



4005-6. COMORBILIDADES Y FRAGILIDAD DETERMINANTES EN EL PRONÓSTICO DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA Y FRACCIÓN DE EYECCIÓN MODERADAMENTE REDUCIDA

Pedro Moliner Borja, Paloma Gastelurrutia Soto, Josep Lupón Rosés, Marta de Antonio Ferrer, María del Mar Domingo Teixidor, Salvador Altimir Losada, Elisabet Zamora Serrallonga y Antoni Bayes-Genis del Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona (Barcelona).

Resumen

Introducción y objetivos: La fragilidad y las comorbilidades son frecuentes en pacientes con insuficiencia cardiaca (IC). Las guías de IC de 2016 de la Sociedad Europea de Cardiología impulsan a investigar en el "nuevo" subgrupo de pacientes con IC y fracción de eyección de ventrículo izquierdo (FE) moderadamente reducida (IC-FEmr). Objetivo: evaluar el efecto de comorbilidades y fragilidad en el pronóstico a largo plazo en pacientes ambulatorios con IC-FEmr frente a pacientes con IC y FE reducida (IC-FEr) y conservada (IC-FEc).

Métodos: 1) Se creó una escala de comorbilidades de 0 a 7 (diabetes, hipertensión, EPOC, insuficiencia renal, anemia, arteriopatía periférica y fibrilación auricular). 2) Se definió la fragilidad como al menos una evaluación anormal de entre 4 escalas geriátricas estandarizadas: Barthel, OARS, Pfeiffer y escala geriátrica de depresión abreviada. Se analizó muerte por cualquier causa, hospitalización por IC y objetivo final compuesto. El seguimiento fue de 4,9 años [P25-75: 2,5-8,4].

Resultados: Se estudiaron 185 pacientes (68,6% varones, edad $67,7 \pm 11,7$ años, etiología isquémica 58%, mediana de duración de la IC 13 meses [P25-75 2-44], 104 (61,5%) y 58 (34,3%) en clase NYHA II y III respectivamente), comparándolos con 1058 pacientes con IC-FEr y 162 con IC-FEc. El número de comorbilidades fue similar en pacientes con IC-FEmr ($2,41 \pm 1,5$) e IC-FEr ($2,30 \pm 1,4$), $p = 0,60$; y menor que en pacientes con IC-FEc ($3,02 \pm 1,5$), $p = 0,001$. En cambio, la prevalencia de fragilidad tendió a ser mayor en pacientes con IC-FEmr (48,6%) que con IC-FEr (41,9%), $p = 0,09$; y fue similar a la de aquellos con IC-FEc (54,3%), $p = 0,29$. Se documentaron 104 muertes, 35 primeras hospitalizaciones por IC y 112 objetivos finales compuestos. Tanto el número de comorbilidades como fragilidad se asociaron significativamente con los 3 objetivos finales. Las *hazard ratios* en los pacientes con IC-FEmr fueron siempre superiores que las observadas en IC-FEr y IC-FEc (tabla), tanto para el número comorbilidades como para la fragilidad. En el análisis multivariable, el número de comorbilidades permaneció asociado con todos los objetivos finales ($p = 0,001$), y la fragilidad, a la muerte por cualquier causa ($p = 0,002$) y al objetivo final compuesto ($p = 0,01$).

Nº Comorbilidades

Muerte por cualquier causa

Hospitalización por IC

Objetivo final compuesto

	HR	IC95%	p	HR	IC95%	p	HR	IC95%	p
IC-FEmr	1,56	1,36-1,78	0,001	2,02	1,60-2,57	0,001	1,61	1,42-1,83	0,001
IC-FEr	1,44	1,36-1,52	0,001	1,44	1,32-1,56	0,001	1,44	1,36-1,52	0,001
IC-FEc	1,52	1,31-1,76	0,001	1,27	1,05-1,53	0,01	1,44	1,26-1,64	0,001

Fragilidad

	Muerte por cualquier causa			Hospitalización por IC			Objetivo final compuesto		
	HR	IC95%	p	HR	IC95%	p	HR	IC95%	p
IC-FEmr	2,7	1,81-4,02	0,001	2,21	1,12-4,37	0,02	2,53	1,73-3,71	0,001
IC-FEr	1,89	1,62-2,21	0,001	1,53	1,21-1,95	0,001	1,84	1,58-2,14	0,001
IC-FEc	1,70	1,17-2,49	0,006	2,15	1,24-3,71	0,006	1,86	1,29-2,68	0,001

Conclusiones: El número de comorbilidades y la fragilidad son determinantes en la evolución de los pacientes ambulatorios con IC-FEmr, incluso más que en los pacientes IC-FEr e IC-FEc.