

6. Agewall S, Beltrame JF, Reynolds HR, et al. ESC working group position paper on myocardial infarction with non-obstructive coronary arteries. *Eur Heart J*. 2017;38:143-153.

Elvira Carrión Ríos, Fabiola Nicolás Cañadas
y Félix Valencia Serrano*
Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Torrecárdenas,
Almería, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: valenciafelix@gmail.com

(F. Valencia Serrano).

<https://doi.org/10.1016/j.rccl.2019.07.008>

2605-1532/

© 2019 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de
Sociedad Española de Cardiología.

Cuestionario autoadministrado y sencillo para la identificación de fragilidad en una unidad de insuficiencia cardiaca comunitaria



Easy and self-administered questionnaire for frailty assessment in a community heart failure unit

Sr. Editor:

La prevalencia de la insuficiencia cardiaca (IC) es cada vez mayor, lo que asociado al progresivo envejecimiento hace que se presente cada vez más frecuentemente en la población anciana. Es sabido que su prevalencia por encima de los 70 años está entre el 8 y el 17%¹. Se sabe que la población anciana presenta altas tasas de fragilidad y dependencia, y está demostrado que ello afecta al pronóstico de la enfermedad cardiovascular en general² y de la IC en particular³. Debido a su elevada prevalencia es necesario disponer de cuestionarios o escalas para estratificar el pronóstico vital que tienen estos pacientes a corto plazo, así como para poder reconocer características fenotípicas que nos ayuden a guiar su tratamiento, si bien durante la actividad asistencial diaria esta evaluación es difícil por el tiempo que supone.

Se han desarrollado más de 20 herramientas para la medición de la fragilidad, la mayor parte de ellas basadas en los 5 apartados en los que se focalizó Fried: dificultad en la marcha, debilidad, baja actividad física, pérdida de peso no intencionada y baja resistencia al esfuerzo. Las más utilizadas definen la fragilidad a partir del cumplimiento de 3 o más puntos, y se considera «prefrágil» a aquel paciente que cumple 1 o 2 puntos.

En el presente trabajo se evalúa como prueba de concepto la utilización de una escala particular de fragilidad, la escala *Frail Non-Disabled* (FiND), sencilla y autoadministrada por los propios pacientes en la sala de espera de una unidad de IC.

Se planteó para ello un estudio de cohortes prospectivo en el que se incluyó a 41 pacientes que acudieron a la unidad de IC en diciembre de 2017. Todos los pacientes consintieron en participar en el estudio mediante la firma de un consentimiento informado y a todos ellos se les entregó un cuestionario de fragilidad durante la espera para la consulta. Todos lo cumplieron sin supervisión médica o de enfermería.

El cuestionario FiND ha demostrado ser válido para la evaluación de la fragilidad en pacientes geriátricos sin

dependencia⁴. Se escogió una versión traducida y adaptada de este cuestionario por su sencillez y la facilidad para su comprensión. A partir de este cuestionario se clasificó a los pacientes en frágiles y no frágiles. En la [tabla 1](#) se adjunta el cuestionario.

Además del estatus de fragilidad de todos los pacientes se obtuvieron las características basales, se estratificó su pronóstico mediante la escala pronóstica validada Bio-HF (sin biomarcadores), se registró el tratamiento que seguían, los niveles de péptido natriurético tipo B (BNP) y se realizó un seguimiento a los 6 meses para poder evaluar el poder pronóstico real de esta herramienta. En todos los pacientes se aseguró este seguimiento a los 6 meses, excepto en aquellos que fallecieron antes del final del seguimiento.

Las variables recogidas se representaron en las tablas de la siguiente forma: las variables cuantitativas con una distribución normal se expresaron mediante la media y la desviación estándar y las que presentaban una distribución no normal, mediante la mediana y el rango intercuartílico. Las variables cualitativas, mediante el número de sujetos y el porcentaje que representan del total de sujetos. La comparación entre los grupos frágil y no frágil se hizo mediante el test de la *t* de Student para variables cuantitativas normales, mediante el test de Wilcoxon para las variables con distribución diferente a la normal, y mediante el test de χ^2 o exacto de Fisher para las variables cualitativas.

Los eventos estudiados a 6 meses fueron mortalidad, ingresos por IC e ingresos por causas diferentes a la IC.

El cuestionario FiND clasificó a los pacientes en los grupos frágil (12; 29,3%), prefrágil (20; 48,8%) y robusto (9; 22%), si bien para poder realizar este estudio se diferenciaron 2 grupos, el grupo de pacientes frágiles (12; 29,3%) y el grupo de pacientes no frágiles (29; 70,7%). Las características basales, tratamiento y titulación, niveles de BNP y estratificación pronóstica se exponen en la [tabla 2](#).

Los pacientes frágiles, además de presentar un peor perfil pronóstico *a priori* pese a tener más frecuentemente una frac-

Tabla 1 – Cuestionario FiND

Pregunta	Respuesta	Puntuación
¿Tiene dificultad para andar 400 m?	No, o pequeñas dificultades	0
	Dificultad importante o soy incapaz	1
¿Tiene dificultad para subir un piso de escaleras?	No, o pequeñas dificultades	0
	Dificultad importante o soy incapaz	1
Durante el último año, ¿ha perdido usted involuntariamente 4,5 kg o más?	No	0
	Sí	1
Durante la última semana, ¿cuántas veces ha sentido usted que todo lo que hacía conllevaba un esfuerzo importante, o que no podía terminar la tarea?	Raro o pocas veces (2 veces o menos)	0
	Frecuentemente (al menos 3 veces)	1
¿Cuál es su nivel de actividad física?	Al menos 2-4 h por semana	0
	Menos de 2-4 h por semana	1

FiND: Frail Non-Disabled.

Interpretación: Puntuación > 3: frágil; Puntuación 1-2: prefrágil; Puntuación 0: robusto.

Tabla 2 – Características basales, tratamiento y estratificación pronóstica

Variable	Frágiles (12; 29,3%)	No frágiles (29; 70,7%)	Valor de p
Características basales			
Mujeres	5 (41,7%)	12 (41,4%)	0,986
Edad (años)	80 (71,5-83)	76 (63-81)	0,212
FEVI	56 (44-75,2)	40 (31-50)	0,017
Etiología isquémica	4 (30,8%)	13 (46,4%)	0,274
Clase funcional (NYHA)	3 (2,5-3)	2 (2-3)	0,030
Fibrilación auricular	7 (63,6%)	11 (37,9%)	0,135
Años de evolución de insuficiencia cardíaca	4 (2,5-13,5)	3 (1-5)	0,091
Ingreso por insuficiencia cardíaca el último año	7 (58,3%)	16 (55,2%)	0,566
Puntuación Bio-HF (% ingreso por IC)	0,9 (0,7-1,1)	0,7 (0,5-0,9)	0,069
Puntuación Bio-HF (% ingreso por IC o mortalidad)	25,5 (18-37,5)	16 (10,3-20,8)	0,005
BNP (pg/ml)	332 (181-790)	226 (86-384)	0,064
Tratamiento			
Anticoagulación	9 (75%)	12 (41,4%)	0,052
IECA/ARA-II	6 (50%)	18 (62,1%)	0,355
Sacubitril/valsartán	1 (8,3%)	8 (27,6%)	0,176
Betabloqueantes	6 (50%)	26 (89,7%)	0,011
Diuréticos	11 (91,7%)	23 (79,3%)	0,323
Pronóstico a 6 meses			
Mortalidad	2 (16,7%)	0	0,080
Ingreso por insuficiencia cardíaca	4 (33,3%)	2 (6,9%)	0,050
Ingreso por otras causas	1 (8,3%)	1 (3,5%)	0,505

ARA-II: antagonistas de los receptores de la angiotensina II; BNP: péptido natriurético tipo B; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; IC: insuficiencia cardíaca; IECA: inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina; NYHA: New York Heart Association.

Las variables cuantitativas expresadas como nombre de la variable (unidad de medida) se representan como media; desviación estándar si su distribución es normal o mediana (rango intercuartílico) si no lo es. Las variables cualitativas se representan como n (%).

ción de eyección de ventrículo izquierdo (FEVI) conservada, tuvieron una mayor tasa de ingresos por descompensación de IC y tendencia a una mayor mortalidad a 6 meses. No hubo diferencias en cuanto a los ingresos por causa diferente a IC (tabla 2).

Así pues, la escala FiND es una herramienta que identifica al paciente frágil, y la información que nos proporciona es de importancia pronóstica. A partir de ahí debemos decidir qué podemos hacer con nuestro paciente para reducir el impacto que la fragilidad tiene sobre el pronóstico. Muchas son las terapias propuestas para ello, siendo la rehabilitación física un componente integral de las mismas⁵. Además, es conocido el

beneficio de la rehabilitación cardíaca sobre el pronóstico de la IC⁶. Así pues, se puede inferir que identificando a los pacientes frágiles con IC se identifica un subgrupo de pacientes en los cuales la rehabilitación cardíaca sería de gran importancia pronóstica, aspecto que debiera ser soportado por los ensayos clínicos destinados a tal fin.

A partir de este trabajo se puede concluir que la utilización del cuestionario FiND para el cribado de fragilidad, un cuestionario sencillo y fácil de cumplimentar, rellenado por los pacientes sin supervisión médica o de enfermería en la sala de espera de la unidad de IC, permite identificar a pacientes frágiles cuyo pronóstico parece estar comprometido. Se trata

de un estudio observacional y con pequeño tamaño muestral, que podría servir de base para plantear ensayos clínicos con un tamaño y un seguimiento ampliados que confirmaran estos resultados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lupón J, González B, Santa Eugenia S, et al. Prognostic implication of frailty and depressive symptoms in an outpatient population with heart failure. *Rev Esp Cardiol*. 2008;61:835-842.
2. Alonso Salinas GL, Sanmartín M, Pascual Izco M, et al. The Role of Frailty in Acute Coronary Syndromes in the Elderly. *Gerontology*. 2018;64:422-429.
3. Yang X, Lupón J, Vidán MT, et al. Impact of Frailty on Mortality and Hospitalization in Chronic Heart Failure: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Am Heart Assoc*. 2018;7:e008251.
4. Cesari M, Demougeot L, Boccalon H, et al. A self-reported screening tool for detecting community-dwelling older persons with frailty syndrome in the absence of mobility disability: The FiND questionnaire. *PLoS One*. 2014;9:e101745.
5. McMillan GJ, Hubbard RE. Frailty in older patients: What physicians need to know. *Q J Med*. 2012;105:1059-1065.
6. Taylor RS, Long L, Mordi IR, et al. Exercise-Based Rehabilitation for Heart Failure: Cochrane Systematic Review Meta-Analysis, and Trial Sequential Analysis. *JACC Heart Fail*. 2019;7:691-705.

Juan Diego Sánchez Vega^a, Susana del Prado Díaz^a, David Cordero Pereda^a, Marta Jiménez-Blanco Bravo^a, José Luis Zamorano Gómez^{a,b} y Gonzalo Luis Alonso Salinas^{a,b,*}

^a Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, IRYCIS, Madrid, España

^b Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Cardiovasculares (CIBERCV), Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: GonzaloL.Alonso@gmail.com (G.L. Alonso Salinas).

<https://doi.org/10.1016/j.rccl.2019.09.003>
2605-1532/

© 2019 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Sociedad Española de Cardiología.