



Revista Española de Cardiología



6041-593. COMORBILIDAD EN INSUFICIENCIA CARDIACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN CONSERVADA: UTILIDAD PRONÓSTICA DEL ÍNDICE DE CHARLSON

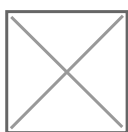
M. Elena Batlle López¹, Paula Martínez Santos², Beatriz Sánchez Sauce¹ y M. Dolores Martín Ríos³, de la ¹Fundación Hospital Alcorcón, Madrid, ²Departamento de Cardiología, Hospital Clínico San Carlos. Madrid y ³Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: La gran mayoría de pacientes con diagnóstico de IC suelen padecer otras enfermedades que, en ocasiones, dificultan su tratamiento clínico. Pese a sus limitaciones, el índice de comorbilidad propuesto por Charlson en 1987 aún constituye una referencia para tratar de unificar en un dato la complejidad para establecer cuán enfermo está un paciente concreto. Este índice fundamentalmente tiene un carácter pronóstico, esto es, establece el riesgo de mortalidad al año que resulta de asignar un valor numérico a cada una de las variables contempladas, en función de su impacto en la mortalidad. El objetivo de este estudio fue analizar la validez pronóstica de este índice en pacientes con insuficiencia cardiaca y fracción de eyección conservada (IC-FEc).

Métodos: Estudio prospectivo en el que se incluyeron de forma consecutiva 154 pacientes hospitalizados con diagnóstico de IC-FEc, según las clasificaciones vigentes, entre 2011 y 2012. Se calculó el índice de Charlson en todos los pacientes. Se recogió la mortalidad por cualquier causa, intra y extrahospitalaria, durante un año.

Resultados: El 63% de los pacientes eran mujeres. La edad media fue de 81 (9). El índice de Charlson medio en la muestra estudiada fue de 6,88 (2,38), 6,91 (2,34) en varones y 6,87 (2,42) en mujeres ($p = 0,908$) (figura). El 82,8% de los pacientes ingresó en medicina interna frente al 75,3% que lo hizo en cardiología ($p = 0,0001$). La proporción de pacientes con un índice de Charlson ajustado por edad sugestivo de comorbilidad alta que ingresaron en medicina interna fue superior a la de cardiología (86,4% frente a 13,6%, $p = 0,0001$) (tabla). Al analizar la estancia media hospitalaria en función del grado de comorbilidad, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. En cuanto al carácter pronóstico del índice de Charlson, se encontró que los pacientes con una puntuación igual o superior a 4 puntos tenían mayor mortalidad que aquellos con una puntuación inferior (RR 6,0; 0,86-41,54 IC95%, $p = 0,021$).



Índice de Charlson ajustado por edad.

Diferencias clinicoepidemiológicas en función del servicio de ingreso

Variable	Medicina Interna	Cardiología	p
	n = 124 (%)	n = 44 (%)	
Edad	82,8 (8,6)	75,3 (7,6)	0,0001
Sexo	80 (82,5)	17 (17,5)	0,424
Institucionalizado	33 (97,1)	1 (2,9)	0,0001
Dependiente para actividades de la vida diaria	44 (97,8)	1 (2,2)	0,0001
Primer ingreso	56 (68,3)	26 (31,7)	0,0001
IMC	29,8 (6,5)	30,0 (4,7)	0,883
HTA	109 (81,3)	25 (18,7)	0,504
DM tipo 2	49 (84,5)	9 (15,5)	0,334
Dislipemia	53 (77,9)	15 (22,1)	0,473
EPOC	46 (85,2)	8 (14,8)	0,283
Anemia	71 (86,6)	11 (13,4)	0,043
Demencia	23 (95,8)	1 (4,2)	0,039
ACV previo	29 (93,5)	2 (6,5)	0,040
Fibrilación auricular	76 (76,8)	23 (23,2)	0,115
Enfermedad renal crónica	28 (82,4)	6 (17,6)	0,760
SAHS	15 (88,2)	2 (11,8)	0,394

Embolia pulmonar	5 (83,3)	1 (16,7)	1,000
Charlson ajustado edad	7,3 (2,2)	5,1 (1,9)	0,0001

Datos expresados en media (desviación estándar, DE).

Conclusiones: La comorbilidad expresada como un índice de Charlson igual o superior a 4 puntos se asocia a mayor mortalidad entre los pacientes hospitalizados por descompensación de insuficiencia cardíaca y fracción de eyección conservada.