



6019-7. ¿CÓMO SON LOS PACIENTES FRÁGILES QUE INGRESAN POR INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA?

Lara Aguilar Iglesias, Esther Sánchez Corral, Ana Merino Merino, Ana Isabel Santos Sánchez, María Jesús García Sánchez, Diego Andrés Zambrano Yela, Juan Asensio Nogueira, David Abella Vallina, Rubén Hernando González, Ruth Sáez de la Maleta Úbeda y José Ángel Pérez Rivera

Complejo Asistencial de Burgos.

Resumen

Introducción y objetivos: La fragilidad está presente en los pacientes con insuficiencia cardiaca (IC), con una prevalencia de más del 70% en mayores de 80 años. El objetivo principal de este estudio es detectar las características clínicas diferenciales de la población frágil ingresada por insuficiencia cardiaca aguda (ICA).

Métodos: Se realizó un estudio observacional y transversal en el que se incluyeron todos los pacientes con ICA, tras firma de consentimiento informado, con independencia de edad, que ingresaron en el Servicio de Cardiología de nuestro centro entre julio y diciembre de 2020. Se realizó durante el ingreso una valoración geriátrica integral, clasificando a los pacientes en frágiles (? 3 puntos) o no frágiles (0-2 puntos) según los puntos obtenidos en la escala FRAIL. Se recogieron las variables clínicas habituales durante el ingreso y se estudiaron las diferencias entre estos 2 grupos.

Resultados: Se incluyeron en el estudio 97 pacientes. La edad media fue de 75 años, 41 tenían menos de 75 años (42,3%) y hubo 37 mujeres (38,1%). En 51 (52,6%) pacientes la IC era de nuevo diagnóstico. El resto de características clínicas y las diferencias entre los dos grupos se muestran en la tabla 1. Los pacientes frágiles eran significativamente mayores, presentaban una peor calidad de vida (medida mediante la escala Minnesota); tenían una mayor dependencia (medida por la escala Barthel) y eran pacientes más frecuentemente diagnosticados de IC previa (59,6 vs 36,0%; $p = 0,020$). Sin embargo, la comorbilidad no era mayor (se determina alta si obtienen ? 3 puntos en la escala Charlson). En cuanto a la estimación pronóstica, los pacientes frágiles presentaban peores puntuaciones en escala MAGGIC. La miocardiopatía dilatada isquémica fue más frecuente entre los frágiles (21,3 vs 6,0%; $p = 0,027$). Sin embargo, el tratamiento al alta entre los dos grupos fue similar, al igual que el porcentaje de implante de dispositivos y el tratamiento durante el ingreso.

	Frágiles (N = 47)	No frágiles (N = 50)	p
Varones	29 (61,7%)	31 (62,0%)	0,976
Edad (años)	80 ± 9,10	70 ± 12,63	0,001

HTA	41 (87,2%)	35 (70,0%)	0,039
DM tipo 2	16 (34%)	15 (30%)	0,670
FEVI (%)	46,80 ± 16,35	43,32 ± 15,84	0,291
Escala NYHA II, III o IV	26 (55,3%)	17 (34,0%)	0,035
Terapia con dispositivos	1 (2,1%)	2 (4,0%)	0,594
Duración de ingreso (días)	8 ± 4,22	9 ± 4,99	0,991
Feroterapia durante ingreso	12 (25,5%)	18 (36,0%)	0,265
Inotrópicos durante ingreso	7 (14,9%)	6 (12,0%)	0,676
IECA al alta	19 (40,4%)	20 (30,0%)	0,966
BB al alta	39 (83%)	40 (80,0%)	0,706
Antialdosterónico al alta	17 (36,2%)	23 (46,0%)	0,326
Sacubitrilo/valsartán al alta	12 (25,5%)	15 (30,0%)	0,624
Diuréticos al alta	43 (91,5%)	40 (80,0%)	0,108
Escala Minnesota	59,53 ± 12,37	40,92 ± 13,35	0,001
Dependencia	27 (58,7%)	9 (18,0%)	0,001
Escala MAGGIC	23,46 ± 4,94	18,90 ± 5,60	0,001
Comorbilidad alta	30 (63,8%)	26 (52%)	0,239

BB: bloqueador beta; DM: diabetes mellitus; FA: fibrilación auricular; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; HTA: hipertensión arterial; IECA: inhibidor del enzima convertidor de angiotensina.

Conclusiones: Los pacientes frágiles ingresados por ICA presentan unas características clínicas y geriátricas de especial riesgo. Siendo, el manejo médico de este grupo especialmente complejo. Sin embargo, esto no motivó un menor uso del tratamiento neurohormonal ni de la terapia con dispositivos durante el ingreso.