es condición necesaria para lograr que la oferta de servicios responda de forma eficiente y sostenible a las necesidades reales de atención que plantea este enorme desafío.

La calidad de la asistencia médica depende en gran medida de la formación del personal sanitario (sobre todo del de atención primaria) en la prestación de una atención integral, continuada, vertebrada en torno a los conceptos del modelo de cuidados a los enfermos crónicos, y que promueva el automanejo, la adhesión a guías de práctica clínica y la reducción de la variabilidad injustificada de la práctica médica.

46. DESARROLLAR ESTRATEGIAS INTEGRALES Y SOSTENIBLES DE EDUCACIÓN CONTINUADA DIRIGIDAS ESPECIALMENTE A LOS TRABAJADORES DE LA ATENCIÓN PRIMARIA, REFORZAR EL COMPONENTE DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ECV Y, SI ES NECESARIO, REVISAR LOS PROGRAMAS ACADÉMICOS PARA ALCANZAR ESE OBJETIVO.

La incidencia de los cambios sociales, demográficos, epidemiológicos y tecnológicos en las ECV exige reorientar periódicamente los planes de estudio, de pre y postgrado, para adaptarlos en cada país a sus necesidades formativas.

La correcta implantación de los modelos integrales de prevención y control de riesgos y enfermedades crónicas obliga a revisar los planes de estudio vigentes y a incorporar en ellos la formación y acreditación continuadas, la troncalidad, las tecnologías de la información y la comunicación, la medicina basada en pruebas, así como la planificación, la gestión de servicios y la gestión clínica.

## Atención primaria, estratificación de la población y redes integradas de servicios de salud

47. FORTALECER LOS SISTEMAS DE SALUD BASADOS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA Y ORGANIZADOS EN REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS, PRESTANDO ESPECIAL ATENCIÓN A LAS TRES FUNCIONES BÁSICAS DEL PRIMER NIVEL EN RELACIÓN CON LAS ECV: SERVIR DE PUERTA DE ENTRADA AL SISTEMA, GARANTIZAR LA COORDINACIÓN Y LA CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN E INTEGRAR LA INFORMACIÓN DEL USUARIO.

La prevención y el control de las ECV mejorarán si los sistemas de salud se orientan a la completa implantación de la estrategia de atención primaria y si los cuidados se articulan en torno a redes integradas de servicios de salud.

El acceso a la prevención clínica prestada en servicios integrales de salud redundará en ganancias económicas, sociales y de salud importantes porque las ECV comparten factores de riesgo con otras enfermedades crónicas.

La fragmentación de la atención desemboca en una falta de adherencia a los estándares internacionales que explica el tratamiento subóptimo, el aumento de las recurrencias y las complicaciones.

48. IDENTIFICAR LAS NECESIDADES DE ATENCIÓN SANITARIA DE LOS PACIENTES CON ECV Y OTRAS ENFERMEDADES CRÓNICAS EN GENERAL Y, DE ELLOS, LOS MÁS FRÁGILES O COMPLEJOS EN PARTICULAR, ESTRATIFICANDO A ESTOS PACIENTES EN FUNCIÓN DE SU RIESGO Y SU PERFIL DE MORBILIDAD CRÓNICA, DE HOSPITALIZACIÓN Y DE CONSUMO DE RECURSOS A FIN DE ADECUAR LOS RECURSOS Y LOS CIRCUITOS ASISTENCIALES A ELLOS.

La estratificación de la población de pacientes crónicos puede realizarse sobre la base de diferentes tipos de riesgo, como el de muerte, complicaciones graves, admisiones y readmisiones hospitalarias, disminución del estado funcional, utilización de recursos y costo de la atención sanitaria. La carga de morbilidad ha demostrado congruentemente ser un factor clave para estratificar la población.

El costo es una variable útil para determinar la complejidad de los pacientes crónicos e identificar aquellos cuyo riesgo de consumir recursos sanitarios es alto.

Existe una alta concentración y persistencia del costo sanitario en un subgrupo pequeño de pacientes con ECV y otras enfermedades crónicas.

**49. AUMENTAR LA EFECTIVIDAD Y EFICIENCIA DEL SISTEMA DE SALUD ADECUANDO LAS INTERVENCIONES SANITARIAS Y SUS RECURSOS A LOS NIVELES DE COMPLEJIDAD DE LA MORBILIDAD ATENDIDA Y DEL RIESGO DE CONSUMO DE RECURSOS EN QUE SE ESTRATIFICA LA POBLACIÓN DE PACIENTES CON ECV Y OTRAS ENFERMEDADES CRÓNICAS.**

Hay diferentes modelos que predicen la utilización de recursos sanitarios a partir de la morbilidad crónica atendida y el uso previo de recursos asistenciales generales (hospitalización, gasto en farmacia, prescripción ambulatoria de dispensación ambulatoria) o de determinados servicios (reingresos hospitalarios urgentes). Algunos ejemplos son el desarrollado por Kaiser Permanente o el modelo PARR (Patients at Risk of Re-hospitalization) de la King´s Fund.

Unos modelos son útiles para el proveedor de servicios (modelos predictivos), pues con ellos se predicen los pacientes de alto riesgo de morbilidad y de muy elevado consumo de recursos sanitarios (frecuentación, hospitalización, readmisiones, medicamentos). Otros son útiles para el financiador (modelos de ajuste de riesgo), ya que con ellos se ajustan por riesgo la estimación de la calidad y eficiencia de los servicios y los pagos a los proveedores.

Modelos de predicción más avanzados y complejos, como el Arquímedes, predicen con alta validez el riesgo de morbilidad y el consumo de recursos sanitarios a partir de variables fisiológicas y biológicas, factores de riesgo, signos y síntomas, pruebas diagnósticas, tratamientos, complicaciones, muerte, procesos de atención médica, y tipo y volumen de recursos del sistema sanitario.

**50. GARANTIZAR QUE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DISPONEN DE LAS TECNOLOGÍAS, HERRAMIENTAS Y PRESTACIONES NECESARIAS PARA EVALUAR Y CONTROLAR CON EFICIENCIA EL RIESGO CARDIOVASCULAR.**

La correcta integración de servicios en red y la eficiencia y calidad globales del sistema son en parte tributarias de que se dote a la atención primaria con las tecnologías más costo-efectivas y con mayor capacidad resolutive para ese nivel de la atención.

Entre éstas destacan normas y protocolos, criterios de referencia y derivación, tablas de predicción de riesgo, pruebas de laboratorio básicas, medicamentos esenciales, registros o historias clínicas simplificadas, y programas de apoyo al paciente en el autocuidado y de educación de las familias y la comunidad.

**51. IMPLANTAR CRITERIOS DE DERIVACIÓN DE PACIENTES DESDE EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN A OTROS ÁMBITOS DE ATENCIÓN DEL SISTEMA DE SALUD, QUE RESPONDAN A LOS PROBLEMAS DE COORDINACIÓN ENTRE NIVELES Y SE BASEN EN LA EFECTIVIDAD DE LAS PRESTACIONES DE CADA NIVEL Y EN LA EFICIENCIA GLOBAL DEL SISTEMA.**

La atención de las personas con factores de riesgo y con ECV en el nivel de atención adecuado es requisito de calidad del sistema, reduce demoras de diagnósticos y tratamientos, duplicación y realización de pruebas diagnósticas inadecuadas, la prescripción inducida y maximiza, en suma, la capacidad resolutive y la eficiencia de cada nivel.

## Modelo de atención a las enfermedades crónicas

**52. ACELERAR LA IMPLANTACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRADO DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS EN LOS SERVICIOS DE SALUD. EN ÉL SON CRÍTICOS EL FOMENTO DEL AUTOCUIDADO Y LA REDEFINICIÓN DE LAS FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES DEL PERSONAL MÉDICO, DE ENFERMERÍA Y DE TRABAJO COMUNITARIO.**

La fragmentación de los servicios, incluidos los de prevención, reduce la efectividad de los tratamientos y aumenta la incidencia de complicaciones y muertes evitables, así como la ineficiencia de los servicios de atención primaria y especializada.

La aplicación del modelo de atención integrado de las enfermedades crónicas puede favorecer una atención cardiovascular más integral y sostenible, potenciar el autocuidado de los pacientes, y mejorar la coordinación entre niveles de atención.

Diversos estudios demuestran que no es ningún elemento aislado de los que componen los modelos de atención de pacientes crónicos el que desempeña un papel primordial en la mejora de resultados clínicos en pacientes con ECV y otras enfermedades no transmisibles, sino el cambio del conjunto de estos elementos interconectados en el modelo de provisión de servicios.

**53. POTENCIAR EL PAPEL ACTIVO, LA RESPONSABILIZACIÓN Y LA AUTONOMÍA DE LAS PERSONAS CON FACTORES DE RIESGO O ECV, Y ESPECIALMENTE CON DIABETES E HIPERTENSIÓN, MEDIANTE EL DESARROLLO DE SUS HABILIDADES Y RECURSOS PARA MAXIMIZAR SU CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO.**

El riesgo de las ECV se reduce y su control mejora cuando las personas afectadas conocen los estilos de vida saludable, los factores de riesgo y los cambios de comportamiento necesarios para reducirlos, así como las medidas específicas de autocuidado.

El autocuidado implica la participación activa de los pacientes y sus cuidadores en su propia asistencia de salud y en la toma de decisiones informadas y compartidas por el profesional, el paciente y el cuidador. Supone también la participación activa de los ciudadanos en la promoción de su salud y la prevención de la aparición y el desarrollo de enfermedades crónicas. Las personas que autogestionan su enfermedad, tras haber recibido apoyo para conseguirlo, consiguen mejores resultados en su control que las que no lo hacen.

## Hipertensión arterial y riesgo cardiovascular total individual

**54. FORTALECER LAS ACCIONES PARA MEJORAR LOS NIVELES DE CONOCIMIENTO, TRATAMIENTO Y CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL (HTA), HACIENDO HINCAPIÉ EN LA DETECCIÓN OPORTUNA, LA SELECCIÓN Y LA UTILIZACIÓN ADECUADAS DE MEDICAMENTOS Y LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA.**

La hipertensión arterial, la hipercolesterolemia y el tabaquismo vistos en conjunto explican más del 80% de las ECV, pero la hipertensión es el factor de riesgo con más peso y se asocia con el 62% de los accidentes cerebrovasculares y 49% de la cardiopatía isquémica. Tratar y controlar la HTA es, por lo tanto, una estrategia medular en la atención de las ECV.

Muchos de quienes padecen hipertensión arterial desconocen su condición de hipertensos y una significativa proporción de los tratados no alcanzan la meta de control (< 140/90 mmHg).

La cobertura de las intervenciones de detección aumenta cuando se fomentan acciones de tamizaje con personal sanitario no médico, especialmente enfermeras entrenadas y certificadas, y en enclaves no tradicionales tales como los lugares de trabajo.

El diagnóstico de la HTA es relativamente fácil y su tratamiento, de bajo costo.

**55. FOMENTAR LA EVALUACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR TOTAL INDIVIDUAL EN LAS PRESTACIONES CLÍNICAS PREVENTIVAS, HACIENDO HINCAPIÉ EN EL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON ALTO RIESGO DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR.**

El mejor enfoque clínico, basado en pruebas científicas, para hacer frente a las enfermedades cardiovasculares, en países de renta per cápita baja o media, es el tratamiento basado en una combinación de medicamentos (aspirina, dos antihipertensivos y una estatina) para las personas detectadas en la atención primaria y clasificadas como de alto riesgo cardiovascular y para aquellos pacientes que ya han tenido un evento cardiovascular.

La OMS ha producido un instrumento para la evaluación del riesgo cardiovascular que puede simplificar esta evaluación y que no necesariamente precisaría de análisis de laboratorio.

Se estima que la generalización de esta intervención pudiera evitar 18 millones de muertes por enfermedades cardiovasculares, en un período de diez años, en 23 países que tienen una alta carga de enfermedad cardiovascular y cuya renta per cápita es baja o media, a un costo de 1.08 dólares americanos por persona por año.

**56. REFORZAR LA DETECCIÓN TEMPRANA Y EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN LAS PERSONAS CON HIPERTENSIÓN Y DIABETES.**

La combinación de HTA y diabetes aumenta marcadamente el riesgo de eventos cardiovasculares y de enfermedad renal terminal, por lo cual en los pacientes con diabetes, la HTA debe ser tratada hasta conseguir controlarla. La alta prevalencia de HTA, y las señales de que la diabetes está adquiriendo carácter epidémico, refuerzan la necesidad de estar preparados para encarar este desafío de salud pública.

Hay grandes lagunas en el diagnóstico y el tratamiento de la hipertensión y la diabetes que impiden reducir en lo posible la incidencia de la enfermedad renal crónica, por lo que se aconseja detectar tempranamente la enfermedad renal en la atención primaria de salud (por medio de la albuminuria y creatinina), particularmente en poblaciones de riesgo y prestando especial atención a las personas con hipertensión y diabetes.

**57. MONITORIZAR LOS NIVELES DE CONTROL POBLACIONAL DE LA HIPERTENSIÓN A ESCALA NACIONAL Y LOCAL Y ESPECIALMENTE EN GRUPOS VULNERABLES.**

Los casos de hipertensión no controlados son frecuentes a pesar de que muchos pacientes consultan a su médico con regularidad.

La tasa de control poblacional de la hipertensión es un componente de la efectividad de los programas y, a su vez, un indicador centinela de las desigualdades en salud. Como tal, puede usarse para evaluar tanto dichas desigualdades como la efectividad de las intervenciones encaminadas a reducirlas.

## Calidad y eficiencia de las prestaciones clínicas

**58. EJECUTAR POLÍTICAS QUE FAVOREZCAN QUE EL SISTEMA DE SALUD OPERE BAJO ALTOS ESTÁNDARES DE EFICIENCIA Y SEGURIDAD CLÍNICA. EN ESTE CONTEXTO, APLICAR SISTEMAS DE CERTIFICACIONES Y AUDITORÍAS CLÍNICAS.**

La acreditación y certificación de los establecimientos de salud y los proveedores, así como otros procedimientos de auditoría, son herramientas que contribuyen a mejorar la calidad de los servicios de salud y la seguridad del paciente. La legislación desempeña un papel importante en esta tarea, aunque su éxito depende de la habilidad para hacer cumplir leyes y respetar las reglas de juego formales e informales.

**59. ESTABLECER PROGRAMAS INTEGRALES DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD PARA EVALUAR LAS PRESTACIONES RELACIONADAS CON LA ATENCIÓN A LAS ECV EN LAS UNIDADES QUE CONFORMAN LOS SERVICIOS DE SALUD.**

La mejora de la calidad de los planes, estrategias y programas dirigidos a la prevención de las ECV y al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas exige evaluar su efectividad y eficiencia, detectar barreras y limitaciones a su progresión, diseñar medidas de mejora, implantarlas y evaluarlas de nuevo conforme a un sistema permanente de retroalimentación de la información y en el marco de modelos de evaluación continua de la calidad.

**60. IMPLEMENTAR GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA ADAPTADAS A LOS REQUERIMIENTOS, RECURSOS Y LA CULTURA LOCAL QUE DEFINAN Y ARMONICEN LAS FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES DE TODOS LOS NIVELES DE LA RED DE SERVICIOS.**

La adecuada implantación y observancia de guías de práctica clínica correctamente elaboradas y basadas en altos niveles de evidencia es una condición necesaria para prestar una atención de calidad, reducir la variabilidad injustificada y, por ende, disminuir la morbimortalidad y el gasto evitables.

**61. IMPLANTAR POLÍTICAS DE REGULACIÓN DE MEDICAMENTOS Y OTRAS TECNOLOGÍAS BASADAS EN SU BUENA CALIDAD, EFICACIA RELATIVA, SU VALOR DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO AÑADIDOS, SU VALOR SOCIAL, Y SU SEGURIDAD. ASEGURAR QUE LA COBERTURA DE LOS SERVICIOS RESPONDE A ESTOS PRINCIPIOS Y QUE SE PROMUEVE LA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS GENÉRICOS.**

El aumento del gasto en tecnologías para las ECV no siempre se asocia con un aumento de la efectividad del diagnóstico y el tratamiento y mejores resultados clínicos. La sostenibilidad de las tecnologías puede estar en peligro a menos que se apliquen criterios de costo-efectividad incremental y valor social en la selección, adopción y difusión de las nuevas y en la desinversión de las obsoletas y menos costo-efectivas.

La mejora de la accesibilidad y disponibilidad de medicamentos y tecnologías esenciales y de la provisión de servicios de farmacia integrales se produce cuando se implantan políticas que refuerzan el uso racional de medicamentos, promueven la prescripción de genéricos e incluyen medidas adecuadas de fijación de precios y de racionalización del gasto.

Existen intervenciones y tecnologías costo-efectivas, asequibles y viables para hacer frente a estas enfermedades, incluso en entornos de bajos ingresos.

## Síndrome coronario agudo y accidentes cerebrovasculares

### 62. PRIORIZAR UN GRUPO DE INTERVENCIONES CLAVES PARA MEJORAR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN A LOS ENFERMOS CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO (SCA) Y CON ACCIDENTES CEREBROVASCULARES (ACV), A SABER:

62 A. IMPLEMENTAR UNA ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN Y EDUCACIÓN DE LA POBLACIÓN GENERAL PARA USAR EFICIENTEMENTE LOS SISTEMAS DE URGENCIAS, DETECTAR TEMPRANAMENTE LOS SÍNTOMAS Y SIGNOS PREMONITORIOS DE UN SCA O ATAQUE AL CORAZÓN Y DE UN ACV O ICTUS, REALIZAR CORRECTAMENTE LAS MANIOBRAS DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR, Y UTILIZAR ADECUADAMENTE LOS DESFIBRILADORES EXTERNOS AUTOMÁTICOS, A FIN DE TRATAR A LOS PACIENTES DE FORMA EFECTIVA Y OPORTUNA.

El conocimiento de la población general para reconocer temprana y correctamente los síntomas y signos del SCA y de los ACV y de la necesidad de administrar un tratamiento urgente es insuficiente y contribuye a empeorar los resultados clínicos.

La educación del público para la identificación correcta y temprana de los síntomas y signos del SCA y de los ACV para actuar en correspondencia es un elemento de importancia crítica.

La población general y parte de la comunidad médica aún perciben el ictus como una enfermedad intratable e irreversible que explica que el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación sean acciones pasivas en algunas zonas.

El entrenamiento en reanimación cardiopulmonar deber fundamentarse en las recomendaciones vigentes aceptadas a escala internacional (ILCOR).

62 B. DESARROLLAR LAS REDES LOCALES DE SERVICIOS DE EMERGENCIAS MÉDICAS (SEM) EN ESPACIOS GEO-ADMINISTRATIVOS Y POBLACIONALES DEFINIDOS, ARMONIZADOS CON LOS RESTANTES COMPONENTES DE LA RED DE SERVICIOS, QUE FACILITEN LA ACTUACIÓN COORDINADA Y CONTRIBUYAN A MEJORAR LA EFICIENCIA DE LAS INTERVENCIONES.

La estrecha dependencia entre la morbilidad del SCA y de los ACV y el tiempo en que se establece un diagnóstico certero y se administra el tratamiento de revascularización efectivo obliga a mantener permanente coordinados e integrados en la red de urgencias los cuatro eslabones de la cadena de supervivencia: acceso rápido, reanimación cardiopulmonar precoz, desfibrilación precoz, y soporte vital avanzado.

Los sistemas de emergencia médica desempeñan un papel crucial en la identificación, clasificación y transporte de los pacientes en fase aguda.

La eficiencia de la organización en redes integrales de los servicios de salud depende en parte de la creación de redes locales de servicios de derivación ordinaria, preferente y urgente de pacientes y de servicios de emergencias médicas, de su vertebración con los distintos niveles de atención y de su adaptación a las necesidades de poblaciones adscritas a territorios predefinidos.

La calidad y seguridad de los SEM aumentan cuando sus actuaciones se basan en la aplicación de protocolos de acceso rápido de los pacientes y de algoritmos y sistemas de pre-notificación, que traduzcan las recomendaciones de las guías de práctica clínica vigentes.

La adecuada coordinación de sus actuaciones exige disponer de un número de teléfono único de emergencias en cada país y realizar mapeos periódicos de recursos para subsanar deficiencias en los servicios.

62 C. CREAR LOS MECANISMOS PARA AMPLIAR EL ACCESO Y LA COBERTURA DE LA TERAPIA DE REPERFUSIÓN TEMPRANA PARA LOS PACIENTES CON SCA CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST Y PARA LOS PACIENTES CON ACV CON CRITERIOS PARA ELLO, HACIENDO HINCAPIÉ EN LA URGENCIA DE LAS INTERVENCIONES (TIEMPO ENTRE INICIO DE LOS SÍNTOMAS Y EL TRATAMIENTO) Y EN LA DISPONIBILIDAD DE TECNOLOGÍAS BÁSICAS (MEDICAMENTOS, ELECTROCARDIOGRAMA, MONITOR DE RITMO Y DESFIBRILADOR) QUE GARANTICEN UNA INTERVENCIÓN PRECOZ Y SEGURA.

La morbimortalidad del SCA y de los ACV, la incidencia de nuevos eventos y la calidad de vida de estos pacientes están directa e intensamente relacionados con el tiempo que media entre el inicio de los síntomas y el tratamiento de revascularización que se administre.

La trombolisis en el SCA con elevación del segmento ST ha demostrado ser un procedimiento eficaz que reduce la mortalidad y mejora la calidad de vida cuando se administra de manera precoz y segura. En presencia de una red de atención de urgencias prehospitalarias estructurada, la trombolisis prehospitalaria es un procedimiento muy costo-efectivo.

Los pacientes con SCA y elevación del segmento ST deben ser tratados preferentemente con intervencionismo coronario percutáneo (ICP) en unidades designadas y para ello deberán crearse las facilidades correspondientes, especialmente aquellas que los mantienen operativos, incluidas las relacionadas con la ubicación geográfica, dotación de recursos, volumen y calificación de sus servicios.

El ICP es más eficaz y costo-efectivo que la trombolisis en los pacientes de alto riesgo, tanto en las complicaciones postinfarto, la mortalidad precoz y tardía, como en el reinfarto y la necesidad de nuevas intervenciones. Su superioridad depende de la rapidez con que se realice tras la admisión del paciente en el hospital.

62 D. DISPONER DE UNIDADES CORONARIAS Y DE ICTUS INTEGRADAS A LA RED DE SERVICIOS DE SALUD CUYO NÚMERO, ORGANIZACIÓN, COORDINACIÓN, DOTACIÓN TECNOLÓGICA Y COMPLEJIDAD ESTÉN ADAPTADOS A LAS NECESIDADES DE ATENCIÓN EN RELACIÓN CON ESTAS ENFERMEDADES Y PRIORICEN A LOS QUE SE ENCUENTRAN EN ALTO RIESGO DE COMPLICACIONES Y DE MUERTE.

La efectividad clínica, la seguridad y la eficiencia de la atención dependen en parte de que la organización de los dispositivos sanitarios responda a criterios de regionalización, basados en sus altos costes estructurales y de mantenimiento, la casuística, la complejidad, el volumen de servicios prestados, y en la experiencia y pericia de los profesionales.

El desarrollo de los sistemas de atención específicos de los pacientes con ictus ha mejorado su identificación temprana, transporte y tratamiento. Los centros designados para su tratamiento, las unidades de ictus y los protocolos mejoran el proceso y la calidad de la atención, incluidos el diagnóstico, el acceso y la administración de tratamiento trombolítico, y la reducción de la estancia hospitalaria, la incapacidad y la mortalidad.

En el decurso de las diferentes fases de la atención del ictus se producen transiciones del paciente entre servicios clínicos y centros asistenciales, que a menudo se asocian con deficiente coordinación, desorientan a pacientes y familiares en el sistema de salud y empeoran los resultados clínicos.

62 E. IMPLANTAR PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN TEMPRANA, DE AMPLIO ALCANCE Y EFECTIVIDAD COMPROBADA, Y DE REINSERCIÓN SOCIAL DE LOS PACIENTES CON SCA Y ACV.

La rehabilitación temprana y coordinada con un equipo multidisciplinario de los pacientes con SCA o ACV disminuye la carga por discapacidad, la mortalidad y el impacto socioeconómico (costos directos e indirectos), facilita la reintegración social, y mejora la calidad de vida.

La implantación de programas de rehabilitación que incluyan, además de la mejora de su capacidad funcional y su reinserción, el efectivo control de los factores de riesgo y su rehabilitación física, psicológica y social, se asocia con una notable reducción de la morbi-mortalidad post evento agudo y mejor calidad de vida.

62 F. AUMENTAR LA COBERTURA Y EL ACCESO A LAS INTERVENCIONES DE PREVENCIÓN SECUNDARIA DEL SCA Y DE LOS ACV.

El riesgo de recurrencia del SCA y de los ACV es mucho mayor tras el primer episodio y depende de la presencia de factores de riesgo y de enfermedad vascular concomitantes.

La efectividad de la prevención secundaria del SCA y de los ACV depende en buena medida de que los pacientes que han padecido estas tengan un acceso equitativo a los servicios de prevención, sigan una dieta saludable y realicen ejercicio físico periódico, abandonen el hábito tabáquico, controlen la hipertensión arterial y la diabetes, y mantengan una alta adherencia al tratamiento farmacológico de probada eficacia (aspirina, betabloqueantes, IECA y estatinas).