

Consenso de expertos sobre propuestas para la mejora del manejo de la dislipemia aterogénica

Jesús Millán Núñez-Cortés¹, Juan Pedro-Botet², Ángel Brea-Hernando³,
Ángel Díaz-Rodríguez⁴, Pedro González-Santos⁵, Antonio Hernández-Mijares⁶,
Teresa Mantilla-Morató⁷, Xavier Pintó-Sala⁸, Rafael Simó⁹

<http://www.revespcardiol.org/es/consenso-expertos-sobre-propuestas-mejora/articulo-resumen/90263712/>

Resumen

Introducción y objetivos: la dislipemia aterogénica es un reconocido factor de riesgo cardiovascular; sin embargo, en la práctica clínica frecuentemente se subestima y, en consecuencia, está infratratada e infracontrolada. El objetivo es desarrollar un consenso multidisciplinario para establecer recomendaciones clínicas en torno a la dislipemia aterogénica para optimizar la prevención, la detección precoz, la valoración diagnóstica, el abordaje terapéutico y el seguimiento.

Método: tras la revisión de las evidencias científicas, el comité científico formuló 87 recomendaciones relacionadas con la dislipemia aterogénica, agrupadas en cinco áreas: conceptos generales (10 ítems), impacto y epidemiología (4 ítems), riesgo cardiovascular (32 ítems), detección y diagnóstico (19 ítems) y tratamiento (22 ítems). Se usó el método Delphi modificado en dos rondas para contrastar las opiniones de 65 expertos cardiólogos (el 23% de los encuestados), endocrinólogos (24,6%), médicos de atención primaria (27,7%) e internistas (24,6%).

Resultados: después de la primera ronda de acuerdo, se apreció consenso en 65 de las 87 cuestiones analizadas, que al final de la segunda ronda ascendió a 76 ítems. No se alcanzó un consenso suficiente en tres puntos sobre detección y diagnóstico de la dislipemia aterogénica y en tres aspectos de los objetivos terapéuticos que alcanzar en estos pacientes.

Conclusiones: la valoración externa por expertos en dislipemia aterogénica constata un elevado nivel de acuerdo profesional con las recomendaciones clínicas propuestas. Estas recomendaciones constituyen un instrumento útil para la mejora del manejo clínico de los pacientes con dislipemia aterogénica. Las cuestiones en que no se alcanzó acuerdo precisan un análisis minucioso que permita señalar la evidencia científica actual.

Palabras clave: DISLIPEMIA ATEROGÉNICA
CONSENSO
RIESGO CARDIOVASCULAR
DELPHI

1. Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Gregorio Marañón, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España

2. Unidad de Lípidos, Hospital del Mar, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España

3. Servicio de Medicina Interna, Hospital San Pedro, Logroño, La Rioja, España

4. Centro de Salud de Bembibre, Bembibre, León, España

5. Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Universidad de Málaga, Málaga, España

6. Servicio de Endocrinología, Hospital Universitario Dr. Peset, Universitat de València, Valencia, España

7. Centro de Salud Prosperidad, Madrid, España

8. Servicio de Medicina Interna, Hospital de Bellvitge, Universidad de Barcelona, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

9. Institut de Recerca Vall d'Hebron, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España

Correspondencia: Jesús Millán Núñez-Cortés. Correo electrónico: jesus.millan@salud.madrid.org

Publicado en Rev Esp Cardiol 2014;67:36-44.

Retraso diagnóstico de la hipertensión arterial en pacientes diabéticos atendidos en atención primaria

Carmen de Burgos-Lunar¹, Isabel del Cura-González^{2,3},
Miguel A. Salinero-Fort⁴, Paloma Gómez-Campelo⁴, Leopoldo Pérez de Isla⁵,
Rodrigo Jiménez-García³

<http://www.revespcardiol.org/es/retraso-diagnostico-hipertension-arterial-pacientes/articulo-resumen/90219239/>

Resumen

Introducción y objetivos: el retraso diagnóstico de la hipertensión arterial puede favorecer un control deficiente y el incremento del riesgo cardiovascular. El objetivo es estimar el retraso diagnóstico de la hipertensión en los diabéticos tipo 2 y la probabilidad de que se los diagnosticó en un plazo adecuado (primeros 6 meses) y analizar las características de pacientes y médicos asociadas al retraso diagnóstico.

Métodos: cohorte dinámica retrospectiva, con 7 años de seguimiento en atención primaria, de 8.074 adultos diabéticos a los que se incluyó en el momento de cumplir criterios diagnósticos de hipertensión arterial considerando dos umbrales: 140/90 y 130/80 mmHg. Se estimó el tiempo transcurrido desde el cumplimiento de dichos criterios hasta el registro del diagnóstico la evolución temporal de la probabilidad de que no se diagnosticara mediante análisis de supervivencia de Kaplan-Meier y las variables asociadas al diagnóstico adecuado mediante regresión logística.

Resultados: el retraso diagnóstico medio fue $8,9 \pm 15,4$ meses para pacientes que acudieron con presión arterial $\geq 140/90$ mmHg frente a los $15,2 \pm 19,6$ meses de aquellos con presión $< 140/90$ mmHg ($p < 0,001$). Las principales variables asociadas al diagnóstico adecuado fueron presión arterial inicial $\geq 140/90$ mmHg (*odds ratio* = 2,77; intervalo de confianza del 95%, 2,44-3,15), no tener infarto agudo de miocardio previo (*odds ratio* = 2,23; intervalo de confianza del 95%, 1,67-2,99), obesidad (*odds ratio* = 1,70; intervalo de confianza del 95%, 1,44-1,99), no sufrir depresión (*odds ratio* = 1,63; intervalo de confianza del 95%, 1,27-2,08), ser mujer (*odds ratio* = 1,29; intervalo de confianza del 95%, 1,14-1,46), tener más edad o tratamiento antidiabético más intensivo. La edad del médico mostró relación inversa y su estabilidad laboral, relación directa.

Conclusiones: el retraso diagnóstico medio de la hipertensión en diabéticos fue > 6 meses y varió según el umbral diagnóstico utilizado. Los pacientes con presión arterial inicial $\geq 140/90$ mmHg presentaron mayor probabilidad de diagnóstico adecuado.

Palabras clave: HIPERTENSIÓN ARTERIAL
DIABETES MELLITUS
RETRASO DIAGNÓSTICO
ATENCIÓN PRIMARIA

1. Unidad de Epidemiología Clínica e Investigación, Hospital Carlos III, Servicio Madrileño de Salud, Madrid, España.
2. Unidad de Apoyo a la Investigación, Gerencia de Atención Primaria, Servicio Madrileño de Salud, Madrid, España.
3. Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad Rey Juan Carlos, Madrid, España.
4. Fundación de Investigación Biomédica, Hospital Carlos III, Servicio Madrileño de Salud, Madrid, España.
5. Unidad de Imagen Cardiovascular, Hospital Clínico San Carlos, Servicio Madrileño de Salud, Madrid, España.

Correspondencia: Carmen de Burgos-Lunar. Correo electrónico: carmenblunar@hotmail.com

Publicado en Rev Esp Cardiol 2013;66:700-6.