

Seguimiento de pacientes crónicos entre atención primaria y cardiología. Respuesta

Monitoring Chronic Patients Between Primary Care and Cardiology. Response

Sra. Editora:

La coordinación entre niveles asistenciales es indispensable para buscar una mayor eficiencia en la atención sanitaria. Las causas de la falta de coordinación son diversas: desconocimiento, comunicación deficiente, insuficiente protocolización, sobrecarga asistencial y otras barreras del sistema.

El modelo de atención integrada en cardiología¹ transformó el sistema tradicional, con tres niveles separados, en un modelo integrador en el que un cardiólogo hospitalario trabaja en el equipo de atención primaria. Se aplicó el uso de tecnología de la información y comunicación, historia clínica compartida y plataforma informática para la transmisión de información, pero se fomentó especialmente el contacto personal entre profesionales. Las sesiones de consultoría, la disponibilidad de consultas inmediatas mediante teléfono móvil o correo electrónico y la elaboración de guías clínicas consensuadas fueron herramientas fundamentales para la coordinación.

El objetivo no fue buscar la reducción de las visitas sucesivas, sino mejorar la atención a los pacientes mediante la integración. El equipo de atención primaria adquirió el protagonismo en el control crónico de los pacientes estables, con el cardiólogo como consultor, y este se centró en la valoración de nuevas enfermedades y seguimiento de los pacientes que requerían un control más específico.

No compartimos la opinión de que la responsabilidad de la salud deba recaer exclusivamente en el médico de familia y el ciudadano. La integración debe favorecer la corresponsabilidad del equipo de atención primaria y el cardiólogo, mediante el trabajo multidisciplinario². Los gestores, la administración y las socieda-

des científicas son también corresponsables al organizar, distribuir e influir en los recursos.

Creemos que las tecnologías de la información y comunicación deben tener un papel importante en la asistencia integrada en salud, pero son herramientas complementarias al trabajo de los profesionales. No siempre los avances tecnológicos se acompañan de mejoras demostradas para los pacientes³. A pesar de que resulta razonable su utilidad, el impacto de la e-Salud deberá demostrarse de forma objetiva.

Carlos Falces* y Rut Andrea

Servicio de Cardiología, Instituto Clínico del Tórax, Hospital Clínic, IDIBAPS, Universidad de Barcelona, Barcelona, España

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: cfalces@clinic.ub.es (C. Falces).

On-line el 1 de octubre de 2011

BIBLIOGRAFÍA

1. 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.
2. Escaned-Barbosa J, Roig-Minguell E, Chorro-Gascó FJ, De Teresa-Galván E, Jiménez-Mena M, López de Sá-Areses E, et al. Ámbito de actuación de la cardiología en los nuevos escenarios clínicos. *Rev Esp Cardiol*. 2008;61:161-9.
3. Chaudhry SI, Matterna JA, Curtis JP, Spertus JA, Herrin J, Lin Z, et al. Telemonitoring in patients with heart failure. *N Engl J Med*. 2010;363:2301-9.

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

DOI: [10.1016/j.recesp.2011.07.005](https://doi.org/10.1016/j.recesp.2011.07.005)

doi: [10.1016/j.recesp.2011.07.007](https://doi.org/10.1016/j.recesp.2011.07.007)

Síndrome metabólico, diabetes y enfermedad coronaria: una relación muy frecuente

Metabolic Syndrome, Diabetes, and Coronary Artery Disease: a Very Common Association

Sra. Editora:

Hemos leído con interés el artículo publicado por Jover et al¹ sobre la prevalencia de síndrome metabólico (SM) en pacientes con síndrome coronario agudo. Los autores incluyen un subanálisis de los componentes del SM excluyendo a los 265 pacientes que presentaban diabetes conocida.

La característica fundamental de los pacientes con SM es la presencia de insulinoresistencia. Se ha definido además la asociación del SM con la obesidad abdominal, la hiperlipemia aterogénica, la inflamación y un mayor riesgo de sufrir enfermedad cardiovascular². Además, la insulinoresistencia es uno de los factores patogénicos más importantes en el desarrollo de diabetes mellitus y aterosclerosis, cuya historia natural discurre paralela desde la elevación de insulina en sangre y la estría grasa hasta la hiperglucemia clínica y los eventos aterotrombóticos agudos³.

Creemos importante resaltar la interrelación entre SM, diabetes y enfermedad cardiovascular. En este sentido, deseamos aportar nuevos datos derivados de recientes análisis del estudio de prevalencia de diabetes de nuevo diagnóstico en intervencionismo coronario percutáneo (ICP) publicado por nuestro grupo⁴.

Se incluyó en un estudio prospectivo a 580 pacientes sometidos a ICP; se realizó un test de sobrecarga oral glucosa (SOG) al 83% de los pacientes no diabéticos para establecer su estado glucometabólico y cribar por diabetes oculta. El perfil clínico básico de nuestra serie sometida a SOG era: edad, 66,5 años; varones, 80,1%; hipertensión arterial, 49,7%; obesidad, 35,6%, e infarto previo, 37,3%. Un 76% de los pacientes recibieron ICP por síndrome coronario agudo.

Tras el test de SOG, el 41,4% de los pacientes eran normoglucémicos y el 22,8% presentaban diabetes de nuevo diagnóstico (glucemia a 2 h, > 200 mg/dl). En total, 198 pacientes (58,6%) presentaban alguna alteración del metabolismo de los hidratos de carbono o regulación anormal de la glucosa. La prevalencia de SM en la población estudiada según criterio de la *International Federation of Diabetes* (IDF) era del 59,9%; según criterio del *Adult Treatment Panel III* (ATPIII), del 51,3% y según criterio de la Organización Mundial de la Salud (OMS), del 42,6%. El 28,4% de los pacientes sometidos a ICP cumplían los tres criterios de SM.

La prevalencia de diabetes de nuevo diagnóstico fue mayor entre los pacientes con SM, independientemente del criterio utilizado: IDF, el 31 frente al 13,3% ($p < 0,001$); OMS, el 42,7 frente al 13% ($p < 0,001$); ATPIII, el 32,5 frente al 14,5% (*odds ratio* [OR] = 3,4; $p < 0,001$). Realizando un análisis multivariable (ajustado por edad, sexo, variables clínicas y analíticas) para determinar la asociación independiente del SM con la diabetes de nuevo diagnóstico, se obtuvieron los siguientes resultados: criterio IDF, OR = 3,3 (intervalo de confianza del 95% [IC95%], 1,7-6,3; $p < 0,001$); OMS, OR = 5,5 (IC95%, 3,1-9,9; $p < 0,001$); ATPIII,