Rev Clin Esp. 2013;213(Espec Congr):503

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

IC-51. - CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES ENTRE ANCIANOS CON INSUFICIENCIA CARDÍACA SISTÓLICA Y DIASTÓLICA

L. Pérez Belmonte, V. Herrero García, F. Zafra Sánchez, M. Platero Sánchez-Escribano, J. Pérez Díaz, M. Blanco Díaz, J. Constan Rodríguez, M. Guil García

Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de la Axarquía. Vélez-Málaga (Málaga).

Resumen

Objetivos: Analizar y evaluar las características clínicas de pacientes con insuficiencia cardiaca, de 80 años o más, ingresados en nuestro servicio atendiendo su fracción de eyección.

Métodos: Análisis retrospectivo y observacional de pacientes con insuficiencia cardiaca, de 80 años o más, ingresados en nuestro servicio desde Enero de 2007 a diciembre de 2011. Los pacientes se dividieron en dos grupos: grupo con insuficiencia cardíaca sistólica (GICS), si fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI) era inferior al 50% y grupo con insuficiencia cardíaca diastólica (GICD), si FEVI era igual o superior al 50%. Analizamos datos demográficos, hábitos tóxicos, comorbilidad, número de ingresos, estancia, precipitantes, etiología y mortalidad. Se realizó un análisis estadístico bivariante, comparando las variables cualitativas con el test de Chi2 y las cuantitativas con el test de la t de Student.

Resultados: Se incluyeron un total de 179 pacientes con una edad media de 84 ± 3 años y 13,6% de extranjeros. El 46,9% tenían disfunción sistólica y el 53,1% diastólica. Había mayor número de mujeres en el GICD, 56,8 vs 41,7% ($p = 0,04$). No hubo diferencias significativas en el número de fumadores (8,1%), hipertensión arterial (82,6%), diabetes mellitus (36,5%), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (25%), enfermedad cerebrovascular (13,9%), anemia (42,2%) e insuficiencia renal crónica (31,9%). En cambio, se vio de forma significativa, más dislipemia (40,5 vs 26,3%, $p = 0,03$) y cardiopatía isquémica (65,5 vs 26,3%, $p < 0,001$) en el GICS, y más fibrilación auricular (61,1 vs 42,9%, $p < 0,01$) en el GICD. No encontramos diferencias significativas entre ambos grupos (GICS vs GICD) en el número de ingresos medio (1,76 vs 1,68, $p = 0,306$), reingresos (32,1 vs 42,2%, $p = 0,487$) ni estancia media (10,4 vs 10,5 días, $p = 0,799$). Los pacientes con disfunción sistólica presentaban de forma significativa mayor mortalidad intrahospitalaria (10,7 vs 3,2%, $p < 0,05$). El principal agente precipitante de la insuficiencia cardíaca fue el síndrome coronario agudo en el GICS (28,4%) y la infección respiratoria en el GICD (38,9%) ($p = 0,04$). En cuanto, a la etiología de la insuficiencia cardíaca también encontramos diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$), siendo la cardiopatía isquémica la principal del grupo con disfunción sistólica (57,1%) y la cardiopatía hipertensiva la del grupo con insuficiencia cardíaca diastólica (43,2%).

Discusión: En este trabajo se observan las principales diferencias entre ancianos con insuficiencia cardíaca según su fracción de eyección, observándose que patologías como la cardiopatía isquémica

y la fibrilación auricular son elementos diferenciadores intergrupos, perteneciendo cada una a un grupo diferente. Como ya se han demostrado en otros estudios, y el nuestro coincide, la FEVI no influye en el número de ingresos, los reingresos ni la estancia, en cambio en nuestra serie se demuestra que tienen más mortalidad los pacientes con disfunción sistólica, probablemente en relación con la mayor proporción de pacientes con cardiopatía isquémica. Destacar también el mayor número de mujeres en el grupo de pacientes con disfunción diastólica.

Conclusiones: La FEVI establece dos grupos de pacientes con insuficiencia cardíaca, permitiendo caracterizarlos y poniendo de manifiesto el mal pronóstico de ambos. El grupo con disfunción sistólica los conforman varones con síndrome coronario y con mayor mortalidad hospitalaria y el grupo con disfunción diastólica, mujeres con cardiopatía hipertensiva y fibrilación auricular.

0014-2565 / © 2013, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.