

Atrium

El término *severe* en inglés no siempre equivale al término «grave» en español. El comentario de Fernando A. Navarro de este número profundiza en la riqueza lingüística del español y nos propone un pequeño ejercicio para descubrirla.

De los 3 editoriales de este número, 2 corresponden a los comentarios a las guías de práctica clínica de la ESC sobre enfermedad cardiovascular en el embarazo y sobre hipertensión arterial. Los correspondientes grupos de trabajo de la SEC destacan los aspectos más importantes de cada guía, los cambios más relevantes y las áreas susceptibles de mejora. Las guías traducidas, de libre acceso como sus comentarios, se incluyen en este mismo número como artículos especiales.

En el tercero de los editoriales, Das et al. profundizan en el uso de la cardiorrsonancia para la estratificación pronóstica del infarto de miocardio. La gran precisión de esta técnica para la cuantificación de la función ventricular y la caracterización del tejido miocárdico, a partir de la cual se puede definir con precisión el tamaño del infarto y el tejido viable, la convierten en una prueba de gran utilidad para el tratamiento de estos pacientes. Se preguntan los autores si en el futuro, una vez solventadas o minimizadas las limitaciones que conlleva (tiempo de prueba, frecuencia controlada, contraste...), será una exploración habitual.

Ya entre los artículos originales de este número, Hwang et al. presentan un interesante estudio que tiene por objetivo determinar la asociación de los cambios recíprocos en el segmento ST con la lesión miocárdica evaluada mediante cardiorrsonancia en el infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST. De un total de 244 pacientes tratados con angioplastia primaria (primer infarto de miocardio), se hallaron cambios recíprocos en 133 (54,5%), y estos pacientes tuvieron una menor incidencia de infarto de miocardio anterior, menos tiempo desde el inicio de los síntomas hasta la restauración del flujo coronario, mayor área en riesgo y un mayor índice de miocardio rescatado, si bien el tamaño del infarto de miocardio y el pronóstico no fueron diferentes tras 2 años de seguimiento.

En el siguiente original, correspondiente al área de gestión, Gallego-Delgado et al. analizan la actividad asistencial, la calidad de la asistencia y el coste-efectividad del hospital de día de un área asistencial del corazón. La puesta en marcha de esa estrategia supuso la ambulatorización de algo más de 2/3 procedimientos invasivos, con unos índices de calidad de la asistencia similares y una importante reducción de los ingresos hospitalarios. Aunque se trata de un análisis retrospectivo en que el cálculo del ahorro económico se basó en el cálculo teórico del coste (según tarifas) de las estancias si los pacientes atendidos en hospital de día hubieran sido hospitalizados, y no se estiman ni se comparan los costes reales entre 2 grupos de pacientes comparables, en general pensamos que es un aproximación meritoria.

La miocardiopatía hipertrófica es la enfermedad cardiaca hereditaria más frecuente, y el reto actual se centra en la clasificación precisa de la patogenicidad de variantes asociadas con esta condición. En el siguiente de los originales, Lorca et al. revalúan la penetrancia y la expresión clínica de la variante patogénica *MYBPC3* p.G263 a partir de 384 índices con miocardiopatía y una cohorte de control de 450 individuos sanos. Se documentó que *MYBPC3* p.G263* comparte con la mayoría de las variantes patogénicas de truncamiento en este gen un inicio tardío, un curso relativamente benigno en los jóvenes y una alta penetrancia. Otro hallazgo interesante fue que la evaluación de la miocardiopatía mediante cardiorrsonancia aumentó su tasa de penetrancia hasta el 87%, por lo que esta exploración podría ser una herramienta útil en la evaluación de portadores.

En otro trabajo original, Pellegrini et al. estiman la tasa y los predictores de necesidad de marcapasos permanente y las alteraciones de la conducción con el implante transcáteter de una nueva válvula aórtica autoexpandible (ACURATE neo). Hasta en el 9,9% de los pacientes se necesitó un nuevo marcapasos, y esta necesidad se asoció con mayores índice de masa corporal y proporción de bloqueo de rama derecha y bradicardia, mientras que los demás predictores estudiados (como la profundidad del implante, la relación dispositivo/anillo, etc.) no se asociaron de manera independiente. Aparecieron nuevas alteraciones de la conducción en el 22,8% de los pacientes, lo cual se asoció con un mayor EuroSCORE logístico.

Ni que decir tiene que uno de los retos a los que se enfrenta la cardiología del futuro, y la medicina en general, es el aumento de la tasa de población anciana y muy anciana; además de concurrir un mayor riesgo de complicaciones iatrogénicas con las exploraciones invasivas, la evidencia científica sobre estas es mucho menor, ya que este segmento poblacional está infrarrepresentado en los ensayos clínicos. En el siguiente original, Sanchis et al. nos presentan el diseño del ensayo clínico MOSCA-FRIL. Se trata de un ensayo clínico aleatorizado y multicéntrico que comparará una estrategia invasiva frente a una conservadora en ancianos (> 70 años) frágiles (al menos 4 criterios de la *Clinical Frailty Scale*) que ingresan por síndrome coronario agudo sin elevación del ST. Creemos que este estudio aportará información de gran relevancia clínica, por lo que animamos a todos los investigadores a la inclusión de pacientes para que se pueda responder a la pregunta de interés de modo concluyente.

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