



## 6041-520. CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN REDUCIDA EN ESTADIOS FINALES DE LA VIDA

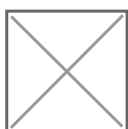
Francisco José Bermúdez-Jiménez, Silvia López-Fernández, María Molina-Jiménez, Monserrat Puga-Martínez, Lorena González-Camacho, Diego Rodríguez Torres, Mercedes González Molina Espinar y Concepción Correa-Vílchez, del Complejo Hospitalario Universitario de Granada.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** Con el avance en terapias cardiovasculares, los pacientes atendidos en unidades de insuficiencia cardiaca (IC) presentan más edad, comorbilidades y complejidad. Reconocer a los pacientes en etapas finales de la vida puede facilitar a los médicos a ofrecer terapias paliativas como parte de un programa de manejo multidisciplinario en IC.

**Métodos:** Identificar diferencias en el perfil clínico y patrón de rehospitalizaciones en una cohorte de pacientes con IC y fracción de eyección (FEVI) reducida, pertenecientes a una unidad de IC, durante los últimos 12 meses previos a su muerte respecto a los supervivientes. Se analizaron causa de la muerte, número de rehospitalizaciones y variables clínicas de uso diario.

**Resultados:** Se incluyó a 948 pacientes. Murieron 107 (11,28%) pacientes, 68 (73%) varones y con edad media de  $73 \pm 11$  años (tabla). De éstos, la FEVI media fue  $31 \pm 10\%$ . La prevalencia de comorbilidades por frecuencia fue: hipertensión arterial en el 60%, fibrilación auricular 50,3%, diabetes en 50%, enfermedad renal 42%. La causa de IC más frecuente fue la cardiopatía isquémica (49%). El 54,4% se encontraba en un avanzado estado funcional (NYHA III-IV) y el 17,6% presentaba importantes limitaciones para actividades de la vida diaria. El 80% de ellos recibía inhibidores de la enzima de conversión de angiotensina (IECA) /ARA, 85,7% bloqueadores beta, el 20% antialdosterónicos, un 20% ivabradina y el 95% usaba diuréticos. El 38% tomaba más de 10 fármacos. El NTproBNP medio fue de  $485 \pm 804$  pg/ml y la frecuencia cardiaca media en consulta fue de  $67 \pm 18$  lpm. De 107 pacientes, 72 (67,2%) murieron por causa cardiaca (figura): 38 (35,5%) por IC (fallo multiorgánico/shock cardiogénico) y 28 (14,2%) por muerte súbita. El resto, 35 (32,7%), murió por causas no cardiológicas, fundamentalmente infecciosas. Respecto a los pacientes vivos, los fallecidos presentaron significativamente más visitas a urgencias por IC, ( $p$  0,001), mayor número de hospitalizaciones ( $p$  0,001), y fueron más longevos ( $p$  0,009).



*Distribución de causas de mortalidad en pacientes de IC.*

## Características de los pacientes fallecidos desde 2011 a 2016 (n = 107)

### Pacientes fallecidos desde 2011 a 2016 (n = 107)

|                                    |            |
|------------------------------------|------------|
| Sexo varón, n (%)                  | 68 (73%)   |
| Edad media al fallecimiento        | 73 ± 11    |
| FEVI media (%)                     | 31 ± 10%   |
| Comorbilidades                     |            |
| HTA, n (%)                         | 65 (60%)   |
| DM, n (%)                          | 53 (50%)   |
| FA, n (%)                          | 56 (50,3%) |
| ERC, n (%)                         | 46 (42%)   |
| Clase funcional (NYHA)             |            |
| I-II, n (%)                        | 51 (45,6%) |
| III-IV, n (%)                      | 56 (54,4%) |
| Tratamiento                        |            |
| IECA/ARA II, n (%)                 | 74 (80%)   |
| Bloqueadores beta, n (%)           | 80 (85,7%) |
| Antagonistas aldosterónicos, n (%) | 70 (74,5%) |
| Ivabradina, n (%)                  | 19 (20%)   |

FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; HTA: hipertensión arterial; DM: diabetes mellitus; FA: fibrilación auricular; ERC: enfermedad renal crónica; IECA: inhibidores de la enzima de conversión de angiotensina; NYHA: *New York Heart Association*.

**Conclusiones:** Los pacientes con IC en su último año de vida son más ancianos y no presentan necesariamente una peor clase funcional. Sufren más reingresos y visitas a urgencias, lo que representa un elevado consumo de recursos. La causa de la muerte es principalmente cardiológica. Es clave identificar estos pacientes en riesgo y promover el uso de medidas paliativas según las guías de práctica clínica actuales.