

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,

OR = 3,4 (IC95%, 1,9-6,1; $p < 0,001$). Se evidencia así una fuerte relación entre diabetes de nuevo diagnóstico y SM, independientemente del criterio diagnóstico empleado.

Los datos derivados de nuestro trabajo refuerzan los aportados por Jover et al¹ sobre una elevada prevalencia de SM en pacientes con enfermedad coronaria. Se afianza además la fuerte relación entre el SM y la diabetes de nuevo diagnóstico. Así, la presencia de SM o una puntuación alta en un *score* propuesto por nuestro grupo⁵ nos ayudarían a identificar a los pacientes en alto riesgo de sufrir diabetes oculta para poder realizarles una SOG. La incorporación de un nuevo diagnóstico de diabetes nos ayudaría a mejorar el riesgo residual comentado por Jover et al¹ mediante la optimización de la prevención secundaria en estos pacientes adecuándola al rango de diabéticos.

José M. Vegas-Valle^{a,*}, José M. García-Ruiz^{b,c},
Ernesto Hernández-Martín^a y Jesús M. de la Hera^c

^aServicio de Cardiología, Hospital de Cabueñes, Gijón, Asturias, España

^bFundación Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares Carlos III, CNIC, Madrid, España

^cServicio de Cardiología, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias, España

Una oportunidad para conocer la hipertensión arterial refractaria en nuestro medio

An Opportunity to Know About Resistant Hypertension in our Area

Sra. Editora:

Hemos leído con atención el artículo de Llisterri et al¹ acerca del control de la presión arterial en mujeres hipertensas mayores de 65 años seguidas en el ámbito de atención primaria, donde, efectivamente, se muestra el margen de mejora en el control de la presión arterial en nuestro medio, a pesar de un importante uso de la terapia combinada (tres o más fármacos en el 21,7% de la muestra).

Para Llisterri et al, dichas diferencias se explican por varias causas, entre las que destacan el mal control metabólico y la obesidad abdominal; llama la atención que la presencia de síndrome metabólico no se haya asociado al mal control, pese a la gran diferencia de prevalencia entre los grupos.

Nuestro interés parte de un registro previo (HIPERFRE) sobre hipertensión refractaria, con 1.724 pacientes y realizado por médicos de familia de un área geográfica del noroeste de Galicia². Aunque el estudio era sobre ambos sexos (el 58,4% eran mujeres), el análisis de la población de mujeres mayores de 65 años muestra datos completamente reproducibles, aunque con un mayor grado de control (40,8%), precisamente en una cohorte de pacientes con un 13,5% de hipertensión refractaria. Y en este dato radica nuestro interés, pues, como se sabe por las guías al respecto, se desconoce la exacta prevalencia de esta entidad³, definida como la persistencia del mal control de la presión arterial en pacientes tratados con al menos tres fármacos, siendo uno de ellos un diurético.

Estudios como este¹ o la reciente publicación del CARDIOTENS 2009⁴ representan una buena oportunidad para conocer los datos relativos a una entidad no infrecuente. Aunque en ambos casos no se ha publicado dicha información, en MERICAP ese dato seguramente será menor del 12,5%, que es el porcentaje de pacientes con tres o más fármacos antihipertensivos y mal

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: josemivv@secardiologia.es (J.M. Vegas-Valle).

On-line el 1 de octubre de 2011

BIBLIOGRAFÍA

- Jover A, Corbella E, Muñoz A, Millán J, Pintó X, Mangas A, et al. Prevalencia del síndrome metabólico y de sus componentes en pacientes con síndrome coronario agudo. *Rev Esp Cardiol.* 2011;64:579-86.
- Després JP, Lemieux I. Abdominal obesity and metabolic syndrome. *Nature.* 2006;444:881-7.
- Bansilal S, Farkouh ME, Fuster V. Role of insulin resistance and hyperglycemia in the development of atherosclerosis. *Am J Cardiol.* 2007;99:6B-14B.
- De la Hera JM, Delgado E, Hernández E, García-Ruiz JM, Vegas JM, Avanzas P, et al. Prevalence and outcome of newly detected diabetes in patients who undergo percutaneous coronary intervention. *Eur Heart J.* 2009;30:2614-21.
- De la Hera JM, Vegas JM, Hernández E, Lozano I, García-Ruiz JM, Fernández-Cimadevilla OC, et al. Rendimiento de la glucohemoglobina y un modelo de riesgo para la detección de diabetes desconocida en pacientes coronarios. *Rev Esp Cardiol.* 2011;64:759-65.

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

DOI: [10.1016/j.recesp.2011.03.010](https://doi.org/10.1016/j.recesp.2011.03.010)

doi: [10.1016/j.recesp.2011.07.006](https://doi.org/10.1016/j.recesp.2011.07.006)

control. Sería interesante conocer un dato aproximado y si de nuevo, como en el caso de HIPERFRE, la hipertensión refractaria se asocia a la presencia de obesidad, diabetes mellitus y síndrome metabólico.

Rafael Vidal-Pérez^{a,*}, Fernando Otero-Raviña^b,
Ricardo Besada Gesto^c y José Ramón González-Juanatey^a

^aServicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario de Santiago, Santiago de Compostela, A Coruña, España

^bSección de Coordinación Asistencial, SERGAS,

Santiago de Compostela, A Coruña, España

^cCentro de Salud de Rianxo, A Coruña, España

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: rafavidal@hotmail.com (R. Vidal-Pérez).

On-line el 22 de octubre de 2011

BIBLIOGRAFÍA

- Llisterri JL, Barrios V, De la Sierra A, Bertomeu V, Escobar C, González Segura D. Control de la presión arterial en las mujeres hipertensas de 65 o más años de edad asistidas en atención primaria. Estudio MERICAP. *Rev Esp Cardiol.* 2011; 64:654-60.
- Otero FR, Grigorian LS, Lado ML, Lado AL, Turrado VT, Santos JA, et al. Asociación entre hipertensión refractaria y riesgo cardiometabólico. Estudio HIPERFRE. *Nefrología.* 2008;28:425-32.
- Calhoun DA, Jones D, Textor S, Goff DC, Murphy TP, Toto RD, et al. Resistant hypertension: diagnosis, evaluation, and treatment. A scientific statement from the American Heart Association Professional Education Committee of the Council for High Blood Pressure Research. *Circulation.* 2008;117:510-26.
- Cordero A, Bertomeu-Martínez V, Mazón P, Fácila L, Bertomeu-González V, Cosín J, et al. Factores asociados a la falta de control de la hipertensión arterial en pacientes con y sin enfermedad cardiovascular. *Rev Esp Cardiol.* 2011; 64:587-93.

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

DOI: [10.1016/j.recesp.2011.04.018](https://doi.org/10.1016/j.recesp.2011.04.018)

doi: [10.1016/j.recesp.2011.08.010](https://doi.org/10.1016/j.recesp.2011.08.010)