



6063-404. IMPACTO DE LA EDAD EN LA INSUFICIENCIA CARDIACA. PARTICULARIDADES CLÍNICAS, EPIDEMIOLÓGICAS Y PRONÓSTICAS EN EL PACIENTE ANCIANO

María Martín Muñoz, Alfonso Fraile Sanz, Cristina Perela Álvarez, Daniel Nieto Ibáñez, María Álvarez Bello, Nuria Gil Mancebo, Paula Rodríguez Montes, Silvia Humanes Ibáñez, Miguel de la Serna Real de Asúa, José Luis Santiago Ruiz, Rebeca Mata Caballero, Jesús Ángel Perea Egido, Bárbara Izquierdo Coronel, Renée Olsen Rodríguez y Joaquín J. Alonso Martín

Hospital Universitario de Getafe, Getafe (Madrid), España.

Resumen

Introducción y objetivos: La incidencia y prevalencia de la insuficiencia cardiaca (IC) continúa aumentando de forma progresiva y paralela a la edad. Constituye una «epidemia geriátrica» en el anciano siendo la principal causa de hospitalización cardiovascular (CV) en esta población y se asocia a un 50% de reducción de la esperanza de vida. El objetivo del estudio es analizar las diferencias clínicas y pronósticas de los pacientes con IC mayores de 75 años comparándolas con pacientes más jóvenes.

Métodos: Estudio analítico, observacional, que incluye a los pacientes admitidos nuestro programa de IC entre 2019 y 2023. Se analizaron variables clínicas, farmacológicas, demográficas y ecocardiográficas en relación con el proceso de IC. El análisis de seguimiento incluyó eventos CV adversos mayores MACE (muerte, infarto, ictus y primer reingreso por IC).

Resultados: Se incluyeron 198 pacientes, con un 62% de varones y una edad media de 74 ± 9,8 años (54% mayores de 75 años). La fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) media fue de 43 ± 15,7%. Hubo más varones en los mayores de 75 años (64 vs 53%), sin diferencias en cuanto al sexo, factores de riesgo cardiovascular (FRCV) ni comorbilidades, salvo la presencia de fibrilación auricular (FA), que fue mayor en este grupo (69 vs 34%, p = 0,001). Se observó mayor uso de tiazidas previo al ingreso (16,5 vs 7%, p = 0,049), sin diferencias en el resto del tratamiento (tabla). El porcentaje de pacientes con FEVI preservada fue mayor en los mayores de 75 años (58 vs 35%, p = 0,001), con menor dilatación de ventrículo izquierdo (VI) asociada (46,6 vs 73% p 0,001), sin diferencias en la presencia de hipertrofia de VI (35 vs 34%, p = 0,03), disfunción del ventrículo derecho (34 vs 31%, p = 0,75) ni hipertensión pulmonar (57 vs 52%, p = 0,73). No hubo diferencias en el tiempo de hospitalización (10 ± 8 vs 8 ± 7 días, p = 0,15), la etiología de la cardiopatía, ni en el tratamiento al alta. El pronóstico a largo plazo fue peor en los mayores de 75 años en términos de MACE (gráfica 1); sin diferencias en cuanto a reingresos por IC (58 vs 52%, p = 0,57) ni eventos adversos CV graves (50 vs 45%, p = 0,54) al analizarlos de forma separada.

	75 años (n = 86, 46%)	> 75 años (n = 103, 54%)	p
	Características basales y tratamiento previo		

Hombres (n, %)	59	69	59	57	0,109
Cardiopatía isquémica previa (n, %)	29	34	32	31	0,698
Insuficiencia cardiaca previa (n, %)	36	42	49	48	0,618
Hipertensión (n, %)	67	78	86	83,5	0,33
Diabetes mellitus (n, %)	51	59	56	54	0,496
Dislipemia (n, %)	55	64	66	64	0,986
IECA previo (n, %)	2	2,33	2	2,33	0,855
ARM previo (n, %)	17	20	18	17	0,658
Betabloqueante previo (n, %)	51	59	66	64	0,501
Diurético previo (n, %)	44	51	52	50	0,926
Tiazida previo (n, %)	6	7	17	16,5	0,049
iSGLT2 previo (n, %)	20	23	18	17	0,323
	Etiología				
Miocardopatía dilatada (n, %)	31	36	28	27	0,19
Amiloidosis (n, %)	2	2,33	6	5,83	0,234
Isquémica (n, %)	26	30	30	29	0,868
Valvular (n, %)	15	17	19	18	0,858
Miocardopatía hipertensiva (n, %)	8	9,3	16	15,5	0,2

IECA: inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina; ARM: antagonistas de los receptores de mineralocorticoides; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; VI: ventrículo izquierdo; VD: ventrículo derecho.



Incidencia de MACE en el seguimiento en ambos grupos de edad, siendo más precoz en los mayores de 75 años (354 ± 296 días vs 474 ± 320 días, $p = 0,017$).

Conclusiones: En nuestro estudio, los pacientes mayores de 75 años presentan más frecuentemente FEVI preservada, VI menos dilatado y FA, sin diferencias en el resto de comorbilidades ni FRCV. El pronóstico en términos de MACE fue peor en este subgrupo.