

DIOCLE: algunos matices y nuevas preguntas.**Respuesta****DIOCLE: Some Caveats and New Questions. Response****Sr. Editor:**

En nombre del Comité Científico y de los investigadores del registro DIOCLE¹ agradecemos a Rosell-Ortiz et al su carta y su interés por nuestro estudio. Ciertamente, los resultados son alentadores en tanto muestran una reducción de la mortalidad hospitalaria y a los 6 meses entre los pacientes con síndrome coronario agudo (SCA) respecto a la registrada en el estudio MASCARA, el último gran registro realizado en nuestro país², y están en línea con la reducción progresiva de la mortalidad por infarto agudo de miocardio con elevación del ST (IAMCEST) observada en los últimos 20 años³. Sin duda, múltiples factores han influido en esta reducción, y probablemente no sea el menos importante el desarrollo experimentado por los servicios de emergencias extrahospitalarias y, en estrecha relación con este, la implantación progresiva de redes de atención protocolizada al IAMCEST, en las que la asistencia prehospitalaria desempeña un papel fundamental^{4,5}. Estamos de acuerdo con los autores de la carta en que la mortalidad general del IAMCEST en su fase aguda es más elevada que el 6,6% registrado en nuestro estudio¹, ya que este no toma en cuenta la mortalidad prehospitalaria, por coherencia con registros previos^{2,3} y por las grandes dificultades para estimar su incidencia de manera fiable.

No hemos explorado posibles diferencias en la mortalidad de los pacientes con SCA en general o con IAMCEST en particular en función del nivel asistencial de los hospitales o en función de la comunidad autónoma, aspectos de indudable interés⁶. Trataremos de analizar los datos del DIOCLE en este sentido, pero es probable que el tamaño relativamente reducido de la población, especialmente del subgrupo con IAMCEST, impida llegar a conclusiones firmes. Probablemente, en este subgrupo, más que el nivel tecnológico del hospital receptor, lo relevante es la estrategia general de manejo utilizada. Múltiples evidencias indican que el desarrollo de redes regionales eficientes de atención al IAMCEST, que incluyen tanto la intervención coronaria percutánea primaria como la estrategia farmacoinvasiva cuando aquella no pueda realizarse rápidamente, mejora el porcentaje de pacientes reperfundidos y disminuye la mortalidad del infarto. No era nuestro objetivo (ni el tamaño de la muestra lo permite) comparar la mortalidad de los pacientes tratados inicialmente con trombolisis o con intervención coronaria percutánea primaria. En todo caso, los resultados del DIOCLE muestran que en España hay margen de mejora en la aplicación de ambas estrategias de reperfusión¹. Como es lógico, la atención por un servicio de emergencias extrahospitalarias se asoció a un uso más

frecuente de trombolisis prehospitalaria (48%), especialmente si daba la asistencia una ambulancia medicalizada (56%). Sin embargo, incluso en este escenario hubo un número significativo de trombolisis realizadas en el hospital.

Los datos del DIOCLE coinciden con estudios previos² en que los pacientes con SCA inclasificable constituyen el subgrupo de mayor riesgo, y el intento de esclarecer los determinantes de ese mayor riesgo, especialmente los modificables, nos parece muy pertinente y agradecemos a Rosell-Ortiz et al su propuesta de profundizar en el análisis de los datos en ese sentido.

José A. Barrabés^{a,b,*} y Alfredo Bardají^{a,c}

^aInvestigadores principales del estudio DIOCLE

^bServicio de Cardiología, Hospital Universitario Vall d'Hebron, VHIR, Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España

^cServicio de Cardiología, Hospital Universitario de Tarragona Joan XXIII, IISPV, Universidad Rovira i Virgili, Tarragona, España

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: jabarrabes@vhebron.net (J.A. Barrabés).

On-line el 6 de diciembre 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 DIOCLE. Rev Esp Cardiol. 2014. <http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2014.03.010>
2. Ferreira-González I, Permanyer-Miralda G, Marrugat J, Heras M, Cuñat J, Civeira E, et al. Estudio MASCARA (Manejo del Síndrome Coronario Agudo. Registro Actualizado): resultados globales. Rev Esp Cardiol. 2008;61:803-16. Fe de errores en Rev Esp Cardiol. 2008;61:1228.
3. Arós F, Heras M, Vila J, Sanz H, Ferreira-González I, Permanyer-Miralda G, et al. Reducción de la mortalidad precoz y a 6 meses en pacientes con IAM en el periodo 1995-2005. Datos de los registros PRIAMHO I, II y MASCARA. Rev Esp Cardiol. 2011;64:972-80.
4. Gómez-Hospital JA, Dallaglio PD, Sánchez-Salado JC, Ariza A, Homs S, Lorente V, et al. Impacto en tiempos de actuación y perfil de los pacientes tratados con angioplastia primaria en el área metropolitana sur de Barcelona al implantar el programa Código Infarto. Rev Esp Cardiol. 2012;65:911-8.
5. Iñiguez A, Jiménez VA, Baz JA, Barreiros MV. Resultados tras 6 años de funcionamiento de la red asistencial de reperfusión coronaria de pacientes con infarto agudo de miocardio en la Comunidad de Galicia-Área Sur (PROGALIAM Sur). Rev Esp Cardiol. 2013;66:506-7.
6. 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.

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

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

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

Comentarios a la evaluación del dolor torácico agudo mediante ecocardiografía de ejercicio y tomografía computarizada multidetectores

Comments on Exercise Echocardiography and Multidetector Computed Tomography for the Evaluation of Acute Chest Pain
Sr. Editor:

He leído con gran interés el artículo publicado por el grupo del Hospital Clínic de Barcelona¹ y quiero felicitarles públicamente por el gran esfuerzo y el trabajo de investigación realizados.

Sin embargo, aunque los autores defienden en la discusión «una estrategia equilibrada» entre ambas técnicas, al leerla encuentro

una subliminal tendencia a la confrontación entre ambas. Por ello me gustaría hacer algunos comentarios, que en modo alguno pretenden denostar el extraordinario trabajo realizado por los autores, sino presentar «en el valor actual» la tomografía computarizada (TC).

1. Una limitación del estudio que los autores no mencionan es el amplio periodo transcurrido entre su desarrollo y su publicación. Quizá en estos 6 años la ecocardiografía de ejercicio no haya cambiado y sus resultados sean asumibles en 2014, pero la evolución de la cardiotomografía computarizada con multidetectores (TCMD) en estos 6 años ha sido realmente espectacular y exponencial, tanto en mejora de la resolución temporal y espacial y reducción de la dosis de radiación como en el