Rev Esp Cardiol. 2013;66 Supl 1: 957

Revista Española de Cardiología

6018-557. CALIDAD DE VIDA Y FRAGILIDAD EN PACIENTES AMBULATORIOS CON INSUFICIENCIA CARDIACA

Paloma Gastelurrutia Soto, Josep Lupón Rosés, Marta de Antonio Ferrer, Beatriz González Fernández, Roser Cabanes Sarmiento, Lucía Cano Sanz, Agustín Urrutia de Diego y Antoni Bayes-Genis del Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona (Barcelona).

Resumen

Objetivos: Evaluar si la fragilidad influye en la percepción de la calidad de vida (CDV) en pacientes ambulatorios con insuficiencia cardiaca (IC), una enfermedad crónica que frecuentemente causa deterioro de la CDV.

Métodos: La CDV se midió con el Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire (MLWHFQ) y la fragilidad se definió mediante unas escalas básicas geriátricas normalizadas. Los criterios predefinidos para estas escalas fueron: Índice de Barthel < 90, escala de OARS < 10 en mujeres y < 6 en hombres, test de Pfeiffer > 3 (± 1 según el nivel educativo) y al menos una respuesta positiva en la Escala de Depresión Geriátrica abreviada.

Resultados: Se evaluaron 1405 pacientes ambulatorios consecutivos con IC (27,8% mujeres, edad mediana 69 años). Se detectó fragilidad (al menos una evaluación anormal) en 621 pacientes (44,2%). El componente de fragilidad más frecuente fue la presencia de síntomas depresivos (31,2%). Se halló una fuerte relación entre la puntuación del MLWHFQ y la presencia de fragilidad y con todos sus componentes (todos p < 0,001). Esta relación se observó tanto en pacientes < 75 años como en pacientes ? 75 años. El componente con más peso en la asociación entre fragilidad y CDV en el total de la población y en pacientes < 75 años fue precisamente el tener síntomas depresivos, mientras que en pacientes ? 75 años lo fue el presentar un índice de Barthel < 90. En el análisis de regresión multivariada la CDV se mantuvo significativamente asociada con la fragilidad tras ajustarla por edad, sexo, etiología de la IC, fracción de eyección, clase funcional de la NYHA, número de comorbilidades y tratamiento de la IC (diuréticos de asa, bloqueadores beta e IECA-ARA 2), tanto en pacientes jóvenes como mayores (p < 0,001), siendo además la segunda variable en peso relativo, tras la clase funcional de la NYHA.

	Total		< 75 años	
	Beta Std	p	Beta Std	p
Fragilidad	0,226	< 0,001	0,225	< 0,001

Edad	-0,099	< 0,001	-0,075	0,021
Sexo femenino	0,092	< 0,001	0,081	0,009
Etiología	0,005	0,844	-0,007	0,832
FEVI	-0,051	0,044	-0,074	0,015
Clase funcional NYHA	0,312	< 0,001	0,306	< 0,001
Nº comorbilidades	0,140	< 0,001	0,125	< 0,001
Diuréticos de asa	0,056	0,022	0,059	0,046
Bloqueadores beta	0,008	0,758	0,004	0,890
IECA-ARA 2	-0,061	0,011	-0,052	0,075

Conclusiones: Nuestros resultados sugieren que el MLWHFQ, a pesar de ser un cuestionario específico de IC, también está influenciado por otros aspectos de los pacientes como es la fragilidad y sus componentes, independientemente de su edad.