

Carta al Editor

Cardiopatía isquémica y cuidados críticos cardiológicos: un binomio indisoluble**Ischemic heart disease and acute cardiac care: an indissoluble binomial****Sr. Editor:**

En los últimos años las unidades coronarias han evolucionado hacia verdaderas unidades de críticos cardiovasculares (UCIC)¹, con un progresivo incremento en la complejidad de los pacientes, su carga de comorbilidad y el arsenal terapéutico disponible. Ello ha hecho necesario un mayor grado de especialización de los cardiólogos a cargo de dichas unidades, que requieren además un alto grado de interacción con otros profesionales para un tratamiento holístico y multidisciplinario de los pacientes (especialistas en insuficiencia cardíaca avanzada, electrofisiólogos, cardiólogos intervencionistas, cirujanos cardíacos y médicos de otras especialidades, como neumólogos, infectólogos, nutricionistas y otros). La atención a este tipo de pacientes hace cada vez más importante un alto grado de especialización y entrenamiento de los equipos médicos y de enfermería. Se ha descrito un mejor pronóstico en algunas situaciones clínicas complejas, como el *shock* cardiogénico, en centros de alto volumen de casos² y unidades a cargo de cardiólogos especializados en críticos³ o la atención a la parada cardíaca extrahospitalaria.

A pesar de todo ello, más de la mitad de los ingresos en estas unidades siguen debiéndose a la cardiopatía isquémica aguda o alguna de sus complicaciones. El síndrome coronario agudo en algunas de sus formas, el *shock* cardiogénico, la tormenta arrítmica y en ocasiones la muerte súbita constituyen el núcleo fundamental de la actividad asistencial en las UCIC. Por otro lado, la imprescindible continuidad asistencial en las diferentes fases del proceso y la necesaria coordinación entre los diferentes participantes hacen fundamental el liderazgo del cardiólogo de críticos en todo este proceso. Está bien descrita, por ejemplo, la concentración de complicaciones tromboticas y hemorrágicas en los primeros días o semanas tras un síndrome coronario agudo⁴, así como la importancia de un abordaje precoz del control de los factores de riesgo, la orientación hacia programas de rehabilitación cardíaca y el ajuste de la dosis de fármacos neurohormonales de pacientes que han sufrido insuficiencia cardíaca.

Por todo ello, como miembros de la actual Junta de la Asociación de Cardiopatía Isquémica y Cuidados Agudos Cardiovasculares de la Sociedad Española de Cardiología, queremos dejar patente nuestra intención de continuar liderando el proceso asistencial del paciente con cardiopatía isquémica aguda en sus diferentes manifestaciones clínicas y complicaciones. Cabe reseñar asimismo nuestro compromiso con el trabajo multidisciplinario y una fluida relación con nuestros colegas arritmólogos, cardiólogos intervencionistas, cirujanos cardíacos o especialistas en insuficiencia cardíaca avanzada, entre otros. En nuestra opinión, solo este enfoque constructivo y multidisciplinario —con el liderazgo clínico de las UCIC— seguirá enriqueciendo el proceso asistencial en un perfil de pacientes tan complejo como apasionante. Por todo ello, queremos subrayar la primera mitad del nombre de nuestra

asociación (cardiopatía isquémica) como forma de entender nuestra subespecialidad.

FINANCIACIÓN

Ninguna.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

P. Jorge y A. Ariza-Solé han contribuido a la concepción, la redacción y la revisión del artículo.

CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno.

ANEXO. JUNTA DIRECTIVA DE LA ASOCIACIÓN DE CARDIOPATÍA ISQUÉMICA Y CUIDADOS AGUDOS CARDIOVASCULARES DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA

Albert Ariza Solé, Presidente; Pablo Jorge Pérez, Presidente electo; Ana Viana Tejedor, vocal; Aitor Uribarri González, vocal, y Miriam Juárez Fernández, vocal.

Pablo Jorge^a y Albert Ariza-Solé^{b,*} en representación de la Junta Directiva de la Asociación de Cardiopatía Isquémica y Cuidados Agudos Cardiovasculares de la Sociedad Española de Cardiología
^aUnidad de Cuidados Intensivos Cardiológicos, Servicio de Cardiología, Complejo Hospitalario Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna, Santa Cruz de Tenerife, España

^bUnidad de Cuidados Intensivos Cardiológicos, Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: aariza@bellvitgehospital.cat (A. Ariza-Solé).

◇ ANEXO. Junta directiva de la Asociación de Cardiopatía Isquémica y Cuidados Agudos Cardiovasculares de la Sociedad Española de Cardiología.

On-line el 31 de julio de 2021

BIBLIOGRAFÍA

- Ferrer M, García-García C, El Ouaddi N, et al. RUTI-ICCU Study Transitioning from a coronary to a critical cardiovascular care unit: trends over the past three decades. *Eur Heart J Acute Cardiovasc Care*. 2020. <http://doi.org/10.1177/2048872620936038>.
- Shaefi S, O'Gara B, Kociol RD, et al. Effect of cardiogenic shock hospital volume on mortality in patients with cardiogenic shock. *J Am Heart Assoc*. 2015;4:e001462.
- Sánchez-Salado JC, Burgos V, Ariza-Solé A, et al. Trends in cardiogenic shock management and prognostic impact of type of treating center. *Rev Esp Cardiol*. 2020;73:546–553.
- Raposeiras-Roubín S, Faxén J, Íñiguez-Romo A, et al. Development and external validation of a post-discharge bleeding risk score in patients with acute coronary syndrome: The BleMACS score. *Int J Cardiol*. 2018;254:10–15.