

## Cartas al Editor

Comorbilidad de los pacientes ingresados por insuficiencia cardíaca en un servicio de cardiología

Comorbidity in Patients Admitted to a Department of Cardiology Due to Heart Failure

Sra. Editora:

Cada vez tiene más interés conocer los factores que pueden incidir en el pronóstico y el consumo de recursos en pacientes ingresados por insuficiencia cardíaca; así, se ha analizado el impacto de la comorbilidad en la evolución de pacientes con insuficiencia cardíaca ingresados en servicios de medicina interna en un reciente registro multicéntrico de diferentes hospitales de la geografía española<sup>1</sup>. Los autores encuentran enfermedades añadidas a la insuficiencia cardíaca en el 60% de los pacientes, lo que se ha denominado como comorbilidad, y concluyen „aunque en el análisis multivariable no se asoció, que la mayor comorbilidad medida por el índice de Charlson<sup>2</sup> se asocia a mayor mortalidad.

En 2008, ingresaron en nuestro servicio de cardiología, de un hospital de tercer nivel, 130 pacientes con el grupo relacionado con el diagnóstico 127 (insuficiencia cardíaca y shock), según el servicio de documentación clínica. Analizamos las estancias por encima del estándar de 7,9 días en relación con distintas variables. La mediana de edad era 71,5 años, el 48,5% eran mujeres y se consideró pluripatológicos (dos o más afecciones) a los pacientes según una definición de un comité de expertos<sup>3</sup>. En una serie de pacientes ingresados en servicios de medicina interna, se encontró una prevalencia de pluripatológicos del 42%<sup>4</sup>. Las comorbilidades<sup>3</sup> fueron: 25%, reumáticas o insuficiencia renal crónica (II); 33,8%, respiratorias (III); 4,4%, inflamatoria crónica intestinal o hepatopatía (IV); 16%, neurológicas (V); 11,8%, arteriopatía periférica o diabetes mellitus con repercusión visceral excluida la coronaria (VI); 14,7%, oncológicas o hematológicas no subsidiarias de tratamiento especializado (VII). El 87% de los pacientes eran pluripatológicos<sup>3-6</sup> y el 69% tuvo un ingreso previo en el servicio. El 48,5% padecía „brilación auricular y el 32,4%, anemia. En análisis de regresión logística, tener una estancia superior a 7,9 días se asoció solamente a tener „brilación auricular (*odds ratio* [OR] = 2,48; intervalo de confianza [IC] del 95%, 0,88-6,99; *p* = 0,04) o anemia (OR = 3,4; IC del 95%, 1-11; *p* = 0,02), conclusiones similares a las de otros autores<sup>7,8</sup>.

Se ha cuestionado el índice de Charlson como reflejo de comorbilidad, pues lo que estima es el pronóstico vital, ya que a cada categoría se asocia una ponderación basada en el riesgo de mortalidad a 1 año. Sin embargo, la clasificación que utilizamos tiene en cuenta la repercusión que tiene la comorbilidad<sup>3-6,9</sup> en la biología del paciente. En nuestra serie no encontramos relación

entre comorbilidad y mortalidad hospitalaria, probablemente por el tamaño de la muestra y la metodología utilizada. Se ha expresado que los pacientes derivados a las consultas de cardiología tienen menos comorbilidad<sup>1</sup>. Nuestro análisis muestra elevada comorbilidad en pacientes con insuficiencia cardíaca ingresados que posteriormente recibieron seguimiento en consulta de insuficiencia cardíaca, sin que dicha comorbilidad tuviese repercusión en las estancias prolongadas.

Manuel de Mora-Martín\*, José M. Pérez-Ruiz, José L. Delgado-Prieto y Cristóbal A. Urbano-Carrillo

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Carlos Haya, Málaga, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [manuel.mora@telefonica.net](mailto:manuel.mora@telefonica.net) (M. de Mora-Martín).

On-line el 15 de diciembre de 2010

## BIBLIOGRAFÍA

- Montero Pérez-Barquero M, Conthe Gutiérrez P, Román Sánchez P, García Alegría J, Forteza-Rey J. Comorbilidad de los pacientes ingresados por insuficiencia cardíaca en los servicios de medicina interna. *Rev Clin Esp*. 2010;210:149...58.
- Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: Development and validation. *J Chronic Dis*. 1987;40:373...83.
- Ollero M, Álvarez M, Barón B, Bernabéu M, Codina A, Fernández A, et al. Atención al paciente pluripatológico. En: *Proceso Asistencial Integrado*, 2.ª ed. Sevilla: Consejería de Salud; 2007. p. 16.
- Zambrana García JL, Velasco Malagón MJ, Díez García F, Cruz Caparrós G, Martín Escalante MD, Adarraga Cansino MD, et al. Características clínicas diferenciales de los enfermos pluripatológicos hospitalizados en servicios de Medicina Interna. *Rev Clin Esp*. 2005;205:413...7.
- Bujalance Oteros M, De Mora Martín M, Pérez Ruiz JM, Castillo López S, Hevia Ceva N, González Escobosa AC, et al. Evaluación de las estancias prolongadas en pacientes con insuficiencia cardíaca. *Rev Esp Cardiol*. 2009;62(Supl 3):43.
- García-Morillo JS, Bernabeu-Wittel M, Ollero-Baturone M, Aguilar-Guisad M, Ramírez-Duque N, González de la Puente MA, et al. Incidencia y características clínicas de los pacientes con pluripatología ingresados en una unidad de medicina interna. *Med Clin (Barc)*. 2005;125:5...9.
- Corell P, Gustafsson F, Schou M, Markenvard J, Nielsen T, Hildebrandt P. Prevalence and prognostic significance of atrial „brillation in outpatients with heart failure due to left ventricular systolic dysfunction. *Eur J Heart Fail*. 2007;9:258...65.
- Anker SD, Comin Colet J, Filippatos G, Willenheimer R, Dickstein K, Drexler H, et al. Ferric carboxymaltose in patients with heart failure and iron deficiency. *N Engl J Med*. 2009;361:2436...48.
- Núñez JE, Núñez E, Fácila L, Bertomeu V, Llàcer A, Bodó V, et al. Papel del índice de Charlson en el pronóstico a 30 días y 1 año tras un infarto agudo de miocardio. *Rev Esp Cardiol*. 2004;57:842...9.

doi:10.1016/j.recsep.2010.05.004

Síndrome de Heyde

Heyde's Syndrome

Sra. Editora:

El síndrome de Heyde está descrito como asociación entre estenosis aórtica y sangrado por angiodisplasia intestinal<sup>1</sup>. Este

síndrome hemorrágico se ha relacionado con un déficit adquirido de factor de von Willebrand tipo IIa.

Se presenta el caso de una mujer de 89 años con antecedentes personales de hipertensión, dislipemia y soplo sistólico conocido, pero no estudiado, que acude a urgencias por episodio sincopal y melenas. En la analítica realizada se objetiva hemoglobina de 6,4 g/dl y hematocrito del 18%, por lo que se decide transfusión e ingreso para estudio de anemia. Se realizan tomografía computarizada abdominal con contraste, endoscopia oral y colonoscopia,

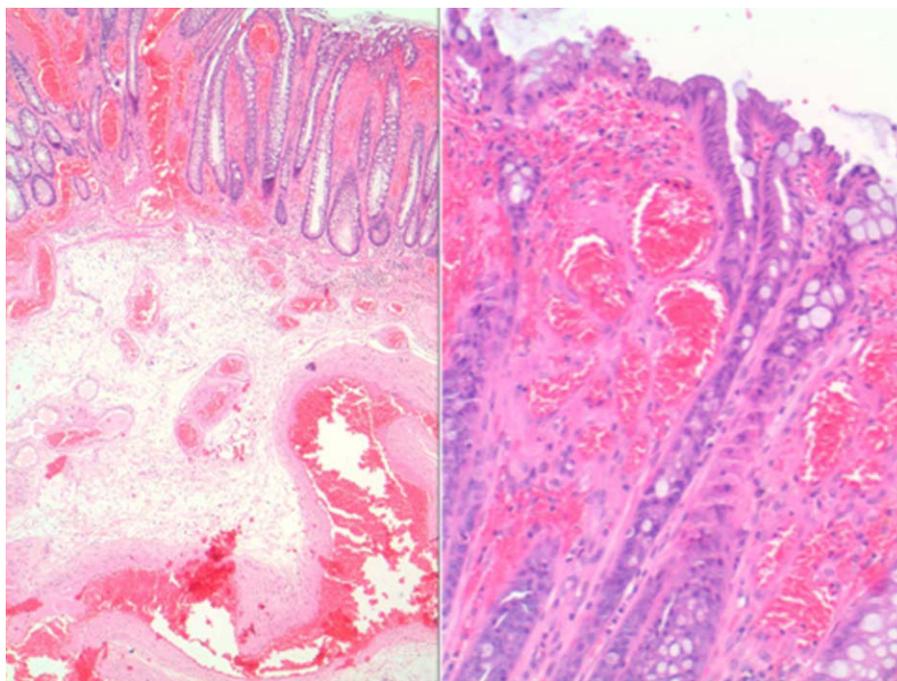


Figura 1. Preparación histológica de la pared del colon donde se observan vasos ectásicos de paredes delgadas, revestidos por endotelio (H-E, 10 y 120).

y no se evidencia punto de sangrado. Ante la persistencia de la hemorragia y necesidad de transfusiones repetidas, se decide la intervención quirúrgica con carácter urgente. Durante la intervención se realiza endoscopia intraoperatoria, que objetiva el punto de sangrado activo en el íleon proximal, por lo que se procede a resección intestinal a dicho nivel. El análisis patológico del tejido resecado fue compatible con angiodisplasia intestinal ("g. 1).

La paciente evoluciona favorablemente, y al alta se la remite a consultas de cardiología para estudio del soplo. Se solicita un ecocardiograma que revela una válvula aórtica calcificada con gradiente máximo de 75 mmHg y medio de 38 mmHg y área efectiva de 0,7 cm<sup>2</sup>, todo ello compatible con estenosis aórtica severa ("g. 2), y un ventrículo izquierdo no dilatado con hipertrofia ligera y función sistólica conservada. Se solicita estudio de

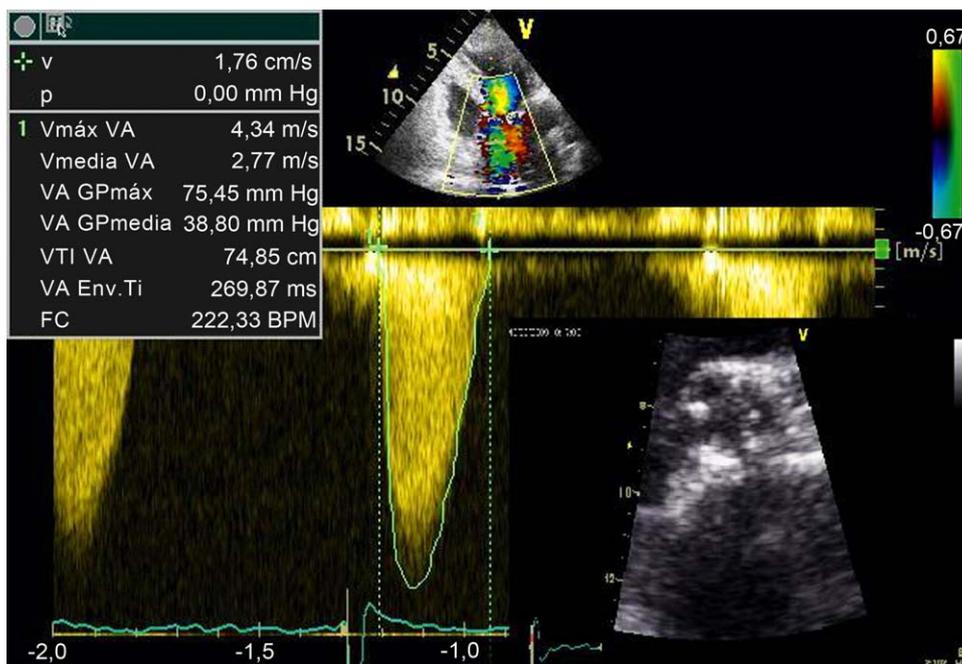


Figura 2. Imagen de ecocardiograma transtorácico en el eje corto de aorta, en la que se observa engrosamiento de los velos valvulares con limitación de su apertura y con Doppler continuo, demostrando los elevados gradientes transvalvulares.

