

Calidad de la atención primaria rural en la prevención secundaria de la cardiopatía isquémica

Casado Górriz, I.¹; Palmeiro Fernández, G.²; Vázquez Fernández, L.A.²; Sánchez González, C.³;
López Vázquez, E.⁴; Romero Limia, J.L.⁵; Díaz Grávalos, G.J.²

¹Centro de Saúde Allariz (Ourense). ²Centro de Saúde Cea (Ourense). ³Centro de Saúde Coles (Ourense).

⁴Centro de Saúde Piñor (Ourense). ⁵Centro de Saúde Castro do Val (Ourense)

CAD. ATEN. PRIMARIA 2004; 11: 70-74

RESUMEN

FUNDAMENTOS

La cardiopatía isquémica es una enfermedad de prevalencia alta en la provincia de Ourense. Las medidas de prevención secundaria recomendadas han demostrado en diversos estudios su eficacia, por lo que es necesario cuantificar su grado de cumplimiento en nuestro medio.

MÉTODOS

Todos los casos de cardiopatía isquémica identificados por los médicos de la provincia de Ourense pertenecientes a la Red de Médicos Rurales Investigadores de semFYC. A partir de las historias clínicas se determinaron factores de riesgo y cumplimentación de actividades de prevención secundaria.

RESULTADOS

Se estudiaron 188 casos. El 48% de los mismos presentaba buen control de sus factores de riesgo según fue definido en este estudio, siendo mejor en personas de menor edad y en aquellos revisados por el cardiólogo. No se encontraron diferencias en función del sexo.

CONCLUSIONES

El control de factores de riesgo para cardiopatía isquémica por parte de los médicos de atención primaria es mejorable, sobre todo en el grupo de mayor edad.

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas diversos estudios¹⁻⁸ han demostrado la eficacia de las medidas de prevención secundaria en la cardiopatía isquémica (CI), e incluso se ha establecido que el pronóstico del síndrome coronario depende más de la presencia o no de factores de riesgo (FR) que del tipo de afección cardíaca⁹.

En el control de los FR definidos para la CI, el médico de atención primaria juega un papel básico por la posibilidad de realizar un seguimiento más cercano y continuado¹⁰. Sin embargo, no son escasos los estudios, tanto nacionales como internacionales¹¹⁻¹⁴, que valoran la calidad de la atención prestada en los que se encuentran deficiencias en el tratamiento y seguimiento de estos pacientes.

La peor accesibilidad, característica del medio rural, puede condicionar que las medidas de prevención secundaria sean de inferior calidad a las recomendadas.

El objetivo del presente estudio es evaluar la calidad de la atención prestada a los pacientes diagnosticados de CI del medio rural en la provincia de Ourense, así como las características de la misma, tomando como referencia las directrices de la American Heart Association (AHA)¹⁵.

MATERIAL Y MÉTODOS

En el seno del Grupo de Trabajo de Medicina Rural de semFYC existe la denominada Red de Médicos Rurales Investigadores, constituida por profesionales médicos de Atención Primaria voluntariamente adscritos a la misma y que colaboran de forma cooperativa en la realización de estudios de investigación. A través de los integrantes de dicha Red se realizó en varias provincias españolas un registro de pacientes afectados de CI, diagnosticados antes de 1-12-2001 y atendidos entre los días 1-12-2001 y 1-12-2002, y que se encontraban bajo control de sus respectivos médicos de cabecera. Se incluyeron como diagnósticos de CI la presencia de infarto de miocardio (IM), angina inestable (AI) y angina estable (AE). Los casos correspondientes a la provincia de Ourense fueron desglosados y analizados. Para la recogida de datos se utilizó una hoja de tabulación donde quedaban reflejadas las variables indicadas en

Dirección para correspondencia:

Gabriel J. Díaz Grávalos

Feria 9. 32130 Cea (Ourense)

correo electrónico: gdgravalos@hotmail.com

Tabla 1. Dichos datos se obtuvieron directamente de las historias clínicas por parte del profesional responsable, con la excepción del uso de tabaco y la realización de ejercicio físico que se obtuvieron por encuesta directa al individuo. Dado que la muestra estaba definida previamente al proceder de otra mayor, no se determinó el tamaño muestral necesario. Se calculó la potencia del estudio basándose en los resultados de la correlación entre edad y grado de control, estimándose un valor ligeramente inferior al 90%. Las variables incluidas se seleccionaron siguiendo los criterios reflejados en las recomendaciones de la AHA sobre prevención secundaria de la CI¹⁵. Se definieron una serie de exclusiones para cada variable que quedaron explicitadas para los facultativos participantes (Anexo 1). Con el fin de poder valorar la realización de actividades preventivas de una forma conjunta se creó una variable sintética (Control_1) que agrupaba de forma cuantitativa la realización o no de 8 actividades definidas (Tabla 1) y una variable dicotómica (Control_2) que definía "buen control" como el cumplimiento de 6 o más de esas actividades y "mal control" en caso contrario.

TABLA 1

VARIABLES INCLUIDAS EN EL ESTUDIO

Características de los individuos

Edad
Sexo
Tipo de cardiopatía isquémica (IM, AE, AI)
Presencia de diabetes (DM)

Medidas de prevención secundaria y resultados de las mismas

Uso de betabloqueantes (BB)*
Uso de antiagregantes y/o dicumarínicos*
Uso de IECA*
Uso de hipolipemiantes*
2 mediciones de presión arterial (PA) en último semestre*
Medición de colesterol LDL en último semestre*
2 pesos en último semestre*
2 mediciones de HbA1c en último año (si DM)
Revisión por cardiólogo en último año*
Realización de ejercicio físico
Abstención de tabaco
Valor del índice de masa corporal (IMC)
Grado de control LDL en último semestre
Grado de control HbA1c en último semestre
Grado de control PA en último semestre

* Componentes de la variable "Control".

El análisis de los datos se realizó con ayuda de los programas estadísticos SPSS® 9.0 y EPIDAT®. Como medida de asociación se utilizó el *odds ratio* (OR) y su correspondiente intervalo de confianza del 95% (IC95%). Se utilizaron pruebas de chi cuadrado, comparación de medias, correlación y regresión logística según fue necesario, con una confianza del 95%.

RESULTADOS

En total fueron tabulados en la provincia 188 casos, correspondiendo a 13 facultativos de 8 municipios. La Tabla 2 muestra las características de los individuos incluidos en el estudio.

Los varones incluidos en el estudio eran más jóvenes (IC95% diferencia: 1,5-7,8). La prevalencia de IM era mayor en varones (OR = 4,8; IC95%: 2,3-10,1) y la de angina estable en mujeres (OR = 0,3; IC95%: 0,2-0,7). No se apreciaron diferencias significativas en la angina inestable.

En la Tabla 3 se detallan los datos obtenidos respecto a las medidas de prevención secundaria consideradas y en la Tabla 4 el grado de control conseguido en los diferentes parámetros.

Los hipolipemiantes más usados eran la simvastatina (36,7%) y la atorvastatina (34,8%), y entre los antiagregantes destacaba el ácido acetilsalicílico (71,7%).

Un 48% de los individuos presentaban un buen control según ha sido definido en Material y Métodos. No existían diferencias entre sexos en el uso de los fármacos considerados, ni en el cumplimiento de las medidas de control analizadas, aunque sí las había en la realización de revisiones por parte del cardiólogo a favor de los varones (OR = 2,4; IC95%: 1,1-5,4). Igualmente, el grado de control de la PA era mayor en varones que en mujeres (OR = 4,8; IC95%: 2,2-10,6).

La edad de los usuarios de betabloqueantes era menor (IC95% dif: -1,6 a -7,7), así como de los usuarios de hipolipemiantes (IC95% dif: -2,7 a -8,9). Por otra parte, la edad media de los pacientes con PA bien controlada era menor que la de los que tenían valores iguales o superiores a 140/90 (IC95% dif: -0,6 a -7,5). La variable "Control" mostraba un valor más bajo conforme aumentaba la edad (r = 0,26; p = 0,01).

El análisis bivalente no mostraba relación entre realización de ejercicio físico y mejor control de PA o cifras de colesterol LDL, así como tampoco con el IMC.

La revisión con el cardiólogo en el último año se asociaba

TABLA 2

Características de los individuos incluidos en el estudio

Casos	Edad	IM ¹	AE ²	AI ³	DM
Varones 124	69,0 ± 10,6	74	50	20	28
Mujeres 64	73,7 ± 9,9	15	42	16	20
Total 188	70,6 ± 10,6	89 (47,3%)*	92 (48,9%)*	36 (19,1%)*	48 (25,5%)

¹Infarto de miocardio; ²: angina estable; ³: angina inestable.

*La suma supera el 100% por coincidencia de más de un diagnóstico.

TABLA 3

Cumplimiento de las medidas de prevención secundaria consideradas

Medidas de prevención	Sí	No	Excepción o pérdida
2 PA en último semestre	162 (86,2%)	25 (13,3%)	1 (0,5%)
LDL en último semestre	119 (63,3%)	59 (31,4%)	10 (5,3%)
2 pesos en último semestre	106 (56,4%)	80 (42,5%)	2 (1,1%)
Revisión cardiólogo en último año	148 (78,7%)	38 (20,2%)	2 (1,1%)
2 HbA _{1c} en último año (n = 48)	37 (86,6%)	11 (22,9%)	-
Uso de betabloqueantes	71 (37,7%)	117 (62,2%)	-
Uso de IECAs	75 (39,9%)	113 (60,1%)	-
Uso de AAG y DCM†	158 (84,0%)	28 (14,9%)	2 (1,1%)
Uso de hipolipemiantes	120 (63,8%)	68 (36,2%)	-

† Antiagregantes y dicumarínico

TABLA 4

Grado de control conseguido en los diferentes parámetros estudiados

Parámetros estudiados	Total (188)	Diabéticos (45)
PA menor de 140/90 mmHg	129 (68,6%)	26 (57,8%)
Último LDL ≤ 100	30 (16,1%)	8 (17,8%)
Último LDL 101-130	58 (31,2%)	14 (31,1%)
Último LDL > 130	66 (35,5%)	19 (42,2%)
No tiene determinación LDL	32 (17,2%)	4 (8,9%)
HbA _{1c}	-	6,8% ± 1,4
Ejercicio físico	124 (65,9%)	23 (51,1%)
Abstención de tabaco	179 (95,2%)	43 (95,6%)
IMC	28,8 ± 4,0	29,6 ± 3,7
IMC ≥ 30	72 (38,3%)	25 (55,5%)

a un mayor uso de antiagregantes (OR = 4,0; IC95%: 1,5 a 10,4) y de betabloqueantes (OR = 4,2; IC95%: 1,5 a 11,9), así como a un mejor control global según quedó definido en la variable "Control" (p<0,001). Una regresión logística puso de manifiesto que las variables significativamente asociadas con un mejor control eran la edad (OR = 0,94; IC95%: 0,91 a 0,97) y el haber sido revisado por parte del cardiólogo (OR = 7,15; IC95%: 2,68 a 19,14).

DISCUSIÓN

En este estudio se ha intentado medir el cumplimiento de la prevención secundaria cardiovascular en la atención primaria rural ourensana. Las principales limitaciones del estudio dependen de las características de la muestra. Por una parte porque procede de otra más amplia y por tanto no fue posible calcular previamente el tamaño necesario, y por otro lado porque se trata de una muestra no aleatoria, ya que los médicos participantes eran los que formaban parte en ese momento de la RMRI en la provincia de Ourense. Esto puede suponer un sesgo desde el momento que su interés por el tema podría suponer una mejor adaptación a las directrices de las guías de práctica clínica.

La comparación de los resultados obtenidos con otros estudios similares

(Tabla 5) muestra una gran variabilidad. Así, destaca la baja prevalencia de tabaquismo y un número de diabéticos bastante inferior al estudio europeo¹¹ y casi idéntico a otro similar realizado en Ciudad Real¹³. El porcentaje de pacientes con PA controlada era muy superior al resto de estudios, aun considerando que más del 30% de la población no alcanzaba las cifras objetivo.

En cuanto al uso de fármacos hipolipemiantes los resultados coinciden con los de EUROASPIRE III¹¹, siendo claramente inferiores al estudio australiano¹⁶ o al L-TAP estadounidense (92,6%)¹⁷. Un 16% de los sujetos tenía una cifra de colesterol LDL igual o inferior a 100, contrastando, a pesar de ser una cifra baja, con los resultados obtenidos por Martínez¹⁸ en Aragón, donde menos del 5% alcanzaban ese objetivo. De cualquier forma más del 50% de los individuos tenían LDL mayor de 130 o no se les había determinado en el último año.

A pesar de las evidencias a favor de su uso, los fármacos betabloqueantes siguen siendo utilizados muy por debajo de lo que sería recomendable, y sólo una tercera parte de los individuos los reciben.

El análisis de los datos obtenidos no muestra sesgo de género en la realización de actividades de prevención secundaria en la CI, a diferencia de lo encontrado en otros

TABLA 5

Comparación con otros estudios

	OURENSE	ELIPSE ¹³ (Ciudad Real)	EUROASPIRE-II ¹¹ (Europa)	VIC-2 ¹⁶ (Australia)
IMC \geq 30	38,3%	70,8% (>25)	31%	29,8%
PA < 140/90	68,6%	49,3%	50%	39,5%
BB	37,7%	Sd	63%	Sd
AAG y DCM	84%	Sd	86%	Sd
Hipolipemiantes	63,8%	45,8%	62,9%	86,8%
Tabaquismo	4,8%	7,8%	20,8%	14,7%
DM	25,5%	26,6%	32,8%	17,5%

Sd: sin datos

estudios^{19,20}. Sólo existe diferencia a favor del varón en la cantidad de revisiones por parte del cardiólogo, aunque no hay datos que permitan atribuirlo a un sesgo de género real o simplemente al hecho de una mayor gravedad de la enfermedad isquémica en los varones (mayor número de IM entre ellos).

Por el contrario sí existen diferencias en función de la edad. En este estudio los pacientes mayores recibían menos BB e hipolipemiantes, coincidiendo con los resultados del estudio de Williams¹⁹. Además, la variable sintética Control, que agrupa varias actividades preventivas, muestra un empeoramiento de sus resultados según avanza la edad.

A la vista de estos resultados parece que sería necesario adecuar más nuestra actividad a las recomendaciones establecidas por las diferentes sociedades científicas, fundamentalmente en los pacientes de mayor edad y en el uso de antiagregantes y BB. De cualquier forma, subyace la duda de si el grado de riesgo presente en nuestra población, incluso en prevención secundaria, justifica estas medidas tal y como están establecidas hoy día²¹. Entendemos que dilucidar esto debería ser una prioridad en la investigación relacionada con esta actividad.

AGRADECIMIENTOS

A los compañeros que colaboraron desinteresadamente en la recogida de datos para este estudio.

BIBLIOGRAFÍA

- Doll R, Peto R, Wheatly K, Gray R, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 40 years observations on male British doctors. *BMJ* 1994; 309: 901-911.
- Gould A, Rossouw JE, Santarelli N, Heyse J, Furberg C. Cholesterol reduction yields clinical benefit: impact of statin trials. *Circulation* 1998; 97: 946-952.
- Flack J, Neaton J, Grimm R, Shih J, Cutler J, Ensrud K et al., for the Multiple Risk Factor Intervention Trial (MRFIT) Research Group. Blood pressure and mortality among men with prior myocardial infarction. *Circulation* 1995; 92: 2437-2445.
- Sociedad Española de Hipertensión – Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEHLEHLA). Guía sobre el diagnóstico y el tratamiento de la hipertensión arterial en España 2002. *Hipertensión* 2002; 19(Supl 3): 1-74.
- American Diabetes Association. Clinical Practice Recommendations 2002. *Diabetes Care* 2002; 25(Supl 1): 1-147.
- Gibbons RJ, Chatterjee K, Daley J, Douglas JS, Fihn SD, Gardin JM et al. ACC/AHA/ACP-ASIM Guidelines for the management of patients with chronic stable angina: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee on the Management of Patients with Chronic Stable Angina). *Circulation* 1999; 99: 2829-2848.
- Antithrombotic Trialists' Collaboration. Collaborative metaanalysis of randomised trials of antiplatelet therapy for prevention of death, myocardial infarction, and stroke in high risk patients. *BMJ* 2002; 324: 71-86.
- ACC/AHA 2002 Guideline Update for the Management of Patients With Chronic Stable Angina-Summary Article. A Report of

ANEXO 1

Excepciones en el cumplimiento de las diversas actividades preventivas

Actividad	Excepción
LDL al menos una vez por semestre	Colesterol total menor de 200. Hipertrigliceridemia
Peso al menos dos por semestre	Pacientes domiciliarios
Tratamiento antiagregante/anticoagulante	Contraindicación al mismo
LDL < 100	Colesterol total menor de 200. Hipertrigliceridemia
Si LDL > 130, tratamiento hipolipemiante	Contraindicación al mismo
Realizar ejercicio físico	Imposibilidad mecánica o cardiorrespiratoria

- the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee on the Management of Patients with Chronic Stable Angina). *Circulation* 2003; 107: 149-158.
9. Zaacks SM, Liebson PR, Calvin JE, Parrillo JE, Klein LW. Unstable angina and non-Q wave myocardial infarction: does the clinical diagnosis have therapeutic implications? *J Am Coll Cardiol* 1999; 33: 107-118.
 10. Wood D, De Backer G, Faergeman O, Graham I, Mancia G, Pyörälä K. Prevention of coronary heart disease in clinical practice. Recommendations of the Second Joint Task Force and other Societies on Coronary Prevention. *Eur Heart J* 1998; 19:1434-1503.
 11. EUROASPIRE I and II Group; European Action on Secondary Prevention by Intervention to Reduce Events. Clinical reality of coronary prevention guidelines: a comparison of EUROASPIRE I and II in nine countries. EUROASPIRE I and II Group. European Action on Secondary Prevention by Intervention to Reduce Events. *Lancet* 2001 357: 995-1001.
 12. Grupo PRESENCIAP. Estudio de prevención secundaria de la cardiopatía isquémica en la atención primaria (PRESENCIAP). *Aten Primaria* 2001; 27: 29-32.
 13. 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: 321-325.
 14. Summerskill WSM, Pope C. "I saw the panic rise in her eyes, and evidence-based medicine went out of the door". An exploratory qualitative study of the barriers to secondary prevention in the management of coronary heart disease. *Fam Pract* 2002; 19: 605-610.
 15. Smith SC Jr, Blair SN, Bonow RO, Brass LM, Cerqueira MD, Dracup K et al. AHA/ACC Guidelines for Preventing Heart Attack and Death in Patients With Atherosclerotic Cardiovascular Disease: 2001 update. A statement for healthcare professionals from the American Heart Association and the American College of Cardiology. *J Am Coll Cardiol* 2001; 38:1581-1583.
 16. Vale MJ, Jelinek MV, Best JD; COACH study group. Coaching patients on Achieving Cardiovascular Health. How many patients with coronary heart disease are not achieving their risk-factor targets? Experience in Victoria 1996-1998 versus 1999-2000. *Med J Aust* 2002; 176: 211-215.
 17. Pearson TA, Laurora I, Chu H, Kafonek S. The lipid treatment assessment project (L-TAP): a multicenter survey to evaluate the percentages of dyslipidemic patients receiving lipid-lowering therapy and achieving low-density lipoprotein cholesterol goals. *Arch Intern Med* 2000; 160: 459-67.
 18. Martínez AA, Aguilar MJ, Rabadán M, Hernansanz F, González J, Marín A. Prevención secundaria de cardiopatía isquémica a nivel lipídico en atención primaria Aragón. Estudio PRECIAR 1. *Rev Esp Salud Pública* 2001; 75:143-150.
 19. Williams D, Bennett K, Feely J. Evidence for an age and gender bias in the secondary prevention of ischaemic heart disease in primary care. *Br J Clin Pharmacol* 2003; 55: 604-608.
 20. O'Neill JO, Nash PJ, Bourke W, McGarry K, Bedford D. The management of acute myocardial infarction—practical problems in implementing the evidence. *Ir Med J* 2002; 95: 270-272.
 21. Bastuji-Garin S, Deverly A, Moyse D, Castaigne A, Mancia G, de Leeuw PW et al. The Framingham prediction rule is not valid in a European population of treated hypertensive patients.