



## 4019-7. SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ANCIANO CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN REDUCIDA: ¿CARDIOLOGÍA O CARDIOGERIATRÍA?

María Melendo-Viu<sup>1</sup>, David Dobarro Pérez<sup>1</sup>, Carlos Rodríguez Pascual<sup>1</sup>, Sergio Raposeiras Roubín<sup>1</sup>, Mónica Cordeiro Rodríguez<sup>1</sup>, Esther Freire Castro<sup>1</sup>, Sonia Vilar Fernández<sup>1</sup>, Luis Manuel Domínguez Rodríguez<sup>1</sup>, Isabel Muñoz Pousa<sup>1</sup>, Lucía Pérez Expósito<sup>2</sup>, Emad Abu Assi<sup>1</sup> y Andrés Íñiguez Romo<sup>1</sup>

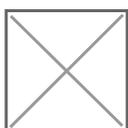
<sup>1</sup>Hospital Universitario Álvaro Cunqueiro, Vigo, Pontevedra. <sup>2</sup>Complejo Hospitalario de Ourense.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** La evidencia del tratamiento de la insuficiencia cardiaca con fracción de eyección reducida (IC-FEr) en los pacientes ancianos es limitada. Lo mismo ocurre con su seguimiento, existiendo controversia sobre qué especialidad médica debe protagonizarlo. Nuestro objetivo fue conocer las diferencias clínicas, terapéuticas y pronósticas en función del servicio encargado del seguimiento.

**Métodos:** Estudio retrospectivo, entre 2009-2016, de pacientes muy ancianos (> 80 años) ambulatorios con IC-FEr, en función del seguimiento por cardiología o por la unidad de cardiogeriatría del servicio de geriatría un hospital terciario. Se estudió la evolución de la IC en función del tratamiento y su seguimiento. Los análisis se realizaron con el *software* SPSS.

**Resultados:** Se estudiaron un total de 217 pacientes ancianos (edad media de  $84,8 \pm 3,8$  años) con disfunción ventricular (FEVI media  $30,8 \pm 7\%$ ). En un seguimiento medio de  $21,8 \pm 19,4$  meses fallecieron un 61,9%, siendo la mortalidad al año del alta del 33%. Un 66% fueron tratados con IECA/ARA2 y menos de un 55% con bloqueadores beta. Solo un 41,5% fueron tratados con ambos (doble bloqueo neurohormonal, DBNH). Los pacientes seguidos por geriatría eran más ancianos, con peor función renal, mayor hipoalbuminemia y estaban menos tratados, presentando una supervivencia algo menor ( $39,2 \pm 3,6$  vs  $21,6 \pm 1,8$  meses,  $p = 0,04$ ). El tratamiento DBNH se relacionó de forma independiente con un mejor pronóstico (fig. A) y la hipoalbuminemia y la insuficiencia renal con peor pronóstico. Ajustando por comorbilidades, el seguimiento por geriatría no se relacionó con peor supervivencia (fig. B, C). Entre los factores relacionados con el DBNH destacaba una menor edad, FEVI, función renal y presencia de estenosis aórtica; Además, mayor albúmina, presencia de cardiopatía isquémica y dispositivos. Únicamente la menor FEVI fue significativa como predictor de prescripción del DBNH y el ingreso en geriatría no se relacionó con una menor prescripción de DBNH.



*Supervivencia en función del tratamiento (panel A), seguimiento (panel B) y comorbilidades (panel C).*

**Conclusiones:** En pacientes con edad avanzada se debe reforzar el tratamiento, empleando, al menos, el DBNH. El seguimiento de estos pacientes no muestra diferencias en la supervivencia entre los servicios

responsables del mismo: cardiología o cardiogeriatría.