



# Cardiocre



## 166/158. - IMPACTO DEL ÓPTIMO CONTROL DE FRECUENCIA CARDIACA EN LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CRÓNICA

A. Peña Rodríguez<sup>1</sup>, A. González García<sup>1</sup>, S. García Hernández<sup>1</sup> y B. Valverde Martínez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Virgen del Rocío. Sevilla. <sup>2</sup>Hospital de Alta Resolución. Alcalá la Real. Jaén.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** Los parámetros pronósticos de IC están bien establecidos pero no si éstos determinan la calidad de vida, queremos conocer si el óptimo control de Fc que ha demostrado mejoría pronóstica también mejora calidad de vida.

**Material y métodos:** Se seleccionaron 30 pacientes con IC estable y FE deprimida en una consulta no monográfica. La calidad de vida se evaluó con Cuestionario Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire (KCCQ) y la Fc con ECG basal y Holter 24h. Si la Fc era mayor a 70 se ajustó tratamiento y se reevaluó al mes.

**Resultados:** La media de edad fue 72 años, 63% mujeres, 50% miocardiopatía dilatada idiopática o isquémica y FE media 34%, la mitad en CF III. Muy pluripatológicos, FA 43%, HTA 86%, DM 43%, EPOC 23%, 50% ERC y 20% anemia. Tratamiento óptimo, 100% betabloqueantes, 43% dosis máxima, 83% IECA-ARA II, 16% ivabradina, 6% digoxina, 86% inhibidores aldosterónicos, 86% furosemida. Estaban bien controlados con media Fc 73 y solo 36% mayor a 70. Mediante Holter se comprobó la buena correlación de Fc basal y promedio (coeficiente de Pearson 0,779). La puntuación media fue 54,66 de un máximo de 100. Se consiguió en todos control óptimo de Fc, la puntuación no cambió de forma significativa.

**Conclusiones:** La puntuación fue baja y no mejoró, a pesar de tratamiento óptimo, buen control y debido probablemente a mayor edad, más pluripatología y peor CF que otros estudios, así como por alta prevalencia de depresión y bajo conocimiento de autocuidados que determinaron peor calidad de vida, más incluso que la gravedad de la cardiopatía.