



<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 conversora 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 ?<sup>2</sup>.

**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.