



6019-6. VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL EN UNA POBLACIÓN NO SELECCIONADA QUE INGRESA POR INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA

Lara Aguilar Iglesias, María Jesús García Sánchez, Ana Merino Merino, Ana Isabel Santos Sánchez, Esther Sánchez Corral, 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 situación de fragilidad y principales síndromes geriátricos están muy presentes en los pacientes con insuficiencia cardiaca (IC), afectando a su tratamiento y autocuidados. Interesa conocer la prevalencia de fragilidad y principales síndromes geriátricos en la población.

Métodos: Se realizó un estudio observacional y transversal en el que se incluyeron, tras firma de consentimiento informado, todos los pacientes con insuficiencia cardiaca aguda (ICA), con independencia de su edad, que ingresaron en nuestro centro entre julio y diciembre de 2020. Se estudiaron variables demográficas, clínicas, ecocardiográficas y analíticas habituales, además del tratamiento farmacológico al alta y duración del ingreso. Durante el ingreso se realizó una valoración geriátrica completa mediante las escalas FRAIL, Minnesota, Barthel, SPPB, Charlson y MAGGIC.

Resultados: Se incluyeron en el estudio a 97 pacientes. Las características basales se resumen en la tabla 1. En cuanto al tipo de IC, 46 (47,4%) pacientes presentaron IC con FEVI reducida, 10 (10,3%) IC con FEVI intermedia y 41 (42,3%) IC con FEVI conservada. De los pacientes con FEVI reducida, 4 (8,7%) estaban con tratamiento neurohormonal óptimo previo. En 51 pacientes (52,6%) la IC era de nuevo diagnóstico. Con respecto a la valoración geriátrica, 47 (48,5%) pacientes eran clasificados como frágiles, 33 (34%) como prefrágiles y 17 (17,5%) no mostraban indicios de fragilidad según la escala FRAIL. Según la escala SPPB, 68 (70,1%) pacientes eran frágiles frente a 29 (29,9%) no frágiles. En relación a la escala Charlson, 56 (57,7%) de los pacientes tenían una comorbilidad alta, 16 (16,5%) baja y 25 (25,8%) no presentaban comorbilidad. Según la escala Barthel, 60 (61,9%) de los pacientes eran independientes frente a 2 (2,1%) que tenían dependencia moderada. En las escalas Minnesota y MAGGIC de valoración de IC, las medias fueron de $49,94 \pm 15,87$ puntos y de $21,03 \pm 6,28$ puntos respectivamente.

Variables	N = 97	Variables	N = 97
Edad (años)	$75 \pm 11,9$	Duración del ingreso (días)	$9 \pm 4,61$
Varones	60 (61,9%)	NT-proBNP al ingreso (pg/ml)	$9.426 \pm 10.224,80$

Hipertensión	76 (78,4%)	NT-proBNP al alta (pg/ml)	4.863,43 ± 6.741,10
Diabetes mellitus tipo 2	31 (32,0%)	ST-2 al ingreso (ng/ml)	90,93 ± 68,05
EPOC	11 (11,3%)	ST-2 al alta (ng/ml)	51,70 ± 39,34
Enfermedad arterial coronaria	24 (24,7%)	IECAS al alta	39 (40,2%)
FA	46 (47,4%)	BB al alta	79 (81,4%)
FEVI (%)	45,03 ± 16,10	Antialdosterónico al alta	40 (41,2%)
Escala NYHA II, III o IV	43 (44,3%)	Inhibidor de SGLT2 al alta	22 (22,7%)
IC por valvulopatía	24 (24,7%)	Sacubitrilo/valsartán al alta	27 (27,8%)
IC por taquimiocardiopatía	29 (29,9%)	Diurético al alta	83 (85,6%)
Miocardiopatía dilatada isquémica previa	13 (13,4%)	Dosis de diurético al alta (mg/24h)	62,65 ± 33,55

BB: bloqueador beta; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; FA: fibrilación auricular; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; IC: insuficiencia cardíaca; IECA: inhibidor de enzima convertidora de angiotensina.

Conclusiones: La prevalencia de los principales síndromes geriátricos, especialmente la fragilidad, es muy elevada en nuestra población de pacientes con ICA no seleccionados por edad. Sería de interés el uso de estas escalas de forma rutinaria en estos pacientes, ya sea un primer episodio o reagudizaciones.