



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

**Dolores María Rico Morales<sup>1</sup>**, Pablo Cruz Sañudo<sup>1</sup>, Irene Bravo Candela<sup>1</sup>, Prado Salamanca Bautista<sup>1</sup>, Alberto Muela Molinero<sup>2</sup>, Carlos Delgado Vergés<sup>3</sup>, Guillermo Ropero Luis<sup>4</sup>, María Angustias Quesada Simón<sup>5</sup>, Rocío del Carmen Gómez Fernández<sup>6</sup>, Jessica Rugeles Niño<sup>7</sup>, Verónica Romaní Costa<sup>8</sup>, Carla Mejía Medina<sup>9</sup>, María Martínez Martínez-Colubí<sup>10</sup> y María Asenjo Martínez<sup>11</sup>

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

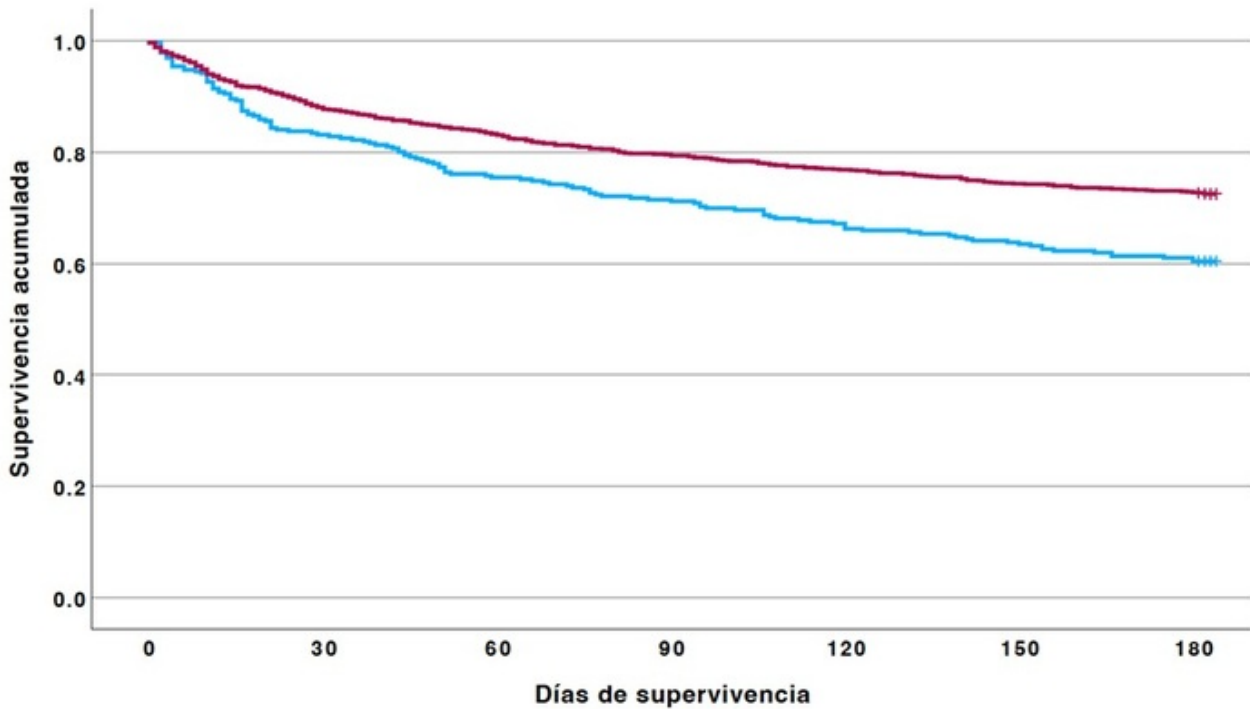
NYHA III-IV basal, y la hiponatremia. El análisis univariante y multivariante se muestran en la tabla 2.

<b>Tabla 1. Características de la población</b>			
<b>Cohorte del estudio</b>			
	<b>Deterioro cognitivo (326, 22,8%)</b>	<b>No deterioro cognitivo (1106, 77,2%)</b>	<b>p</b>
<b>Características demográficas y exploración</b>			
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
<b>Comorbilidades cardíacas</b>			
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
<b>Otras comorbilidades</b>			
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
<b>ECG y ecocardiografía</b>			
Fibrilación auricular	168 (51,5)	540 (48,8)	0,390
FEVI < 40%	67 (20,6)	290 (26,2)	0,040
<b>Síntomas</b>			
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
<b>Valoración funcional</b>			
NYHA III-IV basal	128 (39,3)	341 (30,8)	0,004
<b>Laboratorio</b>			
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 <sup>2</sup>	55 [36-77]	58 [41-82]	0,395
Sodio, mEq/L	139 [135-141]	138 [135-141]	0,833
<b>Tratamiento de la IC durante el ingreso</b>			
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

<b>Tratamiento para controlar síntomas durante el ingreso</b>			
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
<b>Complicaciones</b>			
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
<b>Pronóstico</b>			
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>			

<b>Tabla 2. Factores relacionados con mortalidad a los 6 meses. Análisis univariante y multivariante de Cox</b>	<b>Análisis univariante</b>		<b>Análisis multivariante</b>	
	<b>HR (IC95%)</b>	<b>p</b>	<b>HR (IC95%)</b>	<b>p</b>
	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.