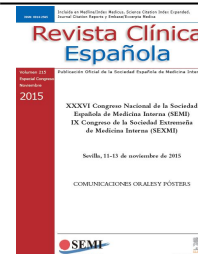




# Revista Clínica Española



<https://www.revlinesp.es>

## IC-039 - INSUFICIENCIA CARDIACA EN NONAGENARIOS: ¿MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA?

M. Ciudad Sañudo, R. Costa Segovia, E. Roy Vallejo, P. Gil Martínez

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid

### Resumen

**Objetivos:** La prevalencia de insuficiencia cardiaca (IC) aumenta con la edad, a pesar de ello hay muy pocos estudios realizados en pacientes nonagenarios con esta patología que aporten evidencia sobre su diagnóstico y tratamiento. El objetivo de nuestro estudio es describir la población de nonagenarios que ingresan por insuficiencia cardiaca en nuestro servicio, analizando factores pronósticos de mortalidad intraingreso y adecuación de la medicina basada en la evidencia en la práctica clínica habitual.

**Métodos:** Estudio descriptivo transversal en el cual se analizaron los pacientes nonagenarios que ingresaron por IC en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario de la Princesa, en el periodo comprendido entre el 1 de julio de 2014 y el 28 de febrero de 2015. Se analizaron variables clínicas, analíticas y tratamiento administrado, así como su relación con la mortalidad a lo largo del ingreso.

**Resultados:** Se incluyeron 83 pacientes nonagenarios, de los cuales el 8,4% fueron reingresos. La edad media fue de 93,5 años, 69% mujeres, con una prevalencia del 93% de HTA, 18% diabetes, 48% enfermedad renal crónica (ERC), 43% deterioro cognitivo, 69% con fibrilación auricular (FA) y 82% con cardiopatía previa. La mortalidad en el ingreso fue del 15%. Un 57% tenían ecocardiograma, un 87% de los mismos con FEVI preservada. La media de presión arterial sistólica fue de 141 mmHg y la diastólica de 71 mmHg al ingreso, con hemoglobina media de 12 g/dL, creatinina 1,3 mg/dL, urea 71 mg/dL y estimación de filtrado glomerular (eFG) de 52 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>. El 25% no tenían NT-proBNP al ingreso, aunque sólo el 4% no tenía ninguna medida a lo largo de su estancia hospitalaria. La mediana de NT-proBNP al ingreso fue 5.482 pg/mL y el NT-proBNP al alta fue 4.083 pg/mL. En la mitad de los pacientes se pudo calcular una variación del NT-proBNP entre el ingreso y el alta, con un descenso mayor del 30% en el 48% de los casos. El 62% de los pacientes tomaba IECAs/ARAI, el 27% betabloqueantes y el 14% antagonistas de aldosterona. En cuanto a las prescripciones al alta: el 68% estaba con IECAs/ARAI, 35% betabloqueantes y 21% antagonistas de la aldosterona. Los factores pronósticos que más se relacionan con la mortalidad al ingreso son la urea ( $p = 0,02$ ), la no toma de IECAs/ARAI previa al ingreso ( $p = 0,06$ ), la menor presión arterial diastólica ( $p = 0,08$ ), eFG ( $p = 0,08$ ) y deterioro cognitivo ( $p = 0,09$ ).

**Discusión:** Las características de nuestra muestra se diferencian de la población general con IC en la menor tasa de diabetes, y la elevada prevalencia de ERC, FA y deterioro cognitivo. El uso de fármacos con evidencia clínica fue subóptimo, hecho que ya se ha objetivado en otros estudios en ancianos; además, el ajuste terapéutico durante el ingreso fue limitado. La correlación del NT-ProBNP al ingreso con la mortalidad no ha sido la esperada, probablemente por el escaso tamaño muestral, pero también por la dificultad de estandarizar un punto de corte en este tipo de población. La mortalidad de la muestra fue del

15% durante el ingreso, dentro del rango descrito en la literatura para la población general. Teniendo en cuenta que el uso de IECAs/ARAII parece ser un factor protector también en este perfil de paciente, la actitud pasiva en cuanto a la prescripción de los mismos no parece justificada.

*Conclusiones:* La IC del nonagenario presenta como comorbilidades habituales la HTA, ERC, FA y deterioro cognitivo. El uso de IECAs/ARAII es subóptimo, si bien la ausencia de estos fármacos en el tratamiento se asocia a una menor mortalidad en el ingreso. La cifra de urea, la eFG, la PA diastólica y el deterioro cognitivo aparecen como otros factores asociados a la mortalidad intrahospitalaria en estos pacientes.