

## Cartas al Editor

**DIOCLES: Algunos matices y nuevas preguntas****DIOCLES: Some Caveats and New Questions****Sr. Editor:**

Hemos leído con atención la esperada publicación del proyecto DIOCLES<sup>1</sup>. Afortunadamente, sus resultados muestran una mejora general en las cifras de mortalidad por síndrome coronario agudo en España, aunque hay algunos matices que merecen puntualización.

Un dato positivo es el incremento del número de pacientes que acceden a los hospitales a través de los servicios extrahospitalarios de emergencias. Es una garantía para los pacientes. Sabemos que hasta un 8% de ellos consiguen alcanzar el hospital a pesar de sufrir una fibrilación ventricular cuando son atendidos por un servicio extrahospitalario de emergencias<sup>2</sup> como primer contacto médico. Pero, por otra parte, también hay que resaltar que, a la cifra de mortalidad por infarto de miocardio con elevación del ST mostrada en DIOCLES (6,4%), tendríamos que sumar al menos un 2% de mortalidad en la fase de atención prehospitalaria, entendida como el intervalo desde que el paciente llama a un servicio extrahospitalario de emergencias hasta que es transferido al hospital de destino<sup>2</sup>.

Por otra parte, sería muy interesante conocer si la mortalidad, al menos en el infarto agudo de miocardio con elevación del ST, es diferente según el nivel del hospital receptor, algo que ha mostrado significación en el pronóstico de estos pacientes<sup>3,4</sup>. Parece razonable pensar que así es y que la disponibilidad de angioplastia primaria sería el elemento determinante, pero podría ocurrir que estrategias farmacoinvasivas<sup>5,6</sup> con derivación precoz a un centro con intervencionismo pudiese situar centros pequeños en los mismos niveles de mortalidad que los centros de referencia. Sería un dato relevante, y esperanzador, para diseñar estrategias factibles en áreas especialmente complejas para mantener un programa de angioplastia primaria de 24 h<sup>7</sup>. También sería un dato que obligaría a una reflexión sobre la preocupante realidad de que un alto porcentaje de las trombolisis realizadas en nuestro país se sigan aplicando en unidades de cuidados intensivos. La trombolisis precoz puede ser un buen tratamiento<sup>8</sup>. Cuando se realiza de manera tardía tras el primer contacto médico, es un grave problema del sistema. Si además el primer contacto médico en estos casos es un servicio extrahospitalario de emergencias, es importante que los datos de DIOCLES lo aclaren.

Un tercer aspecto, poco reflejado en otros registros, es el pronóstico de los pacientes con un síndrome coronario agudo incierto. Hay datos sobre que este grupo de pacientes recibe una atención distinta, probablemente de menor calidad, que junto con las comorbilidades asociadas podría condicionar ese peor pronóstico que demuestra DIOCLES<sup>9</sup>. Es muy llamativa la composición de este grupo, muchas más mujeres y con una media de edad más alta. Es un grupo que requiere una atención especial y que solo datos de la práctica clínica real pueden sacar a la luz.

Una última reflexión relacionada con el posible ajuste y la comparación de datos entre un estudio prospectivo con una metodología cuidada, como DIOCLES, y los resultados de analizar

bases de datos administrativas, como es el caso de los informes RECALCAR<sup>10</sup>. Sería deseable conocer si la disparidad de resultados entre comunidades, inequidad al fin y al cabo, recogida en RECALCAR se constata también en DIOCLES.

Fernando Rosell-Ortiz<sup>a,\*</sup>, Francisco Mellado-Vergel<sup>b</sup>  
y Javier García del Águila<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Empresa Pública de Emergencias Sanitarias de Andalucía, Málaga, España

<sup>b</sup>Servicio de Urgencias, Hospital El Toyo, Almería, España

\* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: [frosell@al.epes.es](mailto:frosell@al.epes.es) (F. Rosell-Ortiz).

On-line el 28 de noviembre de 2014

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Barrabés JA, Bardají A, Jiménez-Candil J, del Nogal Sáez F, Bodí V, Basterra N, et al. Pronóstico y manejo del síndrome coronario agudo en España en 2012: estudio DIOCLES. *Rev Esp Cardiol*. 2015;68:98-106.
2. Rosell-Ortiz F, Mellado-Vergel FJ, Fernández-Valle P, González-Lobato I, Martínez-Lara M, Ruiz-Montero M, et al. Initial complications and factors related to prehospital mortality in acute myocardial infarction with ST segment elevation. *Emerg Med J*. 2014 [Epub ahead of print]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/emmermed-2014-203780>
3. Reina Toral A, Colmenero Ruiz M, García Pérez C, Expósito Ruiz M, de Antonio Martín E, Bermúdez Tamayo C, et al. Diferencias en los resultados de la atención a los pacientes con síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST (SCACEST) en función del acceso inicial a hospitales con o sin sala de hemodinámica en Andalucía. *Emergencias*. 2014;26:101-8.
4. Bertomeu V, Cequier A, Bernal JL, Alfonso F, Anguita MP, Muñoz J, et al. Mortalidad intrahospitalaria por infarto agudo de miocardio. Relevancia del tipo de hospital y la atención dispensada. Estudio RECALCAR. *Rev Esp Cardiol*. 2013;66:935-42.
5. Armstrong PW, Gershlick AH, Goldstein P, Wilcox R, Danays T, Lambert Y, et al; for the STREAM Investigative Team. Fibrinolysis or primary PCI in ST-segment elevation myocardial infarction. *N Engl J Med*. 2013;368:1379-87.
6. Danchin N, Puymirat E, Steg PG, Goldstein P, Schiele F, Belle L, et al; on behalf of the FAST-MI 2005 Investigators. Five-Year Survival in Patients With ST-Segment-Elevation Myocardial Infarction According to Modalities of Reperfusion Therapy The French Registry on Acute ST-Elevation and Non-ST-Elevation Myocardial Infarction (FAST-MI) 2005 Cohort. *Circulation*. 2014;129:1629-36.
7. Danchin N, Dos Santos Teixeira N, Puymirat E. Limitaciones de los programas regionales de angioplastia coronaria primaria: ¿la estrategia farmacoinvasiva todavía es una alternativa? *Rev Esp Cardiol*. 2014;67:659-65.
8. Maleki ND, van de Werf F, Goldstein P, Adgey JA, Lambert Y, Sulimov V, et al. Aborted myocardial infarction in ST-elevation myocardial infarction: insights from the STRategic Reperfusion Early After Myocardial infarction trial. *Heart*. 2014 Jun 10 [Epub ahead of print]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/heartjnl-2014-306023>
9. Sánchez M, Vázquez J, Temboury R, Capdepon C, Povar J, Santaló M. El síndrome coronario agudo inclassificable en los servicios de urgencias españoles. Aportaciones del registro MUSICA. *Emergencias*. 2013;25:263-7.
10. Sociedad Española de Cardiología. Registro RECALCAR. La atención al paciente con cardiopatía en el Sistema Nacional de Salud. Recursos, actividad y calidad asistencial. Informe 2013 [citado 28 Jul 2014]. Disponible en: <http://www.secardiologia.es/images/stories/registros/recalcar/Informe-Recalcar-2013.pdf>

VÉASE CONTENIDOS RELACIONADOS:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2014.03.010>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2014.09.012>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2014.08.012>