



495 - CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES INGRESADOS POR INSUFICIENCIA CARDIACA DESCOMPENSADA. ESTUDIO PREFICTER

Sara Martín Rosano¹, Irene Bravo Candela¹, Ana Latorre Díez², Marcos Guzmán García³, Agnes Rivera Austrui⁴, Fernando Miguel Gamboa Antiñolo⁵, Miriam Romero Correa⁶, Jorge Navarro López⁷, Carlos Torres Quilis⁸, Antonio Espino Montoro⁹, Teresa Soriano Sánchez¹⁰, José Carlos Arévalo Loido¹¹, Beatriz Calvo Martínez¹² y Prado Salamanca Bautista¹

¹Medicina Interna, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España. ²Medicina Interna, C.H.U. de Ourense, Ourense, España. ³Medicina Interna, Hospital de Puerto Real, Puerto Real, España. ⁴Medicina Interna, Hospital de Blanes, Blanes, España. ⁵Medicina Interna, Hospital del Tomillar, Sevilla, España. ⁶Medicina Interna, Hospital de Riotinto, Minas de Riotinto, España. ⁷Medicina Interna, Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Madrid, España. ⁸Medicina Interna, Hospital de Manises, Manises, España. ⁹Medicina Interna, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España. ¹⁰Medicina Interna, Hospital Vall d'Hebron, Barcelona, España. ¹¹Medicina Interna, Hospital Universitario de Badajoz, Badajoz, España. ¹²Medicina Interna, Hospital Parc Taulí, Sabadell, España.

Resumen

Objetivos: El objetivo de nuestro estudio fue valorar la calidad de vida percibida por los pacientes ingresados por IC descompensada, determinar los factores que se asocian a la percepción de mala calidad de vida y valorar si esta tiene un impacto en el pronóstico de los pacientes.

Métodos: Subanálisis del estudio PREFICTER, encuesta multicéntrica sobre preferencias al final de la vida realizada a pacientes ingresados por IC en servicios de Medicina Interna de 60 hospitales españoles durante marzo-agosto 2023. Se recogieron datos demográficos de los pacientes, edad, sexo, nivel educativo, estado civil, comorbilidades, fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI), clase funcional y niveles de péptidos natriuréticos. A todos los pacientes se les realizaron escalas para valorar fragilidad, dependencia, situación cognitiva y se les preguntó sobre cómo percibían su calidad de vida. Los pacientes fueron seguidos durante 6 meses, registrándose mortalidad por cualquier causa.

Resultados: Se incluyeron en el estudio 873 pacientes, con una mediana de edad de 85 años. De ellos, 413 (47,3%) consideraban que tenían regular/mala calidad de vida. Los pacientes con percepción de calidad de vida mala/regular estaban con más frecuencia institucionalizados, habían ingresado más de 2 veces previamente, eran más frágiles y dependientes, tenían más deterioro cognitivo y síntomas más graves que aquellos que consideraban que tenían buena calidad de vida (tabla 1). En el análisis multivariante la presencia de demencia, la NYHA III-IV, tener más de 2 puntos en la escala Frail o presentar bajo estado de ánimo fueron factores predictores independientes de mala calidad de vida (tabla 2). Por último, se realizó también un análisis de supervivencia (fig.), objetivando que los pacientes que percibían mala o regular calidad de vida presentaban mayor mortalidad por cualquier causa a los 6 meses de seguimiento (*log rank* 0,01).

Tabla 1

	Buena calidad de vida (460, 52,7%)	Regular o mala calidad de vida (413, 47,3%)	OR (IC95%)	p
--	------------------------------------	---	------------	---

Datos demográficos

Edad > 85 años	228 (49,6)	208 (50,4)	1,03 (0,79-1,35)	0,81
Sexo femenino	239 (52,0)	221 (53,5)	1,06 (0,81-1,39)	0,65
Sin estudios/estudios primarios	312 (68,3)	294 (71,9)	1,19 (0,89-1,59)	0,25
Casado/Pareja	183 (39,8)	176 (42,6)	1,12 (0,86-1,47)	0,40
Reside en zona rural	104 (22,6)	109 (26,4)	1,23 (0,90-1,67)	0,19
Institucionalizado	27 (5,9)	48 (11,6)	2,11 (1,29-3,45)	0,003
Cuidador familiar	376 (83,0)	325 (80,4)	0,84 (0,59-1,19)	0,33
> 2 ingresos previos por IC	143 (31,1)	164 (39,7)	1,46 (1,10-1,93)	0,008

Situación funcional

NYHA avanzada	176 (38,3)	239 (57,9)	2,22 (1,69-2,91)	0,001
Frail > 2 puntos	227 (49,3)	278 (67,3)	2,11 (1,61-2,78)	0,001
Barthel 80 puntos	142 (30,9)	217 (52,7)	2,49 (1,89-3,29)	0,001

Comorbilidades

Diabetes mellitus	209 (23,9)	189 (21,6)	1,01 (0,78-1,32)	0,92
EPOC	129 (28,0)	125 (30,3)	1,11 (0,83-1,49)	0,47
Hipertensión arterial	409 (88,9)	365 (88,4)	0,95 (0,62-1,44)	0,80

Arteriopatía periférica	71 (15,4)	69 (16,7)	1,10 (0,76-1,58)	0,61
Accidente cerebrovascular	72 (15,7)	76 (18,4)	1,22 (0,85-1,73)	0,28
Enfermedad renal crónica	276 (60,0)	250 (60,5)	1,02 (0,78-1,34)	0,87
Anemia	264 (57,4)	259 (62,7)	1,25 (0,95-1,64)	0,11
Demencia	20 (4,3)	43 (10,4)	2,56 (1,48-4,42)	0,001
FA/flúter	325 (70,7)	292 (70,7)	1,00 (0,75-1,34)	0,98
Valvulopatía moderada-grave	220 (47,8)	203 (49,2)	1,06 (0,81-1,37)	0,70
Cardiopatía isquémica	128 (27,8)	107 (25,9)	0,91 (0,67-1,22)	0,52
Dispositivos	63 (13,7)	62 (15,0)	1,11 (0,76-1,63)	0,58

FEVI y péptidos natriuréticos

FEVI 50%	73 (16,0)	78 (19,1)	1,24 (0,88-1,77)	0,22
NT-proBNP > 4.711 pg/ml	196 (47,0)	199 (51,8)	1,21 (0,92-1,60)	0,17

Síntomas graves

Dolor	25 (5,4)	46 (11,1)	2,18 (1,31-3,62)	0,002
Bajo estado de ánimo	34 (7,4)	87 (21,1)	3,34 (2,19-5,10)	0,001
Ansiedad	18 (3,9)	43 (10,4)	2,85 (1,62-5,03)	0,001

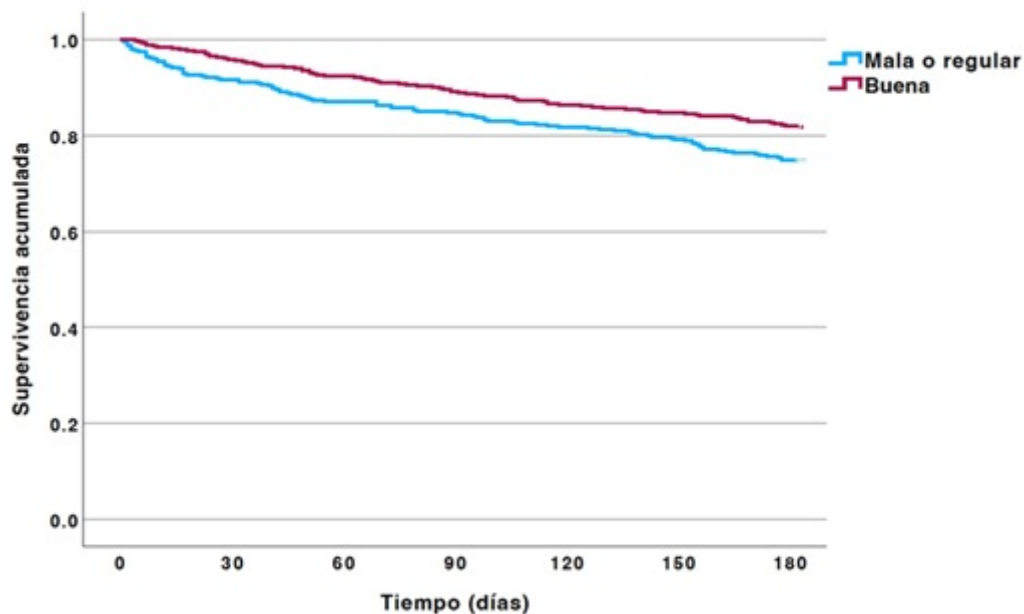
Somnolencia	28 (6,2)	23 (5,6)	0,91 (0,51-1,60)	0,73
Poco apetito	31 (6,8)	48 (11,7)	1,82 (1,13-2,92)	0,012
Insomnio	32 (7,0)	68 (16,5)	2,64 (1,69-4,11)	0,001

EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; IC: insuficiencia cardiaca; NT-proBNP: fracción N-terminal del propéptido natriurético cerebral; NYHA: New York Heart Association.

Tabla 2. Análisis ajustado por: edad >85 años, sexo, institucionalizado, >2 ingresos en el año previo y gravedad de los siguientes síntomas: dolor, ansiedad, poco apetito e insomnio

Variables	OR ajustado (IC95%)	p
Demencia	2,03 (1,14-3,63)	0,016
NYHA avanzada	1,68 (1,25-2,26)	0,001
Frail > 2 puntos	1,63 (1,20-2,20)	0,002
Bajo estado de ánimo	1,94 (1,16-3,24)	0,011

NYHA: New York Heart Association.



Discusión: Nuestro estudio demuestra la gran afectación de la calidad de vida que tienen los pacientes con IC en el mundo real. A pesar de que los pacientes incluidos eran en su mayoría ancianos con importante comorbilidad, estos factores no tuvieron un impacto en la calidad de vida percibida, pero sí la situación cognitiva, la fragilidad, los síntomas afectivos y de la enfermedad cardíaca avanzada. De ahí, la importancia de realizar una valoración geriátrica integral y cuantificar el estado de ánimo y otros síntomas en los pacientes con IC. Evaluar la calidad de vida de manera protocolizada en nuestros pacientes podría ayudar a diseñar estrategias que la mejoren.

Conclusiones: Casi la mitad de los enfermos ingresados por IC descompensada consideran que no tienen buena calidad de vida. Su situación cognitiva y funcional, su estado de ánimo y la clase funcional de la cardiopatía tienen una influencia en esta percepción. La calidad de vida percibida tiene un impacto en la supervivencia de los pacientes.

Bibliografía

1. Comín-Colet J, et al. Calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes con insuficiencia cardíaca crónica sistólica en España: resultados del estudio VIDA-IC. Rev Esp Cardiol. 2016;69:256-71.