

opinión, no parece que el estadístico kappa sea el instrumento más adecuado para evaluar los cambios en el tiempo de una variable cuantitativa ordinal, como es el grado de regurgitación. Probablemente un test no paramétrico, como la prueba de Wilcoxon, para datos apareados, resultaría más adecuada en este contexto. En un análisis reciente de nuestra serie (92 casos hasta enero de 2011) hemos obtenido resultados similares al mes (mejoría significativa de fugas, $p < 0,001$) y sin cambio hasta el año ($p = 0,09$), con lo que se elimina el sesgo del reducido número de pacientes. Insistimos en la autoexpansibilidad de la prótesis como causa probable de esta reducción, al igual que otros autores, basándonos en la observación ecocardiográfica de que esto ocurre en los primeros días tras el procedimiento, y no parece posible que en nuestra serie ocurra más trombosis periprotésica que en otras, al seguir el régimen antitrombótico recomendado por los fabricantes.

Por último, también hemos confirmado en los últimos datos actualizados de nuestra serie la reducción precoz de la hipertrofia ventricular ($p < 0,05$), hecho también comunicado recientemente por otros autores⁵, por lo que de nuevo discordancias metodológicas podrían estar detrás de diferencias entre series.

En cualquier caso, compartimos con Rodríguez-Bailón et al la necesidad de estudios más amplios que permitan aclarar estas «discrepancias», pero quizá lo primordial sería la unificación de criterios metodológicos y de definición de variables y objetivos.

Carmen León*, José Suárez de Lezo, Dolores Mesa y Manuel Pan
Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España

* Autor para correspondencia:
Correo electrónico: mamenl@hotmail.com (C. León).

On-line el 1 de junio de 2011

BIBLIOGRAFÍA

1. León C, Suárez de Lezo J, Mesa D, Pan M, Ruiz M, Delgado M, et al. Evolución precoz de fugas en prótesis aórtica percutánea CoreValve: valoración ecocardiográfica. *Rev Esp Cardiol.* 2011;64:67-79.
2. Webb J, Cribier A. Percutaneous transarterial aortic valve implantation: what do we know? *Eur Heart J.* 2011;32:140-7.
3. Rodés-Cabau J. Avances en la implantación percutánea de válvulas en posición aórtica. *Rev Esp Cardiol.* 2010;63:439-50.
4. Tamburino C, Capodanno D, Ramondo A, Petronio AS, Etori F, Santoro G, et al. Incidence and predictors of early and late mortality after transcatheter aortic valve implantation in 663 patients with severe aortic stenosis. *Circulation.* 2011;123:299-308.
5. Giannini C, Sonia A, Nardi C, De Carlo M, Guarracino F, Grazia M, et al. Left ventricular reverse remodeling in percutaneous and surgical aortic bioprostheses: an echocardiographic study. *J Am Soc Echocardiogr.* 2011;24:28-36.

doi:10.1016/j.recesp.2011.04.001

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:
DOI: 10.1016/j.recesp.2011.03.006

Impacto en pacientes con infarto agudo de miocardio de la apertura de un nuevo laboratorio de hemodinámica

Effect of Opening a New Catheterization Laboratory on Myocardial Infarction Patients

Sra. Editora:

Hemos leído con gran interés los resultados globales del estudio de Bosch et al¹, del grupo REGICOR, sobre el impacto de la apertura de un nuevo laboratorio de hemodinámica en un área geográfica concreta, recientemente publicado en REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA.

Este trabajo muestra unos hallazgos relevantes en una pequeña muestra de pacientes en relación con otros trabajos similares. Estos trabajos previos muestran resultados contrapuestos, según refieren los autores en la discusión del artículo^{2,3}, sobre el beneficio de realizar coronariografía y eventual revascularización (primordialmente percutánea) a pacientes atendidos por un infarto agudo de miocardio. No obstante, en el estudio que comentamos, los pacientes con infarto atendidos tras la apertura de una sala de hemodinámica en el entorno REGICOR, que no realizaba procedimientos revascularizadores *in situ*, mostraron mejor supervivencia a 30 días.

En trabajos previos, como los autores reconocen, el beneficio de una mayor disponibilidad de salas de hemodinámica parece justificarse por la mayor utilización de tratamientos médicos basados en la evidencia³, como los bloqueadores beta y las estatinas, que muestran una fuerte asociación con la supervivencia a corto plazo. Otra variable clínica importante que pudiera justificar la mortalidad a 30 días sería el retraso en aplicar fibrinólisis. ¿Cómo influyeron estas variables en el modelo multivariable presentado en la figura 1?

Finalmente nos gustaría felicitar a los autores por este trabajo tan interesante que debate sobre la importancia de aumentar la

disponibilidad de procedimientos diagnósticos como la coronariografía, que faciliten el tratamiento óptimo de los pacientes con infarto, incluida la revascularización coronaria. Quizá la razón de estos buenos resultados sea la utilización de esta herramienta diagnóstica, que conlleva más revascularizaciones de pacientes con mayor riesgo, justo los que más lo necesitan. Registros previos en nuestro medio, como el DESCARTES, mostraban menos uso de estas intervenciones en los pacientes que más lo necesitan, los que tienen más riesgo⁴, y alejaban la eficacia de la eficiencia de ciertas intervenciones diagnósticas y terapéuticas⁵. Trabajos como el presentado aportan un importante mensaje sobre la utilidad de herramientas diagnósticas y terapéuticas para los pacientes con infarto agudo de miocardio.

FINANCIACIÓN

Artículo subvencionado en parte con una ayuda de investigación de la Red Temática de Investigación Cooperativa en Enfermedades Cardiovasculares RECAVA del Instituto de Salud Carlos III.

Manuel F. Jiménez-Navarro^{a,*}, Antonio J. Muñoz-García^a, Nieves Romero-Rodríguez^b y Eduardo de Teresa-Galván^a

^aÁrea del Corazón, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, Investigadores de RECAVA (Red Temática de Investigación Cooperativa en Enfermedades Cardiovasculares del Instituto de Salud Carlos III), España

^bÁrea del Corazón, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

* Autor para correspondencia:
Correo electrónico: jimeneznavarro@secardiologia.es
(M.F. Jiménez-Navarro).

On-line el 25 de mayo de 2011

BIBLIOGRAFÍA

1. Bosch D, Masia R, Sala J, Vila J, Ramos R, Elosua R, et al. Impacto de la apertura de un nuevo laboratorio de hemodinámica sobre la supervivencia a 30 días y a 2 años en los pacientes con infarto de miocardio. *Rev Esp Cardiol.* 2011;64:96–104.
2. Krumholz HM, Chen J, Murillo JE, Cohen DJ, Radford MJ. Admission to hospitals with on-site cardiac catheterization facilities. *Circulation.* 1998;98:2010–6.
3. Labarere J, Belle L, Fourny M, Genes N, Lablanche JM, Blanchard D, et al. Outcomes of myocardial infarction in hospitals with percutaneous coronary intervention facilities. *Arch Intern Med.* 2007;167:913–20.
4. Heras M, Bueno H, Bardají A, Fernández-Ortiz A, Martí H, Marrugat J; DESCARTES Investigators. Magnitude and consequences of undertreatment of high-risk patients with non-ST segment elevation acute coronary syndromes: insights from the DESCARTES Registry. *Heart.* 2006;92:1571–6.
5. Jiménez-Navarro MF, Cabrera-Bueno F, Muñoz-García AJ, De Teresa-Galván E. Ensayos clínicos y práctica clínica en el «mundo real». ¿Conocemos los factores de confusión entre la eficacia y la efectividad? *Rev Esp Cardiol.* 2009;62:332–3.

doi:10.1016/j.recesp.2011.03.007

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:
DOI: 10.1016/j.recesp.2010.07.008