Rev Clin Esp. 2018;218(Espec Congr):495

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

IC-006 - ÍNDICE DE CHARLSON COMO MARCADOR PRONÓSTICO EN PACIENTES QUE INGRESAN POR UN PRIMER EPISODIO DE INSUFICIENCIA CARDÍACA. RESULTADOS DEL ESTUDIO PREDICE

Á. Torralba Morón[1], J. Guerra Vales[1], D. Lora Pablos[2], M. Navarro Puerto[3], F. Medrano Ortega[4], B. de Miguel Campo[1] y A. Gómez de la Cámara[2]

[1]Medicina Interna, [2]Instituto de Investigación Sanitaria i12. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. [3]Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora de Valme. Sevilla. [4]Medicina Interna. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla.

Resumen

Objetivos: Analizar el impacto pronóstico, medido como reingresos y mortalidad a 1, 3 y 12 meses; del índice de Charlson en pacientes ingresados por un primer episodio de insuficiencia cardíaca (IC). Describir las características de la población hospitalizada en función de su puntuación en dicho índice.

Material y métodos: PREDICE [Predicción de Desenlaces en Insuficiencia Cardiaca en España (FIS 07/0945; FIS 06-90243; SAS 357-06)] es un estudio multicéntrico observacional de cohorte histórico en el que participan los Hospitales Universitarios Virgen del Rocío y Nuestra Señora de Valme (Sevilla), y 12 de Octubre (Madrid). Incluye 600 pacientes mayores de 18 años, ingresados por un primer episodio de IC entre el 1/1/2003 y el 31/12/2006. Se recogieron características sociodemográficas, comorbilidad, factores de riesgo cardiovascular, diagnóstico fisiopatológico, estancia hospitalaria, tratamiento al alta y reingresos y mortalidad a 1, 3 y 12 meses. Se calculó la puntuación de cada paciente en el índice de Charlson. Las variables cualitativas se expresan como frecuencias absolutas y relativas, y se comparan mediante el test Ji-cuadrado. Las cuantitativas se expresan como media y desviación estándar, y se comparan mediante el test t-Student o ANOVA en caso de varios grupos. Se considera significación estadística $p < 0,05$.

Resultados: Se dividió la muestra en 3 grupos, según su puntuación en el índice de Charlson: 0-2 (n = 65; 10,8%), 3-5 (n = 312; 52%) y ≥ 6 (n = 223; 37,2%). Una mayor puntuación se asoció con mayor edad media, mayor proporción de mujeres y una prevalencia significativamente mayor de HTA, diabetes mellitus, cardiopatía isquémica, EPOC, enfermedad cerebrovascular y enfermedad renal crónica. Al alta, los pacientes con mayor puntuación recibieron mayor prescripción de antiagregantes y diuréticos, y menor de beta-bloqueantes. La puntuación media del índice de Charlson fue significativamente mayor en los pacientes que fallecieron al mes (6,69 vs 4,92; $p < 0,01$), 3 meses (6,71 vs 4,86; $p < 0,01$) y 12 meses (6,58 vs 4,74; $p < 0,01$) del ingreso; sin diferencias significativas en reingresos a 1, 3 y 12 meses. En el análisis de regresión logística, comparando contra una puntuación Charlson = 0, los pacientes con Charlson ≥ 6 presentaron un riesgo significativamente mayor de mortalidad a 12 meses (OR = 7,87; IC95% = 1,03-59,92; p = 0,04); sin diferencias en mortalidad a 1 y 3 meses ni en reingresos a 1, 3 y 12 meses con el resto de

los grupos (Charlson = 1-3 y Charlson = 4-5).

Discusión: La mayor puntuación en el índice de Charlson se ha relacionado con una mayor mortalidad en diversas situaciones clínicas. Dado que se trata de un índice que tiene en cuenta las patologías asociadas del paciente, es esperable que los pacientes con mayor puntuación presenten una mayor frecuencia de comorbilidad asociada, como sucede en nuestra cohorte.

Conclusiones: Una mayor puntuación en el índice de Charlson se asocia con mayor comorbilidad y mayor riesgo de mortalidad a 12 meses en nuestra cohorte de pacientes ingresados por un primer episodio de IC. Un mayor tamaño muestral podría haber demostrado diferencias significativas en otras de las comparaciones realizadas.

0014-2565 / © 2018, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.