

## Atrium

Este número comienza con la solución a los ejemplos planteados por Fernando A. Navarro para la traducción término *severe* que, como el lector recordará de entregas previas, no siempre equivale a los términos «grave» o «severo» en español. Es más, existen múltiples y variadas situaciones en nuestro idioma para traducir *severe*.

En el primero de los editoriales, Russell y Pang comentan el original de Miró et al. en el que se valida la escala de riesgo MEESSI en una cohorte de pacientes para evaluar su precisión a la hora de estratificar el riesgo en diferentes entornos. La escala MEESSI estratifica el riesgo de los pacientes diagnosticados de insuficiencia cardiaca aguda en servicios de urgencias hospitalarios de fallecer en los 30 días siguientes a este diagnóstico. En el estudio se incluyó a 4.711 pacientes consecutivos diagnosticados de insuficiencia cardiaca aguda en 30 servicios de urgencias de hospitales universitarios y comunitarios de diversos niveles de actividad. La distribución de pacientes según las categorías de riesgo de la escala MEESSI fue: 1.673 (35,5%) de bajo riesgo, 2.023 (42,9%) de riesgo intermedio, 530 (11,3%) de alto riesgo y 485 (10,3%) de muy alto riesgo, con mortalidades a los 30 días que variaron entre el 2,0 y el 41,4% en los niveles extremos, y con un estadístico C para el modelo completo de 0,810 (IC95%, 0,790-0,830), que varió de 0,731 a 0,785 para los modelos secundarios. Los editorialistas, además de recalcar la importancia de desarrollar escalas de puntuación de riesgo en esta población que sean de utilidad para tomar decisiones sobre el ingreso hospitalario desde los servicios de urgencias, destacan como limitación del estudio (también reconocida por los autores) que el 75% de los pacientes de la cohorte de validación fueron hospitalizados, lo que puede influir en la historia natural posterior. En este sentido, proponen que, para valorar el impacto real de la escala MEESSI, se debería validar en una cohorte de pacientes que no fuera hospitalizada tras la valoración en urgencias. En cualquier caso, enfatizan que es un paso más en la dirección correcta para abordar un problema que se prevé creciente en tiempos venideros. Son de libre acceso tanto el editorial como el original, y este se acompaña de un vídeo del Editor.

La puntuación PARIS permite una estratificación combinada de los riesgos isquémico y hemorrágico de los pacientes con cardiopatía isquémica tratados con *stent* coronario y tratamiento antiagregante plaquetario doble. En este número se publica un original de Raposeiras-Roubín et al. en el que se analiza la utilidad de la puntuación PARIS en pacientes con síndrome coronario agudo tratados con ticagrelor o prasugrel a partir de un registro internacional (11 centros de 6 países europeos). Se estudió a 4.310 pacientes; tras un seguimiento de  $17,2 \pm 8,3$  meses, se documentó un total de 80 eventos isquémicos (el 1,9% anual) y 66 hemorrágicos (el 1,6% anual). Aunque las puntuaciones PARIS<sub>is-quémico</sub> y PARIS<sub>hemorrágico</sub> se asociaron con el riesgo de eventos isquémicos y hemorrágicos respectivamente, la capacidad de discriminación de ambas puntuaciones fue entre discreta y mala (estadísticos C de 0,64 y 0,56 respectivamente). El original se acompaña de un editorial de Sorrentino et al., en el que se destaca que el estudio es el primero en todo el mundo que evalúa la validez de la puntuación PARIS en pacientes con síndrome coronario agudo tratados con antagonistas del P2Y<sub>12</sub> potentes. Aunque con limitaciones, como el carácter retrospectivo, el seguimiento de solo 1 año y que no incluyera a pacientes sin síndrome coronario agudo y con

clopidogrel, los editorialistas comentan que los hallazgos pueden ser de gran utilidad clínica, pues contribuyen a identificar a los pacientes con alto riesgo isquémico y bajo riesgo hemorrágico, grupo para el que tiene mayor beneficio potencial una doble antiagregación prolongada. En todo caso, se trata de un tema en continuo debate, sobre todo tras los hallazgos del estudio GLOBAL-LEADERS, y posiblemente en los próximos estudios el objetivo sea definir si hay subgrupos de pacientes con síndrome coronario agudo que podrían beneficiarse de una doble antiagregación más corta.

Recientemente se ha creado el grupo de trabajo de Mujeres en Cardiología de la Sociedad Española de Cardiología (SEC), cuyos propósitos fundamentales son promover la igualdad de género en la cardiología y mejorar el conocimiento de la enfermedad cardiovascular de las mujeres en España. Se trata de una necesaria iniciativa que está presente en otras sociedades científicas y a la que el Comité Ejecutivo de la SEC ha sido sensible. En el presente número se incluye un editorial de Sambola et al. en el que se presentan los objetivos del grupo de trabajo y, además, se comentan los resultados de una encuesta realizada en 70 hospitales de España, que se dan a conocer en forma de carta científica también en este número. Los resultados de esta encuesta constatan que la representación de la mujer en la jerarquía asistencial y académica es escasa.

En los últimos años hemos asistido a un incremento progresivo del número de receptores de trasplante cardiaco que reciben el órgano en código urgente. En la mayoría de estos pacientes, es preciso recurrir en el preoperatorio a dispositivos de asistencia circulatoria mecánica. En otro original de este número, Couto-Mallón et al. analizan el impacto pronóstico del lactato sérico en receptores de trasplante cardiaco urgente en asistencia circulatoria mecánica preoperatoria de corta duración. En concreto, estudian a 177 receptores de trasplante cardiaco urgente, de los que 90 necesitaron asistencia preoperatoria con oxigenador extracorpóreo de membrana venoarterial, 51 con asistencia ventricular izquierda y 36 con asistencia biventricular. La supervivencia estimada a 1 año tras el trasplante cardiaco fue del 53,1% (IC95%, 45,3%-60,9%) de los pacientes con hiperlactatemia preoperatoria y el 75,6% (IC95%, 71,8%-79,4%) de los pacientes sin hiperlactatemia (HR ajustada = 1,94; IC95%, 1,04-3,63;  $p = 0,039$ ), lo cual lo convierte en un potencial marcador pronóstico con utilidad para tomar decisiones clínicas para esta población.

En el siguiente original, Velázquez et al. analizan los resultados y las complicaciones del primer programa nacional de angioplastia con balón en arterias pulmonares para el tratamiento de la hipertensión pulmonar tromboembólica crónica no operable. Se analizaron 156 sesiones de angioplastia de 46 pacientes, y se documentó una reducción de las resistencias vasculares pulmonares del 44% y de la presión arterial pulmonar media del 23,6%, junto con un aumento en el índice cardiaco del 17,1% y un aumento de 74 m en la distancia recorrida en la prueba de 6 min de marcha. Como complicaciones, se produjo 1 muerte periprocedimiento y edema tras la reperusión en 9 pacientes, lo que sin duda convierte la angioplastia en un procedimiento consolidado para el tratamiento de esta condición.

Hoy está totalmente demostrado que uno de los mayores beneficios del ejercicio aeróbico es el incremento del pico de VO<sub>2</sub>, que es uno de los indicadores de supervivencia más robustos en pacientes con enfermedad coronaria e insuficiencia cardiaca. En el

último de los originales de este número, Ballesta García et al. tratan de dilucidar, mediante una revisión sistemática, la dosis óptima de ejercicio interválico de alta intensidad que se lleva a cabo en los programas de rehabilitación cardiaca para optimizar el  $VO_{2m\acute{a}x}$  de pacientes con enfermedad coronaria e insuficiencia cardiaca. Se documentaron mejoras significativas en el  $VO_{2m\acute{a}x}$  tras ejercicio de alta intensidad en ambas afecciones, con un incremento superior en pacientes con insuficiencia cardiaca. Sin embargo, en estos pacientes no hubo mejoras cuando la intensidad de recuperación era  $\leq 40\%$  del  $VO_{2m\acute{a}x}$  ni cuando la frecuencia de entrenamiento era  $\leq 2$  días/semana. En el caso de la enfermedad coronaria, se

observaron resultados superiores cuando el plan de entrenamiento era de menos de 12 semanas.

Por último, en este número tenemos que destacar la tradicional «Página del Editor», en la que el equipo editorial da cuenta del último año de *Revista Española de Cardiología* y menciona los planes futuros.

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