

BIBLIOGRAFÍA

1. Landeche MF, Colina I, Huerta A, Fortuno A, Zalba G, Beloqui O. Relación entre las fases precoces de la enfermedad renal y el síndrome metabólico. *Rev Esp Cardiol.* 2011;64:373-8.
2. Ridker PM, Wilson PW, Grundy SM. Should C-reactive protein be added to metabolic syndrome and to assessment of global cardiovascular risk? *Circulation.* 2004;109:2818-25.
3. Tobe SW, Clase CM, Gao P, McQueen M, Grosshennig A, Wang X, et al. Cardiovascular and renal outcomes with telmisartan, ramipril, or both in people at high renal risk: results from the ONTARGET and TRANSCEND studies. *Circulation.* 2011;123:1098-107.
4. Costanzo P, Perrone-Filardi P, Vassallo E, Paolillo S, Cesarano P, Brevetti G, et al. Does carotid intima-media thickness regression predict reduction of cardiovascular events? A meta-analysis of 41 randomized trials. *J Am Coll Cardiol.* 2010;56:2006-20.
5. Cordero A, Laclaustra M, León M, Casasnovas JA, Grima A, Luengo E, et al. Comparison of serum lipid values in subjects with and without the metabolic syndrome. *Am J Cardiol.* 2008;102:424-8.
6. Cordero A, Andrés E, Ordóñez B, León M, Laclaustra M, Grima A, et al. Usefulness of triglycerides-to-high-density lipoprotein cholesterol ratio for predicting the first coronary event in men. *Am J Cardiol.* 2009;104:1393-7.
7. Laclaustra M, Ordóñez B, León M, Andrés EM, Cordero A, Pascual-Calleja I, et al. Metabolic syndrome and coronary heart disease among Spanish male workers: A case-control study of MESYAS. *Nutr Metab Cardiovasc Dis.* 2010 Dec 24 [Epub ahead of print].
8. Alegría E, Cordero A, Laclaustra M, Grima A, León M, Casasnovas JA, et al. Prevalencia de síndrome metabólico en población laboral española: registro MESYAS. *Rev Esp Cardiol.* 2005;58:797-806.
9. Chen J, Muntner P, Hamm LL, Jones DW, Batuman V, Fonseca V, et al. The metabolic syndrome and chronic kidney disease in U.S. adults. *Ann Intern Med.* 2004;140:167-74.
10. Cordero A, Laclaustra M, León M, Casasnovas JA, Grima A, Najar M, et al. Factores de riesgo cardiovascular y síndrome metabólico asociados con la disfunción renal subclínica. *Med Clin (Barc).* 2005;125:653-8.

doi:10.1016/j.recesp.2011.05.026

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

DOI: 10.1016/j.recesp.2010.11.011

DOI: 10.1016/j.recesp.2011.06.004

¿El síndrome metabólico en España necesita más estudios descriptivos o más evidencia de su implicación en prevención secundaria? Respuesta

Does the Metabolic Syndrome Need More Descriptive Studies or More Evidence of Its Involvement in Secondary Prevention? Response

Sra. Editora:

Tal y como comentan Cordero et al. en el presente número de REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA, nuestro grupo de trabajo describe la asociación entre el cúmulo de factores de riesgo vascular, conocido como síndrome metabólico (SM)¹, y la presencia de lesiones vasculares subclínicas y precoces, que una vez instauradas difícilmente regresan a la normalidad.

La importancia de esta asociación se debe a que, por un lado, sabemos que el SM duplica el riesgo de enfermedad cardiovascular (CV) y triplica el de muerte CV²; por otro lado, el SM incrementa significativamente el riesgo de enfermedad renal avanzada³ y, cerrando este círculo en tercer lugar, los sujetos con enfermedad renal avanzada tienen un riesgo de muerte creciente que llega a ser casi 6 veces superior al de aquellos con aclaramiento normal⁴. De hecho, cuando aparecen signos manifiestos de afección renal, la lesión estructural ya está establecida, por lo que es crucial detectar las alteraciones más tempranas para diseñar intervenciones dirigidas⁵, ya que se considera que la prevención es la mejor estrategia para el manejo de estos pacientes. Nuestros hallazgos confirman que el SM se asocia significativamente al deterioro incipiente de la función renal y a un grosor intimomedial aumentado, pero no podemos concluir que estos marcadores deban ser incluidos entre los criterios diagnósticos de SM.

Respecto a la implicación del manejo de estos pacientes, consideramos que requiere la realización de estudios dirigidos para aclarar el posible papel del uso de este marcador para el pronóstico y la evaluación del tratamiento eficaz, de acuerdo con otros autores⁶.

Respecto a los datos del registro NHANES de 2004³, conocemos y citamos dicho trabajo¹. En él se valora, por un lado, los estadios avanzados de enfermedad renal y, por otro, la presencia de

microalbuminuria independiente del filtrado glomerular; por lo tanto, consideramos que nuestros resultados complementan y confirman dichos hallazgos. Respecto al trabajo del registro MESYAS de 2005⁷, no se valoró por tener en cuenta sólo el filtrado glomerular, mientras que nuestro trabajo estudia en combinación el filtrado glomerular y la presencia de microalbuminuria, de acuerdo con la recomendación vigente de la Sociedad Americana de Nefrología⁸.

Por último, nos gustaría aclarar que, puesto que la diabetes y la hipertensión son factores bien conocidos de daño renal, se excluyó a estos pacientes para estudiar la utilidad real del SM en la valoración de la enfermedad CV subclínica.

Manuel F. Landeche^{a,*}, Ana Fortuño^b, Guillermo Zalba^b y Oscar Beloqui^a

^aDepartamento de Medicina Interna, Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, Navarra, España

^bÁrea de Ciencias Cardiovasculares, Centro de Investigación Médica Aplicada (CIMA), Universidad de Navarra, Pamplona, Navarra, España

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: mflandecho@unav.es (M.F. Landeche).

On-line el 30 de julio de 2011

BIBLIOGRAFÍA

1. Landeche MF, Colina I, Huerta A, Fortuño A, Zalba G, Beloqui O. Relación entre las fases precoces de la enfermedad renal y el síndrome metabólico. *Rev Esp Cardiol.* 2011;64:373-8.
2. Agrawal V, Shah A, Rice C, Franklin BA, McCullough PA. Impact of treating the metabolic syndrome on chronic kidney disease. *Nat Rev Nephrol.* 2009;5:520-8.
3. Chen J, Muntner P, Hamm LL, Jones DW, Batuman V, Fonseca V, et al. The metabolic syndrome and chronic kidney disease in U.S. adults. *Ann Intern Med.* 2004;140:167-74.
4. Go AS, Chertow GM, Fan D, McCulloch CE, Hsu CY. Chronic kidney disease and the risks of death, cardiovascular events, and hospitalization. *N Engl J Med.* 2004;351:1296-305.
5. Ritz E. Kidney damage in metabolic syndrome: nip it in the bud. *Am J Kidney Dis.* 2009;53:726-9.

6. Lerman LO, Lerman A. El síndrome metabólico y la enfermedad renal temprana: ¿un eslabón más de la cadena? Rev Esp Cardiol. 2011;64:358-60.
7. Cordero A, Laclaustra M, León M, Casasnovas JA, Grima A, Nájjar M, et al. Factores de riesgo cardiovascular y síndrome metabólico asociados con la disfunción renal subclínica: subanálisis del Registro MESYAS. Med Clin (Barc). 2005;125:653-8.
8. Levey AS, Coresh J, Balk E, Kausz AT, Levin A, Steffes MW, et al. National Kidney Foundation practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation,

classification, and stratification. Ann Intern Med. 2003;139:137-47 [Erratum, Ann Intern Med. 2003;139:605].

doi:10.1016/j.recesp.2011.06.004

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:
DOI: 10.1016/j.recesp.2011.05.026

Telemonitorización no invasiva en pacientes con insuficiencia cardíaca y servicios de urgencias hospitalarios

Noninvasive Remote Telemonitoring for Ambulatory Patients With Heart Failure and Emergency Department Services

Sra. Editora:

Hemos leído con interés el artículo de Domingo et al¹ sobre el impacto de la telemonitorización no invasiva en pacientes ambulatorios con insuficiencia cardíaca (IC), en el que se demuestra la reducción del número de hospitalizaciones y días de estancia hospitalaria.

En los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) somos conscientes de la complejidad en la detección del paciente con riesgo de reconsulta. De hecho, hemos desarrollado guías específicas y consensos avalados por sociedades científicas², programas de formación y divulgación³ y unidades específicas vinculadas a los SUH, como la sala de observación o la unidad de corta estancia, que nos permiten monitorizar la evolución de los pacientes en las primeras 24-72 h⁴⁻⁶. Dichas áreas nos permiten estratificar el riesgo de una forma más adecuada, y así minimizar el riesgo de reconsulta, reingreso y mortalidad a corto plazo.

La implementación de unidades estructuradas multidisciplinarias y el desarrollo de programas de telemonitorización no invasiva en pacientes ambulatorios con IC son estrategias con una evidencia creciente y una posible expansión futura^{1,7}. Por ello, con el fin de ampliar los conocimientos sobre el perfil de pacientes con riesgo de reingreso a corto plazo atendidos por IC en los SUH y candidatos a este tipo de estrategias, se realizó un estudio prospectivo multicéntrico no intervencionista que incluyó a todos los pacientes atendidos por IC en 19 SUH españoles durante 2 meses. Se recogieron variables epidemiológicas, factores de riesgo cardiovascular y enfermedades asociadas. La variable dependiente fue el reingreso a los 30 días. Para el análisis bivariado se utilizaron los estadísticos habituales y para controlar los factores de confusión, se realizó un análisis multivariado mediante regresión logística. Se incluyó a 2.431 pacientes, con una media de edad de 78 ± 10 años. Los reingresos a 30 días fueron 508 (24%). El perfil de pacientes con mayor probabilidad de reingreso a los 30 días fue: antecedentes de IC ($p < 0,0001$), diabetes mellitus ($p < 0,0001$) y cardiopatía isquémica ($p = 0,093$), y los pacientes cuyo factor precipitante del episodio fuera la anemia ($p = 0,035$) o la crisis hipertensiva ($p = 0,038$). El análisis multivariado muestra que sólo tres variables se asocian de forma significativa con el reingreso: antecedentes de IC (*odds ratio* [OR] = 1,69; intervalo de confianza del 95%, 1,09-2,63), anemia (OR = 1,51; intervalo de confianza del 95%, 1,02-2,24) y la crisis hipertensiva como factor precipitante (OR = 2,24; intervalo de confianza del 95%, 1,06-4,72).

Es evidente que en la reconsulta de un paciente a urgencias participan múltiples factores, tanto clínicos como sociales, que el

urgenciólogo debe conocer y en cuya modulación debe participar⁵. En este sentido, los pacientes con un episodio de IC crónica descompensada y cuya causa de descompensación fuera la anemia o la crisis hipertensiva son los que probablemente se beneficiarían de un seguimiento precoz más intensivo, y en los que la visita médica precoz tras el alta, o con dispositivos de telemonitorización no invasiva domiciliaria en unidades de IC multidisciplinarias estructuradas, como las mostradas por Domingo et al¹, nos ayudarían a los SUH a un mejor control tras el alta y probablemente a tener menores índices de reingreso y de morbimortalidad asociada a la IC.

Pere Llorens^{a,*}, Francisco Javier Martín-Sánchez^b, Pablo Herrero^c y Rafael Perelló^d

^aServicio de Urgencias-UCE, Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España

^bServicio de Urgencias, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

^cServicio de Urgencias, Hospital Central de Asturias, Oviedo, Asturias, España

^dServicio de Urgencias, Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: llorens_ped@gva.es (P. Llorens).

On-line el 5 de agosto de 2011

BIBLIOGRAFÍA

1. Domingo M, Lupón J, González B, Crespo E, López E, López R, et al. Telemonitorización no invasiva en pacientes ambulatorios con insuficiencia cardíaca: efecto en el número de hospitalizaciones, días de ingreso y calidad de vida. Estudio CARME (Catalan Remote Management Evaluation). Rev Esp Cardiol. 2011;64:277-85.
2. Llorens P, Miró O, Martín-Sánchez FJ, Herrero-Puente P, Jacob-Rodríguez J, Gil V, et al. Manejo de la insuficiencia cardíaca aguda en los servicios de urgencias, emergencias y unidades adscritas. Documento de consenso del Grupo de Insuficiencia Cardíaca Aguda de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (ICA-SEMES). Emergencias. 2011;23:119-39.
3. Escoda R, Llorens P, Martín-Sánchez FJ, Jacob J, Pavón J, Gil C, et al. Efecto de una intervención formativa en urgencias en la mejora del manejo y el tratamiento de la insuficiencia cardíaca aguda. Emergencias. 2010;22:331-7.
4. Estella A, Pérez-Bello Fontaiña L, Sánchez Angulo JI, Toledo Coello MD, del Águila Quirós D. Actividad asistencial en la unidad de observación de un hospital de segundo nivel. Emergencias. 2009;21:95-8.
5. González-Armengol JJ, Fernández Alonso C, Martín-Sánchez FJ, González-del Castillo J, López-Farré A, Elvira C, et al. Actividad de una unidad de corta estancia en urgencias de un hospital terciario: cuatro años de experiencia. Emergencias. 2009;21:87-94.
6. Miró O, Llorens P, Martín-Sánchez FJ, Herrero P, Pavón J, Pérez-Dura MJ, et al. Factores pronósticos a corto plazo en los ancianos atendidos en urgencias por insuficiencia cardíaca aguda. Rev Esp Cardiol. 2009;62:757-64.
7. Ellery S, Pakrashi T, Paul V, Sack S. Predicting mortality and rehospitalization in heart failure patients with home monitoring—the Home CARE pilot study. Clin Res Cardiol. 2006;95 Suppl 3:29-35.

doi:10.1016/j.recesp.2011.05.020

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:
DOI: 10.1016/j.recesp.2010.10.032
DOI: 10.1016/j.recesp.2011.06.005