

Impacto del índice de comorbilidad de Charlson en los resultados tras rehabilitación cardiaca

María Boccherini Lafuente(1), Rafael Uña Ureta(1), Enrique Caballero Bautista(1), Pedro Manuel Solana Galán(1), Carmen María López Camino(1), Raimundo Farid Chedraui Gómez(1), Enrique Cadaval Romero(1), Daniel Enrique Sánchez Honor(2), Pablo Escario Gómez(1), Silvia Munárriz Delgado(1), Miguel Sánchez Velázquez(1), Elia Pérez Fernández(3), Joaquín Domínguez Paniagua(4), Carolina Ortiz Cortés(1) y Raquel Campuzano Ruiz(1) de (1)Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón (Madrid) - España, (2)Servicio de Cardiología. Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo, Arequipa - Perú, (3)Apoyo Metodológico y Análisis de Datos. Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón (Madrid) - España y (4)Fisioterapia. Servicio de Rehabilitación Cardiaca. Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón (Madrid) - España

Introducción: La rehabilitación cardiaca (RC) ha demostrado reducir la morbimortalidad y mejorar la calidad de vida, incluso en pacientes de mayor edad y con alta comorbilidad, aunque estos se remiten con menor frecuencia. El índice de comorbilidad de Charlson (CCI) estima la esperanza de vida a los diez años según edad y comorbilidades. Nuestro objetivo fue analizar el impacto del CCI en los resultados de los pacientes que completaron nuestro programa de RC.

Métodos: Se incluyeron 1496 pacientes que habían finalizado el programa de RC entre marzo de 2013 y abril 2026. Se compararon las características de ambos grupos con un análisis univariante (chi cuadrado para variables cualitativas) y se estimó la supervivencia global (SG) y la supervivencia libre de reingreso en cardiología (SLR) mediante Kaplan Meier.

Resultados: De una muestra de 1496 pacientes, un 87,3% tenía un CCI de 0-3; y un 12,7% un CCI de 4 o más. El 80,2% eran varones. En el grupo con CCI 0-3 los pacientes eran más jóvenes (edad media 60,7 años vs 65,7 años). No hubo diferencias significativas en la distribución por sexos.
La prevalencia de hipertensión arterial (HTA) , dislipemia (DL) y diabetes mellitus (DM), fue menor en los pacientes con CCI 0-3 (HTA 51,3%; DM 23,5 % y DL 60,35%) que en los pacientes con CCI ?4 (HTA 71,8 %, DM 55% y DL 72,9%).
Solo el grupo con CCI 0-3 logró una reducción estadísticamente significativa en la reducción de HbAC1 de 0.31 puntos. Ambos grupos disminuyeron las cifras de LDL y el IMC; y mejoraron su capacidad funcional alcanzando más equivalente metabólicos (METS), sin diferencias entre ellos.
La SG y SLR fueron mayores en CCI 0–3 que en CCI ?4 (SG 96,3% vs 93,7%; SLR a 12, 24 y 36 meses: 96,3%, 94,9%, 93,4% vs 93,7%, 89,8%, 85%).

Conclusiones: Los pacientes con CCI ?4 presentaron menor SG y mayor tasa de reingresos cardiovasculares, debido a su mayor fragilidad y comorbilidad. Esto refuerza la necesidad de su inclusión en programas de RC, para mejorar

su pronóstico.
Ambos grupos tuvieron resultados similares en la reducción de los niveles de LDL y del IMC, y en la ganancia de METS, lo que sugiere que la RC consigue una mejoría ponderal, del perfil lipídico y de la capacidad funcional, independientemente de la carga de comorbilidad.
Solo se obtuvo una mejoría del perfil glucémico, en los pacientes con CCI 0-3, lo cual podría explicarse podría por el bajo tamaño muestral del grupo con CCI ?4.