

Atrium

A raíz de una reciente «Carta al Editor» en la que un lector llamaba la atención sobre el excesivo y posiblemente incorrecto uso de «severo» en el lenguaje médico de habla hispana, Fernando A. Navarro abre este número con la primera de 3 entregas sobre «severo» como traducción literal del inglés *severe* para referirse a la gravedad de una enfermedad o condición.

El concepto de «cadena de supervivencia» se introdujo en los años ochenta para denominar un conjunto de acciones frente a una parada cardiocirculatoria con objeto mejorar su posibilidad de supervivencia, que incluyen el rápido acceso a la atención médica, las maniobras de reanimación cardiopulmonar, desfibrilación y medidas de asistencia circulatoria. Con el tiempo, el concepto se ha refinado, en la medida de que es absolutamente necesario implementar medidas de prevención para evitar el mayor número de paradas cardiocirculatorias a la población en riesgo, así como establecer medidas de rehabilitación cardiaca una vez se ha conseguido la supervivencia inicial. Es lo que se conoce como «ciclo de supervivencia», que es precisamente el tema que admirablemente repasan González-Salvado et al. en el primero de los editoriales de este número.

En el siguiente editorial, Pulignani y Andreassi abordan el papel de los microARN en las cardiopatías congénitas. Estas pequeñas moléculas de ARN, con una función postranscripcional de regulación, parece que pueden influir, al menos parcialmente, en la patogenia de múltiples cardiopatías congénitas. Aunque el mecanismo íntimo no está aclarado en muchos casos y únicamente disponemos de hipótesis, parece que su potencial como herramienta diagnóstica y pronóstica en este tipo de trastornos es muy alto.

Completan la sección de editoriales los comentarios a la cuarta definición universal de infarto de miocardio y a la guía de práctica clínica sobre revascularización miocárdica. En estos comentarios, los correspondientes grupos de trabajo de la SEC destacan los puntos y las novedades más importantes de estos documentos de la ESC, cuyas traducciones se publican en este número. Tanto las traducciones de las guías como los comentarios son de libre acceso.

En el primero de los originales, Nunes Filho et al. presentan los resultados de un estudio multicéntrico brasileño, que incluye a 794 pacientes y evalúa el impacto del daño renal agudo en el resultado a corto y largo plazo tras el implante percutáneo de válvula aórtica (TAVI) usando los criterios VARC-2. El trabajo documentó que el daño renal agudo es una complicación frecuente tras el TAVI (18%), cuya aparición se asocia con la edad avanzada, la diabetes mellitus, la hemorragia mayor o de riesgo vital y la mala aposición valvular. Por otro lado, aunque el daño renal agudo fue un determinante de mal pronóstico a corto y largo plazo, su impacto en la mortalidad se limitó al primer año tras el procedimiento.

El aumento de la grasa epicárdica parece ser un nuevo factor de riesgo o, al menos, un factor asociado con la enfermedad coronaria. En el siguiente original, Marí-Alexandre et al. tratan de profundizar en este concepto centrándose en el espesor de la grasa epicárdica y la expresión de los microARN como los factores que podrían influir en ello. Se trata de un estudio de casos y controles donde se analizan 155 autopsias de víctimas de muerte súbita cardiaca por enfermedad coronaria y 84 de controles con muerte súbita no debida a enfermedad coronaria. En resumen, los autores documentaron que el patrón de expresión en la grasa epicárdica de los

fallecidos por muerte súbita cardiaca secundaria a enfermedad coronaria mostraba un aumento de miR-34a-3p y -34a-5p independiente de la edad, el grosor de la grasa, diversas mediciones antropométricas y la presencia de lesiones coronarias adyacentes.

En el siguiente original, Na et al. analizan si la escala de inotrópicos y fármacos vasoactivos (VIS) es un predictor independiente de la mortalidad en el *shock* cardiogénico. Se trata de un estudio observacional retrospectivo en 493 pacientes que ingresaron con *shock* cardiogénico en una unidad de cuidados intensivos cardiacos de un centro surcoreano. La mortalidad hospitalaria según quintiles de la escala VIS se situó entre el 8,2% (quintil inferior) y el 65,7% (quintil superior), y se documentó una fuerte asociación entre la asistencia inotrópica vasoactiva intensa durante las primeras 48 h y la mortalidad hospitalaria. Sin embargo, dicha asociación no se observó en los pacientes que, a pesar de una puntuación alta en la escala VIS, estaban tratados con oxigenador extracorpóreo de membrana.

Aunque la terapia de resincronización cardiaca es beneficiosa para pacientes con insuficiencia cardiaca seleccionados, un número no desdeñable de casos no responden a este tratamiento. En el siguiente original, Perge et al. estudian la asociación entre diversos biomarcadores (fractalquina, pentraxina-3, factor de crecimiento hepatocitario, antígeno carbohidrato 125, metaloproteinasa de matriz 9) y el pronóstico en términos de mortalidad cardiovascular y remodelado adverso en 136 pacientes con terapia de resincronización cardiaca. De los biomarcadores investigados, solo el factor de crecimiento hepatocitario se asoció con mal pronóstico después de la terapia de resincronización independientemente de otros parámetros y, según los autores, este biomarcador podría ser útil para mejorar la selección de los candidatos a esta terapia.

En el último de los originales de este número, Bernal et al. evalúan la concordancia del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) con el registro DIOCLES, fundamental para establecer su utilidad en la investigación de resultados del síndrome coronario agudo en España. La buena noticia es que el acuerdo observado entre ambas técnicas fue casi perfecto ($\kappa = 0,863$), y la sensibilidad y la especificidad del CMBD se estimaron en el 85,10 y el 98,31% respectivamente, lo que indica que el CMBD puede ser un instrumento útil para la investigación de resultados del síndrome coronario agudo en España.

En este número se incluye, además de las ya comentadas traducciones de la cuarta definición universal de infarto de miocardio y la guía de práctica clínica de la ESC sobre revascularización miocárdica, un tercer artículo especial también de libre acceso. Se trata de las recomendaciones de la sección de cardiología geriátrica de la SEC para la valoración de la fragilidad en el anciano con cardiopatía, punto hoy fundamental para el correcto tratamiento de estos pacientes y para una calidad óptima de la asistencia al paciente anciano, independientemente de la especialidad.

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