

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)