

primaria y antes del retorno a su centro de referencia o si se realizaba desde la sala de hemodinámica, y si estos aspectos pudieron tener alguna repercusión en el cálculo de los tiempos de estancia en la unidad de cuidados intensivos y estancia hospitalaria.

Alfonso Jurado Román*, Ignacio Sánchez Pérez,
María T. López Lluva y Fernando Lozano Ruiz-Poveda

Unidad de Hemodinámica, Hospital General Universitario
de Ciudad Real, Ciudad Real, España

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: alfonsojuradoroman@gmail.com
(A. Jurado Román).

On-line el 28 de octubre de 2016

BIBLIOGRAFÍA

1. Cordero A, López-Palop R, Carrillo P, Frutos A, Miralles S, Gunturiz C, et al. Cambios en el tratamiento y el pronóstico del síndrome coronario agudo con la implantación del código infarto en un hospital con unidad de hemodinámica. *Rev Esp Cardiol.* 2016;69:754–9.
2. Roffi M, Patrono C, Collet JP, Mueller C, Valgimigli M, Andreotti F, et al. Guía ESC 2015 sobre el tratamiento de los síndromes coronarios agudos en pacientes sin elevación persistente del segmento ST. *Rev Esp Cardiol.* 2015;68:1125.e1–64.

VÉASE CONTENIDOS RELACIONADOS:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2015.12.021>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2016.09.032>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2016.08.031>

0300-8932/

© 2016 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

¿La implantación del código infarto implica cambios en el tratamiento y el pronóstico de los pacientes con síndrome coronario agudo sin elevación del ST? Respuesta



Does Implementation of the Infarction Code Lead to Changes in the Treatment and Prognosis of Patients With Non-ST Elevation Acute Coronary Syndrome? Response

Sr. Editor:

Agradecemos las felicitaciones y los comentarios del equipo de la Unidad de Hemodinámica del Hospital de Ciudad Real. Coincidimos en que los resultados observados en los pacientes con síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (SCASEST) de nuestro estudio¹ tienen difícil explicación, ya que el código infarto se centra en el síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST. Respecto a su primera pregunta, los pacientes con SCASEST de alto riesgo aumentaron del 3,9 al 12,6% ($p < 0,01$) tras la implantación del código infarto, con un aumento en la tasa total de revascularización del 65,2 al 87,5% ($p = 0,04$), pero no en la revascularización en las primeras 24 h (el 69,6 frente al 62,5%; $p = 0,89$).

Segundo, coincidiendo con la difusión del protocolo del tratamiento antiagregante en el código infarto, y en concordancia con las recomendaciones de las guías de práctica clínica², observamos que el grupo terapéutico que más varió entre ambos periodos en el SCASEST fueron los nuevos antiagregantes, cuya utilización se incrementó del 1,4 al 32,6% ($p < 0,01$); ticagrelor, de 0 al 26,3%, y prasugrel, del 1,4 al 6,3% (ambos, $p < 0,01$). La mayor tasa de revascularización, el mayor empleo de nuevos antiagregantes y la reorganización general de los servicios implicados en el código infarto podrían explicar los beneficios observados en el SCASEST.

A excepción de 1 hospital con gestión privada que siguió empleando la trombolisis, la angioplastia primaria se convirtió prácticamente en el único sistema de reperfusión en nuestro

medio. Salvo contraindicación clínica, se remitió a todos los pacientes directamente desde la sala de hemodinámica a su unidad de cuidados intensivos de referencia. La organización del código infarto en Alicante con 2 zonas de asistencia fuera del horario laboral permite una concentración racional y coherente de recursos de la provincia y, gracias al empeño de los profesionales implicados, la generalización de la angioplastia primaria y el beneficio de la población.

Alberto Cordero*, Pilar Carrillo, Araceli Frutos
y Ramón López-Palop

Departamento de Cardiología, Hospital Universitario de San Juan
de Alicante, San Juan de Alicante, Alicante, España

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: acorderofort@gmail.com (A. Cordero).

On-line el 28 de octubre de 2016

BIBLIOGRAFÍA

1. Cordero A, Lopez-Palop R, Carrillo P, Frutos A, Miralles S, Gunturiz C, et al. Cambios en el tratamiento y el pronóstico del síndrome coronario agudo con la implantación del código infarto en un hospital con unidad de hemodinámica. *Rev Esp Cardiol.* 2016;69:754–9.
2. Grupo de Trabajo de la SEC/SECTCV para la guía de la ESC/EACTS 2014 sobre revascularización miocárdica, revisores expertos para la guía de la ESC/EACTS 2014 sobre revascularización miocárdica y Comité de Guías de la SEC. Comentarios a la guía de práctica clínica de la ESC/EACTS 2014 sobre revascularización miocárdica. *Rev Esp Cardiol.* 2015;68:92–7.

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2016.08.031>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2016.09.032>

0300-8932/

© 2016 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.