

Atrium

Abrimos este número con un comentario de Fernando A. Navarro en clave anecdótica sobre los diferentes y numerosos «códigos» de colores que utilizan en la sanidad estadounidense para referirse a distintas y variadas situaciones.

En el primer editorial, Parikh y Kirtane se refieren a un estudio de Im et al. En concreto, se trata de un curioso e interesante ensayo clínico en el que los autores aleatorizaron a pacientes estables, en monoterapia con ácido acetilsalicílico y tratados con implante de *stent* farmacológico 12 meses antes, a recibir terapia de alta intensidad con estatinas (atorvastatina 40 mg, n = 1.000) o terapia de baja intensidad (pravastatina 20 mg, n = 1.000). El objetivo primario fueron los eventos clínicos adversos a los 12 meses de seguimiento (muerte, infarto de miocardio, revascularización, trombosis del *stent*, accidente cerebrovascular, insuficiencia renal, necesidad de intervención arterial periférica y nuevo ingreso hospitalario por eventos cardíacos). El objetivo primario tuvo lugar en 25 pacientes (2,5%) que estaban en régimen de alta intensidad con estatinas y 40 (4,1%) que recibían dosis de baja intensidad (HR = 0,58; IC95%, 0,36-0,92; p = 0,018). Comentan los editorialistas dos aspectos controvertidos del estudio. El primero sobre la oportunidad de realizar un ensayo clínico en dicha población cuando, según la mayoría de las recomendaciones, son pacientes que deberían recibir estatinas de alta intensidad sistemáticamente. Los autores lo justifican asumiendo que en la práctica clínica real es muy bajo el porcentaje de pacientes con estas características que reciben estatinas de alta intensidad. Y el segundo sobre la utilización de una variable de resultado combinada con tantos componentes y tan heterogéneos, lo cual podría complicar la interpretación del resultado.

En el siguiente editorial, Lefevre y Louvard comentan un trabajo de Ojeda et al. en el que se analizan los resultados inmediatos y a medio plazo de pacientes con lesiones en bifurcación en una oclusión coronaria crónica tratados con 1 *stent* provisional frente a 2 *stents*. Se trata de un registro llevado a cabo por 4 centros que incluyeron 922 oclusiones crónicas. Documentaron que las tasas de éxito angiográfico y del procedimiento con una y otra técnica fueron similares (el 94,5 frente al 97,3%; p = 0,48 y el 85,6 frente al 81,1%; p = 0,49). Sin embargo, la cantidad de contraste, la dosis de radiación y el tiempo de fluoroscopia fueron menores con la técnica simple. No hubo diferencias en eventos clínicos. Comentan los editorialistas que, si bien los resultados han de interpretarse con cautela en el contexto de un estudio no aleatorizado, los hallazgos van en línea con lo ya descrito y, por otro lado, el estudio sin duda ayuda a comprender los principios del tratamiento de este tipo de lesiones. Tanto el original como el editorial se publican en abierto y se acompañan de un «Vídeo del Editor».

En el último de los editoriales de este número, Fracassi y Niccoli hacen referencia a un estudio experimental de Ríos-Navarro et al., en el que se analiza la angiogénesis coronaria inducida por el suero coronario y la implicación del factor inducible por hipoxia (FIH)-1A en la reparación de la obstrucción microvascular tras un infarto agudo de miocardio. Los autores indujeron infarto en cerdos mediante oclusión coronaria y analizaron la capacidad angiogénica del suero coronario mediante un ensayo *in vitro* de tubulogénesis en un grupo de control y 4 grupos con infarto y distintos tiempos de reperfusión. Se observó una disminución de la microvascularización en la zona infartada tras 90 min de isquemia, que se resolvió tras 1 mes de reperfusión. La capacidad angiogénica del suero aumentó durante la isquemia y 1 min tras la reperfusión, y asimismo el FIH-1A circulante durante la isquemia. Los editorialistas hacen una detallada y oportuna revisión de los factores angiogénicos más estudiados en el contexto del infarto y tratan de dar respuesta al por qué de la discrepancia de resultados entre estudios preclínicos en este contexto. Sin duda todo un reto de la cardiología traslacional.

En el siguiente trabajo original, Salvador-González et al. analizan la asociación entre filtrado glomerular, mortalidad total y eventos cardiovasculares en dos grupos de individuos: de 60-74 años y de 75 o más años. Se trata de un estudio de bases de datos clínico-administrativas, retrospectivo, realizado en un área de salud de baja incidencia de enfermedad coronaria que engloba a 130.000 individuos, que se clasifican en varios estratos según su tasa de filtrado glomerular. Básicamente, se observó un mayor riesgo ajustado en los individuos de edad \geq 75 años, que fue significativo a partir de filtrados < 60. Sin embargo, pequeños descensos de filtrado glomerular no supusieron un riesgo cardiovascular adicional en esta población de bajo riesgo coronario.

También en el ámbito del estudio de factores de riesgo cardiovascular, Elosua-Bayés et al. llevan a cabo un estudio transversal en 2.613 individuos de la provincia de Girona con el objeto de describir la distribución del índice corazón-tobillo en dicha muestra. Se trata de un test no invasivo de evaluación indirecta de la rigidez arterial. Según hipotetizan los autores, un índice corazón-tobillo > 9 podría ser útil para mejorar la estratificación pronóstica en la población mediterránea, de la que clásicamente se describe que tiene un riesgo de eventos cardiovasculares llamativamente bajo considerando la prevalencia de los factores de riesgo tradicionales. En el trabajo se documentó una prevalencia de índice corazón-tobillo > 9 del 46,8% de los varones y el 36% de las mujeres, y se asoció con mayor riesgo coronario. En concreto, se asoció con hipertensión, diabetes, índice de masa corporal elevado y poca actividad física en los varones, mientras que en las mujeres se asoció con hipertensión, hipercolesterolemia e índice de masa corporal elevado.

En el último de los originales incluidos en este número, Pessoa Amorim et al. tratan de probar la hipótesis de que la disfunción de la aurícula izquierda en la estenosis aórtica puede preceder a la dilatación y predecir la aparición de fibrilación auricular. Para su estudio, analizan mediante ecocardiografía con técnicas de *speckle-tracking* a 149 pacientes con estenosis aórtica grave sin fibrilación auricular previa y evalúan la función auricular izquierda con el pico de *strain* longitudinal auricular y el pico de *strain* de la contracción auricular. Asimismo, se monitoriza la aparición de fibrilación auricular entre la cirugía y el alta hospitalaria. Se documentó que la disfunción auricular evaluada con ambos parámetros se asoció con mayor riesgo de fibrilación auricular posoperatoria independientemente de la dilatación auricular, lo cual podría ser de ayuda en la estratificación del riesgo, particularmente de los pacientes con aurícula izquierda no dilatada.

Se incluye también en este número una revisión llevada a cabo por Auricchio y Heggermont sobre la terapia de resincronización cardíaca. Si bien es un tratamiento establecido en el contexto de la insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida e intervalo QRS ancho, continúa registrándose una tasa de no respondedores significativa. En la revisión se comentan algunos avances tecnológicos recientes que han contribuido a aumentar la tasa de respondedores, como nuevos diseños de los cables u otro tipo de estimulaciones más sofisticadas. Algunas de estas innovaciones además pueden reducir la carga de fibrilación auricular y el número de intervenciones no apropiadas y predecir los episodios de insuficiencia cardíaca.

En este número se publican además dos críticas de los libros *Adult Congenital Heart Disease* y *Nuclear Cardiology*, que esperamos sean de utilidad. Como siempre, no olviden consultar las excelentes imágenes del número y leer la correspondencia. Les animamos igualmente a participar en nuestro Electro-Reto mensual.

Ignacio Ferreira-González
Editor Jefe