

Bruselas, 28 de septiembre de 2026
(OR. en)

**Expediente interinstitucional:
2026/0276 (NLE)**

**13701/26
ADD 1**

**SAN 690
DIGIT 244
EDUC 392**

NOTA DE TRANSMISIÓN

De:	Por la secretaria general de la Comisión Europea, D. ^a Martine DEPREZ, directora
Fecha de recepción:	28 de septiembre de 2026
A:	D. ^a Thérèse BLANCHET, secretaria general del Consejo de la Unión Europea
N.º doc. Ción.:	COM(2026) 481 annex
Asunto:	ANEXO de la Propuesta de RECOMENDACIÓN DEL CONSEJO relativa a los controles de la salud cardiovascular: un enfoque de la UE para la detección precoz y el cribado

Adjunto se remite a las delegaciones el documento COM(2026) 481 annex.

Adj.: COM(2026) 481 annex



COMISIÓN
EUROPEA

Bruselas, 28.9.2026
COM(2026) 481 final

ANNEX

ANEXO

de la

Propuesta de

RECOMENDACIÓN DEL CONSEJO

relativa a los controles de la salud cardiovascular: un enfoque de la UE para la detección precoz y el cribado

ANEXO

Componentes recomendados de los controles de la salud cardiovascular

Se invita a los Estados miembros a diseñar y aplicar controles de la salud cardiovascular que incluyan la realización sistemática de pruebas y evaluaciones a una población destinataria definida para la detección precoz de los factores de riesgo cardiovascular.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda, en su evaluación de los datos disponibles¹, dirigirse a pacientes de atención primaria que pueden estar expuestos a un mayor riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares debido a su edad o a la presencia de un factor de riesgo. El paquete técnico HEARTS de la OMS², que incluye tablas de predicción de riesgos, adopta un enfoque similar al utilizar factores de riesgo como puntos de partida en entornos de atención primaria para la evaluación del riesgo cardiovascular.

La acción conjunta JACARDI³ ofrece recomendaciones prácticas para el diseño y la aplicación de un control de la salud cardiovascular, incluida una sinopsis de los métodos que pueden emplearse para determinar la población destinataria a la que se debe invitar a someterse a este tipo de controles, la elección de la herramienta de evaluación del riesgo cardiovascular y la frecuencia del seguimiento de los controles de la salud⁴.

La definición de la población destinataria a la que se debe invitar a someterse a un control de la salud cardiovascular, incluidos el grupo de edad y los perfiles de riesgo, debe depender del contexto nacional o regional, incluida la epidemiología de las enfermedades cardiovasculares, las desigualdades en materia de salud y las diferencias de género.

Los datos de salud recopilados a través de las fuentes de datos existentes, como la encuesta europea de salud por entrevista⁵, las encuestas de salud con examen médico y otras fuentes pertinentes, pueden orientar la selección de la población destinataria en la que un control de la salud cardiovascular puede tener una repercusión significativa. Durante un control de la salud cardiovascular pueden utilizarse herramientas de evaluación del riesgo cardiovascular, como las tablas de predicción del riesgo cardiovascular de la OMS⁶, SCORE2⁷ y otras herramientas

¹ Jørgensen, T., Rotar, O., Juhl, C. B. y Linneberg, A., *What is the effectiveness of systematic population-level screening programmes for reducing the burden of cardiovascular diseases?* [«¿Cuál es la eficacia de los programas sistemáticos de cribado poblacional para reducir la carga de las enfermedades cardiovasculares?»], documento en inglés]. 2.ª edición, Informe de síntesis n.º 78 de la Red de Datos Sanitarios de la OMS, Oficina Regional de la OMS para Europa, Copenhague, 2024, ISBN 978-92-890-6088-2, <https://www.who.int/europe/publications/i/item/978-92-890-6088-2>.

² Organización Mundial de la Salud, *HEARTS: technical package for cardiovascular disease management in primary health care – Risk based CVD management* [«Paquete técnico para la gestión de las enfermedades cardiovasculares en la atención primaria. Gestión de las enfermedades cardiovasculares basada en el riesgo», documento en inglés], Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2020, ISBN 978-92-4-000136-7, <https://www.who.int/publications/i/item/9789240001367>.

³ Acción Conjunta sobre Enfermedades Cardiovasculares y Diabetes (JACARDI), acción conjunta EU4Health (acuerdo de subvención n.º 101126953), del 1 de noviembre de 2023 al 31 de octubre de 2027, Agencia Ejecutiva Europea en los ámbitos de la Salud y Digital (HADEA), disponible en: <https://jacardi.eu/>.

⁴ Leysen, W., Cardinale, A., Alexandra, C., Lampaert, A., Formenti, B., Armocida, B. *et al.*, *Short Guide for Screening Individuals at Increased Risk of Developing Cardiovascular Diseases and Type 2 Diabetes* [«Breve guía para el cribado de personas con mayor riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares y diabetes de tipo 2», documento en inglés], versión 1.0.0, Zenodo, 2026, <https://doi.org/10.5281/zenodo.18415472>.

⁵ Puede encontrar información sobre la encuesta europea de salud por entrevista en la sección dedicada a la salud del sitio web de Eurostat (disponible en inglés): [Overview - Health](#) [«Visión general. Salud», disponible en inglés]. Eurostat.

⁶ Organización Mundial de la Salud, *WHO updates Cardiovascular Risk Charts* [«La OMS actualiza las tablas de riesgo cardiovascular», disponible en inglés], sitio web de la OMS, 2 de septiembre de 2019,

validadas a nivel nacional, para estimar la probabilidad de que una persona sufra un episodio cardiovascular durante un período de tiempo. La elección de una herramienta de evaluación del riesgo cardiovascular debe estudiarse cuidadosamente en función de las particularidades de las herramientas disponibles y de las características del país o región. También debe depender del grupo destinatario determinado.

La frecuencia del seguimiento de los controles de la salud cardiovascular debe basarse en el riesgo cardiovascular individual y decidirse en función del contexto local y nacional, además de seguir las directrices nacionales, según proceda. También deben ofrecerse controles de la salud oportunistas a través de campañas más amplias (por ejemplo, jornadas de cribado) y cuando las personas entran en contacto con el sistema de salud (por ejemplo, con los servicios de atención primaria).

Se invita a los Estados miembros a considerar los siguientes controles de la salud cardiovascular para alcanzar los objetivos de la presente Recomendación del Consejo.

Personas menores de 35 años

Al menos un control de la salud cardiovascular, incluida la evaluación de los comportamientos en materia de salud, la medición de los factores de riesgo biológicos (incluida la presión arterial), la glucosa, las pruebas de función renal, el índice de masa corporal, la función respiratoria⁸ en caso de dificultad respiratoria, el estado de salud mental y el historial reproductivo, en caso necesario. En las personas con antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular prematura o muerte repentina por causas cardíacas, la evaluación del riesgo y una evaluación adicional deben individualizarse en función del contexto clínico.

Personas de entre 35 y 64 años

Se recomienda realizar controles de la salud cardiovascular sistemáticos para este grupo de edad, como mínimo cada cinco años, adaptando la frecuencia en función de los perfiles de riesgo individuales o locales, sobre la base del historial familiar y otros factores de riesgo.

Un control de la salud cardiovascular incluye los elementos siguientes:

historial médico, incluido el historial familiar de enfermedades cardiovasculares prematuras, estado de salud reproductiva y salud mental, dieta, actividad física, función respiratoria, tabaquismo, vapeo y uso de productos de nicotina sin humo y consumo de alcohol;

medición de los factores de riesgo cardiovascular, incluida la presión arterial, el perfil lipídico (colesterol total, LDL, HDL, triglicéridos), y la lipoproteína (a) (una

consultado el 10 de julio de 2026. <https://www.who.int/news/item/02-09-2019-who-updates-cardiovascular-risk-charts>.

⁷ Colaboración entre el grupo de trabajo sobre SCORE2 y el área de riesgo cardiovascular de la Sociedad Europea de Cardiología, *SCORE2 risk prediction algorithms: New models to estimate 10-year risk of cardiovascular disease in Europe* [«Algoritmos de predicción de riesgo SCORE2: nuevos modelos para estimar el riesgo de enfermedades cardiovasculares a 10 años en Europa», artículo en inglés], *European Heart Journal*, vol. 42, n.º 25, 2021, pp. 2439-2454, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab309>.

⁸ European Respiratory Society y European Lung Foundation, *Safe hearts require safe lungs: ERS and ELF response to the European Commission's proposal for Council Recommendations on health checks for cardiovascular diseases* [«Los corazones sanos requieren pulmones sanos: respuesta de la ERS y la ELF a la propuesta de la Comisión de Recomendaciones del Consejo relativas a los controles sanitarios de las enfermedades cardiovasculares», disponible en inglés], documento de posición presentado en respuesta a la convocatoria de datos de la Comisión Europea, 2026. Disponible en: https://ec.europa.eu/info/law/better-regulation/have-your-say/initiatives/17812-Enfermedades-cardiovasculares-revisiones-de-salud/F33401934_es.

medición en la edad adulta), la glucosa plasmática en ayunas y la glucohemoglobina (HbA1c);

salud renal, incluida la medición de la creatinina sérica y la albuminuria;

electrocardiograma (ECG), según sea necesario;

índice de masa corporal y perímetro de la cintura o relación entre la cintura y la estatura.

Personas de 65 años o más

Cada tres a cinco años debe realizarse un control de la salud cardiovascular como el descrito anteriormente, que incluya un ECG, pruebas de péptidos natriuréticos (NT-proBNP), evaluación del pulso para detectar o excluir fibrilación auricular (frecuencia cardíaca y ritmo cardíaco), auscultación cardiopulmonar y evaluación de la enfermedad arterial periférica, según sea necesario.

Consideraciones suplementarias

Los Estados miembros podrán tener en cuenta las afecciones y los factores de riesgo cardiovascular hereditarios o influidos genéticamente pertinentes, como la Lp(a) elevada, la hipercolesterolemia familiar y la diabetes de tipo 1, adaptados a la situación nacional.