

Cartas al Editor

Comorbilidad de los pacientes ingresados por insuficiencia cardiaca 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 cardiaca; así, se ha analizado el impacto de la comorbilidad en la evolución de pacientes con insuficiencia cardiaca ingresados en servicios de medicina interna en un reciente registro multicéntrico de diferentes hospitales de la geografía española¹. Los autores encuentran enfermedades añadidas a la insuficiencia cardiaca en el 60% de los pacientes, lo que se ha definido como comorbilidad, y concluyen —aunque en el análisis multivariable no se asoció— que la mayor comorbilidad medida por el índice de Charlson² 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 cardiaca 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 expertos³. En una serie de pacientes ingresados en servicios de medicina interna, se encontró una prevalencia de pluripatologías del 42%⁴. Las comorbilidades³ 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 pluripatológicos³⁻⁶ y el 69% tuvo un ingreso previo en el servicio. El 48,5% padecía fibrilación auricular y el 32,4%, anemia. En análisis de regresión logística, tener una estancia superior a 7,9 días se asoció solamente a tener fibrilación 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^{7,8}.

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^{3-6,9} 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 comorbilidad¹. Nuestro análisis muestra elevada comorbilidad en pacientes con insuficiencia cardiaca ingresados que posteriormente recibieron seguimiento en consulta de insuficiencia cardiaca, 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 (M. de Mora-Martín).

On-line el 15 de diciembre de 2010

BIBLIOGRAFÍA

1. Montero Pérez-Barquero M, Conthe Gutiérrez P, Román Sánchez P, García Alegría J, Forteza-Rey J. Comorbilidad de los pacientes ingresados por insuficiencia cardiaca en los servicios de medicina interna. *Rev Clin Esp.* 2010;210:149-58.
2. 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.
3. 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.
4. 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.
5. 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 cardiaca. *Rev Esp Cardiol.* 2009;62(Supl 3):43.
6. 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.
7. Corell P, Gustafsson F, Schou M, Markenvard J, Nielsen T, Hildebrandt P. Prevalence and prognostic significance of atrial fibrillation in outpatients with heart failure due to left ventricular systolic dysfunction. *Eur J Heart Fail.* 2007;9:258-65.
8. 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.
9. Núñez JE, Núñez E, Fácila L, Bertomeu V, Llàcer A, Bodí 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 intestinal¹. 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,