

## Bibliografía

- White CJ. Chronic mesenteric ischemia; diagnosis and management. *Prog Cardiovasc Dis*. 2011;54:36–40.
- Moawad J, Gewertz BL. Chronic mesenteric ischemia. Clinical presentation and diagnosis. *Surg Clin North Am*. 1997;77:357–69.
- Hohenwarter EJ. Chronic mesenteric ischemia: diagnosis and treatment. *Semin Intervent Radiol*. 2009;26:345–51.
- Walker TG. Mesenteric ischemia. *Semin Intervent Radiol*. 2009;26:175–83.
- Cognet F, Ben Salem D, Dransart M, Cercueil JP, Weiller M, Tatou E, et al. Chronic mesenteric ischemia: imaging and percutaneous treatment. *Radiographics*. 2002;22:863–79.
- Soga Y, Yokoi H, Iwabuchi M, Nobuyoshi M. Endovascular treatment of chronic mesenteric ischemia. *Circ J*. 2008;72:1198–200.
- Loffroy R, Steinmetz E, Guiu B, Molin V, Kretz B, Gagnaire A, et al. Role for endovascular therapy in chronic mesenteric ischemia. *Can J Gastroenterol*. 2009;23:365–73.

A. Pizarro-Moreno<sup>a,\*</sup>, A. Araujo Miguez<sup>a</sup>, M. Garzón Benavides<sup>a</sup> y V. Nacarino<sup>b</sup>

<sup>a</sup> *Unidad Clínica de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España*

<sup>b</sup> *Servicio de Radiología Vascular, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [angeles41111@ya.com](mailto:angeles41111@ya.com)

(A. Pizarro-Moreno).

doi:10.1016/j.rce.2012.02.003

## ¿Son las escalas de riesgo CHADS<sub>2</sub> y CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>VASc instrumentos útiles para iniciar medicación anticoagulante?

### Are the CHADS<sub>2</sub> and CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc scales useful instruments to initiate anticoagulant medication?

La escala de riesgo de enfermedad tromboembólica CHADS<sub>2</sub> se ha empleado en pacientes con fibrilación auricular (FA) no

valvular para estimar el riesgo de ictus y, en consecuencia, la indicación de tratamiento anticoagulante (ACO)<sup>1</sup>. En el año 2010 se ha propuesto la escala CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>VASc en un intento de mejorar la predicción del riesgo de ictus en poblaciones que no tenían indicación de ACO según la escala CHADS<sub>2</sub><sup>2</sup>. El impacto de estas escalas, valorado recientemente en España<sup>3</sup>, ha evidenciado que la escala CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>VASc amplía el número de pacientes en FA con indicación de ACO y se ha propuesto que esta nueva escala sea mejor validada<sup>4</sup>. Para conocer el número de pacientes con FA hospitalizados que deberían recibir ACO, según ambas escalas, hemos analizado

**Tabla 1** Características de los enfermos con infarto de miocardio, insuficiencia cardiaca e ictus isquémico (ictus). Se indica el número de pacientes en fibrilación auricular que deberían recibir tratamiento anticoagulante según la puntuación de las escalas CHADS<sub>2</sub> y CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>VASc

	Infarto de miocardio (n= 2.157)	Insuficiencia cardiaca (n= 2.138)	Ictus (n= 2.247)
<i>Número con fibrilación auricular</i>	233 (10,8%)	936 (43,8)	531 (23,6)
Varones	134 (57,5)	436 (46,6)	212 (39,9)
Edad (± DE)	76,4 (± 10,4)	76,9 (± 9,9)	77,9 (± 7,9)
Infarto de miocardio, (%)	233 (100)	72 (7,7)	26 (4,9)
Tabaquismo activo, (%)	15 (6,4)	46 (4,9)	29 (5,5)
Ictus previo, (%)	49 (21)	119 (12,7)	97 (18,3)
Enfermedad arterial periférica, (%)	11 (4,7)	24 (2,6)	26 (4,9)
Insuficiencia cardiaca, (%)	76 (32,6)	936 (100)	61 (11,5)
Insuficiencia renal crónica, (%)	25 (10,7)	152 (16,2)	30 (5,6)
EPOC <sup>a</sup> , (%)	40 (17,2)	283 (30,2)	71 (13,4)
Hipertensión arterial, (%)	213 (91,4)	831 (88,8)	444 (83,6)
Diabetes mellitus, (%)	94 (40,3)	366 (39,1)	167 (31,5)
Hipercolesterolemia, (%)	105 (45,1)	225 (27,2)	169 (31,8)
<i>Indicación de anticoagulación oral</i>			
Escala CHADS <sub>2</sub> ≥ 2 <sup>b</sup>	200 (85,8)	904 (96,7%)	408 (76,8%)
Escala CHA <sub>2</sub> DS <sub>2</sub> VASc ≥ 2 <sup>b</sup> , (%)	233 (100)	927 (99,0)	507 (95,5)
Enfermos dados de alta, (%)	195 (83,7)	842 (90,0)	423 (79,7)
<i>Tratamiento en el informe de alta</i>			
Antiagregantes	157 (80,5)	368 (43,7)	214 (50,6)
Dicumarínicos <sup>c</sup>	30 (15,4)	321 (38,1)	162 (38,3)

<sup>a</sup> EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

<sup>b</sup> Pacientes con indicación de tratamiento anticoagulante según la puntuación obtenida con la escala CHADS<sub>2</sub> y CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>VASc.

<sup>c</sup> Número de enfermos tratados con dicumarínicos en el informe del alta hospitalaria.

una serie consecutiva de enfermos diagnosticados de infarto de miocardio (IM), insuficiencia cardiaca (IC) e ictus isquémico (ictus). Se incluyeron todos los enfermos ingresados en el Hospital Don Benito-Villanueva (Badajoz) desde el 1 de enero de 2000 al 31 de diciembre de 2009. Se excluyeron los pacientes con ritmo distinto a FA o sinusal, resultando un total de 1.700 (26%) enfermos tratados con anticoagulantes o antiagregantes (tabla 1). El porcentaje de pacientes con indicación de anticoagulación según la escala CHADS<sub>2</sub> osciló entre el 76,8% de los enfermos con IC y el 96,7% de los que padecían ictus. Sin embargo, el porcentaje de estos mismos pacientes que hubieran precisado anticoagulación según la escala CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>VASc fue superior al 95% en los 3 grupos de enfermos analizados (tabla 1). Estos resultados indican que casi el 100% de los pacientes hospitalizados por IC, IM o ictus isquémico con FA tienen indicación de ACO cuando se utiliza la nueva escala CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>VASc<sup>3</sup>.

El análisis efectuado también nos permite conocer mejor el grado de utilización de ACO en el medio hospitalario. Es conocido, a la luz de las recomendaciones actuales<sup>5</sup>, la escasa prescripción de ACO en el hospital<sup>6</sup>. Los datos recogidos indican un incremento significativo en la prescripción de ACO en pacientes con IC (48%). Al tratarse de un estudio retrospectivo no hemos podido aplicar la escala HAS-BLED<sup>7</sup>, para saber en cuántos pacientes de los que no tomaban ACO (52%) tenían alguna contraindicación para la prescripción de ACO.

De este estudio concluimos, que tal vez sea oportuno incorporar a nuestra práctica clínica diaria el concepto de que todo paciente con FA y afección cardiovascular relevante debiera, salvo contraindicación, recibir tratamiento con ACO. La generalización de las escalas de valoración de riesgo de ictus propuestas, junto a las de hemorragia, podría mejorar la atención de los pacientes con FA y aumentar la prescripción de ACO al eliminar el componente subjetivo de esta decisión.

## Financiación

Este estudio está financiado por el Instituto Carlos III Ayudas a grupos de investigación emergentes (EMER 07/046).

## Bibliografía

1. Gage BF, Waterman AD, Shannon W, Boechler M, Rich MW, Radford MJ. Validation of clinical classification schemes for predicting

stroke: results from the National Registry of Atrial Fibrillation. JAMA. 2001;285:2864-70.

2. Lip GY, Nieuwlaet R, Pisters R, Lane DA, Crijns HJ. Refining clinical risk stratification for predicting stroke and thromboembolism in atrial fibrillation using a novel Risk factor-based approach. Chest. 2010;137:263-72.
3. Rodríguez-Mañero M, Cordero A, Bertomeu-González V, Moreno-Arribas J, Bertomeu-Martínez V, Mazón P, et al. Impacto de los nuevos criterios para el tratamiento anticoagulante de la fibrilación auricular. Rev Esp Cardiol. 2011;64:649-53.
4. Singer DE, Fang MC, Go AS. CHAD<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc risk scheme: not ready for clinical use. Chest. 2010;138:1020.
5. Camm AJ, Kirchhof P, Lip GY, Schotten U, Savelieva I, Ernest S, et al. Guidelines for the management of atrial fibrillation: the Task Force for the Management of Atrial Fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J. 2010;19:2369-429.
6. Nieuwlaet R, Capucci A, Camm AJ, Olsson SB, Andresen D, Davies DW, et al. Atrial fibrillation management: a prospective survey in ESC member countries: the Euro Heart Survey on Atrial Fibrillation. Eur Heart J. 2005;26:2422-34.
7. Pisters R, Lane DA, Nieuwlaet R, de Vos CB, Crijns HJ, Lip GY. A novel user-friendly score (HAS-BLED) to assess 1-year risk of major bleeding in patients with atrial fibrillation. Chest. 2010;138:1093-100.

D. Fernández-Bergés<sup>a,\*</sup>, F.J. Félix-Redondo<sup>b</sup>,  
L. Consuegra-Sánchez<sup>c</sup> y M. Galán Montejano<sup>d</sup>

<sup>a</sup> Departamento de Medicina Interna, Sección de Cardiología, Hospital Don Benito-Villanueva, Programa de Investigación Cardiovascular (PERICLES), Don Benito, Badajoz, España

<sup>b</sup> Centro de Salud Villanueva de la Serena Norte, Villanueva de la Serena, Badajoz, España

<sup>c</sup> Servicio de Cardiología, Complejo Hospitalario de Cartagena, Cartagena, Murcia, España

<sup>d</sup> Departamento de Medicina Interna, Hospital Don Benito-Villanueva, Don Benito, Badajoz, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: polonibo@gmail.com  
(D. Fernández-Bergés).

doi:10.1016/j.rce.2012.03.004

## El hospital de día médico polivalente en la atención a pacientes pluripatológicos

### Polyvalent medical day hospital and patients with chronic multiple conditions

Sr. Director:

En el trabajo de Escobar et al.<sup>1</sup> sobre la eficiencia y calidad de un hospital de día médico polivalente (HDMP), como alternativa a la hospitalización convencional, se menciona

una reducción del 16,8% de los ingresos hospitalarios, una disminución de ingresos inadecuados y de reingresos, junto con una elevada satisfacción de los pacientes y los profesionales. Sin embargo, como apuntan los autores, el impacto práctico que tiene el HDMP como potencial dispositivo asistencial eficiente no queda totalmente reflejado en el Registro del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) hospitalario<sup>2,3</sup>.

En nuestro centro y desde la inauguración del HDMP en el año 2004, hemos destacado la eficiencia y calidad del HDMP en la gestión de recursos asistenciales<sup>4</sup>. Así, en un período de 36 meses atendimos a un total de 2.353 pacientes,