



6103-9. IMPACTO DE LOS SÍNDROMES GERIÁTRICOS EN EL PRONÓSTICO DE LOS PACIENTES JÓVENES INGRESADOS POR INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA

Lara Aguilar Iglesias, Ester Sánchez Corral, Ana Merino Merino, María Jesús García Sánchez, Ana Isabel Santos Sánchez, Juan Asensio Nogueira, Rubén Hernando González, Álvaro Margalejo Franco, Guillermo Servando Carrillo, Álvaro Díaz Gómez, Enrique Palomero Camacho, Beatriz García Díaz, Ruth Sáez de la Maleta Úbeda, Jesús Ignacio Domínguez Calvo y José Ángel Pérez Rivera

Complejo Asistencial de Burgos, Burgos, España.

Resumen

Introducción y objetivos: Los síndromes geriátricos son muy frecuentes en los pacientes con insuficiencia cardiaca (IC), especialmente entre los pacientes ancianos con comorbilidades. La mayoría de los estudios se centran en este tipo de pacientes. Nuestro objetivo es estudiar la prevalencia y el impacto pronóstico a los 6 meses de los síndromes geriátricos en una población joven (< 75 años) ingresada por insuficiencia cardiaca aguda (ICA)

Métodos: Se realizó un estudio observacional y prospectivo. Se incluyeron todos los pacientes con ICA menores de 75 años ingresados en la unidad de Cardiología de nuestro hospital desde julio de 2020 hasta mayo de 2021. Se determinó fragilidad como puntuación FRAIL > 3, dependencia como Índice de Barthel 3 y se midió la calidad de vida con la escala de Minnesota. Se desarrolló un seguimiento clínico durante 6 meses y se analizó la mortalidad por cualquier causa

Resultados: Se incluyeron 102 pacientes. La edad media fue de 62 años. Solo 31 pacientes (30,4%) eran mujeres. Se observó diagnóstico previo de IC en 46 pacientes (45,1%) y la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) media fue del 44%. La condición de fragilidad se observó en 17 pacientes (16,7%). La mayoría de los pacientes (91 pacientes, 89,2%) eran completamente independientes. Se detectó una elevada comorbilidad en 45 (44,1%) pacientes. El valor medio de la escala de Minnesota fue de 40,38. La fragilidad en pacientes jóvenes parece estar relacionada con mayor comorbilidad, dependencia y peor calidad de vida y la dependencia se relaciona con peores valores previos de FEVI, peor calidad de vida y fragilidad (tabla). A los 6 meses, la incidencia de mortalidad fue de 4 (3,9%). Solo la dependencia se asoció significativamente a la mortalidad a los 6 meses ($p = 0,006$), aunque la comorbilidad y la fragilidad mostraron una tendencia no significativa.

Características basales,
biomarcadores y
escalas geriátricas

| Jóvenes (N = 102) | Independientes (N = 91) | Dependientes (N = 11) | p | Frágiles (N = 17) | No frágiles (N = 85) | p |
|-------------------|-------------------------|-----------------------|---|-------------------|----------------------|---|
| | | | | | | |

| | | | | | | |
|--|------------|-----------|--------------|------------|------------|--------------|
| Mujeres | 27 (29,7%) | 4 (36,4%) | 0,648 | 6 (35,3%) | 25 (29,4%) | 0,630 |
| Hipertensión | 55 (60,4%) | 7 (63,6%) | 0,837 | 14 (82,4%) | 48 (56,5%) | 0,046 |
| Diabetes mellitus | 27 (29,7%) | 4 (36,4%) | 0,648 | 10 (58,8%) | 21 (24,7%) | 0,005 |
| EPOC | 9 (9,9%) | 2 (18,2%) | 0,402 | 5 (29,4%) | 6 (7,1%) | 0,007 |
| Neoplasia previa | 17 (18,7%) | 1 (9,1%) | 0,431 | 7 (41,2%) | 11 (12,9%) | 0,005 |
| Enfermedad arterial coronaria | 18 (19,8%) | 3 (27,3%) | 0,562 | 6 (35,3%) | 15 (17,6%) | 0,100 |
| IC previa | 40 (44,0%) | 6 (54,5%) | 0,505 | 7 (41,2%) | 39 (45,9%) | 0,722 |
| FEVI 40% | 16 (17,6%) | 5 (45,5%) | 0,031 | 5 (29,4%) | 16 (18,8%) | 0,324 |
| IM moderada o grave | 20 (22,0%) | 5 (45,5%) | 0,087 | 6 (35,3%) | 10 (11,8%) | 0,015 |
| IECA al alta | 35 (38,5%) | 3 (27,3%) | 0,468 | 7 (41,2%) | 31 (36,5%) | 0,714 |
| ARNI al alta | 34 (37,4%) | 5 (45,5%) | 0,602 | 7 (41,2%) | 32 (37,6%) | 0,785 |
| BB al alta | 74 (81,3%) | 8 (72,7%) | 0,498 | 14 (82,4%) | 68 (80,0%) | 0,823 |
| AMR al alta | 42 (46,2%) | 6 (54,5%) | 0,598 | 8 (47,1%) | 40 (47,1%) | 1,000 |
| iSGLT2 al alta | 24 (26,4%) | 5 (45,5%) | 0,185 | 7 (41,2%) | 22 (25,9%) | 0,202 |
| Diuréticos al alta | 68 (74,7%) | 9 (81,8%) | 0,605 | 13 (76,5%) | 64 (75,3%) | 0,918 |
| Alta comorbilidad (Charlson score > 3) | 47 (51,6%) | 6 (54,5%) | 0,856 | 14 (82,4%) | 39 (45,9%) | 0,006 |
| Minnesota alto (> 40,38) | 37 (40,7%) | 8 (72,7%) | 0,043 | 14 (82,4%) | 31 (36,5%) | 0,001 |
| Frágil (FRAIL > 3) | 12 (13,2%) | 5 (45,5%) | 0,007 | | | |

| | | | | | | |
|-------------------------------|--|--|--|------------|------------|--------------|
| Independiente (Barthel = 100) | | | | 12 (70,6%) | 79 (92,9%) | 0,007 |
|-------------------------------|--|--|--|------------|------------|--------------|

ARM: receptor mineralocorticoide;
 ARNI: inhibidor de la neprilisina del receptor de angiotensina; BB: betabloqueante; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica;
 FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; IC: insuficiencia cardiaca;
 IM: insuficiencia mitral; IECA: inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina; iSGLT2: inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2.

Conclusiones: Las afecciones geriátricas son frecuentes incluso en pacientes jóvenes. Por este motivo, creemos que es importante realizar una evaluación geriátrica exhaustiva de nuestros pacientes ingresados por ICA. En nuestra muestra, se observó que la dependencia tenía el mayor impacto pronóstico. Esto puede deberse a que la dependencia es un estado irreversible con importantes consecuencias a largo plazo.