



5. IMPACTO DE LA FRAGILIDAD Y OTROS SÍNDROMES GERIÁTRICOS EN EL PRONÓSTICO DE LOS PACIENTES INGRESADOS POR INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA

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

Hospital Universitario de Burgos, Burgos, España.

Resumen

Introducción y objetivos: La fragilidad y otros síndromes geriátricos provocan un peor pronóstico en pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) crónica, pero se desconoce su impacto en la insuficiencia cardiaca aguda (ICA). El objetivo es observar la relación entre los síndromes geriátricos en pacientes con ICA y el pronóstico a 1 y 6 meses.

Métodos: Es un estudio de cohortes observacional y prospectivo. Incluimos a todos los pacientes con ICA que ingresaron en Cardiología desde julio 2020 hasta mayo 2021. Se realizó una valoración geriátrica durante el ingreso. Determinamos fragilidad como FRAIL ≥ 3 y dependencia índice de Barthel ≤ 100 . Analizamos el efecto de ambas escalas sobre la mortalidad y un objetivo combinado de muerte, reingresos y visitas a urgencias por IC descompensada al mes y a los 6 meses. Usamos Kaplan-Meier para el análisis de supervivencia univariable. Para evitar la colinealidad entre las distintas puntuaciones geriátricas, se realizó una regresión de Cox para cada escala, incluyendo las variables significativas en el *log rank test* y la puntuación geriátrica correspondiente. Solo se incluyeron variables de regresión de Cox con $p < 0,005$ en el análisis univariable para evitar comparaciones excesivas.

Resultados: Incluimos a 202 pacientes. La edad media fue de 73 años. Solo 78 pacientes (38,6%) eran mujeres. La condición de frágil (puntuación FRAIL ≥ 3) se observó en 68 pacientes (33,8%). La mayoría de los pacientes (67,8%) eran completamente independientes (Barthel = 100). En la tabla 1 se muestran las diferencias en las variables basales entre frágiles y no frágiles y entre dependientes e independientes. En el análisis multivariable, los pacientes frágiles presentaron mayor mortalidad al mes (HR 12,610, IC95% 1,567-101,466, $p = 0,017$). Sin embargo, no presentaron un aumento significativo en la incidencia de la mortalidad a los 6 meses ni del evento combinado. Además, observamos que los pacientes dependientes tenían aumento de mortalidad al mes (HR 13,043, IC95% 1,624-104,750, $p = 0,016$) y a los 6 meses (HR 7,176, IC95% 1,992-25,855, $p = 0,003$). Además, los dependientes tenían más eventos combinados al mes (HR 5,927, IC95% 1,634-21,502, $p = 0,007$) y a los 6 meses (HR 2,621, IC95% 1,492-4,605, $p = 0,001$) (figura).

Características basales, biomarcadores y escalas geriátricas

	Población total (N = 202)	Independientes (N = 137)	Dependientes (N = 65)	p	Frágiles (N = 68)	No frágiles (N = 134)	p
Edad (años)	73 ± 12,32	68 ± 11,57	81 ± 8,81	0,001	80 ± 8,68	69 ± 12,37	0,001
Mujeres	78 (38,6%)	45 (32,8%)	33 (50,8%)	0,015	28 (41,2%)	50 (37,3%)	0,622
Diabetes mellitus	64 (31,7%)	42 (30,7%)	22 (33,8%)	0,649	28 (41,2%)	36 (27,1%)	0,042
Hipertensión	140 (69,3%)	86 (62,8%)	54 (83,1%)	0,003	58 (85,3%)	82 (61,2%)	0,001
Fibrilación auricular	90 (44,5%)	52 (38,0%)	38 (58,5%)	0,006	39 (57,4%)	51 (38,1%)	0,010
IC previa	100 (49,5%)	57 (41,6%)	43 (66,2%)	0,001	42 (61,8%)	58 (43,3%)	0,015
FEVI? 40%	86 (42,5%)	65 (47,4%)	21 (32,3%)	0,042	27 (39,7%)	58 (43,3%)	0,596
NT-proBNP al alta (pg/ml)	4.813,81 ± 6.497,20	3.610,27 ± 5.163,36	7.335,52 ± 8.137,05	0,001	6.473,95 ± 7.779,56	3.772,75 ± 5.154,22	0,003
Troponina al alta (ng/L)	85,87 ± 168,46	77,69 ± 169,17	103,02 ± 167,01	0,002	92,32 ± 154,13	82,80 ± 176,52	0,043
IECA al alta	76 (37,6%)	54 (39,7%)	22 (34,9%)	0,518	23 (34,8%)	53 (39,6%)	0,494
ARNI al alta	60 (30,0%)	48 (35,3%)	12 (19,0%)	0,020	18 (27,3%)	42 (31,3%)	0,533
Bloqueador beta al alta	156 (77,2%)	111 (81,6%)	45 (71,4%)	0,104	53 (80,3%)	103 (76,9%)	0,644
ARM al alta	85 (42,1%)	63 (46,3%)	22 (34,9%)	0,130	26 (39,4%)	59 (44,0%)	0,505
iSGLT2 al alta	56 (27,7%)	38 (27,9%)	18 (28,6%)	0,927	21 (31,8%)	35 (26,1%)	0,416

Alta comorbilidad

(Charlson score ? 3) 114 (56,4%) 71 (51,8%) 43 (66,2%) 0,055 47 (69,1%) 67 (50,0 %) 0,011

Escala Minnesota 45,70 ± 15,98 41,50 ± 15,11 54,49 ± 14,17 0,001 58,31 ± 12,19 39,26 ± 13,71 0,001

Escala MAGGIC 26,61 ± 6,36 18,82 ± 6,05 24,48 ± 5,23 0,001 24,08 ± 5,04 18,89 ± 6,26 0,001

Independencia (Barthel = 100) 137 (67,8%) 29 (42,6%) 108 (81,2%) 0,001

Fragilidad (FRAIL ? 3) 68 (33,7%) 29 (21,2%) 40 (61,5%) 0,001

ARM: receptor de mineralocorticoides; ARNI: inhibidor de neprilisina del receptor de angiotensina; BB: bloqueador beta; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; IC: insuficiencia cardiaca; IECA: inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina; iSGLT2: inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2.

Conclusiones: La prevalencia de los síndromes geriátricos entre los pacientes con ICA es alta. En este estudio observamos que los pacientes frágiles y dependientes con ICA tienen un peor pronóstico.