



2055 - OPTIMIZACIÓN TERAPÉUTICA EN INSUFICIENCIA CARDÍACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN REDUCIDA: IMPACTO DE LA EDAD EN LA RESPUESTA CLÍNICA Y EVENTOS A MEDIO PLAZO

Bismark Toro Paladines, Elizaveta Zaverkina, Meritxell Marine Guillem, Mireia Villagrasa Moreno, Laura Mena Rodríguez, Siena Molina Alonso, Oriol Llargues Pou, Clara Gallego Muñoz y Lluís Simon Pascua

Medicina Interna, Hospital Universitario Mutua de Terrassa, Terrassa, España.

Resumen

Objetivos: Analizar posibles diferencias en el perfil basal, la respuesta clínica al tratamiento médico optimizado (TMO) y los eventos clínicos a medio plazo en pacientes con insuficiencia cardiaca con fracción de eyección reducida (IC-FEr), estratificados por edad.

Métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo que incluyó a 128 pacientes con IC-FEr atendidos en una unidad especializada de insuficiencia cardiaca. Todos los pacientes fueron sometidos a un protocolo de optimización del tratamiento médico durante el año 2022 y se realizó un seguimiento clínico posterior de 24 meses. La cohorte fue estratificada en dos grupos de edad: < 75 años y ≥ 75 años. Se analizaron variables demográficas, comorbilidades, parámetros funcionales y bioquímicos, tratamiento farmacológico y eventos clínicos durante el seguimiento.

Resultados: La media de edad fue de $68 \pm 12,1$ años, con predominio masculino (75%). La etiología isquémica fue la más prevalente (41,2%), y las comorbilidades más frecuentes fueron hipertensión arterial (62%) y diabetes mellitus (62%). La fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI) inicial fue de $31,4 \pm 7,2\%$. El 5,3% presentó un índice de Barthel < 80 y el índice de comorbilidad de Charlson ajustado por edad fue de 7 (RIC: 5-8). La clase funcional NYHA basal fue de 2 (RIC: 1-2). Los pacientes de edad avanzada (≥ 75 años) presentaron una mayor carga comórbida, con tendencia a un mayor índice de Charlson, peor situación funcional basal con clase funcional de NYHA más elevada y ligera reducción de la FEVI, aunque estas diferencias no siempre alcanzaron significación estadística (tabla 1). La prescripción farmacológica fue similar entre grupos; sin embargo, se observó una tendencia a menor intensidad terapéutica en el grupo ≥ 75 años, reflejada en dosis medias inferiores de betabloqueantes (2,68 vs. 2,99) y antagonistas del receptor mineralocorticoide (2,55 vs. 2,92), probablemente asociada a la presencia de hipotensión, deterioro renal o polifarmacia. No se observaron diferencias relevantes en el uso de ARNI ni de iSGLT2. En cuanto a la respuesta clínica y funcional pos-TMO, se evidenciaron diferencias significativas entre los grupos en parámetros como clase funcional NYHA, niveles de NT-proBNP pos-TMO y duración del QRS. Sin embargo no se observaron diferencia en cuanto a la recuperación de la FEVI ni requerimientos de diuréticos de asa. Durante el seguimiento a medio plazo, los pacientes ≥ 75 años presentaron una mayor tasa de reingresos por insuficiencia cardiaca (0,5 vs. 0,09 ingresos por paciente; $p = 0,0039$) y una tendencia no significativa hacia mayor mortalidad (12,5 vs. 4,1%; $p = 0,15$). Los reingresos por cualquier causa también fueron más frecuentes en el grupo de mayor edad, sin alcanzar diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 1

Índice de Charlson	? 75 años (media)	? 75 años (media)	p
Ajustado (con edad)	6,16	9,08	0,01
No ajustado (sin edad)	4,22	5,49	0,014

Tabla 2

Fármacos

Variable	75 años	? 75 años	p
----------	---------	-----------	---

Inicial

IECA inicial	1,27	1,27	0,6275
ARA II inicial	1,31	1,38	0,8347
BB inicial	2,49	2,32	0,2587
ARNI inicial	1,79	1,65	0,5230
ARM inicial	2,13	1,89	0,1854
iSGLT2 inicial	0,53	0,59	0,5363

Pos-TMO

IECA pos-MO	1,19	1,03	0,1507
ARA II pos-TMO	1,20	1,08	0,2207
ARNI pos-TMO	2,68	2,68	0,9849

BB pos-TMO	3,0	2,62	0,0433
ARM pos-TMO	2,95	2,46	0,0167
iSGLT2 pos-TMO	0,96	0,95	0,7201
Furosemida pos-TMO	19,5	22,5	0,15
Variables a estudio			
Mortalidad a 2 años	4,1	12,5	0,15
Reingresos por IC	0,09	0,5	0,0039
Reingresos por cualquier causa	0,59	0,9	0,25

Análisis descriptivo	
Variable	Valor
Edad (mediana \pm SD)	68 \pm 12.1
Etiología MCV	
— Isquémica	47
— Valvular	7
— Taquimiocardiopatía	21
— Tóxica	19
— Amiloidosis	4
— No compactada	1
— Idiopática	16
Tiempo de evolución	1.0 [1.0–5.0]
Ingresos previos	
— 0	54
— 1	45
— >1	15
IC de novo	72(63.16)
Fumador	68(59.65)
Diabetes	71(62.28)
Hipertensión	71(62.28)
Sexo	
— masculino	86(75.44)
— Femenino	28(24.56)
Dislipémia	69(60.53)
Índex de Barthel	
>100	98 (86.0%)
80-100	10 (8.8%)
<80	6 (5.3%)
IAM (mediana \pm SD)	45.0 \pm 39.5
Índex de Charlson (ajustado por edad)	7(5-8)
Índex de Charlson (no ajustado)	4(3-5)
Clase NYHA inicial	2(1-2)
Mortalidad (N total: 141)	21(14.8%)
— PreTMO	13(9.2%)
— PosTMO (<2 anys)	5.6
IMC	27,26 \pm 6,07
FEVI inicial	31,42 \pm 7,22
FEVI post TMO	45,04 \pm 10,15
FEVI recuperada	64(56)

Análisis por Edad: Variables Ordenadas según Subgrupos

Variables clínicas, hemodinámicas y analíticas			
Variable	<75 años	≥75 años	p-valor
edad	63.45	82.3	0.0000
Tiempo evol	12.97	10.73	0.4085
Ingresos	0.68	0.78	0.4613
IC de novo	0.61	0.68	0.5029
Fumador	0.68	0.43	0.0139
Diabetes	0.73	1.19	0.0068
hipertension	0.57	0.75	0.0690
Dislipemia	0.59	0.68	0.3664
IAM	0.34	0.51	0.0739
Sexo	1.23	1.27	0.6759
Barthel	98.05	95.54	0.2904
NYHA inicial	1.7	2.0	0.05
IMC	27.90	25.95	0.2123
Inicial			
QRS inicial	107.1	115.0	0.01
FEVI inicial	30.0	28.0	0.05
Creat inicial	1.03	1.40	0.0005
FG inicial	75.51	49.73	0.0000
Hb inicial	14.56	13.28	0.0006
Saturació inicial	24.95	21.33	0.1621
Ferritina inicial	289.30	235.81	0.1742
Sodio inicial	139.91	140.84	0.1312
NT-proBNP inicial	3396.0	3700.0	0.1
Hb glic inicial	6.36	6.56	0.1437
LDL inicial	91.53	76.49	0.0499
Post TMO			
NYHA post TMO	1.3	1.6	0.05
FC post	64.68	65.57	0.4715
TAS post TMO	112.56	109.49	0.1042
TAD post TMO	68.08	62.84	0.0041
IMC post TMO	26.90	26.95	0.7846
QRS post TMO	108.0	120.0	0.02
FG post TMO	73.17	49.68	0.0000
Creat Post TMO	1.06	1.54	0.0010
Hb post TMO	14.80	14.07	0.0261
Ferritina post TMO	267.19	320.68	0.0347
Sat Transfe post TMO	28.07	27.44	0.8304
Sodi post. TMO	140.61	141.03	0.3021
Potassi Post TMO	4.61	4.83	0.0242
Nt-ProBNO post TMO	807.31	3403.27	0.0000
Colesterol post TMO	162.71	145.89	0.0255
LDL post TMO	86.53	74.30	0.1413
BRDHH post TMO	0.13	0.05	0.2210
DAI post TMO	0.09	0.00	0.0605
TRC post TMO	0.04	0.05	0.7201
FEVI post TMO	46.3 (9.4)	42.5(11.3)	0.106

Conclusiones: Aunque la respuesta al tratamiento médico optimizado fue clínicamente comparable entre grupos en cuanto a remodelado ventricular, los pacientes de edad avanzada presentaron una evolución clínica menos favorable, con mayor tasa de reingresos y tendencia a mayor mortalidad. Estos hallazgos enfatizan la necesidad de un enfoque integral y multidisciplinar en el manejo de la IC en población geriátrica, priorizando la adherencia terapéutica, la estratificación del riesgo y el seguimiento estrecho para reducir eventos

adversos.