



ARTÍCULO ESPECIAL

Comunicación entre niveles asistenciales: una oportunidad de mejora en la prevención cardiovascular



José Javier Gómez-Barrado^{a,b,*}, Paula Gómez-Turégano^a, Carolina Ortiz-Cortés^a,
Luis Enrique Lezcano-Gort^a, Zineb Kounka^a y María José Romero-Castro^a

^a Departamento de Cardiología, Complejo Hospitalario Universitario de Cáceres, Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres, España

^b Departamento de Ciencias Biomédicas, Facultad de Medicina, Universidad de Extremadura, Cáceres, España

Recibido el 23 de julio de 2018; aceptado el 29 de septiembre de 2018

Disponible en Internet el 7 de diciembre de 2018

PALABRAS CLAVE

Atención primaria;
Coordinación
asistencial;
Formación
continuada;
Prevención
cardiovascular

KEYWORDS

Primary care;
Care coordination;
Continuing
education;
Cardiovascular
prevention

Resumen La existencia de una buena coordinación entre los distintos niveles asistenciales constituye un factor fundamental en el desarrollo de una asistencia sanitaria de calidad y eficiente. El médico de atención primaria es fundamental en la prevención secundaria de la enfermedad cardiovascular, y la estrecha colaboración entre atención primaria y cardiología constituye un factor clave en el control de la enfermedad cardiovascular. El proyecto CAPaCERES (Colaboración AP-Cardiología en Cáceres) pretende mejorar la coordinación entre atención primaria y cardiología desde la perspectiva del conocimiento mutuo y la mejora de la comunicación entre los profesionales que la desarrollan, y con ello a mejorar la calidad de la asistencia al paciente crónico con enfermedad cardiovascular.

© 2018 Sociedad Española de Arteriosclerosis. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Communication between levels of care: An opportunity for improvement in cardiovascular prevention

Abstract The existence of good coordination between the different levels of care is an essential factor in the development of quality and efficient healthcare. The primary care physician is fundamental in the secondary prevention of cardiovascular disease and the close collaboration between primary care and cardiology is a key factor in the control of cardiovascular disease. The CAPaCERES project (AP-Cardiology Collaboration in Cáceres) aims to improve the coordination between primary care and cardiology from the perspective of mutual knowledge and

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jjgomezbarrado@gmail.com (J. J. Gómez-Barrado).

<https://doi.org/10.1016/j.arteri.2018.09.003>

0214-9168/© 2018 Sociedad Española de Arteriosclerosis. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

the improvement of communication between the professionals who develop it, and with that to improve the quality of care chronic patient with cardiovascular disease.

© 2018 Sociedad Española de Arteriosclerosis. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Según el reciente informe del Instituto Nacional de Estadística (INE) del año 2016 sobre las causas de defunción en nuestro país¹, la enfermedad cardiovascular (ECV) sigue siendo la primera causa de muerte, con el 29,2% del total de fallecimientos, por encima del cáncer (27,5%) y de las enfermedades del sistema respiratorio (11,4%) (fig. 1). A pesar de ello, las muertes por ECV descendieron un 3,6% respecto al año anterior, y la mortalidad cardiovascular es la que más disminuye en los últimos diez años, de tal forma que en el año 2006 representaba el 32,5% del total de defunciones. Esta progresiva disminución se debe probablemente al elevado nivel y calidad de la atención sanitaria y a la introducción de innovación tecnológica y terapéutica que conlleva una mayor efectividad y eficiencia en el sistema de salud.

Paradójicamente a esta tendencia a la baja de la mortalidad cardiovascular, existe una tendencia creciente en el aumento de la incidencia de ECV debido precisamente a la mejora de los tratamientos y al envejecimiento de la población.

Prevención cardiovascular

La ECV es en gran medida evitable, por lo que los datos expuestos son indicativos de que todavía nos queda un amplio margen de mejora.

El «continuum cardiovascular» es un concepto que hace referencia a la ECV como una cadena de episodios iniciada por una serie de factores de riesgo cardiovascular (FRCV) relacionados y no relacionados y que progresa a través de numerosas vías y procesos fisiológicos hacia el desarrollo de la enfermedad cardíaca coronaria en etapa terminal. Lo trascendente de este concepto es que la intervención

en cualquier punto de la cadena de eventos que conducen a la ECV podría modificar su progresión, detener o entretener el proceso fisiopatológico y conferir cardioprotección. Además, la evidencia científica acumulada indica que los eventos que conducen a la progresión de la ECV se superponen y se entrelazan y no siempre ocurren como una secuencia de incidentes discretos y en tándem. Así mismo, aunque el concepto original se centró en los FRCV para la enfermedad cardíaca coronaria y sus secuelas, el continuum cardiovascular se ha expandido con la inclusión de otras localizaciones como la enfermedad cerebrovascular, la enfermedad vascular periférica y la enfermedad renal².

Es conocido que los FRCV, como la hipercolesterolemia, la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y el tabaquismo, promueven el estrés oxidativo y causan disfunción endotelial, iniciando una cascada de fenómenos que incluyen alteraciones en los mediadores vasoactivos, respuestas inflamatorias y la remodelación vascular, que culmina en la lesión del órgano diana³. Por lo tanto, la actuación sobre los FRCV es fundamental para el control de la ECV. La prevención cardiovascular tiene como objetivo último reducir la morbilidad y aumentar la calidad de vida de los pacientes con ECV haciendo un uso eficiente de los recursos disponibles.

La prevención cardiovascular debe considerarse e implementarse en todos los estratos sociales y en todos los contextos de la atención sanitaria. Esto debe incluir un mayor gasto para prevención en el ámbito de la salud y en acciones que redunden en una comunidad más saludable. Todos los clínicos deben considerar la prevención y la promoción de estilos de vida saludables como una responsabilidad profesional. Los pacientes también deben tener los medios, el conocimiento y el apoyo para tomar decisiones informadas y exigir enérgicamente de los grupos de atención sanitaria y la sociedad esfuerzos en prevención⁴.

Las guías de práctica clínica (GPC) recomiendan un enfoque sistemático para la evaluación del riesgo, dando prioridad a las personas con un riesgo *a priori* más alto. En los pacientes con ECV ya establecida deben implementarse programas especializados de prevención, como la rehabilitación cardíaca⁴. La intervención intensiva y estructurada en la práctica general contribuye a la prevención de episodios cardiovasculares recurrentes y reduce los ingresos hospitalarios de los pacientes con ECV⁵.

De todos los actores que intervienen en la prevención cardiovascular, el médico de atención primaria (AP) es la persona clave para iniciar, coordinar y proporcionar el seguimiento a largo plazo de la prevención cardiovascular. En la mayoría de los países los médicos de AP son los responsables

Causas de muerte. Año 2016

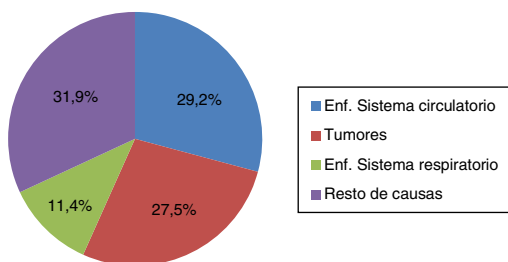


Figura 1 Causas de muerte en España. Informe INE 2016.

de más del 90% de las consultas, y en ellos recae la mayor parte de la medicina pública, incluida la prevención y la monitorización de las enfermedades crónicas. En el caso de la prevención de la ECV, tienen un papel único en la identificación de las personas con riesgo de ECV y en decidir su elegibilidad para intervenciones basándose en su perfil de riesgo global. Sigue siendo un problema maximizar las tasas de asistencia y adherencia, sobre todo en las personas en mayor riesgo.

Respecto a la prevención secundaria, el médico de AP es fundamental en el seguimiento de los pacientes con ECV, en la implementación de las indicaciones del informe de alta, realizando una adecuada prevención cardiovascular y no dejándose llevar por la inercia, promoviendo un estilo de vida saludable, y en el seguimiento y control farmacológico del síndrome coronario agudo. Todo esto debería hacerse con una estrecha colaboración entre AP-cardiología para detectar y valorar cambios en el estado clínico y en la evolución de la enfermedad, modificar la estrategia terapéutica en función de la evolución clínica, y derivar de forma inmediata a cardiología a los pacientes con infarto previo y sospecha de insuficiencia cardíaca para ser evaluados.

Los estudios realizados entre médicos de AP y otros médicos de diversas regiones europeas han demostrado que la mayoría de ellos conocían la existencia de las GPC sobre prevención cardiovascular, pero solo un 36-57% las usaba, y menos de la mitad de ellos realizaban evaluaciones exhaustivas del riesgo. El principal obstáculo señalado por los médicos de AP fue el tiempo, aunque también mencionaron otros factores, como el exceso de GPC, los objetivos poco realistas sobre el control de los FRCV, la preferencia por usar su propia experiencia y la falta de conocimiento sobre la evaluación exhaustiva del riesgo⁶⁻⁹. Los recursos disponibles en internet, las aplicaciones para móviles, las guías de bolsillo y las tablas recopilatorias pueden contribuir a superar el desafío de la implementación.

Por otra parte, un elevado porcentaje de pacientes con patología cardiovascular son atendidos por otras especialidades, como medicina interna, AP o endocrinología, entre otras. Esta diversificación de especialidades provoca en muchos casos insatisfacción, demora en la asistencia, falta de información en el seguimiento de los pacientes, exceso de utilización de los servicios de urgencias o sensación de falta de información por parte de los médicos de AP. La habitual organización asistencial en los hospitales —establecida sobre especialidades fragmentadas— y en AP no facilita la continuidad asistencial de los pacientes ni el planteamiento multidisciplinar que necesitan.

Comunicación entre niveles asistenciales

Por todo lo expuesto, la existencia de una buena coordinación entre los distintos niveles asistenciales constituye un factor fundamental en el desarrollo de una asistencia sanitaria de calidad y eficiente^{10,11}. Las causas de la falta de coordinación entre la AP y la atención especializada son diversas, y entre estas cabe citar la insuficiente protocolización, la sobrecarga asistencial, la excesiva burocracia administrativa, la falta de tiempo y otras barreras del sistema. Sin embargo, hay dos aspectos cualitativos íntimamente relacionados y con frecuencia poco considerados,

como son el desconocimiento mutuo de las labores que realiza cada uno de los profesionales de los diferentes niveles y la comunicación deficiente entre los mismos.

Son escasos los estudios cualitativos que analicen las relaciones existentes entre los profesionales de AP y de atención especializada, así como sus puntos de vista sobre la necesidad de mejorar esta relación¹². En un documento de Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco, que analiza la coordinación entre AP y atención especializada desde la perspectiva de los profesionales, establece que las áreas de mejora más relevantes corresponden a la comunicación entre niveles, que el factor humano es fundamental en la coordinación y que se deberían propiciar foros de conocimiento mutuo entre los profesionales de ambos colectivos¹³.

¿Cómo mejorar la comunicación entre niveles asistenciales?

El objetivo de nuestro trabajo es comunicar un proyecto local de coordinación entre AP y cardiología desde la perspectiva del conocimiento mutuo y la mejora de la comunicación entre los profesionales que la desarrollan, y contribuir así a mejorar la integración entre AP y cardiología y, con ello, mejorar la calidad de la asistencia al paciente crónico con ECV¹¹.

La base de este proyecto fue mejorar la estrategia organizativa y de comunicación entre los diferentes niveles asistenciales, y los profesionales que los integran, en relación con la asistencia a los pacientes con ECV.

Habitualmente la presión asistencial dificulta disponer del tiempo necesario para facilitar el contacto y el conocimiento entre profesionales, que es una de las barreras más importantes que explican la falta de comunicación entre niveles asistenciales y que algunos expertos relacionan con el desconocimiento y la desconfianza mutuos que finalmente impiden el desarrollo de una asistencia sanitaria de calidad¹⁴.

La hipótesis fundamental que sustenta nuestro proyecto radicó en que la formación continuada destinada a actualizar y a mejorar los conocimientos, las habilidades y las actitudes de los profesionales sanitarios ante la evolución científica y tecnológica podría servir de vehículo que posibilitara el establecimiento de instrumentos de comunicación y el conocimiento mutuo entre los profesionales sanitarios de ambos colectivos, cuyo fin último era la mejora de la coordinación entre AP y cardiología.

Los puntales básicos que sustentaron este proyecto fueron:

- Mejora de la formación en cardiología a los médicos de AP que se traduzca en una mejor implementación de las GPC y una derivación óptima de pacientes entre especialidades. En este sentido, el propósito de la estrategia de formación era mantener y mejorar la cualificación de los profesionales de la AP en el manejo de los pacientes con ECV y todo el proceso asistencial que conlleva a través de la formación. La estrategia diseñada se fundamentó en dos pilares: a) las actividades presenciales, que tenían como objetivo organizar sesiones clínicas y talleres sobre los objetivos de salud en prevención secundaria, el manejo sintomático de los pacientes con ECV y el

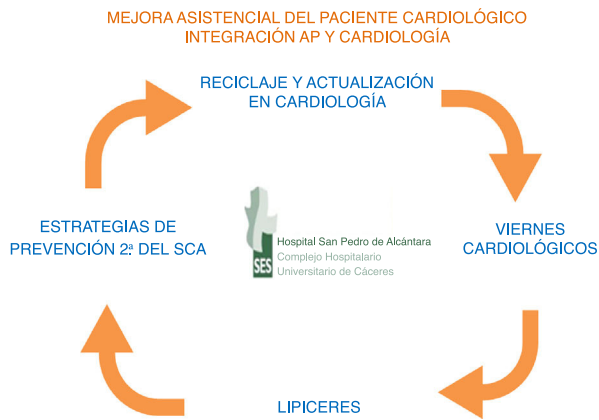


Figura 2 Actividades de intervención del proyecto CAPaCERES.

diagnóstico de nuevas patologías; las sesiones presenciales tienen la ventaja de poder generar debate y discusión entre los propios profesionales, lo que sin duda enriquece la formación, y b) las actividades de formación online, que pretendían fomentar la formación de los profesionales que trabajan en centros más aislados o para los centros de salud con dificultades para organizar actividades presenciales. Además, se ofertaban cursos online con videos tutoriales y casos prácticos reales.

- Desarrollo de herramientas de comunicación entre los diversos niveles asistenciales: compartir la información clínica y comunicarse mejor mediante el conocimiento mutuo entre profesionales a través de las rotaciones hospitalarias, el acompañamiento en las guardias, sesiones clínicas online y telemedicina, entre otras.

El objetivo final de las dos líneas de actuación era reducir la morbimortalidad de los pacientes cardiovasculares y aumentar su calidad de vida, al mismo tiempo que contribuir a la sostenibilidad del sistema sanitario.

El proyecto CAPaCERES (Colaboración AP-Cardiología en Cáceres)

El proyecto CAPaCERES de mejora de la coordinación entre AP y cardiología se inició en 2014 por parte del Departamento de Cardiología del Complejo Hospitalario Universitario de Cáceres y los médicos de AP.

La metodología empleada constaba de tres partes (fig. 2): «Programa de reciclaje y actualización en cardiología para médicos de AP», acreditado por la Escuela de Ciencias de la Salud de Extremadura, de carácter eminentemente práctico y participativo. Se realizó anualmente e incluía unos 15 médicos de AP cada año. Consistía en una sesión de formación teórica inicial en la que el cardiólogo coordinador explicaba el programa y miembros del departamento de cardiología exponían de forma práctica las patologías cardíacas más prevalentes, con especial dedicación a la prevención secundaria de las ECV. Al finalizar el programa se realizaba una sesión de clausura en la que los médicos de AP presentaban casos clínicos reales de cardiopatías vistas durante la práctica y revisaban dicho tema, con un debate posterior muy enriquecedor. La parte práctica del programa

encerraba dos jornadas de mañana en el departamento de cardiología con rotación por las distintas áreas (planta de hospitalización y consultas) y asistencia a las sesiones clínicas diarias, con la realización de una guardia en horario de tarde acompañando al cardiólogo.

Realización semanal de sesiones clínicas conjuntas mediante conexión por videoconferencia con un centro de salud, donde se discutían de forma interactiva casos clínicos de la práctica diaria, ECG, GPC o temas de actualidad cardiológica (lo que denominamos «Viernes cardiológicos» por ser este día el dedicado a ello).

Mejora en las estrategias de prevención secundaria del síndrome coronario agudo (SCA), dado que se trata de una población de muy alto riesgo cardiovascular con elevada mortalidad y recurrencia de episodios isquémicos. Las actuaciones acometidas fueron la incorporación a los informes de alta de pacientes con un SCA de las recomendaciones en cuanto a estilo de vida saludable y control de FRCV recogidos en las GPC, y extender entre la AP el conocimiento de la rehabilitación cardíaca como actuación preventiva integral y multidisciplinar.

La valoración de los resultados del proyecto CAPaCERES resulta difícil al utilizar como herramientas variables cualitativas difícilmente mensurables. Como indicador de resultados inmediato hemos medido el índice de satisfacción de los profesionales mediante una encuesta de cinco preguntas a los médicos de AP utilizando la escala de 5 puntos de Likert, estando todos los resultados entre 4 y 5 puntos. Lo que sí podemos es extraer algunas impresiones que transcribimos al final como conclusiones.

Una forma indirecta de medir los resultados de este proyecto, con las reservas oportunas, hace referencia a la realización de registros que son una herramienta importante para la investigación epidemiológica y miden la efectividad de los procedimientos que aplicamos en un escenario asistencial real. Un indicador importante de la salud cardiovascular a nivel poblacional es el grado de control de los FRCV en los pacientes de nuestra área sanitaria compartidos con AP, sobre todo en los de muy alto riesgo cardiovascular, como son los que presentan ECV establecida.

Recientemente, en el estudio LIPICERES¹⁵ analizamos el grado de control de cLDL durante los años 2013-2015 en 741 pacientes coronarios ingresados en el departamento de cardiología en los 6 años previos. Los resultados demuestran que los pacientes coronarios de muy alto riesgo alcanzan el objetivo terapéutico de cLDL < 70 mg/dl en más del 50% de los casos. Nunca antes en nuestro país se habían comunicado unos datos de control similares, siendo el control lipídico en pacientes coronarios del 26% en estudios previos¹⁶. Muy recientemente se han presentado en el Congreso Europeo de Aterosclerosis los resultados del registro EUROASPIRE V¹⁷, realizado en 27 países de Europa durante los años 2016-2017; el objetivo del registro EUROASPIRE, que se ha estado realizando desde 1995, es determinar cómo las GPC europeas sobre prevención cardiovascular se implementan en la práctica clínica en pacientes con enfermedad cardíaca coronaria. Los resultados del EUROASPIRE V referidos al grado de consecución global del objetivo terapéutico del cLDL < 70 mg/dl son del 32%, con una utilización de terapia hipolipemiente intensiva del 60%, mientras que en España el grado de control lipídico es del 49%, muy alejado de las últimas publicaciones de nuestro país¹⁶ y muy parecido al

grado de control de las pacientes de LIPICERES¹⁵. Consideramos que estos buenos resultados —que ya comunicamos en 2017— se deben, al menos en parte, a una mejora en la coordinación AP-cardiología en nuestra área de salud a través del proyecto CAPaCERES, que ha influido en la mejora del grado de control de los pacientes coronarios de nuestra área sanitaria.

Hacia un modelo de atención asistencial integrada

La falta de coordinación entre AP y atención especializada ejerce un efecto negativo en la continuidad asistencial. Ello se acompaña de importantes y desfavorables implicaciones como el incremento en los tiempos de demora en la asistencia, la falta de información del seguimiento de los pacientes, el uso de la «vía urgencias» para solución de necesidades, las remisiones injustificadas a la asistencia hospitalaria, la desinformación para el paciente, los errores médicos y la repetición innecesaria de procedimientos diagnósticos.

En un intento de mejorar la coordinación entre niveles, en los últimos años se han llevado a cabo diferentes iniciativas, de entre las que cabe citar la integración del cardiólogo consultor en el centro de salud, la realización de protocolos de actuación conjuntos, las sesiones de actualización, la optimización de los sistemas y canales de comunicación, la mejora del informe clínico tanto al alta hospitalaria como de la consulta o el compartir la historia clínica electrónica, entre otras. El objetivo común de todas estas estrategias radica en conseguir una mayor integración entre cardiología y AP, y todas ellas con resultados positivos para el paciente cardiopata^{11,18,19}.

Frente a estas iniciativas de coordinación AP-cardiología de ámbito local que tan buenos resultados han dado en sus respectivas áreas de salud, la Sociedad Española de Cardiología ha establecido como una de sus líneas estratégicas el proyecto SEC-PRIMARIA, que tiene como objetivo último reducir la mortalidad y aumentar la calidad de vida de los pacientes con cardiopatía, con un uso eficiente de los recursos disponibles, a través de una mejora en la protocolización asistencial y en la comunicación entre los diferentes niveles asistenciales enmarcados en la relación AP-hospital²⁰.

Conclusiones

El conocimiento entre los profesionales constituye un factor de integración esencial entre niveles asistenciales. La rotación del médico de AP por el departamento de cardiología y la participación conjunta en las sesiones formativas facilitan la estrecha comunicación entre el cardiólogo y el médico de AP, a la par que se convierten en una potencial herramienta docente.

El mejor conocimiento recíproco, la implementación de cauces de comunicación y la continuidad de la formación compartida contribuyen sin duda a mejorar la satisfacción de los profesionales y sus valoraciones sobre la calidad de la asistencia a los pacientes con patología cardiovascular crónica.

Los resultados de esta coordinación pueden visualizarse en el grado de implementación de las GPC

fundamentalmente referido al grado de consecución de los objetivos de control de FRCV y adherencia al tratamiento.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Defunciones según la causa de muerte 2016. Tablas nacionales. Defunciones por causas (lista reducida), sexo y edad [consultado 2018.]. Disponible en: <http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm>. Defunciones según la causa de muerte 2016. INE [consultado 16 Abr 2018]). Disponible en: <http://ine.es>.
- Dzau VJ, Antman EM, Black HR, Hayes DL, Manson JE, Plutzky J, et al. The cardiovascular disease continuum validated: Clinical evidence of improved patient outcomes. Part I: Pathophysiology and clinical trial evidence (risk factors through stable coronary artery disease). *Circulation*. 2006;114:2850–70, <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.106.655688>.
- Dzau VJ. La angiotensina tisular y la patobiología de la enfermedad vascular: una hipótesis unificadora. *Hipertension*. 2001;37:1047–52.
- Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, Albus C, Brotons C, Catapano AL, et al. 2016 European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J*. 2016;37:2315–81, <http://dx.doi.org/10.1093/eurheartj/ehw106>.
- Murphy AW, Cupples ME, Smith SM, Byrne M, Byrne MC, Newell J. Effect of tailored practice and patient care plans on secondary prevention of heart disease in general practice: Cluster randomised controlled trial. *BMJ*. 2009;339:b4220.
- Brotons C, Lobos JM, Royo-Bordonada MA, Maiques A, de Santiago A, Castellanos A, et al. Implementation of Spanish adaptation of the European guidelines on cardiovascular disease prevention in primary care. *BMC Fam Pract*. 2013;14:36.
- Reiner Z, Sonicki Z, Tedeschi-Reiner E. Physicians' perception, knowledge and awareness of cardiovascular risk factors and adherence to prevention guidelines: The PERCRO-DOC survey. *Atherosclerosis*. 2010;213:598–603.
- Dallongeville J, Banegas JR, Tubach F, Guallar E, Borghi C, de Backer G, et al. Survey of physicians' practices in the control of cardiovascular risk factors: The EURIKA study. *Eur J Prev Cardiol*. 2012;19:541–50.
- Byrne D, O'Connor L, Jennings S, Bennett K, Murphy AW. A survey of GPs awareness and use of risk assessment tools and cardiovascular disease prevention guidelines. *Irish Med J*. 2015;108:204–7.
- Peña-Gil C, Comín-Colet J. Integración de ámbitos asistenciales. *Rev Esp Cardiol Supl*. 2007;7 Suppl C:21–9.
- Falces C, Andrea R, Heras M, Vehí C, Sorribes M, Sanchis L, et al. Integración entre cardiología y atención primaria: impacto sobre la práctica clínica. *Rev Esp Cardiol*. 2011;64:564–71.
- Ruiz de Adana R, García F, Zarco J, Lobos JM, Sáenz C. La coordinación entre asistencia primaria y cardiología. La opinión del médico de familia. *Rev Esp Cardiol*. 2000;54:912–6.
- Arcelay A, Martínez C, Iruretagoyena ML, Aguirrebeña J, González RM, Sancho JA, et al. La coordinación entre atención primaria y especializada desde la perspectiva de los profesionales. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Sanidad y Consumo, Gobierno Vasco; 2009. Informe n.º: Osteba D-09-07.
- Vergeles-Blanca JM. Relación entre atención primaria y especializada: el reto permanente. *Cuadernos de Gestión*. 2002;8:159–66.
- Gómez-Barrado JJ, Ortiz C, Gómez-Turégano M, Gómez-Turégano P, Garcipérez-de-Vargas FJ, Sánchez-Calderón P.

- Control lipídico en pacientes con enfermedad coronaria del Área de Salud de Cáceres (España): estudio LIPICERES. *Clin Investig Arterioscler*. 2017;29:13–9.
16. Galve E, Cordero A, Cequier A, Ruiz E, González-Juanatey JR. Grado de control lipídico en pacientes coronarios y medidas adoptadas por los médicos. Estudio REPAR. *Rev Esp Cardiol*. 2016;69:931–8.
 17. De Backer GG. Lipid management of patients with coronary heart disease in 27 countries in Europe: Results of EUROASPIRE V survey of the European Society of Cardiology. Congreso de la European Atherosclerosis Society (EAS) 2018. Presentado el 7 de mayo de 2018; Lisboa, Portugal.
 18. Comín-Colet J, Verdú-Rotellar JM, Vela E, Clèries M, Bustins M, Mendoza L, et al. Eficacia de un programa integrado hospital-atención primaria para la insuficiencia cardiaca: análisis poblacional sobre 56.742 pacientes. *Rev Esp Cardiol*. 2014;67:283–93.
 19. Hernández-Afonso J, Facenda-Lorenzo M, Rodríguez-Esteban M, Hernández-García C, Núñez-Chicharro L, Viñas-Pérez AD. Nuevo modelo de consulta externa de cardiología integrado con atención primaria. *Rev Esp Cardiol*. 2017;70:873–5.
 20. SEC-Calidad. SEC-Primaria [consultado 20 May 2018]. Disponible en: <https://secardiologia.es/institucional/reuniones-institucionales/sec-calidad/sec-primaria>.