

## Comentario al artículo «Cierre percutáneo simultáneo de foramen oval permeable y orejuela izquierda». Respuesta

### Comment on the Article "Simultaneous Percutaneous Closure of Patent Foramen Ovale and Left Atrial Appendage." Response

#### Sra. Editora:

Agradecemos el interés en nuestro trabajo<sup>1</sup> que los firmantes del comentario han mostrado, y a usted misma y al Comité Editorial de nuestra Revista la oportunidad de responder a él. Estamos de acuerdo con gran parte de los comentarios que se expresan. Tan sólo queremos aclarar los siguientes puntos:

1. El ostium de la orejuela izquierda, efectivamente, no es completamente circular en la mayoría de los casos, pero la propia orejuela es lo suficientemente flexible para adaptarse a la geometría circular del dispositivo.
2. Los dispositivos autoexpansibles de nitinol utilizados para el cierre de defectos cardiovasculares (comunicación interauricular e interventricular, ductus arterioso permeable, tapones vasculares, etc.) son autocentrables y se adaptan a la forma (no necesariamente circular) de las anomalías que se va a tratar. Este mismo principio explica la eficacia del dispositivo Amplatzer Cardiac Plug (ACP) para la exclusión de la orejuela auricular izquierda.
3. Los dispositivos empleados son semipermeables, por lo que inicialmente se puede aceptar un pequeño flujo residual. Las observaciones realizadas mediante ecocardiografía 2D, 3D y Doppler color evidencian la exclusión total completa (ausencia de flujo) en la orejuela en más del 95%<sup>2</sup> una vez completada la adaptación del ACP a la orejuela y sus posteriores endotelización y organización. Por ello estimamos

que pasados 3 meses del implante es cuando se puede definir la presencia o ausencia de flujo y, por ello, la exclusión completa o no de la orejuela.

Manuel Paulo<sup>a</sup>, Eulogio García<sup>a</sup>, Rosa Ana Hernández-Antolín<sup>a</sup> y Carlos Almería<sup>b,\*</sup>

<sup>a</sup>Unidad de Hemodinámica, Instituto Cardiovascular, Hospital Clínico de San Carlos, Madrid, España

<sup>b</sup>Unidad de Imagen Cardiovascular, Instituto Cardiovascular, Hospital Clínico de San Carlos, Madrid, España

\* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: calmeria.hcsc@salud.madrid.org (C. Almería).

On-line el 21 de enero de 2012

## BIBLIOGRAFÍA

1. Paulo M, García E, Hernández-Antolín RA, Almería C. Cierre percutáneo simultáneo de foramen oval permeable y orejuela izquierda. Rev Esp Cardiol. 2011;64:1215-6.
2. Reddy VY, Holmes D, Doshi SK, Neuzil P, Kar S. Safety of percutaneous left atrial appendage closure: results from the Wachman Left Atrial Appendage System for Embolic Protection in Patients with AF (PROTECT AF) Clinical Trial and the Continued Access Registry. Circulation. 2011;123:417-24.

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:  
DOI: 10.1016/j.recesp.2011.09.004

doi: 10.1016/j.recesp.2011.10.016

## Pronóstico de los pacientes con insuficiencia cardíaca y fracción de eyección preservada

### Prognosis for Patients With Heart Failure With Preserved Ejection Fraction

#### Sra. Editora:

Hemos leído con mucho interés el editorial de Doughty sobre el pronóstico de los pacientes con insuficiencia cardíaca y fracción de eyección preservada publicado en su Revista<sup>1</sup>, en el que se destaca que la mayoría de los pacientes incluidos en los ensayos no se ajustan a la realidad de la práctica clínica. Este hecho es especialmente relevante en los servicios de urgencias hospitalarios. Recientemente nuestro grupo de trabajo ha analizado los datos del registro EAHFE<sup>2,3</sup>, en el que participaron nueve hospitales que durante 2 meses incluyeron consecutivamente a todos los pacientes diagnosticados de insuficiencia cardíaca aguda que ingresan en un servicio de urgencias hospitalario, recogiendo datos del perfil clínico y la evolución a corto plazo (mortalidad intrahospitalaria y mortalidad y revisita a los 30 días). Se investigó de forma retrospectiva la existencia de una ecocardiografía previa y, si se había cuantificado la fracción de eyección del ventrículo izquierdo, también se consideró la función ventricular deprimida o preservada según esta fuese  $\leq 45$  o  $> 45\%$  respectivamente. De los 997 pacientes recogidos, 547 (54,9%) disponían de una ecocardiografía y de ellos, en 476 se conocía el tipo de función ventricular: 273 (57,4%) la tenían deprimida y 203 (42,6%) la tenían preservada.

Los pacientes con función sistólica deprimida eran con mayor frecuencia varones, más jóvenes, fumadores activos, con cardiopatía isquémica y con signos de insuficiencia cardíaca izquierda. No se observaron diferencias significativas en la evolución de los pacientes con una función ventricular sistólica preservada o deprimida en ninguno de los tres parámetros evolutivos evaluados (mortalidad intrahospitalaria, el 4,4 y el 4,3% respectivamente,  $p = 0,67$ ; mortalidad a 30 días, el 9,5 y el 9,4%,  $p = 0,95$ ; reconsulta a 30 días, el 28,2 y el 24,6%;  $p = 0,38$ ). Las *odds ratio* para todas estas comparaciones se han mantenido siempre muy cercanas a 1, resultados muy similares a los de otros registros como el OPTIMIZE-HF Registry<sup>4</sup>. Así pues, coincidimos con el autor del editorial en que los pacientes con insuficiencia cardíaca y fracción de eyección preservada son un grupo importante de pacientes, incluso en la realidad de las urgencias hospitalarias, aunque nosotros encontramos una mortalidad similar en ambos grupos.

Javier Jacob<sup>a,\*</sup>, Pablo Herrero<sup>b</sup>, Francisco Javier Martín Sánchez<sup>c</sup>, Pere Llorens<sup>d</sup>, Victor Gil<sup>e</sup> y Oscar Miró<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Urgencias, Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

<sup>b</sup>Servicio de Urgencias, Hospital Central de Asturias, Oviedo, Asturias, España

<sup>c</sup>Servicio de Urgencias, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

<sup>d</sup>Servicio de Urgencias, Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España