



CARTA AL EDITOR

El paciente anciano con insuficiencia cardiaca: utilidad de la ecocardiografía en la práctica clínica diaria



The elderly patient with heart failure: usefulness of cardiac ultrasound in routine clinical practice

Sr. Editor:

La insuficiencia cardiaca (IC) es una enfermedad cuya prevalencia aumenta con la edad, siendo la principal causa de hospitalización en el paciente mayor, presenta elevadas tasas de reingresos y condiciona un elevado gasto sanitario¹. El diagnóstico de sospecha se basa en los síntomas y signos, la radiología, el electrocardiograma y la determinación de biomarcadores (péptidos natriuréticos). El diagnóstico se confirma con la ecocardiografía, que debe ser realizada de forma sistemática y estructurada por un especialista en cardiología².

La ecocardiografía, que ha sido definida como una técnica de imagen de exploración física, puede ayudar al cardiólogo y a otros especialistas en la selección de pacientes que se beneficiarían de realizar una ecocardiografía reglada³.

Se presenta un caso de primer episodio de IC en el que se llega al diagnóstico de estenosis aórtica (EAO) severa tras la implementación de la ecocardiografía a la práctica clínica habitual del geriatra.

Mujer de 89 años con dependencia leve para las ABVD (Barthel 85) y sin deterioro cognitivo. Antecedentes: HTA, dislipemia, AIT, arteriopatía periférica y enfermedad renal crónica (G3b/G4). En tratamiento con AAS, betabloqueantes, ARA-II, calcioantagonista y tiazidas.

Ingresa en nuestra Unidad Geriátrica de Agudos por disnea y ortopnea. En la exploración presenta crepitantes bibasales, RsCsRs a 75 lpm, soplo sistólico panfocal IV/VI y edemas con fovea en miembros inferiores. En la radiografía de tórax se visualizan cardiomegalia, signos de redistribución vascular y obliteración de ambos senos costofrénicos. ECG con RS y BRDHH. En la bioquímica destaca hemoglobina 10,1 g/dL, creatinina 1,63 mg/dL y NTproBNP 5340pg/mL. Es tratada con diuréticos del asa, betabloqueantes, ARA-II y AAS, con buena respuesta clínica.

Una vez estabilizada, se realiza ecocardiografía detectando: ventrículo izquierdo (VI) no dilatado con función sistólica (FS) conservada, aurícula izquierda (AI) dilatada, válvula mitral con signos de insuficiencia mitral (IM) (fig. 1), válvula aórtica calcificada con apertura reducida y EAO al menos moderada (fig. 2), sin derrame pericárdico.

Recibe el alta hospitalaria, con el diagnóstico de cardiopatía valvular tipo EAO, IC con FS preservada y anemia nefrótica.

Se solicita ecocardiograma al Servicio de Cardiología de referencia, que informan como: «VI de tamaño normal, hipertrofia VI concéntrica moderada, FEVI normal, AI dilatada levemente, IM

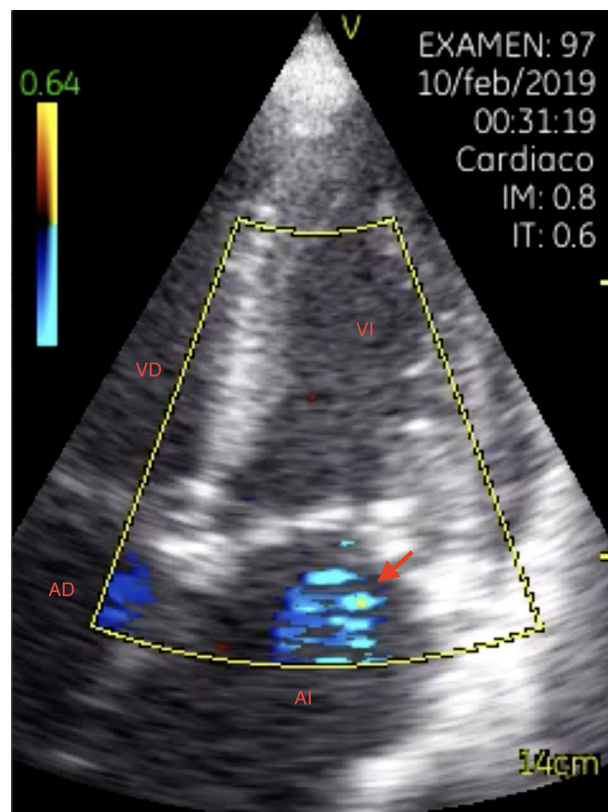


Figura 1. Plano apical 4 cámaras: insuficiencia mitral. AD: aurícula derecha; AI: aurícula izquierda; VD: ventrículo derecho; VI: ventrículo izquierdo.

severa, insuficiencia tricúspide leve, hipertensión pulmonar severa, válvula aórtica trivalva, calcificada y desestructurada, EAO severa e insuficiencia aórtica leve».

La IC es la primera causa de ingreso en las Unidades Geriátricas de Agudos. Para asegurar una adecuada calidad asistencial deberíamos realizar una ecocardiografía a todos los pacientes mayores que ingresan con un primer episodio de IC⁴. Sin embargo, en muchas ocasiones, la presión asistencial sobre el sistema impide realizar esta prueba a todos los pacientes.

Por ello, la ecocardiografía a «pie de cama» realizada por el facultativo no cardiólogo, podría ayudar en la selección de pacientes que se beneficiarían de realizar una ecocardiografía⁵.

En el caso que se expone, podríamos haber estado ante un patrón ecocardiográfico compatible con una cardiopatía hipertensiva con FS preservada e IM funcional con soplo sistólico secundario, que fuera descrito como: «aceptable contractilidad de VI, FS preservada, dilatación de AI y válvula mitral con signos de IM». En ese caso, el

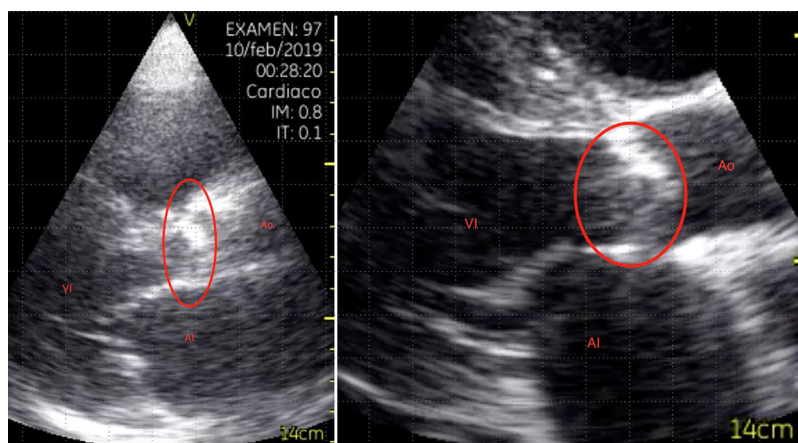


Figura 2. Plano paraesternal eje largo: estenosis aórtica. AI: aurícula izquierda; Ao: aorta; VI: ventrículo izquierdo.

beneficio de realizar ecocardiografía sería menor, ya que no aportaría mayor información sobre el pronóstico ni condicionaría cambios en ninguno de los tratamientos farmacológicos. Sin embargo, al detectar una imagen compatible con EAo y objetivar un hallazgo que precisa de diagnóstico cardiológico, se considera necesario confirmar la sospecha diagnóstica realizando una ecocardiografía⁶.

En definitiva, la ecocardiografía ha sido útil en la toma de decisiones ya que ante los hallazgos confirmados mediante ecocardiograma, se incluyó a la paciente en nuestro Programa de Intervención sobre Pacientes Mayores con EAo, en colaboración con el Área del Corazón, para valoración de reemplazo valvular.

La ecocardiografía es una herramienta complementaria que progresivamente tendrá más peso en nuestra práctica clínica habitual, tanto por sus implicaciones pronósticas como terapéuticas, al ser cada vez más accesible y tener una curva de aprendizaje relativamente rápida⁷. Es importante tener en cuenta la finalidad y limitaciones de esta técnica al no ser realizada por un cardiólogo, sin obviar la anamnesis y la exploración física, imprescindibles para la realización de un correcto diagnóstico diferencial⁸. Así, podremos: estimar la FS, las dimensiones de las cavidades cardíacas y el grosor miocárdico, detectar alteraciones valvulares, valorar la dimensión y función del ventrículo derecho, estimar el diámetro y la colapsabilidad de la vena cava inferior y detectar la presencia de pericárdico.

Partiendo de la base que la ecocardiografía no sustituye en ningún caso a la ecocardiografía^{3,5}, consideramos imprescindible la formación en ecocardiografía de los MIR de Geriátrica del futuro.

Bibliografía

1. Chivite D, Franco J, Formiga F. Insuficiencia cardíaca crónica en el paciente anciano. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2015;50:237-46.

2. Guía ESC. 2016 sobre el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca aguda y crónica. *Rev Esp Cardiol.* 2016;69:1167 e1-85.
3. Pérez L, Díaz S, Pagolac J, García G, López T, Sánchez IM, et al. Documento de consenso de SEMI, semFYC, SEN y SEC sobre ecocardiografía en España. *Rev Esp Cardiol.* 2018;71:935-40.
4. Heidenreich P, Fonarow G. Quality indicators for the care of heart failure in vulnerable elders. *Journal Am Geriatrics Soc.* 2007;55:S340-6.
5. Garcia MA. ¿Es posible entrenar a no cardiólogos para realizar ecocardiografía? *Rev Esp Cardiol.* 2014;67:168-70.
6. Via G, Hussain A, Wells M, Reardon R, ElBarbary M, Noble VE, et al. International Liaison Committee on Focused Cardiac UltraSound (ILC-FoCUS) for the International Conference on Focused Cardiac UltraSound (IC-FoCUS). International evidence-based recommendations for focused cardiac ultrasound. *J Am Soc Echocardiogr.* 2014;27:683e1-e6833.
7. Jacob J, Llopis F, Palom X, Bardes I. Los médicos de urgencias también llaman a la puerta de la ecocardiografía. *Rev Esp Cardiol.* 2014;67:332-4.
8. Barba J, Pérez L. Ecocardiografía fuera del ámbito de la cardiología. Posición y recomendaciones de la Sociedad Española de Cardiología. *Rev Esp Cardiol.* 2016;69:644-6.

José Gutiérrez Rodríguez*, Pablo Enrique Solla Suárez,
Eva María López Álvarez y Juan José Solano Jaurrieta

Área de Gestión Clínica de Geriátrica, Hospital Monte Naranco,
Oviedo, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pepe.gutierrez@telefonica.net
(J. Gutiérrez Rodríguez).

0211-139X/

© 2019 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2019.07.001>

Hepatopatía fatal por amoxicilina-clavulánico en paciente nonagenaria



Fatal liver disease due to amoxicillin-clavulanic acid in nonagenarian patient

Sr. Editor:

La afectación hepática producida por medicamentos es un problema de salud en aumento. Entre los fármacos causantes más

comunes se encuentran el paracetamol, la amoxicilina-ácido clavulánico (AAC) y los antiepilépticos¹⁻⁴.

Atendiendo al tipo de daño hepático, la hepatitis farmacológica puede clasificarse en intrínseca (reacción predecible dosis-dependiente, por ejemplo, el paracetamol) o idiosincrática (menos frecuente, afecta solo a individuos susceptibles y no es dosis-dependiente, por ejemplo, el AAC)². El patrón de daño hepático se cataloga mediante la división de alanina aminotransferasa (ALT) y la fosfatasa alcalina (FA) en relación con sus respectivos valores superiores límites de normalidad (VLN); expresada como