



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 ± 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 ± 804 pg/ml y la frecuencia cardiaca media en consulta fue de 67 ± 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.