

## Atrium

En la apertura de este número, el comentario de Fernando A. Navaro se centra en el origen del término estatinas. El autor justifica lo poco adecuado de este término en español como traducción de *statins* y propone varias alternativas, posiblemente más apropiadas atendiendo a criterios puramente etimológicos y léxicográficos.

En este número se incluyen 3 editoriales que comentan sendos artículos originales. En el primero de ellos, Stiermaier et al. se refieren a un interesante artículo de Fernández-Friera et al. en el que se examina la utilidad de las secuencias de cardioponancia en T<sub>2</sub> con gadolinio para delimitar el área isquémica en riesgo tras un infarto de miocardio. Se trata de un estudio experimental en un modelo porcino, en el que los autores provocaron infartos tras oclusión de la arteria descendente anterior (n = 4), la coronaria derecha (n = 4) y la circunfleja (n = 4). Observaron una buena correlación con la histología para la cuantificación del área en riesgo en los infartos anteriores e inferiores, pero no en los dependientes del territorio de la circunfleja. Destacan los editorialistas el interesante concepto de establecer el área en riesgo a partir del edema evidenciado en la secuencia T<sub>2</sub>, ya apuntado en otros estudios experimentales, aunque también señalan la necesidad de más estudios que expliquen la ausencia de correlación cuando se considera el territorio de la circunfleja.

Kalogeropoulos y Butler comentan el original de Gómez-Otero et al., en el que, a partir de un registro prospectivo de 1.420 pacientes hospitalizados por insuficiencia cardíaca, los autores comparan las características clínicas y el pronóstico de aquellos que tenían una fracción de eyección intermedia (40-49%), correspondientes al nuevo grupo de clasificación propuesto en la guía europea, con los grupos de pacientes con fracción de eyección < 40% y > 49%. Observan que el grupo con fracción de eyección 40-49% no es muy prevalente (16%) y comparte características clínicas basales con los otros 2 grupos. En todo caso, se documentó un pronóstico similar en los 3 grupos, tanto en mortalidad como en hospitalizaciones. En relación con ello, los editorialistas comentan 2 interesantes conceptos. En primer lugar, que el hecho de que la fracción de eyección esté conservada no significa que la función lo esté, como demuestra el peor pronóstico de los pacientes con fracción de eyección conservada pero con alteraciones en parámetros del *strain* longitudinal. En segundo lugar, que los pacientes con insuficiencia cardíaca que en un momento de su evolución tienen fracción de eyección reducida pero que después la recuperan tienen mejor pronóstico que aquellos con fracción de eyección persistentemente reducida e incluso que aquellos con clínica de insuficiencia cardíaca y fracción persistentemente conservada. En cualquier caso, los editorialistas coinciden con los autores tanto en la posible futilidad del uso aislado de la fracción de eyección en fase aguda como marcador pronóstico como en la aparente ausencia de utilidad pronóstica de la nueva clasificación del estrato de fracción de eyección intermedia, y enfatizan la necesidad del uso de biomarcadores para refinar los modelos de predicción de eventos en esta población.

Por último, San Román y Rubio comentan un interesante artículo de Gutiérrez Carretero et al., en el que los autores presentan su experiencia de 30 años con 325 infecciones de dispositivos de electroestimulación, la mayoría infecciones de marcapasos (n = 229), seguidas al menos 1 año. Las mayoría de las veces utilizaron tracción percutánea para la extracción del dispositivo (n = 280) y consiguieron la extracción completa del sistema en el 82,5% y, según reportan los autores, con escasas complicaciones. Es más, cuando fue necesario implantar un nuevo sistema (209 casos), se realizó en el mismo acto en la mayoría de los pacientes (73%), con buenos resultados.

Los editorialistas, además de repasar importantes conceptos en relación con la infección de dispositivos, inciden en el aspecto más controvertido del trabajo, que es la colocación del nuevo dispositivo en el lado contralateral en un solo tiempo, lo cual requiere la negativización de hemocultivos.

Entre los originales, Ladeiras-Lopes et al. presentan un provocativo estudio de cohortes retrospectivo en 713 pacientes sin enfermedad coronaria, en el que documentan que el cociente tejido adiposo visceral/tejido adiposo subcutáneo, cuantificado con tomografía computarizada, se asocia, independientemente de los factores de riesgo tradicionales y la puntuación de calcio coronario, con el evento combinado de muerte, infarto o revascularización tras 1,3 años de seguimiento. Si este es un hallazgo espurio o, como comentan los autores, podría tener relación con la capacidad homeostática de regulación cardiovascular del tejido adiposo es algo que tendrán que dilucidar futuros estudios específicamente diseñados. En el área de insuficiencia cardíaca Álvarez-García et al. presentan un análisis retrospectivo de los datos de 2 registros multicéntricos nacionales liderados por cardiología (REDINSCOR, n = 2.150) y por medicina interna (RICA, n = 1.396), con objeto de comparar el perfil clínico y pronóstico de los pacientes ambulatorios con insuficiencia cardíaca tratados por dichas especialidades. Los pacientes tratados por cardiólogos eran más jóvenes, predominantemente varones, con función ventricular deprimida y con cardiopatía isquémica, mientras que los atendidos por internistas eran más añosos, predominantemente mujeres y con función ventricular conservada. Tras un emparejamiento en 558 pacientes de ambos grupos por *propensity score*, se observó que no había diferencias en las tasas de reingresos, aunque pertenecer al registro REDINSCOR se asoció a menos riesgo de mortalidad a los 9 meses (riesgo relativo [RR] = 0,64; intervalo de confianza del 95% [IC95%], 0,48-0,85). Si hay algún factor del proceso asistencial que pueda explicar esa asociación es algo que se tendrá que explorar en el futuro.

El último original que incluye el número es un estudio de Meroño et al. que explora, en 244 pacientes, el impacto del déficit de hierro en la capacidad funcional y la calidad de vida al mes de haber sufrido un síndrome coronario. Es interesante que se documentara déficit de hierro en hasta el 46% de los pacientes, siendo este un grupo más envejecido y con más comorbilidades. Curiosamente esta condición se asoció a peor capacidad funcional, ajustando por las principales comorbilidades, incluso en los pacientes no anémicos. También se asoció a peores puntuaciones de calidad de vida incluso ajustando por anemia. El estudio es especialmente interesante porque en la literatura hay evidencia contradictoria acerca del papel de las concentraciones séricas de hierro en pacientes con infarto agudo de miocardio.

En nuestro afán por ofrecer a nuestros lectores revisiones especializadas sobre temas de actualidad, hemos considerado oportuno encargar para este número 2 artículos de revisión sobre insuficiencia cardíaca, pero que abordan aspectos muy específicos con los que la mayoría de los cardiólogos clínicos no tienen contacto habitual. En el primero, Sánchez-Enrique et al. presentan los fundamentos del trasplante cardíaco en insuficiencia cardíaca avanzada, resumiendo sus indicaciones, cómo evaluar a los posibles candidatos, las estrategias actuales de inmunosupresión, las complicaciones y los resultados a corto y largo plazo. La escasez de donantes, los largos tiempos de espera y un número creciente de pacientes inestables han favorecido el desarrollo de la asistencia circulatoria mecánica. Por ello, los mismos autores elaboran los fundamentos, los pros y los contras

de las asistencias circulatorias en estos pacientes. En relación con lo anterior, Amat-Santos et al. presentan una revisión en la que resumen el estado de la asistencia circulatoria, pero en insuficiencia cardiaca aguda, abordando además los fundamentos y el uso de las nuevas terapias percutáneas en la insuficiencia cardiaca crónica dirigidas a la descompresión de la aurícula izquierda, la restauración ventricular o la monitorización intratorácica de presiones.

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*