Importancia de conocer la fracción de eyección del ventrículo izquierdo en ancianos atendidos en urgencias por insuficiencia cardiaca aguda

Sr. Editor:

Hemos leído con interés el artículo publicado en REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGIA por Miró et al¹ acerca de los factores pronósticos en ancianos atendidos en urgencias por insuficiencia cardiaca aguda. El estudio tiene como mérito la inclusión universal de todos los pacientes con insuficiencia cardiaca de edad > 65 años que llegaron al servicio de urgencias durante 1 mes y la valoración del grado funcional mediante la escala de Barthel, que fue uno de los factores pronósticos de mortalidad a 30 días. Sin embargo, destaca que no figure la fracción de eyección del ventrículo izquierdo como uno de los posibles factores pronósticos. Según las guías de práctica clínica, para el diagnóstico de insuficiencia cardiaca se necesitan síntomas y signos de insuficiencia cardiaca, pero también una evidencia objetiva de alteración estructural o funcional del corazón en reposo². En la práctica clínica habitual se suele recurrir al ecocardiograma o al péptido natriurético y en este estudio una de las limitaciones, así reconocidas por los autores, es que no se dispuso de ninguna de estas pruebas en un número importante de pacientes a

pesar de que hasta un 85% ingresó en salas de hospitalización de hospitales terciarios. En el Euro Heart Failure Survey II ya se evidenció que se realizan menos ecocardiogramas a los pacientes ancianos ingresados por un episodio de insuficiencia cardiaca aguda que a los pacientes más jóvenes³; sin embargo, consideramos que conocer la fracción de eyección del ventrículo izquierdo es un criterio de calidad de la asistencia en pacientes con insuficiencia cardiaca. Por este motivo, nos gustaría saber en cuántos de los pacientes del estudio de Miró et al se dispuso de la fracción de eyección durante el ingreso o al menos en el año previo. Creemos que este dato es muy relevante, ya que según su resultado se aplican los tratamientos que han demostrado su eficacia, como la inhibición del sistema renina-angiotensina-aldosterona y del sistema simpático, en pacientes con disfunción sistólica del ventrículo izquierdo².

José González-Costello^a, Nicolás Manito^a
y David Chivite^b

^aServicio de Cardiología. Unidad Funcional de Insuficiencia Cardiaca. Hospital Universitario de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona. España.

^bMedicina Interna. Unidad Funcional de Insuficiencia Cardiaca. Hospital Universitario de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona. España.

BIBLIOGRAFÍA

1. Miró O, Llorens P, Martín-Sánchez J, Herrero P, Pavón J, Pérez-Durá J, et al. Factores pronósticos a corto plazo en los ancianos atendidos en urgencias por insuficiencia cardiaca aguda. *Rev Esp Cardiol*. 2009;62:757-64.
2. Dickstein K, Cohen-Solal A, Filippatos G, McMurray JJV, Ponikowski P, Poole-Wilson PA, et al. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008. *Eur Heart J*. 2008;29:2388-442.
3. Komajda M, Hanon O, Hochadel M, López-Sendón JL, Follath F, Ponikowski P. Contemporary management of octogenarians hospitalized for heart failure in Europe. *Euro Heart Failure Survey II*. *Eur Heart J*. 2009;30:478-86.

Respuesta

Sr. Editor:

El Dr. Castellote Varona afirma que la valoración geriátrica ha demostrado su utilidad en los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) y alude a sus referencias 2 y 3 en las que, si bien se incluye a pacientes procedentes de SUH, la valoración geriátrica no se realizó en dichos servicios. La valoración geriátrica en urgencias es discutible^{1,2} y, desde luego, no se realiza sistemáticamente en los SUH españoles, caracterizados por su alta saturación^{3,4}. Aunque nosotros nos sumamos a la creciente opinión del valor de una correcta valoración funcional del anciano en urgencias^{5,6}, nuestros SUH actuales no facilitan, a día de hoy, una valoración geriátrica

integral que incluya la investigación en profundidad de los aspectos de polifarmacia, adherencia al tratamiento, problemas sociales, *delirium*, variables antropométricas o el estado depresivo, cognitivo y funcional que comenta el autor, ya que los médicos que trabajan en ellos están obligados a una actuación dependiente del tiempo orientada al problema específico del paciente. Por ello, creemos que una valoración geriátrica específicamente adaptada a la dinámica para los SUH ayudaría a poder implementarla en la rutina asistencial diaria.

Además, creemos que nuestro estudio refleja la capacidad real (baja) de los SUH españoles de disponer con carácter urgente de los parámetros nutricionales a los que alude el Dr. Castellote Varona, o del valor del péptido natriurético o la estimación ecocardiográfica de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo que comentan el Dr. González-Costello et al. El tenerlos *a posteriori*, tras el ingreso, no resulta útil para tomar decisiones terapéuticas y de disposición del paciente (ingreso o alta) en un SUH. Además, para los hospitales que no cuentan con una informatización total de la historia clínica, puede ser incluso difícil conocer la fracción de eyección previa del paciente en el momento de la asistencia en el SUH. Y eso en el supuesto de que se haya determinado: sólo el 29% de nuestros pacientes disponía de una estimación previa de la fracción de eyección, y esto era más inhabitual cuanto más anciano el paciente (65-74 años, 38%; 75-84 años, 28%; > 84 años, 22%; $p < 0,01$).

Somos conscientes de que nuestra aproximación a la insuficiencia cardíaca aguda (ICA) desde los SUH⁷ aporta ventajas e inconvenientes a otras aproximaciones que pueden realizarse en cuanto al pronóstico de estos pacientes⁸, y en nuestro estudio las limitaciones eran varias y de ellas se trataba extensamente en el trabajo original. Sin embargo, creemos que la principal ventaja que ofrece es la de ser realista y útil para los médicos que asisten a los pacientes con ICA en nuestros SUH.

Óscar Miró^a, Pere Llorens^b,

Francisco Javier Martín-Sánchez^c y Pablo Herrero^d

^aServicio de Urgencias. Hospital Clínic de Barcelona. Barcelona. España.

^bServicio de Urgencias-UCE. Hospital General de Alicante. Alicante. España.

^cServicio de Urgencias. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. España.

^dServicio de Urgencias. Hospital Central de Asturias. Oviedo. Asturias. España.

4. Montero Pérez FJ. La organización de la cadena asistencial urgente en España o la búsqueda de los eslabones perdidos. *Emergencias*. 2008;20:5-7.
5. Fernández Alonso C, Martín-Sánchez FJ. Valoración funcional al ingreso en una unidad de corta estancia de urgencias. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2009; [en prensa].
6. Gold S, Bergman HJ. A geriatric consultation team in the emergency department. *Am Geriatr Soc*. 1997;45:764-7.
7. Llorens P, Martín-Sánchez FJ, González-Armengol JJ, Herrero P, Jacob J, Bella Álvarez A. Perfil clínico del paciente con insuficiencia cardíaca aguda atendido en los servicios de urgencias: datos preliminares del estudio EAHFE. *Emergencias*. 2008;20:154-63.
8. Mebazaa A, Salem R. Insuficiencia cardíaca aguda: ¿visión realista desde los servicios de urgencias? *Emergencias*. 2008;20:152-3.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rubenstein LZ. The emergency department: a useful site for CGA? *J Am Geriatr Soc*. 1996;44:601-2.
2. Stuck AE. Geriatric assessment: possibilities and limits. *Z Gerontol Geriatr*. 1995;28:3-6.
3. Sánchez M, Salgado E, Miró O. Mecanismos organizativos de adaptación y supervivencia de los servicios de urgencias. *Emergencias*. 2008;20:48-53.