Rev Esp Cardiol. 2022;75(Supl 1): 1094

Revista Española de Cardiología

6054-9. ¿QUÉ CARACTERIZA A LOS PACIENTES MAYORES QUE INGRESAN POR INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA?

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

Complejo Asistencial de Burgos.

Resumen

Introducción y objetivos: La prevalencia de insuficiencia cardiaca (IC) en pacientes mayores es muy alta y se incrementa cada año. Aproximadamente el 80% de los pacientes con IC son mayores. Cabe destacar sus características diferenciales en comparación con los jóvenes, así como la mayor prevalencia de fragilidad y síndromes geriátricos, condición que produce un importante impacto en su manejo y pronóstico.

Métodos: Se realizó un estudio observacional y transversal. Se incluyeron a todos los pacientes con insuficiencia cardiaca aguda (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 pacientes jóvenes (75 años).

Resultados: Se incluyeron 202 pacientes, la media de edad fue de 73 años y la mitad (100 pacientes) eran mayores de 75 años. Solo el 38,6% (78 pacientes) eran mujeres. En cuanto a la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI), 68 pacientes (42,6%) tenían FEVI # 50%. En el grupo de pacientes mayores había más hipertensos y presentaban valores de NT-proBNP, troponina T y filtrado glomerular renal (FGR) más elevados tanto al ingreso como al alta. En cuanto a los síndromes geriátricos, los pacientes mayores presentaban peor calidad de vida (medida con la escala Minnesota), una mayor prevalencia de fragilidad (FRAIL ? 3) y mayor dependencia (medida con el índice de Barthel). No hubo diferencias en cuanto a la comorbilidad (medida por el índice de Charlson) pero si presentaron peores valores en la escala MAGGIC (que determina pronóstico). En cuanto al tratamiento al alta, la prescripción de tratamiento neurohormonal en los pacientes mayores fue menor pero únicamente hubo diferencias estadísticamente significativas en la prescripción de inhibidor del receptor de angiotensina-neprilisina (ARNI). La duración del ingreso fue mayor en los pacientes mayores, pero no hubo diferencias estadísticamente significativas.

Características basales, biomarcadores y escalas de fragilidad

	Mayores (N = 100)	Jóvenes (N = 102)	p		Mayores (N = 100)	Jóvenes (N = 102)	p

Varones	53 (53,0%)	71 (69,6%)	0,015	Fragilidad (FRAIL? 3)	51 (51,0%)	17 (16,7%)	0,001
Hipertensión	78 (78,0%)	62 (60,8%)	0,008	Escala Minnesota	51,18 ± 13,76	40,38 ± 16,25	0,001
Diabetes mellitus	33 (33,0%)	31 (30,4%)	0,690	Independencia	46 (46,0%)	91 (89,2%)	0,001
FEVI ? 40%	17 (17,0%)	21 (20,6%)	0,514	Escala MAGGIC	25,06 ± 3,84	16,37 ± 5,28	0,001
Fibrilación auricular	51 (51,0%)	39 (38,2%)	0,068	Alta comorbilidad	61 (61,0%)	53 (52,0%)	0,195
FGR al ingreso (ml/min/1,73 m^2)	48,93 ± 18,12	62,32 ± 23,80	0,001	Duración del ingreso (días)	9 ± 4,84	8 ± 5,25	0,076
FGR al alta (ml/min/1,73 m^2)	48,72 ± 17,67	63,77 ± 22,76	0,001	IECA al alta	38 (38,0%)	38 (37,3%)	0,869
NT-proBNP al ingreso (pg/ml)	10.155,76 ± 11.583,18	6.479,18 ± 7.154,38	0,005	BB al alta	74 (74,0%)	82 (80,4%)	0,337
NT-proBNP al alta(pg/ml)	6.472,90 ± 7.720,08	3.137,61 ± 4.408,77	0,001	ARM al alta	37 (37,0%)	48 (47,1%)	0,165
Troponina T us al ingreso (ng/l)	139,90 ± 331,76	77,61 ± 183,58	0,001	ARNI al alta	21 (21,0%)	39 (38,2%)	0,008
Troponin T us al alta (ng/l)	90,41 ± 133,92	81,43 ± 197,12	0,001	Diuréticos al alta	89 (89,0%)	77 (75,0%)	0,007

ARM: antagonista de receptor de mineralocorticoide; ARNI: inhibidor del receptor de angiotensina-neprilisina; BB: betabloqueante; FGR: filtrado glomerular renal; IECA: inhibidor de la enzima de conversión de angiotensina.

Conclusiones: Los pacientes mayores que ingresan por ICA tienen una alta prevalencia de síndromes geriátricos. Con ello podemos determinar que se tratan de pacientes de mayor riesgo y más complejos, por lo que hay que hacer un esfuerzo en individualizar el manejo.