



1259 - ¿INFLUYE LA EDAD EN CÓMO TRATAMOS A LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CON FEVI REDUCIDA?

Ana Belén Cuello Castaño, Marina Daza Sánchez, Julia Sánchez Arribas, David García Calle, Irene Bravo Candela, Rocío Ruiz Hueso, Prado Salamanca Bautista y Alejandro Recio Mayoral

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España.

Resumen

Objetivos: La insuficiencia cardíaca (IC) es prevalente en la población anciana. Aunque la modulación neurohormonal ha mostrado beneficios en la supervivencia de pacientes con fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) reducida, poco se sabe de sus efectos en pacientes ancianos. Los objetivos de este trabajo son: 1. Analizar las diferencias en comorbilidades y en el tratamiento en pacientes con IC y FEVI reducida (< 40%), segmentados por grupos de edad. 2. Comparar los eventos al año de seguimiento (mortalidad, reingresos y visitas a Urgencias por IC) según los grupos de edad.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico en el que se incluyeron pacientes reclutados de las Unidades de IC del Hospital Virgen Macarena de Cardiología y de Medicina Interna durante los años 2022 y 2023 con edad mayor o igual a 65 años diagnosticados de IC con una FEVI reducida. La cohorte se dividió por grupos de edad (mayores a 75 años vs. menores o igual a 75 años) para analizar si existían variaciones en la comorbilidad, manejo y eventos al año de seguimiento tras una segunda determinación de la FEVI, recogiendo mortalidad, reingresos y visitas a Urgencias por IC. El análisis estadístico se realizó con SPSS 26.

Resultados: Se incluyeron 169 pacientes, de ellos, el 49,7% con 75 años o menos y el 50,3% > 75 años. En la tabla 1 se muestran las características de la población, estratificadas según grupos etarios. Los pacientes > 75 años tenían con más frecuencia enfermedad renal crónica, sin otras diferencias en el resto de comorbilidades. En la cohorte completa los pacientes estaban tratados con sacubitrilo/IECA/ARA-II en un 92,3% de los casos, con betabloqueantes en un 91,1%, con antagonistas del receptor mineralcorticoide en un 76,9% y con iSGLT2 en un 49,7%. No se apreciaron diferencias en las tasas de tratamiento por grupos de edad (fig.), salvo en el tratamiento con ivabradina, que se usó más frecuentemente en el grupo de pacientes > 75 años y en el tratamiento con resincronización/implantación de DAI, que fue más habitual en el grupo de enfermos más jóvenes. Tampoco hubo diferencias en cuanto a mortalidad por cualquier causa, reingresos ni urgencias por IC entre los 2 grupos de edad (tabla 2).

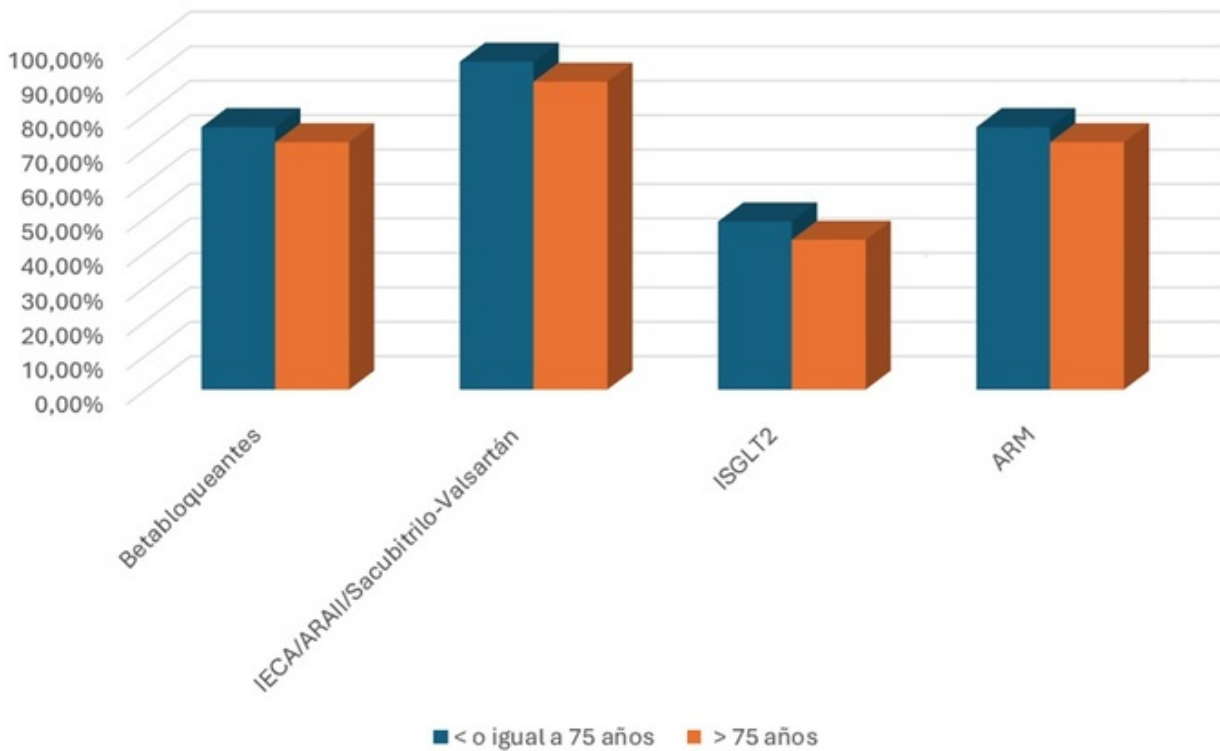
Tabla 1	Cohorte RECUFEVI

	Total (n = 169, 100%)	Edad ≤ 75 años (n = 84, 49,7%)	Edad > 75 años (n = 85, 50,3%)	p
Datos demográficos y exploración				
Mujeres (%)	66 (39,1)	31 (37,4)	35 (43,5)	0,569
Edad, años	76 [71-80]	71 [69-73]	80 [78-84]	< 0,001
TAS, mmHg	120 [110-136]	120 [111-139]	122 [109-135]	0,345
FC, lpm	75 [66-85]	72 [63-80]	75 [67-89]	0,380
Comorbilidades				
Cardiopatía isquémica	74 (43,8)	38 (45,2)	36 (42,4)	0,705
Enfermedad valvular moderada-grave	75 (44,4)	26 (31,0)	32 (37,6)	0,359
Diabetes mellitus	83 (49,1)	41 (48,8)	42 (49,4)	0,938
Hipertensión arterial	134 (79,3)	64 (76,2)	70 (82,4)	0,323
EPOC	26 (15,4)	12 (14,3)	14 (16,5)	0,694
SAHS	16 (9,5)	9 (10,7)	7 (8,2)	0,582
Enf. cerebrovascular	16 (9,5)	6 (7,1)	10 (11,8)	0,305
Deterioro cognitivo	7 (4,1)	2 (2,4)	5 (5,9)	0,253
Enfermedad renal crónica	58 (34,3)	20 (23,8)	38 (44,7)	0,004
Tratamiento				
IECA/ARAI/sacubitrilo	156 (92,3)	80 (95,2)	76 (89,4)	0,155
Betabloqueantes	154 (91,1)	78 (92,9)	76 (89,4)	0,431
ARM	130 (76,9)	63 (74,1)	63 (74,1)	0,384
Ivabradina	7 (4,1)	0 (0)	7 (8,2)	0,007
iSGLT2	84 (49,7)	46 (54,8)	38 (44,7)	0,191
Revascularización coronaria	24 (14,2)	15 (17,9)	9 (10,6)	0,176
Resincronización cardíaca/Implantación DAI	5 (3,0)	5 (6,0)	0 (0)	0,022
Valvuloplastia/sustitución valvular	3 (1,8)	2 (2,4)	1 (1,2)	0,553
Ablación arritmia	9 (5,3)	7 (8,3)	2 (2,4)	0,083
Analítica				
Hemoglobina, g/dl	12,9 [11,7-14,2]	13,40 [12,0-14,50]	12,80 [11,70-14,0]	0,075
Creatinina, mg/dl	1,1 [0,9-1,4]	1,06 [0,88-1,28]	1,04 [0,82-1,47]	0,275
NT-proBNP, pg/ml	2270 [1020-6184]	2171 [1020-5450]	2413 [1088-7464]	0,972
Sodio, mEq/L	140 [137-143]	141 [137-143]	140 [136-143]	0,467
Potasio, mEq/L	4,5 [4,1-4,9]	4,5 [4,13-5,0]	4,5 [4,0-4,9]	0,411
ECG y ecocardiografía				
Fibrilación auricular	59 (39,4)	27 (37,6)	32 (37,6)	0,453
FEVI basal, %	34 [29-36]	34 [27-37]	34 [29-35]	0,671

ARA-II: antagonista del receptor de la angiotensina II; ARM: antagonista del receptor mineralcorticoide; DAI: desfibrilador automático implantable; ECG: electrocardiograma; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; FC: Frecuencia cardíaca; FEVI: fracción de eyección del ventrículo Izquierdo; IECA: inhibidor de la enzima convertidora de la angiotensina; i-SGLT2: inhibidor del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2; NT-proBNP: fracción N-terminal del péptido natriurético cerebral; SAHS: síndrome de apnea-hipopnea del sueño; TAS: tensión arterial sistólica.

Tabla 2				
	Cohorte RECUFEVI			
	Total (n = 169, 100%)	Edad ≤ 75 años (n = 84, 49,7%)	Edad > 75 años (n = 85, 50,3%)	p
Mortalidad por cualquier causa	7 (4,1)	4 (4,8)	3 (3,5)	0,688
Reingresos por IC	39 (23,1)	16 (19,0)	23 (27,1)	0,216
Visitas a Urgencias por IC	11 (6,5)	5 (6,0)	6 (7,1)	0,771

Distribución del tratamiento neuro-hormonal por grupo de edad



Discusión: La edad hace que tratemos de manera más conservadora a los pacientes con IC y FEVI reducida, ya que habitualmente se asocia a mayor comorbilidad que limita el uso del tratamiento neurohormonal. En nuestra cohorte de pacientes seguidos en Unidades de IC las tasas de tratamiento fueron similares independientemente de la edad de los pacientes. Tampoco apreciamos diferencias en los eventos en el seguimiento. Se precisan más estudios que aclaren el papel del efecto neurohormonal en pacientes de edad avanzada, ya que habitualmente no suelen incluirse en los ensayos clínicos.

Conclusiones: En nuestra cohorte de pacientes con IC y FEVI reducida, la edad no fue determinante en las tasas de tratamiento neurohormonal. A los pacientes más jóvenes se les trató con terapia de resincronización cardíaca o se les implantó un DAI con mayor frecuencia que a los mayores de 75 años.