

7. Burillo-Putze G, López B, Borreguero León JM, Sánchez Sánchez M, García González M, Domínguez Rodríguez A, et al. Undisclosed cocaine use and chest pain in emergency departments of Spain. *SJTREM*. 2009;17:11.
8. Riveros Frutos A, Martínez-Morillo M, Tejera Segura B, Olivé Marqués A. Cocaína y levamisol: una combinación ilícita. *Emergencias*. 2013;25:153-4.
9. Lucena J, Blanco M, Jurado C, Rico A, Salguero M, Vázquez R, et al. Cocaine-related sudden death: a prospective investigation in south-west Spain. *Eur Heart J*. 2010;31:318-29.
10. Galicia M, Nogué S, Casañas X, Iglesias ML, Puigurriquer J, Supervía A, et al. Multicenter assessment of the revisit risk for a further drug-related problem in the emergency department in cocaine users (MARRIED-cocaine study). *Clin Toxicol*. 2012;50:176-82.

11. 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.

VÉASE CONTENIDOS RELACIONADOS:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2013.11.009>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2014.07.008>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2014.07.003>

Epidemiología de los efectos clínico-asistenciales asociados al consumo de cocaína. Respuesta



The Epidemiology of the Clinical and Health Effects Associated With Cocaine. Response

Sra. Editora:

Gironés-Bredy et al hacen un análisis sumamente interesante sobre el impacto de los trastornos por cocaína en los pacientes atendidos en los servicios de urgencias hospitalarias. Coincidimos con ellos en que probablemente los costes ocasionados por estos pacientes son mayores que los calculados para pacientes ingresados, tanto por las circunstancias extrahospitalarias y del ámbito de los servicios de urgencias, que exponen en su artículo, como por otras como el absentismo laboral (número de bajas y su duración), la pérdida de productividad, los tratamientos de deshabituación, asistencia social y otros. En algunas comunidades autónomas de España, es inminente la aplicación del conjunto mínimo básico de datos de las urgencias atendidas en los hospitales, lo que permitirá valorar mejor el impacto real de estos trastornos en el pronóstico de los pacientes y en el exceso de costes que supone su asistencia.

Gironés-Bredy et al plantean la posibilidad de que en nuestra serie haya casos de pacientes reingresados. Tal como se explica en «Métodos»¹, se definió como caso de infarto agudo de miocardio en episodio inicial aquel en que figurara el código en el diagnóstico principal (códigos 410 con quinto dígito = 1). Se excluyeron otros casos de infarto agudo de miocardio con otros códigos distintos de episodio inicial en el diagnóstico principal y también los casos que se codificaron en diagnósticos secundarios. Estos criterios, recomendados por la *Agency for Healthcare Research and Quality* de Estados Unidos², están orientados a evitar que se diagnostiquen como casos iniciales de infarto agudo de miocardio los que son reingresos.

Gironés-Bredy et al subrayan la importancia de indagar el estado de consumo de drogas en todos los pacientes e iniciar intervenciones informativas y de deshabituación para la prevención primaria y secundaria de los problemas asociados a su

consumo. Coincidimos con ellos en que esta conducta es un ejercicio de profesionalidad, y no debería limitarse a los servicios de urgencias y a los pacientes hospitalizados, sino extenderse a todos los ámbitos asistenciales sistemáticamente.

FINANCIACIÓN

Este estudio fue financiado por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (Ayuda n° 2009I017, Proyecto G41825811).

Miguel Gili^{a,b,*}, Gloria Ramírez^{a,b}, Luis Béjar^b y Julio López^{a,b}

^aUnidad de Gestión Clínica de Medicina Preventiva, Vigilancia y Promoción de la Salud, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España

^bDepartamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Sevilla, Sevilla, España

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: mgili@us.es (M. Gili).

On-line el 26 de septiembre de 2014

BIBLIOGRAFÍA

1. Gili M, Ramírez G, Béjar L, López J, Franco D, Sala J. Trastornos por cocaína e infarto agudo de miocardio, prolongación de estancias y exceso de costes hospitalarios. *Rev Esp Cardiol*. 2014;67:545-51.
2. AHRQ Quality Indicators. Inpatient Quality Indicators: Technical Specifications. Department of Health and Human Services [citado 12 Jul 2014]. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2013. Disponible en: <http://www.qualityindicators.ahrq.gov>

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2014.07.003>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2014.07.008>

Amplitud de distribución eritrocitaria y enfermedad coronaria



Red Cell Distribution Width and Coronary Artery Disease

Sra. Editora:

La amplitud de distribución eritrocitaria (ADE) se ha considerado tradicionalmente útil en el diagnóstico diferencial de la anemia. La ADE, que habitualmente se presenta en los resultados del hemograma como concepto estadístico, es una medida de la variación existente en el volumen eritrocitario¹.

En los últimos años se ha producido un considerable incremento del interés por los valores de ADE como marcador del riesgo en la investigación cardiovascular. Varios estudios han demostrado que cifras altas de ADE se asocian con mayor mortalidad en los pacientes con insuficiencia cardíaca², enfermedad coronaria³ o infarto de miocardio⁴ y en los sometidos a intervención coronaria percutánea⁵.

En un reciente estudio publicado en REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA, Sánchez-Martínez et al⁶ han puesto de manifiesto que, en los pacientes con un síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST, los valores elevados de ADE predicen un aumento del riesgo de hemorragias mayores y aportan información adicional