

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

5. 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<sup>a,\*</sup>, E. Rodríguez-Adrada<sup>a</sup>,  
J. González-del Castillo<sup>a,b</sup> y F.J. Martín-Sánchez<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Urgencias, Hospital Clínico San Carlos, Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital Clínico San Carlos (IdISSC), Madrid, España

<sup>b</sup> Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [fjjms@hotmail.com](mailto: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.<sup>1</sup>, el interés mostrado por nuestro artículo<sup>2</sup>, 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 literatura<sup>3</sup>. 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 reperfusión 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 diabéticos<sup>4</sup>.

## Bibliografía

1. 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].
2. 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.
3. 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.
4. 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.

A. Baeza-Román\*, E. de Miguel-Balsa  
y J. Latour-Pérez

*Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital General  
Universitario de Elche, Elche, Alicante, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [anna.baeza@coma.es](mailto:anna.baeza@coma.es)  
(A. Baeza-Román).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2016.06.003>