Rev Esp Cardiol. 2022;75(Supl 1): 1087

Revista Española de Cardiología

6054-2. PREVALENCIA DE LOS SÍNDROMES GERIÁTRICOS EN INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA, ¿HAY DIFERENCIAS EN FUNCIÓN DE LA FEVI?

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

Complejo Asistencial de Burgos.

Resumen

Introducción y objetivos: La prevalencia de síndrome geriátricos en pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) es elevada pero esta información es limitada al clasificar a los pacientes en función de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI). El objetivo de este estudio es observar la prevalencia de los síndromes geriátricos en la población de pacientes con IC aguda (ICA) en relación con la FEVI.

Métodos: Se realizó un estudio observacional y transversal. Se incluyeron a todos los pacientes con ICA, tras firma de consentimiento informado, con independencia de edad, que ingresaron en el Servicio de Cardiología entre julio de 2020 y mayo de 2021. Se recogieron características basales y se realizó una evaluación geriátrica integral durante el ingreso. Se dividió la muestra en función de la FEVI, en reducida (# 40%).

Resultados: Se incluyeron 202 pacientes. La edad media era de 73 años y 100 pacientes eran mayores de 75 años. La mayoría (61,4%) eran varones. En cuanto a la FEVI, 86 pacientes (42,6%) tenían FEVI reducida (FEVIr) # 40%). No hubo diferencias en cuanto a la edad, aunque en el grupo de FEVIr había más varones. Se observó una mayor prevalencia de fibrilación auricular en el grupo de FEVI no reducida. Los pacientes con FEVIr eran más independientes. Aquellos con FEVI no reducida tienen un perfil clínico peor, con más dependencia y comorbilidades. La situación de fragilidad se definió con un valor en la escala FRAL ? 3, la independencia con índice de Barthel ? 90 y la comorbilidad con resultado en el índice de Charlson ? 3. La calidad de vida (escala Minnesota) y el riesgo estimado de mortalidad (escala MAGGIC) fue similar entre grupos. Los pacientes con FEVIr precisaron de ingreso de mayor duración posiblemente por necesidad de titular y presentan niveles de biomarcadores más elevados (como la creatinina y el NT-proBNP) tanto al ingreso como al alta. Estos resultados se observan en la tabla.

Características basales, biomarcadores y escalas de fragilidad

	FEVI no recuida (N = 116)	FEVI reducida (N = 86)	p
Edad (años)	74 ± 11,68	71 ± 12,98	0,114

Varones	57 (49,1%)	67 (77,9%)	0,001
Hipertensión	76 (65,5%)	64 (74,4%)	0,175
Diabetes mellitus	34 (29,3%)	30 (34,9%)	0,400
Fibrilación auricular	62 (53,4%)	28 (32,6%)	0,003
Creatinina al ingreso (mg/dl)	1,27 ± 0,69	1,52 ± 0,97	0,002
Creatinina al alta (mg/dl)	1,33 ± 1,08	1,59 ± 1,41	0,007
NT-proBNP al ingreso (pg/ml)	6.272,86 ± 6.442,30	11.086,13 ± 12.521,99	0,010
NT-proBNP al alta (pg/ml)	3.806,62 ± 5.989,24	6.172,91 ± 6.932,45	0,005
Troponina T us al ingreso (ng/l)	83,36 ± 270,15	142,35 ± 265,03	0,123
Troponina T us al alta (ng/l)	82,71 ± 192,02	90,20 ± 130,46	0,762
Fragilidad (FRAIL? 3)	41 (35,3%)	27 (31,8%)	0,596
Escala Minnesota	46,03 ± 15,95	45,26 ± 16,11	0,738
Independencia	72 (62,1%)	65 (75,6%)	0,042
Escala MAGGIC	20,05 ± 6,49	21,43 ± 6,11	0,131
Alta comorbilidad	66 (56,9%)	48 (55,8%)	0,878
Duración del ingreso (días)	8 ± 5,30	9 ± 4,67	0,044

FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo.

Conclusiones: A pesar de que la presencia de comorbilidad fue similar entre grupos, la fibrilación auricular fue más prevalente en los pacientes con FEVI no reducida. Los pacientes con ICA y FEVI reducida tenían mayor independencia, pero presentaban tenían una duración del ingreso mayor así como valores más

elevados de biomarcadores.