

# Evaluación de las actividades asistenciales sanitarias desarrolladas por ambos niveles asistenciales en la prevención secundaria de cardiopatía isquémica

F.J. García-Norro Herreros, J.M. Marcos Vidal, S. Escudero Álvarez, D. Fierro González, A. Díez Rodríguez y E. Simarro Martín-Ambrosio

Medicina de Familia. Centro de Salud Condesa. León.

**OBJETIVO.** Valorar las actividades sanitarias en prevención secundaria de cardiopatía isquémica que realizan Atención Primaria (AP) y Especializada (AE).

**MÉTODOS.** Estudio transversal descriptivo y analítico. Censo de los pacientes dados de alta del Hospital de León durante 12 meses con diagnósticos 410-414 CIE-9. Posterior localización realizando encuesta protocolizada y analítica.

**RESULTADOS.** De 446 pacientes, el 75,3% tuvieron contacto con el hospital, utilizando más bloqueadores beta, antiarrítmicos, estatinas y diuréticos. Se modificó el tratamiento en el hospital al 40,4%, siendo el motivo fundamental el ajuste posológico. El 92,6% consultaron con su médico de Atención Primaria (MAP) presentando diferencias en el uso de bloqueadores beta (36,8% frente al 18,2%) y en las cifras de presión arterial (PA) > 140/90 mmHg. El 31,4% se revisaron en consultas programadas por su MAP, utilizando más bloqueadores beta (44,3% frente al 31,4%), hipolipemiantes (64,3% frente al 53,9%), tenían un porcentaje menor de PA  $\geq$  130/80 mmHg (72,9% frente al 82,7%) pero mayor de obesidad (27,9% frente al 18,1%). Al 45,5% su MAP les solicitó analítica, utilizando éstos más estatinas (64,5% frente al 51%). Al 11,9% su MAP les modificó el tratamiento, el principal motivo fue la introducción de un nuevo fármaco (30,2%).

**CONCLUSIONES.** Realizar analíticas y establecer consultas programadas mejoran el control de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV), pero son pocos los pacientes beneficiados con estas actividades. En AE se realizaron muchas actividades sanitarias no reflejándose en el control de los FRCV, posiblemente por no considerar esta intervención prioritaria. Sería necesario establecer las responsabilidades de cada nivel asistencial, desarrollando canales de comuni-

cación entre los dos niveles que permitan optimizar recursos para posibilitar la continuidad en la atención al paciente.

*Palabras clave:* cardiopatía isquémica, prevención secundaria, actividades sanitarias.

**OBJECTIVE.** Assess medical activities in secondary prevention of ischemic heart disease done in Primary and Specialized Health Care.

**METHODS.** Descriptive, analytic cross-sectional study. Census of the patients discharged from the Hospital de León during 12 months with ICD-9 410-414 diagnosis. They were subsequently located by standardized and analytic survey was done.

**RESULTS.** A total of 75.3% of 446 patient had contact with the hospital, using  $\beta$ -blockers, antiarrhythmics, statins and diuretics. Treatment was changed in the hospital for 40.4%, the main reason being dosage adjustment. 92.6% consulted their primary care physician (PCP), with differences in the use of  $\beta$ -blockers (36.8% versus 18.2%) and in the BP values > 140/90 mmHg. 31.4% were seen in scheduled visits by their PCP, and used more  $\beta$ -blockers (44.3% versus 31.4%), lipid lowering drugs (64.3% versus 53.9%), had a lower percentage of PB  $\geq$  130/80 mmHg (72.9% versus 82.7%) but greater one of obesity (27.9% versus 18.1%). In 45.5%, the PCP requested analysis, and these used more statins (64.5% versus 51%). The PCP modified the treatment in 11.9%, the main reason being the introduction of a new drug (30.2%).

**CONCLUSIONS.** Performing analyses and establishing scheduled visits improve the control of CVRF, however few patients benefit from these activities. Many activities are done in specialized care that are not reflected in the control of CVRF, possibly because it is not considered a priority intervention. It would be necessary to establish the responsibilities of each care level, developing communication channels between the two levels that make it possible to optimize resources to allow for continuity in the patient's care.

*Key words:* ischemic heart disease, secondary prevention, health care activities.

Correspondencia: J.M. Marcos Vidal.  
C/ Moisés de León, B-15, 4º D. 24006 León. España.  
Correo electrónico: jmmarcosv@hotmail.com

Recibido el 15-11-04; aceptado para su publicación el 11-04-05.

## INTRODUCCIÓN

Los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) se definen epidemiológicamente<sup>1</sup> como aquellas condiciones, tanto endógenas o biológicas, como exógenas o hábitos adquiridos, que precediendo al comienzo de la enfermedad cardiovascular se encuentran con mayor frecuencia en sujetos que padecen la enfermedad que en el resto, constituyendo un predictor estadístico de enfermedad cardiovascular.

En múltiples publicaciones<sup>2-4</sup> profesionales expertos llaman la atención sobre la necesidad de aplicar en la práctica clínica habitual las medidas terapéuticas que disponemos, acreditadas por su efectividad en la disminución del riesgo de morbimortalidad cardiovascular. Sin embargo, en la actualidad existe una adecuación insuficiente de las recomendaciones científicas que ocasiona un puente entre las evidencias científicas y la situación de la práctica clínica<sup>5</sup>, llegando a sugerirse que la prevención secundaria no ha sido incorporada a la práctica médica diaria<sup>6</sup>.

De esta manera, nos planteamos cuantificar el tipo y grado de actividades sanitarias encaminadas a la prevención secundaria de cardiopatía isquémica (CI) que realizan Atención Primaria (AP) y Atención Especializada (AE) en los pacientes diagnosticados de CI después de causar alta del hospital, y evaluar si la realización de estas actividades va pareja a un mejor control de los FRCV con tratamientos más adecuados a las recomendaciones existentes.

## MATERIAL Y MÉTODOS

El trabajo se ha diseñado como un estudio descriptivo y analítico, de corte transversal.

Los pacientes pertenecen al Área Sanitaria de León. Se consiguió un censo de los pacientes dados de alta durante el período comprendido desde el 1 de marzo de 1998 al 28 de febrero de 1999. Fue condición para ser incluido en el estudio disponer entre los diagnósticos de alta de algún código de la Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª Revisión con Motivos de Consulta comprendido entre las claves 410-414 (cardiopatía isquémica en sus distintas formas). Se procuró la localización telefónica de todos los incluidos en el censo según fecha de alta, excluyéndose los residentes fuera del Área Sanitaria, los fallecidos y no localizados, y aquellos que no dieron su consentimiento para participar o que tenían alguna incapacidad física para asistir a la cita.

Un médico entrenado efectuaba la entrevista para la obtención de información directamente del paciente a través de una encuesta en la que se recogían datos referentes a las siguientes variables: haber tenido nuevos ingresos hospitalarios y motivo, haber tenido revisiones médicas por especialistas, haber recibido técnicas invasivas, haberse practicado extracciones de sangre, haber tenido cambios en el tratamiento del informe del alta, contactos con su médico de AP (MAP), aportar el informe de alta a su MAP, realizar revisiones en consultas programadas, realización de análisis solicitados por MAP, modificación del tratamiento al alta por el MAP y exploración física con cifras de presión arterial (PA) según protocolo aceptado<sup>7</sup>, peso, talla e índice

de masa corporal (IMC), practicándose analítica con fecha de la entrevista para recoger cifras de colesterol y glucemia.

Se estudiaron los resultados en las determinaciones analíticas y exploraciones de los FRCV, en función de la presencia o no de las variables, tomándose como referencia las siguientes cifras de control de los FRCV: PA  $\geq$  140/90 mmHg, PA  $\geq$  160/95 mmHg, glucemia  $\geq$  126 mg/dl, HbA (1c)  $>$  7% y  $>$  8%, colesterol ligado a lipoproteínas de baja densidad (c-LDL)  $>$  100 mg/dl, c-LDL  $>$  130 mg/dl y c-LDL  $>$  160 mg/dl, IMC  $\geq$  30 y ser fumador activo.

Los datos se introducen en la base de datos Access con posterior análisis estadístico con estudio descriptivo y prueba de comparación de proporciones Chi-cuadrado mediante SPSS 10.5.

## RESULTADOS

Se produjeron 1.035 altas correspondientes a 756 pacientes. En el momento de solicitar la inclusión en el estudio habían fallecido 74 pacientes, no se encontraban accesibles 45, manifestaron no querer participar 97 y resultó imposible localizar a 94. La muestra final fue de 446 pacientes, 350 hombres y 96 mujeres, con  $\bar{X}$  = 66  $\pm$  11,12 años de edad los primeros y 73  $\pm$  10,47 las segundas.

### Ingresos y revisiones en Atención Especializada

Volvieron a sufrir ingresos en el hospital el 44,6% de los pacientes. La media de ingresos fue de 2  $\pm$  2,04. La mitad de los ingresos se debieron a la realización de técnicas diagnósticas o terapéuticas y la otra mitad a descompensación clínica.

El 75,3% de los pacientes refirieron haber tenido algún contacto con el hospital, bien sea ingreso o revisión (90,5% de los pacientes menores de 50 años, 83,3% entre 50-64 años, 71,8% entre 65-75 años y 67,3% en mayores de 75 años). Los pacientes con estos contactos estaban utilizando más bloqueadores beta, antiarrítmicos, estatinas y diuréticos, presentando un mayor número de asociaciones de antihipertensivos. El porcentaje de pacientes con valores de LDL  $>$  130 mg/dl y que tuvieron ingresos o revisiones es menor que el de pacientes sin contacto hospitalario (50,8% frente al 65%;  $p$  = 0,009) (tabla 1). En el resto de los parámetros evaluados se observan porcentajes menores de pacientes que están mal controlados y que tuvieron contactos con el hospital comparativamente con los que no, pero sin alcanzar la significación estadística. En el grupo de reingresados se encontraron diferencias significativas ( $p$  < 0,024) en la proporción de fumadores activos: sólo 3 pacientes de los ingresados seguían fumando frente a 14 de los no ingresados.

Habían tenido alguna revisión en consulta de Cardiología el 60,8% de los pacientes, los más jóvenes tuvieron más revisiones (73,8% en los menores de 50 años frente al 53,5% en los mayores de 75;  $p$  < 0,001). La media de revisiones en el global fue 1,92  $\pm$  1,65. Los pacientes que habían mantenido alguna revisión en el hospital presentaban diferencias en las cifras de LDL  $>$  130 mg/dl (50% frente

**Tabla 1. Resultados de actividades sanitarias en función de cifras de colesterol LDL, presión arterial, glucemia basal, uso de estatinas y bloqueadores beta**

Actividades sanitarias		N total	LDL > 100		LDL > 130		PA ≥ 130/80		PA ≥ 140/90		Glucosa ≥ 126		Estatinas		Bloqueadores β	
			Si %	No %	Si %	No %	Si %	No %	Si %	No %	Si %	No %	Si %	No %	Si %	No %
			Ingresos o revisiones AE	Sí	336	82	18	50,8	49,2	78,3	21,7	54,2	45,8	19,4	80,6	59,8
	No	110	88,1	11,9	65,1	34,9	83,6	16,4	59,9	49,1	23,1	76,9	44,5	55,5	66,4	33,6
Técnica revascularización	Sí	147	80,3	19,7	45,6	54,4	81	19	59,9	40,1	19	81	66	34	42,9	57,1
	No	299	83,9	16,1	57,8	42,2	78,9	21,1	50,2	49,8	20,8	79,2	51,2	48,8	31,8	68,2
Analítica AE	Sí	234	79,4	20,6	51	49	76,5	23,5	51,7	48,3	18,5	81,5	66,7	33,8	37,6	62,4
	No	212	86,7	13,3	57,3	42,7	83	17	55,2	44,8	22,4	77,6	44,3	55,7	33	67
Modifica tratamiento AE	Sí	180	83	17	52,1	47,9	75,6	24,4	47,2	52,8	16,8	83,2	65,6	34,4	40,6	59,4
	No	266	83,7	16,3	55,6	44,4	82,3	17,7	53,8	46,2	77,3	22,7	49,6	50,4	32	68
Consulta MAP	Sí	413	84,1	15,9	54,5	45,5	80,6	19,4	55,8	44,8	20,3	79,7	56,9	43,1	36,8	63,2
	No	33	75,7	24,3	51,5	48,5	66,7	33,3	30,3	69,7	18,2	81,8	45,5	54,5	18,2	81,8
Informe alta MAP	Sí	422	83,3	15,7	54,2	45,8	79,9	20,1	54	46	20,7	79,3	56,6	43,4	35,3	64,7
	No	24	75	25	54,2	45,8	75	25	41,7	58,3	12,5	87,5	45,8	54,2	37,5	62,5
Revisiones programadas MAP	Sí	140	81,3	18,7	56,1	43,9	72,9	27,1	50	50	20,2	79,8	64,3	35,7	44,3	55,7
	No	306	16,3	83,7	53,7	46,3	82,7	17,3	54,9	45,1	20,3	79,7	53,9	46,1	31,4	68,6
Analítica MAP	Sí	203	85,1	14,9	53,7	46,3	79,3	20,7	52,2	47,8	23,3	76,7	64,5	35,5	36	64
	No	243	82,2	17,8	54,7	45,3	79,8	20,2	54,3	45,7	17,7	82,3	51	49	35	65
Modifica tratamiento MAP	Sí	53	92,5	7,5	69,8	30,2	83	17	24,5	75,5	24,5	75,5	58,5	41,5	39,6	60,4
	No	393	82,3	17,7	52,2	47,8	79,1	20,9	19,5	80,5	19,5	80,5	55,7	44,3	34,9	65,1

AE: Atención especializada; MAP: médico de Atención Primaria; LDL: lipoproteínas de baja densidad; PA: presión arterial.

al 61%;  $p = 0,023$ ) y en las cifras de  $PA \geq 130/80$  (75,6% frente al 85,7%;  $p = 0,01$ ). Igualmente existieron diferencias en el uso de estatinas (64,9% frente al 42,3%;  $p < 0,001$ ) y de nitratos, con la situación inversa, los revisados los usan menos (30,6% frente al 40%).

#### Realización de técnicas de revascularización

Se realizaron técnicas invasivas (angioplastia o cirugía de revascularización) al 33% de los pacientes. Éstas fueron más frecuentes en las edades medias: 38,9% entre 50-64 años y 36,4% entre 65-75 años. Se realizaron angioplastias al 22,9% de los pacientes (26,2% en menores de 50 años, 28,7% entre 50-65, 23,6% entre 65-75 años y 13,9% en mayores de 75 ). Se practicó cirugía de revascularización al 11,2% de los pacientes.

#### Realización de analítica por Atención Especializada

Recordaban que se les hubieran practicado análisis de sangre en el hospital el 52,5% de la muestra. Se practicaron más analíticas a los jóvenes: 71,4% en menores de 50 años frente al 49,2% en mayores de 75 años.

#### Modificaciones en el tratamiento del informe de alta por Atención Especializada

Se les había modificado el tratamiento en el hospital con respecto al informe de alta al 40,4% de los pacientes. El motivo predominante (40%) fue el ajuste posológico, seguido por la introducción de otros medicamentos (25%) y por sufrir algún tipo de reacción adversa (16,1%). En la medicación únicamente las diferencias de uso alcanzan significación con las estatinas, el 65,6% de los pacientes que habían tenido cambios en el tratamiento usaban estatinas frente al 49,6% de los que, utilizándolas, no se les había modificado dicho tratamiento. En quienes se modificó el tratamiento del alta no presentan diferencias en el hecho

de conseguir mejores resultados de control de FRCV en los parámetros evaluados (tabla 1).

#### Contactos con su médico de Atención Primaria

El 92,6% de los pacientes realizaron consultas con su MAP tras el alta hospitalaria. La  $\bar{X}$  de visitas fue de  $9,2 \pm 7,83$ . En menores de 50 años la  $\bar{X} = 13,37 \pm 11,23$ , entre 50-64  $\bar{X} = 11,9 \pm 8,95$ , entre 65-75  $\bar{X} = 7,99 \pm 5,33$  y en mayores de 75 años  $\bar{X} = 7,6 \pm 8$ , existiendo diferencias significativas entre el primero y el segundo con los dos mayores. El haber realizado contactos con los MAP presenta diferencias en el uso de bloqueadores beta (36,8% frente al 18,2%;  $p = 0,031$ ). Los resultados en el control de los FRCV reflejan que los que consultan al MAP tienen la PA más alta, tendencias que llegan a la significación en el grupo de  $PA > 140/90$  mmHg (tabla 1).

#### Aportar el informe de alta a su médico de Atención Primaria

Presentaron el informe de alta a su MAP el 94,6% de los pacientes, no suponiendo este hecho diferencias entre los grupos de pacientes en el uso de fármacos, ni control de los FRCV (tabla 1).

#### Realizar revisiones en consultas programadas por su médico de Atención Primaria

Para el 31,4% de los pacientes se establecieron revisiones en consultas programadas, siendo más frecuentes en los pacientes más jóvenes. Los citados para estas revisiones utilizan más bloqueadores beta (44,3% frente al 31,4%) e hipolipidémicos (64,3% frente al 53,9%) (tabla 1). Otra diferencia se presenta en el número de fármacos antihipertensivos asociados que tomaban: dos fármacos 28,6% frente al 8,6% y tres fármacos 10% frente al 4,9%. En el control de los FRCV los programados presentaban un por-

centaje menor de PA  $\geq$  130/80 mmHg (72,9% frente al 82,7%) y mayor de obesidad (27,9% frente al 18,1%).

### **Realización de analíticas solicitadas por el médico de Atención Primaria**

Al 45,5% de los pacientes su MAP les solicitó analítica (61,9% en el grupo de menores de 50 años, 50% de 50-64, 43,1% de 65-75 y 38,6% en mayores de 75). La realización de analíticas influyó en el uso de estatinas (64,5% frente al 51%). En el control de los FRCV no se encontraron diferencias.

### **Modificación del tratamiento del alta por el médico de Atención Primaria**

Al 11,9% de los pacientes su MAP les había modificado el tratamiento instaurado por el hospital. El principal motivo de cambio fue la introducción de un nuevo fármaco (30,2%) seguido del ajuste posológico (24,5%), desconocer la razón del cambio (17%), reacciones adversas (13,2%) y el cambio o retirada (7%). La modificación del tratamiento influye en las cifras de LDL, paradójicamente, el 69,8% de los modificados tenían valores  $>$  130 mg/dl frente al 52,2% de los no modificados (tabla 1).

## **DISCUSIÓN**

Este trabajo ha evaluado la información protocolizada que se obtuvo en una entrevista clínica directamente de los pacientes diagnosticados de CI, dados de alta en un periodo de 12 meses del Hospital de León. Se han pretendido conocer los tipos de actividades sanitarias que realizaron de manera habitual AP y AE, tras el alta hospitalaria, con la intención de valorar su efectividad en la consecución de los objetivos de control de los FRCV estudiados.

A pesar del esfuerzo realizado en el segundo nivel de atención, que realizaron una gran cantidad de actividades sanitarias (las tres cuartas partes de los pacientes vuelven a tener contacto con el hospital), los resultados en el control de los FRCV son insuficientes, datos ya reflejados en estudios como el PREVESE<sup>8</sup>, PRIMVAC<sup>9</sup>, EUROASPIRE II<sup>10</sup> y PROGRAMA 3C<sup>11</sup>, encontrándose sólo diferencias en los porcentajes de pacientes con cifras de LDL  $>$  130 mg/dl, no en los que tenían cifras  $<$  100 mg/dl, y en los pacientes con PA  $\geq$  130/80 mmHg. En el resto de los FRCV (diabetes, obesidad y sedentarismo) no se han obtenido diferencias significativas. Esto hace pensar que el control de los FRCV no eran prioritarios en la prestación de la atención, sino que las actividades sanitarias se establecían, bien para resolver demandas sintomáticas, o para concluir estudios o tratamientos pendientes. Aun siendo evidente que la dispensación de cualquiera de estas actividades sea imprescindible, resulta llamativo que no se aprovecha el contacto con el paciente para corregir situaciones de FRCV no controlados.

Otro aspecto destacable es que la edad de aparición del evento condiciona un mayor número de actividades, presidiéndose cuantitativamente mayor atención en el ámbito

hospitalario, dato ya reflejado en lo que respecta al uso de fármacos en otros estudios<sup>12</sup>.

Respecto a la AP los resultados revelan que los pacientes acuden de nuevo a la consulta una media de 9 veces, incluso más los más jóvenes. Dado que el corte de edad entre el segundo y tercer grupo es la edad de la jubilación, interpretamos que estas diferencias se deban a la actividad burocrática que genera la situación de incapacidad temporal.

Aproximadamente un tercio de los pacientes es citado a consultas programadas. En éstos observamos que utilizan con más frecuencia bloqueadores beta, hipolipemiantes y un número de fármacos antihipertensivos asociados: tomaban dos y tres fármacos más frecuentemente para el control de la PA los programados que los no programados.

De manera sintética podemos observar que, en AP, prácticamente todos los pacientes después del ingreso pasan por sus MAP, les entregan el informe de alta y les vuelven a visitar algo más de una vez al mes. A menos de la mitad se les realizan controles hematológicos, un tercio mantiene revisiones programadas con sus MAP y se les modifica el tratamiento a un 12% del total.

Parece evidente que realizar análisis y establecer consultas programadas son elementos que ayudan a la consecución del control de los FRCV y a adecuar los tratamientos a criterios de buena práctica, pero son pocos los pacientes que se benefician de estas actividades. Dado el escaso porcentaje de consultas programadas, de controles analíticos y de ajustes terapéuticos, un número importante de las consultas que realizan en AP deben ser burocráticas o por otros problemas de salud puntuales.

Es evidente que los MAP son muy reacios a modificar los tratamientos instaurados por la AE. Esta circunstancia se ha puesto de manifiesto en otros trabajos como el PREVENIR<sup>13</sup>.

Por todo lo señalado parece que la contribución de la AP en la consecución de los objetivos de control de los FRCV es escasa. Podemos percibir que en AP existen gran cantidad de oportunidades perdidas para establecer ajustes terapéuticos que acerquen a los pacientes a la situación de control.

¿Cuáles son los puntos fuertes y débiles que hemos podido poner de manifiesto, con los que contamos para aportar posibles soluciones a esta situación desfavorable?

Parte importante del problema probablemente se encuentre en que algunos MAP consideran que los cuidados médicos y el control de los FRCV debe residir de forma absoluta en el nivel de AE, no asumiendo la responsabilidad directa de controlar los tratamientos de estos pacientes, limitándose a la mera supervisión y renovación de recetas de los tratamientos que indica AE. Como contrapartida, el nivel de AE considera que el control de los FRCV y el seguimiento clínico debe efectuarse en AP y da por sentado que los pacientes reciben esta atención, olvidando por ambos que para la mejora de la prevención es indispensable el desarrollo de programas multifactoriales y una coordinación adecuada entre los profesionales sanitarios que atienden a estos pacientes<sup>14</sup> como recomiendan con insistencia las normas de las sociedades europeas<sup>15</sup>. El resulta-

do es que, ante una situación de necesidad de intervención, en gran cantidad de ocasiones en las que se tiene la oportunidad de actuar, no se aplican las medidas terapéuticas necesarias, a pesar de que éstas han demostrado de manera irrefutable un aumento en la esperanza de vida de los pacientes en prevención secundaria<sup>16-18</sup>.

Es necesario establecer claramente las responsabilidades de cada nivel asistencial. La AE no puede asumir principalmente el control de los FRCV de toda la población con CI. Sería muy ineficiente dedicar recursos especializados para actividades en las que la AP constituye el marco más eficiente, siempre adecuándose a las posibilidades existentes<sup>19</sup>. Debería existir una ágil comunicación entre los dos niveles de atención<sup>20,21</sup> que permitiera compartir eficientemente los recursos asistenciales y protocolos de buena práctica, estableciéndose vínculos institucionales y organizativos entre ambos niveles que posibiliten la continuidad en la atención del paciente<sup>22</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Bertomeu V, Valero R, Frutos A, Rodríguez JA. Prevención primaria y secundaria. En: *Cardiopatía Isquémica*. Tema monográfico. JANO. 1998;1258:2346-56.
2. Shepherd J. A call to action. *Eur Heart J*. 1998;19:M 2-7.
3. Velasco JA. V. After 4S, care and lipid - is evidence-based medicine being practised? *Atherosclerosis*. 1999;147 Suppl 1:S39-S44.
4. Erhardt LR. The essence of effective treatment and compliance is simplicity. *Am J Hypertens*. 1999;12:105S-10.
5. Gil VF, Merino J. Problemas para la puesta en marcha de las recomendaciones científicas. Posibles estrategias y efectividad esperable. Papel del cumplimiento terapéutico. *Clin Invest Arterioscl*. 2002;14 Supl 3:41-50.
6. Grupo PRESENCIAP. Estudio de prevención secundaria de la cardiopatía isquémica en la atención primaria (PRESENCIAP). *Aten Primaria*. 2001;27:29-32.
7. American Society of Hypertension. Recommendations for routine blood pressure measurement by indirect cuff sphygmomanometry. *Am J Hypertens*. 1992;5:207-9.
8. Velasco JA, Cosín J, López JL, et al. La prevención secundaria del infarto de miocardio en España. Estudio PREVESE. *Rev Esp Cardiol*. 1997;50:406-15.
9. Cabadés A, Echanove I, Cebrián J, et al. Características, manejo y pronóstico del paciente con infarto agudo de miocardio en la Comunidad Valenciana en 1995: resultados del registro PRIMVAC (Proyecto de Registro de Infarto Agudo de Miocardio de Valencia, Alicante y Castellón). *Rev Esp Cardiol*. 1999;52:123-33.
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. Velasco JA, Llargués E, Fitó R, et al. Prevalencia de los factores de riesgo y tratamiento farmacológico al alta hospitalaria en el paciente coronario. Resultados de un registro multicéntrico nacional (Programa 3C). *Rev Esp Cardiol*. 2001;54:159-68.
12. Muñoz MA, Marrugat J. La prevención secundaria de la enfermedad coronaria es menos agresiva en los pacientes de más de 64 años. *Rev Esp Cardiol*. 2003;56:586-93.
13. Marques-Vidal P, Cambou JP, Ferrieres J, et al. Etude Prevenir. Distribution and treatment of cardiovascular risk factors in coronary patients: the Prevenir Study. *Arch Mal Coeur Vaiss*. 2001;94:673-80.
14. Velasco JA, Cosín J, Maroto JM, et al. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en prevención cardiovascular y rehabilitación cardíaca. *Rev Esp Cardiol*. 2000;53:1095-120.
15. Second Joint Task Force of European and other Societies on Coronary Prevention. Prevention of Coronary Heart Disease in clinical practice. *Eur Heart J*. 1998;19:1434-503.
16. The SAC/Sterling Committee of the American Heart Association. Preventing heart attack and death in patients with coronary disease. *Circulation*. 1995;92:2-4.
17. Wood D. European and American recommendations for coronary heart disease prevention. *Eur Heart J*. 1998;19 Supl A:12-9.
18. Haffner SM, Lehto S, Ronnemaa T, Pyörälä K, Laakso M. Mortality from coronary heart disease in subjects with type 2 diabetes and in nondiabetic subjects with and without prior myocardial infarction. *N Engl J Med*. 1998;339:229-34.
19. Alcaraz M, Antón C, Bonet A, et al. Episodio de prevención de factores de riesgo cardiovascular por edad y sexo en la Comunidad Valenciana. *Aten Primaria*. 1999;23:411-8.
20. García-Testal A, Sancho F, Julve R, Puche E, Rabanaque G. Estudio de las derivaciones de atención primaria a salud mental: ¿qué coincidencia existe entre los motivos de derivación y el diagnóstico del especialista? *Aten Primaria*. 1998;22:233-8.
21. Rubio V, Rodríguez ML, Sampedro E, Victores C, Alechiguerra A, Barrio JL. Evaluación de la calidad de la comunicación entre niveles asistenciales mediante el documento de interconsulta. *Aten Primaria*. 2000;26:681-4.
22. Buitrago F. Relación entre niveles asistenciales. *Aten Primaria*. 1996;17:239-40.