Localizador web
Artículo 89.380

Control lipídico en prevención secundaria: estudio multicéntrico, observacional en atención primaria

C. Brotons[a], A. Maiques[b], J. Mostaza[c], X. Pintó[d] y J. Vilaseca[e], en representación del estudio EMOSCOL

Objetivo. Evaluar la implementación del tratamiento higiénico-dietético y farmacológico de la hipercolesterolemia y otros factores de riesgo en pacientes coronarios de atención primaria.
Diseño. Estudio observacional prospectivo de 6 meses de seguimiento.
Emplazamiento. Centros de salud de todo el estado español.
Participantes. Varones y mujeres de edades comprendidas entre los 18 y los 75 años, diagnosticados de infarto de miocardio y/o angina, y cuyas concentraciones de colesterol total no hubieran alcanzado el objetivo terapéutico indicado en la Guía de Prevención Cardiovascular del Programa de Actividades y de Promoción de la Salud. Los pacientes fueron incluidos en el estudio desde febrero de 1998 hasta julio de 1999, y el seguimiento fue de 6 meses.
Mediciones principales. Colesterol total, colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad (cLDL), colesterol unido a lipoproteínas de alta densiad (cHDL), triglicéridos, peso, índice de masa corporal, presión arterial sistólica (PAS), presión arterial diastólica (PAD) y glucemia.
Resultados. Se incluyó a 4.464 pacientes, con una edad media de 59 años; el 60% eran varones. A los 6 meses, el 66% de los pacientes tenía cifras de colesterol total mayores de 200 mg/dl, el 55% tenía cifras de cLDL por encima de 130 mg/dl, y el 11% tenía cifras de triglicéridos superiores a 190 mg/dl. A los 6 meses de seguimiento se observó una reducción de 70 mg/dl del colesterol total, de 52 mg/dl de los triglicéridos, de 51 mg/dl del cLDL, un aumento de 4 mg/dl del cHDL, una reducción de 5 mmHg de la PAS y de 3 mmHg de la PAD.
Conclusiones. Aunque se observa una mejora clara del perfil lipídico y de otros factores de riesgo, todavía hay un potencial importante a ganar en los pacientes diagnosticados de enfermedad coronaria y seguidos en la atención primaria respecto al control de los factores de riesgo cardiovascular.

Palabras clave: Prevención secundaria. Implementación. Atención primaria.

LIPID CONTROL IN SECONDARY PREVENTION: MULTICENTER OBSERVATIONAL STUDY IN PRIMARY CARE

Objective. To assess the implementation of pharmacological and non-pharmacological treatment in coronary patients followed in primary care.
Design. Observational prospective study of 6 months of follow-up
Setting. Primary care centers all over Spain.
Participants. Men and women, between 18 and 75 years old, diagnosed in the last 3 years of myocardial infarction, stable angina, and unstable angina, with cholesterol levels higher than the lipid therapeutical goal recommended by the Guía de Prevención Cardiovascular del Programa de Actividades y de Promoción de la Salud de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Patients were recruited between february of 1998 and july of 1999, and were followed for 6 months.
Outcome measurements. Total colesterol, LDL-cholesterol, HDL-cholesterol, triglycerides, weight, height, body mass index, systolic and diastolic blood pressure (SBP and DBP).
Results. 4464 pacients were included, mean age of 59 years (range, 20-96), 60% men. At 6 months, 66% of the patients had a cholesterol level higher than 200 mg/dL, 55% had LDL-C higher than 130 mg/dL, and 11% had triglycerides higher than 190 mg/dL. At 6 months a reduction of 70 mg/dL of total cholesterol, of 52 mg/dL of triglycerides, and of 51 mg/dL of LDL-C, and an increase of 4 mg/dL of HDL-Cholesterol was observed. Also, SBP and DBP were reduced 5 mm Hg and 3 mm Hg.
Conclusions. Although a clear improved was observed in the control of lipds and other risk factors, there is still a considerable potential to raise standards in secondary prevention of coronary patients followed in primary care concerning control of cardiovascular risk factors, particularly total cholesterol and lipid fractions.

Key words: Secondary prevention. Implementation. Primary care.

[a]EAP Sardenya. Servei Català de la Salut. Barcelona. España.

[b]CS Manises. Valencia. España.

[c]Unidad de Arteriosclerosis. Hospital Carlos III. Madrid. España.

[d]Unidad de Arteriosclerosis. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona. España.

[e]ABS Sant Josep. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona. España.

Correspondencia:
Carlos Brotons Cuixart.
EAP Sardenya. Servei Català de la Salut.
Sardenya, 466. 08025 Barcelona. España.
Correo electrónico:
cbrotons@eapsardenya.net

Manuscrito recibido el 7 de abril de 2003.
Manuscrito aceptado para su publicación el 10 de marzo de 2004.

Introducción

La prevención secundaria de las enfermedades cardiovasculares tiene como objetivo reducir el riesgo de un nuevo evento cardiovascular y la muerte, y por tanto, mejorar la supervivencia de los pacientes que ya han padecido un evento cardiovascular. Los pacientes en prevención secundaria constituyen la primera prioridad en la prevención de las enfermedades cardiovasculares, por tratarse de pacientes de muy alto riesgo[1].

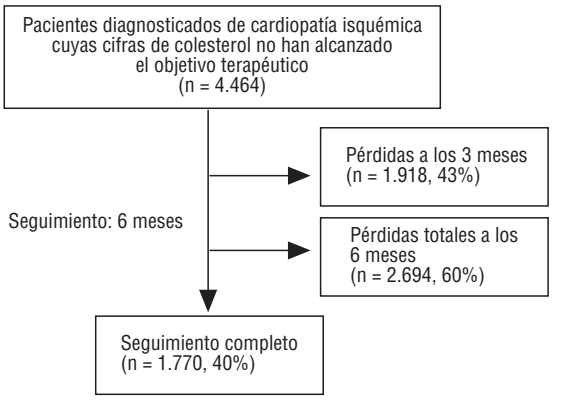
Uno de los factores de riesgo que es importante controlar en estos pacientes es la hipercolesterolemia. Diversos ensayos clínicos han demostrado que la reducción de las concentraciones de lípidos en personas con enfermedad coronaria establecida reduce el riesgo de morbimortalidad cardiovascular[2-5]. El resultado de un metaanálisis que incluía únicamente estudios con estatinas ha demostrado que éstas reducen la mortalidad coronaria (*odds ratio* [OR] = 0,71), la mortalidad cardiovascular (OR = 0,73) y la mortalidad total (OR = 0,77) en comparación con el placebo[6]. Los beneficios en términos absolutos aumentaban a medida que se incrementaba el riesgo basal, pero parecían estar influidos por las concentraciones basales de colesterol. Un ensayo clínico publicado recientemente realizado en 20.536 pacientes de alto riesgo (con enfermedad vascular o con diabetes o con hipertensión tratada farmacológicamente) ha demostrado que el tratamiento con estatinas (40 mg diarios), con independencia de los valores de colesterol total (> 135 mg/dl), reducía significativamente la mortalidad total (0,87) y la mortalidad vascular (0,83) cuando se comparaba con placebo[7].

Según las recomendaciones europeas[1], el objetivo terapéutico en los pacientes con enfermedad coronaria establecida es mantener un colesterol total por debajo de 5,0 mmol/l (190 mg/dl) y un colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad (cLDL) por debajo de 3,0 mmol/l (115 mg/dl). El documento de consenso español para el control de la hipercolesterolemia[8] en el que se marca como objetivos terapéuticos el cLDL ≤ 100 mg/dl y el colesterol total < 200 mg/dl.

Es cierto, sin embargo, que hay dificultades al incorporar los resultados de los grandes ensayos clínicos a la práctica clínica, ya que los beneficios observados en estos estudios se refieren a una población muy definida, con unos criterios de inclusión y exclusión muy estrictos, y no necesariamente se pueden aplicar a toda la población de pacientes con enfermedad coronaria. Un estudio reciente realizado en el Reino Unido[9] ha mostrado que incluso en 584 centros de salud muy bien organizados todavía se necesitan mejoras en la detección, el registro y la intervención sobre los factores de riesgo mayores en los 24.431 pacientes diagnosticados de enfermedad coronaria. Por ejemplo, el colesterol total nunca se registró en el 42% de los pacientes, y se mantenía por encima de 5 mmol/l en el 44% de éstos. Otro estudio de seguimiento de 5.556 pacientes con enfermedad coronaria realizado en 15 países europeos durante los 6 meses posteriores a la hospitalización[10] mostró que el 58% tenía un colesterol total > 5 mmol/l, con grandes diferencias entre países que oscilaban entre el 77% en Bélgica y el 40% en Suecia.

El objetivo del presente estudio es evaluar la implementación del tratamiento higiénico-dietético y farmacológico de la hipercolesterolemia en pacientes coronarios seguidos en atención primaria.

Material y métodos
Cuadro resumen



Esquema general del estudio

Estudio multicéntrico, observacional, prospectivo de 6 meses de seguimiento, realizado en pacientes diagnosticados de cardiopatía isquémica en centros de atención primaria.

Pacientes y método

Diseño

Se trata de un estudio multicéntrico, observacional, prospectivo, realizado en pacientes diagnosticados de cardiopatía isquémica en centros de atención primaria.

Participantes

Criterios de inclusión. Varones y mujeres de edades comprendidas entre 18 y 75 años, diagnosticados de infarto de miocardio o angina inestable o estable bien documentada durante los últimos 3 años y cuyos valores de colesterol total no hubieran alcanzado el objetivo terapéutico marcado por la Guía de Prevención Cardiovascular del Programa de Actividades y de Promoción de la Sa-

lud (PAPPS)[11] de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, ya estuvieran con o sin tratamiento hipolipemiante previo.

Criterios de exclusión. Pacientes con elevación persistente de las transaminasas o bilirrubina total, y/o diagnosticados de colestasis, pacientes afectados de miopatías, mujeres en edad fértil susceptibles de quedar embarazadas, mujeres embarazadas o lactantes, pacientes con enfermedad grave o terminal, pacientes con causas de hipercolesterolemia secundaria no tratadas, y negativa por parte del paciente a participar en el estudio.

Período de estudio. Los pacientes fueron incluidos en el estudio desde febrero de 1998 hasta julio de 1999, y el seguimiento fue de 6 meses.
La participación en el estudio fue voluntaria, y participaron 895 médicos de atención primaria distribuidos por toda la geografía española. Cada médico participante reclutó a 5 pacientes con las características descritas previamente.

Análisis estadístico
Las variables cualitativas se describieron como porcentajes, y las cuantitativas, como media y desviación estándar. Se compararon las tendencias de los valores basales de peso, índice de masa corporal (IMC), presión arterial sistólica (PAS) y presión arterial diastólica (PAD) con las de los 3 meses y 6 meses mediante un análisis de la varianza. Se calcularon los porcentajes de reducción del colesterol total y cLDL a los 3 y 6 meses, respecto al basal, por diferentes cuartiles de colesterol. Se analizó el cambio porcentual de los factores de riesgo en el subgrupo de pacientes hipertensos y en el subgrupo de pacientes diabéticos. Se consideraron estadísticamente significativos los valores de $p < 0,05$.

Resultados

El número total de pacientes incluidos en el estudio fue de 4.464 pacientes, con una edad media de 59 años (rango, 20-96) y un 60% de varones. Un 84% tenía antecedentes de angina estable, el 68% de angina inestable, el 76% de infarto de miocardio, un 4,5% de accidente cerebrovascular y un 9% de arteriopatía periférica.
En las tablas 1 y 2 se describen las características basales de estos pacientes. A los 3 meses se siguió a 2.546 pacientes (el 77% del total), y a los 6 meses continuaban en seguimiento 1.770 pacientes (el 40% del total).
A los 3 meses, un 79% de los pacientes tenía cifras de colesterol total > 200 mg/dl, el 64% tenían cifras de cLDL > 130 mg/dl y el 18% tenían cifras de triglicéridos > 190 mg/dl. A los 6 meses, el 66% de los pacientes tenía cifras de colesterol total > 200 mg/dl, el 55% tenían cifras de cLDL > 130 mg/dl y el 11% tenían cifras de triglicéridos > 190 mg/dl.
En la tabla 3 se puede observar las tendencias de los factores de riesgo (IMC, PAS, PAD, colesterol total, triglicéridos, cLDL y cHDL) para todos los pacientes que llegaron a los 6 meses de seguimiento. Destacan sobre todo una reducción de 70 mg/dl del colesterol total, de 52 mg/dl de los triglicéridos, de 51 mg/dl del cLDL, un aumento de 4 mg/dl del cHDL, una reducción de 5 mmHg de la PAS, y de 3 mmHg de la PAD. En la tabla 4 se observa el porcentaje de reducción de colesterol total y de cLDL a los 3 y a los 6 meses por cuartiles de colesterol total basal. Glo-

TABLA 1 **Características basales de la población de estudio (variables categóricas)**

	n (%)
Varones	2.583 (59,8)
Antecedentes patológicos cardiovasculares	3.822 (85,6)
Angina estable	3.228 (72,3)
Angina inestable	2.605 (58,3)
Infarto de miocardio	2.916 (65,3)
Accidente cerebrovascular	171 (3,8)
Arteriopatía periférica	358 (8,0)
Hipertensión arterial	2.262 (50,7)
Diabetes	763 (17,1)
Hipercolesterolemia	4.283 (95,9)
Hipertrigliceridemia	2.016 (45,2)
Antecedentes familiares de cardiopatía isquémica precoz	1.083 (24,3)
Hábito tabáquico	
No fumador	2.021 (45,3)
Ex fumador	1458 (32,7)
Fumador activo	985 (22,1)
Ejercicio físico	
Diario	788 (17,6)
Semanal	403 (9,0)
Ocasional	1.887 (42,3)
Nunca	1.281 (28,7)
Pacientes en tratamiento con hipolipemiante antes del inicio del estudio	163 (3,6)

TABLA 2 **Características basales de la población de estudio (variables continuas)**

	Media ± DE	Rango
Edad, años	59,17 ± 9,94	20-96
Peso, kg	76,08 ± 11,31	43,5-170,5
IMC, kg/m^2	27,91 ± 3,71	16,22-65,04
PAS, mmHg	141,61 ± 17,26	80-220
PAD, mmHg	82,93 ± 10,04	40-130
Colesterol total, mg/dl	284,97 ± 34,89	150-400
Triglicéridos, mg/dl	194,20 ± 122,58	31-1894
cLDL, mg/dl	183,82 ± 43,92	35-300
cHDL, mg/dl	47,95 ± 13,74	20-100

cLDL: colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad; cHDL: colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad; DE: desviación estándar; IMC: índice de masa corporal; PAS: presión arterial sistólica; PAD: presión arterial diastólica.

TABLA 3 **Descripción de las tendencias observadas en la evolución de los factores de riesgo (n = 1.770)**

	Valores basales (media ± DE)	Valores a los 3 meses (media ± DE)	Valores a los 6 meses (media ± DE)	n	p
Peso, kg	76,52 ± 10,89	75,29 ± 10,43	74,77 ± 10,35	1.453	< 0,01
IMC, kg/m^2	27,97 ± 3,58	27,56 ± 3,69	27,38 ± 3,70	1.433	< 0,01
PAS, mmHg	141,02 ± 17,16	138,03 ± 14,39	136,47 ± 13,48	1.639	< 0,01
PAD, mmHg	82,72 ± 9,82	80,78 ± 9,34	79,36 ± 8,67	1.636	< 0,01
Colesterol total, mg/dl	286,22 ± 33,71	232,53 ± 34,14	216,75 ± 30,11	1.575	< 0,01
Triglicéridos, mg/dl	189,87 ± 118,88	148,21 ± 67,18	138,05 ± 68,19	1.589	< 0,01
cLDL, mg/dl	187,57 ± 40,15	145,03 ± 35,28	136,12 ± 32,77	1.081	< 0,01
cHDL, mg/dl	48,82 ± 13,43	51,96 ± 14,82	52,88 ± 12,51	1.267	< 0,01

cHDL: colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad; cLDL: colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad; DE: desviación estándar; IMC: índice de masa corporal; PAD: presión arterial diastólica; PAS: presión arterial sistólica.

TABLA 4 **Porcentaje de reducción colesterol total y cLDL respecto a sus valores basales**

		Cuartiles colesterol total basal media ± DE, n		
	< 265	265-285	286-305	> 305
% reducción colesterol total basal-3 meses	12,59 ± 13,19	18,05 ± 10,66	20,52 ± 10,55	23,86 ± 11,82
	n = 771	n = 784	n = 822	n = 787
% reducción colesterol total basal-6 meses	14,59 ± 12,93	22,21 ± 9,60	26,02 ± 9,57	30,77 ± 11,08
	n = 407	n = 415	n = 435	n = 386
		Cuartiles cLDL basal media ± DE, n		
	< 161	161-189	190-210	> 210
% reducción cLDL basal-3 meses	7,67 ± 20,39	19,39 ± 14,86	22,78 ± 15,04	28,13 ± 13,32
	n = 564	n = 636	n = 611	n = 518
% reducción cLDL basal-6 meses	9,13 ± 21,10	25,59 ± 15,54	29,01 ± 14,62	35,31 ± 13,81
	n = 257	n = 292	n = 303	n = 285

cLDL: colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad; DE: desviación estándar; n: tamaño muestral.

balmente, a mayores valores de colesterol total, mayor porcentaje de reducción observada.

El porcentaje de cambio de los diferentes factores de riesgo fue favorable, tanto en el subgrupo de pacientes hipertensos como en el subgrupo de pacientes diabéticos (tablas 5 y 6).

Discusión

Este estudio prospectivo de prevención secundaria, a diferencia de otros publicados en nuestro medio[12-15], se realizó seleccionando a los pacientes directamente desde la atención primaria, ya que es el ámbito de actuación donde mayoritariamente se sigue a estos pacientes una vez son dados de alta del hospital. Aunque se seleccionó a pacientes de todas las comunidades autónomas, no se puede asegurar que la muestra sea representativa de la población que ha padecido un evento coronario en el estado español.

Otra característica de nuestro estudio es que se seleccionó a los pacientes cuyas concentraciones de lípidos (ya fuera por el colesterol total, el cLDL o los triglicéridos) no alcanzaban los valores recomendados por la Guía de Prevención Cardiovascular del PAPPS[11] para la prevención secundaria, las cuales coinciden con las recomendaciones internacionales. Por este motivo, las medias basales de colesterol total, triglicéridos o cLDL eran mayores que las de otros estudios publicados de prevención secundaria. Una de las limitaciones del presente estudio es el seguimiento incompleto de los pacientes a los 6 meses

TABLA 5 **Porcentaje de cambio a los 6 meses de los diferentes factores de riesgo en el subgrupo de pacientes hipertensos**

Variable	n	Media ± DE	p
% descenso IMC, kg/m^2	849	1,9 ± 6,9	< 0,05
% descenso PAS, mmHg	1.027	5,11 ± 9.358	< 0,05
% descenso PAD, mmHg	1.005	5,67 ± 10.312	< 0,05
% descenso CT, mg/dl	994	23,53 ± 12.562	< 0,05
% descenso cLDL, mg/dl	708	24,73 ± 18.779	< 0,05
% aumento cHDL, mg/dl	753	14,56 ± 30.487	< 0,05
% descenso triglicéridos, mg/dl	968	18,6 ± 34,79	< 0,05
% descenso glucosa, mg/dl	922	3,61 ± 14,74	< 0,05
% aumento creatinina, mg/dl	792	7,19 ± 23,754	< 0,05

DE: desviación estándar; IMC: índice de masa corporal; PAS: presión arterial sistólica; PAD: presión arterial diastólica; CT: colesterol total; cLDL: colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad; cHDL: colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad; n: tamaño muestral.

TABLA 6 **Porcentaje de cambio a los 6 meses de los diferentes factores de riesgo en el subgrupo de pacientes diabéticos**

Variable	n	Media ± DE	p
% descenso IMC, kg/m^2	241	2,12 ± 6,22	< 0,05
% descenso PAS, mmHg	299	2,85 ± 10,66	< 0,05
% descenso PAD, mmHg	283	3,27 ± 11,18	< 0,05
% descenso CT, mg/dl	288	22,75 ± 12,12	< 0,05
% descenso cLDL, mg/dl	198	23,91 ± 18,36	< 0,05
% aumento cHDL, mg/dl	198	16,25 ± 33,45	< 0,05
% descenso triglicéridos, mg/dl	283	18,28 ± 39,23	< 0,05
% descenso glucosa, mg/dl	265	11,3 ± 18,13	< 0,05
% aumento creatinina, mg/dl	233	6,74 ± 22,06	< 0,05

DE: desviación estándar; IMC: índice de masa corporal; PAS: presión arterial sistólica; PAD: presión arterial diastólica; CT: colesterol total; cLDL: colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad; cHDL: colesterol unido a lipoproteínas de alta densida; n: tamaño muestral.

(un 40% de la población seleccionada). Se compararon las características demográficas y clínicas de los pacientes perdidos con la de los pacientes que llegaron al final del seguimiento, y no se observaron diferencias significativas (datos no presentados), por lo que los resultados del control de los factores de riesgo no deberían ser diferentes entre los perdidos y los que finalizaron el seguimiento. Sin embargo, si se hubiera introducido algún sesgo, es el derivado de una mayor motivación de los pacientes para acudir a la consulta, tratándose en principio de una población más predispuesta a alcanzar un mejor control de los factores de riesgo que la población perdida, por lo que los resultados hubieran podido ser peores respecto al control de los factores de riesgo si se hubiera seguido a todos los pacientes. En este tipo de estudios observacionales prospectivos, el porcentaje de pérdidas en el seguimiento suele ser significativo, aunque menor al observado por nosotros. En el estudio EUROASPIRE II[10] se observaron unas pérdidas de un 32% de los pacientes, y en el estudio PREMISE[12] las pérdidas fueron de un 20% de los pacientes. De los estudios de prevención secundaria realizados en atención primaria mediante un diseño transversal (no prospectivos), en uno de ellos[16] se observó que de 205 pacientes con cardiopatía isquémica, sólo el 30% alcanzó unos valores de cLDL < 130 mg/dl; y en otro[17], que de 183 pacientes con cardiopatía isquémica crónica, tan sólo el 61% presentaba cifras de PAD < 90 mmHg, un 40% de cifras de PAS < 140 mmHg, y el 22% tenía cifras de cLDL < 130 mg/dl. En nuestro estudio, los resultados fueron algo mejores, ya que el 45% de los pacientes tenía un cLDL < 130 mg/dl a los 6 meses. Es importante resaltar en este estudio que además de la mejora clara en el perfil lipídico (observándose al final del seguimiento valores próximos a los recomendados por las guías), también se apreció una reducción de la presión arterial, del peso y de la glucemia, sobre todo en el subgrupo de pacientes hipertensos y diabéticos. Este aspecto es importante porque refleja que en la práctica clínica de la atención primaria se está llevando a cabo un abordaje integral de los factores de riesgo.

Discusión
Cuadro resumen

Lo conocido sobre el tema

- Diversos ensayos clínicos han demostrado que la reducción de las concentraciones de lípidos en personas con enfermedad coronaria establecida disminuye el riesgo de morbimortalidad cardiovascular.
- Según la evidencia proveniente de estudios observacionales, el control de los factores de riesgo, y concretamente de la dislipemia, en los pacientes que han padecido un evento coronario es mejorable.

Qué aporta este estudio

- Los pacientes que han padecido una cardiopatía isquémica, con valores de colesterol que no alcancen los objetivos terapéuticos que recomienda la Guía de Prevención Cardiovascular del PAPPS y seguidos directamente en atención primaria mejoran su perfil lipídico global y control de los factores de riesgo a los 6 meses.
- Más de la mitad de los pacientes seguidos hasta el final no alcanzan, sin embargo, los objetivos terapéuticos de colesterol total y cLDL.

Se han publicado diferentes estudios en los que se contrastan diferentes estrategias para mejorar los resultados en prevención secundaria mediante la utilización de diseños pragmáticos de intervención aleatorizada en la atención primaria, con resultados dispares. Uno de estos estudios evaluó el efecto de unidades de prevención secundaria dirigidas por personal de enfermería y lo comparó con la atención habitual en las consultas del médico de familia[18]. Se observaron mejoras en la utilización de ácido acetilsalicílico, en el control de la presión arterial y de los lípidos, y en la realización de actividad física y el seguimiento de dieta. No se observaron cambios en el abandono del hábito tabáquico. Otro estudio evaluó el papel de un programa específico dirigido también por personal de enfermería para la coordinación entre el hospital y la atención primaria para mejorar el seguimiento de los pacientes que habían ingresado por enfermedad coronaria[19]. No se encontraron diferencias entre el grupo de intervención y el control respecto al consumo de tabaco, las concentraciones de lípidos, la presión arterial o el ejercicio físico, aunque el programa sí que fue efectivo en promover las visitas de seguimiento por los médicos de atención primaria. Otro estudio[20], en el que se evaluaba un sistema sofisticado de registro y recordatorio sistemático, concluyó que este sistema no mejoraba los resultados en prevención secundaria cuando se comparaban con una simple auditoría y *feedback*.

Como conclusión, en una población de alto riesgo de padecer un evento cardiovascular es posible reducir en la práctica clínica los factores de riesgo cardiovascular conocidos, aunque todavía hay un potencial importante a ganar en estos pacientes, sobre todo en lo que respecta al control lipídico. Es importante investigar nuevas estrategias que se adapten a nuestro entorno sanitario para poder trasladar la evidencia científica a la práctica clínica.

Agradecimiento

A los 895 médicos de atención primaria que participaron en el estudio.

A Irene Moral Pelaez por la depuración de los datos y el análisis estadístico.

A los laboratorios Almirall Prodesfarma, por su colaboración en la realización de este estudio.

Bibliografía

1. Wood D, De Backer G, Faergeman O, Graham I, Mancia G, Pyörälä K. Recommendations of the Second Joint Task Force of European and other Societies on Coronary Prevention. Eur Heart J 1998;19:1434-503.
2. LaRosa JC, He J, Vupputuri S. Effect of statins on risk of coronary disease: a meta-analysis of randomised controlled trials. JAMA 1999;282:2340-6.
3. Scandinavian Simvastatin Survival Study Group. Randomised trial of cholesterol in 4 444 patients with coronary heart disease: the Scandinavian Simvastatin Survival Study. Lancet 1994;344: 1383-9.
4. Sacks F, Pleiffer M, Moye L, Rouleau J, Cole T. The effect of pravastatin on coronary events after myocardial infarction in patients with average cholesterol events. N Engl J Med 1996;335: 1001-9.
5. The Long-term Intervention with Pravastatin in ischaemic Disease (LIPID) Study Group. Prevention of cardiovascular events and death with pravastatin in patients with coronary heart disease and a broad range of initial cholesterol levels. N Engl J Med 1998;339:1349-57.
6. LaRosa JC, He J, Vupputuri S. Effect of statins on risk of coronary disease: a meta-analysis of randomised controlled trials. JAMA 1999;282:2340-6.
7. Heart Protection Study Collaborative Group. MRC/BHF Heart Protection Study of cholesterol lowering with simvastatin in 20 536 high-risk individuals: a randomised placebo-controlled trial. Lancet 2002;360:7-22.
8. Ministerio de Sanidad y Consumo, Sociedad Española de Cardiología y Sociedad Española de Arteriosclerosis. Control de la colesterolemia en España, 2000. Un instrumento para la prevención cardiovascular. Clin Invest Arteriosclerosis 2000;12:125-52.
9. Brady AJB, Oliver MA, Pittard JB. Secondary prevention in 24 431 patients with coronary heart disease: survey in primary care. BMJ 2001;322:1463.
10. EUROASPIRE II Study Group. Lifestyle and risk factor management and use of drug therapies in coronary patients from 15 countries. Principal results from EUROASPIRE II Euro Heart Survey Programme. Eur Heart J 2001;22:554-72.
11. Villar Álvarez F, Maiques Galán A, Brotons Cuixart C, Torcal Laguna J, Lorenzo Piqueras A, Vilaseca Canals J, et al. Prevención cardiovascular en atención primaria. Aten Primaria 2001; 28:13-27.
12. Grupo de Investigación del estudio PREMISE. Prevención secundaria del infarto de miocardio y calidad de vida relacionada con la salud. Med Clin (Barc) 2002;119:9-12.
13. Velasco JA, Cosín J, López Sendón JL, De Teresa E, De Oya M, Carrasco JL, et al. La prevención secundaria del infarto de miocardio en España. Estudio PREVESE. Rev Esp Cardiol 1997;50:406-15.
14. Brotons C, Calvo F, Cascant P, Ribera A, Moral I, Pernanyer-Miralda G. Is prophylactic treatment after myocardial infarction evidence-based? Fam Pract 1998;15:457-61.
15. De Oya M, López Sendón JL, De Teresa E, Velasco-Rami J, Villa E, Cosin J. The impact of landmark clinical trials on secondary prevention of acute myocardial infarction (AMI) in Spain: PREVESE 98 study [abstract]. Atherosclerosis 2000;151:107.
16. Grupo de Investigación del estudio ELIPSE. Prevención secundaria de la cardiopatía isquémica en la provincia de Ciudad Real. Efectividad de la terapéutica hipolipemiante en atención primaria. Med Clin (Barc) 2000;115:321-5.
17. Grupo PRESENCIAP. Estudio de prevención secundaria de la cardiopatía isquémica en la atención primaria (PRESENCIAP). Aten Prim 2001;27:29-32.
18. Campbell NC, Ritchie LD, Thain J, Deans HG, Rawles JM, Squair JL. Secondary prevention in coronary heart disease: a randomised trial of nurse led clinics in primary care. Heart 1998;80:447-52.
19. Jolly K, Bradley F, Sharp S, Smith H, Thompson S, Kinmonth A-L, et al, for the SHIP Collaborative group. Randomised controlled trial of follow up care in general practice of patients with myocardial infarction and angina: final results of the Southampton heart integrated care project (SHIP). BMJ 1999;318:706-11.
20. Moher M, Yudkin P, Wright L, Turner R, Fuller A, Schfield T, et al, for the Assessment of Implementation Strategies (ASSIST) Trial Collaborative Group. BMJ 2001;322:1-7.