Rev Esp Cardiol. 2014;67 Supl 1: 276

Revista Española de Cardiología

5019-8. IMPLICACIÓN PRONÓSTICA DE LA FRAGILIDAD EN PACIENTES INGRESADOS CON INSUFICIENCIA CARDIACA CRÓNICA AGUDAMENTE DESCOMPENSADA: PAPEL DE LA ENFERMERÍA CARDIOVASCULAR

Felisa Vanesa Martín Casañas[1], Natalia Caballero Estévez[1], Alberto Domínguez Rodríguez[1], Marta Martín Cabezas[1], Corabel Méndez Vargas[1], Julia González[1], Pedro Abreu González[2] y Ignacio Laynez Cerdeña[1] del [1]Complejo Hospitalario Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna (Santa Cruz de Tenerife) y [2]Universidad de La Laguna, San Cristóbal de La Laguna (Santa Cruz de Tenerife).

Resumen

Introducción y objetivos: La fragilidad a menudo está presente en los pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) avanzada. El objetivo del presente estudio es demostrar la utilidad de detectar fragilidad en cuanto al impacto pronóstico a los 365 días, en pacientes que ingresan por IC avanzada.

Métodos: Estudio prospectivo de pacientes que ingresan por IC crónica agudamente descompensada en el Servicio de Cardiología de un Hospital Terciario. A su ingreso y después de la estabilización clínica del paciente, el personal de enfermería le practicaba la escala de Ensrud y colaboradores. Esta escala consiste en valorar 3 criterios: 1) pérdida de al menos 5% de peso en los últimos 3 años; 2) inhabilidad para levantarse de una silla cinco veces sin usar los brazos y 3) nivel de energía reducida utilizándose la pregunta: ¿Se siente usted lleno de energía? Considerándose un NO, como respuesta. Si cumplía con 2 o 3 criterios se catalogaba al paciente como frágil. Realizamos un seguimiento a 365 días de cada paciente, registrándose la mortalidad y la necesidad de ingreso hospitalario por IC y se analizó su relación con la fragilidad.

Resultados: Se incluyeron en el estudio 82 pacientes con IC crónica agudamente descompensada. La proporción de fragilidad en nuestra población fue del 18,3%. Las características basales de la población de estudio se identifican en la tabla según la presencia o no de fragilidad. Con un seguimiento de 365 días, 27 pacientes presentaron el objetivo primario (mortalidad o ingreso hospitalario por IC): 12 (80%) pacientes en el grupo frágil y 15 (22,3%) en los no frágiles (p 0,001). En un análisis de regresión de Cox la velocidad de aparición del objetivo primario se relacionó con la fragilidad (HR: 18,6; IC95% 7,60-45,83; p 0,001). Se construyó una curva de supervivencia de Kaplan-Meier dividiendo la muestra en 2 grupos en función de los criterios de fragilidad y la probabilidad del evento. (Figura).

Curva de supervivencia de Kaplan-Meier.

Características basales de la población de estudio

Variables	Fragilidad (n = 15)	No Fragilidad (n = 67)	Valor p
Edad	57 ± 7	56 ± 10	0,57
Sexo (varón)	7 (46,7)	37 (55,2)	0,54
Diabetes mellitus	12 (80)	36 (53,7)	0,06
HTA	14 (93,3)	44 (66,7)	0,03
Dislipemia	11 (73,3)	29 (43,3)	0,03
Fumador	1 (6,7)	5 (7,5)	0,91
Hemoglobina (g/dl)	12,09 ± 0,57	11,76 ± 1,04	0,23
IRC	5 (33,3)	21 (31,3)	0,88
Antecedentes de CIC	5 (33,3)	14 (20,9)	0,30
HTA: hipertensión arterial. IRC: insuficiencia renal crónica. CIC: Cardiopatía isquémica coronaria.			

Conclusiones: La valoración de la fragilidad evaluada por una enfermera en la planta de cardiología, constituye una herramienta indispensable para estratificar el pronóstico e implantar un esquema rehabilitador en el paciente frágil que le ayude a mejorar calidad de vida y funcionalidad, disminuyendo así la carga asistencial y los costes sanitarios.