



IC-105. - PERFIL DEL PACIENTE CONTROLADO EN UNA UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDIACA DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL COMARCAL

J. Torres Martínez¹, A. Serrado Iglesias¹, J. Grau Amorós¹, N. Galofré Alvaro¹, E. Rufián Arenas²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Enfermería. Hospital Municipal de Badalona. Badalona (Barcelona).

Resumen

Objetivos: Describir las características de los pacientes controlados en una UIC de MI de un Hospital Comarcal y evaluar las diferencias entre los mayores y los menores de 85 años.

Métodos: Se analizan los pacientes incluidos en una UIC de MI de un hospital comarcal, controlados de forma protocolizada según las directrices del programa UMIPIIC del grupo de IC de la SEMI. Se recogen datos del registro del periodo de marzo de 2012 a marzo de 2013 y se analizan mediante el programa SPSS 19, dividiendo la cohorte en 2 grupos de edad: < 85 o ≥ 85 años.

Resultados: Se analizan 41 pacientes, 66% mujeres, con una edad media de 83,6 años (56-99), siendo 22 del grupo de < 85 años y 19 de ≥ 85 años. Ambos grupos son similares en pluripatología asociada, 97,6% HTA, dislipemia 50%, DM 24,4%, insuficiencia renal crónica 36,4%, y enfermedad cerebrovascular y arteriopatía < 20%. Presentan Hb media de 11,3 mg/dl, NTproBNP 4.800 ng/dl, Creat de 1,2 mg/dl, sin diferencias entre ambos grupos. Como antecedentes cardiológicos, la mitad de pacientes tenían ICC, 63,4% FA/flutter, 27% valvulopatía y 10% IAM previo, estas 2 últimas patologías más frecuentes en ≥ de 85 años (31,6% vs 18% y 15,8% vs 4,5% respectivamente), sin diferencias significativas. La media del índice de Charlson es de 3,1 (2,6 en < 85 a, y 3,8 en ≥ 85 a, p no significativa). Al analizar la situación funcional y cognitiva sí se objetivan diferencias a favor del grupo de < 85 años: Barthel (90 vs 80, p 0,029); índice Pfeiffer (0,6 vs 1,4, p 0,02). Respecto a la insuficiencia cardiaca, existen diferencias significativas en la etiología y el grado de disfunción ventricular. La causa más frecuente de IC en < 85 a es la cardiopatía hipertensiva (68%), siendo más heterogéneo en ≥ 85 a (valvulopatía, HTA, isquémica). Y al valorar la FE por ecocardiograma, 3/4 tienen FE preservada (FE deprimida en 41% de ≥ 85 a. y 10,5% en < 85 a, p 0,04). La mitad de los pacientes se encuentran en CF NYHA II, existiendo más pacientes en CF III del grupo de ≥ 85 (31,6% vs 13,6%, p no significativa). Las causas más frecuentes de descompensación son la infección respiratoria y la FA rápida, 1/3 de pacientes presentan complicaciones durante el ingreso, la estancia media hospitalaria es de 6,5 días, sin diferencias significativas. La mortalidad es de 9.8%, en su totalidad del grupo de ≥ 85 a y por causa de la IC

Discusión: Hemos objetivado una población de edad avanzada, con pluripatología que no presenta diferencias significativas pero sí tendencia a aumentar en función de la edad. Como diferencias entre el grupo de < 85 a y ≥ 85, la situación funcional previa y el estado cognitivo, así como el grado de disnea, que son peores en los más ancianos, aunque esto no conlleva una hospitalización más prolongada. También existen diferencias en cuanto a la etiología de la IC. Aparece mayor

heterogeneidad en ≥ 85 respecto a un predominio de la cardiopatía hipertensiva en los más jóvenes, probablemente por la utilización de los menos ancianos de otros recursos diferentes a la UIC. El tipo de IC según la FE también varía entre grupos, encontrando una FE deprimida más frecuentemente en ≥ 85 a. Esto puede ser debido a la evolución natural de la cardiopatía. Finalmente, la mortalidad es menor a la esperada teniendo en cuenta la edad y características de nuestros pacientes. Esto posiblemente es atribuible a los criterios de selección de la UIC hospitalaria, que no incluye los más deteriorados física, funcional y cognitivamente. Ningún paciente de < 85 años ha fallecido, con lo que la mortalidad en global se debe a los más longevos.

Conclusiones: Los pacientes más ancianos no presentan diferencias en la pluripatología asociada a la insuficiencia cardiaca, aunque sí existe una tendencia a un peor índice de Charlson. Los pacientes más longevos presentan una peor capacidad funcional y cognitiva, peor CF, más IC con FE deprimida, sin traducción en una estancia media hospitalaria mayor ni en más complicaciones durante la misma.