



4005-7. DIFERENCIAS SEGÚN EDAD EN LA PREVALENCIA DE LOS SÍNDROMES GERIÁTRICOS EN UNA POBLACIÓN MAYOR CON INSUFICIENCIA CARDIACA AMBULATORIA

José Ángel Pérez Rivera¹, César Jiménez Méndez², Clara Bonanad Lozano³, Carolina Ortiz Cortés⁴, Eduardo Barge Caballero⁵, Alberto Esteban Fernández⁶, Josebe Goirigolzarri Artaza⁷, Marta Cobo Marcos⁸, Ester Sánchez Corral¹, Javier López Díaz⁹, Héctor García Pardo¹⁰, Luis López Rodríguez¹¹, Carolina Robles Gamboa¹², Manuel Martínez-Selles¹³ y Pablo Díez-Villanueva²

¹Complejo Asistencial de Burgos, ²Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, ³Hospital Clínico Universitario de Valencia, ⁴Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres, ⁵Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, ⁶Hospital Severo Ochoa, Leganés, Madrid, ⁷Hospital Clínico San Carlos, Madrid, ⁸Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, Madrid, ⁹Hospital Clínico Universitario de Valladolid, ¹⁰Hospital Universitario del Río Hortega, Valladolid, ¹¹Fundación Hospital de Manacor, Illes Balears, ¹²Complejo Hospitalario de Toledo, SESCAM y ¹³Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: La insuficiencia cardiaca (IC) se encuentra frecuentemente asociada al envejecimiento. Nuestro objetivo fue conocer la prevalencia de la fragilidad y otros síndromes geriátricos en una población española de pacientes mayores con IC en relación con su edad.

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. Estudiamos la prevalencia de la fragilidad y otros síndromes geriátricos dividiendo la muestra en mayores y menores de 85 años.

Resultados: Se incluyeron 499 pacientes, edad media $81,3 \pm 4,3$ años (26% ≥ 85 años). En la población global hubo 191 (38,3%) mujeres, sin diferencias entre ambos grupos. El resumen de las principales escalas geriátricas según grupos de edad se muestra en la tabla. El grupo de pacientes ≥ 85 años presentó una puntuación más desfavorable en las tres escalas de fragilidad (autorreferida, FRAIL y Clinical Frailty Scale) y también de fragilidad física (SPPB) ($7,33 \pm 3,20$ vs $6,12 \pm 3,21$; $p = 0,001$). Los pacientes de más edad presentaron una peor capacidad funcional para actividades de la vida diaria (Barthel) y para actividades instrumentales (Lawton-Brody) además de mayor discapacidad en la escala visual de movilidad (47 vs 73,6%, $p \geq 85$ años ($1,10 \pm 1,57$ vs $1,58 \pm 2,06$; $p = 0,016$)). También hubo más pacientes en riesgo de desnutrición y de depresión en el grupo de mayor edad. Un hallazgo interesante es que no se observaron diferencias en el número total de fármacos ni en la comorbilidad medida por el índice de Charlson.

Diferencias en la prevalencia de los síndromes geriátricos en función de la edad

75-84 años (n: 370) ≥ 85 años (n: 129) p

Edad media (años)	79,4 ± 2,97	87,0 ± 1,99	0,001
Dependencia (Barthel 90)	314 (84,9%)	89 (69,0%)	0,001
Dependencia elevada (Lawton-Brody 6)	257 (69,5%)	59 (45,7%)	0,001
Pfeiffer (número de errores)	1,10 ± 1,57	1,58 ± 2,06	0,016
Fragilidad (Clinical Frailty Scale >4)	47 (12,7%)	26 (20,2%)	0,055
Fragilidad (Frail ? 3)	68 (18,4%)	43 (33,3%)	0,001
Fragilidad (puntuación escala autorreferida)	1,62 ± 1,42	2,15 ± 1,29	0,001
Riesgo de desnutrición (MNA-SF 11)	164 (44,3%)	71 (55,0%)	0,046
Bajo rendimiento físico (SPPB ? 11)	262 (70,8%)	110 (85,3%)	0,002
Depresión (Yesavage V-15 >5)	90 (24,3%)	43 (33,3%)	0,060
Discapacidad (escala visual de movilidad ? 2)	174 (47,0%)	95 (73,6%)	0,001
Comorbilidad elevada (índice Charlson > 3)	72 (19,5%)	23 (17,8%)	0,783
Número de fármacos en el tratamiento	9,70 ± 3,30	9,44 ± 3,03	0,409

Conclusiones: En una población de pacientes mayores con IC ambulatoria, la prevalencia de la fragilidad y otros síndromes geriátricos fue significativamente mayor en el grupo de mayor edad, ? 85 años. Sin embargo, la prevalencia de comorbilidad y de polifarmacia fue igualmente elevada en ambos grupos.