

Impacto de las dimensiones no cardiovasculares en la calidad de vida de los pacientes > 75 años con IC: fragilidad, carga de comorbilidad y vulnerabilidad social

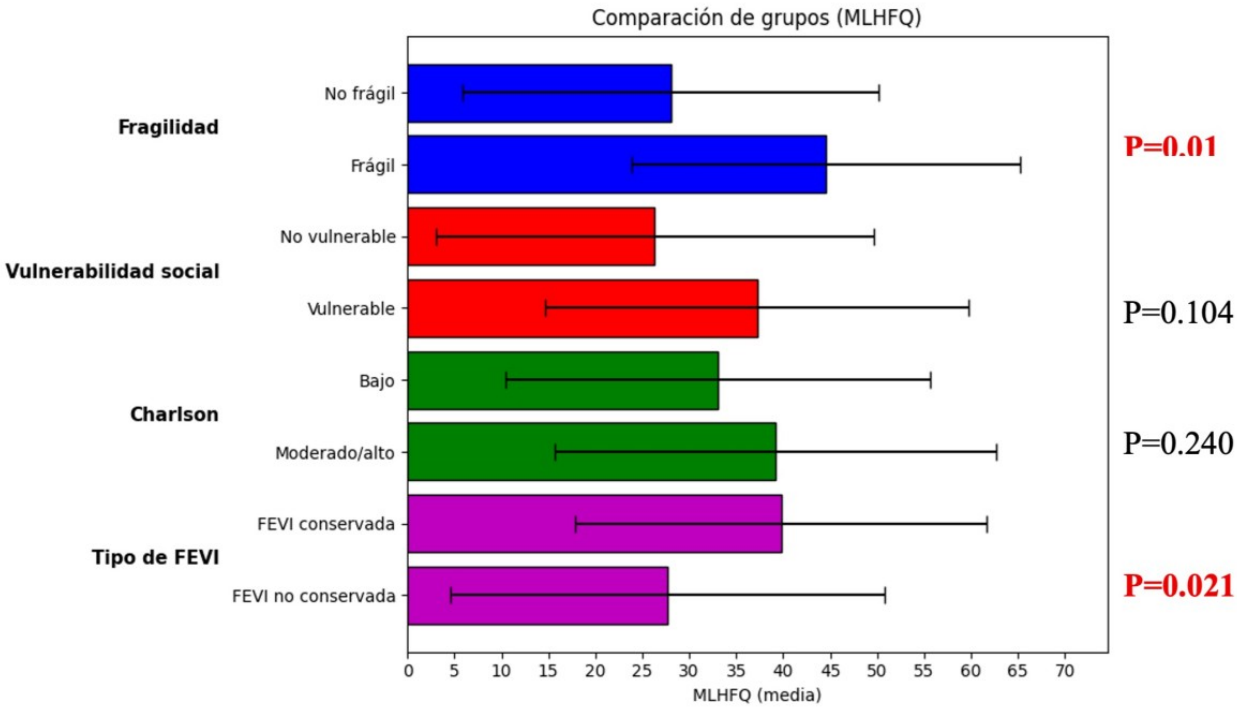
Irene Marco Clement(1), Irene Jiménez Algarra(1), María Alejandra Restrepo Córdoba(1), Inés Ramos González-Cristóbal(1), Josebe Goirigolzarri Artaza(1), Isidre Vila Costa(1) y Julián Pérez-Villacastín Domínguez(1) de (1)Servicio de Cardiología. Hospital Clínico San Carlos, Madrid - España

Introducción: Un objetivo esencial del manejo de la IC en el anciano es mejorar su calidad de vida, condicionada no solo por parámetros cardiovasculares sino también por la fragilidad, la vulnerabilidad social o la comorbilidad. Nuestro objetivo fue evaluar la asociación de estas variables con la calidad de vida en este escenario.

Métodos: Estudio observacional prospectivo unicéntrico que incluyó pacientes >75 años con IC evaluados en una Unidad de IC terciaria (febrero-agosto 2024). La calidad de vida se midió en la primera evaluación con el Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ). La fragilidad se definió como CFS?5 o FRAIL?3; la comorbilidad se categorizó mediante el Índice de Charlson (bajo ?4 vs. moderado-alto ?5); la vulnerabilidad social, ante ?1 criterio (bajo nivel educativo, ausencia de apoyo social, convivencia en solitario/institucionalizado o estado civil soltero/viudo); y el subtipo de IC como ICFEr (fracción de eyección ?40%) o ICFEp (>40%). Se realizó regresión lineal univariable y multivariable con las cuatro variables como predictoras del MLHFQ.

Resultados: Se incluyeron 81 pacientes: edad media 81±10.4 años, 49.4% mujeres. La mediana de puntuación en MLHFQ fue de 35 (RIC 16–54). Se definió como frágiles a 30 (37.0%) pacientes. En cuanto a la vulnerabilidad social, 67 (82.7%) presentaron al menos 1 criterio: 22 (27.2%) 1 criterio, 35 (43.2%) 2 criterios y 10 (12.3%) 3 criterios. Se registró Charlson bajo (?4) en 18 pacientes (22.2%) y Charlson moderado-alto en 63 (77.8%). Los pacientes frágiles obtuvieron una puntuación media significativamente mayor que los no frágiles (44.5 ± 20.7 vs. 28 ± 22.2 puntos; p=0.001). Los pacientes con ICFEp mostraron peor calidad de vida que los pacientes con ICFEr (39.8 ± 21.9 vs. 27.7 ± 23.1; p=0.021). La vulnerabilidad social se asoció con una tendencia hacia peor calidad de vida que no alcanzó significación (37.2 ± 22.6 vs. 26.3 ± 23.3; p=0.104), al igual que la comorbilidad medida por Charlson (39.2 ± 23.5 vs. 33.0 ± 22.6; p=0.240). En el análisis multivariable, solo la fragilidad mantuvo una asociación independiente con peor calidad de vida (Tabla).

Conclusiones: La fragilidad fue el único predictor independiente de peor calidad de vida tras el ajuste multivariable mientras que el subtipo de IC perdió la significación al introducir la fragilidad en el modelo, recalcando la importancia de su evaluación sistemática en esta población.



Regresión lineal univariada y multivariada sobre la calidad de vida (MLHFQ)

	Univariado			Multivariado		
Variable	**β**	**IC 95%**	**p**	**β**	**IC 95%**	**p**
Fragilidad (CFS ≥ 5 o FRAIL ≥ 3)	**+16,6**	**6,9 – 26,2**	**0,001**	**+14,4**	**4,8 – 24,0**	**0,004**
IC con FEVI reducida (ICFEr)	**−12,1**	**−22,4 – −1,9**	**0,021**	−7,9	−18,0 – 2,1	0,120
Vulnerabilidad social (≥1 criterio)	+10,9	−2,4 – 24,2	0,106	+8,3	−4,5 – 21,0	0,201
Comorbilidad moderada-alta (Charlson ≥5)	+6,2	−4,2 – 16,6	0,240	+5,4	−4,4 – 15,1	0,276

Modelo multivariado: $R^2 = 0,195$, $F(4,76) = 4,61$, $p = 0,002$.