

enfermedades cardiovasculares. En el Registro de Síndrome Coronario Agudo, promovido por la Sociedad Canaria de Cardiología de forma prospectiva en diferentes hospitales de la comunidad autónoma durante los años 2015-2016, en el que se incluyó algo más de 500 pacientes, también se constatan estos hallazgos. Según los datos de este registro, la población diabética canaria presentó una mayor mortalidad en toda la muestra de pacientes (infartos sin y con elevación del segmento ST): el 8,3% de mortalidad hospitalaria de la población diabética frente al 3,5% de la no diabética ($p=0,021$). Al analizar a los pacientes que recibían cualquier tipo de revascularización mecánica (primaria, diferida o de rescate), se encontró una menor mortalidad (el 7,1 frente al 3,3%; $p=0,037$) con respecto a los no revascularizados. Esta diferencia fue aún más significativa al analizar a la población con IAMCEST, pues los que no recibieron revascularización primaria tuvieron mayor mortalidad (el 17,9 frente al 4,5%; $p=0,002$), fueran diabéticos o no. Sin embargo, los pacientes con IAMCEST que eran diabéticos mostraron una mortalidad ligeramente mayor, con tendencia no significativa, frente a los no diabéticos (el 12,5 frente al 6%; $p=0,055$)⁸.

Con independencia de la puesta en marcha de políticas sanitarias orientadas a la prevención primaria de la enfermedad cardiovascular mediante la modificación de estilos de vida y control de factores de riesgo, en especial la diabetes, sería muy interesante que se realizara un nuevo análisis para ver qué ocurre en nuestra población canaria a partir de este momento en el que se dispone de un «código infarto canario».

Marta María Martín Cabeza*, Pablo Jorge Pérez
y Martín Jesús García González

Servicio de Cardiología, Complejo Hospitalario Universitario
de Canarias, La Laguna, Tenerife, España

* Autor para correspondencia:
Correo electrónico: martamariamc@gmail.com (M.M. Martín Cabeza).

On-line el 24 de septiembre de 2018

BIBLIOGRAFÍA

1. Mate Redondo C, Rodríguez-Pérez MC, Domínguez Coello S, et al. Hospital mortality in 415 798 AMI patients: 4 years earlier in the Canary Islands than in the rest of Spain. *Rev Esp Cardiol*. 2019;72:466–472.
2. Instituto Nacional de Estadística (INE). Datos de 2015. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p417/a2015/l0/&file=02006.px>. Consultado 18 Sep 2018.
3. Instituto Nacional de Estadística (INE). Defunciones según la causa de muerte. Año 2015. Disponible en: http://www.ine.es/prensa/edcm_2015.pdf. Consultado 27 Ago 2018.
4. Fundación Española del Corazón. La mortalidad cardiovascular en 2015. Disponible en: <https://fundaciondelcorazon.com/corazon-facil/recursos-didacticos/infografias.html?download=47:la-mortalidad-cardiovascular-en-2015>. Consultado 18 Sep 2018.
5. Bertomeu V, Cequier Áaue, Bernal JL, et al. In-hospital mortality due to acute myocardial infarction. Relevance of type of hospital and care provided. *RECALCAR Study*. *Rev Esp Cardiol*. 2013;66:935–942.
6. Cordero A, López-Palop R, Carrillo P, et al. Changes in acute coronary syndrome treatment and prognosis after implementation of the infarction code in a hospital with a cardiac catheterization unit. *Rev Esp Cardiol*. 2016;69:754–759.
7. Cequier Áaue, Ariza-Solé A, Elola FJ, et al. Impact on mortality of different network systems in the treatment of ST-segment elevation acute myocardial infarction. The Spanish experience. *Rev Esp Cardiol*. 2017;70:155–161.
8. García-González MJ, Jorge Pérez P, Gomez-Guindal JA, et al. Acute coronary syndrome registry in an ultra-peripheral region of the European Union. The cornerstone to learn and improve. Congress on Acute Cardiovascular Care; 2016 Oct 15–17; Lisboa, Portugal. Disponible en: <https://esc365.escardio.org/Congress/Acute-Cardiovascular-Care-2016/Poster-Session-3-Acute-aortic-syndrome/143353-acute-coronary-syndrome-registry-in-an-ultra-peripheral-region-of-the-european-union-the-cornerstone-to-learn-and-improve>. Consultado 18 Sep 2018.

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2018.09.001>

<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2018.05.009>

<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2018.08.012>

0300-8932/

© 2018 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Mortalidad hospitalaria por infarto agudo de miocardio en Canarias. Respuesta



In-hospital Mortality Due to Acute Myocardial Infarction in the Canary Islands. Response

Sr. Editor:

Agradecemos el amable interés de Martín Cabeza et al. en nuestro artículo¹. Las tasas de mortalidad por isquemia cardiaca han seguido una tendencia decreciente durante las últimas 4 décadas en las Islas Canarias y en el conjunto de España (figura 1), aunque en Canarias el descenso se ha detenido desde 2010². En consonancia con ello, la razón de tasas Canarias/España ha vuelto a aumentar y en 2016 presentó valores casi significativos: varones, 1,33 (intervalo de confianza del 95%, 0,93–1,93); mujeres, 1,68 (intervalo de confianza del 95%, 0,96–3,02). En esta mortalidad influyen principalmente las condiciones de vida de la población, y el sistema sanitario es un determinante más.

Sin embargo, el objetivo de nuestro artículo no era la mortalidad de la población general, sino la de los pacientes ingresados por infarto agudo de miocardio durante los años 2007-2014. Esta es una mortalidad hospitalaria, estrechamente relacionada con la calidad de la asistencia sanitaria. Se ajustó por los principales factores de riesgo y aparecieron fuertes desigualdades entre las distintas regiones. Por ello apuntamos que los procesos asisten-

ciales deberían ser revisados por los responsables del sistema sanitario¹, particularmente en las comunidades con peores resultados: Canarias, Andalucía, Aragón, Comunidad Valenciana y Extremadura.

En Canarias conviene, efectivamente, analizar factores como el tiempo de traslado desde hospitales comarcales (islas menores del

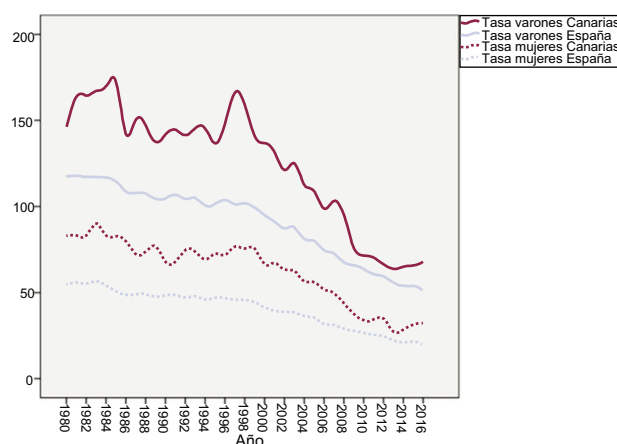


Figura 1. Evolución de la mortalidad por isquemia cardiaca en Canarias y España. Tasas por cada 100.000 habitantes, ajustadas por edad.

archipiélago) a los de tercer nivel (islas capitalinas) para la realización de angioplastia primaria. Estamos de acuerdo con nuestros corresponsales, y así lo hemos manifestado previamente, en que el exceso de mortalidad hospitalaria puede estar en relación con la tardía puesta en marcha del Código Infarto de Canarias. De ser así, cabe esperar una importante mejora en la evolución de la mortalidad de los pacientes ingresados por infarto agudo de miocardio durante los próximos años. De hecho, en nuestro entorno la implementación de redes de perfusión en el infarto agudo de miocardio influyó en la reducción de la mortalidad³.

María del Cristo Rodríguez-Pérez^a, Itahisa Marcelino Rodríguez^a, Arturo J. Pedrero García^a y Antonio Cabrera de León^{a,b,*}

^aUnidad de Investigación de Atención Primaria, Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife, España

^bÁrea de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de La Laguna, San Cristóbal de La Laguna, Santa Cruz de Tenerife, España

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: acableon@gmail.com (A. Cabrera de León).

On-line el 24 de septiembre de 2018

BIBLIOGRAFÍA

1. Mate Redondo C, Rodríguez-Pérez MC, Domínguez Coello S, et al. Hospital mortality in 415 798 AMI patients: 4 years earlier in the Canary Islands than in the rest of Spain. *Rev Esp Cardiol.* 2019;72:466-472.
2. Instituto de Salud Carlos III. Centro Nacional de Epidemiología. Área de Análisis Epidemiológico y Situación de Salud. Mortalidad por todas las causas. Disponible en: <http://raziel.cne.isciii.es/raziel.php>. Consultado 28 Ago 2018.
3. Cequier A, Ariza-Solé A, Elola FJ, et al. Impact on mortality of different network systems in the treatment of ST segment elevation acute myocardial infarction. The Spanish experience. *Rev Esp Cardiol.* 2017;70:155-161.

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2018.08.012>

<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2018.09.001>
0300-8932/

© 2018 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Estimación del porcentaje de pacientes con enfermedad coronaria estable candidatos a recibir inhibidores de la PCSK9



Estimated Percentage of Patients With Stable Coronary Heart Disease Candidates for PCSK9 Inhibitors

Sr. Editor:

Hemos leído con gran interés el artículo de Zamora et al.¹, que realizan una estimación del número de pacientes candidatos a recibir inhibidores de la proproteína convertasa subtilisina/kexina tipo 9 (PCSK9). Consideramos muy interesante el hallazgo de que, aunque el relativamente más bajo porcentaje de candidatos a recibir estos fármacos sean los pacientes con enfermedad cardiovascular, por el contrario sea este colectivo el de mayor número absoluto de pacientes susceptibles de tratamiento con ellos. Consideramos que estos resultados son muy relevantes para la práctica clínica, ya que muestran que el 19,8% de los pacientes con enfermedad cardiovascular cumplen criterios para prescri-

birles PCSK9 por tener el colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad (cLDL) > 100 mg/dl a pesar del máximo tratamiento hipolipemiante.

Hemos realizado una estimación de los pacientes que serían candidatos a recibir inhibidores de la PCSK9 por tener cLDL > 100 mg/dl a pesar del máximo tratamiento hipolipemiante en los 1.281 pacientes con enfermedad cardiovascular del REPAR (Registro Paciente de Alto Riesgo Cardiovascular). Este registro ya demostró que el tratamiento con dosis altas de estatinas se asociaba a mayor control del cLDL², aunque esto solo se conseguía en menos del 40% de los pacientes. En la muestra de pacientes con enfermedad cardiovascular establecida (el 91% cardiopatía isquémica), el 33,6% de los pacientes estaban recibiendo dosis altas de estatinas y el 5,4%, dosis altas de estatinas en combinación con ezetimiba. Como se muestra en la figura 1, los porcentajes de pacientes con cLDL > 100 mg/dl pese tomar dosis altas de estatinas sin y con ezetimiba fueron del 27,3 y el 18,8% respectivamente; entre los pacientes que recibían estatinas de potencia intermedia sin y con ezetimiba, fueron del 44,8 y el 24,6%.

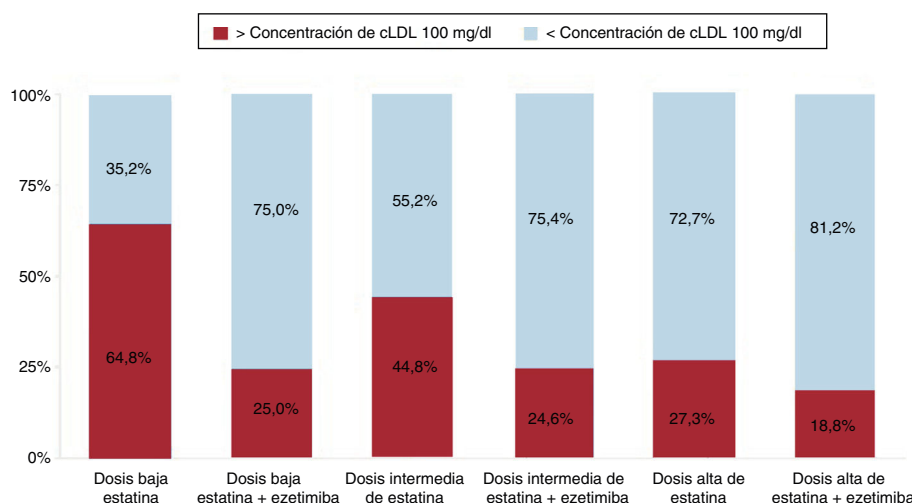


Figura 1. Porcentaje de pacientes con valores de cLDL mayores o menores que 100 mg/dl en función del tratamiento hipolipemiante recibido. cLDL: colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad.