

Atrium

En la entrega mensual de nuestro «Viaje al corazón de las palabras», conoceremos de la mano de Fernando A. Navarro que la expresión anglosajona *blood pressure* no es de traducción tan simple como podría parecer.

En el primero de los editoriales, Barrabés y Sambola comentan un original de Regueiro et al. en el que se analizan los falsos positivos de un total de 5.701 activaciones efectuadas entre el 2010 y 2011 en la red catalana para la atención del infarto con elevación del ST. Los autores identificaron las activaciones apropiadas y las no apropiadas y, entre las primeras, se definió como falso positivo 2 situaciones: a) falso positivo «angiográfico» si no se identificó una arteria causal, y b) falso positivo «clínico» si el diagnóstico al alta no era IAMCEST. Del total de activaciones apropiadas (87,8%), los falsos positivos angiográficos fueron el 14,6% y los clínicos, el 11,6%; el sexo femenino, el bloqueo de rama izquierda y el antecedente de infarto de miocardio fueron las variables asociadas con falso positivo. Utilizando la definición clínica, se observaron mayores tasas de falsos positivos en los hospitales sin sala de hemodinámica y en los pacientes con complicaciones durante el primer contacto. Curiosamente, la mortalidad hospitalaria y a los 30 días fue similar entre los falsos positivos y los verdaderos positivos. Comentan los editorialistas la importancia del análisis y la evaluación continua de los procesos asistenciales, especialmente el de la atención del IAMCEST, tal como se lleva a cabo en ese estudio. En este sentido, el lector debe tener en cuenta que se analizan los datos de 2010-2011, al poco tiempo de comenzar la red de asistencia, por lo que es muy probable que actualmente los datos, al menos cuanto a la tasa de activaciones inapropiadas, sean diferentes.

En el siguiente editorial, Ozemek y Arena comentan un trabajo de Palau et al. en el que analizan la asociación entre el consumo máximo de oxígeno y el riesgo de ingreso recurrente en 74 pacientes con insuficiencia cardiaca y fracción de eyección conservada. El estudio es pertinente por la prevalencia, el mal pronóstico y el escaso conocimiento de esta condición. En un seguimiento medio de 276 días, se identificaron 84 nuevas hospitalizaciones de un total de 31 pacientes, y se estimó que una disminución del 10% del consumo máximo de oxígeno se asocia con un riesgo aumentado del 32% de ingresos recurrentes (IRR = 1,32; IC95%, 1,03-1,68; $p = 0,028$). Enfatizan los editorialistas la importancia de disponer de herramientas para identificar a los pacientes con mayor riesgo de hospitalización, y destacan el uso de la disminución del porcentaje de consumo máximo de oxígeno, en lugar de otros parámetros obtenidos con la prueba de esfuerzo con consumo de gases, como el más apropiado para este objetivo.

En el tercero de los editoriales, Vlastra y Delewi comentan el trabajo de Verdoia et al. Se trata de un metanálisis que explora y compara la efectividad de diversas pautas de tratamiento antitrombótico tras el TAVI. En concreto, incluyeron un total de 9 estudios, de los que 5 compararon el tratamiento antiagregante doble con el ácido acetilsalicílico como único antiagregante y 4, el tratamiento antiagregante doble con la antiagregación plaquetaria en monoterapia junto con anticoagulación oral. De un total de 7.991 pacientes, el 72% estaba en tratamiento antiagregante doble. Se documentó que, tras un seguimiento de 3 meses, el tratamiento antiagregante doble se asoció con una reducción de la mortalidad sin aumento de la hemorragia mayor respecto al tratamiento con un solo antiagregante. Por otro lado, la adición de anticoagulación oral al ácido acetilsalicílico no obtuvo mayor beneficio. Aunque los resultados son provocativos, como comentan los editorialistas y reconocen los propios autores en este metanálisis, un solo estudio, un registro americano, supuso el 90% del peso total de los estudios que comparaban la doble antiagregación con la simple, por lo que hay que tomar los resultados con precaución. Por otro lado, los resultados de los ensayos clínicos que han abordado este

tema, aunque son de pequeño tamaño, contradicen el resultado de este estudio, pues en ninguno se objetivó mayor riesgo de mortalidad o ictus con la antiagregación simple respecto a la doble antiagregación y, por el contrario, se documentó menor tasa de hemorragia. Finalizan los editorialistas recordando que, en las preguntas de investigación únicamente abordadas por estudios observacionales o ensayos clínicos de pequeño tamaño, la incertidumbre es mayor, por lo que son una buena alternativa las iniciativas que tienen por objeto compartir datos entre investigadores.

Cordero et al., por su parte, presentan un interesante estudio en el que analizan la prevalencia y la incidencia de neoplasias en una cohorte de 1.819 pacientes que ingresaron en su centro por síndrome coronario agudo en un periodo de 7 años. Se estimó una prevalencia del 3,4% y, entre los 1.731 pacientes dados de alta, la incidencia fue del 3,1% (53 casos); las localizaciones más frecuentes fueron colon, pulmón, vejiga y páncreas. Como era esperable, la mortalidad por cualquier causa tras el alta fue muy superior entre los pacientes con neoplasias incidentes (64,2%) o prevalentes (40,0%), lo cual multiplica por 4 el riesgo de fallecer por cualquier causa.

En el siguiente original, Baena-Díez et al. tratan de evaluar la validez de la escala SCORE original de bajo riesgo sin y con colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad y la escala SCORE calibrada en la población española a partir de un análisis agrupado con datos individuales de 12 estudios de base poblacional. Observan que, aunque la capacidad de discriminación fue aceptable, en las 3 versiones de la escala la tasa de mortalidad esperada fue significativamente superior a la observada. La evaluación de la validez de herramientas de predicción que se utilizan en práctica clínica es fundamental. En el caso concreto de las escalas de riesgo, su publicación debería ser de libre acceso y facilitar a otros autores la posibilidad de repetir los resultados, la validación externa y la eventual actualización (recalibración o incorporación de nuevos factores de riesgo). Este es un problema de la función SCORE (no hay suficiente información en la literatura), por lo que, aunque la metodología de este estudio tenga limitaciones, quizá inevitables (heterogeneidad de estudios, variable control de calidad, ausencia de validación de la calculadora *online* SCORE para estimar riesgos, etc.), pensamos que siempre es positivo y enriquecedor suscitar discusión sobre este tema.

El último de los originales de este número, de Solana-Gracia et al., presenta los resultados del registro de implante percutáneo de válvula pulmonar en nuestro país. Se implantaron en total 81 válvulas en 77 pacientes, y la más frecuente cardiopatía subyacente fue la tetralogía de Fallot ($n = 27$) y el sustrato anatómico más común, el conducto valvulado de yugular bovina ($n = 31$). La incidencia de complicaciones durante el procedimiento y agudas fue del 8 y el 9% respectivamente, y tras un seguimiento de 2,4 años se diagnosticó endocarditis infecciosa a 4 pacientes (5,6%), de los que 3 precisaron explante valvular. Hay que felicitar a los autores, pues es el primer registro que analiza los resultados exclusivamente en la población pediátrica, y además animarles para que continúen con su mantenimiento y la publicación de sus resultados.

Como siempre, no olviden consultar las excelentes imágenes del número y leer la correspondencia. En este número se incluyen varias cartas con las novedades de las secciones de Cardiología pediátrica, Electrofisiología y arritmias e Insuficiencia cardiaca y trasplante. Les animamos igualmente a participar en nuestro Electro-Reto mensual.

Ignacio Ferreira-González
Editor Jefe