

CARTAS AL EDITOR

La valoración multidimensional es una herramienta necesaria en la atención de los ancianos con insuficiencia cardiaca aguda

Multidimensional assessment tools are needed in the care of elderly patients with acute heart failure

Sr. Editor:

Hemos leído con detenimiento el reciente documento de consenso publicado en EMERGENCIAS para la mejora de la atención integral a los pacientes con insuficiencia cardiaca aguda (ICA) en servicios de urgencias hospitalarios (SUH)¹. Consideramos de gran interés las recomendaciones establecidas desde la primera actuación en pacientes con ICA en función de los escenarios clínicos de presentación inicial hasta el alta de los SUH. En relación a la valoración diagnóstica y estratificación del riesgo de los pacientes ancianos nos gustaría realizar algunas puntualizaciones.

En primer lugar queremos destacar que en España los pacientes con ICA atendidos en los SUH son mayoritariamente de edad avanzada² y se ha documentado diferencias en el perfil, la clínica, el manejo y los resultados a corto plazo en los pacientes con ICA atendidos en los SUH en función de la edad³. A su vez, se ha publicado recientemente una serie de mensajes clave a tener en cuenta en la atención inicial del anciano con ICA⁴. En todos ellos, se insiste en la necesidad de una valoración multidimensional y no solamente cardiológica como herramienta clave para intentar mejorar los resultados a corto plazo.

En el documento de consenso publicado por Llorens Soriano P et al.¹ la valoración es unidimensional, centrada puramente en aspectos clínicos. En dicha valoración no se recogen aspectos funcionales, mentales ni sociales que pudieran asociarse a malos resultados y por ende resultar de interés en la planificación de cuidados al alta del SUH⁴. Se conoce bien que el deterioro funcional agudo en la realización de actividades básicas de la vida diaria y el cuadro confusional agudo o *delirium* son posibles formas de presentación de la patología cardiovascular. Además, conjuntamente con la desnutrición, la dependencia funcional basal gra-

ve, el deterioro cognitivo y la fragilidad social pueden tener tanto o más valor predictivo que los datos clínicos y analíticos que habitualmente tomamos en consideración^{3,4}.

Por otro lado, en el citado consenso se menciona también las unidades vinculadas al servicio de urgencias, especialmente la unidad de observación y las unidades de corta estancia (UCE), como áreas específicas de ingreso emergentes en los pacientes con ICA^{1,5-7}. En este sentido, un artículo reciente con pacientes ancianos dados de alta de una UCE ha objetivado que un 30% de pacientes, entre los que el diagnóstico cardiovascular es de los más frecuentes, presentó algún resultado adverso a los 30 días tras el alta⁸. Se empleó la escala Identification of Seniors at Risk (ISAR) como herramienta de despistaje y una valoración geriátrica adaptada a urgencias (VGU) como herramienta diagnóstica, que incluye entre otras variables, la comorbilidad según índice de Charlson, la situación funcional según índice de Barthel basal y al ingreso, la presencia de *delirium* según el Confusional Assessment Method y el ítem social vivir solo, para identificar al paciente de alto riesgo⁸. Según todo lo anteriormente escrito, podría resultar de interés incluir algunos de los aspectos mencionados en esta carta en futuros consensos con intención de mejorar la atención y la adecuación de los ingresos a los pacientes ancianos con ICA en urgencias⁹.

Esther Rodríguez-Adrada^{1,3},

Javier Perdigones^{2,3},

José Bustamante Mandrión^{2,3},

Cesáreo Fernández Alonso^{2,3}

¹Servicio de Urgencias, Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Madrid, España. ²Servicio de Urgencias, Hospital Universitario Clínico San Carlos, Madrid, España. ³Instituto de Investigación Sanitaria, Hospital Clínico San Carlos (IdISSC), Madrid, España.

cesareofa@hotmail.com

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés en relación al presente artículo.

Bibliografía

1 Llorens Soriano P, Manito Lorite N, Manzano Espinosa L, Martín-Sánchez FJ, Comín Colet J, Formiga F, et al. Consenso para la mejora de la atención integral a los pacientes con insuficiencia cardiaca aguda. *Emergencias*. 2015;27:245-66.

2 Llorens P, Escoda R, Miró O, Herrero-Puente

P, Martín-Sánchez FJ, Jacob J, et al. Características clínicas, terapéuticas y evolutivas de los pacientes con insuficiencia cardiaca aguda atendidos en servicios de urgencias españolas: Registro EAHFE (*Epidemiology of Acute Heart Failure in Spanish Emergency Departments*). *Emergencias*. 2015;27:11-22.

3 Martín-Sánchez FJ, Marino-Genicio R, Rodríguez-Adrada E, Jacob J, Herrero P, Miró O, et al. El manejo de la insuficiencia cardiaca aguda en los servicios de urgencias hospitalarios españoles en función de la edad. *Rev Esp Cardiol*. 2013;66:715-20.

4 Martín-Sánchez FJ, Rodríguez-Adrada E, Llorens P, Formiga F. Mensajes clave para la atención inicial del anciano con insuficiencia cardiaca aguda. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2015;50:185-94.

5 Miró O, Escalada X, Gené E, Boqué C, Jiménez Fábrega FX, Netto C, et al. Estudio SUH-CAT (1): mapa físico de los servicios de urgencias hospitalarios de Cataluña. *Emergencias*. 2014;26:19-34.

6 Llopis Roca F, Juan Pastor A, Ferré Losa C, Martín Sánchez FJ, Llorens Soriano P, Sempere Montes G, et al. Proyecto REGICE: registro de las unidades de corta estancia en España: Localización, aspectos estructurales y dotación de profesionales (REGICE 1). *Emergencias*. 2014;26:57-60.

7 Llopis Roca F, Ferré Losa C, Juan Pastor A, Martín Sánchez FJ, Sempere Montes G, Llorens Soriano P, et al. Proyecto REGICE. Gestión clínica de las unidades de corta estancia en España (REGICE 2). *Emergencias*. 2014; 26:359-62.

8 Fernández Alonso C, González Armengol JJ, Perdigones J, Fuentes Ferrer ME, González Del Castillo J, Martín-Sánchez FJ. La utilidad de la escala Identification of Seniors at Risk (ISAR) para predecir los eventos adversos a corto plazo en los pacientes ancianos dados de alta desde una unidad de corta estancia. *Emergencias*. 2015;27:181-4.

9 Giráldez-García C, Martínez-Virto AM, Quintana-Díaz M, Martín-Vega A. Adecuación de los ingresos hospitalarios procedentes del servicio de urgencias de un hospital de tercer nivel. *Emergencias*. 2014;26:464-7.

En la insuficiencia cardiaca aguda, ¿debemos prestar atención a la glucemia?

Should we check blood glucose levels in patients with acute heart failure

Sr. Editor:

Hemos leído con atención el documento de consenso para la atención integral a los pacientes con insuficiencia cardiaca aguda (ICA)¹ donde se redactan unas completas recomendaciones prácticas con objeto de mejorar la atención de los pacientes con dicha patología, para facilitar que dicha atención sea homogénea y de calidad en todos los puntos del proceso asistencial, desde su atención inicial en urgencias, hasta su manejo ulterior incluso en otras unidades vinculadas a

los servicios de urgencias, tales como las unidades de corta estancia y salas de observación, donde la ICA representa una causa frecuente de ingreso^{2,3} y la optimización de su manejo y las comorbilidades es fundamental de cara a mejorar la estancia y reducir los reingresos⁴. Pensamos que se trata de un gran trabajo llevado a cabo entre las sociedades de Medicina de Urgencias y Emergencias, Cardiología y Medicina Interna, tanto por su sistematización como por la revisión de la literatura existente al respecto.

No obstante, nos gustaría reflexionar acerca de un aspecto no incluido dentro de las recomendaciones basadas en la revisión de las evidencias científicas y que sin embargo, a nuestro juicio, podría tenerse en cuenta en sucesivas ediciones, como son las alteraciones de la glucemia como factor pronóstico en los pacientes con ICA.

Según el registro EAHFE, casi la mitad de los pacientes con ICA son diabéticos⁵. Al igual que en otras patologías atendidas en urgencias (véanse cardiopatía isquémica, cerebrovascular, e incluso broncopatías o cualquier infección o ingreso por cualquier causa), se ha demostrado que la hiperglucemia es un claro factor de mal pronóstico en la ICA⁶. Muchas de estas patologías forman parte de las principales causas de mortalidad en los servicios de urgencias⁷, y aunque en muchos de estos casos podemos afirmar que en los pacientes en los que se realiza un mejor control de la glucemia tienen una mejor evolución, es aún escasa la evidencia científica que valore la influencia del control glucémico en los pacientes con ICA.

Sin embargo cabe esperar que en la ICA el control glucémico ejerza un papel pronóstico similar al descrito en otras patologías de origen cardiológico pese a que en las escalas de riesgo elaboradas para la ICA la hiperglucemia no sea el predictor de mal pronóstico que más peso tenga. Serían necesarios estudios especialmente dirigidos a responder tanto a esta pregunta como si un eventual mejor control glucémico puede repercutir positivamente en la evolución del paciente con ICA.

Desgraciadamente, en la actualidad la diabetes en urgencias es infravalorada y apenas se presta atención a la adecuación de su tratamiento⁸. Por otro lado, el adecuado manejo de las comorbilidades puede reducir los reingresos⁹, más si cabe en la ICA en la que el 40% de los reingresos se debe a causas no cardíacas¹⁰.

Existe por tanto una creciente evidencia sobre que una adecuada detección de la hiperglucemia así como un correcto control metabólico pueden convertirse en un determinante pronóstico en la ICA⁶ y mejorar los malos resultados descritos en estos pacientes, al igual que en otras patologías. Sugerimos, pues, para ulteriores revisiones del consenso, la valoración de la inclusión de la glucemia dentro de los factores pronóstico para la ICA, como parece que ya se está demostrando en la literatura existente, al igual que otros parámetros analíticos con capacidad de influir en la evolución del paciente y que por el contrario sí se enuncian en el consenso. En ese caso, recomendaríamos también su tratamiento según los protocolos publicados en www.semes-diabetes.es.

Esther Álvarez-Rodríguez¹,
Rafael Cuervo Pinto²,
Juan Puig Larrosa³,
M^a Mar Becerra Mayor⁴

¹Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés, Madrid, España. ²Hospital Universitario Clínico San Carlos, Madrid, España. ³Hospital de Marina Baixa, Villajoyosa, Alicante, España. ⁴Hospital Carlos Haya, Málaga, España.
diabetes@portalsemes.org

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés en relación al presente artículo.

Bibliografía

- Llorens P, Manito N, Manzano L, Martín-Sánchez J, Comín J, Formiga F, et al. Consenso para la mejora de la atención integral a los pacientes con insuficiencia cardíaca aguda. *Emergencias*. 2015;27:245-66.
- Llopis F, Juan A, Ferré C, Martín-Sánchez FJ, Llorens P, Sempere G, et al. Proyecto REGICE: Registro de las unidades de corta estancia en España: Localización, aspectos estructurales y dotación de profesionales (REGICE 1). *Emergencias*. 2014;26:57-60.
- Llopis F, Ferré C, Juan A, Martín-Sánchez FJ, Sempere G, Llorens P, et al. Proyecto REGICE. Gestión clínica de las unidades de corta estancia en España (REGICE 2). *Emergencias*. 2014;26:359-62.
- Miró O, Escalada X, Gené E, Boqué C, Jiménez FX, Netto C, et al. Estudio SUH-CAT (1): mapa físico de los servicios de urgencias hospitalarios de Cataluña. *Emergencias*. 2014;26:19-34.
- Llorens P, Escoda R, Miró O, Herrero-Puente P, Martín-Sánchez FJ, Jacob J, et al. Características clínicas, terapéuticas y evolutivas de los pacientes con insuficiencia cardíaca aguda atendidos en los servicios de urgencias españoles: Registro EAHFE. *Emergencias*. 2015;27:11-22.
- Mebazaa A, Gayat E, Lassus J, Meas T, Mueller C, Maggioni A, et al. Association between elevated blood glucose and outcome in acute heart failure. *J Am Coll Cardiol*. 2013;61:820-9.

7 Ruíz M, García-León FJ, López-Campos JL. Características demográficas de la mortalidad en los servicios de urgencias hospitalarios de Andalucía. *Emergencias*. 2014;26:109-13.

8 Agudo T, Álvarez-Rodríguez E, Caurel Z, Martín A, Merinero R, Álvarez V, et al. Prevención de las complicaciones cardiovasculares asociadas a la diabetes mellitus en los servicios de urgencias. *Emergencias*. 2015;27:150-4.

9 Jiménez-Puente J, del Río-Mata J, Arjona-Huertas JL, Mora-Ordoñez B, Nieto-de Haro L, Lara-Blanquer A, et al. Causas de los retornos durante las 72 horas siguientes al alta de urgencias. *Emergencias*. 2015;27:287-93.

10 O'Connor CM, Miller AB, Blair JE, Konstam MA, Wedge P, Bahit MC, et al. Causes of death and rehospitalization in patients hospitalized with worsening heart failure and reduced left ventricular ejection fraction: Results from efficacy of vasopressin antagonism in heart failure outcome study with tolvaptan (EVEREST) program. *Am Heart J*. 2010;159:841-9.

Respuesta del autor

Author reply

Sr. Editor:

Hemos leído con interés y agradecemos los comentarios realizados tanto por Rodríguez-Adrada *et al.* como por Álvarez-Rodríguez *et al.* del documento de consenso publicado en EMERGENCIAS para la mejora de la atención integral a los pacientes con insuficiencia cardíaca aguda (ICA) en servicios de urgencias hospitalarios (SUH)¹.

Rodríguez-Adrada *et al.* citan que la valoración de estos pacientes es unidimensional, centrada puramente en aspectos clínicos. Sin embargo, al contrario de lo descrito por estos, el propio consenso recoge que deben tenerse en cuenta también la situación funcional y cognitiva previa, la fragilidad y las comorbilidades existentes, haciendo énfasis en una valoración multidimensional y no puramente cardiológica^{1,2}.

En el consenso se deja bien patente que existe una amplia variabilidad de modelos asistenciales y que hacen recomendable la regulación estructurada, planificada y adaptada de la atención según las necesidades de las distintas condiciones de gravedad del paciente, como puede ser la comorbilidad o síndromes geriátricos asociados que en muchos casos van a estar dominando la situación clínica de los pacientes con ICA en los SUH^{1,3,4}.

Las unidades de corta estancia (UCE), mayoritariamente dependientes de los SUH, están ya implantadas co-

mo recurso alternativo a la hospitalización convencional en pacientes con ICA⁵ y han mostrando una disminución de la estancia media hospitalaria con un buen perfil de seguridad, sin un aumento en la mortalidad ni las tasas de reingreso⁶; con lo que forman parte de la organización asistencial de esta enfermedad y así se ha recogido en el consenso, incluso identificando los candidatos ideales para dichas unidades.

Coincidimos con los autores que se han descrito numerosas escalas de estratificación del riesgo corto plazo que nos pueden ser de ayuda en la toma de decisiones⁷ y así fue recogido en el propio consenso. Y también recoge que deben utilizarse aquellas que estén validadas, sugiriendo la utilización de alguna de las publicadas, sin anular ninguna de las otras no citadas y que pueden ayudar a identificar a aquellos pacientes de riesgo intermedio o con dudas en el riesgo bajo para ingresar en unidades alternativas vinculadas a los SUH como las UCEs, especialmente en el anciano frágil.

Álvarez-Rodríguez *et al.* reflexionan en su carta sobre la importancia de la hiperglucemia como factor pronóstico en diferentes enfermedades cardiovasculares^{8,9}. Sin embargo, como ellos mismos afirman, es aún escasa la evidencia científica que valore la influencia positiva del control glucémico en los pacientes con ICA^{10,11}. No obstante, reitero que en el consenso se deja patente que el manejo y control de las comorbilidades –y dentro de estas estaría la diabetes mellitus– es uno de los objetivos primarios en el tratamiento de la ICA y se reconoce que en múltiples ocasiones estas comorbilidades son de igual o mayor importancia e impacto tanto para el control clínico como en la evolución del paciente a corto y a largo plazo.

Finalmente los autores del consenso hemos intentado aportar un análisis crítico de la situación actual de nuestro modelo asistencial y proponer un conjunto de recomendaciones orientadas a la mejora del actual escenario asistencial en pacientes con ICA sin una mayor pretensión que la de orientar al profesional. Las características propias del documento no permite profundizar en ocasiones en muchos aspectos de relevancia, y que no significa que no tengan igual o mayor impacto e importancia en la atención de pacientes con ICA que otros aspectos descritos en el consenso. Los autores deseamos que el mencionado documento de consenso sea el punto

de partida de una atención multidisciplinar y consensuada.

Pere Llorens

Servicio de Urgencias, Unidad de Corta Estancia y Unidad de Hospitalización a Domicilio, Hospital General Universitario de Alicante, España.

llorens_ped@gva.es

Conflicto de interés

El autor declara no tener conflictos de interés en relación al presente artículo.

Bibliografía

- Llorens Soriano P, Manito Lorite N, Manzano Espinosa L, Martín-Sánchez FJ, Comín Colet J, Formiga F, et al. Consenso para la mejora de la atención integral a los pacientes con insuficiencia cardiaca aguda. *Emergencias*. 2015;27:245-66.
- Llorens P, Escoda R, Miró O, Herrero-Puente P, Martín-Sánchez FJ, Jacob J, et al. Características clínicas, terapéuticas y evolutivas de los pacientes con insuficiencia cardiaca aguda atendidos en servicios de urgencias españolas: Registro EAHFE (Epidemiology of Acute Heart Failure in Spanish Emergency Departments). *Emergencias* 2015;27:11-22.
- Miró O, Escalada X, Gené E, Boqué C, Jiménez Fábrega FX, Netto C, et al. Estudio SUH-CAT (1): mapa físico de los servicios de urgencias hospitalarios de Cataluña. *Emergencias*. 2014;26:19-34.
- Miró O, Escalada X, Boqué C, Gené E, Jiménez Fábrega FX, Netto C, et al. Estudio SUH-CAT (2): mapa funcional de los servicios de urgencias hospitalarios de Cataluña. *Emergencias*. 2014;26:35-46.
- Llopis Roca F, Juan Pastor A, Ferré Losa C, Martín Sánchez FJ, Llorens Soriano P, Sempere Montes G, et al. Proyecto REGICE: registro de las unidades de corta estancia en España: Localización, aspectos estructurales y dotación de profesionales (REGICE 1). *Emergencias*. 2014;26:57-60.
- Llopis Roca F, Ferré Losa C, Juan Pastor A, Martín Sánchez FJ, Sempere Montes G, Llorens Soriano P, et al. Proyecto REGICE. Gestión clínica de las unidades de corta estancia en España (REGICE 2). *Emergencias*. 2014;26:359-62.
- Martín-Sánchez FJ, Marino-Genicio R, Rodríguez-Adrada E, Jacob J, Herrero P, Miró O, et al. El manejo de la insuficiencia cardiaca aguda en los servicios de urgencias hospitalarios españoles en función de la edad. *Rev Esp Cardiol*. 2013;66:715-720.
- Mebazaa A, Gayat E, Lassus J, Meas T, Mueller C, Maggioni A, et al. Association between elevated blood glucose and outcome in acute heart failure. *J Am Coll Cardiol*. 2013;61:820-9.
- Ruiz M, García-León FJ, López-Campos JL. Características demográficas de la mortalidad en los servicios de urgencias hospitalarios de Andalucía. *Emergencias*. 2014;26:109-13.
- Agudo T, Álvarez-Rodríguez E, Caurel Z, Martín A, Merinero R, Álvarez V, et al. Prevención de las complicaciones cardiovasculares asociadas a la diabetes mellitus en los servicios de urgencias. *Emergencias*. 2015;27:150-4.
- Jiménez-Puente J, del Río-Mata J, Arjona-Huertas JL, Mora-Ordoñez, B, Nieto-de Haro L, Lara-Blanquer A, et al. Causas de los retornos durante las 72 horas siguientes al alta de urgencias. *Emergencias*. 2015;27:287-93.

Nuevas herramientas frente a la saturación en los servicios de urgencias hospitalarios: gestión de la estancia, toma de decisiones y flexibilidad operativa

New Tools for coping with hospital emergency department overcrowding: managing throughput, decision-making, and operational flexibility

Sr. Editor:

Tudela y Mòdol¹ hacen una excelente revisión sobre saturación en el servicio de urgencias hospitalario (SUH) y apuntan los factores clave para la prevención del problema. Estando de acuerdo con ellos, creemos que la adecuada organización del SUH es un punto fundamental, y que la gestión de la estancia resulta una herramienta muy potente de prevención y control.

Si la saturación pone en riesgo la asistencia (entendida como una atención centrada en el paciente, segura, eficaz, en tiempo correcto, eficiente y equitativa)^{2,3}, el objetivo del SUH debe ser conseguir que cada paciente sea atendido en el tiempo (nivel de *triaje*) y forma adecuados (calidad suministrada, percibida)^{4,5}, independientemente del grado de demanda.

Una gestión de la estancia eficaz implica definir precozmente la trayectoria de cada paciente, evitando tiempos perdidos, con una práctica clínica ajustada al conocimiento científico, hechos que requieren de diversos elementos⁶⁻¹³. Es fundamental una estructura favorable, con áreas diferenciadas de atención para los distintos circuitos (*triaje*, áreas de visita rápida, unidad de observación y/o estancia corta) y para las distintas necesidades de los pacientes. También es imprescindible dotar al SUH de capacidad de resolución, mediante: 1) profesionales de urgencias expertos, capaces de una toma de decisiones clínicas precoz y resolutoria, 2) participación de las especialidades (entendida como coordinación e implicación intensa en los procesos), 3) acceso a ciertos procedimientos diagnósticos y terapéuticos complejos desde el SUH, 4) existencia de circuitos ambulatorios facilitadores de alta, y finalmente 5) conexión del SUH con el entorno posthospitalario (centro sociosanitario de subagudos, atención domiciliaria) como alternativas a la hospitalización para pacientes seleccionados.

El resultado es un SUH altamente resolutivo, que completará la atención de un grupo numeroso de pacientes (en el propio SUH o en el entorno posthospitalario), facilitará el alta directa y evitará el ingreso, hecho que es un factor determinante en la saturación.

Pero es preciso aceptar que se producirán periodos críticos que pondrán en peligro la calidad (horas concretas, brote epidémico, catástrofes inesperadas). Cada causa tiene distintas soluciones, pero todas comparten la misma respuesta inicial: haber diseñado mecanismos para contrarrestar el desequilibrio entre entradas y salidas, activándose de manera gradual y acorde con la demanda, empezando con medidas internas al propio SUH, para llegar a otras que comprometan a todo el hospital. Un SUH flexible, capaz de adaptarse al cambio, se provee a través de decisiones organizativas apropiadas a diferentes niveles y momentos (diseño, planificación, control y puesta en marcha ágil de medidas correctoras), pero también de la capacidad de los profesionales de adaptar su actuación al incremento de la demanda, tal como Ward *et al.* describen en su adaptación del modelo de flexibilidad operacional industrial a la medicina de urgencias¹⁴.

Mireia Puig Campmany,
Josep Ris Romeu,
Salvador Benito Vales

Servicio de Urgencias y Coordinación de
Trasplante, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau,
Barcelona, España.
mpuigc@santpau.cat

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés en relación al presente artículo.

Bibliografía

- Tudela P, Mòdol JM. La saturación en los servicios de urgencias hospitalarios. *Emergencias*. 2015;27:113-20.
- Institute Of Medicine. Shaping the Future for Health. Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century. Committee on Quality of Health Care in America, Washington. 2001.
- Pines JM, McCarthy ML. The Crowding-Effectiveness Link: It Doesn't Matter How Fast We Deliver Care If We Don't Deliver It Right. *Ann Emerg Med*. 2011;57:201-2.
- Derlet RW. Overcrowding in Emergency Departments: Increased Demand and Decreased Capacity. *Ann Emerg Med*. 2002;39:430-2.
- Meeting the Challenge of Emergency Department Overcrowding/Boarding. Washington: American College of Emergency Physicians; 2006.
- Ovens H. Saturación de los servicios de urgencias. Una propuesta desde el Sistema para un problema del Sistema. *Emergencias*. 2010;22:244-6.
- Sánchez M, Miró Ò, Coll-Vinent B. Saturación del servicio de urgencias: factores asociados y cuantificación. *Med Clin (Barc)*. 2003;121:167-72.
- Sánchez M, Salgado E, Miró Ò. Mecanismos organizativos de adaptación y supervivencia de los servicios de urgencia. *Emergencias*. 2008;20:48-53.
- Flores CR. La saturación de los servicios de urgencias: una llamada a la unidad. *Emergencias*. 2011;23:9-64.
- Honigman LS, Schuur JD, Chambers JG, Pines JM. Adoption of Interventions to Reduce Emergency Department Crowding from 2007 to 2010. *Ann Emerg Med*. 2014;64(Supl. 4):74.
- Juan Pastor A, Manjón S. La jerarquización de los servicios de urgencias hospitalarios como condición necesaria para la mejora continua. *Emergencias*. 2014;26:484-8.
- Montero-Pérez FJ, Calderón de la Barca JM, Jiménez L. Gestión clínica de un servicio de urgencias hospitalario mediante un cuadro de mando asistencial específico. *Emergencias*. 2012;24:476-84.
- Castro R, Arcos P, Rodríguez Soler A. Sistema sanitario y triaje ante una pandemia de gripe: un enfoque desde la salud pública. *Emergencias*. 2009;21:376-81.
- Ward JM, Ferrand YB, Laker LF. The Nature and Necessity of Operational Flexibility in the Emergency Department. *Ann Emerg Med*. 2015;65:156-61.

Dolor epigástrico y eosinofilia

Epigastric pain and eosinophilia

Sr. Editor:

El manejo del paciente con eosinofilia en urgencias requiere la realización de un diagnóstico diferencial de las patologías causantes más probables (Tabla 1). El caso que reportamos presenta una enfermedad de baja prevalencia, entre 1 y 22-28/100.000 casos/personas según series^{1,2}, que debe incluirse en el diagnóstico diferencial de un paciente con eosinofilia.

Varón de 45 años, natural de Perú, residente en España hace 15 años, sin viajes recientes al extranjero, sin antecedentes familiares ni personales de interés ni alergias conocidas. Refería ser consumidor habitual de ceviche y pescado crudo. Acudió al servicio de urgencias (SU) por diarrea y dolor difuso abdominal tras consumir marisco. Fue dado de alta con tratamiento dietético mejorando la diarrea, pero persistiendo una epigastralgia con vómitos, por lo que reconsultó 20 días después. Tras objetivar leucocitosis de 16.700/uL con 8.400 eosinófilos (50,3%), se decidió ingreso en la unidad de corta estancia con sospecha de parasitosis y con tratamiento de metronidazol y dieta absoluta pautado desde el SU. Las pruebas de alergia (test cutáneos de provocación, IgE específica para *Anisakis* y valores de triptasa) fueron negativas. Los coprocultivos y estudios de parásitos en heces fueron negativos. En la gastroscopia se descartó presencia de *Anisakis* y se objetivaron erosiones dispersas inespecíficas en el cuerpo gástrico. Se tomaron biopsias múltiples que revelaron infiltración casi exclusiva de la lámina propia por eosinófilos (70/CGA). En la analítica de control a las 48 horas se objetivaron 19.100 leucocitos/uL con 12.300 eosinófilos (64,5%). Tras recibir los resultados referidos, se inició tratamiento con prednisona 40 mg/día con la orientación diagnóstica de gastritis eosinofílica con rápida mejoría clínica y analítica (8.800 leucocitos/uL con 0 eosinófilos a los tres días de tratamiento).

Las enfermedades gastrointestinales eosinofílicas primarias incluyen cinco variantes (esofagitis, gastritis, gastroenteritis, enteritis y colitis)¹. Afectan a cualquier grupo étnico, habitualmente entre la tercera y quinta décadas de la vida, con discreto predominio en varones³. El 50-70% de casos asocia historia familiar y/o personal de alergia, atopia, asma o rinitis^{1,2}. Su diagnóstico exige evidencia histológica de infiltración eosinofílica en uno o más segmentos del tracto gastrointestinal y clínica gastrointestinal, que varía según la capa afectada: mucosa (25-100% de los casos: náu-

Tabla 1. Diagnóstico diferencial de hipereosinofilia^{1,2}

- Síndrome hipereosinofílico.
- Enfermedad inflamatoria intestinal.
- Parasitosis intestinal.
- Infección por <i>Helicobacter pylori</i> .
- Gastroenteritis eosinofílica primaria.
- Vasculitis (síndrome de Churg-Strauss, poliarteritis nodosa).
- Granuloma eosinófilo.
- Conectivopatías (lupus eritematoso sistémico, esclerodermia, dermatomiositis).
- Enfermedad injerto contra huésped.
- Reacciones a fármacos (antiinflamatorios, interferón, enalapril, carbamacepina, trimetoprim/sulfametoxazol, clopidogrel).
- Pénfigo, penfigoide.
- Sarcoidosis, síndrome de Löffler.
- Procesos alérgicos (asma, rinitis, alergias alimentarias, aspergilosis broncopulmonar alérgica).

seas/vómitos, dolor, diarrea, malabsorción, dispepsia, enteropatía pierde-proteínas), muscular (13-70%: es-tenosis u obstrucción intestinal) o serosa (14-40%: ascitis eosinofílica). Además, deben descartarse otras alternativas diagnósticas que producen eosinofilia^{1,3}.

El tratamiento consiste en dieta eliminando potenciales alérgenos alimentarios⁴ y prednisona 20-40 mg/día durante 6-8 semanas³. Otras alternativas terapéuticas son: cromoglicato, montelukast, antihistamínicos, budesonida y omalizumab^{2,3}. La evolución habitual es la desaparición de los síntomas con normalización analítica en las primeras dos semanas, si bien hay pacientes que requieren tratamientos prolongados o incluso dosis bajas de mantenimiento con prednisona 5-10 mg/día^{2,5} por presentar recidivas frecuentes.

El caso que presentamos hace referencia a una patología poco habitual que debemos incluir en el diagnóstico diferencial de la eosinofilia asociada a sintomatología digestiva.

Raquel Cenjor Martín¹,
Rafael Cuervo Pinto²,
Manuel Losada Zafrilla²,
Eric Jorge García Lamberechts²

¹Hospital Universitario Central de Asturias, España.

²Hospital Universitario Clínico San Carlos, España.

r.cenjorm@gmail.com

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés en relación al presente artículo.

Bibliografía

- López-Medina G, Gallo M, Prado A, Vicuña-Honorato I, Castillo Díaz de León R. Eosinophilic Gastroenteritis: Case report and review in search for diagnostic key points. *Case Rep Gastrointest Med.* 2015; dx.doi.org/10.1155/2015/239506
- Prussin C, Gonsalves N. Eosinophilic gastroenteritis. En: UpToDate, Friedman LS (Ed), UpToDate, Waltham, MA. (Consultado 28 Octubre 2015). Disponible en: <http://www.uptodate.com/contents/eosinophilic-gastroenteritis>
- Wong GW, Lim KH, Wan WK, Low SC, Kong SC. Eosinophilic gastroenteritis: Clinical profiles and treatment outcomes, a retrospective study of 18 adult patients in a Singapore Tertiary Hospital. *Med J Malaysia.* 2015;70:232-7.
- Arias A, González-Cervera J, Tenias JM, Lucendo AJ. Efficacy of dietary interventions for introducing hisotologic remission in patients with eosinophilic esophagitis: a systematic review and meta-analysis. *Gastroenterology.* 2014;146:1639-48.
- Fernández L, Lado FL, Fernández JM, Macías F, Van Den Eynde A. Gastroenteritis eosinofílica. Revisión a propósito de dos nuevos casos. *Galicia Clínica.* 2010;71:125-8.

Encefalitis por virus herpes simple tipo 1 en una mujer gestante

Encephalitis due to herpes simplex virus type 1 in pregnancy

Sr. Editor:

La encefalitis por virus herpes simple (EHS) es una de las causas más frecuentes de encefalitis, la mayoría debidas al virus herpes simple tipo-1 (VHS1)¹. Su incidencia en el embarazo es desconocida y se han publicado 19 casos^{2,4}.

Mujer de 35 años gestante de 32 semanas consultó en urgencias por cefalea y cervicalgia desde hacía 3 días con somnolencia, conducta inapropiada y discurso incoherente en las últimas horas. Presentaba una puntuación en la Escala de Coma de Glasgow de 13 y temperatura de 37,1°C sin otros hallazgos. En la analítica había leucocitos de $16 \times 10^3/\text{mm}^3$, con procalcitonina, bioquímica sanguínea y análisis de orina normales. La resonancia magnética (RM) fue compatible con encefalitis herpética afectando al lóbulo temporal derecho. El líquido cefalorraquídeo (LCR) fue claro con glucosa 75 mg/dl (80 mg/dl en sangre), proteínas 87 mg/dl y 170 leucocitos/mm³ (100% linfocitos). Se pautó ceftriaxona (2 g/12 h), aciclovir (10 mg/kg/8 h), betametasona intramuscular para la maduración pulmonar fetal y atosibán por contracciones uterinas. La paciente ingresó en la unidad de cuidados intensivos. La reacción en cadena de la polimerasa (PCR) del LCR resultó positiva para VHS1. Al 4º día presentó una crisis epiléptica generalizada durante la realización de un registro cardiotocográfico (RCTG) que cedió tras administrar diazepam. El RCTG posterior mostró bradicardia fetal. Ante el riesgo de pérdida de bienestar fetal y la necesidad de intensificar tratamiento materno con potencial efecto perjudicial para el feto se realizó cesárea urgente. El neonato (test de Apgar de 9 y 10 al minuto 1 y 5 respectivamente) recibió aciclovir profiláctico que se suspendió tras el resultado negativo de la PCR para VHS1 en sus muestras. Se inició levetiracetam a la paciente y se realizó una tomografía computarizada que mostró alteraciones en relación con EHS. La paciente siguió una buena evolución clínica y fue alta hospitalaria a los 23 días, finalizando el tratamiento antiviral y sin secuelas neurológicas.

La mayoría de las EHS en gestantes se describen en el 2º y 3º trimestre, probablemente debido a adaptaciones inmunológicas en este periodo que predisponen a infecciones virales^{4,5}. La cefalea, la alteración del nivel de conciencia o las convulsiones obligan a descartar eclampsia, trombosis de senos venosos y alteraciones me-

tabólicas⁴. Ante la sospecha de encefalitis se recomienda iniciar una penicilina y aciclovir³ si el LCR o la RM sugieren encefalitis viral, o dentro de las 6 primeras horas si no disponemos de resultados¹. El diagnóstico y tratamiento precoz reduce la mortalidad de más del 70% a un 30-20%¹. La RM es la prueba de imagen más sensible y específica¹, de elección en el embarazo al emplear radiación no ionizante y la PCR es la prueba de referencia para el diagnóstico^{1,2,5}.

El aciclovir debe mantenerse 14-21 días, algunos autores recomiendan confirmar que la PCR es negativa al finalizar el tratamiento¹. Existe evidencia de su seguridad en el embarazo^{3,5}; atraviesa la placenta, se presenta en sangre fetal y se excreta al líquido amniótico^{3,5}. El empleo de corticoides es controvertido en las encefalitis víricas¹. Si está indicado utilizar antimicrobianos en la gestación debemos emplear la dosis eficaz más baja⁴, de primera línea es la lamotrigina⁵, y se debe evitar la politerapia⁴. Si la situación de la madre o del feto se deteriora, debe realizarse cesárea urgente⁵.

Francisco Ramón Pampín Huerta¹
María Pilar Madruga Garrido¹
Alexandra Cenicerós Barros²,
Ángel Martínez Muñiz³

¹Unidad de Reanimación y Cuidados Intensivos, Hospital HM Modelo, A Coruña, España. ²Unidad de Cuidados Intensivos, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, A Coruña, España.

³Unidad de Diagnóstico por Imagen, Hospital HM Modelo, A Coruña, España.

franpampin@yahoo.es

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés en relación al presente artículo.

Bibliografía

- Solomon T, Michael BD, Smith PE, Sander-son F, Davies NW, Hart IJ, et al. Management of suspected viral encephalitis in adults – association of British Neurologists and British Infection Association National Guidelines. *J Infect.* 2012;64:347-73.
- Dobson S, Muppala H, Keeley J, Gribbin C. Acute herpes simplex encephalitis in pregnancy. *J Obstet Gynaecol.* 2015; 24:1-2.
- Dupuis O, Audibert F, Fernandez H, Frydman R. Herpes simplex virus encephalitis in pregnancy. *Obstet Gynecol.* 1999;94:810-2.
- Dodd KC, Michael BD, Ziso B, Williams B, Borrow R, Krishnan A, et al. Herpes simplex virus encephalitis in pregnancy - a case report and review of reported patients in the literature. *BMC Res Notes.* 2015;8:118.
- Sellner J, Buonomano R, Nedeltchev K, Findling O, Schroth G, Surbek DV, et al. A case of maternal herpes simplex virus encephalitis during later pregnancy. *Nat Clin Pract Neurol.* 2009;5:51-6.