

Impacto de las trayectorias de autocuidado sobre las trayectorias de calidad de vida relacionada con la salud: estudio prospectivo multicéntrico en pacientes atendidos en programas multidisciplinares de atención a la insuficiencia cardiaca

Emma Barragán Cabello(1), Sergi Yun Viladomat(2), Laura Reverter Ortega(3), Núria José Bazán(4), Cristina Enjuanes Grau(4), Encarnación Hidalgo Quirós(4), Paula Aranda(3), Xin Ying(3), Elia Boixader(3), Foix Regull(3), Eva Olivera Saez(5), Mireia Andrés Villarreal(6), Andrea Cosa(7), Silvia Jovells(8) y Josep Comín Colet(9) de (1)BIOHEART (IDIBELL) y Universitat de Barcelona. Hospital Universitari de Bellvitge, L' Hospitalet de Llobregat (Barcelona) - España, (2)Medicina Interna. Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona) - España, (3)BIOHEART (IDIBELL) y Universitat de Barcelona. Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona) - España, (4)Cardiología. Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona) - España, (5)BIOHEART (IDIBELL) . Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona) - España, (6)BIOHEART (IDIBELL) y UIC. GAPIC Delta-Baix Llobregat, ICS, L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona) - España, (7)BIOHEART (IDIBELL) y CIBERCV. GAPIC Delta-Baix Llobregat, ICS, L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona) - España, (8)BIOHEART (IDIBELL). Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona) - España y (9)Cardiología, BIOHEART (IDIBELL). Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona) - España

Introducción: El autocuidado (AC) y la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) son determinantes clave en insuficiencia cardiaca (IC) tras una descompensación reciente. Sin embargo, se desconoce cómo los cambios en el autocuidado influyen sobre la CVRS durante la fase vulnerable postalta. El objetivo fue analizar la asociación entre trayectorias de AC y CVRS en pacientes con IC en fase vulnerable que reciben atención multidisciplinar en programas de IC.

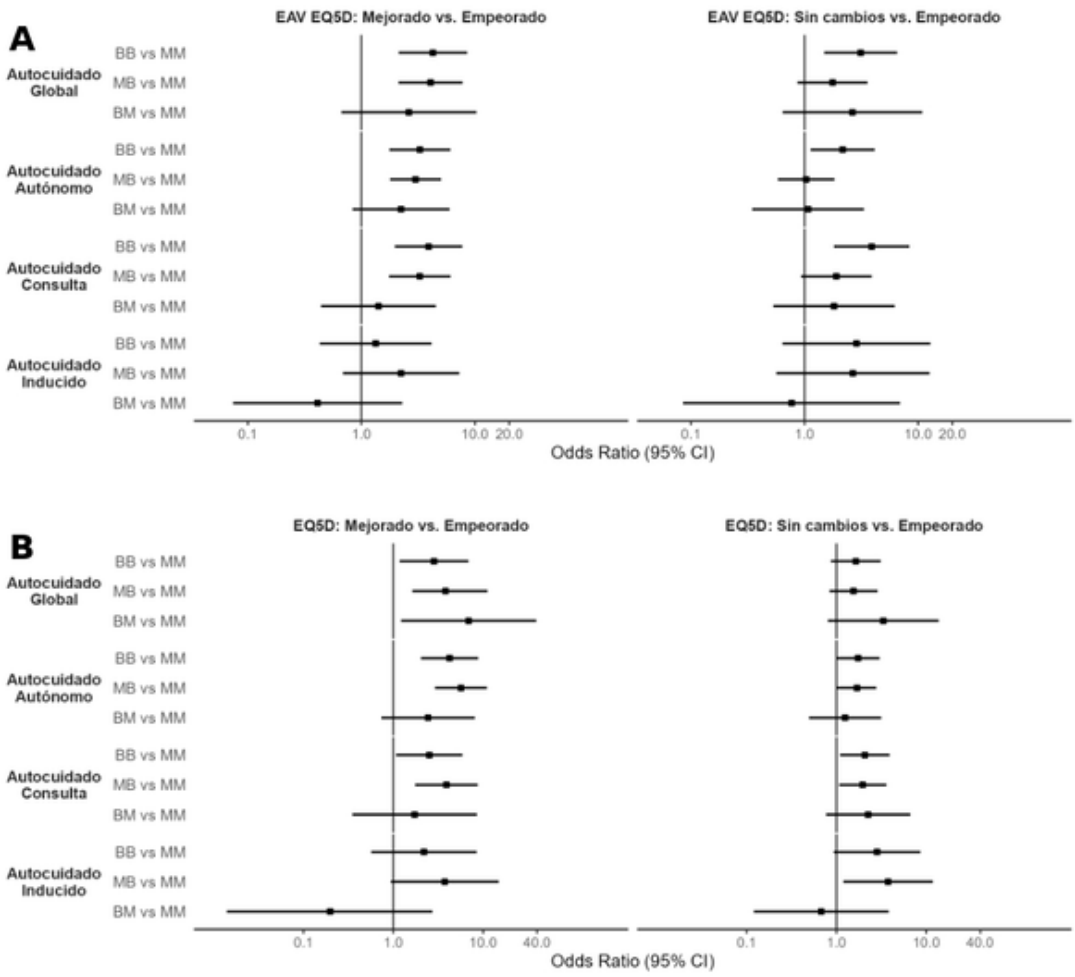
Métodos: Análisis conjunto de dos cohortes prospectivas multicéntricas (HERMeS y ORACLE) de pacientes atendidos en programas de IC. Se incluyeron 580 pacientes con IC reclutados ?30 días tras alta hospitalaria o visita urgente. El AC se evaluó con EHFScBS-9 y la CVRS con EQ-5D-5L índice y escala visual analógica (VAS) en basal y a 6 meses. Se definieron trayectorias longitudinales según puntos de corte validados.

Resultados: Edad media 73±12 años; 47% mujeres. El AC global mejoró significativamente entre basal y 6 meses (60,4±23,9 a 84,5±14,7; p<0,001). La EAV aumentó de 62,1±19,2 a 70,3±18,7 (p<0,001), mientras el índice EQ-5D permaneció estable.
Las trayectorias del EQ-5D mostraron mejoría (28,8%), estabilidad (41,4%) y empeoramiento (29,8%), mientras que en la EAV predominó la mejoría (51,9%), con menor estabilidad (25,7%) y empeoramiento (22,4%). Más del 70% de los pacientes siguieron trayectorias favorables de AC (buen AC final) tanto global como en cada una de las sus dimensiones.
En modelos multinomiales ajustados por edad, sexo y QoL basal, las trayectorias favorables de AC se asociaron con

mayor probabilidad de mejoría de CVRS frente a empeoramiento (Figura 1). Comparado con AC persistentemente pobre, el AC global consistentemente bueno y el mejorante se asociaron con mejoría del índice EQ-5D (OR 2,84 y 3,82) y de la EAV (OR 4,26 y 4,06; todos p?0,02). En modelos multivariantes, mejores niveles finales de AC y su incremento longitudinal se asociaron independientemente con mejor CVRS final y mayor mejoría durante el seguimiento, con asociaciones más intensas para AC global y autónomo (Tabla 1).

Conclusiones: En pacientes con IC en fase vulnerable postalta atendidos en programas de IC, las trayectorias de AC se asocian de forma independiente y consistente con la evolución de la calidad de vida. La mejora sostenida del AC se relaciona con mejores resultados centrados en el paciente, reforzando su papel como diana terapéutica tras el alta.

Figura 1. Trayectorias de autocuidado y cambios en la calidad de vida (EQ-5D)
Modelos multinomiales ajustados por edad, sexo y calidad de vida basal. Panel A: Índice; Panel B: EAV.



Referencia: MM. BB=bueno→bueno; MB=malo→bueno; BM=bueno→malo; MM=malo→malo.

Tabla1. Modelos de regresión lineal multivariada con ajuste avanzado para analizar la asociación entre las conductas de autocuidado y la calidad de vida relacionada con la salud a lo largo del seguimiento.

	Modelos ajusatdos							
	Índice EQ-5D final		**ΔCambio índice EQ-5D**		**EQ-5D EAV final**		**ΔCambio EQ-5D EAV**	
	sβc	**p-valor**	**sβc**	**p-valor**	**sβc**	**p-valor**	**sβc**	**p-valor**
Medidas y trayectorias de autocuidado								
Autocuidado global (puntuación final)	0.184	<0.001	0.155	<0.001	0.272	<0.001	0.203	<0.001
Autocuidado autónomo (puntuación final)	0.218	<0.001	0.183	<0.001	0.269	<0.001	0.186	<0.001
Autocuidado de consulta (puntuación final)	0.114	0.001	0.101	0.013	0.211	<0.001	0.181	<0.001
Autocuidado inducido por el profesional (puntuación final)	0.072	0.045	/	/	0.129	0.001	0.094	0.023
Autocuidado global adecuado (sí vs. no)	0.090	0.012	0.086	0.035	0.202	<0.001	0.159	<0.001
Autocuidado autónomo adecuado (sí vs. no)	0.208	<0.001	0.148	<0.001	0.264	<0.001	0.203	<0.001
Autocuidado de consulta adecuado (sí vs. no)	0.123	<0.001	0.140	<0.001	0.166	<0.001	0.158	<0.001
Autocuidado inducido por el profesional adecuado (sí vs. no)	0.097	0.007	0.111	0.007	0.080	0.047	/	/
Cambio en autocuidado global (final-basal)	0.117	0.001	0.112	0.007	0.102	0.013	0.149	<0.001
Cambio en autocuidado autónomo (final-basal)	0.130	<0.001	0.099	0.016	0.111	0.006	0.138	<0.001
Cambio en autocuidado de consulta (final-basal)	0.089	0.013	0.097	0.018	/	/	0.119	0.004
Cambio en autocuidado inducido por el profesional (final-basal)	/	/	/	/	/	/	0.122	0.003

Los valores se expresan como coeficientes beta estandarizados (sβc). Los modelos se ajustaron por variables clínicas relacionadas con la insuficiencia cardiaca, comorbilidades, fragilidad y factores socioeconómicos. EQ-5D: cuestionario EuroQol de calidad de vida; EAV: escala analógica visual; sβc: coeficiente beta estandarizado; Δ: cambio desde la evaluación basal.