

Atrium

El comentario de Fernando A. Navarro que abre este número profundiza en la dificultad de la traducción al español de la palabra inglesa *shock*, fundamentalmente porque no hay un único término en nuestro idioma que exprese conceptualmente exactamente lo mismo.

En el primero de los editoriales, Kolte y Elmariah comentan un original de Sanchis et al. que tiene por objeto evaluar la seguridad y el impacto pronóstico del tratamiento de la insuficiencia mitral funcional con MitraClip según el estado funcional del ventrículo izquierdo. Se valoró a 58 pacientes sometidos a dicha intervención a los que se dio seguimiento una media de casi 20 meses, y se documentó que quienes tenían una disfunción ventricular no extrema (FEVI > 20% y diámetro < 70 mm) tenían una mayor supervivencia que los casos más extremos, aunque la mayoría de los pacientes mejoraron su clase funcional, incluso en las situaciones más extremas. Los editorialistas repasan los hallazgos y discrepancias de los estudios MITRA-FR y COAPT, y comparan algunos hallazgos del presente estudio con los del MITRA-FR y, como crítica, destacan que en el estudio de Sanchis et al. no hay un grupo de control, lo que impide atribuir con seguridad la mejoría sintomática a la intervención. En cualquier caso, el estudio demuestra su factibilidad en una población especialmente delicada. Tanto el original como el editorial se publican en abierto, y el primero, acompañado de un Video del Editor.

En el segundo editorial de este número, Ruiz-Nodar comenta un original de Jiménez Díaz et al. que trata de evaluar a los 30 días y a los 2 años el impacto del acceso vascular en las complicaciones hemorrágicas tras una intervención coronaria percutánea en pacientes con alto riesgo hemorrágico. Se trata de un subanálisis predefinido del estudio LEADERS FREE, que evaluó la eficacia y la seguridad del *stent* farmacológico Biolimus A9 frente al convencional en 2.432 pacientes con alto riesgo hemorrágico. Se documentó que el acceso radial, que fue el preferido por los hemodinamistas (el 59,8% del total de pacientes), se asoció con una reducción significativa en las tasas ajustadas de hemorragia mayor a 30 días e incluso a los 2 años de seguimiento. El editorialista lleva a cabo un repaso en profundidad del estudio LEADERS FREE, cuyos resultados prácticamente descartaron el uso sistemático de *stents* convencionales. Además de ello, repasa admirablemente los factores clínicos y del proceso asistencial que pueden determinar un mayor riesgo hemorrágico y cómo se debe afrontarlos.

En el siguiente, Uribarri y San Román comentan un original de Sánchez-Salado et al. cuyo objetivo es evaluar la asociación entre las características de los centros tratantes y la mortalidad en el *shock* cardiogénico secundario a infarto de miocardio con elevación del segmento ST. Se trata de un estudio que analiza 19.963 episodios de alta con diagnóstico de *shock* cardiogénico por infarto con elevación del ST del Conjunto Mínimo Básico de Datos del Sistema Nacional de Salud español (datos 2003-2015). En resumen, este importante estudio documenta que las tasas de mortalidad bruta y ajustada por riesgo se redujeron progresivamente entre 2003 y 2015, que la revascularización coronaria, tanto quirúrgica como percutánea, se asoció de manera independiente con una menor mortalidad y, más importante, que la disponibilidad de unidad de cuidados intensivos cardiológicos, gestionada por los servicios de cardiología, se asoció con menores tasas de mortalidad ajustadas. En relación con ello, los editorialistas inciden en la necesidad de que el abordaje de todo el proceso cardiológico se realice por el mismo servicio durante todo el ingreso, lo que garantiza una mejor continuidad asistencial y puede

evitar retrasos y reiteración de exploraciones, por lo que es más seguro para el paciente y más eficiente para el sistema. Además de ello, comentan las virtudes del desarrollo del código *shock*, con la posibilidad del uso más extendido de ECMO portátil para la asistencia circulatoria inicial *in situ* de estos pacientes.

En este número se incluye además un editorial libre, que se publica en abierto, en el que Rodríguez et al. comentan las recomendaciones sobre las modalidades de ejercicio físico durante el confinamiento. Constituye información muy útil y relevante para los pacientes cardiológicos durante este periodo.

El bloqueo auriculoventricular en presencia de fármacos bradicardizantes puede ser reversible, y el implante de marcapasos es un tema controvertido. En el siguiente original, Jordán-Martínez et al. analizan la necesidad de tratamiento con marcapasos a medio plazo tras la suspensión de los fármacos bradicardizantes en una cohorte de 127 pacientes que acudieron a urgencias con un bloqueo de alto grado y estaban en tratamiento con estos fármacos. En 60 pacientes se resolvió el bloqueo tras la suspensión, aunque en 40 de ellos recurrió tras 24 meses de seguimiento; 107 pacientes (84,3%) tuvieron indicación de implante de marcapasos pese a la suspensión de fármacos bradicardizantes. Una frecuencia cardiaca inicial < 35 lpm, síntomas diferentes del síncope y QRS ancho se asociaron con la necesidad de marcapasos a los 3 años. En conjunto, es un estudio muy interesante que aborda un problema poco estudiado y relevante desde el punto de vista asistencial.

Aunque los pacientes con insuficiencia cardiaca y fracción de eyección reducida han motivado gran cantidad de estudios de investigación clínica y, en este contexto, se ha demostrado que diferentes terapias reducen su mortalidad, hay pocos datos acerca del efecto en los distintos tipos de muerte en la práctica clínica. En el último original de este número, Fernández-Vázquez et al. estudian a 2.351 pacientes ambulatorios con dicha condición (FEVI < 40%) procedentes de los registros prospectivos multicéntricos MUSIC (n = 641, años 2003-2004) y REDINSCOR I (n = 1.710, años 2007-2011). Se documentó que los pacientes en el registro más contemporáneo recibieron con mayor frecuencia bloqueadores beta, antialdosterónicos, desfibrilador implantable y resincronización. Todo ello se asoció con menos muerte súbita (el 6,8 frente al 11,4%). Es más, tras emparejar por puntuación de propensión, la población más contemporánea presentó menos riesgo de muerte total y muerte súbita, una tendencia para un menor riesgo de muerte por insuficiencia cardiaca y sin diferencias por otras causas, todo ello independientemente de la clase funcional.

Por último, en este número se incluye un artículo especial en el que Bonnad et al. abordan las consecuencias de la pandemia de COVID-19 en la enfermedad cardiovascular en la población más vulnerable, como son los pacientes mayores. Sin duda un reto desde el punto de vista cardiovascular, tanto respecto al tratamiento como a la prevención en el periodo de pandemia y tras ella.

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