



<https://www.revclinesp.es>

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

## Análisis por Edad: Variables Ordenadas según Subgrupos

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