

Atrium

Fernando A. Navarro ilustra en este número la diferencia entre el español y el inglés sobre lo que se considera cultismo en el lenguaje médico. El distinto origen de ambos idiomas explica que, por ejemplo, el término «cardiopatía» no sea un cultismo en castellano, sino un término especializado, mientras que el inglés *cardiopathy* sea un cultismo raramente utilizado.

Ya en el apartado de editoriales, Alter y Yu escriben un interesante comentario en relación con un trabajo original de Pérez-Hernández et al., incluido en este mismo número, que analiza la distribución de los principales factores de riesgo cardiovascular según el nivel socioeconómico de adultos mayores de 60 años. Corresponde a un subestudio del estudio ENRICA. Los autores del original describen un importante gradiente, tras ajustar por edad y sexo, entre nivel socioeconómico y factores de riesgo cardiovascular, así como enfermedad cardiovascular establecida, de los adultos españoles. Aunque siempre es posible la existencia de un sesgo de selección, pues el nivel socioeconómico se estableció a través de entrevista telefónica (más probable que contesten estratos de nivel alto), ello no invalida el hallazgo principal, a saber, que existen importantes desigualdades en salud en este estrato poblacional. Los editorialistas llevan a cabo una juiciosa y profunda reflexión, a mi entender, sobre la «herencia recibida», en términos de alto riesgo cardiovascular total, que afecta esencialmente a las clases socioeconómicas más desfavorecidas. Inciden en la complejidad de los mecanismos causales que dan lugar a que dicho riesgo aumentado, y por ende la mayoría de los eventos cardiovasculares, se concentre en las poblaciones más vulnerables y que se perpetúe en generaciones posteriores en estos niveles socioeconómicos. Además, la compleja cadena causal —en la que intervienen multitud de factores no solo individuales, sino también grupales— deriva en que estos eventos sean de mayor gravedad y peor pronóstico. Se genera así un círculo vicioso contra el que es difícil actuar, pero en el que en todo caso las políticas sociales avanzadas deberían tener un papel primordial.

Entre los editoriales también se incluye un comentario de Schiele y Bassand sobre el artículo de Cequier et al. en el que se analiza, a partir de las altas del Sistema Nacional de Salud entre 2003 y 2012, el impacto en la mortalidad de diferentes sistemas de asistencia en red desarrollados por las comunidades autónomas para el tratamiento del infarto con elevación del ST. Los hallazgos más importantes del estudio son una reducción en la razón de mortalidad estandarizada por riesgo asociada a la implementación de redes de reperfusión, que a su vez se asoció con un aumento del 50% en la tasa del intervencionismo percutáneo primario. A pesar de dichos hallazgos positivos, habría que tratar de minimizar las diferencias entre las comunidades autónomas en relación con la tasa de reperfusión. Con buen juicio, comentan los editorialistas que, al tratarse de un análisis de una base de datos administrativos, siempre se debe tomar con cautela los resultados. En todo caso, la dirección de estos concuerda en gran manera con un continuo incremento de la tasa de reperfusión y la reducción paralela de la mortalidad. Ello no es óbice para que, como comentan, se ponga en marcha un registro nacional de infarto, prospectivo, a partir del cual se pueda no solo confirmar los hallazgos, sino profundizar en el análisis de la calidad de la asistencia, piedra angular del proceso de mejora continua. Precisamente en relación con ello se incluye en este mismo número un trabajo de Carol Ruiz et al. en el que se analiza, a partir del registro *Codi Infart* de Cataluña, los potenciales predictores de la demora en la reperfusión de pacientes con infarto que reciben angioplastia primaria, así como el impacto del lugar de la primera asistencia. Un retraso del tiempo entre la primera

asistencia y la apertura de la arteria > 120 min se asoció con varios factores, alguno de los cuales justificaría un estudio más profundo, como la primera asistencia en centros sin hemodinámica (en más de la mitad de los casos), la edad avanzada, la cirugía coronaria previa, la primera asistencia en horario nocturno, el electrocardiograma no diagnóstico y una clase Killip \geq III. Entre los editoriales se incluye, por último, un interesante comentario de Knops y Brouwer sobre el uso del desfibrilador subcutáneo en prevención primaria frente al desfibrilador convencional. La ventaja potencial del primero por la ausencia de riesgo de perforación cardiaca y neumotórax, así como minimización de otros riesgos (infección, obstrucción venosa, etc.), se ha de ponderar con la imposibilidad de obtener terapia de marcapasos o antitaquicardia, con una duración de batería bastante menor y con la preferencia de, a día de hoy, implantar los dispositivos percutáneos con anestesia completa para medir el umbral de desfibrilación. En todo caso, es obvia la necesidad de ensayos clínicos que comparen ambas estrategias en dicha indicación.

En un interesante trabajo, Blasco et al. estudian, en 142 pacientes sometidos a angioplastia primaria con tromboaspiración positiva, el examen histológico del material aspirado con técnicas de inmunohistoquímica, y documentan que la presencia de placa en el aspirado se asocia (ajustando por flujo TIMI, fracción de eyección, arteria responsable y tabaquismo) con una mayor supervivencia libre de eventos tras un seguimiento de más de 2 años. Aunque el tamaño de muestra es pequeño y el valor pronóstico añadido de este factor sobre los factores clínicos es dudoso, el hallazgo tiene interés por abordar, indirectamente, el complejo mecanismo por el que se desencadena el infarto. Si esta asociación descrita interviene en la cadena de causalidad es algo que tendrán que dilucidar estudios posteriores específicamente diseñados para ello. En el mismo número, también en relación con la cardiopatía isquémica, se incluye un trabajo de Hernández-Pérez et al., que analiza el impacto pronóstico de la circulación colateral coronaria en pacientes con infarto con elevación del segmento ST, evaluada esta antes de la reperfusión con angioplastia primaria. Es un estudio observacional retrospectivo de una cohorte de 947 pacientes, a partir de la cual consiguen una subcohorte de 175 pacientes con Rentrop 0-1 que emparejan con una subcohorte de 175 pacientes con Rentrop 2-3 para realizar un análisis de propensión. Aunque la presencia de buena circulación colateral antes de la reperfusión no se asoció estadísticamente con mejor pronóstico, hay que tener en cuenta en la interpretación de los resultados que el estudio no es concluyente. Es decir, se observó una tasa de eventos constantemente menor en el subgrupo con Rentrop 2-3, aunque en ningún caso dicha asociación fue estadísticamente significativa. Como el tamaño de muestra del estudio es moderado, no se puede excluir que con una mayor potencia estadística pudiese ser patente algún beneficio, aunque quizá de magnitud exigua. El último de los originales de este número se trata de un trabajo de Husser et al. que analiza el valor predictivo añadido del marcador CA125 sobre el EuroSCORE en relación con la mortalidad a medio-largo plazo, en pacientes sometidos a TAVI. El trabajo se podría considerar la segunda parte de un estudio ya publicado por los mismos autores en *JACC Cardiovascular Interventions* (<http://dx.doi.org/10.1016/j.jcin.2013.02.006>), en el que describía la capacidad predictiva de eventos adversos de ese marcador en esta población. En el artículo del presente número, los autores van algo más lejos y cuantifican su valor añadido, en términos de capacidad de predicción (índices NRI e IDI), sobre el EuroSCORE, y además presentan un nuevo sistema

de clasificación que combina ambas variables y muestra que los pacientes con EuroSCORE elevado y CA125 positivo tienen un pronóstico infausto a medio plazo.

Por último, en este número se incluye también, como viene siendo habitual, la «Página del Editor», en la que damos cuenta de las novedades del último año en la Revista y el plan de acción futuro.

Como siempre, no olviden consultar las excelentes imágenes del número y leer las cartas científicas y cartas al Editor, que generan un debate sin duda estimulante y enriquecedor, y participar en nuestro Electro-Reto mensual.

Ignacio Ferreira-González
Editor Jefe