

FINANCIACIÓN

El estudio ENPE ha sido financiado por la Fundación Eroski a través de un acuerdo con SPRIM y la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC). El patrocinador no ha intervenido en el diseño del estudio, la recogida de datos, el análisis o la interpretación de los resultados, la redacción del manuscrito o la decisión de publicar los resultados.

CONFLICTO DE INTERESES

S. Lázaro-Masedo y N. Ramos-Carrera están vinculadas a SPRIM, entidad que ha realizado actividades de consultoría para las Fundación Eroski.

Javier Aranceta-Bartrina^{a,b,c,d,*}, Carmen Pérez-Rodrigo^{b,c}, Natalia Ramos-Carrera^e y Sonia Lázaro-Masedo^e

^aMedicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Farmacia, Universidad de Navarra, Pamplona, Navarra, España

^bSociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC), Barcelona, España

^cFundación FIDEC, Euskal Herriko Unibertsitatea-Universidad del País Vasco, Basurto-Bilbao, Vizcaya, España

^dCiberOBN, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España

^eSPRIM-España, Madrid, España

* Autor para correspondencia:

Correos electrónicos: jaranceta@unav.es, javieraranceta@gmail.com (J. Aranceta-Bartrina).

On-line el 4 de noviembre de 2016

BIBLIOGRAFÍA

1. Aranceta-Bartrina J, Pérez-Rodrigo C, Alberdi-Aresti G, Ramos-Carrera N, Lázaro-Masedo S. Prevalencia de obesidad general y obesidad abdominal en la población adulta española (25-64 años) 2014-2015: estudio ENPE. *Rev Esp Cardiol.* 2016;69:579-87.
2. Silva LC, Muñoz A. Debate sobre métodos frecuentistas vs bayesianos. *Gac Sanit.* 2000;14:482-94.
3. Greenland S. Bayesian perspectives for epidemiological research: I. Foundations and basic methods. *Int J Epidemiol.* 2006;35:765-75.
4. Zangiacomi-Martinez E, Alberto-Achcar J. Trends in epidemiology in the 21st century: time to adopt Bayesian methods. *Cad Saude Publica.* 2014;30:703-14.
5. Seliske L, Norwood TA, McLaughlin JR, Wang S, Palleschi C, Holowaty E. Estimating micro area behavioural risk factor prevalence from large population based surveys: a full Bayesian approach. *BMC Public Health.* 2016;16:478.

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2016.08.032>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2016.09.033>

0300-8932/

© 2016 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

¿La implantación del código infarto implica cambios en el tratamiento y el pronóstico de los pacientes con síndrome coronario agudo sin elevación del ST?



Does Implementation of the Infarction Code Lead to Changes in the Treatment and Prognosis of Patients With Non-ST Elevation Acute Coronary Syndrome?

Sr. Editor:

Hemos leído con interés el artículo publicado por Cordero et al¹, en el que se analiza la repercusión de la implantación de un programa de código infarto en el tratamiento y el pronóstico de los pacientes con síndrome coronario agudo.

En primer lugar, queremos felicitar a los autores por la elegante descripción de los beneficios que supone la implantación de este tipo de programas en el tratamiento del síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST (SCAEST), que ha conseguido en su medio unos brillantes resultados al aumentar la realización de angioplastia primaria en estos pacientes del 51,9 al 94,9%.

También queremos resaltar que, tras la generalización de este tipo de sistemas de asistencia en red para la actividad urgente en el SCAEST, puede que se haya dejado en un segundo plano a los pacientes con SCAEST, a pesar de que estos son la mayoría de los pacientes con síndrome coronario agudo que ingresan en nuestros centros². Queremos felicitar de nuevo a los autores por la inclusión de estos pacientes en su trabajo. Coincidimos con ellos en que, aunque en teoría la implantación de un programa de código infarto tiene como objetivo principal mejorar el tratamiento del SCAEST al facilitar el acceso a la angioplastia primaria, como se demuestra en este trabajo, es posible que la implementación de protocolos estandarizados y una asistencia en red pueda mejorar también el tratamiento del SCAEST. Sin embargo, nos parece relevante hacer algunas consideraciones.

Dado que las bondades de la implantación de un código infarto para pacientes con SCAEST ya han sido descritas, desde nuestro

punto de vista lo más interesante del estudio es el análisis de los cambios en el tratamiento y en el pronóstico de los pacientes con SCAEST. Por lo que describen los autores, no parece haber un impacto relevante en este subgrupo tras la implantación del código. De hecho, la reducción de la estancia hospitalaria y en la unidad de cuidados intensivos y el aumento de los pacientes revascularizados en las primeras 48 h parecen corresponder tan solo a los pacientes con SCAEST, ya que no se observaron cambios en el tiempo y la tasa de revascularización de los pacientes con SCAEST¹. Aun sin haber encontrado diferencias en estas variables en el total de pacientes con SCAEST, sí podría haberlas en los SCAEST de alto riesgo, que por precisar un tratamiento invasivo precoz² deberían beneficiarse más de la implantación de este tipo de protocolos. Estas diferencias podrían explicar en parte la reducción de la mortalidad en el total de pacientes con síndrome coronario agudo de alto riesgo. Sería de gran interés conocer a cuántos pacientes con SCAEST se consideró de alto riesgo según las actuales guías de práctica clínica² y si la implantación del programa supuso un aumento del porcentaje de estos pacientes a los que se realizó coronariografía y revascularización en las primeras 24 h.

Si no existieran estas diferencias, sería llamativo que, sin haberse incrementado la tasa de revascularización precoz en SCAEST, y al haber aumentado el perfil de riesgo de los pacientes en el segundo periodo según la puntuación GRACE¹, exista una tendencia a la reducción de la mortalidad en estos pacientes y no en aquellos con SCAEST. Sería interesante conocer la opinión de los autores sobre si los cambios en el tratamiento médico tras la implantación del programa u otros factores han tenido parte en este resultado.

También nos gustaría preguntar, en cuanto a la reducción de la estancia media de los SCAEST, por uno de los aspectos organizativos más controvertidos de este tipo de asistencia en red: la organización del traslado de retorno de los pacientes a sus centros de referencia tras la angioplastia primaria. Sería interesante conocer detalles como si estos pacientes llegaban a ingresar en la unidad de cuidados intensivos del hospital tras la angioplastia

primaria y antes del retorno a su centro de referencia o si se realizaba desde la sala de hemodinámica, y si estos aspectos pudieron tener alguna repercusión en el cálculo de los tiempos de estancia en la unidad de cuidados intensivos y estancia hospitalaria.

Alfonso Jurado Román*, Ignacio Sánchez Pérez,
María T. López Lluva y Fernando Lozano Ruiz-Poveda

Unidad de Hemodinámica, Hospital General Universitario
de Ciudad Real, Ciudad Real, España

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: alfonsojuradoroman@gmail.com

(A. Jurado Román).

On-line el 28 de octubre de 2016

BIBLIOGRAFÍA

1. Cordero A, López-Palop R, Carrillo P, Frutos A, Miralles S, Gunturiz C, et al. Cambios en el tratamiento y el pronóstico del síndrome coronario agudo con la implantación del código infarto en un hospital con unidad de hemodinámica. *Rev Esp Cardiol.* 2016;69:754-9.
2. Roffi M, Patrono C, Collet JP, Mueller C, Valgimigli M, Andreotti F, et al. Guía ESC 2015 sobre el tratamiento de los síndromes coronarios agudos en pacientes sin elevación persistente del segmento ST. *Rev Esp Cardiol.* 2015;68:1125.e1-64.

VÉASE CONTENIDOS RELACIONADOS:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2015.12.021>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2016.09.032>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2016.08.031>

0300-8932/

© 2016 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

¿La implantación del código infarto implica cambios en el tratamiento y el pronóstico de los pacientes con síndrome coronario agudo sin elevación del ST? Respuesta



Does Implementation of the Infarction Code Lead to Changes in the Treatment and Prognosis of Patients With Non-ST Elevation Acute Coronary Syndrome? Response

Sr. Editor:

Agradecemos las felicitaciones y los comentarios del equipo de la Unidad de Hemodinámica del Hospital de Ciudad Real. Coincidimos en que los resultados observados en los pacientes con síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (SCASEST) de nuestro estudio¹ tienen difícil explicación, ya que el código infarto se centra en el síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST. Respecto a su primera pregunta, los pacientes con SCASEST de alto riesgo aumentaron del 3,9 al 12,6% ($p < 0,01$) tras la implantación del código infarto, con un aumento en la tasa total de revascularización del 65,2 al 87,5% ($p = 0,04$), pero no en la revascularización en las primeras 24 h (el 69,6 frente al 62,5%; $p = 0,89$).

Segundo, coincidiendo con la difusión del protocolo del tratamiento antiagregante en el código infarto, y en concordancia con las recomendaciones de las guías de práctica clínica², observamos que el grupo terapéutico que más varió entre ambos periodos en el SCASEST fueron los nuevos antiagregantes, cuya utilización se incrementó del 1,4 al 32,6% ($p < 0,01$); ticagrelor, de 0 al 26,3%, y prasugrel, del 1,4 al 6,3% (ambos, $p < 0,01$). La mayor tasa de revascularización, el mayor empleo de nuevos antiagregantes y la reorganización general de los servicios implicados en el código infarto podrían explicar los beneficios observados en el SCASEST.

A excepción de 1 hospital con gestión privada que siguió empleando la trombolisis, la angioplastia primaria se convirtió prácticamente en el único sistema de perfusión en nuestro

medio. Salvo contraindicación clínica, se remitió a todos los pacientes directamente desde la sala de hemodinámica a su unidad de cuidados intensivos de referencia. La organización del código infarto en Alicante con 2 zonas de asistencia fuera del horario laboral permite una concentración racional y coherente de recursos de la provincia y, gracias al empeño de los profesionales implicados, la generalización de la angioplastia primaria y el beneficio de la población.

Alberto Cordero*, Pilar Carrillo, Araceli Frutos
y Ramón López-Palop

Departamento de Cardiología, Hospital Universitario de San Juan
de Alicante, San Juan de Alicante, Alicante, España

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: acorderofort@gmail.com (A. Cordero).

On-line el 28 de octubre de 2016

BIBLIOGRAFÍA

1. Cordero A, Lopez-Palop R, Carrillo P, Frutos A, Miralles S, Gunturiz C, et al. Cambios en el tratamiento y el pronóstico del síndrome coronario agudo con la implantación del código infarto en un hospital con unidad de hemodinámica. *Rev Esp Cardiol.* 2016;69:754-9.
2. Grupo de Trabajo de la SEC/SECTCV para la guía de la ESC/EACTS 2014 sobre revascularización miocárdica, revisores expertos para la guía de la ESC/EACTS 2014 sobre revascularización miocárdica y Comité de Guías de la SEC. Comentarios a la guía de práctica clínica de la ESC/EACTS 2014 sobre revascularización miocárdica. *Rev Esp Cardiol.* 2015;68:92-7.

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2016.08.031>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2016.09.032>

0300-8932/

© 2016 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.