Rev Esp Cardiol. 2024;77 (Supl 1): 82

Revista Española de Cardiología

6103-2. ¿QUÉ PRONÓSTICO TIENEN LOS PACIENTES MÁS AÑOSOS CON INSUFICIENCIA CARDIACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN REDUCIDA?

Catarina Silva Araújo[1], Irene Marco Clement[2], Josebe Goirigolzarri Artaza[2], María Alejandra Restrepo Córdoba[2], Tania Gómez Selgas[2], María Victoria Laguna Calle[2], Lorena Rueda Flores[2], Miguel Ángel Gomes Garfia[2], Isabel Sicilia Bravo[2], Isidre Vila Costa[3] y Julián Pérez-Villacastín Domínguez[4]

[1]Serviço de Medicina Interna. Hospital de Braga, Braga (Portugal), [2]Unidad de Insuficiencia Cardiaca, Servicio de Cardiología. Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España, [3]Cardiología Clínica, Servicio de Cardiología. Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España y [4]Servicio de Cardiología. Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España.

Resumen

Introducción y objetivos: La evolución de los pacientes añosos con insuficiencia cardiaca (IC) con fracción de eyección reducida (ICFEr) se presupone peor que la de los jóvenes debido a la presencia de fragilidad y comorbilidades, sin embargo, no se dispone de datos concluyentes. Nuestro objetivo fue analizar su pronóstico en una cohorte con seguimiento estructurado en una unidad de IC (UIC).

Métodos: Análisis retrospectivo de pacientes consecutivos añosos con ICFEr valorados en la UIC de un hospital terciario desde marzo 2022 a marzo 2023. Se incluyeron pacientes mayores de 80 años en la primera visita y con al menos 75 años en el momento del diagnóstico. Se registraron datos clínicos, ecocardiográficos y el tratamiento recibido en la primera y última visita. Se definió evento cardiovascular (CV) como muerte CV o descompensación de IC con necesidad de diurético intravenoso. Se realizó un seguimiento hasta diciembre 2023.

Resultados: Se incluyeron 110 pacientes con una edad media de 80 años al diagnóstico; 34 (30,9%) mujeres. La causa más frecuente de miocardiopatía fue no isquémica (42, 38,2%), seguido de la isquémica (36, 32,7%), valvular (12, 10,9%), mixta (16, 14,5%) y por amiloide 4 (3,6%). Durante un seguimiento mediano en UIC (esto explica tiempo de seguimiento largo, porque se incluyen en ese periodo pero podían llevar más tiempo en UIC) de 25,5 meses se observó una mejoría significativa de los parámetros ecocardiográficos, los niveles de NT-proBNP y la clase funcional (tabla). La variación media de FEVI entre la primera y última visita fue de 12,3%; en 49% casos la FEVI mejoró por encima de 50% y en 26% entre 40-50%. Presentaron al menos una descompensación de IC 32 (29,0%) pacientes y 6 (5,5%) fallecieron por causa cardiovascular (CV) mientras que 7 (6,4%) fallecieron por otras causas. Los pacientes sin eventos CV tenían FEVI mayores (47,1 ± 9,4 versus 41,2 ± 10,2, p 0,05) y más número de líneas de tratamiento en la última visita (2(0-4) versus 3(1-4), p 0,01). En el análisis de supervivencia la presencia de FEVI recuperada y el tratamiento con iSGLT-2 o vasodilatadores se asoció con un menor riesgo de eventos CV en el tiempo (figura).

Evolución de parámetros entre la primera y la última visita en la UIC

	Primera visita	Ultima visita	p
NYHA n (%)			
I-II	85 (77,3)	96 (87,3)	0,01
III-IV	25 (22,7)	14 (12,7)	
FEVI (%, media ± DE)	32,7 ± 8,4	45,2 ± 10	0,001
DTDVI (media ± DE)	5,6 ± 0,9	5,2 ± 0,9	0,001
Insuficiencia mitral			
No	17 (15,5%)	24 (22,9%)	0,001
Grado I/II	72 (65,4%)	75 (71,4%)	
Grado III/IV	21 (19,1%)	6 (5,7%)	
NT-proBNP (mediana (RIC))	3.091 (158-53.354)	1.802 (145-19.509)	0,001

DTDVI: diámetro telediastólico de ventrículo izquierdo; FEVI: fracción de eyección de ventrículo izquierdo; NYHA: clasificación de la New York Heart Association; RIC: rango intercuartílico.

Supervivencia libre de eventos CV en función de la evolución de la FEVI y el tratamiento recibido.

Conclusiones: Los pacientes ancianos con ICFEr parecen presentar una evolución favorable bajo tratamiento en el seguimiento. La optimización del tratamiento y la mejoría de FEVI juegan un papel esencial en el pronóstico.