



CARTAS AL DIRECTOR

Educación y concienciación en el paciente diabético con síndrome coronario agudo con elevación del ST



Education and awareness in the diabetic patient with ST-segment elevation acute coronary syndrome

Sr. Director:

Hemos leído con interés el artículo de A. Baeza-Román et al., donde se afirma que los pacientes diabéticos con síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST (SCACEST), en comparación con los no diabéticos, tienen una mayor demora en el acceso al sistema sanitario, aunque no se relaciona con una mayor mortalidad intrahospitalaria¹.

En este sentido y de cara a la interpretación de los resultados, nos gustaría realizar algunos comentarios. En primer lugar, los autores dicen que el retraso del paciente podría justificarse con el antecedente de diabetes mellitus, hecho descrito ampliamente en la literatura. Sin embargo, hubiera sido de interés conocer el efecto de la mayor edad y frecuencia de sexo femenino en este grupo de población, ya que son también características que pueden influir en este hecho². Además, el retraso puede condicionar la toma de decisión sobre la realización o no de la reperfusión, y en la selección de la mejor técnica (angioplastia primaria frente a fibrinólisis)³. En segundo lugar, el trabajo muestra que el antecedente de diabetes se asocia de forma estadísticamente significativa con una evaluación más compleja, al tener más frecuencia de bloqueo de rama izquierda en el electrocardiograma, mayor gravedad según las escalas Killip, Grace y TIMI, riesgo de sangrado según la escala CRUSADE, y menor frecuencia de recibir tratamiento de reperfusión. Además, los autores no aportan datos sobre el tratamiento farmacológico recibido en la primera atención. En este sentido, numerosos estudios han demostrado la mayor eficacia de la doble antiagregación con los nuevos antiagregantes, como el ticagrelor y el prasugrel, en dicho grupo de pacientes en comparación con el clopidogrel². En tercer lugar, los autores aportan exclusivamente datos de mortalidad intrahospitalaria, pero no de mortalidad previa a la llegada al hospital ni tras el alta a corto, medio o largo

plazo, con lo cual la influencia de estos factores no puede ser analizada.

Teniendo en cuenta lo anteriormente escrito, y considerando las posibles limitaciones del presente trabajo, creemos que debemos continuar mejorando aspectos de la educación del paciente diabético a la hora de reconocer posibles síntomas y signos relacionados con el infarto agudo de miocardio, de cara a minimizar los tiempos de aviso o consulta a los servicios de urgencias⁴. Así mismo, insistir en la concienciación del médico responsable de la primera atención ante la presencia de diabetes mellitus⁵, ya que podría tener un efecto no cuantificado en el tratamiento inicial del SCACEST y en los resultados previos o al alta de la hospitalización.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Baeza-Román A, de Miguel-Balsa E, Latour-Pérez J, Díaz de Antoñana-Sáez V, Arguedas-Cervera J, Mira-Sánchez E, et al. Accesibilidad al sistema sanitario de los pacientes diabéticos con síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST. *Med Intensiva*. 2016;40:90–5.
2. Steg G, James S, Atar D, Badano L, Blömmström-Lundqvist C, Borger M, et al. ESC guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. *Eur Heart J*. 2012;33:2569–617.
3. 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.
4. Peters A, Laffel L, American Diabetes Association Transitions Working Group. Diabetes care for emerging adults: recommendations for transition from pediatric to adult diabetes care systems: a position statement of the American Diabetes Association, with representation by the American College of Osteopathic Family Physicians, the American Academy of Pediatrics, the American Association of Clinical Endocrinologists, the American Osteopathic Association, the Centers for Disease Control and Prevention, Children with Diabetes, The Endocrine Society, the International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes, Juvenile Diabetes Research Foundation International, the National Diabetes

Education Program, and the Pediatric Endocrine Society (formerly Lawson Wilkins Pediatric Endocrine Society). *Diabetes Care*. 2011;34:2477–85.

- Armstrong PW, Gershlick AH, Goldstein P, Wilcox R, Danays T, Lambert Y, et al. Fibrinolysis or primary PCI in ST-segment elevation myocardial infarction. *N Engl J Med*. 2013;368:1379–87.

G. Llopis-García^{a,*}, E. Rodríguez-Adrada^a,
J. González-del Castillo^{a,b} y F.J. Martín-Sánchez^{a,b}

^a Servicio de Urgencias, Hospital Clínico San Carlos, Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital Clínico San Carlos (IdISSC), Madrid, España

^b Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fjjms@hotmail.com (G. Llopis-García).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2016.04.009>

Respuesta de los autores: Educación y concienciación en el paciente diabético con síndrome coronario agudo con elevación del ST



Author's reply: Education and awareness in the diabetic patient with ST-segment elevation acute coronary syndrome

Sr. Director:

Agradecer en primer lugar a Llopis-García et al.¹, el interés mostrado por nuestro artículo², sobre todo con relación a las causas del retraso de los pacientes diabéticos con síndrome coronario agudo, un tema sobre el que existe una amplia bibliografía. Sin embargo, queremos insistir en el hecho de que nuestro estudio no trata de las causas del retraso. El objetivo principal era cuantificar su magnitud y las posibles consecuencias de ese retraso sobre la mortalidad hospitalaria. En consecuencia, los comentarios vertidos por Llopis-García et al. guardan poca relación con nuestro trabajo. A pesar ello nos gustaría realizar algunas aclaraciones.

Respecto a la primera consideración, teniendo en cuenta el objetivo del estudio, no hemos considerado necesario realizar una comparación de las características basales de los pacientes diabéticos frente a los no diabéticos que, además, como bien han comentado en su carta, las múltiples diferencias existentes están bien descritas en la literatura³. Por el mismo motivo, y respecto a la segunda consideración, tampoco hemos aportado información sobre el tratamiento administrado en la primera atención médica, a pesar de que sí que se encuentra disponible en el registro ARIAM-SEMICYUC. Sí que se aporta información respecto a cuál era la forma de acceso al sistema sanitario (Urgencias, llamada a 112...), sin que hayamos encontrado diferencias estadísticamente significativas entre los paciente con y sin diabetes.

Respecto a la última consideración, una de las limitaciones más importantes de nuestro estudio es el seguimiento a partir del alta hospitalaria. En el primer análisis univariante, se objetiva una mayor tasa de mortalidad en los pacientes diabéticos tanto en la UCI, como al alta hospitalaria, como al seguimiento posterior a los 30 días. Sin embargo, para realizar el modelo de regresión logístico y para identificar

las variables independientemente asociadas a la mortalidad, se decidió utilizar la mortalidad hospitalaria, debido a que la mortalidad a los 30 días es una variable no obligatoria en el registro ARIAM-SEMICYUC y presenta muchas pérdidas en la recogida de datos, aunque consideramos también que dichas pérdidas son aleatorias, por lo que no sesga nuestros resultados.

Dicho esto, nuestro estudio no ha podido objetivar una asociación independiente con la mortalidad, ni del retraso atribuible al paciente, ni de la menor tasa de perfusión encontrada, pero sí, con la mayor gravedad objetivada de los diabéticos, medida por TIMI, GRACE y CRUSADE, así como el propio hecho de padecer diabetes mellitus.

Para concluir, dado que no se encontraron diferencias respecto a los tiempos de atención médica, una vez los pacientes habían contactado con el sistema sanitario, estamos de acuerdo en que para mejorar los resultados de los pacientes diabéticos con síndrome coronario agudo (SCA), gran parte de los esfuerzos deben centrarse en la educación del propio paciente, así como en seguir investigando respecto a las causas que motivan el mayor retraso atribuible al mismo y sobre las causas de su peor evolución, puesto que, a pesar de los avances en el manejo del SCA, no se ha encontrado una reducción significativa de la mortalidad respecto a los pacientes no diabéticos⁴.

Bibliografía

- Llopis-García G, Rodríguez-Adrada E, González-Del Castillo J, Martín-Sánchez FJ. Education and awareness in the diabetic patient with ST-segment elevation acute coronary syndrome [Article in English, Spanish]. *Med Intensiva*. 2016. pii: S0210-5691(16)30065-1. doi: 10.1016/j.medin.2016.04.009. [Epub ahead of print].
- Baeza-Román A, de Miguel-Balsa E, Latour-Pérez J, Díaz de Antoñana-Saez V, Arguedas-Cervera J, Mira-Sánchez E, et al. Accessibility to health care of diabetic patients with acute coronary syndrome ST-segment elevation. *Med Intensiva*. 2016;40:90–5.
- Donahoe SM, Stewart GC, McCabe CH, Mohanavelu S, Murphy SA, Cannon CP, et al. Diabetes and mortality following acute coronary syndromes. *JAMA*. 2007;298:765–75.
- Fox CS, Coady S, Sorlie PD, Levy D, Meigs JB, D'Agostino RB, et al. Trends in cardiovascular complications of diabetes. *JAMA*. 2004;292:2495–9.