

11205
16

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
 FACULTAD DE MEDICINA
 DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
 SECRETARIA DE SALUD
 INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA "IGNACIO CHÁVEZ"

**EVALUACION Y APEGO DE LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN
 SECUNDARIA EN PACIENTES PORTADORES DE CARDIOPATIA
 ISQUEMICA DEL INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA
 "IGNACIO CHÁVEZ"**

TESIS DE POSGRADO PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD DE
CARDIOLOGIA CLINICA

Autor: Dr. David Alejandro Delgado González.
 Médico residente de Cardiología Clínica.

[Handwritten signature]
 SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION
 DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
 FACULTAD DE MEDICINA
 U. N. A. M.

Asesor: Dr. *[Handwritten signature]* López Meneses.
 Médico Adscrito del Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez"

Dr. José Fernando Guadalajara Boo.
 Jefe de enseñanza e investigación del Instituto Nacional de Cardiología
 "Ignacio Chávez".

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

2003

A





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: David Alejandro

Delgado González

FECHA: 04 de Octubre de 2003

FIRMA: [Firma]

INDICE

1. ANTECEDENTES -----	1
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA -----	3
3. JUSTIFICACION -----	4
4. HIPOTESIS -----	5
5. OBJETIVOS -----	6
6. MATERIAL Y METODO -----	7
7. RESULTADOS -----	9
8. GRAFICAS Y TABLAS -----	11
9. TABLAS -----	17
10. DISCUSION -----	22
11. CONCLUSIONES -----	23
12. BIBLIOGRAFIA -----	24

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANTECEDENTES

El objetivo del tratamiento de los pacientes con cardiopatía isquémica es reducir el riesgo de nuevos eventos coronarios y de otros sucesos ateroscleróticos, para mejorar la calidad de vida e incrementar su sobrevida (2-3). Debe haber prioridad en la instrucción de medidas de prevención secundaria (5, 9, 12).

Las normas y guías internacionales hacen incapie en la modificación del estilo de vida, control de los factores de riesgo e implementación de tratamiento preventivo (2-6). Las metas son dejar de fumar, consumir comida sana, realizar actividad física en forma regular, tener un índice de masa corporal menor de 25 Kg/m², disminuir la presión arterial por debajo de 140/90 mmHg ó a menos de 130/80 mmHg en los pacientes diabéticos o con insuficiencia renal, mantener una concentración de colesterol total menor de 200 mg/dl y una concentración de LDL menor de 100 mg/dl, adecuado control de glucosa; y el uso apropiado de drogas profilácticas tal como aspirina u otros antiagregantes plaquetarios, betabloqueadores, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, hipolipemiantes y anticoagulantes (2-8, 11-12, 15-16, 25-30).

En las últimas décadas hemos avanzado sustancialmente en el conocimiento de estas estrategias preventivas y terapéuticas de la enfermedad coronaria (13). En este contexto, la prevención secundaria contempla el tratamiento de los factores de riesgo existentes para evitar nuevos eventos coronarios (15-16).

Cabe aclarar que algunos de los que denominamos con frecuencia factores de riesgo son enfermedades en sí mismas como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus tipo 2, la dislipidemia y la obesidad. Tal vez, al minimizarlos en nuestra denominación también dejamos de considerarlos en justa medida. Sea cual fuera el motivo, la realidad esta a la vista (10-11, 27, 31, 33).

Sobran evidencias provenientes de numerosos estudios clínicos prospectivos del beneficio de la aspirina, de los betabloqueadores y del tratamiento hipolipemiente en los pacientes que han sufrido un evento coronario (2, 5, 17). Se han escrito guías cuyas metas terapéuticas estamos lejos de alcanzar (2, 4, 6, 9).

Al comparar el EUROASPIRE I con el II vemos que la prevalencia de hipertensos prácticamente no se ha modificado, la de fumadores muestra un leve incremento en jóvenes, especialmente en mujeres (aun un 20% sigue fumando), y la de obesos y diabéticos se ha incrementado, esta última probablemente en relación a la mayor prevalencia de obesidad. Aunque no todo es desesperanza, la mayor diferencia se observa para la dislipidemia que se ha reducido desde el 86 % al 59 %. Con respecto al control de los factores de riesgo, para la hipertensión arterial

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

sistémica las noticias son desalentadoras. Prácticamente no hay cambios; solo un 46 % está controlado, a pesar de que más pacientes recibieron drogas

antihipertensivas en la segunda versión del estudio EUROASPIRE. Nuevamente el mayor progreso fue para el control de la dislipidemia que paso de un 14 % a un 41 %. Con respecto a la medicamentación la aspirina parece haberse adoptado en forma generalizada, los betabloqueadores que se han mostrado efectivos tanto para el tratamiento de la isquemia como luego de un infarto del miocardio, sin bien muestran una tendencia favorable de un 54 % a un 66 %, aún se subutilizan. Se considera que al menos un 85 % de los pacientes podría recibirlos. El uso de inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina que ha demostrado su eficacia en pacientes con insuficiencia cardíaca post-infarto, ó disfunción ventricular (FEVI menor del 40 %) post-infarto, se ha incrementado de un 30 % a un 43 %. Los hipolipemiantes han sido los que más se han incrementado del 32 % al 63 %, y entre ellos especialmente las estatinas. Sabemos que aproximadamente un 80 % de los pacientes debería recibirlos. El uso de calcioantagonistas se redujo (4, 8, 10, 14).

Hallazgos similares en la prevalencia de tabaquismo, dislipidemia y obesidad, así como en la reducción de la prescripción médica de betabloqueadores, IECA y calcioantagonistas han sido encontrados en los estudios españoles PREVESE I y PREVESE II (13).

Por estos motivos es necesario que el cardiólogo y otros profesionales de la salud tengan una mayor participación en la medicina preventiva para lograr modificación del estilo de vida y de los factores de riesgo coronario, así como una mayor y mejor prescripción de los fármacos clave en el manejo de la enfermedad coronaria (9).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La enfermedad aterosclerosa coronaria es la primer causa de mortalidad en los adultos de países tanto industrializados como aquellos con economía de mercado emergente (México). Los años de discapacidad secundarios a esta enfermedad representan pérdida significativa en la capacidad productiva individual y poblacional.

Por otra parte, el conocimiento de los mecanismos patogénicos de la aterosclerosis y las medidas para prevenir sus complicaciones han avanzado en forma importante, y afortunadamente estas últimas están disponibles en nuestro medio. De tal forma que es importante llevar estas medidas de prevención secundaria para lograr disminuir el impacto de la enfermedad coronaria en la población que maneja el Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez".

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

JUSTIFICACION

Cuando nos preguntamos que se hace en nuestro país, no obtenemos una respuesta adecuada debido a la falta de estudios que planten esta problemática. Recientemente se ha publicado el RENASICA que aborda las características clínicas y terapéuticas de los pacientes con síndrome coronario agudo, sin embargo dicho reporte no brinda una información satisfactoria sobre como se lleva la prevención secundaria de esta población, ni cuales son los beneficios obtenidos. Por este motivo es importante realizar un estudio al respecto.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

HIPOTESIS

La prevención secundaria de la enfermedad coronaria no es adecuada en el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez debido a la mala adherencia al tratamiento médico, problemas económicos para la adquisición de fármacos y a la falta de promoción de la salud.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

OBJETIVOS DE INVESTIGACION

Objetivo general.

- Conocer las características de la prevención secundaria de la enfermedad coronaria en los pacientes del Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez".

Objetivos específicos.

- Conocer el apego a las medidas de prevención secundaria en los pacientes portadores de cardiopatía isquémica del Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez".
- Conocer cuales factores se asociaron a la falta de adherencia al manejo de la prevención secundaria de enfermedad coronaria.
- Conocer la opinión de los pacientes respecto a la orientación sobre prevención secundaria de enfermedad coronaria por parte del personal médico y paramédico del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MATERIAL Y METODO

Diseño del estudio.

Retrospectivo y prospectivo en la evaluación de la prevención secundaria, descriptivo y observacional.

Estrategia de trabajo.

Estudio realizado en el Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez", en el cual se incluyeron pacientes hospitalizados en la unidad coronaria con diagnóstico de síndrome coronario agudo de marzo a mayo de 2002. Cada paciente fue seguido a un año, se obtuvo información mediante revisión del expediente clínico, y elaboración de un cuestionario por vía telefónica realizado al paciente o bien a un familiar en caso de que este halla fallecido, para conocer aspectos personales y demográficos, hábitos de tabaquismo, dieta, ejercicio, índice masa corporal, perfil lipídico, apego a tratamiento médico, desarrollo de eventos cardiacos adversos (insuficiencia cardiaca, angina de esfuerzo, angina inestable, infarto agudo del miocardio, procedimientos de intervención coronaria, cirugía de revascularización coronaria o muerte), y opinión sobre la calidad de orientación y atención sobre prevención secundaria de enfermedad coronaria.

Muestreo

n= 100

Definición de la unidad de población

La unidad básica de muestreo del universo o población comprende a los pacientes captados desde marzo de 2002 a mayo del 2002 que hallan ingresado a la unidad coronaria del Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez" por haber sufrido un síndrome coronario agudo.

Criterios de inclusión

Pacientes del Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez" que hallan sufrido un síndrome coronario agudo.

Criterios de exclusión

Pacientes que se hallan ausentado de la consulta externa.
Pacientes que no les halla podido realizar entrevista por vía telefónica.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Análisis estadístico

Estudio descriptivo en el cual se estimaron frecuencias, prevalencia, desviación estandar, medias y promedios de los factores de riesgo y de las características demográficas de cada paciente, mediante la utilización de software SSPS 10.0 para Windows.

Logística.

A) Recursos humanos:

Investigador: Dr. David Delgado González.

Asesor experto: Dr. Mauricio López Meneses.

B) Recursos materiales:

Equipo de oficina.

Hojas de papel bond.

Expedientes clínicos del I.N.C.

Línea telefónica.

Equipo de cómputo.

C) Recursos financieros:

Este proyecto fue financiado con los recursos propios del investigador.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESULTADOS

Se incluyeron a 100 pacientes, 72 % de sexo masculino y 28 % de sexo femenino, la media de la edad fue de 61.16 años \pm 12.68 (edad mínima de 32 y máxima de 89 años). La media de los días de estancia hospitalaria fue de 12.38 días \pm 10.45 (día mínimo de estancia hospitalaria de 1 y máximo de 54). Entre los factores de riesgo coronario encontramos que el 39 % son diabéticos, el 55 % es portador de hipertensión arterial, 30 % dislipidemia, 10 % obesidad, 5 % enfermedad arterial periférica y el 62 % tiene hábito tabaquico activo.

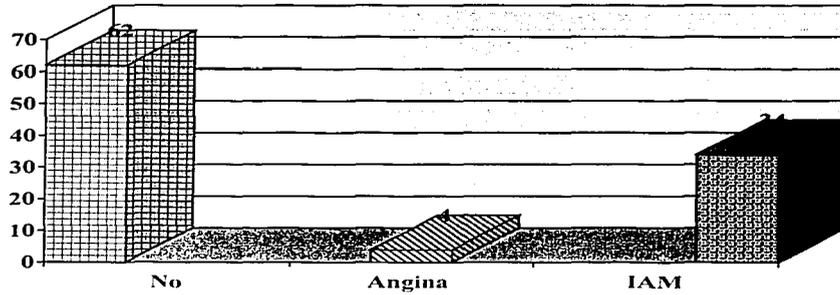
Los síndromes coronarios agudos por el que ingresaron fue angina inestable en el 47 % (AI de bajo riesgo 8 %, AI de riesgo intermedio 12 % y AI de alto riesgo 27 %) e infarto agudo del miocardio en el 53 % (IAM posteroinferior 34 %, IAM lateral 3 %, IAM anterior extenso 10 %, IAM anteroapical 3 %, IAM anteroseptal 2 % y más de dos zonas de infarto en el 1 %), los pacientes que sufrieron infarto del miocardio solo el 20 % recibió terapia trombolítica (14 % con rTPA y el 6 % con estreptocinasa) así mismo la clasificación de Killip y Kimball de dichos pacientes fue de 38 % K-K I, 12 % K-K II, 2 % K-K III y no hubo ningún paciente con K-K IV. Al 83 % de los pacientes se les practicó angiografía coronaria, con hallazgos de lesión monovascular en el 25 %, bivascular 17 %, trivascular 26 %, enfermedad del tronco 4 %, arterias coronarias ectásicas en el 1 %, con puente muscular 1 %, malformación coronaria 1 %, y ausencia de lesiones en arterias epicárdicas en el 8 %. El 57 % de los pacientes recibió tratamiento de revascularización, 42 % mediante procedimiento de intervención coronaria, "PIC" (1 % ACTP, 38 % ACTP + Stent y 3 % Stent directo), y 15 % por cirugía de revascularización coronaria (2 % dos puentes, 8 % tres puentes y 5 % cuatro puentes).

En cuanto al tratamiento farmacológico intrahospitalario en comparación al egreso, el uso de betabloqueador fue 60 % vs 57 %, aspirina 92 % vs 96 %, IECA 68 % vs 62 %, calcio antegonistas 0 % vs 18 %, nitratos 85 % vs 51 %, clopidogrel 46 % vs 48 %, estatinas 50 % Vs 63 %, y fibratos 2 % vs 5 %. A pesar de que existió un incremento en el uso de estatinas, el 41 % suspendió su administración por diversas indoles (19 % por cuenta propia, 11 % motivos económicos y 11% por indicación médica). Las medianas de la concentración basal del perfil de lípidos fue de 176 mg/dl para colesterol total (media 180.8/D. st 47.04), 42 mg/dl para HDL (media 45.8/D. st 9.47), 106 md/dl de LDL (media 103.9/ D. st 36.23) y 160 mg/dl (media 194.2/D. st 122.81), y las medianas del segundo control de perfil de lípidos fue 174 mg/dl (media 173.3/D. st 50.79), 45 mg/dl HDL (media 48.3/D. st 17.32), 84 mg/dl LDL (media 89.6/D. st 44.92) y 74 mg/dl de triglicéridos (media 73.9/D. st 11.07), sin embargo el perfil completo de lípidos se encontro en 9 % basal, 25 % a los 6 meses (control 1) y 11 % al año (control 2).

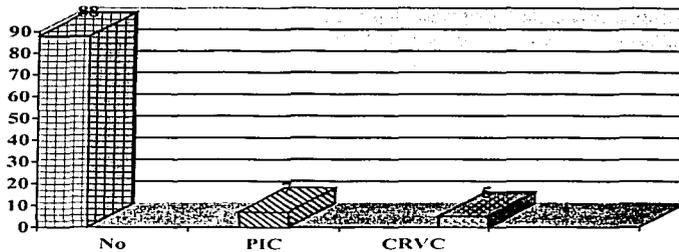
El tabaquismo disminuyó del 62 % al 2 %, en general los hombres fueron los que continuaron con el hábito tabaquico. La proporción de pacientes con sobrepeso (IMC > 25 Kg/m², 30 %) u obesidad (IMC > 30 Kg/m², 11 %) fue considerablemente menor durante la encuesta. Hubo incremento en el apego a la dieta (52 % vs 55 %) y en la actividad física (6 % vs 19 %), sin embargo disminuyó el número de personas económicamente activas de un 9 % a un 25 %. El 21 % de los pacientes se ingresó al programa de rehabilitación cardíaca. La clase funcional de acuerdo a la New York Heart Association fue de 72 % clase I, 26 % clase II y 2 % clase III. Las complicaciones que se presentaron a un año fue insuficiencia cardíaca en el 18 %, angina de esfuerzo 17 %, angina inestable 1 %, necesidad de PIC 2 % y muerte en el 5 %.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANTECEDENTE CARDIOVAS CULAR

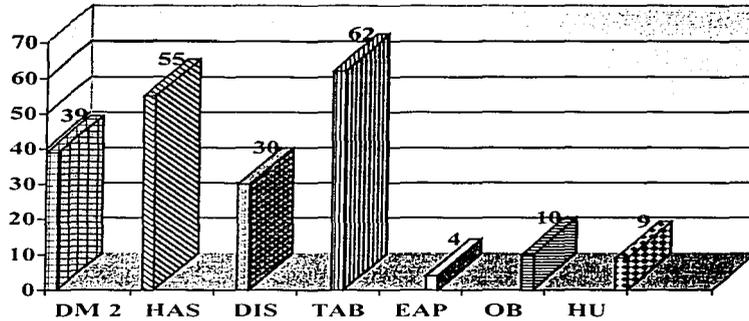


REVASCULARIZACION PREVIA



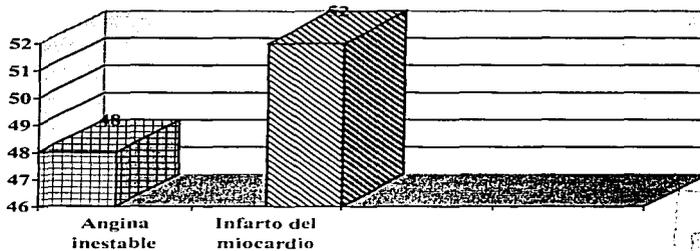
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FACTORES DE RIESGO



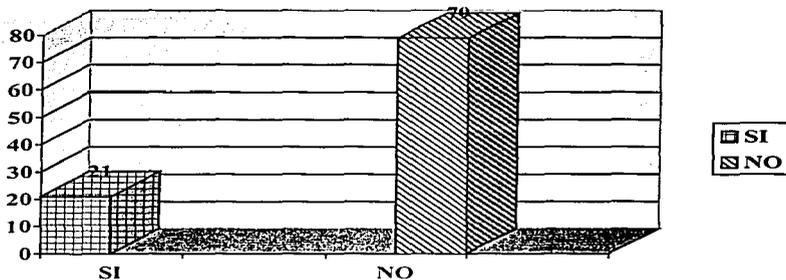
DM2= Diabetes mellitus tipo 2, HAS= Hipertensión arterial sistémica, DIS= Dislipidemia, TAB= Tabaquismo, EAP= Enfermedad arterial periférica, OB= Obesidad, HU= Hiperuricemia.

DIAGNOSTICO DE INGRESO

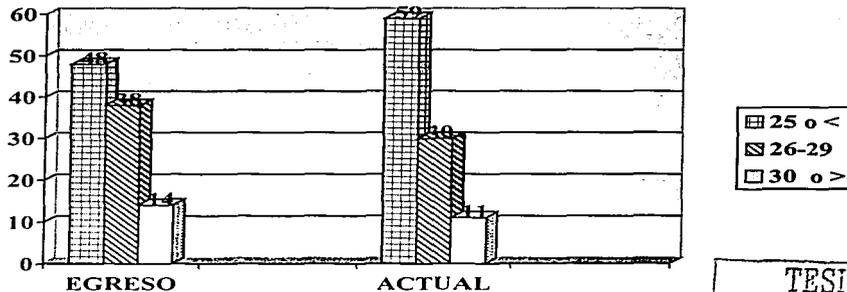


ENFIS CON
FALTA DE ORIGEN

REHABILITACION CARDIACA

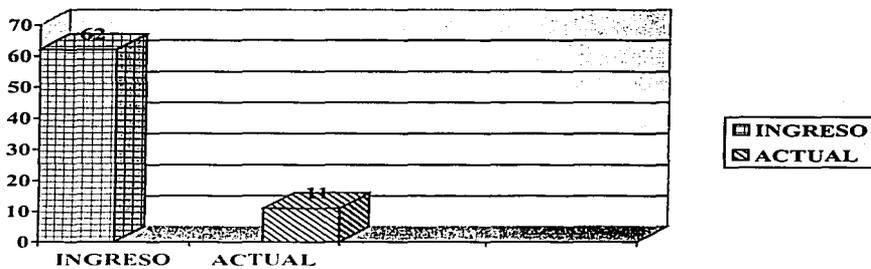


INDICE DE MASA CORPORAL

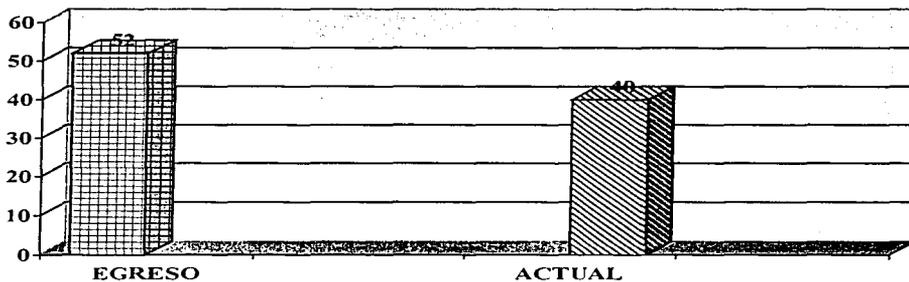


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABAQUISMO POSITIVO

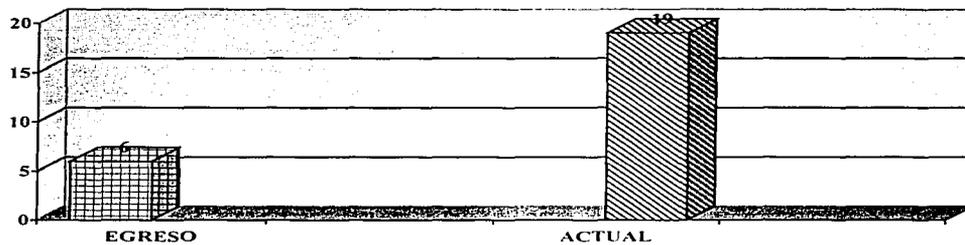


APEGO A DIETA

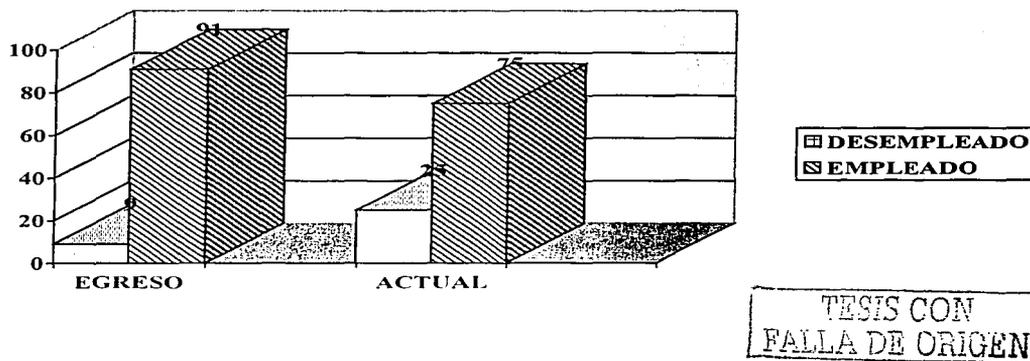


TESIS CON
FOLIO DE ORIGEN

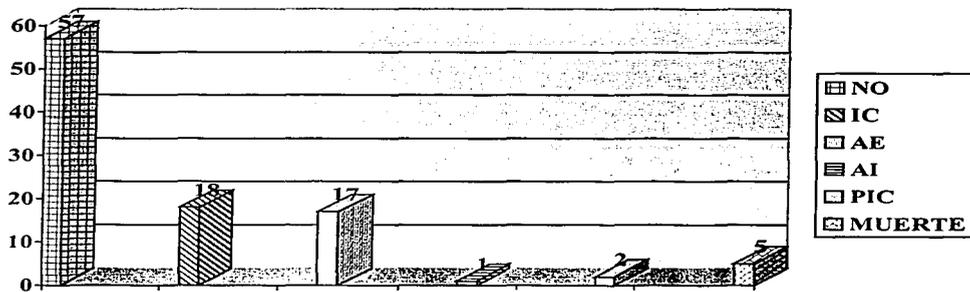
APEGO A EJERCICIO



OCUPACIÓN

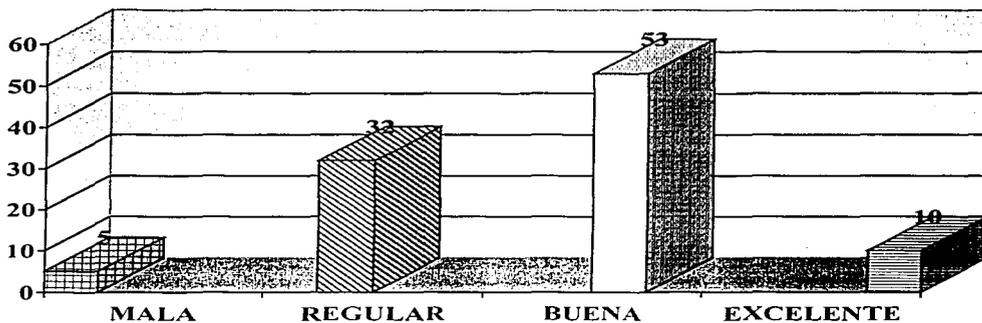


COMPLICACIONES



IC= Insuficiencia cardiaca, AE= Angina de esfuerzo, AI= Angina inestable, PIC= Procedimiento de intervención coronaria.

ORIENTACION SOBRE PREVENCION SECUNDARIA



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

HÁBITO TABAQUICO Y DESARROLLO DE COMPLICACIONES

Complicaciones	Tabaquismo activo		
	NO	SI	Total
No	51	6	57
Insuf. cardiaca	17	1	18
Angina	14	4	18
PIC	2	0	2
Muerte	5	0	5
Total	89	11	100

PIC= Procedimiento de intervención coronaria

APEGO A DIETA Y DESARROLLO DE COMPLICACIONES

Complicaciones	Apego a dieta		
	NO	SI	Total
No	27	30	57
Insuf. Cardiaca	6	12	18
Angina	7	11	18
PIC	0	2	2
Muerte	5	0	5
Total	45	55	100

PIC= Procedimiento de intervención coronaria

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ACTIVIDAD FISICA Y DESARROLLO DE COMPLICACIONES

Complicaciones	Actividad Física Actual		
	NO	SI	Total
No	52	5	57
Insuf. Cardiaca	8	10	18
Angina	16	2	18
PIC	1	1	2
Muerte	4	1	5
Total	81	19	100

PIC= Procedimiento de intervención coronaria

REHABILITACION CARDIACA Y DESARROLLO DE COMPLICACIONES

Complicaciones	Rehabilitación Cardiaca		
	NO	SI	Total
No	53	4	57
Insuf. Cardiaca	7	11	18
Angina	13	5	18
PIC	2	0	2
Muerte	4	1	5
Total	79	21	100

PIC= Procedimiento de intervención coronaria

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ADMINISTRACION DE ESTATINAS Y DESARROLLO DE COMPLICACIONES

Administración de Estatinas			
Complicaciones	NO	SI	Total
No	19	38	57
Insuf. Cardiaca	9	9	18
Angina	5	13	18
PIC	1	1	2
Muerte	3	2	5
Total	37	63	100

PIC= Procedimiento de intervención coronaria

INDICE DE MASA CORPORAL Y DESARROLLO DE COMPLICACIONES

Indice de Masa Corporal Actual (IMC)				
Complicaciones	25 o menos	26 a 29	30 o más	Total
No	35	18	4	57
Insuf. Cardiaca	13	3	2	18
Angina	6	8	4	18
PIC	1	0	1	2
Muerte	4	1	0	5
Total	59	30	11	100

PIC= Procedimiento de intervención coronaria
IMC expresado en Kg/m²

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ESTE TÍTULO NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

FARMACOS UTILIZADOS

<u>TRATAMIENTO</u>	<u>Tx EGRESO</u>	<u>Tx ACTUAL</u>
BETABLOQUEADOR	60 %	57 %
ASPIRINA	92 %	96 %
IECA	68 %	62 %
CALCIOANTAGONISTAS	0 %	18 %
CLOPIDOGREL	46 %	48 %
NITRATOS	85 %	51 %
ESTATINAS	50 %	63 %
FIBRATOS	4 %	5 %

IECA= Inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina

TRATAMIENTO IMPLEMENTADO Y DESARROLLO DE COMPLICACIONES

<u>Complicaciones</u>	<u>Tratamiento implementado</u>			<u>Total</u>
	<u>MEDICO</u>	<u>PIC</u>	<u>CRVC</u>	
No	22	26	9	57
Insuf. Cardiaca	8	7	3	18
Angina	10	5	3	18
PIC	1	1	0	2
Muerte	2	3	0	5
Total	43	42	15	100

PIC= Procedimiento de intervención coronaria
CRVC= Cirugía de revascularización coronaria

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

APEGO A TRATAMIENTO

Tx	MEDICO n=43	PIC n=42	CRVC n=15
Betabloqueador	18.6 %	52.4 %	86.6 %
Aspirina	95.3 %	95.2 %	100 %
IECA	53.5 %	73.8 %	53.3 %
Calcioantagonista	23.3 %	9.5 %	26.7 %
Clopidogrel	18.6 %	95.2 %	0
Nitratos	67.4 %	42.8 %	26.7 %
Estatinas	55.8 %	78.6 %	40.0 %
Fibratos	6.9 %	4.8 %	0
Dieta	60.5 %	45.2 %	66.7 %
Actividad Física	20.9 %	16.7 %	20.0 %
Rehabilit. Física	23.3 %	16.7 %	26.7 %
Susp. Tabaquismo	83.7 %	92.9 %	93.3 %

Tx= Tratamiento, PIC= Procedimiento de intervención coronaria, CRVC= Cirugía de revascularización coronaria, IECA= Inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DISCUSIÓN

El hábito tabaquico disminuyo notablemente de un 62 % a un 11 %, sin embargo sorprendentemente el número de eventos cardiacos adversos a un año fue mayor entre los fumadores, posiblemente por la disparidad de estos grupos y la influencia de otros factores de riesgo coronario. El apego a la dieta se consiguio en el 55 % de los pacientes, no hubo ninguna muerte registrada en estos pacientes, solo discreta elevación en el porcentaje de insuficiencia cardiaca y angina con respecto a los que no tuvieron apego a la dieta. En cuanto al apego a la actividad fisica y a la rehabilitación cardiaca es evidente el menor desarrollo de eventos cardiacos adversos siendo más significativo con respecto a la necesidad de revascularización coronaria, desarrollo de angina y muerte. La relación de complicaciones cardiacas a un año con respecto a la administración de estatinas no muestra ningun beneficio, sin embargo hay que aclarar que el 41 % de estos pacientes suspendió por diversas índoles.

Si analizamos el desarrollo global de complicaciones por grupo de tratamiento, podemos observar menor frecuencia de estos en los pacientes que se sometieron a revascularizaqción coronaria ya sea mediante intervencionismo o cirugía, posiblemente esto este relacionado al hecho mismo del procedimiento de revascularización, sin embargo quizá también exista relación al mayor apego de las medidas de prevención secundaria encontrado en estos mismos grupos de pacientes.

Los hallazgos encontrados hasta este momento no distan mucho de lo encontrado en los estudios Europeos multicentricos, por lo que es inevitable preguntarnos ¿ por qué pasa esto?, ¿será por falta de información o conocimiento de los médicos? o ¿por falta de interes?. Los cardiologos parecen interesarse más por el episodio agudo de la enfermedad que por la etapa crónica. ¿ Por falta de credibilidad en los resultados de los estudios clínicos, por no considerarlos representativos de los pacientes de la práctica cotidiana ?. Esto sería discutible ya que hay consistencia en los resultados de los diversos estudios, en distintas poblaciones de pacientes coronarios y con distintas drogas de una misma familia. ¿ Por mala adherencia al tratamiento ?. La fala de adherencia al tratamiento se observa tanto para los cambios de hábito como para el tratamiento farmacológico, hace falta tiempo y dedicación por parte del médico, para explicarle al paciente el proceso de la enfermedad y la necesidad de que el tratamiento de prevención secundaria debe mantenerse de por vida.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CONCLUSIONES

Entre los hallazgos más relevantes cabe comentar.

1. Disminución del hábito tabaquico del 62 % al 11 %, con efecto negativo relacionado a la superposición de otros factores de riesgo cardiovascular.
2. Disminución de apego de a dieta en relación a su egreso.
3. Incremento en el apego a la actividad física no supervisada, sin embargo esto no se vio reflejado en la reincorporación a la vida productiva ya que hubo un incremento considerable de pacientes desempleados.
4. El programa de rehabilitación cardiaca solo se llevo a cabo en el 21 % de los pacientes.
5. Solo al 11 % de los pacientes se les solicitó perfil de lípidos
6. Hubo disminución notable en la administración de betabloqueadores e IECA, existió incremento considerablemente en la prescripción de calcioantagonistas y un aumento discreto en la administración de aspirina y estatina, esta última sin embargo con gran porcentaje de abandono debido a limitación económica para su adquisición y a una falta de orientación sobre la duración de su administración.
7. La adherencia al tratamiento farmacológico fue mayor en los pacientes sometidos a procedimientos de revascularización (intervencionista o quirúrgica), así mismo hubo menor proporción de eventos cardiacos adversos en este grupo de pacientes.

A pesar de que se encontró disminución en el hábito tabaquico y en el índice de masa corporal, y un incremento relativo en el empleo de algunas drogas antihipertensivas e hipolipemiantes, aun hace falta elevar la reincorporación de la población a su vida productiva, mejorar el programa de rehabilitación cardiaca y utilizar los fármacos a dosis y periodos más convenientes, conforme las metas aconsejadas por las guías de prevención secundaria, las cuales han probado ser efectivas en los estudios clínicos.

Podemos resumir entonces que vamos en la tendencia correcta pero que queda mucho por hacer. El principal desafío actualmente no es buscar medidas que reduzcan aún más la mortalidad de nuestros pacientes, sino utilizar en forma apropiada las que ya conocemos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

BIBLIOGRAFIA

1. Newby LK, Kristinsson A, Bhapkar MV, et al. Early statin initiation and outcomes in patients with acute coronary syndromes. *JAMA* 2002;287:3087-95.
2. 27a. Bethesda Conference: Matching the intensity of risk factor management with the hazard for coronary disease events, *JACC* 1996; 27:957-1047.
3. Pylorala K, De Backer G, Graham I et al. Prevention of coronary heart disease in clinical practice. *Eur Heart J* 1994; 15:1300-31.
4. ASPIRE Steering Group. A British Cardiac Society survey of potential for secondary prevention of coronary disease. *Heart* 1996; 75: 334-42.
5. Anand S, Yusuf S, Vuksan V et al. Differences in risk factors, atherosclerosis, and cardiovascular disease between ethnic groups in Canada. *Lancet* 2000; 356:279-84.
6. Rose G. The strategy of preventive medicine, Oxford university Press, 1992.
7. Vartiaine E, Puska P, Pekkanen J et al. Changes in risk factors explain changes in mortality from ischemic heart disease in Finland. *Br Med J* 1994; 309:23-7.
8. EUROASPIRE Study Group. EUROASPIRE a European Society of Cardiology of secondary prevention of coronary heart disease, principal results. *Eur Heart J* 1997; 18: 1569-82.
9. Guidelines. Prevention of coronary heart disease in clinical practice. *Eur Heart J* 1998; *Eur Hypertension* 1998; *Atherosclerosis* 1998.
10. EUROASPIRE II Group. Lifestyle and risk factor management and use of drug therapies in coronary patient 15 countries: principal results from EUROASPIRE II. *Eur Heart J* 2001; 22: 554-72.
11. Balfour D, Benowitz N, Fagerstrom K, Kunze M et al. Diagnosis and treatment of nicotine dependence with emphasis on nicotine replacement therapy. *Eur Heart J* 2000; 21: 438-45.
12. US Public Health Service. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence a US Public Health Service Report. *JAMA* 2000; 283:3244-54.
13. De Velasco J, Cosin J, López-Sendon J et al. La prevención secundaria del infarto del miocardio en España: estudio PREVESE. *Rev Esp Cardiol* 1997; 50: 406-15.
14. Clinical reality of coronary prevention guidelines: a comparison of EUROASPIRE I and II in nine countries. *Lancet* 2001; 357: 995-1001.
15. Hasnain M, Evans P. Achieving national service framework standards for cardiac rehabilitation and secondary prevention. *BMJ* 2003; 326: 481-84.
16. Wood A. Preventing clinical heart failure: The rationale and scientific evidence. *Heart* 2002; 88: ii15-ii22.
17. Llevadot y Asahara. Efecto de las estatinas en la inducción de angiogénesis y vasculogénesis. *REV Esp Cardiol* 2002; 55(8):838-44.

18. Walter D, Fichtlscherer S, Britten M, et al. Statin therapy, inflammation and recurrent coronary events in patients following copronary stent implantation. *J Am Coll Cardiol* 2001;38:2006-12.
19. Horne B, Muhlestein J, Carlquist J, et al. Statin therapy, lipid levels, C-reactive protein and survival of patients with angiographically severe coronary artery disease. *J Am Coll Cardiol* 2000;36:1774-80.
20. Long term intervention with pravastatin in ischemic disease (LIPID) study program. 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.
21. Vaughan C, Gotto A and Basson C. The evolving role of statins in the management of atherosclerosis. *J Am Coll Cardiol* 2000;35:1-10.
22. Hermann J, Lerman A, Baumgart D, et al. Preprocedural statin medication reduces the extent of periprocedural non-Q wave myocardial infarction. *Circulation* 2002;106:2180-83.
23. Pitt B, Water D, Brown W et al. Aggressive lipid lowering therapy compared with angioplasty in stable coronary artery disease. *N Eng J Med* 1999;342:70-76.
24. Maron D, Frazio S, Linton M, et al. Current perspectives on statins. *Circulation* 2000;101:207-13.
25. Farmer J. Learning from cerivastatin experience. *Lancet* 2001;358:1383-84.
26. Grundy S. Statin trial and goals of cholesterol lowering therapy. *Circulation* 1998;97:1436-39.
27. Avins A, Browner W. Improving the prediction of the coronary heart disease to aid in the management of high cholesterol levels: what a difference a decade makes. *JAMA* 1998;279:445-49.
28. Armitage J, Collins R. Need for large scale randomised evidence about lowering LDL cholesterol in people with diabetes mellitus. *Heart* 2000;84:357-60.
29. West of Scotland coronary prevention study group. Influence of pravastatin and plasma lipids on clinical events in the west Scotland coronary study (WOSCOPS). *Circulation* 1998;97:1440-45.
30. Sacks F, Pfeffer M, Moyé L, et al. The effect of pravastatin on coronary events after myocardial infarction in patients with average cholesterol levels. *N Eng J Med* 1996;335:101-09.
31. Herbert P, Gaziano M, Chan K, et al. Cholesterol lowering with statins drugs, risk of stroke, and total mortality. *JAMA* 1997;278:321-31.
32. Majumdar S, Gurwitz J, Soumerai S. Undertreatment of hyperlipidemia in the secondary prevention of coronary artery disease. *J Gen Intern Med* 1999;14:711-77.
33. Ridker P, Rifai N, Pfeffer M, et al. Inflammation, pravastatin, and the risk of coronary events after myocardial infarction in patients with average cholesterol levels. Cholesterol and recurrent events (CARE). *Circulation* 1998;98:839-44.
34. Scandinavians simvastatin survival study group. Randomised trial of cholesterol lowering in 4444 patients with coronary heart disease. (4S). *Lancet* 1994;344:1383-89.