

**Has estado involucrado en la elaboración del código infarto Madrid y parece que se está poniendo en marcha el código infarto de Castilla y León. ¿Crees necesario que cada Comunidad tenga su código o con una estrategia nacional en el infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST sería necesario?**

Creo que debido a las transferencias sanitarias cada Comunidad debe organizar individualmente la atención del paciente con infarto agudo de miocardio y elevación del segmento ST. Cada código infarto debe adaptarse a los recursos sanitarios de cada Comunidad donde experiencia de los profesionales, recursos disponibles, y distancia hasta los mismos debe tenerse en cuenta a la hora de establecer un protocolo de actuación asistencial específico.

**¿Cuál sería para ti el principal objetivo de un código infarto?**

Sin lugar a dudas incrementar el porcentaje de reperfusión en los pacientes con infarto. El último registro español, MASCARA, con datos de hace casi 10 años establecía que aproximadamente un 30% de los pacientes no era reperfundido. A la hora de elaborar un código infarto surge muchas veces la lucha si debemos realizar angioplastia primaria o administrar un fibrinolítico. Esta lucha es absurda, lo importante es elegir la estrategia de reperfusión más conveniente desde el punto de vista logístico y temporal. Cuantos más pacientes reperfundamos más disminuirémos la mortalidad del infarto.

**¿Qué elementos crees son clave para el éxito de implantar un código infarto en una Comunidad?**

Aunque los actores en un código infarto son muchos y el éxito depende de trabajar todos en conjunto, dos se me antojan que pueden considerarse actores clave: primero los servicios de emergencia pues van a decidir la estrategia de reperfusión ideal en cada caso individual y cuya precocidad es esencial en el éxito de tratamiento. Estos servicios además transportan al paciente y pueden evitar traslados intermedios a centros hospitalarios sin capacidad de realizar angioplastia primaria. Los pacientes deben siempre ser remitidos a un centro con capacidad de realizar angioplastia primaria independientemente de haber recibido fibrinólisis o no. Eso es esencial pues podremos realizar de forma más temprana una angioplastia de rescate en caso que el paciente no muestre signos de reperfusión. El segundo elemento clave, es la realización de un registro, dirigido desde la administración sanitaria, que cuantifique y analice lo que se está realizando de forma que tengamos elementos de juicio objetivos para mejorar aquellos pasos de la cadena que estén fallando. En mi experiencia la implicación de la administración sanitaria de cada comunidad en este registro es esencial. Debe considerarse como una parte asistencial obligatoria en los cuidados del paciente con infarto agudo de miocardio.

---

**Por último. ¿Qué antiagregante debemos dar en los servicios de emergencia, clopidogrel, prasugrel o ticagrelor en la puesta en marcha de un código infarto?**

Esta pregunta es muy comprometida y mi impresión personal a fecha actual puede cambiar con el tiempo conforme obtengamos más evidencia en ensayos clínicos y registros. Como he comentado a fecha de hoy, yo tendría en los servicios de emergencias un solo antiagregante, el clopidogrel, y me baso en los siguientes argumentos: poca experiencia en el uso de prasugrel o ticagrelor administrados por los servicios de emergencias en pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST remitidos para angioplastia primaria; segundo: ninguna experiencia con prasugrel o ticagrelor en pacientes sometidos inicialmente a fibrinólisis; tercero evidencia consistente, sobre todo del ticagrelor, de que se puede hacer un cambio de antiagregante en la sala de hemodinámica, aunque el paciente hubiese recibido previamente clopidogrel; y cuarto: los servicios de emergencias deben afrontar patologías muy diversas y muchos protocolos distintos de antiagregantes con dosis además distintas que podría llevar a confusión y errores. Por lo tanto, a la espera de nueva evidencia científica de elegir uno me quedaría con clopidogrel.