



6031-354. USO Y BENEFICIO DE IECAS/ARAI EN PACIENTES CON DISFUNCIÓN VENTRICULAR IZQUIERDA, ¿POR QUÉ EN EL ANCIANO NO?

Marta López Castillo¹, Marcelino Cortés García¹, María Luisa Martín Mariscal¹, Álvaro García Roperó¹, Angélica María Romero Daza¹, Julia Palfy¹, Sem Briongos Figuero² y Jerónimo Farré Muncharaz¹ de la ¹Fundación Jiménez Díaz, Madrid y ²Hospital Infanta Leonor, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: Los IECA (o ARA II si contraindicación) han demostrado mejoría de la supervivencia en pacientes con IC y disfunción sistólica ventricular izquierda (DSVI) por lo que son indicación clase I en las guías actuales de práctica clínica. Nuestro objetivo es determinar el porcentaje de uso de IECA/ARAI y su beneficio clínico en una población muy anciana.

Métodos: De enero 2008 a diciembre 2013 se recogieron prospectivamente desde el laboratorio de cardiología no invasiva de un hospital terciario, todos los pacientes con fracción de eyección $\geq 35\%$ y edad ≥ 75 años. Se recogieron variables clínicas y técnicas. Se llevó a cabo seguimiento mediante revisión de historias clínicas y llamadas telefónicas analizando los datos de mortalidad y eventos cardiacos (mortalidad o ingreso por IC).

Resultados: Se analizaron 802 pacientes con una edad media de $82 \pm 4,9$ años, 33,8% de mujeres y una FEVI del $28 \pm 6,5\%$ en el momento de la inclusión. La etiología de la DSVI fue isquémica en el 51,1% de los casos. Un 79,2% eran hipertensos, un 31,3% diabéticos y un 35,7% tenían insuficiencia renal crónica (IRC). El seguimiento medio de la población fue de $32,7 \pm 22,7$ meses durante el que se produjeron 381 muertes (47,5%) y 496 eventos cardiacos (61,8%). El 73,9% del total de pacientes analizados fueron tratados con IECA/ARAI, 69,3% con bloqueadores beta y 45,1% con antialdosterónicos. El tratamiento con IECA se asoció significativamente con una menor tasa de mortalidad (OR: 0,66; 0,53-0,82) y a un menor número de eventos cardiacos (OR: 0,65; 0,54-0,79). El 26,1% de pacientes ancianos no recibieron IECA/ARAI durante el seguimiento. De ellos un 32,8% fue debido a IRC, 16,9% por la aparición de astenia, mareo o hipotensión y 2,2% debido a hiperpotasemia. Hasta en un 28,4% de los pacientes de nuestro estudio, no se encontró una contraindicación formal para el uso de IECA/ARAI.

Conclusiones: En nuestra población a estudio el uso de IECA/ARAI se asoció a una reducción de mortalidad y eventos clínicos. Sin embargo un número significativo de pacientes no recibieron estos fármacos sin encontrarse causa que lo justificase. Una mayor concienciación frente al paciente muy anciano con DSVI para poder aplicar las guías clínicas con mayor rigor, podría mejorar el pronóstico en este grupo poblacional.