

561 - CARACTERÍSTICAS, MANEJO Y PREDICTORES DE MORTALIDAD A LOS 6 MESES EN PACIENTES CON DETERIORO COGNITIVO INGRESADOS POR INSUFICIENCIA CARDÍACA

Dolores María Rico Morales¹, Pablo Cruz Sañudo¹, Irene Bravo Candela¹, Prado Salamanca Bautista¹, Alberto Muela Molinero², Carlos Delgado Vergés³, Guillermo Ropero Luis⁴, María Angustias Quesada Simón⁵, Rocío del Carmen Gómez Fernández⁶, Jessica Rugeles Niño⁷, Verónica Romaní Costa⁸, Carla Mejía Medina⁹, María Martínez Martínez-Colubí¹⁰ y María Asenjo Martínez¹¹

¹Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España. ²Complejo Asistencial Universitario de León, León, España. ³Hospital del Oriente Francisco Grande Covián-Arriendas, Oviedo, España. ⁴Hospital de la Serranía de Ronda, Ronda, España. ⁵Hospital Universitario La Paz, Madrid, España. ⁶Complejo Hospitalario Universitario de Ourense-UICA, Ourense, España. ⁷Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España. ⁸Hospital Universitario Mutua de Terrassa, Terrassa, España. ⁹Hospital de El Escorial, Madrid, España. ¹⁰Hospital Vithas Madrid Aravaca, Madrid, España. ¹¹Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Móstoles, España.

Resumen

Objetivos: 1. Describir las características de pacientes con deterioro cognitivo (DC) ingresados por insuficiencia cardíaca (IC) aguda, su tratamiento administrado y complicaciones durante el ingreso comparados con los pacientes sin DC. 2. Valorar los factores predictores de mortalidad en nuestra cohorte a los 6 meses de seguimiento.

Métodos: Análisis retrospectivo del estudio EPICTER que incluyó pacientes ingresados por IC aguda en 74 hospitales españoles. Se recogieron las principales comorbilidades, datos en ECG y ecocardiografía, síntomas al ingreso, tratamientos y complicaciones durante el mismo. Los pacientes se dividieron en 2 grupos: pacientes con DC y pacientes sin DC para realizar el estudio descriptivo. Los factores predictores de mortalidad se obtuvieron realizando un análisis multivariante mediante regresión de Cox. El análisis se realizó con el programa SPSS vs. 26.0.

Resultados: Se incluyeron 1.432 pacientes, de los cuales 326 (22,8%) tenían DC. De estos, la mediana de edad era 84 y el 62,9% eran mujeres. En la tabla 1 se muestra el estudio descriptivo de la población. Comparando con los pacientes sin DC, los pacientes con DC tenían mayor edad y tiempo de evolución de la IC, clase funcional más avanzada y menor frecuencia de infarto agudo de miocardio previo. En el grupo con DC hubo más frecuencia de enfermedad cerebrovascular, arteriopatía, anemia y enfermedad renal crónica. Los pacientes con DC tenían con más frecuentemente síntomas como ansiedad, insomnio, dolores y confusión. En cuanto al tratamiento y las complicaciones, en enfermos con DC hubo mayor frecuencia de uso de opiáceos y fenotiazinas, así como más úlceras por presión y mayor inmovilización. Estos pacientes tomaban mayor número de fármacos. Tras 6 meses de seguimiento, la mortalidad por cualquier causa fue mayor en los pacientes con DC (fig.). Los factores predictores de mortalidad en nuestra población fueron la edad, la tensión arterial sistólica baja, la IC previa, la enfermedad renal crónica, el deterioro cognitivo, la

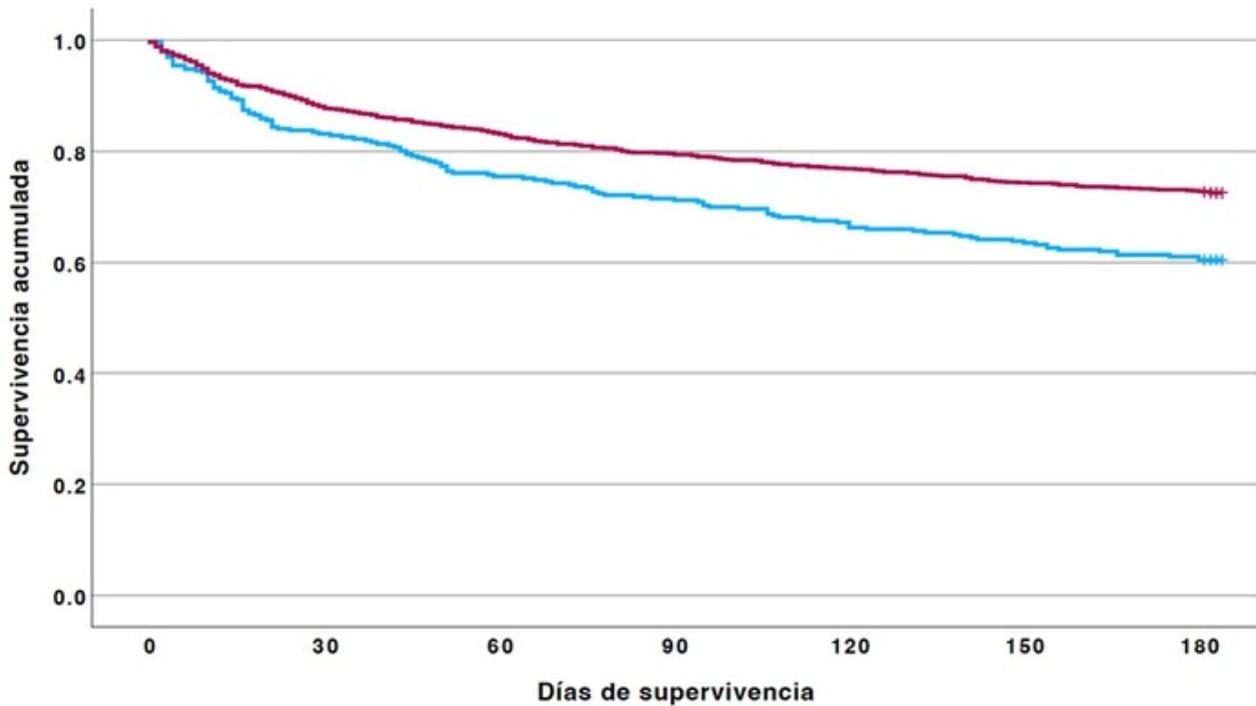
NYHA III-IV basal, y la hiponatremia. El análisis univariante y multivariante se muestran en la tabla 2.

Tabla 1. Características de la población			
Cohorte del estudio			
	Deterioro cognitivo (326, 22,8%)	No deterioro cognitivo (1106, 77,2%)	p
Características demográficas y exploración			
Edad, años	84 [80-89]	80 [71-85]	< 0,001
Mujeres	205 (62,9)	537 (48,6)	< 0,001
TAS, mmHg	126 [110-141]	122 [110-140]	0,085
Comorbilidades cardíacas			
IAM previo	96 (29,4)	399 (36,1)	0,027
IC previa	265 (81,3)	814 (73,6)	0,005
Valvulopatía	147 (45,1)	525 (47,5)	0,450
Otras comorbilidades			
Diabetes	148 (45,4)	505 (45,7)	0,934
Hipertensión arterial	295 (90,5)	931 (84,2)	0,004
EPOC	84 (25,8)	307 (27,8)	0,478
Enf. cerebrovascular	128 (39,3)	196 (17,7)	< 0,001
Arteriopatía periférica	77 (23,6)	182 (16,5)	0,003
ERC previa	190 (58,3)	525 (47,5)	0,001
Cáncer	38 (11,7)	177 (16,0)	0,058
ECG y ecocardiografía			
Fibrilación auricular	168 (51,5)	540 (48,8)	0,390
FEVI < 40%	67 (20,6)	290 (26,2)	0,040
Síntomas			
Disnea	265 (81,3)	870 (78,7)	0,304
Ansiedad	152 (46,6)	320 (28,9)	< 0,001
Insomnio	159 (48,8)	365 (33,0)	< 0,001
Dolor torácico	87 (26,7)	218 (19,7)	0,007
Náuseas	49 (15,0)	125 (11,3)	0,070
Algias	131 (40,2)	293 (26,5)	< 0,001
Delirium	110 (33,7)	101 (9,1)	< 0,001
Valoración funcional			
NYHA III-IV basal	128 (39,3)	341 (30,8)	0,004
Laboratorio			
Hemoglobina, mg/dL	11,2 [10,0-12,5]	11,4 [10,0-13,0]	0,100
Creatinina, mg/dL	1,3 [0,9-1,9]	1,2 [0,9-1,8]	0,636
FGE, ml/min/1,73 m ²	55 [36-77]	58 [41-82]	0,395
Sodio, mEq/L	139 [135-141]	138 [135-141]	0,833
Tratamiento de la IC durante el ingreso			
Furosemida en perfusión	98 (30,1)	278 (25,1)	0,076
Aminas	23 (7,1)	104 (9,4)	0,190
Vasodilatadores	58 (17,8)	187 (16,9)	0,710
VMNI	34 (10,4)	93 (8,4)	0,260

Tratamiento para controlar síntomas durante el ingreso			
Opiáceos	111 (34,0)	257 (23,2)	< 0,001
Benzodiazepinas	129 (39,6)	374 (33,8)	0,056
Fenotiazinas	83 (25,5)	78 (7,1)	< 0,001
Anticolinérgicos	16 (4,9)	25 (2,3)	0,012
Complicaciones			
Úlceras por presión	79 (24,2)	113 (10,2)	< 0,001
Inmovilización	109 (33,4)	183 (16,6)	< 0,001
Nutrición enteral	17 (5,2)	59 (5,3)	0,932
Polimedicados	292 (89,6)	883 (80,2)	< 0,001
Pronóstico			
Mortalidad por cualquier causa a los 6 meses	129 (39,6)	303 (27,4)	< 0,001
<p>Los datos cualitativos se presentan como números y porcentajes, n (%). Los datos cuantitativos se presentan como mediana (primer cuartil-tercer cuartil. EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; ERC: enfermedad renal crónica; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; IAM: infarto agudo de miocardio; IC: insuficiencia cardíaca; NYHA: <i>New York Heart Association</i>; TAS: tensión arterial sistólica.</p>			

Tabla 2. Factores relacionados con mortalidad a los 6 meses. Análisis univariante y multivariante de Cox	Análisis univariante		Análisis multivariante	
	HR (IC95%)	p	HR (IC95%)	p
	Edad > 80 años	1,77 (1,46-2,16)	< 0,001	1,68 (1,37-2,05)
Sexo	1,06 (0,87-1,28)	0,558		
PAS < 120 mmHg	1,53 (1,26-1,84)	< 0,001	1,55 (1,28-1,88)	< 0,001
IAM previo	1,16 (0,95-1,40)	0,146		
IC previa	1,91 (1,47-2,47)	< 0,001	1,58 (1,20-2,07)	0,001
Valvulopatía	1,09 (0,90-1,31)	0,392		
Hipertensión arterial	1,21 (0,91-1,61)	0,197		
Diabetes mellitus	1,04 (0,86-1,26)	0,688		
Enf. cerebrovascular	1,47 (1,19-1,81)	< 0,001	1,21 (0,97-1,50)	0,087
EPOC	1,24 (1,01-1,51)	0,042	1,17 (0,96-1,45)	0,123
Arteriopatía periférica	1,10 (0,87-1,40)	0,421		
Enf. renal crónica	1,57 (1,30-1,91)	< 0,001	1,29 (1,05-1,57)	0,014
Cáncer	1,22 (0,95-1,56)	0,127		
Deterioro cognitivo	1,56 (1,27-1,91)	< 0,001	1,25 (1,00-1,55)	0,049
FEVI < 40%	1,11 (0,89-1,37)	0,355		
NYHA III-IV basal	1,68 (1,39-2,03)	< 0,001	1,34 (1,10-1,63)	0,004
Fibrilación auricular	0,99 (0,83-1,21)	0,980		

Hemoglobina < 10 g/dl	1,28 (1,08-1,67)	0,025	1,11 (0,88-1,37)	0,371
Sodio < 135 mEq/L	1,34 (1,08-1,67)	0,008	1,30 (1,04-1,61)	0,020
EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; IAM: infarto agudo de miocardio; IC: insuficiencia cardíaca; NYHA: New York Heart Association; PAS: presión arterial sistólica.				



Discusión: La IC es una de las causas más frecuentes de ingreso en pacientes ancianos. El DC es una comorbilidad frecuente en mayores de 80 años, es mayor en mujeres y aumenta exponencialmente con la edad. Los pacientes con DC tienen comorbilidades, sintomatología asociada, opciones de tratamiento y complicaciones diferentes a los que no tienen DC. El manejo debe ser individualizado según el grado de DC, comorbilidades y valoración funcional, pero habitualmente los tratamientos son menos invasivos y se opta más por un manejo conservador.

Conclusiones: El deterioro cognitivo es frecuente en pacientes ingresados por IC. Estos pacientes suelen ser mujeres de edad avanzada, con enfermedad cerebrovascular y mayor comorbilidad. El DC es un factor pronóstico independiente de mortalidad a los 6 meses.