



Revista Clínica Española



<https://www.revclinesp.es>

IC-31. - ¿SOMOS CAPACES DE SEGUIR LAS GUÍAS DE TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA EN LOS PACIENTES MAYORES?

M. Bucar Barjud, B. Amores Arriaga, S. Luna García, C. Josa Laorden, M. Rodero Roldan, I. Torres Courchoud, F. Ruiz Laiglesia, J. Pérez Calvo

Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Resumen

Objetivos: Describir las características de los pacientes mayores de 65 años seguidos en una consulta de Insuficiencia Cardíaca (IC) con especial énfasis a la indicación de fármacos modificadores del pronóstico así como analizar los factores limitantes para el mismo y las implicaciones pronósticas de esas limitaciones.

Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes seguidos en una consulta de IC. Los criterios de inclusión fueron niveles de NT-proBNP > 450 pg/ml y alteraciones ecocardiográficas. Los pacientes fueron divididos según el tratamiento pautado en tres grupos: Pacientes en tratamiento sólo con IECA (inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina) o ARAII (antagonistas de los receptores de Angiotensina II), sólo con betabloqueantes (BB) y en tratamiento combinado de IECA o ARA II asociado a BB. Se analizó la asociación entre edad y tipo de tratamiento; asociación entre el tratamiento y parámetros hemodinámicos y entre tratamiento y comorbilidades. Se comprobó la normalidad de la muestra con el test Kolmogorov-Smirnoff. Se describieron las variables cuantitativas mediante media y desviación estándar (DE) y las cualitativas mediante distribución de frecuencias. La comparación de variables cuantitativas se realizó con t de Student o pruebas no paramétricas y la de variables cualitativas con χ^2 .

Resultados: Se analizaron 123 pacientes. Había 59 (47,97%) mujeres y 64 (52,03%) hombres. La distribución por clase NYHA basal fue 8,9% (11) clase I, 59,3% (73) clase II, 30,1% (37) clase III y 0,8% (1) clase IV. La etiología de la IC fue en 30,1% (37) cardiopatía isquémica, en 17,9% (22) valvulopatía, en 46% (56) hipertensiva, en 1,6% (2) alcohólica y en 5% (6) idiopática. 68 (55,28%) pacientes presentaban fracción de eyección (FE) preservada y 55 (44,72%) FE deprimida. En cuanto a la distribución por tratamiento se pautó IECA/ARA II el 86% y BB en 57,7%. Se indicó tratamiento sólo con IECA o ARA II en 42,3% (52), sólo BB en 13% (16) y combinación de ambos en 44,7% (55) de los pacientes. En cuanto a las comorbilidades 27% presentaban cardiopatía isquémica, 34% enfermedad pulmonar obstructiva crónica, el 71% hipertensión arterial, 61% fibrilación auricular, 31% diabetes y 33% insuficiencia renal. La tasa de reingreso por descompensación de IC a los 30 días fue de 5,7%. De estos 7 pacientes, 3 estaban en tratamiento sólo con ARA II, 1 sólo con BB y 3 con ambos. La mortalidad global a los 30 días fue de 0,81% (1 paciente). A los 6 meses se mantuvo seguimiento a 70 pacientes. La tasa de reingreso por descompensación de IC a los 180 días fue de 19,7%. De estos el 52% (7) estaban en tratamiento combinado con IECA/ARAII y betabloqueantes. Además el 52% (7) estaban en clase funcional NYHA III basal y el 61,5% (8) tenían valores de NT-proBNP > 3.000 pg/ml de manera constante durante todo el seguimiento. La tasa de mortalidad global a los 180 días fue de 3,25% (4 pacientes).

Discusión: En nuestra muestra a pesar de ser una población seguida en una consulta específica, y debido a las comorbilidades, sólo ha sido posible indicar tratamiento combinado de IECA/ARAII y Betabloqueantes en el 44,7% de pacientes sin embargo a pesar de ello la tasa de reingresos fue de 19,7%, muy inferior a los datos de la literatura donde esa tasa varió de 43% a 50%.

Conclusiones: Aunque habrá que individualizar el tratamiento en cada caso, nuestros datos nos inducen a reflexionar acerca de la necesidad de optimización de tratamiento de IC en los pacientes mayores principalmente si son seguidos de manera estricta en una consulta de insuficiencia cardíaca.