

Comentarios al artículo «Accesibilidad al sistema sanitario de los pacientes diabéticos con síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST»



Comments to article "Accessibility to health care of diabetic patients with ST-segment elevation acute coronary syndrome"

Sr. Director:

Felicitemos a Baeza-Román et al.¹ por su interesante trabajo sobre la accesibilidad al sistema sanitario de pacientes con diabetes mellitus (DM) y síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST (SCACEST).

El trabajo se basó en un análisis retrospectivo del Registro ARIAM-SEMICYUC (4.817 pacientes consecutivos admitidos en múltiples instituciones españolas durante el periodo 2010-2013) que fue analizado según la presencia de DM. El análisis multivariante objetivó que la DM era un predictor independiente de mortalidad hospitalaria. Asimismo, se observó que los diabéticos presentaban mayor «retraso atribuible al paciente», lo cual aumentaba el tiempo total hasta la reperfusión. No obstante, el «retraso atribuible al paciente» no se mostró como predictor independiente de mortalidad hospitalaria.

El principal interés del estudio¹ consiste en mostrar, mediante una población amplia durante un lapso temporal extenso, que los diabéticos presentan dificultades para acceder al sistema sanitario. Sin embargo, el análisis merece ciertas consideraciones:

- «Variables confusoras» y demora: debido al diseño del Registro ARIAM-SEMICYUC¹, no constan relevantes características basales (por ejemplo, infarto de miocardio previo, etc.). Asimismo, ambos grupos presentan diferencias significativas en otras características basales como edad, género o presentación clínica. Dado que posibles «variables confusoras» no se recogieron y tampoco se realizó un análisis multivariante para evitar la influencia de las que sí fueron recogidas, no se puede concluir firmemente que las diferencias en el «retraso atribuible al paciente» o el tiempo total hasta la reperfusión estén mediadas únicamente por la DM.
- «Redes asistenciales» y demora: el beneficio de la reperfusión depende del tiempo. La implementación de redes de asistencia al SCACEST permitió reducir los retrasos en la atención médica, atribuibles tanto al sistema como a los pacientes². El «retraso atribuible al sistema» fue reducido mediante el establecimiento de un sistema de ambulancias con personal capacitado para proporcionar atención médica y realizar electrocardiogramas domiciliarios, activar a distancia a los equipos de hemodinámica y trasladar directamente a los pacientes al laboratorio de hemodinámica. En cuanto al «retraso atribuible al paciente», se disminuyó mediante la implantación de números de teléfonos específicos para recibir alertas extrahospitalarias de particulares y centros coordinadores que remitían

ambulancias con personal entrenado en caso de sospechar un SCACEST^{2,3}. Asimismo, se ha evidenciado que las campañas de concienciación pública podrían, además de aumentar el número de pacientes que contactan con la red, reducir la demora en acceder al sistema⁴.

- «Redes asistenciales» y reperfusión: las redes asistenciales, que se empezaban a instaurar en España durante el periodo del estudio⁵, permitieron minimizar el porcentaje de pacientes que no recibían terapia de reperfusión en el SCACEST, lo que unido a la reducción de los tiempos en la asistencia mejoró el pronóstico de los pacientes². Sin embargo, en este trabajo destaca un porcentaje muy elevado de pacientes sin reperfusión, especialmente entre los diabéticos.

En conclusión, consideramos que realizar un análisis multivariante específico de los intervalos temporales y ampliar la información, si estuviera disponible, sobre las redes asistenciales al SCACEST podría mejorar la comprensión del impacto de la diabetes sobre la accesibilidad al sistema sanitario, la reperfusión y la mortalidad.

Conflicto de intereses

Ninguno que declarar.

Bibliografía

1. Baeza-Román A, de Miguel-Balsa E, Latour-Pérez J, Díaz de Antóñana-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.
2. Steg PG, James SK, Atar D, Badano LP, Blömostrom-Lundqvist C, Borger MA, et al. ESC guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. *Eur Heart J*. 2012;33:2569-619.
3. Goldberg RJ, Steg PG, Sadiq I, Granger CB, Jackson EA, Budaj A, et al. Extent of, and factors associated with, delay to hospital presentation in patients with acute coronary disease (the GRACE registry). *Am J Cardiol*. 2002;89:791-6.
4. Regueiro A, Rosas A, Kaifoszova Z, Faixedas MT, Curos A, Tresserras R, et al. Impact of the "ACT NOW. SAVE A LIFE" public awareness campaign on the performance of a European STEMI network. *Int J Cardiol*. 2015;197:110-2.
5. Regueiro A, Tresserras R, Goicolea J, Fernández-Ortiz A, Macaya C, Sabaté M. Primary percutaneous coronary intervention: Models of intervention in Spain. *EuroIntervention*. 2012;8 Suppl P:P90-3.

D. Fernández-Rodríguez^{a,*}, M. Facenda-Lorenzo^a, J. Hernández-Afonso^a y F. Bosa-Ojeda^b

^a Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Universidad de La Laguna, Santa Cruz de Tenerife, España

^b Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Canarias, Universidad de La Laguna, San Cristóbal de La Laguna, Santa Cruz de Tenerife, España

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: d.fernand.2@hotmail.com, dfernand2@clinic.ub.es (D. Fernández-Rodríguez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2016.04.011>