



7. IMPACTO DE LAS DISTINTAS ESCALAS DE FRAGILIDAD EN EL PRONÓSTICO A LARGO PLAZO DE LOS PACIENTES MAYORES CON INSUFICIENCIA CARDIACA

César Jiménez-Méndez¹, Pablo Diez-Villanueva², María Martínez-Avial Silva², Clara Bonanad Lozano³, Carolina Ortiz Cortés⁴, Eduardo Barge Caballero⁵, Alberto Esteban Fernández⁶, Josebe Goirigolzarri Artaza⁷, José Ángel Pérez Rivera⁸, Carolina Robles Gamboa⁹, Javier López Díaz¹⁰, Diego Iglesias del Valle¹¹, Albert Ariza Solé¹², Manuel Martínez-Sellés D'oliveira Soares¹³ y Fernando Alfonso²

¹Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, España, ²Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España, ³Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, España, ⁴Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres, España, ⁵Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. CIBERCV, A Coruña, España, ⁶Hospital Severo Ochoa, Leganés (Madrid), España, ⁷Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España, ⁸Complejo Asistencial de Burgos, Burgos, España, ⁹Complejo Hospitalario de Toledo, SESCAM, Toledo, España, ¹⁰Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España, ¹¹Hospital Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes (Madrid), España, ¹²Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona), España y ¹³Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España.

Resumen

Introducción y objetivos: La insuficiencia cardiaca (IC) es prevalente en edades avanzadas. Nuestro objetivo fue conocer el impacto de la fragilidad en la mortalidad a largo plazo de los pacientes mayores con IC ambulatorios.

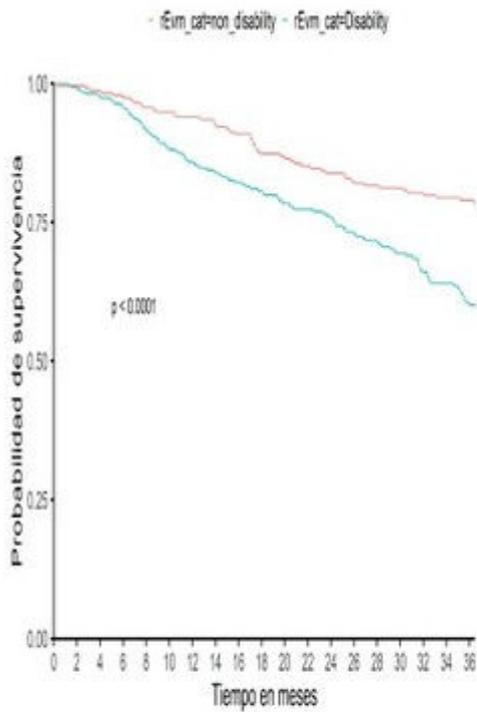
Métodos: El estudio FRAGIC (Impacto de la FRAgilidad y otros síndromes Geriátricos en el manejo clínico y pronóstico del paciente anciano ambulatorio con Insuficiencia Cardiaca) es un registro observacional, prospectivo y multicéntrico, que incluyó pacientes > 75 años con IC ambulatoria seguidos en Unidades de IC de Cardiología de España. Se realizó una valoración geriátrica integral, estudiando la fragilidad mediante varias escalas clínicas, y se analizó su impacto pronóstico a largo plazo.

Resultados: Se incluyeron 499 pacientes (edad media fue de 81,4 ± 4,3 años, 38% mujeres). 268 pacientes (54%) tenían una fracción de eyección del ventrículo izquierdo < 20%; 22,2% según la escala FRAIL; 14,6% según la Clinical Frailty Scale (CFS). Los pacientes frágiles tenían una media de edad significativamente mayor, eran más frecuentemente mujeres y presentaban mayor comorbilidad y síndromes geriátricos. Tras un seguimiento de 3 años, fallecieron 174 pacientes (35,4%). En la tabla se recoge las principales variables asociadas con la mortalidad en el análisis univariado, incluyendo el impacto pronóstico de la fragilidad mediante las distintas escalas utilizadas. Las curvas de supervivencia en función de la fragilidad se muestran en la figura. En el análisis multivariado, la fragilidad mediante la EVM, se asoció de forma independiente con mayor mortalidad durante el seguimiento (HR 1,51, IC95% 1,07-2,14, p 0,01). Sin embargo, las escalas CFS y FRAIL no alcanzaron la significación estadística (HR 1,33, IC95% 0,90-1,96, p 0,14 y HR 1,37, IC95% 0,86-2,19, p 0,17) Otras variables asociadas con una mayor mortalidad fueron la hemoglobina (HR 0,9 IC95% 0,81-0,99, p 0,04), el recuento linfocitario (HR 0,7 IC95% 0,56-0,86, p 0,001) y los niveles de péptidos natriuréticos (HR 1,00 IC95% 1,00-1,00, p 0,01).

Variables asociadas con la mortalidad a largo plazo. Análisis univariado

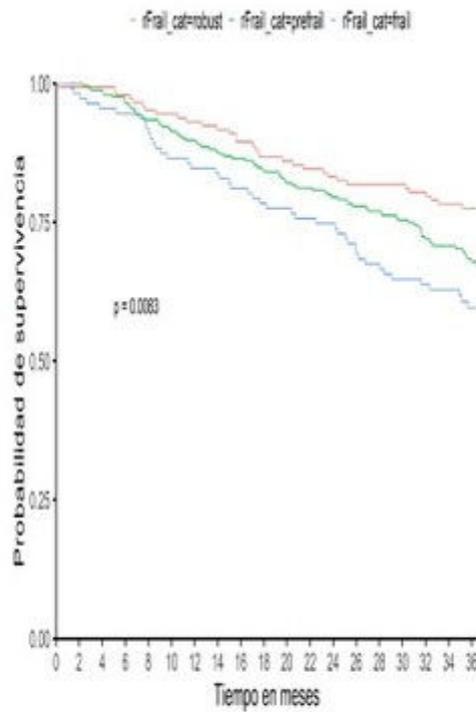
Variable	<i>Hazard ratio</i> , intervalo confianza 95%	p
Edad (por cada año)	1,08 [1,04;1,12]	0,001
Hemoglobina (por cada g/dl)	0,81 [0,74;0,89]	0,001
Linfocitos ($\times 10^3$ /ml)	0,63 [0,50;0,78]	0,001
Creatinina (por cada mg/ml)	1,41 [1,23;1,62]	0,001
Filtrado glomerular, (por cada ml/min/1,72 m ²)	0,98 [0,97;0,99]	0,001
Urea, por cada mg/ml	1,01 [1,00;1,01]	0,001
NT-proBNP, (por cada pg/ml)	1,00 [1,00;1,00]	0,001
Fragilidad (EVM)	1,97 [1,44;2,71]	0,001
Fragilidad (FRAIL)	1,95 [1,26;3,00]	0,003
Fragilidad (<i>Clinical Frailty Scale</i>)	1,65 [1,14;2,38]	0,008

EVM: escala visual de movilidad.



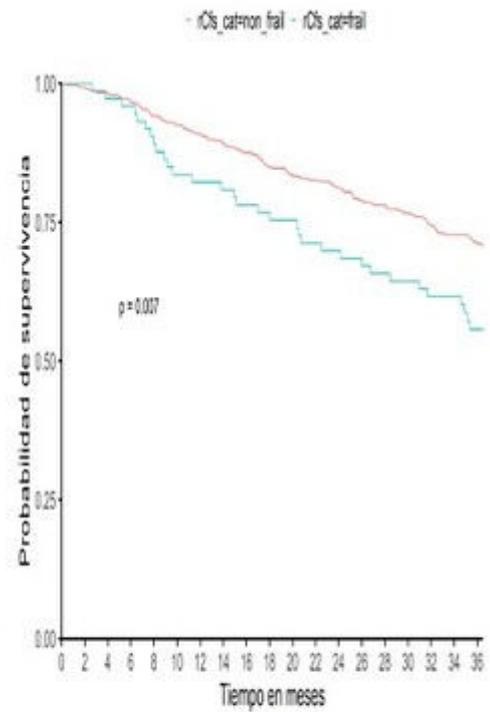
Number at risk

-	23029	227	225	220	218	216	211	207	199	198	194	191	187	186	184	180	173	151	
-	23067	263	257	247	237	231	226	221	211	206	202	194	190	182	172	161	131		
	0	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	22	24	26	28	30	32	34	36



Number at risk

-	14443	143	141	137	136	134	130	127	123	122	120	118	116	116	116	113	106	94	
-	24244	241	236	228	223	219	214	211	206	201	197	193	188	186	179	170	164	131	
-	11039	105	105	102	96	94	93	90	87	86	83	82	77	74	71	69	64	51	
	0	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	22	24	26	28	30	32	34	36



Number at risk

-	42623	419	412	401	394	387	378	371	360	354	348	342	331	326	319	307	291	241	
-	7373	71	70	66	61	60	59	57	56	55	52	51	50	48	47	45	43	35	
	0	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	22	24	26	28	30	32	34	36

Curvas de supervivencia en función del estado de fragilidad. Panel derecho. Fragilidad según escala visual de movilidad. Panel central. Fragilidad según escala FRAIL. Panel izquierdo. Fragilidad según Clinical Frailty Scale.

Conclusiones: En pacientes mayores con IC, la fragilidad, identificada mediante la EVM, es un predictor independiente de mortalidad a 3 años de seguimiento.