

# Control del riesgo cardiovascular postinternación en pacientes coronarios

DRES. HORACIO VÁZQUEZ, GERARD BURDIAT, PABLO ALONSO, EDGARDO SANDOYA, LIC. ENF. JORGE TEJADA

## RESUMEN

**Introducción:** los pacientes que padecen enfermedad coronaria tienen riesgo alto de nuevos eventos cardiovasculares, el que puede reducirse mediante un estilo de vida saludable y medicación. La presente investigación se propuso conocer el control del riesgo luego del alta en pacientes hospitalizados por enfermedad coronaria.

**Método:** se realizó un estudio prospectivo de tipo descriptivo en el que se incluyeron todos los pacientes menores de 75 años hospitalizados por enfermedad coronaria entre el 1 de setiembre de 2008 y el 30 de abril de 2009. Se controlaron los lípidos plasmáticos y se les contactó telefónicamente, a cuatro y 12 meses del alta, explorando derivación a programas específicos, percepción de estrés, depresión, consumo de tabaco, ingesta de fruta/verdura, actividad física, uso de medicación, peso y talla.

**Resultados:** se siguió a 98,1% de los 154 pacientes (78,6% hombres,  $61,6 \pm 9,4$  años). El 30,5% fue derivado a rehabilitación física, pero sólo 18,8% realizó al menos una sesión de la misma. El 91,7% de los fumadores fue derivado a tratamiento específico para cesación de tabaquismo y, pese a que sólo 45,5% concurrió, al año estaban en cesación 68% de los fumadores. Se reportó una alta prevalencia de estrés y depresión, y hubo un incremento significativo de los grados más intensos entre los cuatro meses y el año (11% a 30,5%,  $p < 0,001$  para estrés, y 5,8% a 19,5%,  $p < 0,001$  para depresión). La actividad física diaria disminuyó significativamente entre ambos controles (50% versus 3,2%,  $p < 0,001$ ), el consumo diario de vegetales estuvo en torno a 50% y no sufrió variantes. El uso de fármacos para prevención secundaria fue muy elevado, pero en casi todos ellos hubo una disminución significativa en el segundo control. La prevalencia de sobrepeso aumentó significativamente al año (78,8% versus 83,3%,  $p = 0,03$ ). Se obtuvo un nivel de LDL colesterol  $< 100$  mg/dl en alrededor de 60% de los casos y un nivel  $< 70$  mg/dl en una cuarta parte, sin variación significativa entre ambos controles.

**Conclusiones:** el control del riesgo luego del alta en pacientes coronarios internados no es óptimo, y las actitudes de los pacientes respecto al cuidado empeoraron al cabo de un año, por lo que es necesario mejorar la adherencia a un estilo de vida saludable y a la medicación en el largo plazo. Los elevados índices de estrés y depresión obligan a diseñar nuevas estrategias para su abordaje.

## SUMMARY

**Background:** coronary heart disease patients have high risk of cardiovascular events, which may be reduced with healthy lifestyle and medication. This research aimed to know the risk control after discharge in patients hospitalized by coronary heart disease.

**Methods:** a prospective and descriptive study which included all patients  $< 75$  years old hospitalized by coronary heart disease between 1/9/2008 to 30/4/2009 was performed. Plasma lipids were checked. They were contacted by telephone, at 4 and 12 months from discharge, exploring referral to specific programs, stress perception, depression, tobacco consumption, intake fruit and vegetables, physical activity, medication use, and its weight and height.

**Results:** 98.1% of 154 patients (78.6% men,  $61.6 \pm 9.4$  years) were followed. 30.5% was derived to physical rehabilitation, but only 18.8% had at least one session of the same. 91.7% of smokers was derived from a specific treatment for smoking cessation and, although only 45.5% attended this treatment, one year after 68% of them were in default. High prevalence of stress and depression were reported, and there was a significant increase in more severe degrees between four months and a year (11% to 30.5%,  $p < 0.001$  for stress, and 5.8% to 19.5%,  $p < 0.001$  for depression). Daily physical activity decreased significantly between both controls (50% versus 3.2%,  $p < 0.001$ ), daily vegetables consumption was around 50% and did not suffer variations. Use of secondary prevention drugs was very high, but near all of them had a significant decrease in the second control. Prevalence of overweight increased significantly at the year (78.8 versus 83.3%,  $p = 0.03$ ). LDL-cholesterol level  $< 100$  mg/dl in about 60% of cases and a level  $< 70$  mg/dl in a quarter was reached, without significant variation between the two controls.

**Conclusions:** risk control after discharge hospitalized patients by coronary heart disease is not optimal and attitudes regarding care of patients worsened after a year, so it is necessary to improve adherence to change healthy lifestyle and long-term medication. High levels of stress and depression forced to devise new strategies to address them.

**PALABRAS CLAVE:** FACTORES DE RIESGO  
ENFERMEDAD CORONARIA  
PREVENCIÓN SECUNDARIA

**KEY WORDS:** RISK FACTORS  
CORONARY HEART DISEASE  
SECONDARY PREVENTION

Servicio de Cardiología, Programa de Prevención Cardiovascular. Asociación Española.

Correspondencia: Dr. Horacio Vázquez. Acevedo Díaz 1464. Montevideo.

Correo electrónico: hvazquez@asesp.com.uy

Recibido julio 5, 2011; aceptado agosto 26, 2011.

## INTRODUCCIÓN

Los pacientes con patología coronaria tienen riesgo elevado de desarrollar un evento cardiovascular, el que puede ser reducido mediante la adopción de un estilo de vida saludable y el empleo de medicación específica. Las respectivas guías nacionales <sup>(1)</sup> e internacionales <sup>(2-5)</sup> recomiendan las medidas apropiadas para ello, así como los valores a alcanzar en los diferentes parámetros, no obstante lo cual la evidencia internacional muestra dificultad para alcanzarlos, algo que comprobamos en un grupo de pacientes de nuestra institución <sup>(6-8)</sup>. La presente investigación tuvo como objetivo conocer el control del riesgo a corto y mediano plazo en pacientes hospitalizados por patología coronaria.

## MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio de tipo descriptivo y prospectivo en pacientes que estuvieron internados en el área de cuidados cardiológicos de la institución, los que se obtuvieron a partir de los listados de alta.

## CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA Y RECOLECCIÓN DE DATOS

Se incluyeron todos los pacientes menores de 75 años hospitalizados en nuestra institución por enfermedad coronaria aguda, crónica y/o por un procedimiento de revascularización coronaria entre el 1 de setiembre de 2008 y el 30 de abril de 2009. Se excluyeron los pacientes que no pudieron ser contactados en las dos instancias de seguimiento programadas. En la historia clínica electrónica se verificaron edad, sexo, actividad laboral, diagnóstico de ingreso y presencia de hipertensión arterial, tabaquismo y diabetes. En la base de datos del laboratorio clínico se verificaron los valores de lípidos plasmáticos existentes luego del alta.

## SEGUIMIENTO TELEFÓNICO

Luego del alta un cardiólogo se comunicó telefónicamente con el paciente en dos oportunidades, el primer contacto se estableció a los 4 meses y el segundo a los 12 meses del alta. En cada contacto telefónico se exploró si había consultado al cardiólogo, si había sido derivado al programa de rehabilitación física cardiovascular, si había recibido consejo nutricional y, en caso de ser fumador, si fue referido al programa de cesación de tabaquismo.

En esa misma instancia se recogió la percepción del paciente referida a estrés y depresión. Las actitudes del paciente se exploraron interrogando: concurrencia al programa de rehabilitación cardiovascular, concurrencia a la policlínica de cesación de tabaquismo, consumo de tabaco, ingesta de fruta y verdura, actividad física y medicación utilizada. Finalmente se le interrogó acerca del peso y la talla.

## DEFINICIÓN DE VARIABLES

La respuesta a las preguntas ¿se siente estresado?, ¿se siente deprimido?, ¿consume fruta y verdura? se catalogó en tres categorías: diario, a veces y nunca. La actividad física se exploró mediante las preguntas ¿camina? y ¿practica deporte?, categorizándose las respuestas en diaria, regular (cuando la practica tres o más veces por semana) y poca a nula (cuando es menor a tres veces por semana). Se consideró sobrepeso cuando existió un índice de masa corporal (IMC)  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup> y obesidad al IMC  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup> <sup>(9)</sup>. De acuerdo a las recomendaciones de la guía nacional se consideró deseable un LDL  $<100$  mg/dl e ideal a un valor  $<70$  mg/dl <sup>(1)</sup>, mientras que para el HDL el objetivo considerado fue  $>40$  mg/dl.

## ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Las variables exploradas fueron ingresadas directamente por el cardiólogo en una base de datos desarrollada para tal fin, en el momento de realizar el contacto telefónico, al analizar la historia clínica electrónica y al explorar la base de datos del laboratorio. La diferencia entre ambas instancias de seguimiento se exploró con el test de chi<sup>2</sup> mediante un programa de la Universidad de Kansas disponible online <sup>(10)</sup>, considerándose significativo un valor de  $p < 0,05$ .

## RESULTADOS

De los 166 pacientes coronarios dados de alta en el período, nueve fallecieron en los 12 meses siguientes a su internación (7,7%) y tres no pudieron ser contactados, reportándose los resultados sobre los 154 restantes (98,1% de los vivos). El porcentaje de hombres y mujeres fue de 78,6% y 21,4%, respectivamente; la edad (promedio  $\pm$  desvío estándar [DE]) fue de  $61,6 \pm 9,4$  años, siendo  $61,3 \pm 9,4$  años en hombres (rango 31-75) y  $63,0 \pm 9,4$  años en mujeres (rango 39-75). La distribución por

TABLA 1. PACIENTES INTERNADOS POR RANGO ETARIO

| Rango (años) | Frecuencia % |
|--------------|--------------|
| <45          | 4,5%         |
| 45-60        | 36,4%        |
| 61-75        | 59,1%        |
| Total        | 100,0%       |

TABLA 2. PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO

| Factores de riesgo | Frecuencia % |
|--------------------|--------------|
| HTA                | 82,5%        |
| Diabetes           | 31,2%        |
| Tabaquismo         | 30,5%        |

TABLA 3. PERCEPCIONES DE LOS PACIENTES

| Percepción          | Frecuencia % |          | P      |
|---------------------|--------------|----------|--------|
|                     | 4 meses      | 12 meses |        |
| Estrés ocasional    | 75,3%        | 73,4%    | 0,66   |
| Estrés diario       | 11,0%        | 30,5%    | <0,001 |
| Depresión ocasional | 33,8%        | 61,0%    | <0,001 |
| Depresión diaria    | 5,8%         | 19,5%    | <0,001 |

rangos de edad del total de pacientes se presenta en la tabla 1.

El motivo de ingreso fue cardiopatía isquémica aguda en 53,9% de los casos, tratándose de infarto agudo de miocardio en 28,2% de los casos y de angina inestable en 25,7%. La cardiopatía isquémica crónica constituyó el 46,1% de los ingresos. Se realizaron procedimientos de revascularización coronaria en 79,2% de los pacientes; en 53,2% la revascularización se realizó mediante angioplastia y en 26,0% mediante cirugía de bypass coronario.

Los factores de riesgo presentes al momento de la internación se reportan en la tabla 2.

58,4% de los pacientes era laboralmente activo, 40,3% era pasivo y 1,3% desocupado. El primer contacto fue realizado a los cuatro meses del alta y el segundo a los 12 meses de la misma.

#### ACTITUDES DE LOS CARDIÓLOGOS

A los cuatro meses el porcentaje de pacientes derivados a los diferentes programas fue: 30,5% a rehabilitación física, 93,5% a nutricionista y 91,7% de los fumadores a la policlínica de cesación de tabaquismo.

En el primer control, 77,9% de los pacientes tenía realizado estudio de lípidos, en el se-

gundo contacto tenían nuevo control 64,9% ( $p=0,02$ ).

#### PERCEPCIONES DE LOS PACIENTES

En la tabla 3 se presentan las respuestas de los pacientes en relación con su percepción acerca de estrés y depresión.

#### ACTITUDES DE LOS PACIENTES

En el primer control, 97,4% de los pacientes había visto a su cardiólogo recientemente, pasando esta cifra a 83,1% en el segundo contacto ( $p<0,001$ ). De los pacientes derivados al programa de rehabilitación cardiovascular, a los cuatro meses concurrió 61,7% de ellos y a los 12 meses lo hacía 45,8% ( $p=0,001$ ). Concurrieron al menos a una sesión de rehabilitación solo el 18,8% del total de pacientes. De los fumadores derivados a la policlínica de cesación, 36,4% concurrió a los cuatro meses y 45,5% a los 12 meses ( $p=0,66$ ). En la tabla 4 se presentan las actitudes de los pacientes respecto al consumo de tabaco, actividad física y consumo de fruta y verdura.

El uso de los fármacos empleados en la prevención secundaria, así como la utilización de medicación hipoglucemiante en diabéticos, en ambos controles se presenta en la tabla 5.

#### VARIABLES CUANTITATIVAS

El IMC fue  $27,9 \pm 4,0$  kg/m<sup>2</sup> (promedio  $\pm$  DE) y

TABLA 4. ACTITUDES DE LOS PACIENTES

| Actitud                    | Frecuencia %         |          | P     |        |
|----------------------------|----------------------|----------|-------|--------|
|                            | 4 meses              | 12 meses |       |        |
| Tabaquismo                 | 7,8%                 | 9,7%     | NS    |        |
| Actividad física           | Sí                   | 84,4%    | 83,7% | NS     |
|                            | Tres días por semana | 34,4%    | 80,5% | <0,001 |
|                            | Diaria               | 50,0%    | 3,2%  | <0,001 |
| Consumo de fruta y verdura | Sí                   | 94,8%    | 85,7% | 0,007  |
|                            | Diario               | 50,6%    | 53,9% | 0,57   |

TABLA 5. EMPLEO DE FÁRMACOS EN EL SEGUIMIENTO

| Fármaco                        | Tasa de uso |          | P      |
|--------------------------------|-------------|----------|--------|
|                                | 4 meses     | 12 meses |        |
| Aspirina                       | 92,2%       | 79,2%    | 0,001  |
| Estatina                       | 90,0%       | 80,5%    | 0,009  |
| β-bloqueantes                  | 75,3%       | 64,3%    | 0,03   |
| Inhibidores de la ECA/ARA 2*   | 68,3%       | 64,3%    | 0,42   |
| Clopidogrel                    | 67,5%       | 44,8%    | <0,001 |
| Hipoglucemiantes en diabéticos | 97,9%       | 74%      | 0,003  |

\*ECA: enzima conversora de la angiotensina, ARA 2: antagonistas de los receptores de la angiotensina

28,4 ± 4,0 kg/m<sup>2</sup> a los cuatro y 12 meses. El colesterol total fue 172,5 ± 40,1 mg/dl (promedio ± DE) en el primer control y 168,7 ± 42,5 mg/dl en el segundo, el LDL fue 95,7 ± 33,2 mg/dl y 95,4 ± 36,6 mg/dl en uno y otro caso y el HDL fue 45,2 ± 11,0 mg/dl y 42,9 ± 14,5 mg/dl, respectivamente. La evolución entre controles de las diferentes variables cualitativas se presenta en la tabla 6.

#### DISCUSIÓN

La cardiopatía isquémica aguda fue el principal motivo de ingreso, recibiendo procedimientos de revascularización coronaria casi 80% de los pacientes. La mayoría de ellos era laboralmente activo, existiendo una elevada prevalencia de hipertensión, diabetes y tabaquismo, mayor que la observada en la población general de asociados <sup>(11)</sup>, como era esperable.

Un año después de la hospitalización hubo una mortalidad de 7,7%, comparable a la re-

portada en un estudio realizado en una población similar en nuestro medio <sup>(12)</sup>.

Es de destacar la elevada prevalencia de factores de riesgo psicosocial como el estrés y la depresión, los que empeoraron de uno a otro control. Si bien no se empleó ningún instrumento específico para la detección de los mismos, la aproximación mediante un par de preguntas se ha correlacionado razonablemente con la observada mediante las escalas de uso habitual <sup>(13)</sup>.

Las actitudes de los cardiólogos fueron apropiadas en cuanto a consejo nutricional, indicación de fármacos y la referencia a la policlínica de cesación de tabaquismo de los fumadores. Por el contrario, la derivación al programa de rehabilitación física cardiovascular fue subóptima y la utilización real del mismo alcanzó a menos de un quinto de los pacientes. Sin embargo, el número de pacientes en rehabilitación de nuestra institución es superior al promedio de nuestro país, ya que un estudio reciente muestra que realizan ac-

TABLA 6. VARIABLES CUANTITATIVAS DE CONTROL

| Variable                             | Frecuencia % |          | P    |
|--------------------------------------|--------------|----------|------|
|                                      | 4 meses      | 12 meses |      |
| Sobrepeso IMC > 25 kg/m <sup>2</sup> | 78,8%        | 83,3%    | 0,03 |
| Obesidad > 30 kg/m <sup>2</sup>      | 28,7%        | 31,7%    | 0,59 |
| Colesterol LDL <100 mg/dl            | 55,2%        | 62,0%    | 0,31 |
| Colesterol LDL <70 mg/dl             | 25,0%        | 22,0%    | 0,60 |
| Colesterol HDL >40 mg/dl             | 63,3%        | 60,0%    | 0,17 |

tividad física supervisada menos de 4% de los candidatos<sup>(14)</sup>. Algo similar ocurre en España con 3%, mientras que en los Estados Unidos se rehabilita el 20% de todos los pacientes coronarios<sup>(15,16)</sup>.

El resultado obtenido con los pacientes fumadores fue alentador, pues más de dos tercios de quienes fumaban al ingreso se encontraban en cesación al año, pese a que solo concurren a la policlínica de deshabitación tabáquica 45,5% de los candidatos.

En una primera mirada las actitudes de los pacientes con respecto al estilo de vida parecen apropiadas, dado el elevado consumo de fruta/verdura y la alta tasa de actividad física. Pero cuando se analiza la frecuencia de las mismas se observa que solamente la mitad de los pacientes consumieron fruta/verdura de forma diaria, así como una fuerte caída de la actividad física realizada de forma diaria entre uno y otro control.

Hubo un empleo elevado de fármacos (92% de aspirina, 90% de estatinas, 75% de  $\beta$ -bloqueantes), más alto que el observado luego de un evento coronario agudo en un estudio en Estados Unidos<sup>(17)</sup>, y similar a lo observado en un estudio australiano<sup>(18)</sup>. Para casi todos los fármacos hubo un descenso en el empleo de al menos 10% entre uno y otro control, siendo mayor para los antidiabéticos y el clopidogrel, aunque en estos dos casos ello podría ser adecuado, puesto que los primeros podrían reducirse a través de un mejor control alimentario y los segundos podrían ser menos necesarios dado el tiempo transcurrido desde la angioplastia o el síndrome coronario agudo.

Existió un porcentaje muy elevado de pacientes con IMC >25 kg/m<sup>2</sup>, problema que también afecta a la población general de asociados de la institución<sup>(19)</sup>. A pesar de que casi

todos los pacientes recibieron consejo nutricional y la mayoría refiere realizar actividad física regular, hubo un aumento significativo de la cantidad de pacientes con sobrepeso.

Más de 60% de los pacientes alcanzó el valor objetivo de LDL (<100 mg/dL) a un año de la internación, pero menos de una cuarta parte consiguió un valor óptimo (<70 mg/dL). Es necesario optimizar el uso de fármacos y/o la adherencia al tratamiento para conseguir mayor porcentaje de pacientes dentro de valores objetivo, aunque un programa desarrollado en EEUU, en que se titulaba la dosis de estatinas de forma progresiva, mostró resultados similares en control del LDL<sup>(20)</sup>. Los estudios EUROASPIRE I, II, y III realizados en pacientes coronarios en Europa muestran que el control del riesgo luego de una internación es parecido al observado en nuestro estudio<sup>(6)</sup>. Una investigación realizada en Argentina mostró escaso cumplimiento de las recomendaciones de prevención secundaria en pacientes sometidos a intervenciones percutáneas, observando que el cumplimiento no pareció modificarse con el aumento de la frecuencia de la consulta médica<sup>(21)</sup>. En nuestro medio, un programa de intervención multidisciplinario desarrollado durante cinco años demostró su factibilidad y el logro de buenos resultados excepto en el control de la obesidad y la diabetes<sup>(12)</sup>.

#### LIMITACIONES

Dado que la mayoría de los datos se obtuvieron a partir del interrogatorio telefónico, pudo existir el sesgo derivado de haber brindado respuestas correctas más allá de que ello ocurriese en los hechos. Otra limitación deriva de las pocas variables objetivas que permitan mejorar el conocimiento de la situación, en particular no incluimos la presión arterial



pues no disponíamos de datos objetivos y confiables en un número suficiente de pacientes, ya que en muchos casos no estaba registrado en la historia clínica electrónica. Pero al mismo tiempo, el presente estudio tiene como fortaleza el reunir a todos los pacientes internados por patología coronaria en un período de ocho meses y un seguimiento superior a 98%, por lo que representan razonablemente a los asociados de la institución portadores de esta enfermedad.

En conclusión, el control del riesgo luego del alta en pacientes coronarios internados no es óptimo, y las actitudes de los pacientes respecto al cuidado empeoraron al cabo de un año. Es necesario conseguir un incremento de la frecuencia de la actividad física, optimizar la alimentación y mejorar la adherencia a la medicación luego del alta en los pacientes internados por patología coronaria. La elevada prevalencia de estrés y depresión hace necesario elaborar estrategias para abordarlos, lo que junto a las medidas antes referidas se traducirá en una reducción del riesgo cardiovascular de estos pacientes.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Natero V, Araújo O, Aguayo R, Díaz Arnesto O, Sandoya E. Guía práctica de prevención cardiovascular. *Rev Urug Cardiol* 2009; 24: 43-83.
2. Leon AS, Franklin BA, Costa F, Balady GJ, Berra KA, Stewart KJ, et al. Cardiac Rehabilitation and Secondary Prevention of Coronary Heart Disease: An AHA Scientific Statement From the Council on Clinical Cardiology, in Collaboration with the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation. *Circulation* 2005; 111: 369-75.
3. Smith SC, Allen J, Blair SN, Bonow RO, Brass LM, Fonarow GC, et al. AHA/ACC Guidelines for secondary prevention for patients with coronary and other atherosclerotic vascular disease: 2006 update: endorsed by the National Heart, Lung and Blood Institute. *Circulation* 2006; 113: 2363-72.
4. Balady GJ, Williams MA, Ades PA, Bittner V, Cossomos P, Foody JM, et al. Core components of Cardiac Rehabilitation/Secondary Prevention Programs: 2007 Update. An AHA/AACVPR scientific statement. *Circulation* 2007; 115: 2675-82.
5. Ryden L, Standl E, Bartnik M, Van der Berghe G, Betteridge J, De Boer MJ, et al. Guidelines on diabetes, pre-diabetes and cardiovascular disease; executive summary: The Task force on Diabetes and cardiovascular Disease of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Eur Heart J* 2007; 28: 88-136.
6. EUROASPIRE I and II Group. 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.
7. Kotseva K, Wood D, De Backer G, De Bacquer D, Pyörälä K, Keil U; EUROASPIRE Group. Cardiovascular Prevention Guidelines in Daily Practice: a comparison of EUROASPIRE I, II and III surveys in Eight European Countries. *Lancet* 2009; 373: 929-40.
8. Sandoya E. Auto-auditoría: control de lípidos y de presión arterial en pacientes en prevención secundaria. *Rev Urug Cardiol* 2007; 22: 243-8.
9. World Health Organization. Obesity: preventing and managing global epidemic. WHO Technical Report Series N° 894. Geneva: WHO, 2004.
10. Preacher KJ. Calculation for the Chi-Square test: An interactive calculation tool for chi-square tests of goodness of fit and independence Disponible en <http://people.ku.edu/~preacher/chisq/chisq.htm> Accedido el 3/4/2011
11. Sandoya E, Schwedt E, Moreira MV, Schettini C, Bianchi M, Senra H. Predicción de eventos coronarios a nueve años mediante el score de Framingham en Uruguay. *Rev Urug Cardiol* 2009; 24: 13-21.
12. Bagnulo A, Pouso M, Meizoso E, López I. Intervención educativa para el control de los factores de riesgo cardiovascular y seguimiento a 5 años en pacientes con cardiopatía isquémica, egresados del CASMU 4 entre 18/08/03 y 31/05/04. Resultados preliminares. Tema Libre 31. 24º Congreso Uruguayo de Cardiología. *Rev Urug Cardiol* 2008; 23:313-4.
13. Whooley MA, Avins AL, Miranda J, Browner WS. Case-Finding instruments for depression. Two questions are as good as many. *J Gen Intern Med* 1997; 12: 439-45.
14. Burdiat G, Terzic-Pérez C, López-Jiménez F, Cortes-Bergoderi M, Santillán C. Situación actual de la rehabilitación cardíaca en Uruguay. *Rev Urug Cardiol* 2011; 26: 40-7.
15. Velazco JA, Cosin J, Maroto JM, Muñoz J, Casanovas JA, Plaza I, et al. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en prevención y rehabilitación cardíaca. *Rev Esp Cardiol* 2000; 53: 1095-120.
16. Suaya JA, Shepard DS, Normand ST, Ades PA, Prottas J, Stason WB. Use of cardiac rehabilitation by Medicare beneficiaries after myocardial infarction or coronary bypass surgery. *Circulation* 2007; 116: 1653-62.
17. Lee HY, Cooke CE, Robertson TA. Use of secondary prevention drug therapy in patients with acute coronary syndrome after hospital discharge. *J Manag Care Pharm* 2008; 14: 271-80.
18. Vermeer NS, Bajorek BV. Utilization of evidence-based therapy for the secondary prevention of

- acute coronary syndromes in Australian practice. *J Clin Pharm Ther* 2008; 33: 591-601.
19. Sandoya E, Schwedt E, Moreira V, Schettini C, Bianchi M, Senra H. Obesidad en adultos: prevalencia y evolución. *Rev Urug Cardiol* 2007; 22: 130-48.
  20. Nag SS, Daniel GW, Bullano MF, Kamal-Bahl S, Sajjan SG, Hu H, et al. LDL-C goal attainment among patients newly diagnosed with coronary heart disease or diabetes in a commercial HMO. *J Manag Care Pharm* 2007; 13: 652-63.
  21. Cigalini C, Hanna C, Larghi R, Piskorz D, Martínez M, Cuesta C. Prevención secundaria luego de intervenciones percutáneas. *Rev Fed Arg Cardiol* 2010; 39: 35-40.