



Medicina de Familia SEMERGEN

www.elsevier.es/semergen



ORIGINAL

Control sobre factores de riesgo, intervención sobre estilos de vida, y medicación prescrita en una cohorte de pacientes con cardiopatía isquémica



C. de Santiago González^{a,*}, J. Ciudad Martín^b y M.M. García Alonso^c

^a Medicina familiar y Comunitaria, Centro de Salud de Alaejos, Área de Atención Primaria de Valladolid Este, Valladolid, España

^b Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital Clínico de Valladolid y Área de Atención Primaria de Valladolid Este, Valladolid, España

^c Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud de Circunvalación, Gerencia de Atención Primaria de Valladolid Este, Valladolid, España

Recibido el 27 de agosto de 2023; aceptado el 17 de diciembre de 2023

Disponible en Internet el 1 de febrero de 2024

PALABRAS CLAVE

Enfermedad cardiovascular;
Prevención;
Factores de riesgo;
Adherencia terapéutica

Resumen

Objetivo: El objetivo de este estudio fue analizar las medidas de prevención recomendadas en nuestra área de salud a los pacientes que se les da el alta tras un infarto de miocardio.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo que seleccionó a los pacientes que habían tenido un síndrome coronario agudo (SCA) en nuestra área de salud en un año natural. Se estudió el control de los factores de riesgo que presentaban en el momento del evento coronario y al año, así como la medicación pautaada tras un año del episodio. Se analizaron variables como la edad, sexo, control de dislipemia, hipertensión arterial o diabetes mellitus, adherencia a tratamiento y hábitos de vida.

Resultados: Se observó que el control de los factores de riesgo era insuficiente en el momento del infarto, en ocasiones incluso sin diagnosticar y, aunque se percibió una discreta mejoría, seguía siendo insuficiente al año del mismo. Por otro lado, los pacientes estaban infratratados, especialmente en el caso de las mujeres, con un 20% más de pacientes varones bien tratados al año del infarto que de pacientes mujeres.

Conclusiones: Se ha de realizar un esfuerzo adicional respecto al que se realiza en el momento actual, tanto por los especialistas de atención hospitalaria como de atención primaria, para realizar un buen control de los factores de riesgo, entendiendo por ello el control de ciertas enfermedades como la diabetes, la hipertensión arterial o la dislipemia, así como el de los hábitos o estilos de vida que aumentan la probabilidad de padecer un evento cardiovascular. Además, es importante para evitar estas enfermedades cardiovasculares y su recaída reforzar la adherencia a los tratamientos prescritos.

© 2023 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cakisg@gmail.com (C. de Santiago González).

KEYWORDS

Cardiovascular
disease;
Prevention;
Risk factors;
Therapeutic
adherence

Risk factor control, lifestyle intervention, and prescribed medication in a cohort of patients with ischemic heart disease**Abstract**

Objective: The aim of this study was to analyze the recommended prevention measures in our health area for patients discharged after a myocardial infarction.

Methods: This was a retrospective descriptive study that selected patients with acute coronary syndrome in our health area in the previous calendar year. Control of the risk factors observed at the time of the coronary event and at 1 year and medication prescribed 1 year after the episode were studied. Variables including age, sex, control of dyslipidemia, hypertension or diabetes mellitus, adherence to treatment and lifestyle habits were analyzed.

Results: Risk factor control was insufficient and sometimes even unassessed at the time of infarction. Although a slight improvement was perceived, control remained insufficient 1 year later. Moreover, patients, particularly women, were undertreated: one fifth (20%) more men were receiving appropriate treatment than women year after the myocardial event.

Conclusions: An additional effort must be made compared to what is currently being done, both by specialists in Hospital Care and Primary Care, to carry out good control of risk factors, meaning the control of certain diseases such as diabetes, high blood pressure or dyslipidemia, as well as habits or lifestyles that increase the probability of suffering a cardiovascular event. Furthermore, it is important to avoid these cardiovascular diseases and their relapse to reinforce adherence to the prescribed treatments.

© 2023 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La eficacia de la prevención en las enfermedades cardiovasculares modificando los estilos de vida y con la utilización de ciertos fármacos es evidente¹⁻⁶. Las enfermedades cardiovasculares representan la primera causa de mortalidad en nuestro medio⁷. El 60% de la mortalidad cardiovascular total corresponde a la cardiopatía isquémica y a la enfermedad cerebrovascular⁸. En España se registran más de 100.000 síndromes coronarios agudos (SCA) cada año y se estima que habrá un incremento de casos de SCA del 69 al 116% durante los próximos 35-40 años, cuando la población mayor de 75 años suponga el 24% del total de la población española⁷. Los casos de SCA aumentarán hasta el año 2049 debido al envejecimiento de la población, aunque parece estabilizarse en la población menor de 75 años. Por otro lado, los casos en pacientes de 25-74 años aumentarán un 6% en los varones y un 26% en las mujeres⁷.

La cardiopatía isquémica tiene un gran impacto en la salud de la población, principalmente por mortalidad prematura, tanto el SCA como las manifestaciones crónicas⁸.

Pese a que la gran mayoría de las enfermedades cardiovasculares son prevenibles, su prevalencia continúa en aumento fundamentalmente porque la aplicación de medidas de prevención es insuficiente. Esto se hace sobre todo evidente en los países de bajos y medios ingresos, mientras que en los de altos ingresos se ha observado una tendencia a la disminución de la mortalidad cardiovascular en los últimos 20 años relacionada con estrategias terapéuticas individuales y medidas poblacionales de prevención. En este sentido,

existen datos de estudios como PREVENCAT y DRECE II⁹, que concluyeron que existía mal control en las cohortes estudiadas. Por otro lado, la tasa de mortalidad en España por infarto agudo de miocardio (IAM) ha ido disminuyendo de manera importante¹⁰. La mortalidad precoz y a los 6 meses del infarto con elevación del ST disminuyó en 1995-2005. Los factores terapéuticos relacionados son: incremento de la reperfusión y mayor utilización de antitrombóticos, bloqueadores beta, inhibidores del sistema renina-angiotensina e hipolipemiantes¹¹.

Aun así, existe un gran margen de mejora en relación con el control de los factores de riesgo tras un IAM teniendo en cuenta la gran mejoría de la evolución clínica a largo plazo¹² y en relación con los programas de rehabilitación cardíaca, que en general son muy poco utilizados¹³.

La figura del médico de familia es la que puede actuar sobre la historia natural de la enfermedad aterosclerótica a varios niveles, mejorando la prevención primaria y secundaria para así minimizar los factores de riesgo cardiovasculares. Para conseguirlo es necesario un seguimiento individualizado, haciendo hincapié en los estilos de vida e interesándose por la situación social y familiar del paciente, que puede ser clave para la adherencia terapéutica.

En este contexto, el objetivo principal de este estudio es analizar si los pacientes con un SCA están correctamente tratados con fármacos de probada eficacia, así como evaluar tanto el control de los factores de riesgo en el momento del evento coronario y tras un año de este como el seguimiento de estilos de vida adecuados a esta patología.

Material y métodos

Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo de todos los pacientes del Área Este de Valladolid que han tenido un SCA en un año natural con seguimiento posterior.

Los criterios de inclusión de la población a estudiar fueron que se tratase de pacientes con primer episodio diagnosticado de cardiopatía isquémica aguda y mayores de 14 años, incluyendo *exitus* por primer episodio de cardiopatía isquémica pertenecientes a un área de salud de Valladolid, durante el año natural. Los de exclusión fueron un diagnóstico al alta de angina estable, haber presentado un segundo episodio atendido de cardiopatía isquémica, o pertenencia a otra área de salud.

Se analizaron el 100% de los pacientes con SCA que cumplían los criterios de inclusión. Los pacientes fueron seleccionados a partir de la base de datos de historias clínicas proporcionada por el servicio de admisión y documentación clínica del hospital de referencia.

Las variables del estudio se obtuvieron a través de dichas historias clínicas y fueron la edad (años), sexo (varón/mujer), fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa), centro de salud adscrito y tipo de centro (rural/urbano).

Se valoró también la presión arterial sistólica (mmHg), presión arterial diastólica (mmHg), colesterol total (mg/dL), colesterol LDL (mg/dL), colesterol HDL (mg/dL), triglicéridos (mg/dL), glucosa (mg/dL), HbA1c (%), frecuencia cardíaca (lpm), hábito tabáquico (cigarrillos/día) y el índice de masa corporal.

Con respecto a la medicación pautada se recogió el perfil terapéutico en cada momento (antiagregantes, anticoagulantes, antihipertensivos, antidiabéticos e hipolipemiantes).

Se consideró que el paciente tenía sedentarismo (definida por la Organización Mundial de la Salud [OMS] como sedentaria aquella persona que realiza menos de 90 minutos de actividad física semanal), tabaquismo (considerando en este grupo a los pacientes que fumaban en el momento del estudio), hipertensión arterial o diabetes mellitus cuando existía constancia expresa de dichas patologías en la historia clínica.

El número de consultas en el servicio de referencia hospitalario en el primer año tras el evento, número de consultas en atención primaria en el primer año, tanto médicas como de enfermería, se consideraron importantes y se recogieron las intervenciones expresas sobre hábitos de vida saludables y alimentación (sí/no) que se producían durante las consultas.

Todas las variables analíticas fueron obtenidas según la práctica clínica habitual de análisis clínicos del laboratorio del hospital de referencia.

Para el análisis estadístico de los datos se realizó la cumplimentación de una hoja de datos diseñada por los autores en el programa Excel© 2010 y el posterior procesamiento mediante el paquete estadístico SPSS Statistics®.

Para la realización de este estudio se han tenido en cuenta las recomendaciones de la Declaración de Helsinki 2009 y se solicitó la aprobación de la Comisión de Investigación y la Comisión de Ética Asistencial y Ensayos Clínicos (CEIC) del hospital de referencia. Así mismo, la información obtenida de las historias clínicas de los pacientes se custodió siguiendo la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de

Protección de Datos de Carácter Personal. Los autores declaran no presentar conflicto de intereses para la realización de este estudio.

Resultados

El total de nuevos casos de SCA en el área fue de 243 en el año estudiado. La distribución por sexos fue de 158 varones (65%) y 85 mujeres (35%). La edad media de los pacientes fue de 67,91 años (DT 13,78), con un mínimo de 33 años y un máximo de 98. La mortalidad intrahospitalaria fue del 0,4% ($n=1$). La mortalidad al final del período del estudio fue del 7,4% ($n=18$).

Cuádruple terapia. La terapia cuádruple (IECA o ARAII + betabloqueante + estatina + antiagregación o doble antiagregación) se pautó al alta en un 32,9% de los pacientes. Se vieron diferencias por sexos. El porcentaje de varones con cuádruple terapia fue del 37,3% y el de mujeres, del 24,7% ($p=0,046$) (tabla 1). Esta diferencia se acentuó tras el primer año, con un 42,4% de los hombres respecto al 28,2% de las mujeres ($p=0,03$). Se pautó en el 45,5% de los SCACEST (síndrome coronario agudo con elevación del ST) versus el 27,1% de los SCASEST (síndrome coronario agudo sin elevación del ST) ($p=0,005$).

Los porcentajes de los pacientes con cuádruple terapia aumentaron ligeramente en la revisión de las historias al año del episodio, pero se mantuvo una tendencia similar, 50,6% de SCACEST frente al 31,3% de SCASEST ($p=0,004$).

Triple terapia. Se observó que el 44,4% de los pacientes de la muestra fueron dados de alta con triple terapia (sin betabloqueante). En este grupo de pacientes hubo también diferencias entre los varones (51,9%) y las mujeres (30,6%) ($p=0,001$), y entre el tipo de síndrome, pues se pautó al 61% de pacientes con SCACEST y al 36,7% de los pacientes con SCASEST ($p<0,0001$) (tabla 1). Estas diferencias al año se mantuvieron y se observó que el 53,2% de los varones continuaban con la triple terapia frente al 37,6% de las mujeres ($p=0,21$), y que el 61% de los pacientes con SCACEST también continuaban con ella versus el 41,6% de pacientes con SCASEST que la seguían teniendo pautada.

No hubo diferencias significativas en la elección de triple o cuádruple terapia según la edad. Destacan las diferencias de pauta de antiagregantes, que se administraron en el 76% de hombres frente al 30,6% de mujeres ($p<0,0001$). Esta diferencia continuaba tras un año, manteniendo esta terapia el 48,7% de los varones frente al 28,2% de mujeres ($p=0,002$).

Diabetes mellitus. La diabetes mellitus tenía una prevalencia en el grupo de pacientes antes del evento de cardiopatía isquémica del 46,5% ($n=113$) y se incrementó hasta el 51% al año ($p<0,0001$). Al 75,6% de los pacientes no se les había realizado determinación anual; de los pacientes diabéticos a los que sí se les controló, el 18% al año obtuvo buenas cifras de hemoglobina glicosilada (HbA1c), entendiendo estas cifras como menores o iguales al 7%, y el 6,1% no llegó al objetivo de control. El valor medio de HbA1c en los diabéticos bien controlados al año fue del 6% (DT 0,46). En los diabéticos mal controlados fue del 7,99% (DT 1,04) y en pacientes cuyo diagnóstico fue posterior al infarto, 6,56% (DT 1,12). El 44,4% de los fallecidos eran diabéticos ($p=0,043$).

Tabla 1 Triple y cuádruple terapia. Frecuencias y tablas de contingencia según sexo

Cuádruple terapia				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No	152	62,6	62,6	62,6
Sí	91	37,4	37,4	100,0
Total	243	100,0	100,0	
Triple terapia				
No	127	52,3	52,3	52,3
Sí	116	47,7	47,7	100,0
Total	243	100,0	100,0	
Triple terapia				
	No	Sí	Total	
Sexo				
Hombre	74	84	158	
Mujer	53	32	85	
Total	127	116	243	
Cuádruple terapia (triple + betabloqueante)				
Sexo				
Hombre	91	67	158	
Mujer	61	24	85	
Total	152	91	243	

Hipertensión. La prevalencia de hipertensos antes del infarto fue del 72,8% ($n=177$) y aumentó un 3,3% al año ($p<0,0001$), sin diferencias por sexos. Antes del infarto, el 62% de los hipertensos cumplían los objetivos de control, situación que mejoró al año llegando al 67,2% aunque sin significación estadística (figs. 1 y 2).

Dislipemia. Las alteraciones del metabolismo de los lípidos antes del evento coronario tenían una prevalencia del 31,7% ($n=77$), sin diferencias entre sexos. De estos pacientes el 20,8% presentaba cifras óptimas de colesterol LDL con tratamiento, si bien en un 26% de los casos no figuraba control de LDL en el año anterior al infarto.

Durante el ingreso se instauró tratamiento en un 48,7% de pacientes sin diagnóstico previo de dislipemia. Al final del estudio, el grupo de pacientes con dislipemia alcanzó el 61,7% ($p<0,0001$). No hubo diferencias por sexos. De ellos, el 10,7% alcanzó cifras de LDL inferiores a 70 mg/dL, el 11,3% cifras inferiores a 100 mg/dL y el 24%, a pesar de estar tratados, se mantuvieron por encima de los 100 mg/dL al año. En el 40,7% de los casos no se realizó control anual de lípidos (figs. 1 y 2).

Obesidad. La prevalencia de obesidad en el grupo de estudio antes del infarto fue del 12,8%, considerando obesos los que tenían un diagnóstico de ello ya realizado en su historia clínica, y aumentó el diagnóstico al 26,7% al alta hospitalaria. Este incremento seguramente fuese debido a que no todos los pacientes que ingresaron estaban tallados y pesados ($p<0,0001$). No hubo diferencias por sexos. Al final del período de observación se registró un 14,8% de pacientes con un índice de masa corporal (IMC) superior a 30 frente a un 4,1% con un IMC por debajo de 25. No se registraron medidas antropométricas (talla, peso) en el 67,5%

de los pacientes. El 100% carecía de registro del perímetro abdominal en la historia clínica (figs. 1 y 2).

Tabaquismo. Los datos recogidos de las historias clínicas de atención primaria revelaron diagnóstico de tabaquismo (considerando como tal los pacientes que fumaban y que así estaba recogido en su historia clínica) en el 24% de los varones y en el 8,2% de las mujeres ($p=0,002$). En los informes de alta hospitalaria estas cifras aumentaron por el infradiagnóstico realizado en las historias clínicas de atención primaria y se registró un 29,1% de fumadores y un 14,1% de fumadoras ($p=0,009$). Al año del episodio de cardiopatía isquémica la prevalencia del tabaquismo se redujo de un 28,8% a un 14,8% ($p<0,0001$). Esta reducción fue más importante en varones (18,3% de fumadores tras un año) que en mujeres (8,2%) (figs. 1 y 2).

Estilos de vida. Las recomendaciones explícitas sobre estilos de vida se realizaron con más énfasis durante el ingreso hospitalario. En el caso del tabaquismo, se recomendó deshabituación al 21,5% de varones y al 10,6% de mujeres ($p=0,03$) al alta. No se prescribió rehabilitación cardíaca a pacientes mujeres y sí al 7,6% de varones ($p=0,001$). Se halló relación entre los pacientes que no fueron *exitus* y el mayor énfasis en recomendaciones de estilos de vida manifestadas de forma expresa en la historia clínica al alta: prohibición de fumar ($p=0,007$), recomendaciones dietéticas ($p=0,004$), pauta de ejercicio físico diario ($p=0,002$).

Discusión

Existe suficiente evidencia sobre la importancia del control de los factores de riesgo cardiovascular, por ser elementos

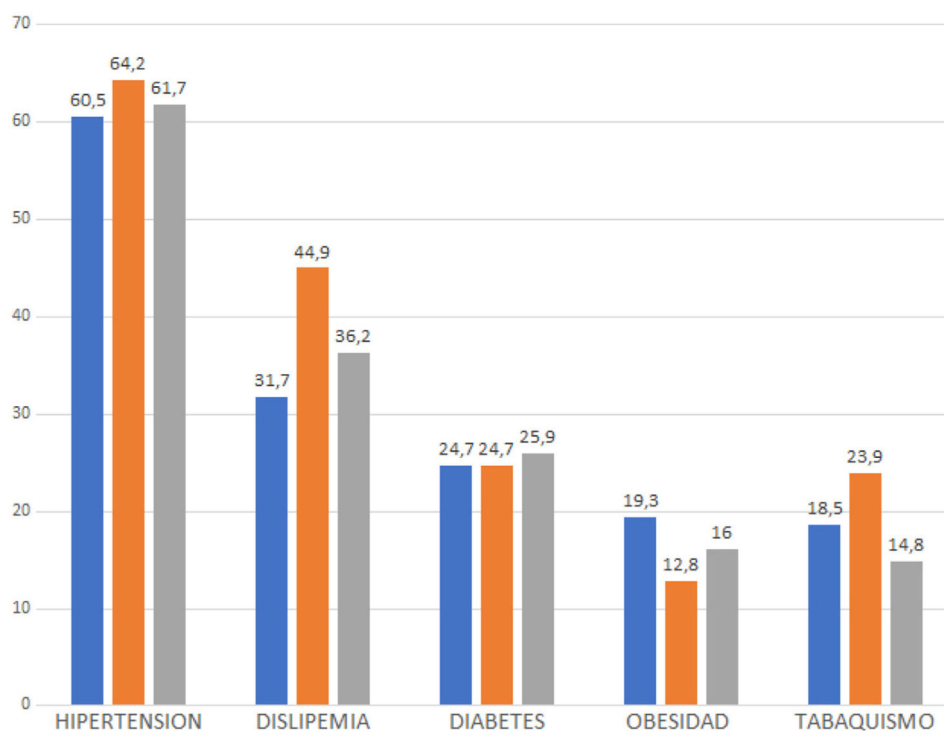


Figura 1 Prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular en la cohorte de pacientes del estudio, antes del evento, en el momento del evento y un año después del mismo.

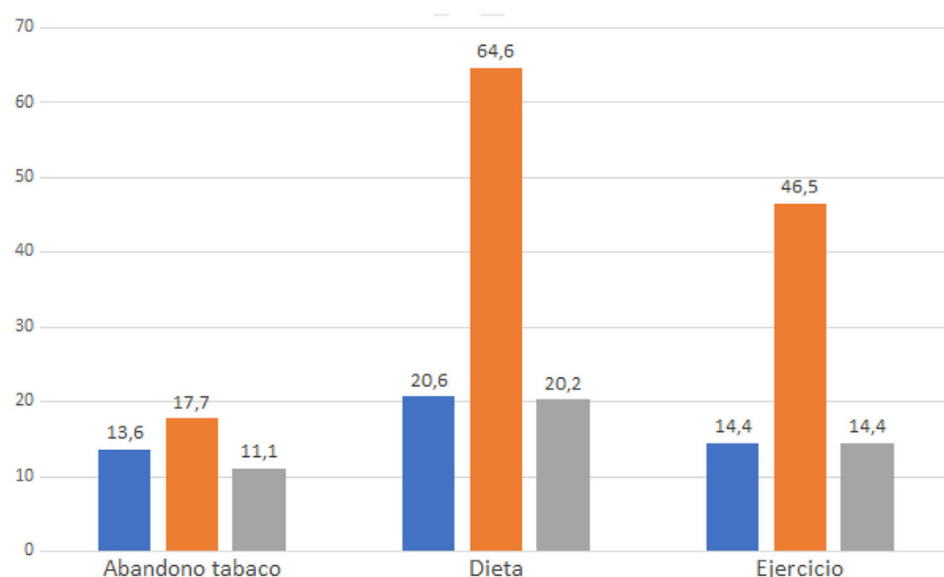


Figura 2 Prevalencia de las recomendaciones en los estilos de vida realizadas antes del evento coronario, en el momento del evento coronario y un año después del mismo.

clave en el control de las enfermedades cardiovasculares. Sin embargo, menos de la mitad de los individuos que presentan algún factor de riesgo conoce su diagnóstico, menos de la mitad de ellos recibe un tratamiento específico y, a su vez, menos de la mitad de los que son tratados alcanzan los objetivos terapéuticos recomendados por las guías de práctica clínica¹⁴⁻¹⁶. Además, la prevalencia de los factores de riesgo desde 1993 está en alza¹⁷⁻²¹: la hipertensión ha pasado del 11,2% al 18,5%, la diabetes del 4,1% al 7,0% y

el colesterol elevado del 8,2% al 16,4%. De cada 100 adultos mayores de 18 años, 17 padecen obesidad y 37 presentan sobrepeso, y se ha observado un aumento de la obesidad del 7,4% al 17,0% en los últimos 25 años²². La prevalencia del sedentarismo y el sobrepeso es elevada en la gente joven²³ y no mejora a medida que pasan a la edad adulta.

Hay suficiente evidencia de que el control de los factores de riesgo y la terapia combinada con ciertos fármacos como los betabloqueantes, las estatinas y los IECA en preven-

ción secundaria y terciaria reducen la morbimortalidad por cardiopatía isquémica, pero existen estudios descriptivos que han detectado una marcada infratilización del tratamiento en la cardiopatía isquémica a pesar de su demostrada eficacia²⁴, siendo el presente estudio uno de ellos.

Como muestran resultados recientes del registro EUROASPIRE-III, los pacientes con SCA en Europa tienen un pobre control de factores de riesgo²⁵. Del mismo modo ocurre con las alteraciones lipídicas, ya que el 31,7% de los pacientes presentaban un pobre control de las mismas antes del SCA. Siguiendo el hilo de varios estudios que demuestran que hay muchos pacientes que no alcanzan los valores lipídicos recomendados¹⁴, en nuestro estudio solo un 10,7% de los pacientes consiguieron tener unos valores de LDL por debajo de 70 mg/dL al año del SCA, lo que es especialmente llamativo teniendo en cuenta que actualmente disponemos de fármacos seguros y eficaces como las estatinas, cuyos efectos beneficiosos se han evidenciado tanto en pacientes con hiperlipemias como en aquellos con enfermedad coronaria.

El sobrepeso y la obesidad tienen una gran relevancia en nuestra sociedad actual y su aumento determina un incremento de la diabetes mellitus tipo 2. Pese al protagonismo de esta enfermedad en gran número de enfermedades y que dos tercios de los pacientes diabéticos fallecen por causa cardiovascular, la prevalencia de la misma sigue siendo alta como vemos en la población estudiada, y además no bien controlada.

Aunque el número de fumadores disminuyó casi a la mitad tras un año desde el SCA, no es suficiente. Seguramente las recomendaciones sobre estilos de vida no fueron las necesarias tanto en la etapa preventiva como después del SCA a pesar de su demostrada eficacia en la disminución del riesgo cardiovascular.

Frente a este aumento en los factores de riesgo nos encontramos, sin embargo, que la incidencia de SCA en España se sitúa entre las más bajas del mundo en la última década²⁶. El estudio WHO-MONICA que analizó las tendencias del infarto agudo de miocardio en España en los años 1985-1997 determinó que al menos el 48% de los eventos ocurrieron en edades después de los 64 años²⁷. En la actualidad la edad media se ha desplazado de 61 años a 68 años; esto también es posible observarlo en la población estudiada, donde el 48,6% tenía 70 años o más. Esto indica que, pese al envejecimiento de nuestra población y el incremento de la prevalencia de enfermedades crónicas, las intervenciones en prevención primaria están contribuyendo a un retraso en la incidencia gracias al control de los factores de riesgo cardiovascular por parte de los facultativos y a las medidas de prevención puestas en marcha. A pesar de que la población estudiada tras el SCA parece estar infratratada, se ha observado una optimización en los pacientes tanto en cuádruple terapia como en triple terapia a lo largo del año postinfarto. Dado que la media del número de consultas en atención primaria en ese primer año fue de 14,06 frente a 0,73 consultas en servicios hospitalarios, es lógico atribuir la mejora a los profesionales de los centros de salud.

Con respecto a la distribución por sexos, la mortalidad fue similar en ambos, aunque la incidencia fue mayor

en varones. Cabe destacar que, aunque la prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular fue similar en ambos sexos, existe una tendencia al infratratamiento de las mujeres respecto de los hombres tanto en la cuádruple como en la triple terapia. La educación para la deshabituación del tabaco también fue menor en las mujeres. Esta disparidad de la atención entre sexos se ha visto ya en un buen grupo de países y se está analizando el porqué de esta situación²⁸. Hoy en día, los profesionales de la salud siguen considerando que los hombres tienen un mayor riesgo cardiovascular que las mujeres a pesar de que, según el Instituto Nacional de la Salud, el número de muertes por enfermedades cardiovasculares es mayor en mujeres que en hombres (62.104 en mujeres y 54.511 en hombres)²⁹. Se realizan menos esfuerzos terapéuticos, se banalizan los dolores atípicos relacionados con enfermedades cardiovasculares que se asocian a problemas emocionales o de ansiedad y se exige menos en las cifras de control de los factores de riesgo. Todo ello hace que existan retrasos diagnósticos y terapéuticos en mujeres en la atención del IAM que llevan a una mayor mortalidad en mujeres, especialmente si son menores de 50 años³⁰.

Una limitación de este estudio es que no permite establecer causalidad, sin embargo, los resultados pueden compararse con revisiones previas nacionales y autonómicas y de ese modo monitorizar el posible grado de mejora y la efectividad de las estrategias de prevención promovidas por el plan nacional de salud. Los resultados obtenidos con este estudio pueden ser de utilidad a la hora de diseñar estrategias de prevención y promoción de la salud dentro de los programas de prevención de enfermedades cardiovasculares.

Conclusión

A pesar de los importantes avances en el tratamiento del SCA y el conocimiento de los factores de riesgo cardiovascular y sus medidas de control, la cardiopatía isquémica sigue teniendo un gran impacto en la salud poblacional. Los resultados del presente estudio sugieren que la prevención primaria, secundaria y terciaria en los pacientes con SCA no es suficiente en la actualidad. Dado que la mayoría de los eventos cardíacos recurrentes ocurren en supervivientes de un SCA previo, es necesario insistir tanto en las medidas de prevención como en el tratamiento del SCA. Además, los programas de prevención deben continuar tras la hospitalización y debe incluirse un seguimiento ambulatorio para alcanzar el beneficio completo de los tratamientos.

Financiación

La redacción y publicación del artículo ha sido financiada por una Publibeca obtenida después del Congreso Nacional de SEMERGEN.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses

Agradecimientos

Los autores agradecen el soporte formativo en redacción médica de la Dra. Laura Hidalgo (Medical Science Consulting, Valencia), como parte del programa Publibecas, financiado por SEMERGEN.

Bibliografía

1. Yusuf S, Peto R, Lewis J, Collins R, Trineo P. Beta-blockade during and after myocardial infarction: an overview of the randomized trials. *Prog Cardiovasc Dis.* 1983;37:335-71.
2. Pfeffer MA, Braunwald E, Moyé LA, Basta L, Brown EJ, Cuddy TE, et al. Effect of captopril on mortality and morbidity in patients with left ventricular dysfunction after myocardial infarction. *N Engl J Med.* 1992;327:669-77.
3. Wilhelmsen L. Coronary heart disease: epidemiology of smoking and intervention studies of smoking. *Am Heart J.* 1988;115:242-9.
4. O'Connor GT, Buring JE, Yusuf S, Goldhaber SZ, Olmstead EM, Paffenbarger RS, et al. An overview of randomised trials of rehabilitation with exercise after myocardial infarction. *Circulation.* 1989;60:234-44.
5. Rossouw JE, Lewis B, Rifkind BM. The value of lowering cholesterol after myocardial infarction. *N Engl J Med.* 1990;323:1112-29.
6. Kjeldshus J. Randomised trial of cholesterol lowering in 4,444 patients with coronary heart disease: the Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S). *Lancet.* 1994;334:1383-9.
7. Dégano IR, Elosua R, Marrugat J. Epidemiología del síndrome coronario agudo en España: estimación del número de casos y la tendencia de 2005 a 2049. *Rev Esp Cardiol.* 2013;66:472-81.
8. Banegas JR, Villar F, Graciano A, Rodríguez-Artalejo F. Epidemiología de las enfermedades cardiovasculares en España. *Rev Esp Cardiol Supl.* 2006;6:3G-12G.
9. Gutiérrez Fuentes JA, Gómez-Jerique J, Gómez de la Cámara A, Rubio MA, García Hernández A, Arístegui I. Diet and cardiovascular risk in Spain (DRECE II study). Description of the evolution of cardiovascular profile. *Med Clin (Barc).* 2000;115:726-9.
10. Morana A, Odden M. Tendencias de la mortalidad por infarto de miocardio en España y Estados Unidos: ¿una carrera cuesta abajo o cuesta arriba en el siglo XXI? *Rev Esp Cardiol.* 2012;65:1069-71.
11. Arós F, Heras M, Vila J, Sanz H, Ferreira-González I, Permanyer-Miralda G, et al., en representación de los investigadores de los registros PRIAMHO I, II y MASCARA. Reducción de la mortalidad precoz y a 6 meses en pacientes con IAM en el periodo 1995-2005. Datos de los registros PRIAMHO I, II y MASCARA. *Rev Esp Cardiol.* 2011;64:972-80.
12. Vega G, Martínez S, Jiménez PA, Navarro A, Bernad F. Efecto de los factores de riesgo cardiovascular sobre la morbi-mortalidad a largo plazo después de un infarto agudo de miocardio. *Rev Esp Cardiol.* 2007;60:703-13.
13. Maroto Montero JM, Artiago Ramírez R, Morales Durán MD, De Pablo Zarzosa C, Abaira V. Rehabilitación cardíaca en pacientes con infarto de miocardio Resultados tras 10 años de seguimiento. *Rev Esp Cardiol.* 2005;58:1181-7.
14. Graham I, Atar D, Borch-Johnsen K, Boysen G, Burell G, Cifkova R, et al. Guías de práctica clínica sobre prevención de la enfermedad cardiovascular: versión resumida. *Rev Esp Cardiol.* 2008;61, 82e1-e49.
15. Rydén L, Standl E, Bartnik M, Van den Berghe G, Betteridge J, De Boer MJ, et al. Guías de práctica clínica sobre diabetes, prediabetes y enfermedades cardiovasculares. *Rev Esp Cardiol.* 2007;60:525, e1-64.
16. Mancia G, De Backer G, Dominiczak A, Cifkova R, Fagard R, Germano G, et al. Guías de práctica clínica de hipertensión arterial 2007. *Rev Esp Cardiol.* 2007;60:968, e1-94.
17. Laclaustra-Gimeno M, González-García MP, Casanovas-Lenguas JA, Luengo-Fernández E, León-Latre M, Portero-Pérez P, et al. Evolución de los factores de riesgo cardiovascular en jóvenes varones tras 15 años de seguimiento en el estudio Academia General Militar de Zaragoza (AGEMZA). *Rev Esp Cardiol.* 2006;59:671-8.
18. Brotons C. La tendencia secular de los factores de riesgo cardiovascular: una evolución nada optimista. *Rev Esp Cardiol.* 2006;59:650-2.
19. Palomo IF, Torres GI, Alarcón MA, Maragaño PJ, Leiva E, Mujica V. Alta prevalencia de factores de riesgo cardiovasculares clásicos en una población de estudiantes universitarios de la región centro-sur de Chile. *Rev Esp Cardiol.* 2006;59:1099-105.
20. Corbalán R. ¿Qué podemos hacer para modificar los factores de riesgo coronario? *Rev Esp Cardiol.* 2006;59:1089-92.
21. Beunza JJ, Martínez-González MA, Serrano-Martínez M, Alonso A. Incidencia de hipertensión arterial en una cohorte de graduados universitarios españoles: estudio SUN. *Rev Esp Cardiol.* 2006;59:1331-4, 2.
22. Encuesta Nacional de Salud. Instituto Nacional de Estadística (INE). Disponible en <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p419&file=inebase>.
23. García-Artero E, Ortega FB, Ruiz JR, Mesa JL, Delgado M, González-Gross M, et al. El perfil lipídico metabólico en los adolescentes está más influido por la condición física que por la actividad física (estudio AVENA). *Rev Esp Cardiol.* 2007;60:581-8.
24. Grupo PRESENCIAP. Estudio de prevención secundaria de la cardiopatía isquémica en la atención primaria (PRESENCIAP). *Aten Primaria.* 2001;27:29-32.
25. Kindermann M, Adam O, Werner N, Böhm M. Clinical Trial Updates and Hotline Sessions presented at the European Society of Cardiology Congress 2007. *Clin Res Cardiol.* 2007;96:767-86.
26. Marín A, Bárcena M, Fuster MV, Tisairé J, Cucalón JM, González JS, et al. Factores de riesgo de enfermedad cardiovascular y cardiopatía isquémica en un país mediterráneo. *Clin Drug Invest.* 2002;22:241-51.
27. WHO-MONICA Project Principal Investigators. (1998). The World Health Organization Monica Project: a major international collaboration. *J Clin Epidemiol.* 41: 105-114.
28. Mehta TMB, DeVon LS, Grines HA, Krumholz CL, Johnson HM, Lindley MNKJ, et al. Acute Myocardial infarction in women. *Circulation.* 2016;25:201.
29. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Europea de Salud en España. 2020.
30. Khan NA, Daskalopoulou SS, Karp I, Eisenberg MJ, Pelletier R, Tsadok MA, et al. Sex differences in acute coronary syndrome symptom presentation in young patients. *JAMA Intern Med.* 2013;173:1863-71.