

# REC: CardioClinics

www.reccardioclinics.org

## Reunión anual de la Sección de Cardiología Geriátrica de la Sociedad Española de Cardiología

Gijón, 28 -29 de septiembre de 2023

### COMUNICACIONES

#### O-01. DESPRESCRIPCIÓN DE LA TERAPIA ANTIHIPERTENSIVA EN EL ANCIANO; UNA PERSPECTIVA CARDIOGERIÁTRICA

Octavio Ocampo Valdez<sup>1,2</sup> y Luis Alberto Lasses y Ojeda<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Clínica de Cardiología Geriátrica del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, Ciudad de México, México. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna/Geriatria Hospital Regional Licenciado Adolfo López Mateos, ISSSTE, Ciudad de México, México.

**Introducción y objetivos:** El envejecimiento es un proceso universal y heterogéneo. La hipertensión arterial sistémica, es la enfermedad cardiovascular más frecuente. Como resultado tenemos a hipertensos que se hacen viejos y a viejos que se hacen hipertensos o dejan de serlo; originando la necesidad de prescribir, reducir o suspender terapias antihipertensivas de forma segura para afrontar los cambios de la vida, con el objetivo de reducir los efectos adversos a la medicación y al mismo tiempo mejorar la calidad de vida, sin descuidar el control adecuado del riesgo cardiovascular.

**Métodos:** Evaluación de 45 pacientes, recolección de datos demográficos, valoración geriátrica integral, medicamentos antihipertensivos usados y un comparativo del diagnóstico establecido con la toma de presión arterial en consultorio y del monitoreo ambulatorio de presión arterial de 24 horas, cambios realizados a terapia antihipertensiva.

**Resultados:** Diagnóstico en consultorio; HAS controlada en el 80%, polifarmacia en 80,1%, uso de fármacos antihipertensivos en el 86,7%. Diagnóstico con MAPA de 24 horas: hipertensión controlada 33,3%, falso control 37,8%, descontrol verdadero 20%, hipotensión 8,9%; patrón circadiano; dipper 37,8%, no dipper 37,8%, dipper extremo 8,9% dipper inverso 15,6%. Número de medicamentos antihipertensivos prescritos; 2 medicamentos 35,6%, 1 medicamento 26,7%, 0 medicamentos 6,7% y 5 medicamentos 2,2%. Cambios en la prescripción: ninguna intervención en el 17,7%, disminución de dosis 15,5%, aumento de dosis 33,4%, cese del fármaco en el 13,3%, ajuste cronofarmacológico en el 44,4%, agrego fármaco en el 37,8% y ajuste de fármaco-comorbilidad en el 13,3%, acciones que coexisten en un mismo caso por lo que la combinación de 2 de estas se realizó en el 46,7% de los casos.

Aumento en la prescripción de ARA II y calcioantagonistas, mayor desprescripción betabloqueadores y tiazidas.

**Conclusiones:** Un estándar en el modelo de atención del paciente geriátrico con hipertensión arterial, basado en la fusión y retroalimentación de la cardiología y la geriatría, permita conocer la reserva homeostática, un diagnóstico preciso apoyado en herramientas bien toleradas como el MAPA, objetivando las necesidades terapéuticas, basado en su funcionalidad. Utilizando la desprescripción como un ejercicio de racionalización de medicamentos que rompe con el paradigma de medicación proscrita en la vejez y que da respuesta al problema de polifarmacia y prescripción inadecuada.

#### O-02. ¿REALMENTE AFECTA LA EDAD AVANZADA EN EL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA Y FRACCIÓN DE EYECCIÓN REDUCIDA?

Berta Vega Hernández, Antonio Adebá García, María Asela Villafañe González, Tatiana Gallego Acuña, Sofía Sánchez Fernández y Belén Soler Jambrina

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón, España.

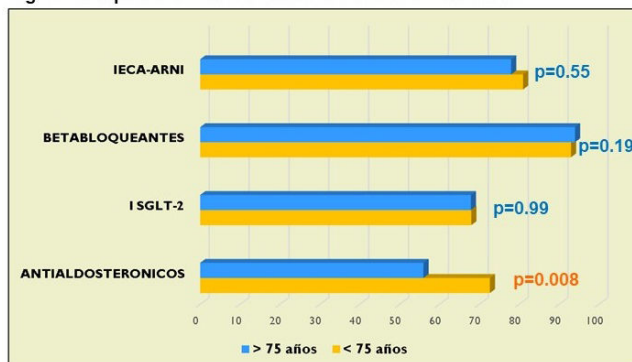
**Introducción y objetivos:** Pese a que las recomendaciones de manejo de pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) no difieren por edad, los condicionantes inherentes en pacientes añosos hacen que no siempre se realice. Con la intención de estudiar diferencias en manejo entre ancianos y adultos más jóvenes, analizamos los pacientes incluidos en una Unidad Especializada en Insuficiencia Cardíaca.

**Métodos:** La Unidad de IC de nuestro hospital está vinculada a Cardiología. Se nutre de pacientes con fracción de eyección reducida independientemente de la edad. De modo prospectivo recogemos datos de los pacientes seguidos durante 10 meses, y analizamos las características clínicas y tratamiento según la edad (haciendo un corte a los 75 años). El tratamiento se realizó según protocolo acorde con las guías de práctica clínica.

**Resultados:** De los 374 pacientes evaluados desde junio de 2022 hasta marzo de 2023, 149 pacientes (38% del total) tenían 75 años o más. Se logra optimizar el tratamiento al 66% de los pacientes. Las figuras muestran los porcentajes de tratamiento recibidos por los pacientes según la edad. Los betabloqueantes es el tratamiento más extendido independientemente de la

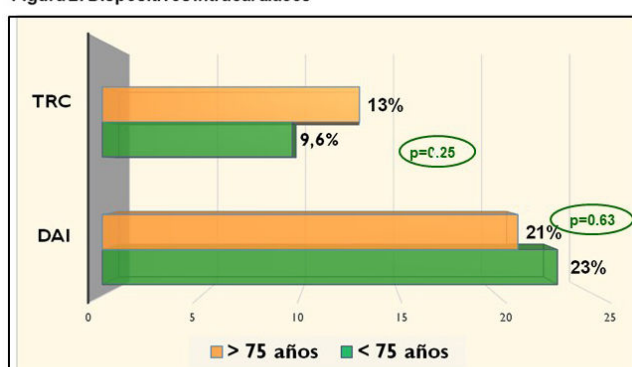
edad. Los antialdosterónicos son el fármaco menos prescrito en pacientes añosos, limitado principalmente por la hipotensión. No existen diferencias significativas en el empleo de los otros 3 grupos farmacológicos en función de la edad. El número total de fármacos es menor en grupo  $\geq 75$  años respecto al  $< 75$  (65 vs. 45%,  $p = 0,001$ ).

Figura 1: Empleo de fármacos modificadores de la enfermedad



IECA: Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina. ARNI: Inhibidor del receptor de angiotensina-neprilisa. ISGLT 2: Inhibidor del cotransportador sodio-glucosa tipo

Figura 2: Dispositivos intracardíacos



TRC: Terapia de resincronización cardíaca. DAI: Desfibrilador automático implantable

**Conclusiones:** En nuestra serie, el tratamiento de insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida se pudo implementar independientemente de la edad, sin diferencias entre el empleo de IECA, betabloqueantes e ISGLT2. El empleo de anti-aldosterónicos es dificultoso en pacientes añosos. La edad por sí misma no debería ser limitación para optimizar el tratamiento de con beneficio pronóstico en insuficiencia cardíaca.

### O-03. MANEJO DEL PACIENTE MAYOR CON INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA

Rubén Hernando González, Álvaro Margalejo Franco, Juan Asensio Nogueira y José Ángel Pérez Rivera

Servicio de Cardiología, Complejo Asistencial de Burgos, Burgos, España.

**Introducción y objetivos:** La insuficiencia cardíaca (IC) es una patología que precisa de un manejo y seguimiento estandarizado. Factores como la edad pueden jugar un papel importante en cuanto al pronóstico y toma de decisiones. Nuestro objetivo fue analizar las diferencias en relación con su edad en las características clínicas y analíticas y el tratamiento recibido en una población ingresada por IC aguda en Castilla y León.

**Métodos:** El registro RECYLICA (Registro Castilla Y León Insuficiencia Cardíaca Aguda) es un registro observacional, prospectivo, en el que participaron 10 centros de la comunidad

autónoma de Castilla y León, en el que se incluyeron pacientes ingresados por IC aguda. Realizamos un análisis comparativo según la edad, dividiendo la muestra en mayores y menores de 75 años.

Imagen 1: Tratamiento al alta de menores y mayores de 75 años.

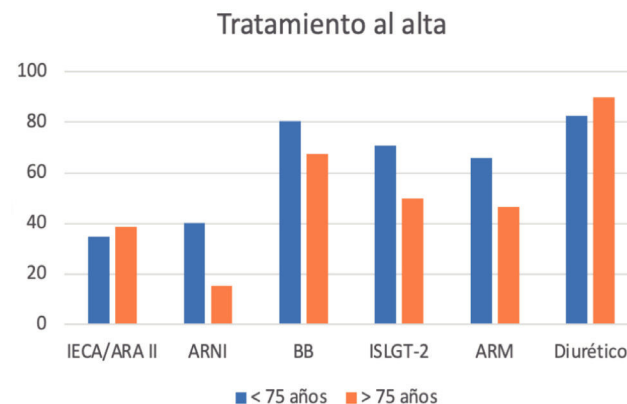


Tabla 1. Análisis comparativo en función de la edad.

| Variables                             | Menores de 75 años | Mayores 75 años | p valor |
|---------------------------------------|--------------------|-----------------|---------|
| Edad media (años)                     | 64,2 ± 9,5         | 82,6 ± 4,5      | <0,001  |
| Mujeres                               | 30,1%              | 44,1%           | <0,001  |
| Índice Charlson                       | 3,6 ± 2,1          | 4,6 ± 2,8       | <0,001  |
| FEVI preservada al ingreso (%)        | 99 (29,6%)         | 150 (51,2%)     | <0,001  |
| Cardiopatía Isquémica                 | 55 (16,4%)         | 77 (26,2%)      | 0,003   |
| Implante de dispositivos <sup>1</sup> | 23 (6,9%)          | 37 (12,6%)      | 0,015   |
| IECA/ARA II previo                    | 118 (35,2%)        | 132 (44,7%)     | 0,015   |
| ARNI previo                           | 37 (11%)           | 20 (6,8%)       | 0,066   |
| BB previo                             | 132 (39,3%)        | 155 (52,5%)     | <0,001  |
| ISGLT-2 previo                        | 70 (20,8%)         | 41 (13,9%)      | 0,024   |
| ARM previo                            | 73 (21,8%)         | 60 (20,4%)      | 0,672   |
| Diurético previo                      | 145 (43,2%)        | 186 (63,3%)     | <0,001  |
| IECA/ARA II al alta                   | 113 (34,7%)        | 109 (38,8%)     | 0,292   |
| ARNI al alta                          | 131 (40,3%)        | 43 (15,2%)      | <0,001  |
| BB al alta                            | 262 (80,6%)        | 191 (67,5%)     | <0,001  |
| ISGLT-2 al alta                       | 231 (70,9%)        | 141 (50%)       | <0,001  |
| ARM al alta                           | 214 (65,8%)        | 131 (46,5%)     | 0,001   |
| Diurético al alta                     | 269 (82,5%)        | 254 (89,8%)     | 0,011   |
| Mortalidad hospitalaria               | 9 (2,7%)           | 13 (4,4%)       | 0,237   |

Legenda de la tabla

IMC: Índice de masa corporal. ERC: Enfermedad renal crónica. FEVI: Fracción de eyección del ventrículo izquierdo. EEF: Estudio electrofisiológico. ARNI: Inhibidor de la neprilisa y receptor de la angiotensina, sacubitrilo-valsartan. BB: Betabloqueantes. ISGLT-2: inhibidor del cotransportador sodio glucosa tipo dos. ARM: Antagonista del receptor mineralocorticoide. IECA: Inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina. ARA II: Antagonista receptor de la angiotensina II. 1. Marcapasos, desfibrilador, terapia de resincronización, Mitraclip y prótesis valvulares (TAVI).

**Resultados:** Un total de 613 pacientes fueron incluidos en el estudio. La edad media fue de 72,8 años (47%  $> 75$  años y 37,1% mujeres). El análisis comparativo entre ambos grupos se encuentra en la tabla. En el grupo de los mayores de 75 años existe una mayor prevalencia de factores de riesgo cardiovascular (hipertensión arterial y dislipemia) y mayor comorbilidad (índice Charlson  $\geq 3$ , 78 vs. 65%,  $p < 0,001$ ). Además, hubo mayor porcentaje de pacientes con función ventricular izquierda (FEVI) preservada entre los mayores (51,2 vs. 29,6%,  $p < 0,001$ ). En cuanto a las causas de IC, la cardiopatía isquémica previa fue más frecuente en el grupo de  $> 75$  años (26,2 vs. 16,4%,  $p = 0,003$ ). Los pacientes mayores 75 años presenta-

ron un peor perfil analítico con cifras menores de hemoglobina y filtrado glomerular y mayores de proBNP y troponina T. Previamente los mayores tomaban más IECA/ARAII y beta-bloqueante y menos ISLGT-2 y ARNI, sin diferencias entre ambos grupos en cuanto a antialdosterónicos. Al alta, estos pacientes tenían menor prescripción de tratamiento neurohormonal de las 4 familias, excepto en los IECA. La prescripción de diurético fue mayor tanto antes como después en el grupo de mayor edad. Aunque la mortalidad fue superior en el grupo de los más mayores no hubo diferencias significativas entre ambos grupos.

**Conclusiones:** Los pacientes de mayor edad presentan con más frecuencia comorbilidad y parámetros analíticos de riesgo. La presencia de estos factores genera mayor complejidad pudiendo condicionar una menor prescripción de tratamiento neurohormonal tras un ingreso por IC aguda.

#### O-04. ¿CÓMO IMPACTA LA FRAGILIDAD Y OTROS SÍNDROMES GERIÁTRICOS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA?

Lara Aguilar Iglesias, Isabel Santos Sánchez, Ana Merino Merino, Ester Sánchez Corral, Jesús Ignacio Domínguez Calvo y Jose Ángel Pérez Rivera

Servicio de Cardiología, Complejo Asistencial de Burgos, Burgos, España.

**Introducción y objetivos:** La fragilidad y otros síndromes geriátricos provocan peor pronóstico en pacientes con IC crónica,

pero se desconoce su impacto en la insuficiencia cardiaca aguda (ICA). El objetivo es observar la relación entre los síndromes geriátricos en pacientes con ICA y el pronóstico a 1 y 6 meses.

**Métodos:** Es un estudio de cohortes observacional y prospectivo. Incluimos a los pacientes con ICA que ingresaron en Cardiología desde julio de 2020 hasta mayo de 2021, independientemente de la edad. Se realizó una valoración geriátrica durante el ingreso. Determinamos fragilidad como FRAIL  $\geq 3$  y dependencia como índice de Barthel  $< 100$ . Analizamos el efecto de ambas escalas sobre la mortalidad y un objetivo combinado de muerte, reingresos y visitas a urgencias por IC descompensada al mes y a los 6 meses.

**Resultados:** Incluimos a 202 pacientes. La edad media fue de 73 años. Solo 78 pacientes (38,6%) eran mujeres. La condición de frágil se observó en 68 pacientes (33,8%). La mayoría de los pacientes (67,8%) eran completamente independientes. En la tabla se muestran las diferencias en las variables basales. En el análisis multivariable (fig.), los pacientes frágiles presentaron mayor mortalidad al mes (HR 12,610, IC95% 1,567-101,466,  $p = 0,017$ ). Sin embargo, no presentaron un aumento significativo en la incidencia de la mortalidad a los 6 meses ni del episodio combinado. Además, observamos que los pacientes dependientes tenían aumento de mortalidad al mes (HR 13,043, IC95% 1,624-104,750,  $p = 0,016$ ) y a los 6 meses (HR 7,176, IC95% 1,992-25,855,  $p = 0,003$ ). Además, los dependientes tenían más episodios combinados al mes (HR 5,927, IC95% 1,634-21,502,  $p = 0,007$ ) y a los 6 meses (HR 2,621, IC95% 1,492-4,605,  $p = 0,001$ ).

|                                             | Población total (N=202) | Independientes (N=137) | Dependientes (N=65)   | p      | Frágiles (N=68)       | No frágiles (N=134)   | p      |
|---------------------------------------------|-------------------------|------------------------|-----------------------|--------|-----------------------|-----------------------|--------|
| Edad (años)                                 | 73 $\pm$ 12,32          | 68 $\pm$ 11,57         | 81 $\pm$ 8,81         | <0,001 | 80 $\pm$ 8,68         | 69 $\pm$ 12,37        | <0,001 |
| Mujeres                                     | 78 (38,6%)              | 45 (32,8%)             | 33 (50,8%)            | 0,015  | 28 (41,2%)            | 50 (37,3%)            | 0,622  |
| Diabetes mellitus                           | 64 (31,7%)              | 42 (30,7%)             | 22 (33,8%)            | 0,649  | 28 (41,2%)            | 36 (27,1%)            | 0,042  |
| Hipertensión                                | 140 (69,3%)             | 86 (62,8%)             | 54 (83,1%)            | 0,003  | 58 (85,3%)            | 82 (61,2%)            | 0,001  |
| Fibrilación auricular                       | 90 (44,5%)              | 52 (38,0%)             | 38 (58,5%)            | 0,006  | 39 (57,4%)            | 51 (38,1%)            | 0,010  |
| IC previa                                   | 100 (49,5%)             | 57 (41,6%)             | 43 (66,2%)            | 0,001  | 42 (61,8%)            | 58 (43,3%)            | 0,015  |
| FEVI $\leq$ 40%                             | 86 (42,5%)              | 65 (47,4%)             | 21 (32,3%)            | 0,042  | 27 (39,7%)            | 58 (43,3%)            | 0,596  |
| NT-proBNP al alta (pg/ml)                   | 4813,81 $\pm$ 6497,20   | 3610,27 $\pm$ 5163,36  | 7335,52 $\pm$ 8137,05 | <0,001 | 6473,95 $\pm$ 7779,56 | 3772,75 $\pm$ 5154,22 | 0,003  |
| Troponina al alta (ng/L)                    | 85,87 $\pm$ 168,46      | 77,69 $\pm$ 169,17     | 103,02 $\pm$ 167,01   | 0,002  | 92,32 $\pm$ 154,13    | 82,80 $\pm$ 176,52    | 0,043  |
| IECA al alta                                | 76 (37,6%)              | 54 (39,7%)             | 22 (34,9%)            | 0,518  | 23 (34,8%)            | 53 (39,6%)            | 0,494  |
| ARNI al alta                                | 60 (30,0%)              | 48(35,3%)              | 12 (19,0%)            | 0,020  | 18 (27,3%)            | 42 (31,3%)            | 0,533  |
| Beta-bloqueante al alta                     | 156 (77,2%)             | 111 (81,6%)            | 45 (71,4%)            | 0,104  | 53 (80,3%)            | 103 (76,9%)           | 0,644  |
| ARM al alta                                 | 85 (42,1%)              | 63 (46,3%)             | 22 (34,9%)            | 0,130  | 26 (39,4%)            | 59 (44,0%)            | 0,505  |
| iSGLT2 al alta                              | 56 (27,7%)              | 38 (27,9%)             | 18 (28,6%)            | 0,927  | 21 (31,8%)            | 35 (26,1%)            | 0,416  |
| Alta comorbilidad (Charlson score $\geq$ 3) | 114 (56,4%)             | 71 (51,8%)             | 43 (66,2%)            | 0,055  | 47 (69,1%)            | 67 (50,0%)            | 0,011  |
| Escala Minnesota                            | 45,70 $\pm$ 15,98       | 41,50 $\pm$ 15,11      | 54,49 $\pm$ 14,17     | <0,001 | 58,31 $\pm$ 12,19     | 39,26 $\pm$ 13,71     | <0,001 |
| Escala MAGGIC                               | 26,61 $\pm$ 6,36        | 18,82 $\pm$ 6,05       | 24,48 $\pm$ 5,23      | <0,001 | 24,08 $\pm$ 5,04      | 18,89 $\pm$ 6,26      | <0,001 |
| Independencia (Barthel= 100)                | 137 (67,8%)             |                        |                       |        | 29 (42,6%)            | 108 (81,2%)           | <0,001 |
| Fragilidad (FRAIL $\geq$ 3)                 | 68 (33,7%)              | 29 (21,2%)             | 40 (61,5%)            | <0,001 |                       |                       |        |

Tabla 1. Características basales, biomarcadores y escalas geriátricas. ARM: receptor de mineralocorticoides, ARNI: inhibidor de neprilina del receptor de angiotensina; BB: betabloqueante; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; IC: insuficiencia cardiaca; IECA: inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina; iSGLT2: inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2.

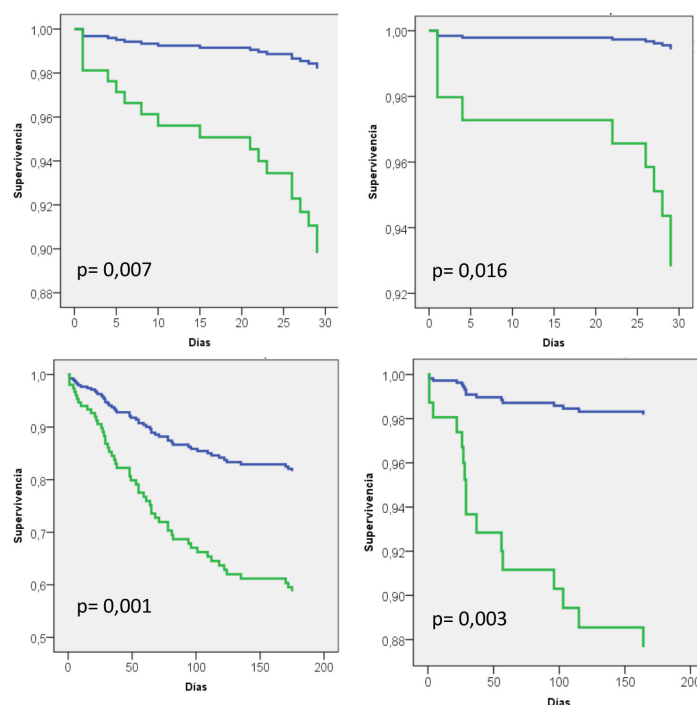


Figura 1. Resultados de Cox para dependencia. Arriba izquierda: evento combinado al 1 mes. Arriba derecha: mortalidad al 1 mes. Abajo izquierda: evento combinado a los 6 meses. Abajo derecha: mortalidad los 6 meses. Verde: dependientes. Azul: independientes.

Comunicación O-04 Figura 1

**Conclusiones:** Los pacientes frágiles y dependientes con ICA tienen un peor pronóstico y por lo tanto podría considerarse la necesidad de hacer una valoración geriátrica completa durante el ingreso para identificar a los pacientes de mayor riesgo.

#### O-05. PREDICTORES ELECTROCARDIOGRÁFICOS DE NECESIDAD DE ESTIMULACIÓN ENDOCAVITARIA DEFINITIVA TARDÍA TRAS IMPLANTE DE TAVI

Rebeca Muñoz Rodríguez, Jorge Joaquín Castro Martín, Manuel Rivero García, Geoffrey Yanes Bowden y Francisco Bosa Ojeda

Servicio de Cardiología, Complejo Hospitalario Universitario de Canarias, Tenerife, España.

**Introducción y objetivos:** El desarrollo de trastornos avanzados de la conducción auriculoventricular (TCAV) tras el implante de una prótesis aórtica transcáteter (TAVI) puede conllevar serias complicaciones, incluyendo el implante de marcapasos definitivo, estancias hospitalarias más prolongadas y mayor mortalidad. Aquellos que aparecen tras el alta hospitalaria pueden ser fatales. El objetivo de este estudio es investigar si existen características electrocardiográficas que puedan actuar como predictores de desarrollo de TCAV tardíos que requieran implante de marcapasos tras el alta (MCPTA).

**Métodos:** Estudio observacional, retrospectivo, de tipo cohortes, en el que se incluyeron pacientes sucesivos con estenosis aórtica severa sometidos a implante de TAVI con una válvula balón expansible, por un mismo operador, entre 2011 y 2022. Se recogieron datos clínicos, incluyendo aquellos demográficos, comorbilidades, características del procedimiento, alteraciones electrocardiográficas basales y tras el implante, así como su transitoriedad o permanencia.

**Resultados:** 448 pacientes, 50,9% hombres y 49,1% mujeres, con una edad media de 81,3 años fueron incluidos. 3,8% desarrollaron un TCAV que requirió MCPTA. El bloqueo basal de rama derecha (BCRDHH) ( $p = 0,002$ ), la presencia de bloqueo auriculoventricular (BAV) basal de primer o segundo grado ( $p = 0,000$ ), el desarrollo tras el procedimiento de un hemibloqueo anterior izquierdo ( $p = 0,005$ ), BCRDHH fijo tras el procedimiento ( $p = 0,000$ ) y el BAV de primer grado transitorio posterior al implante ( $p = 0,018$ ) se asociaron con mayor tasa de MCPTA. Se realizó una regresión logística binaria para identificar los mejores predictores de MCPTA, siendo la combinación de BCRDHH basal (OR = 3,04; IC95% 0,898-10,335), BAV de primer y segundo grado basales (OR = 2,008; IC95% 1,480-2,725), BCRDHH tras el procedimiento (OR = 10,53; IC95% 2,949-37,669) y BAV de segundo grado transitorio posterior (OR = 8,15; IC95% 1,35-49,73).

**Conclusiones:** Ciertos hallazgos ECG basales y tras el procedimiento predicen mayores tasas de MCPTA, debiéndose considerar una monitorización ECG más estrecha y prolongada en pacientes con dichos trastornos.

#### O-06. LA DISTRIBUCIÓN DEL CALCIO EN LA VÁLVULA Y RAÍZ AÓRTICA COMO PREDICTOR DE TRASTORNOS AVANZADOS DE LA CONDUCCIÓN TRAS TAVI

Rebeca Muñoz Rodríguez, Jorge Joaquín Castro Martín, Manuel Rivero García, Geoffrey Yanes Bowden y Francisco Bosa Ojeda.

Servicio de Cardiología, Complejo Hospitalario Universitario de Canarias, Tenerife, España.

**Introducción y objetivos:** El desarrollo de trastornos avanzados de la conducción (TCAV) es una de las principales compli-

caciones tras el implante de una prótesis aórtica transcáteter (TAVI). Recientes estudios sugieren el papel de la distribución calcio en la raíz y válvula aórtica (VA) como predictor del desarrollo de estos trastornos.

**Métodos:** Estudio retrospectivo, observacional, de cohortes, en el que se incluyeron pacientes sucesivos con estenosis aórtica severa sometidos a TAVI durante el año 2022. Se realizó un angioTC de la raíz y VA con reconstrucción 3D del volumen de calcio a cada paciente. Se estableció una cuantificación visual del calcio global y en doce regiones aórticas, otorgando una puntuación entre 0 (ausencia de calcio) y 3 (calcificación grave) a cada una. Se recogieron datos clínicos, del procedimiento y electrocardiográficos basales y tras la intervención.

**Resultados:** 99 pacientes, 51,5% hombres y 48,5% mujeres, con una edad media de 82,7 años fueron incluidos. 44,4% exhibieron una calcificación global aórtica leve, 43,9% moderada y 11,2% grave. Este valor global no se asoció de forma significativa al desarrollo de TCAV. La presencia de calcio en el anillo aórtico a nivel del velo no coronario ( $p = 0,04$ ), velo izquierdo ( $p = 0,000$ ) y seno izquierdo ( $p = 0,001$ ) se asoció de forma significativa al desarrollo de un bloqueo auriculoventricular (BAV) completo permanente y, por tanto, de implante de marcapasos definitivo. La presencia de calcio en el seno coronario derecho se asoció a desarrollo de BAV completo transitorio ( $p = 0,044$ ). Se realizó una regresión logística binaria para identificar los mejores predictores de desarrollo de BAV completo permanente, siendo el sexo masculino ( $OR = 0,000$ ), el hemibloqueo anterior izquierdo ( $OR = 0,000$ ), calcio en el anillo aórtico izquierdo ( $OR = 0,000$ ), calcio en el seno izquierdo ( $OR = 0,000$ ) y el desarrollo de un bloqueo completo de rama derecha tras el procedimiento ( $OR = 0,000$ ).

**Conclusiones:** La presencia de calcio, independientemente de su gravedad, en el anillo aórtico no coronario, velo izquierdo y seno izquierdo, se asocian de forma significativa a una mayor incidencia de bloqueo AV completo y permanente. La combinación de características clínicas, electrocardiográficas y de imagen cardiaca pueden ayudar a predecir el desarrollo de TCAV tras el procedimiento.

## O-07. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES NONAGENARIOS CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA. REGISTRO NONAVASC-2

Alexia Espiño Álvarez<sup>1</sup>, Almudena Villa Martí<sup>1</sup>, Macarena Vargas Tirado<sup>2</sup> y Alejandra Gullón Ojesto<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario General de Villalba, Madrid, España.

**Introducción y objetivos:** Conocer las características clínicas de los pacientes nonagenarios hospitalizados en el servicio de Medicina Interna con diagnóstico previo de cardiopatía isquémica.

**Métodos:** El registro NONAVASC-2 es un estudio observacional, prospectivo, multicéntrico en el que se incluyeron a pacientes mayores de 90 años hospitalizados por cualquier causa y con enfermedad vascular documentada. En este estudio se incluyeron aquellos pacientes nonagenarios con antecedentes de cardiopatía isquémica. La inclusión se llevó a cabo entre 2017 y 2021. Se incluyeron parámetros sociodemográficos, clínicos, analíticos y terapéuticos. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación Clínica con medicamentos del Hospital Universitario de La Princesa.

**Resultados:** De los 1049 pacientes incluidos en el registro NONAVASC-2, presentaban cardiopatía isquémica un total de 436 pacientes. La prevalencia de factores de riesgo vascular fue elevada, destacando la hipertensión arterial (89,4%). De los pacientes con cardiopatía isquémica, el 77,1% habían presentado un síndrome coronario agudo y el 37,4% habían sido sometidos a un procedimiento de revascularización. El 41,7% de los pacientes presentaban fibrilación auricular y el 56,3% insuficiencia cardiaca. (Ver Tabla 1). El 74,5% de los pacientes presentaban comorbilidad elevada según la escala Charlson y el 51,2% eran independientes-dependientes leves. El 90,6% recibía tratamiento antitrombótico (fig.). Solo el 51,2% recibían tratamiento con estatinas, 50,9% betabloqueantes y el 46,5% tenían un IECA/ARA-II. El 47,9% de los pacientes recibía nitratos para control sintomático. La principal causa de ingreso fue la no vascular y la tasa de exitus durante el ingreso fue del 20,3%.

### Características basales de los pacientes con cardiopatía isquémica al ingreso hospitalario. Registro NONAVASC-2

|                                       | n = 436                   |
|---------------------------------------|---------------------------|
| Edad media al ingreso                 | 93,11 ( $\pm 2,69$ ) años |
| Sexo femenino                         | 236 (54,1%)               |
| <b>Factores de riesgo vascular</b>    |                           |
| Hipertensión arterial                 | 370 (84,9%)               |
| Dislipemia                            | 262 (60,5%)               |
| Diabetes mellitus                     | 141 (32,3%)               |
| Fibrilación auricular                 | 182 (41,7%)               |
| Insuficiencia cardiaca                | 245 (56,3%)               |
| <b>Cardiopatía isquémica</b>          |                           |
| Síndrome coronario agudo              | 326 (77,1%)               |
| Revascularización                     | 157 (37,4%)               |
| Stent                                 | 139 (83,3%)               |
| Angina estable                        | 173 (41,7%)               |
| Enfermedad cerebrovascular            | 121 (27,8%)               |
| Enfermedad arterial periférica        | 32 (7,3%)                 |
| Aneurisma aórtico abdominal           | 14 (3,2%)                 |
| Insuficiencia renal (EFG < 60 ml/min) | 257 (59,4%)               |

FA: fibrilación auricular; EFG: estimación de filtrado glomerular.

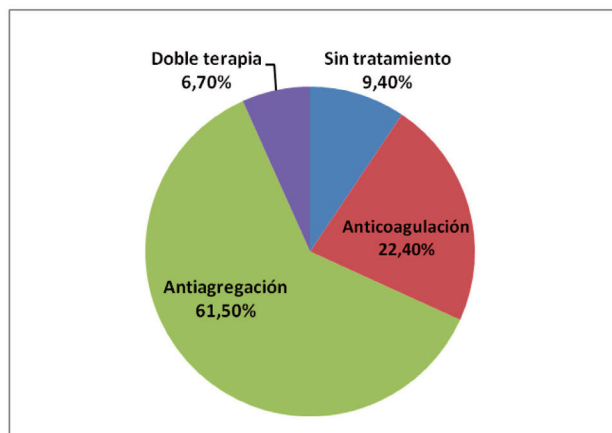


Figura 1. Tratamiento antitrombótico de los pacientes con cardiopatía isquémica ingresados en Medicina Interna. Registro NONAVASC-2

**Conclusiones:** Los pacientes nonagenarios con cardiopatía isquémica ingresados en medicina interna presentan una elevada comorbilidad y mortalidad. Tratándose de pacientes en prevención secundaria, 49% no recibía estatinas, ni betablo-

queantes y un 53% no tenía bloqueo del sistema renina-angiotensina, a pesar de sus beneficios demostrados a nivel pronóstico.

# O-08. ESTUDIO BIOMÉTRICO GLOBAL COMO MEDIDA OBJETIVA DE FRAGILIDAD EN POBLACIÓN MAYOR CON INSUFICIENCIA CARDIACA: ANÁLISIS DE UN CENTRO

Álvaro Margalejo Franco<sup>1</sup>, Lara Aguilar Iglesias<sup>1</sup>, Jose Ángel Pérez Rivera<sup>1</sup>, Ana Merino Merino<sup>1</sup>, Tamara Iturriaga Ramírez<sup>2</sup> y Selene Baos Muñiz<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cardiología, Complejo Asistencial de Burgos, Burgos, España. <sup>2</sup>Departamento de Ciencias de la actividad física y el deporte, Universidad Europea de Madrid, Madrid, España.

<sup>3</sup>Departamento de Nutrición Humana y dietética, Universidad Isabel I, Burgos, España.

**Introducción y objetivos:** La fragilidad es un síndrome geriátrico altamente prevalente en la población mayor con insuficiencia cardiaca (IC). Existe poca evidencia acerca del uso de parámetros objetivos para su determinación. Nuestro objetivo es evaluar la relación entre el análisis biométrico y fragilidad.

**Métodos:** Incluimos todos los pacientes ingresados por IC aguda en el Servicio de Cardiología de nuestro centro desde julio de 2020 a mayo de 2021, realizando una evaluación multidimensional y geriátrica al ingreso. Quienes aceptaron, fue-

ron sometidos a un análisis biométrico con determinación de fuerza muscular mediante *handgrip*, densidad mineral ósea (DMO) y porcentaje de grasa corporal mediante absorciometría de rayos X de energía dual (DEXA). Comparamos las características basales y biométricas entre los pacientes frágiles y no frágiles, según escala SPPB. Se realizaron curvas ROC para los parámetros estudiados.

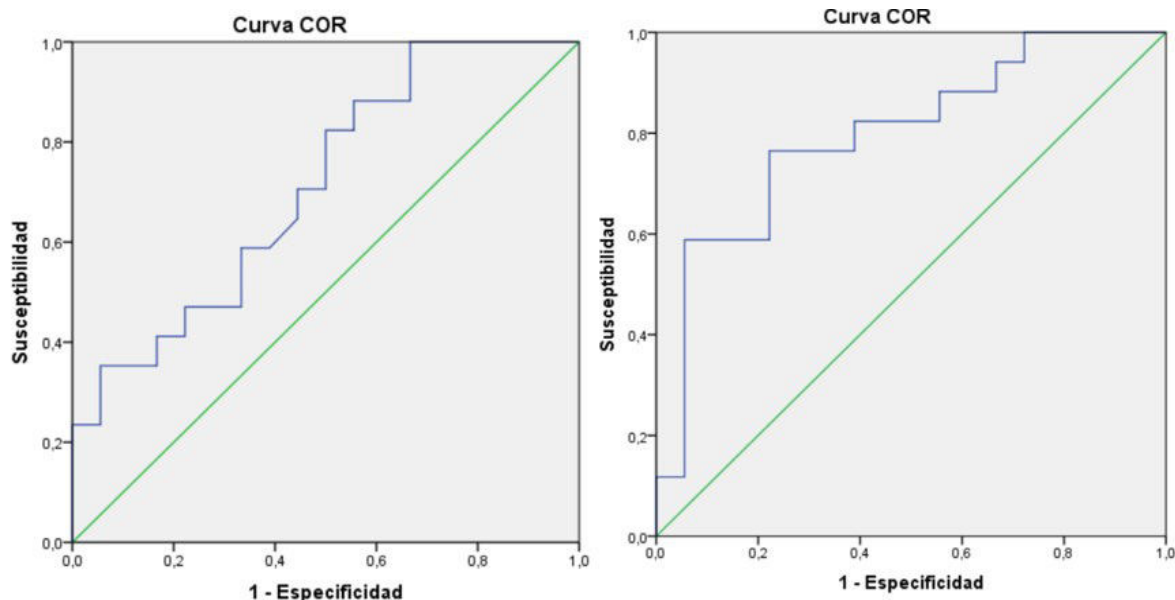
**Resultados:** Realizamos análisis biométrico a 35 pacientes, 18 fueron clasificados como frágiles (51,4%) y 17 no frágiles (48,6%), definida fragilidad como SPPB  $\leq 9$ . Las mujeres fueron más frágiles (17,6 vs. 50%;  $p = 0,04$ ) sin observar otras diferencias, sin embargo, los pacientes frágiles tendían a presentar más comorbilidad (tabla). El grupo frágil presentó menor DMO total ( $1,08 \pm 0,1$  vs.  $1,22 \pm 0,1$ ;  $p = 0,01$ ) y menor fuerza muscular medida mediante *handgrip* en ambas manos normalizado por peso (% *handgrip*/peso) ( $29,28 \pm 9,9$  vs.  $39,03 \pm 10,8$ ;  $p = 0,009$ ). Ambos parámetros resultaron útiles como predictores de fragilidad en nuestra muestra. Área bajo la curva (AUC) DMO = 0,71. Intervalo de confianza (IC) 95% (0,54-0,81);  $p = 0,03$ . AUC% *handgrip*/peso = 0,79. IC95% (0,64-0,94);  $p = 0,003$ . Los sujetos con mayor porcentaje de grasa ginoide y total tendieron a ser más frágiles, sin alcanzar significación.

**Conclusiones:** En nuestro estudio, los pacientes frágiles presentaron menor DMO total y menor fuerza muscular. Tanto la DMO total como % *handgrip*/peso se relacionaron con presencia de fragilidad y podrían considerarse como medidas objetivas de la misma.

Tabla 1: Pacientes valorados en el Servicio de Cardiología del Hospital Universitario de Burgos entre el 1/7/2020 y 1/5/2021 con evaluación multidimensional y análisis biométrico; análisis comparativo según fragilidad, definida como SPPB  $\leq 9$

| Variables                                     | Frágiles; N=18 (51,4%) | No frágiles; N=17 (48,6%) | p-valor        |
|-----------------------------------------------|------------------------|---------------------------|----------------|
| Edad media (años)                             | 66,2 (DT 9,1)          | 65,4 (DT 9,4)             | P=0,79         |
| Sexo (% varones)                              | 9 (50)                 | 14 (82,4)                 | <b>p=0,04</b>  |
| Comorbilidades                                | FA (%)                 | 8 (44)                    | p=0,58         |
|                                               | ERC (%)                | 5 (27,8)                  | p=0,19         |
|                                               | HTA (%)                | 10 (55,6)                 | p=0,39         |
|                                               | DM (%)                 | 7 (38,9)                  | p=0,89         |
|                                               | EPOC (%)               | 5 (27,8)                  | p=0,23         |
| FEVI (%)                                      | 48,9 (DT 14,9)         | 41 (15,8)                 | p=0,13         |
| Índice <u>Charlson</u>                        | 3,3 (DT2,5)            | 2,7 (1,6)                 | p=0,44         |
| Score MAGGIC                                  | 16,1 (DT 4,6)          | 16,8 (4,6)                | p=0,66         |
| DMO total (g/cm3)                             | 1,08 (DT 0,15)         | 1,22 (DT 0,16)            | <b>p=0,01</b>  |
| DMO pelvis                                    | 0,84 (DT 0,27)         | 0,98 (DT 0,23)            | p=0,12         |
| DMO columna                                   | 1,15 (DT 0,23)         | 1,25 (DT 0,23)            | p=0,18         |
| Grasa total (% del total de la masa)          | 38,4 (DT 8,04)         | 34,1 (DT 8,7)             | p=0,13         |
| Grasa ginoide (% del total de la grasa)       | 40,8 (DT 10,02)        | 34,4 (10,79)              | p=0,07         |
| Grasa androide (% del total de la grasa)      | 41,9 (DT 11,2)         | 38,4 (11,4)               | p=0,37         |
| Fuerza muscular ( <u>handgrip</u> / peso (%)) | 29,2 (DT 9,9)          | 39 (DT 10,8)              | <b>p=0,009</b> |

Leyenda. DM: diabetes mellitus. DMO: densidad mineral ósea. ERC: enfermedad renal crónica. EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica. FA: fibrilación auricular. FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo. HTA: hipertensión arterial.



Comunicación O-08 Figura 1  
Curvas COR de densidad mineral ósea total (izquierda) y fuerza muscular medida con handgrip en ambas manos normalizada por peso, expresado en porcentaje (derecha).

#### O-09. CASI UN 25% DE LOS PACIENTES ANTICOAGULADOS CON HEMORRAGIA MAYOR SUFREN UNA RECIDIVA DE SANGRADO INDEPENDIENTEMENTE DEL AGENTE ANTICOAGULANTE

Belén Biscotti Rodil, Freddy Delgado Calva, Vicente Peruyero Gil, Juan Duarte Torres, Salvador Álvarez Antón y David Martí Sánchez.

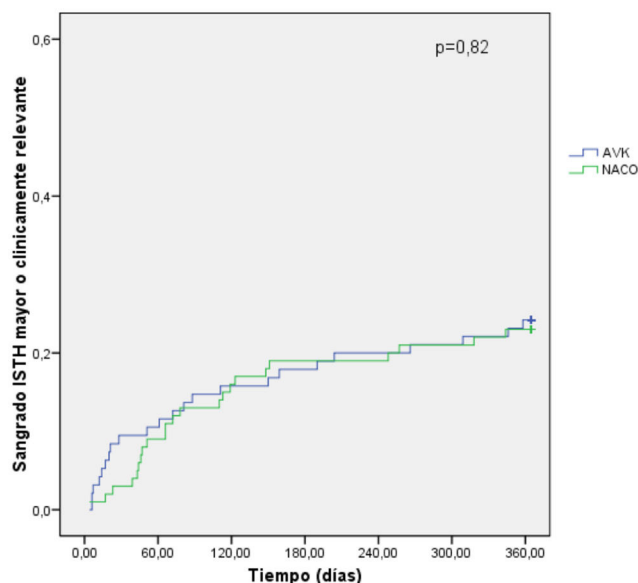
Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Militar Gómez Ulla, Madrid, España.

**Introducción y objetivos:** El sangrado mayor continúa siendo la complicación principal de los pacientes anticoagulados. Nuestro objetivo fue analizar la incidencia de episodios según el tipo de agente anticoagulante (anticoagulantes orales de acción directa (ACOD) versus antagonistas de la vitamina K (AVK).

**Métodos:** Registro retrospectivo de pacientes consecutivos con sangrado mayor atendidos en un hospital terciario durante 2018-2020 y que cumplieron: 1) tratamiento ACOD o AVK, sin tratamiento antiplaquetario concomitante; 2) requerimiento transfusional; 3) localización extracraneal objetiva del origen de sangrado. El episodio de valoración principal fue la incidencia acumulada de un nuevo sangrado ISTH mayor o clínicamente relevante a 12 meses. El episodio secundario fue la mortalidad por todas las causas.

**Resultados:** La población de estudio comprendió 196 pacientes (edad media  $83 \pm 8$  años, 56% mujeres). El 48,5% recibía AVK y el 51,5% ACOD (el 93% de estos antiXa). Destacaron pacientes con gran comorbilidad. Las patologías más relevantes fueron la insuficiencia cardíaca (47,4%), el deterioro cognitivo de grado > ligero (24,5%), y la presencia de tumor maligno (20,4%). Los pacientes tratados con ACOD fueron significativamente mayores (82 vs. 86,  $p = 0,006$ ) y con puntuaciones superiores en las escalas de sangrado (ORBIT 3,3 vs. 3,9,  $p = 0,02$ ;

ATRIA 6,3 vs. 7,0,  $p = 0,11$ ; HASBLED 3,2 vs. 2,9,  $p = 0,24$ ). Durante un seguimiento de 12 meses se registraron 46 recurrencias (incidencia acumulada 23,6%), sin diferencia según el tratamiento anticoagulante inicial ( $p = 0,82$ ) (fig.). La mediana hasta un nuevo sangrado fue de 72 días (rango intercuartílico 27-153 días) y hubo una tendencia a menor mortalidad en grupo ACOD a pesar de su mayor complejidad clínica (23,8 vs. 34,7%,  $p = 0,091$ ).



**Conclusiones:** Casi 1-4 de los pacientes sufren una recidiva de sangrado al año independientemente del grupo farmacológico. Nuestros resultados enfatizan la necesidad de investigar en estrategias de reducción de sangrado o terapias alternativas.

# O-10. LA LOCALIZACIÓN DEL SANGRADO NO INFLUYE EN LA TASA DE RECIDIVA DE RESANGRADO TRAS UN EPISODIO DE HEMORRAGIA MAYOR EN PACIENTES ANTICOAGULADOS

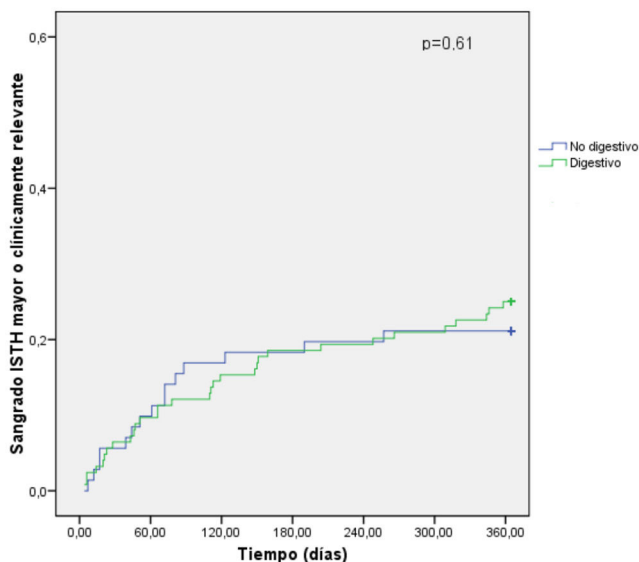
Belén Biscotti Rodil, Freddy Delgado Calva, Vicente Peruyero Gil, Juan Duarte Torres, Salvador Álvarez Antón y David Martí Sánchez

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Militar Gómez Ulla, Madrid, España.

**Introducción y objetivos:** El sangrado asociado a los distintos anticoagulantes puede presentar particularidades en cuanto a desencadenantes, manejo y pronóstico. Nuestro objetivo fue analizar el impacto de la localización de la hemorragia inicial (hemorragia digestiva frente a otras localizaciones extracraniales) en los episodios adversos durante el seguimiento.

**Métodos:** Registro retrospectivo de pacientes consecutivos con sangrado mayor atendidos en un hospital terciario durante 2018-2020 y que cumplieron: 1) tratamiento con anticoagulantes directos (ACOD) o antagonistas de la vitamina K (AVK) sin tratamiento antiplaquetario concomitante; 2) requerimiento transfusional; 3) localización extracranial objetiva del origen de sangrado. Se analizó la evolución clínica según el origen digestivo (confirmado o probable) frente a no digestivo. El parámetro de valoración principal fue la incidencia acumulada de un nuevo sangrado ISTH mayor o clínicamente relevante a 12 meses.

**Resultados:** La población de estudio comprendió 196 pacientes (edad media  $83 \pm 8$  años, 56% mujeres). El 48,5% recibía AVK y el 51,5% ACODs (el 93% antiXa). La población presentó elevada complejidad con promedios de Charlson ajustado por edad 6,7 puntos, CHA2DS2-VASc 4,7 puntos y HASBLED 3,2 puntos. La localización fue digestiva en el 59,7% requiriendo intervencionismo en el 40% de los casos. No hubo diferencias en características basales o severidad de la presentación en función del origen de sangrado ( $p > 0,05$ ). Durante un seguimiento de 12 meses se registraron 46 nuevos sangrados (incidencia acumulada 23,6%), sin diferencia según el origen inicial ( $p = 0,61$ ) (Tabla 1). La mediana hasta un nuevo episodio fue de 72 días (rango intercuartílico 27-153 días) y hubo una tendencia a menor mortalidad tras el sangrado digestivo (23,4 vs. 38,9%,  $p = 0,085$ ).



**Conclusiones:** Casi 1/4 de los pacientes presentan un nuevo sangrado al año independientemente del origen del sangrado ini-

cial. Nuestros resultados enfatizan la necesidad de investigar en estrategias de reducción de sangrado o terapias alternativas.

# O-11. ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA, VALORACIÓN DE LA FRAGILIDAD Y MORTALIDAD EN PACIENTES SOMETIDOS A IMPLANTE DE PRÓTESIS AÓRTICA PERCUTÁNEA

Alessandra Chiarini, Miriam de Souza Dorado, Abel Gómez Clemente, Victoria del Carme García Astudillo, Jose-Benito Barbe Gil-Ortega y Maria Carmen Pérez Bocanegra

Unidad docente de Geriatria, Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, España.

**Introducción y objetivos:** La fragilidad está relacionada con peores resultados tras implante de prótesis aórtica percutánea (TAVI). Un filtrado glomerular bajo se relaciona con peores resultados. El objetivo de este estudio es valorar si hay cambios en la mortalidad con ERC en los pacientes frágiles.

**Métodos:** Entre el 01.01.2021 y el 15.05.2022 hemos realizado una valoración geriátrica Integral (VGI) a los pacientes sometidos a TAVI. Para valorar la fragilidad hemos utilizado 3 herramientas: la escala FRAIL clasificando en No frágiles (NOF), Pre frágiles (PF) y Frágiles (F), Essencial Frailty Toolset (EFT) clasificando en No levemente frágiles (N-LF), moderadamente frágiles (MF) y severamente frágiles (SF) y el índice IF-VIG clasificando en no frágiles (NF), levemente frágiles (LF) y severamente frágiles (SeF). Hemos utilizado la formula CKD-epi creatinina para la estima del filtrado clasificando:  $e\text{-GFR} \leq 45 \text{ ml/min/1,73 m}^2$  como ERC y  $e\text{-GFR} \geq 45 \text{ ml/min/1,73 m}^2$  NO-ERC.

**Resultados:** 134 pacientes, media de edad 82,5 años (67-96), 59% mujeres, índice de Barthel medio 86,2 (mediana 90), índice de Charlson 2,4 (mediana 2), Mini-Nutritional Assessment 11,7 (mediana 12), IMC 28,2 (mediana 27,96), Pfeiffer 1,26 errores (mediana 1), EFT 2,12 (mediana 2). La mortalidad total a un año era 10,4%. Utilizando el EFT hemos observado que los pacientes con ERC/MF tenían una mortalidad más elevada (22,7%) respecto a los NO-ERC/MF (3,8%) y respecto a los NO-ERC/No-LF (8,5%). Utilizando el IF-VIG hemos observado que los ERC/LF tenían una mortalidad más elevada (18%) respecto a los NO-ERC/LF (9,3%) y NO-ERC/NF (5%). No hemos observado diferencia utilizando el FRAIL.

**Conclusiones:** La presencia de ERC se asocia a una mayor mortalidad en los pacientes levemente y moderadamente frágiles clasificando los pacientes con las herramientas IF-VIG y EFT. No hemos observado esta diferencia utilizando la escala FRAIL. La ERC podría ser una variable de mayor riesgo en esta población. Más estudios son necesarios para valorar esta variable.

# O-12. COMPARACIÓN DE DIFERENTES HERRAMIENTAS DE MEDICIÓN DE FRAGILIDAD EN LA PREDICCIÓN DE LA MORTALIDAD HOSPITALARIA POR INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA EN ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADOS

Roberto Daniel Cortés Pestana<sup>1</sup>, Carlos Luis Fragachán Khalil<sup>2</sup>, Nuria Molist<sup>1</sup>, Emma Puigoriol Juvanten<sup>3</sup>, Silvia Montserrat Ortego<sup>4</sup> y Helen Margarita Valenzuela Leal<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Geriatria, Consorci Hospitalari de Vic, Vic, Barcelona, España. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna, Consorci Hospitalari de Vic, Vic, Barcelona, España. <sup>3</sup>Servicio de Epidemiología y Estadística, Consorci Hospitalari de Vic, Vic, Barcelona, España. <sup>4</sup>Servicio de Cardiología, Consorci Hospitalari de Vic, Vic, Barcelona, España.

**Introducción y objetivos:** El papel de la fragilidad con insuficiencia cardiaca aguda (ICA) no está bien definido en las es-

calas predictivas de mortalidad. El propósito del estudio consiste en evaluar la relación entre diferentes herramientas de fragilidad, índice de Barthel (IB), puntuación MEESI-AHF (Multiple Estimation of risk based on the Emergency department Spanish Score in patient with acute heart failure) y la mortalidad intrahospitalaria por ICA en pacientes hospitalizados.

**Métodos:** Se realiza una cohorte prospectiva en un hospital de segundo nivel durante 3 meses. Criterios de inclusión: pacientes > 80 años con ICA, consentimiento informado firmado o familiar/tutor legal lo autorice por escrito en aquellos con deterioro cognitivo filiado, ingresados en Cardiología, Unidad de Geriátrica de Agudos y Medicina Interna. Se registra: puntuación MEESI-AHF, herramientas de fragilidad (Index frágil VIG [IF-VIG], FRAIL, Clinical Frailty Scale [CFS], Identification of Seniors at Risk [ISAR]), IB, destino al alta médica. Variable dependiente: mortalidad intrahospitalaria por ICA.

**Resultados:** Se recoge 89 de 102 pacientes con edad promedio de  $87,76 \pm 4,12$  años; mujeres (58,4%); identificación de pacientes en el ámbito hospitalario PCC (37,1%), MACA (9,0%) y no etiquetados (53,9%); estancia media hospitalaria (7 días); IB basal de  $77,25 \pm 20,01$ . Prevalencia de fragilidad: 79,5% (IF-VIG), FRAIL (34,1%), CFS (48,9%). Puntuaciones obtenidas: IF-VIG ( $0,29 \pm 0,12$ ), FRAIL ( $2,09 \pm 1,04$ ), CFS ( $4,51 \pm 1,38$ ), ISAR ( $2,53 \pm 1,16$ ), mediana de MEESI-AHF (11,09%). Mortalidad intrahospitalaria del 6,7% con IB  $15 \pm 7,74$ . Las mediciones del ingreso (IB, IF-VIG, FRAIL) y puntuación MEESI-AHF son predictores de mortalidad intrahospitalaria [OR univariante 0,84 (0,74-0,96), 2,09 (1,26-3,45), 4,81 (1,01-22,83), 1,08 (1,03-1,13) respectivamente]. El IB del ingreso y MEESI-AHF tienen asociación con la mortalidad hospitalaria en el modelo multivariante. Destino a la alta médica más prevalente: domicilio (36%).

**Conclusiones:** El MEESI-AHF, IB, IF-VIG y FRAIL ingresado se relacionaron con la mortalidad hospitalaria. Estos resultados resaltan la importancia que los adultos mayores frágiles experimentan altas tasas de muertes dentro de la hospitalización por ICA.

### O-13. MÁS DE UN 30% DE LOS HOMBRES SUFREN SANGRADO EXTRACRANEAL CON EL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE

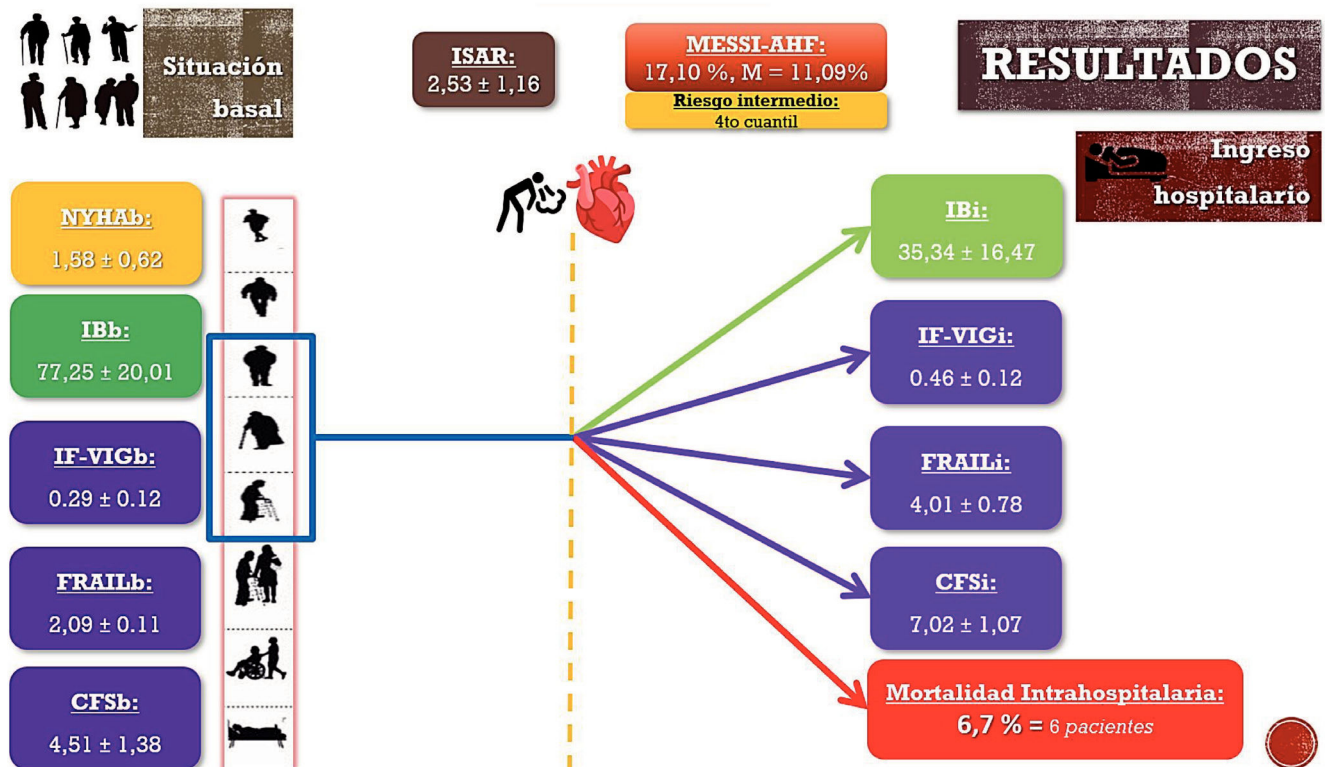
Vicente Peruyero Gil, Belén Biscotti Rodil, Freddy Delgado Calva, Juan Duarte Torres, Salvador Álvarez Antón y David Martí Sánchez

Servicio de Cardiología, Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla, Madrid, España.

**Introducción y objetivos:** Las variables asociadas al sexo influyen en el riesgo de sangrado y sus recidivas en pacientes anticoagulados. Se analiza la tasa de episodios comparada según el sexo.

**Métodos:** Registro retrospectivo de pacientes con sangrado mayor en 2018-2020 y que cumplieron: 1) tratamiento con anticoagulantes directos (ACOD) o antivitamina K (AVK), sin tratamiento antiplaquetario concomitante; 2) requerimiento transfusional; 3) Sangrado extracraneal. El parámetro de valoración principal fue la incidencia acumulada de un nuevo sangrado ISTH mayor o clínicamente relevante a 12 meses.

**Resultados:** Se estudiaron 196 pacientes de edad media  $83 \pm 8$  años, 56% mujeres (51,5% recibía ACOD; 48,5% recibía AVK). Las mujeres presentaron menor comorbilidad a pesar de ser significativamente mayores ( $84 \pm 8$  vs.  $80 \pm 9$ ,  $p < 0,01$ ). En los hombres fue mayor el consumo de alcohol (14,2 vs. 3,8%,  $p < 0,01$ ) y las patologías relevantes como infarto (33,1 vs. 19,5%,  $p$

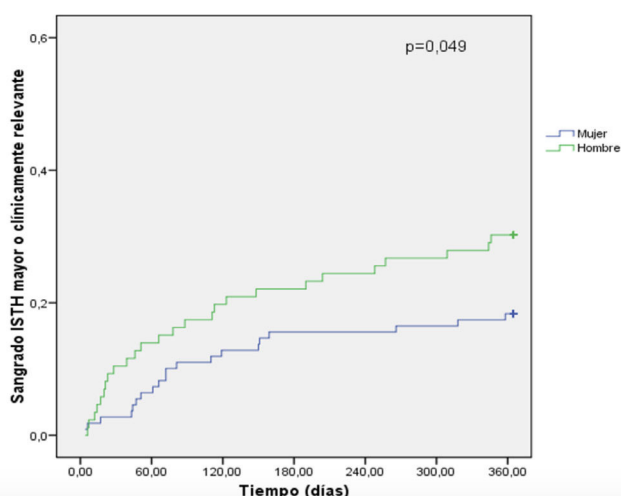


Comunicación O-12 Figura 1

< 0,01), úlcus (18,4 vs. 7,5%,  $p < 0,01$ ), hepatopatía crónica (13 vs. 6,3%,  $p = 0,03$ ) y tumores (30,7 vs. 15,7%,  $p < 0,01$ ); también el riesgo hemorrágico según la escala HAS-BLED (3,5 vs. 3,  $p < 0,01$ ). En 12 meses de seguimiento se registraron 46 resangrados (23,6%) con mayor tasa de episodios en hombres (18,3 vs. 30,2%; HR sexo masculino:1,78 (1,0-3,17,  $p = 0,049$ )) (fig.).

#### Características basales de la población de estudio comparadas según el sexo

|                         | Mujeres   | Hombres   | p      |
|-------------------------|-----------|-----------|--------|
| Edad                    | 84 ± 8    | 80 ± 9    | 0,0001 |
| Peso                    | 63,8 ± 14 | 75,6 ± 14 | 0,0001 |
| Tabaco                  | 3,8%      | 14,2%     | 0,001  |
| Alcohol                 | 1%        | 16,6%     | 0,0001 |
| Historia de sangrado    | 22,3%     | 27%       | 0,2    |
| IAM previo              | 19,5%     | 33,1%     | 0,004  |
| Arteriopatía periférica | 5%        | 19,6%     | 0,0001 |
| Demencia                | 32%       | 16%       | 0,001  |
| Úlcus                   | 7,5%      | 18,4%     | 0,003  |
| Hepatopatía crónica     | 6,3%      | 13%       | 0,03   |
| Patología tumoral       | 15,7%     | 30,7%     | 0,001  |
| HAS-BLED                | 3         | 3,5       | 0,0001 |



Incidencia acumulada de sangrado ISTH mayor o clínicamente relevante comparada según el sexo.

**Conclusiones:** En esta cohorte los hombres, a pesar de la edad, tienen mayor comorbilidad y sufren con más frecuencia resangrado durante el seguimiento. Nuestros hallazgos enfatizan la importancia la prevención de sangrado particularmente en pacientes de mayor comorbilidad.

#### O-14. SCREENING DE FRAGILIDAD EN UNA UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDIACA MEDIANTE LA ESCALA VULNERABLE ELDER'S SURVEY 13 (VES-13) Y SU VALOR PRONÓSTICO

Thaïs Roig González<sup>1</sup>, Beatriz González Fernández<sup>2</sup>, Dakota Barés Escute<sup>2</sup>, Violeta Díaz Herrera<sup>2</sup>, Josep Lupon Rosés<sup>2</sup> y Antoni Bayés-Genís<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Geriátrica, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, España. <sup>2</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, España.

**Introducción y objetivos:** La escala Vulnerable Elders Survey 13 (VES-13) nos ha demostrado que puede resultar una herra-

mienta útil para detectar fragilidad en pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) con una muy alta sensibilidad. Sabemos que la fragilidad juega un papel importante en el pronóstico de estos pacientes. El objetivo del presente trabajo fue evaluar si el VES-13 resultaba útil como *screening* para detectar fragilidad y si además podía ser útil desde el punto de vista pronóstico. Comparamos los resultados con una evaluación multimodal para detección de fragilidad usada clásicamente en nuestra unidad y basada en varias escalas geriátricas.

**Métodos:** Las enfermeras cumplimentaron las escalas durante la primera visita ambulatoria. Una puntuación  $\geq 3$  en el VES-13 o la presencia de un criterio predefinido en la valoración multimodal, se consideró diagnóstico de fragilidad. Los endpoints fueron mortalidad por todas las causas y la suma de muerte por todas las causas u hospitalización por IC.

**Resultados:** Se evaluaron 172 pacientes (edad  $69,1 \pm 11,4$  años, 64% varones, FEVE  $40,3\% \pm 13,9$ ). El VES-13 identificó a 68 pacientes con fragilidad (39,5%) y la evaluación multimodal 61 (35,5%). Durante un seguimiento de  $15,8 \pm 4,8$  meses, murieron 22 pacientes (12,8%) y 37 murieron o ingresaron por IC (21,5%). En la regresión de Cox, la fragilidad detectada por ambos enfoques mostró un valor pronóstico similar para muerte por todas las causas (HR 2,89 [1,24-6,77],  $p = 0,014$ , mediante el enfoque multimodal vs. HR 2,89 [1,21-6,89],  $p = 0,017$ , utilizando la escala VES-13). Sin embargo, la fragilidad detectada por el VES-13 fue más potente para predecir el endpoint compuesto (HR 2,90 [1,49-5,64],  $p = 0,002$  vs. HR 1,47 [0,77-2,81],  $p = 0,248$ ).

**Conclusiones:** Tanto el VES-13 como la evaluación multimodal mostraron un papel pronóstico similar para mortalidad por todas las causas, pero el VES-13 fue superior para el endpoint combinado de muerte por todas las causas u hospitalización por IC.

#### O-15. TÍTULO: SCASEST CON ELEVACIÓN TRANSITORIA DEL ST, UN SIGNIFICADO PRONÓSTICO DIFERENTE EN EDAD AVANZADA

Manuel Tapia Martínez, Elena Basabe Velasco, María de Fátima Gonçalves Sánchez, Alfonso Suárez Cuervo, Salvador Álvarez Antón y David Martí Sánchez

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Militar Gómez Ulla, Madrid, España.

**Introducción y objetivos:** El ECG continúa siendo una herramienta pronóstica esencial en el manejo del síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (SCASEST). En pacientes jóvenes, la elevación transitoria del segmento ST (ETST) se ha asociado a un infarto limitado y una función miocárdica bien conservada en general. Nuestro objetivo fue analizar la prevalencia e impacto pronóstico de la ETST en el paciente de edad avanzada.

**Métodos:** Estudio observacional prospectivo de todos los pacientes de  $\geq 75$  años con SCASEST y electrocardiograma interpretable tratados con intervencionismo coronario en un hospital universitario durante el periodo 2012-2018. Se comparó las variables clínicas y evolución a corto plazo de los pacientes con ETST frente a otros patrones electrocardiográficos en conjunto. La ETST se definió de acuerdo a la guía ESC 2020 sobre el diagnóstico y tratamiento del SCASEST. El parámetro de valoración principal fue la incidencia acumulada del episodio combinado de mortalidad por todas las causas o infarto de miocardio a 30 días.

**Resultados:** Se incluyeron 259 pacientes consecutivos (edad media  $82 \pm 4$  años, 64% varones, GRACE promedio 165 puntos). Al ingreso, 27 pacientes presentaron ETST (prevalencia 10,4%, IC95% 6,7-14,2%). Estos pacientes presentaron mayor pico de troponina T ultrasensible mediana 284 vs. 120 ng/l,  $p = 0,032$ ,

sin hallarse diferencias en características basales, escalas de riesgo, gravedad en la presentación o variables anatómicas ( $p < 0,05$  en todas las comparaciones). La ETST se asoció a una incidencia significativamente mayor del episodio combinado durante el seguimiento a 30 días (25,9 vs. 5,6%, HR 5,1,  $p < 0,001$ ).

**Conclusiones:** La ETST es relativamente frecuente en pacientes mayores tratados por SCASEST. Nuestros hallazgos sugieren un perfil menos favorable de la ETST en población mayor en comparación con cohortes históricas de población más joven. Este aspecto enfatizaría las particularidades anatómicas y fisiopatológicas de los pacientes mayores pudiendo tener repercusiones específicas en el manejo.

#### O-16. ESTUDIO SASSPAIN. ENSAYO ALEATORIZADO DE INTERVENCIÓN MULTICOMPONENTE EN PACIENTES FRÁGILES CON ESTENOSIS AÓRTICA SINTOMÁTICA. DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN ENFERMERA

Silvia Martín Martín<sup>1</sup>, Victoria María Déniz González<sup>2</sup>, Ana María Costas Vila<sup>3</sup>, María Buendía Albadalejo<sup>4</sup>, Rocío Menéndez Colino<sup>2</sup> y Carlos Rodríguez Pascual<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Geriátría, Investigación Biomédica Hospital Universitario La Paz; Centro de Salud General Ricardos, Madrid, España. <sup>2</sup>Servicio de Geriátría, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España. <sup>3</sup>Servicio de Geriátría, Hospital Universitario Meixoeiro, Vigo, España. <sup>4</sup>Servicio de Geriátría, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia; Departamento de Geriátría, Investigación Biomédica Hospital Universitario La Paz, Madrid, España.

**Introducción y objetivos:** La presencia de fragilidad en pacientes con estenosis aórtica severa sintomática (SAS) se asocia a una mayor mortalidad y peores resultados. Por ello es necesario el desarrollo de protocolos de intervención sobre la fragilidad en pacientes con SAS. Objetivo: analizar las características de los pacientes incluidos en un ensayo clínico aleatorizado de intervención multicomponente en pacientes frágiles con SAS (SASPain-FRAILTY), así como describir la intervención enfermera realizada y cuantificar el nivel de adherencia de los pacientes.

**Métodos:** SASpain-FRAILTY es un ensayo clínico aleatorizado multicéntrico en cuatro hospitales terciarios en pacientes frágiles de 75 o más años con SAS que evalúa una intervención multicomponente frente a práctica clínica habitual. Se describen las características basales demográficas, clínicas, funcionales, de fragilidad y la intervención enfermera de los pacientes incluidos desde septiembre de 2021 hasta abril de 2023. Se analiza el cumplimiento de la intervención a los 6 meses.

**Resultados:** Se incluyeron 209 pacientes. Grupo control 120, grupo intervención: 88. Edad 85 años  $\pm$  5,06, 61,7% mujeres, Índice de Barthel: 88,39  $\pm$  12,14; Índice de Lawton: 4,46  $\pm$  2,30; Short Physical Performance Battery: 5,67  $\pm$  2,32; Clinical frailty Scale: 4,29  $\pm$  1,08; Escala de Nagi: 3,44  $\pm$  2,47. La intervención enfermera consistió en la educación para una correcta adherencia al tratamiento farmacológico, recomendaciones nutricionales para el cumplimiento de la dieta mediterránea y la realización de actividad física (programa Vivifrail) tras implantación valvular. La adherencia de los primeros 29 pacientes del grupo intervención a los 6 meses fue del 100% al tratamiento farmacológico, 86,2% a la dieta mediterránea y 24,1% al programa completo de ejercicio.

**Conclusiones:** Los primeros pacientes incluidos en el grupo intervención en el ensayo clínico aleatorizado de intervención multicomponente en pacientes frágiles con SAS presentaron una inadecuada adherencia al plan de cuidados enfermeros a los 6 meses especialmente en la actividad física.

#### O-17. IMPACTO DEL ÍNDICE DE BARTHEL EN LOS RESULTADOS DE SALUD EN UNA POBLACIÓN MAYOR CON FIBRILACIÓN AURICULAR

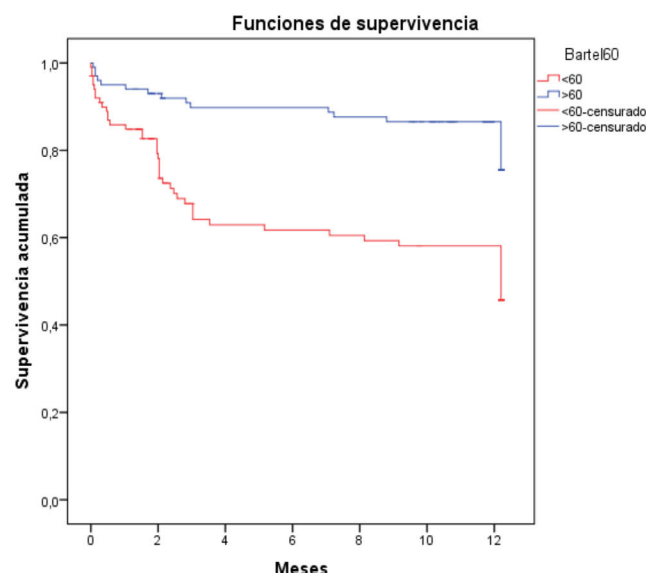
Natalie Burgos Bencosme<sup>1</sup>, Lucía Antuña Montes<sup>1</sup>, Aurea Álvarez Abella<sup>1</sup>, Laura E. Trujillo Torres<sup>1</sup>, José Gutiérrez Rodríguez<sup>1,2</sup> y Jorge Eduardo Herrera Parra<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Área de Gestión Clínica de Geriátría, Hospital Monte Naranco, Oviedo, Asturias, España. <sup>2</sup>Instituto de Investigación Sanitaria del Principado de Asturias, Oviedo, Asturias, España.

**Introducción y objetivos:** La fibrilación auricular (FA) es la arritmia más frecuente en personas mayores y se asocia con mayor morbilidad, riesgo de hospitalización y reingresos. La evaluación de la capacidad funcional mediante el Índice de Barthel (IB) podría ser una herramienta útil para prever resultados de salud. Nuestro objetivo es analizar si la capacidad funcional según el IB en pacientes mayores con FA se asocia con resultados de salud adversos (estancia hospitalaria, reingresos y mortalidad).

**Métodos:** Estudio observacional prospectivo. 200 pacientes  $\geq$  80 años con FA ingresados entre 2019-2021. Variables: sociodemográficas, clínicas, funcionales, terapia antitrombótica (TTA), estancia hospitalaria, reingreso y mortalidad al mes, 6 meses y 1 año. Análisis estadístico: t-Student o chi-cuadrado, regresión logística y Kaplan Meier (significación estadística  $p < 0,05$ ). La discapacidad funcional se estratificó en dependencia moderada/grave ( $IB \leq 60$ ) y dependencia leve/independientes ( $IB \geq 60$ ).

**Resultados:** Un 65% eran mujeres (edad media 89,23  $\pm$  0,63 años; IB 80,73  $\pm$  4,44). Comorbilidades: hipertensión arterial (89%), diabetes mellitus (37%), cardiopatía hipertensiva (44%), ictus (31,5%). Mortalidad al año 37,5% (3,6% al mes y 4,3% a los 6 meses). Tasa de reingresos 3,6% al mes, y al año ingresaron el 11,9%; estancia hospitalaria 10,8  $\pm$  7,4 días. Se objetivó una mayor mortalidad en pacientes con dependencia funcional a los 6 meses ( $IB \leq 60$  13 vs.  $IB \geq 60$  2,5%;  $p < 0,001$ ) y al año de seguimiento (27,5 vs. 10%;  $p < 0,001$ ). También más reingresos en pacientes dependientes ( $IB \leq 60$  9 vs.  $IB \geq 60$  2,5%;  $p < 0,05$ ). En regresión logística se detectó que los únicos predictores de reingresos al mes tras el alta fueron TTA e IB ( $p < 0,05$ ). Al calcular la supervivencia global en función del IB categorizado, se observó mayor mortalidad en pacientes con mayor dependencia funcional ( $IB \leq 60$  48 vs.  $IB \geq 60$  21%; log rank (Mantel-Cox) 19,268;  $p < 0,001$ ) (fig.).



Curva Kaplan Meier.

**Conclusiones:** Los pacientes mayores con FA y menor capacidad funcional tienen mayor riesgo de reingresos y mortalidad. Estos hallazgos destacan la importancia de utilizar el IB en pacientes con FA y su posible utilidad para detectar riesgo de muerte y reingreso.

# O-18. EVALUACIÓN DE LAS DIFERENCIAS EN FACTORES SOCIALES EN PACIENTES GERIÁTRICOS CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

Jon Zubiaur, Mikel Arrizabalaga, Raquel Pérez Barquín, Adrián Margarida de Castro, Carlos Coroas y José María de la Torre.

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España.

**Introducción y objetivos:** La cardiopatía isquémica se trata de una de las principales causas de morbilidad en la po-

blación. El envejecimiento de la población implica la necesidad de estudiar las características particulares de esta población. Los factores sociales pueden determinar una evolución desfavorable, por lo que el objetivo de este estudio es evaluar estos factores en la población geriátrica.

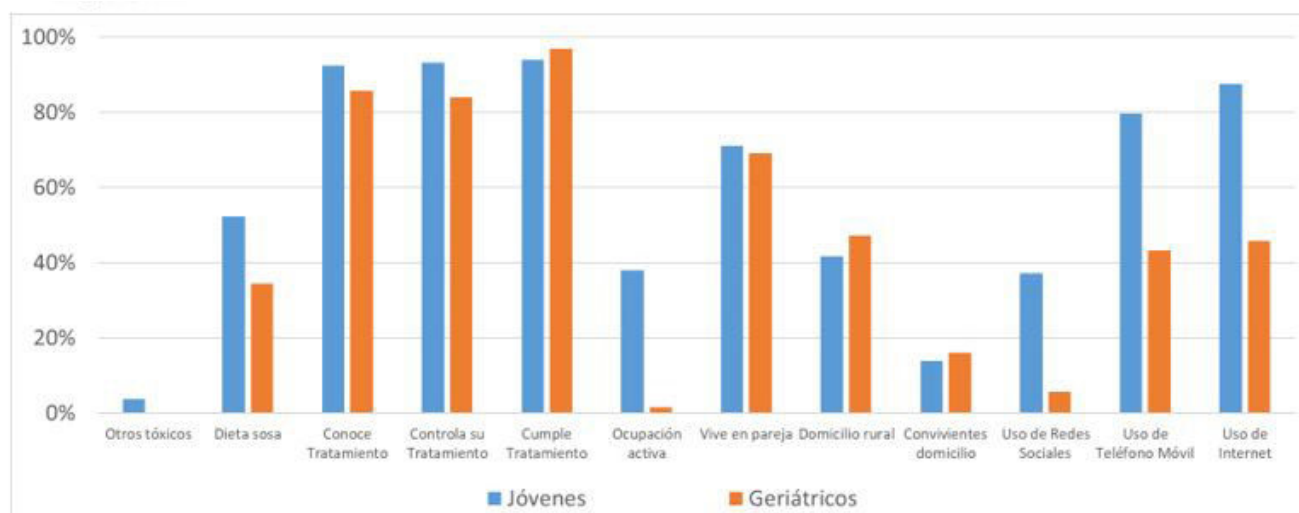
**Métodos:** Estudio unicéntrico de una cohorte de pacientes con cardiopatía isquémica entre 2016 y 2020. Se evaluaron los factores de riesgo habituales y factores sociales mediante un cuestionario dirigido. Se realizaron dos grupos según si la edad era superior o inferior a 75 años. Se utilizó una prueba chi cuadrado para estudiar las diferencias.

**Resultados:** Se reunieron un total de 2219, de los cuales 542 (24,4%) se trataron de pacientes geriátricos. Entre los factores de riesgo se observó un mayor número de varones, diabetes mellitus, hipertensión arterial y enfermedad renal crónica en el grupo geriátrico. Los pacientes geriátricos tenían más prevalencia de intervencionismo coronario previo. La presentación como infarto con ST elevado fue más habitual en los pacientes

| Variables                                                    | Jóvenes (<75)<br>(n = 1678) | Geriátricos (≥75)<br>(n = 542) | p    |
|--------------------------------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|------|
| Edad (años), media ± DE                                      | 60.4 ± 8.6                  | 80.5 ± 3.9                     | 0.00 |
| Índice de masa corporal (kg/m <sup>2</sup> ), media ± DE     | 28.8 ± 4.6                  | 28.2 ± 9.0                     | 0.05 |
| Sexo, n (%)                                                  | 335 (20 %)                  | 185 (34.2 %)                   | 0.00 |
| Diabetes Mellitus, n (%)                                     | 430 (25.7 %)                | 186 (34.4 %)                   | 0.00 |
| Hipertensión arterial, n (%)                                 | 986 (58.9 %)                | 458 (84.8 %)                   | 0.00 |
| Dislipemia, n (%)                                            | 1032 (61.9 %)               | 336 (62.1 %)                   | 0.93 |
| Enfermedad renal crónica, n (%)                              | 103 (6.2 %)                 | 127 (23.6 %)                   | 0.00 |
| Historia tabaquismo, n (%)                                   | 1090 (64.6%)                | 514 (94.8%)                    | 0.00 |
| Fracción de eyección de Ventrículo izquierdo (%), media ± DE | 48.7 ± 12.3                 | 47.9 ± 12.0                    | 0.15 |
| Historia cardiopatía isquémica familiar, n (%)               | 730 (43.5 %)                | 158 (29.2 %)                   | 0.00 |
| Infarto previo, n (%)                                        | 310 (18.5 %)                | 115 (21.3 %)                   | 0.16 |
| Bypass coronario previo, n (%)                               | 33 (2.0 %)                  | 17 (3.2 %)                     | 0.11 |
| Intervencionismo coronario previo, n (%)                     | 428 (25.6 %)                | 176 (32.5 %)                   | 0.00 |
| <b>Indicación</b>                                            |                             |                                |      |
| Infarto no ST elevado, n (%)                                 | 431 (25.7 %)                | 160 (29.5 %)                   | 0.08 |
| Infarto con ST elevado, n (%)                                | 510 (30.4 %)                | 121 (22.3 %)                   | 0.00 |
| Otros, n (%)                                                 | 229 (13.6 %)                | 81 (14.9 %)                    | 0.45 |
| Angina Estable, n (%)                                        | 451 (26.9 %)                | 162 (29.9 %)                   | 0.17 |
| <b>Tratamiento</b>                                           |                             |                                |      |
| ACTP, n (%)                                                  | 1299 (77.4 %)               | 400 (73.8 %)                   | 0.08 |
| Cirugía, n (%)                                               | 94 (5.6 %)                  | 26 (4.8 %)                     | 0.47 |
| Conservador, n (%)                                           | 280 (16.7 %)                | 115 (21.2 %)                   | 0.02 |
| <b>Factores sociales</b>                                     |                             |                                |      |
| Otros tóxicos, n (%)                                         | 60 (3.6 %)                  | 0 (0 %)                        | 0.00 |
| Dieta sana, n (%)                                            | 871 (52.2 %)                | 186 (34.4 %)                   | 0.00 |
| Conoce Tratamiento, n (%)                                    | 1281 (92.4 %)               | 455 (85.7 %)                   | 0.00 |
| Controla su Tratamiento, n (%)                               | 1292 (93.2 %)               | 447 (83.9 %)                   | 0.00 |
| Cumple Tratamiento, n (%)                                    | 1293 (94.0 %)               | 513 (96.8 %)                   | 0.02 |
| Ocupación activa, n (%)                                      | 632 (37.9 %)                | 8 (1.5 %)                      | 0.00 |
| Vive en pareja, n (%)                                        | 1186 (71.1 %)               | 373 (69.1 %)                   | 0.36 |
| Domicilio rural, n (%)                                       | 694 (41.6 %)                | 255 (47.2 %)                   | 0.02 |
| Convivientes domicilio, n (%)                                | 231 (13.9 %)                | 86 (16.0 %)                    | 0.22 |
| Uso de Redes Sociales, n (%)                                 | 624 (37.2 %)                | 31 (5.7 %)                     | 0.00 |
| Uso de Teléfono Móvil, n (%)                                 | 1327 (79.6 %)               | 234 (43.3 %)                   | 0.00 |
| Uso de Internet, n (%)                                       | 1440 (87.4 %)               | 244 (45.8 %)                   | 0.00 |

Abreviaturas: ACTP: Angioplastia coronaria percutánea; DE: Desviación estándar

Comunicación O-18 Tabla 1



Comunicación O-18 Figura 1

jóvenes (30,4 vs. 22,3%) y los geriátricos fueron más tratados con tratamiento conservador (16,7 vs. 21,2%) (tabla). Respecto a los factores sociales se encontraron múltiples diferencias destacando el escaso acceso a internet y telefonía móvil, el menor conocimiento y control de su tratamiento y la mayor presencia de domicilio rural en pacientes geriátricos. Los pacientes jóvenes, por otra parte, presentaron mayor consumo de tóxicos y menor cumplimiento terapéutico (tabla y fig.).

**Conclusiones:** En nuestro estudio se han observado diferencias importantes entre las características basales y sociales del grupo geriátrico y el grupo joven. Estas diferencias podrían implicar un acceso más limitado a los recursos de salud actuales. Identificarlos y tratarlos podría mejorar el pronóstico de nuestros pacientes.

## O-19. EVOLUCIÓN DE LA FUNCIÓN VENTRICULAR IZQUIERDA POSIMPLANTE DE TAVI

Mikel Arrizabalaga Gil, Jon Zubiaur Zamacola, Nuria Gutiérrez Ruiz, Carlos Coroas Pascual, Adrián Margarida de Castro y José María de la Torre

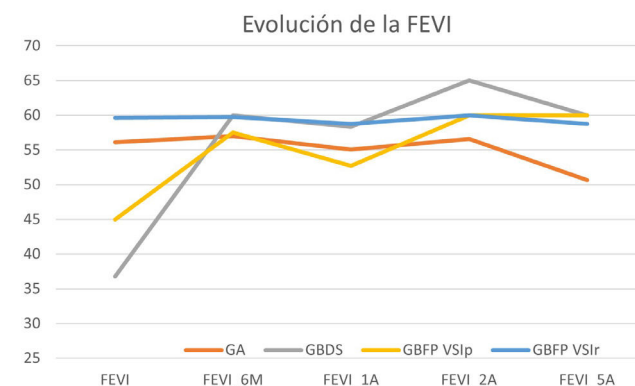
Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España.

**Introducción y objetivos:** La estenosis aórtica es la valvulopatía más prevalente en nuestro medio suponiendo una elevada morbimortalidad para los pacientes geriátricos. El implante de válvula aórtica transcatheter (TAVI) se ha establecido como primera opción en estos pacientes. La fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) es uno de los parámetros que permite valorar la evolución y el pronóstico previo y posteriormente al implante. El objetivo de este estudio es evaluar la evolución de esta en pacientes con alto y bajo gradiente.

**Métodos:** Registro prospectivo de los pacientes con implante de TAVI en nuestra región entre los años 2018 y 2022 con estenosis aórtica en rango de severidad. Se dividieron los pacientes en 4 grupos en función a sus características ecocardiográficas: Gradiente alto (GA) definido como un gradiente medio (GM) > 40 mmHg, gradiente bajo con disfunción sistólica (GBDS) GM < 40 mmHg y FEVI < 50%, gradiente bajo con FEVI preservada y volumen sistólico indexado (VSI) normal (GBFP VSIp) (> 35 mL/m<sup>2</sup>) y finalmente bajo gradiente con función preservada y VSI reducido (GBFP VSIR) (< 35 mL/m<sup>2</sup>). Se realizó un seguimiento

ecocardiográfico a los 6 meses, 1 año, 2 años, y 5 años, comparando la FEVI entre los grupos.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 291 pacientes, con una edad media de 80 años y un 46% de mujeres. Los grupos fueron: GA (n = 222) con una FEVI media del 56%, GBFP VSIR (n = 30) (FEVI 45%), GBFP VSIP (n = 25) (FEVI 59%) y GBDS (n = 14) (FEVI 36%). Existieron diferencias significativas en las características basales de los grupos (tabla). Los pacientes de alto gradiente presentaron menor prevalencia de hipertensión arterial, diabetes mellitus y enfermedad coronaria previa que el resto de los grupos. Existieron diferencias estadísticamente significativas en la FEVI basal, presentando los grupos de GA y GBFP VSIP mayor FEVI que los grupos GBDS y GBFP VSIR (p < 0,01). La FEVI en el seguimiento se igualó entre todos los grupos. Respecto a la mejoría de la FEVI, se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre FEVI basal y la FEVI a los 5 años. Por subgrupos, existieron diferencias significativas a excepción del grupo GA con el GBFP VSIP, el grupo GBDS con el GBFP VSIP y el grupo GBFP VSIP con el GBDS. El grupo que presentó mayor aumento de la FEVI fue el GBDS (23,2% ± 7,4%; p < 0,01) mientras que el grupo de pLFLG fue el que menos (-0,2% ± 8,5%; p < 0,01).



**Conclusiones:** Existieron diferencias estadísticamente significativas en la evolución de la FEVI entre grupos tras el implante de TAVI, siendo el grupo de pacientes con disfunción sistólica y gradiente bajo los que presentaron una mayor mejoría tras el implante de TAVI.

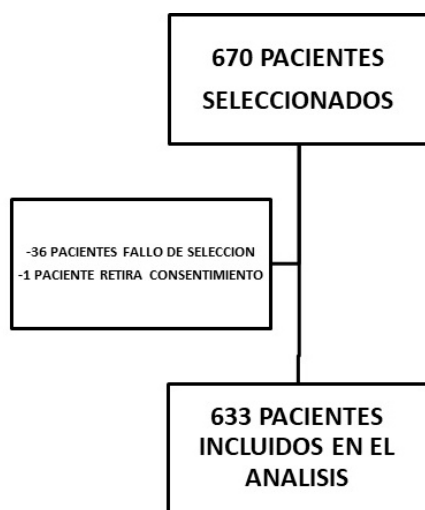
## O-20. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES INGRESADOS POR INSUFICIENCIA CARDIACA EN LOS SERVICIOS DE CARDIOLOGÍA DE HOSPITALES DE CASTILLA Y LEÓN DE ACUERDO CON SU NIVEL DE FRAGILIDAD

Pedro Perdiguerro Martín<sup>1</sup>, Juan Castro Garay<sup>1</sup>,  
Álvaro Margalejo Franco<sup>2</sup>, Rubén Hernando<sup>2</sup>,  
Ángel Pérez Rivera<sup>2</sup> y Carlos Lugo Godoy<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Nuestra Señora de Sonsoles, Ávila, España. <sup>2</sup>Servicio de Cardiología, Complejo Asistencial de Burgos, Burgos, España.

**Introducción y objetivos:** Establecer la relación de variables demográficas, de laboratorio, ecocardiografías, electrocardiográficas y clínicas de los pacientes con insuficiencia cardiaca ingresados en los diferentes centros hospitalarios de Castilla y León con su nivel de fragilidad-dependencia, basados en el índice de Charlson.

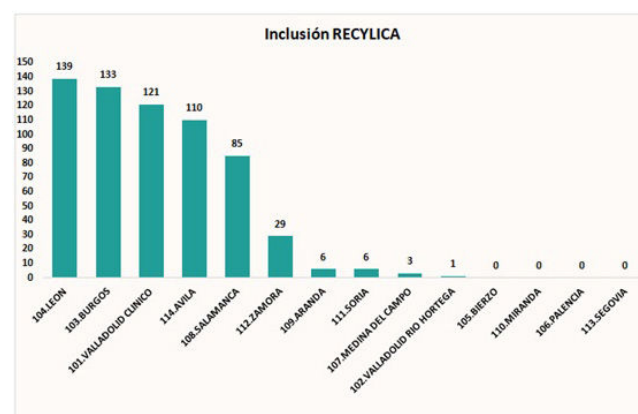
**Métodos:** Estudio retrospectivo descriptivo en el cual se analizaron los datos demográficos, variables clínicas, variables ecocardiográficas y de laboratorio de los pacientes que formaron parte del registro RECYLICA (pacientes con insuficiencia cardiaca hospitalizados en los diferentes centros hospitalarios de Castilla y León entre el periodo 2021 y 2022). Población de estudio 633 pacientes no consecutivos (excluidos 37). Para valoración de fragilidad se dividió a los grupos en pacientes con Charlson < 3 y Charlson > 3. Se utilizó análisis de chi cuadrado para valorar la relación de variables cualitativas y para las variables cuantitativas Ro Pearson.



Mapa de elección de pacientes.

**Resultados:** Promedio de edad de la población 72,8 años (66-82 años) con media de peso de 76 Kg (64-86 Kg), la mayoría de los participantes fueron varones (63%). Se observó que los pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) ingresados con mayor fragilidad presentaban de forma estadísticamente significativa, mayores recuentos de DM2, DI, HTA, ERC, tabaquismo, ictus, cáncer de cualquier tipo, presencia de valvulopatías moderadas/severas/ portadores de prótesis valvulares, números de revascularizaciones previas, presencia de FA, presencia de enfermedad vascular periférica y peores CF según escala de NYHA al ingreso, mayor prevalencia de tabaquismo ( $p < 0,001$ ) pero no de enfermedad pulmonar. En cuanto a las variables clínicas, los pacientes con mayor nivel fragilidad presentaban mayor número de

muertes hospitalarias (21 vs. 1:  $p < 0,012$ ), sin haber diferencias significativas entre los grupos dependiendo del tipo de IC (FEVI preservada vs. FEVI medianamente reducida vs. FEVI reducida). En cuanto a las variables cuantitativas, se observó que los pacientes frágiles presentaban mayores niveles de NT ProBNP al ingreso (media 59.009 mg/dl vs. 9.297 mg/dl:  $p < 0,001$ ), mayores valores de troponina T ultrasensible (52,88 ng/l vs. 101, 73 ng/l:  $p < 0,001$ ), menores niveles de HB, valores más elevados de creatinina sérica y peores valores de tasa de filtración glomerular. En cuanto a los parámetros ecocardiográficos, el único dato que demostró presentar diferencias en ambos grupos fue la existencia de mayor masa de ventrículo izquierdo ( $p < 0,015$ ), siendo el resto de diferencias no estadísticamente significativa (FEVI, SIV, PP, diámetros, volúmenes ventriculares, TAPSE, parámetros de disfunción diastólica).



Selección de pacientes de acuerdo al centro hospitalario de Castilla y León.

**Conclusiones:** Los pacientes con mayor fragilidad-dependencia (adjudicados por el índice de Charlson) que necesitaron ingreso hospitalario en los centros médicos de Castilla y León por IC presentaron mayor número de muertes hospitalarias, mayor presencia de daño miocárdico (analítico), mayores niveles de NT ProBNP al ingreso, peores clases funcionales, mayor masa de ventrículo izquierdo y mayor prevalencia de múltiples enfermedades crónicas.

## O-21. FACTORES PREDICTORES DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA EN PACIENTES ANCIANOS CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA INGRESADOS POR INSUFICIENCIA CARDIACA

Javier Montero Muñoz<sup>1</sup>, Begoña Padrones López<sup>1</sup>,  
Sara Llamas Fernández<sup>1</sup>, José Gutiérrez Rodríguez<sup>1,2</sup>  
y Eva María López Álvarez<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Área de Gestión Clínica de Geriátrica, Hospital Monte Naranco, Oviedo, Asturias, España. <sup>2</sup>Instituto de Investigación Sanitaria del Principado de Asturias, Oviedo, Asturias, España.

**Introducción y objetivos:** La insuficiencia cardiaca aguda (ICA) constituye la primera causa de hospitalización en población anciana, apareciendo en más del 50% de los pacientes mayores con enfermedad renal crónica (ERC). El objetivo del presente estudio es identificar factores predictores de mortalidad intrahospitalaria en ancianos nefrópatas ingresados por ICA en una Unidad Geriátrica de Agudos (UGA).

**Métodos:** Estudio observacional prospectivo realizado con pacientes > 80 años con ERC ingresados en una UGA por ICA

**Tabla O-20. Características demográficas, clínicas, laboratorio y ecocardiográficas de los pacientes ajustados a índice Charlson**

|                                                                  | Charlson | Media   | p       | Percentil 25 | Percentil 50 | Percentil 75 | p*      |
|------------------------------------------------------------------|----------|---------|---------|--------------|--------------|--------------|---------|
| Edad                                                             | < 3      | 67,38   | < 0,001 | 57,00        | 69,00        | 79,50        | < 0,001 |
|                                                                  | ≥ 3      | 75,05   |         | 69,00        | 76,00        | 83,00        |         |
| Peso (Kg)                                                        | < 3      | 79,59   | 0,006   | 65,00        | 78,40        | 90,00        | 0,014   |
|                                                                  | ≥ 3      | 74,58   |         | 63,60        | 73,00        | 84,00        |         |
| Talla (cm)                                                       | < 3      | 166,98  | 0,002   | 160,00       | 168,00       | 173,00       | 0,001   |
|                                                                  | ≥ 3      | 164,26  |         | 159,00       | 165,00       | 170,00       |         |
| Superficie corporal                                              | < 3      | 1,86    | 0,001   | 1,49         | 1,82         | 2,18         | 0,005   |
|                                                                  | ≥ 3      | 1,71    |         | 1,42         | 1,67         | 1,98         |         |
| IMC                                                              | < 3      | 28,48   | 0,119   | 24,09        | 27,64        | 31,77        | 0,194   |
|                                                                  | ≥ 3      | 27,60   |         | 24,03        | 26,93        | 30,10        |         |
| Escala Charlson                                                  | < 3      | 1,46    | < 0,001 | 1,00         | 1,00         | 2,00         | < 0,001 |
|                                                                  | ≥ 3      | 5,18    |         | 4,00         | 5,00         | 6,00         |         |
| FEVI previa (%)                                                  | < 3      | 49,48   | 0,876   | 35,00        | 55,00        | 60,00        | 0,510   |
|                                                                  | ≥ 3      | 49,19   |         | 38,00        | 55,00        | 60,00        |         |
| Peso al alta (Kg)                                                | < 3      | 75,81   | 0,010   | 62,00        | 74,00        | 85,00        | 0,016   |
|                                                                  | ≥ 3      | 71,25   |         | 60,90        | 70,00        | 80,00        |         |
| Anchura QRS (ms)                                                 | < 3      | 111,05  | 0,352   | 90,00        | 100,00       | 128,00       | 0,319   |
|                                                                  | ≥ 3      | 113,39  |         | 92,00        | 109,50       | 130,00       |         |
| Volumen aurícula izquierda (mL)                                  | < 3      | 93,93   | 0,111   | 66,00        | 88,00        | 113,00       | 0,126   |
|                                                                  | ≥ 3      | 104,63  |         | 70,00        | 93,40        | 121,80       |         |
| Masa ventrículo izquierdo (mg)                                   | < 3      | 214,39  | 0,003   | 160,00       | 207,00       | 260,00       | 0,015   |
|                                                                  | ≥ 3      | 184,77  |         | 144,00       | 185,90       | 230,00       |         |
| Septo Interventricular (mm)                                      | < 3      | 12,12   | 0,775   | 10,00        | 12,00        | 14,00        | 0,783   |
|                                                                  | ≥ 3      | 12,20   |         | 10,00        | 12,00        | 14,00        |         |
| E/e                                                              | < 3      | 13,73   | 0,834   | 10,00        | 12,00        | 15,00        | 0,442   |
|                                                                  | ≥ 3      | 13,91   |         | 9,88         | 13,00        | 17,25        |         |
| Volumen telediastólico (mL)                                      | < 3      | 135,27  | 0,092   | 78,00        | 129,00       | 179,00       | 0,209   |
|                                                                  | ≥ 3      | 123,97  |         | 76,00        | 115,70       | 165,50       |         |
| Volumen telesistólico (mL)                                       | < 3      | 81,68   | 0,109   | 33,00        | 64,00        | 123,00       | 0,247   |
|                                                                  | ≥ 3      | 72,14   |         | 31,00        | 60,65        | 103,80       |         |
| Fracción de eyección según Simpson (%)                           | < 3      | 42,59   | 0,676   | 26,50        | 40,15        | 58,00        | 0,710   |
|                                                                  | ≥ 3      | 43,22   |         | 30,00        | 42,70        | 57,00        |         |
| TAPSE (mm)                                                       | < 3      | 17,50   | 0,314   | 14,75        | 17,00        | 20,00        | 0,775   |
|                                                                  | ≥ 3      | 17,09   |         | 14,00        | 17,00        | 20,00        |         |
| Hemoglobina (g/dL)                                               | < 3      | 13,44   | 0,007   | 12,00        | 13,70        | 15,10        | 0,004   |
|                                                                  | ≥ 3      | 12,91   |         | 11,30        | 13,00        | 14,40        |         |
| Hematocrito (%)                                                  | < 3      | 40,61   | 0,019   | 36,00        | 41,00        | 45,10        | 0,012   |
|                                                                  | ≥ 3      | 39,19   |         | 34,80        | 39,00        | 43,10        |         |
| Glucemia (mg/dL)                                                 | < 3      | 121,39  | < 0,001 | 97,00        | 107,00       | 131,00       | < 0,001 |
|                                                                  | ≥ 3      | 139,98  |         | 102,00       | 122,00       | 159,00       |         |
| Creatinina (mg/dL)                                               | < 3      | 1,06    | < 0,001 | .84          | 1,00         | 1,18         | < 0,001 |
|                                                                  | ≥ 3      | 1,43    |         | .93          | 1,21         | 1,63         |         |
| Urea (mg/dL)                                                     | < 3      | 55,26   | < 0,001 | 39,00        | 49,00        | 64,00        | < 0,001 |
|                                                                  | ≥ 3      | 77,18   |         | 45,00        | 64,00        | 99,00        |         |
| Aclaramiento de creatinina (Cockcroft-Gault)<br>(mL/min/1,73 m²) | < 3      | 72,72   | < 0,001 | 57,59        | 69,20        | 87,45        | < 0,001 |
|                                                                  | ≥ 3      | 54,18   |         | 35,46        | 51,14        | 69,55        |         |
| Sodio (mmol/L)                                                   | < 3      | 139,33  | 0,021   | 138,00       | 140,00       | 142,00       | 0,013   |
|                                                                  | ≥ 3      | 138,50  |         | 136,00       | 139,00       | 141,00       |         |
| Potasio (mmol/L)                                                 | < 3      | 4,37    | 0,153   | 4,00         | 4,40         | 4,70         | 0,073   |
|                                                                  | ≥ 3      | 4,31    |         | 3,90         | 4,30         | 4,70         |         |
| NTproBNP (pg/ml)                                                 | < 3      | 5909,28 | < 0,001 | 2061,50      | 3849,00      | 7724,00      | < 0,001 |
|                                                                  | ≥ 3      | 9297,95 |         | 2926,00      | 5471,00      | 12587,00     |         |
| Acido úrico (mg/dL)                                              | < 3      | 7,76    | 0,234   | 6,25         | 7,20         | 8,65         | 0,013   |
|                                                                  | ≥ 3      | 8,27    |         | 6,35         | 7,90         | 9,50         |         |
| Proteína C reactiva (mg/L)                                       | < 3      | 18,55   | 0,640   | 2,00         | 5,00         | 17,00        | 0,282   |
|                                                                  | ≥ 3      | 20,13   |         | 2,00         | 6,00         | 20,20        |         |
| Troponina T (ng/L)                                               | < 3      | 52,88   | 0,006   | 15,00        | 30,00        | 50,00        | < 0,001 |
|                                                                  | ≥ 3      | 101,73  |         | 22,00        | 39,00        | 86,90        |         |
| Ferritina (ug/L)                                                 | < 3      | 215,20  | 0,132   | 80,00        | 157,00       | 257,50       | 0,249   |
|                                                                  | ≥ 3      | 266,74  |         | 60,50        | 135,00       | 274,50       |         |
| Índice de saturación transferrina (%)                            | < 3      | 18,73   | 0,838   | 11,00        | 16,00        | 24,00        | 0,789   |
|                                                                  | ≥ 3      | 18,47   |         | 10,00        | 16,00        | 24,00        |         |
| Glucemia (mg/dL)                                                 | < 3      | 109,70  | 0,092   | 87,00        | 96,50        | 110,00       | 0,001   |
|                                                                  | ≥ 3      | 115,59  |         | 91,00        | 107,00       | 127,00       |         |
| Sodio (mmol/L)                                                   | < 3      | 138,49  | 0,423   | 137,00       | 139,00       | 141,00       | 0,554   |
|                                                                  | ≥ 3      | 138,23  |         | 136,00       | 139,00       | 141,00       |         |

durante 3 meses. Se recogieron variables sociodemográficas, clínicas, funcionales y analíticas.

**Resultados:** 180 pacientes fueron incluidos, 74,4% mujeres, edad media  $90,7 \pm 4,1$  años. El 26,1% estaba institucionalizado. El I. Barthel previo fue de  $61,9 \pm 31,2$  y el I. Lawton de  $1,9 \pm 1,9$ . El 23,9% tenía demencia. El 85% presentaba fragilidad. Comorbilidades: HTA (90%), ICC (84,4%), FA (66,1%), DL (58,3%), con índice de Charlson  $3,1 \pm 1,8$ . El FGCKD-EPI basal fue  $38,3 \pm 11$  mL/min/1,73 m<sup>2</sup> (G3b 40%, G3a 33,3%, G4 25,6%, G5 1,1%). La polifarmacia (> 5 fármacos) fue del 90,6%, y un 18,6% estaba desnutrido. Las principales causas de descompensación fueron infección respiratoria (62,8%) e ITU (13,3%). Un 49,4% presentó agudización de su ERC. La estancia fue de  $10,7 \pm 5,8$  días y la mortalidad un 16,7%. Se observó una asociación entre mortalidad y: edad ( $+1,69$  [0,1-3,29];  $p = 0,037$ ), Barthel ( $-12,23$  [-24,44 a -0,03];  $p = 0,049$ ), Lawton ( $-0,98$  [-1,52 a -0,45];  $p < 0,001$ ), fragilidad (OR 13,58 [0,81-229];  $p = 0,009$ ), polifarmacia (OR 0,24 [0,08-0,68];  $p = 0,01$ ), desnutrición (OR 2,86 [1,13-7,23];  $p = 0,022$ ), y ERC agudizada (OR 4,18 [1,69-10,34];  $p = 0,001$ ). Al ajustar por el resto de variables significativas, únicamente ERC agudizada (OR 5,66 [1,74-18,41];  $p = 0,004$ ) y desnutrición (OR 4,14 [1,14-15,1];  $p = 0,031$ ) fueron factores predictores de mortalidad.

**Conclusiones:** La agudización de la ERC se asoció de forma independiente a mayor mortalidad, pudiendo reflejar una mayor complejidad clínica (dificultad en titulación de dosis diurética, posible síndrome cardiorrenal, etc.). La influencia de la desnutrición resalta la importancia de priorizar una intervención nutricional en este subgrupo de pacientes para mejorar el pronóstico de las ICA.

## O-22. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES NONAGENARIOS SOMETIDOS A REEMPLAZO VALVULAR AÓRTICO PERCUTÁNEO

Jose Antonio Panera de la Mano<sup>1</sup>, César Jiménez-Méndez<sup>1</sup>, Carlos García Bandrés<sup>2</sup>, Anca Diaconu<sup>3</sup>, Livia Gheorghe<sup>1</sup> y Rafael Vázquez García<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz. <sup>2</sup>Facultad de Ciencias, Universidad de Salamanca, Salamanca, España. <sup>3</sup>Grigore T. Popa University of Medicine and Pharmacy, Iasi, Romania.

**Introducción y objetivos:** La estenosis aórtica es la valvulopatía más frecuente cuya prevalencia está en aumento por el incremento de la esperanza de vida. Los pacientes nonagenarios son un grupo creciente entre los candidatos a implante percutáneo de prótesis aórtica (TAVI). Nuestro objetivo fue analizar las características basales de esta población en nuestro centro.

**Métodos:** Estudio descriptivo, unicéntrico que incluyó a los pacientes sometidos a TAVI. Se seleccionaron aquellos pacientes  $\geq 90$  años. Se recopilaron variables clínicas y ecocardiográficas. Para el análisis estadístico se utilizó el IBM SPSS Statistics 25.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 33 pacientes (edad media 92 años, 39% mujeres). Las principales características se recogen en la tabla. El 78% de los pacientes eran hipertensos, el 33% diabéticos. La presentación clínica más frecuente fue disnea 85%, 9% síncope y un 36% angina. El 24% de los pacientes tenían alteraciones electrocardiográficas previas al implante, más frecuentemente bloqueo de rama izquierda. En el ecocardiograma, la fracción del ventrículo izquierdo media fue del  $58\% \pm 11,4$ , el área valvular aórtico medio fue  $0,67 \text{ cm}^2 \pm 0,2$ . El 63% presentaban insuficiencia aórtica y un 34% de los pacientes presentaban hipertensión pulmonar significativa.

| Variables                                 | N (porcentaje media)        |
|-------------------------------------------|-----------------------------|
| Mujeres                                   | 20 (39%)                    |
| Edad                                      | $92,1 \pm 3$ años           |
| Hipertensos                               | 26 (78%)                    |
| Diabéticos                                | 11 (33%)                    |
| Dislipémicos                              | 23 (69%)                    |
| Disnea                                    | 28 (85%)                    |
| Angina                                    | 12 (36%)                    |
| Síncope                                   | 3 (9%)                      |
| Fracción de eyección ventrículo izquierdo | $58 \pm 11,4\%$             |
| Área valvular aórtica                     | $0,67 \pm 0,2 \text{ cm}^2$ |
| Hipertensión pulmonar                     | 11 (34%)                    |
| Alteraciones en el electrocardiograma     | 12 (37%)                    |

**Conclusiones:** Los pacientes nonagenarios sometidos a TAVI tienen frecuentemente otras comorbilidades asociadas, a destacar una alta prevalencia de trastornos electrocardiográficos previos o hipertensión pulmonar significativa.

## O-23. MANEJO DEL PACIENTE MAYOR CON EAO GRAVE Y NECESIDAD DE CIRUGÍA NO CARDIACA POR NEOPLASIA COLORRECTAL: ¿PRIMERO TAVI O CIRUGÍA?

Paula Aldama Marín<sup>1</sup>, Nicolás M. González-Senac<sup>1,2</sup>, Paula Lavandera Verdadera<sup>1</sup>, Jose Antonio Serra-Rexach<sup>1-4</sup> y Maite Vidán Astiz<sup>1-4</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Geriatria, Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid. <sup>2</sup>Instituto de Investigación Sanitaria, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España. <sup>3</sup>Centro de Investigación Biomédica en Red: Fragilidad y Envejecimiento Saludable (CIBERFES), Madrid, España. <sup>4</sup>Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España.

**Introducción y objetivos:** El riesgo cardiaco en pacientes con estenosis aórtica grave (EAO) sometidos a cirugía no cardiaca ha disminuido por avances anestésicos y quirúrgicos. La cirugía por cáncer colorrectal (CCR) es preferente (por malignidad y riesgo a desarrollar complicaciones) y de riesgo intermedio para complicaciones cardiovasculares. Se propone la revisión de cuatro casos de pacientes mayores con EAO y CCR y el análisis del proceso de toma de decisiones en cuanto al orden de los procedimientos terapéuticos (reemplazo valvular vs. cirugía abdominal).

**Métodos:** Serie de casos de pacientes con EAO y CCR por indicación quirúrgica. Valoración del riesgo prequirúrgico, análisis del proceso de toma de decisiones, del posoperatorio y reflexión sobre las complicaciones derivadas de los procedimientos. Comparación de lo realizado con las recomendaciones de las guías actuales.

**Resultados:** Caso 1. Varón 76 años, independiente para las actividades básicas de la vida diaria (IABVD). EAO paucisintomática, gradiente máximo (GradMax) 73 mmHg, arterias femorales (AFem) no favorables. Diagnóstico CCR sin anemia. Realizada TAVI transapical, con posoperatorio complejo que requiere intervención quirúrgica urgente sobre CCR. Caso 2. Varón 86 años, IABVD. EAO sintomática, GradMax 64 mmHg, AFem no favorables. Insuficiencia mitral moderada y enfermedad grave de dos vasos. Diagnóstico de CCR con anemia. Manejo conservador de valvulopatías y percutáneo de lesiones coronarias. Hemicolectomía derecha laparoscópica programada, sin complicaciones perioperatorias. Caso 3. Varón 94 años, IABVD. EAO sintomática, GradMax 82 mmHg, ArtFem favorables (trombo flotante en aorta torácica descendente). Diagnóstico de adenoma granular con anemia. Manejo conservador de ambas patologías. Caso 4. Mujer 96 años, dependencia funcional leve. EAO asintomática, GradMax 59 mmHg, anatomía favorable. Diag-

nóstico de CCR con anemia. Realizada valvuloplastia, requiriendo hospitalización al mes y produciéndose fallecimiento.

**Conclusiones:** Aunque la EAo aumenta el riesgo quirúrgico, una sistemática evaluación geriátrica en pacientes mayores con CCR y EAo es imperativa para la adecuada toma de decisiones.

## O-24. INFLUENCIA DEL INGRESO HOSPITALARIO EN LA MORTALIDAD PRECOZ EN PACIENTES ANCIANOS TRAS UN EPISODIO DE ICA ATENDIDOS EN SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS

Inés Martínez Salgado<sup>1</sup>, Francisco Javier Martín Sánchez<sup>2</sup>, Javier Jacob<sup>3</sup>, Víctor Gil<sup>4</sup>, Óscar Miró<sup>4</sup> y Pablo Herrero Puente<sup>1,5</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Urgencias, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España. <sup>2</sup>Servicio de Urgencias, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España. <sup>3</sup>Servicio de Urgencias, Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona, España. <sup>4</sup>Servicio de Urgencias, Hospital Clinic, Barcelona, España. <sup>5</sup>Instituto de Investigación Sanitaria del Principado de Asturias (ISPA), Oviedo, España.

**Introducción y objetivos:** La insuficiencia cardiaca aguda (ICA), afecta a más del 9% de los pacientes ancianos, en estos pacientes la mortalidad y el ingreso suele ser mayor. Objetivo: identificar las variables asociadas al ingreso hospitalario en pacientes ancianos con una descompensación de ICA e determinar su influencia en la mortalidad a 30 días.

**Métodos:** Estudio observacional, prospectivo y multicéntrico de pacientes con ICA, definida según las guías vigentes de IC de la SEC, atendidos en SUH con una edad igual o superior a 80 años. Variables: mortalidad a 30 días, edad y sexo, factores de riesgo, índice de Barthel (IB), grado funcional basal para disnea NYHA, pruebas de laboratorio, tratamiento previo y destino del paciente: grupo ingreso (GI) y grupo alta (GA). Análisis estadístico: comparación de proporciones mediante ji-cuadrado, de medias por t-Student y análisis de supervivencia mediante regresión de Cox y emparejamiento mediante un Propensity Score (PS).

**Resultados:** Se incluyeron 11.004 pacientes, GI 8.424 (76,6%) y GA 2.572 (23,4%). Los pacientes GI son mayores (87 (4,5) vs. 86,25 (4,28) años;  $p < 0,001$ ), tienen más DM ( $p = 0,005$ ), más insuficiencia renal ( $p < 0,001$ ), más ACV ( $p = 0,002$ ), más demencia ( $p < 0,001$ ), más ICC previa ( $p = 0,001$ ), peor grado funcional de la NYHA y mayor dependencia funcional ( $p < 0,001$ ) y mayor mortalidad a 30 días (11,5 vs. 4,2;  $p < 0,001$ ). En los datos emparejados por el PS, se obtienen 994 pacientes en el GI y 998 en el GA y la mortalidad es mayor en el GI 11 vs. 6,3%,  $p < 0,001$ .

**Conclusiones:** Los pacientes mayores de 80 años con ICA que son dados de alta presentan una menor mortalidad a 30 días, en relación a las diferencias entre los dos grupos. Tras el emparejamiento esta menor mortalidad se mantiene. Habría que analizar otras variables, no estudiadas, de fragilidad o del ingreso, que justifiquen estos resultados.

## O-25. ¿DE QUÉ HABLAMOS CUANDO HABLAMOS DE FRAGILIDAD?

Laura Samaniego Vega<sup>1</sup>, Patricia Victoria Cancelo Reyero<sup>1</sup>, Pablo Solla Suárez<sup>1</sup>, Eva María López Álvarez<sup>1,2</sup>, José Gutiérrez Rodríguez<sup>1,2</sup> y Ana Sanz González<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>AGC Geriatria, Hospital Monte Naranco, Oviedo, España. <sup>2</sup>Instituto de Investigación Sanitaria del Principado de Asturias (ISPA), Oviedo, España.

**Introducción y objetivos:** En los últimos años se ha establecido que la toma de decisiones en pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) se realice en base a la evaluación de la fragilidad.

Sin embargo, las escalas de valoración de fragilidad pueden tener efecto suelo y no discriminar entre pacientes muy frágiles y pacientes dependientes. El objetivo del presente estudio es analizar si el estrato de fragilidad del SPPB puede incluir pacientes heterogéneos desde el punto de vista funcional.

**Métodos:** Estudio epidemiológico prospectivo que incluye pacientes mayores frágiles (SPPB  $\leq 6$ ) ingresados por IC y estratificados en 3 cortes: SPPB 5-6 (grupo 1), SPPB 3-4 (grupo 2), SPPB  $\leq 2$  (grupo 3).

**Resultados:** Se incluyen 193 pacientes (6,4% mujeres,  $90 \pm 3,8$  años) estratificados en 17,1% grupo 1, 21,2% grupo 2 y 61,7% grupo 3. Respecto a las variables estudiadas presentaron diferencias significativas ( $p < 0,05$ ): índice de Barthel (IB) mes previo ( $88,9 \pm 12,4$  grupo 1 vs.  $80,6 \pm 16,9$  grupo 2 vs.  $55,7 \pm 29,9$  grupo 3), IB ingreso ( $72,9 \pm 17,4$  vs.  $55,5 \pm 20,3$  vs.  $36,3 \pm 25$ ), Lawton ( $3,5 \pm 2,4$  vs.  $2,1 \pm 1,8$  vs.  $1,1 \pm 1,6$ ), Fried ( $2,4 \pm 1,2$  vs.  $2,6 \pm 0,9$  vs.  $3 \pm 1$ ), Pfeiffer ( $1,9 \pm 2$  vs.  $3,2 \pm 2,1$  vs.  $4,9 \pm 2,8$ ) y albúmina ( $38,3 \pm 4$  vs.  $36,9 \pm 4,1$  vs.  $35,6 \pm 4,2$ ). También se encontró asociación entre el grado de fragilidad y la prevalencia de demencia (3 vs. 7,3 vs. 23,5%), disfagia (12,5 vs. 20 vs. 50,4%) y la mortalidad durante el ingreso (3 vs. 2,4 vs. 14,3%).

**Conclusiones:** Los pacientes mayores frágiles son un grupo heterogéneo de pacientes. Los estratos de mayor fragilidad incluyen pacientes con peor situación funcional y cognitiva previa, mayores tasas de discapacidad, mayor prevalencia de disfagia y mayores tasas de mortalidad. La toma de decisiones en pacientes mayores con IC no debe basarse sólo en la valoración de la fragilidad, es preciso incluir la evaluación de situaciones de dependencia funcional.

## O-26. PREVALENCIA DE TRASTORNOS ARRÍTMICOS EN PACIENTES CON AMILOIDOSIS CARDIACA POR TRANSTIRRETINA A SEGUIMIENTO EN UNA UNIDAD DE CARDIOGERIATRÍA

Cristina Helguera Amezua<sup>1</sup>, Ana Ayesta López<sup>1</sup>, Pablo Enrique Solla Suárez<sup>2</sup>, Alberto Alén Andrés<sup>1</sup>, Laura Ester Trujillo Torres<sup>2</sup> y Eva María López Álvarez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España. <sup>2</sup>Servicio Geriatria, Hospital Monte Naranco, Oviedo, España.

**Introducción y objetivos:** Las complicaciones arritmicas son frecuentes en la amiloidosis cardiaca (AC). En muchos casos existe enfermedad del nodo auriculoventricular o del sistema infrahisiano, lo que implica un aumento del riesgo de desarrollo de trastornos avanzados de la conducción e indicación de estimulación ventricular. El objetivo de nuestro estudio es evaluar la prevalencia real de trastornos del ritmo y de la conducción, así como la proporción de pacientes que precisan de marcapasos por trastornos avanzados de la conducción en pacientes mayores con AC por transtirretina (ATTR).

**Métodos:** Estudio retrospectivo descriptivo unicéntrico de pacientes con ATTR atendidos en una unidad de cardiogeriatría desde enero 2022 hasta enero 2023.

**Resultados:** Se incluyeron 10 pacientes, con una edad media al diagnóstico de 88 años. El tipo de arritmia más frecuente fueron las supraventriculares (100%). La fibrilación auricular fue la más prevalente (80%) seguida del flutter auricular (20%). La mayoría de los pacientes (90%) presentaban algún tipo de trastorno de la conducción asociado, los más comunes el hemibloqueo anterior y posterior izquierdos del haz de His (HH) (40%), seguido de bloqueos completos de rama izquierda (30%) y de rama derecha del HH (10%), y menos frecuentemente bloqueos auriculoventriculares (10%), ninguno de alto grado. En todos los casos se optó por estrategia de control de frecuencia como manejo de las taquiarritmias supraventriculares, de los

cuales se inició tratamiento farmacológico en el 60%, todos ellos con betabloqueante. Ningún paciente presentó progresión de los trastornos de la conducción ni precisó implante de marcapasos durante el seguimiento.

**Conclusiones:** La prevalencia de complicaciones arrítmicas en los pacientes mayores con ATTR es elevada, siendo la FA la arritmia más frecuente. El fármaco más empleado para el control de frecuencia fueron los betabloqueantes que a pesar de los resultados heterogéneos en las distintas series publicadas, en nuestra experiencia ha sido un fármaco seguro. Destacando que ninguno de estos pacientes precisó durante la evolución de implante de marcapasos.

## O-27. NIVELES DE TROPONINA T Y NT-PROBNP EN EL SEGUIMIENTO AMBULATORIO DE LAS CARDIOPATÍAS. ¿CUÁL ES EL VALOR REAL DE NORMALIDAD?

Ariana Álvarez Acedo, Sara Martínez de Miguel, Nahikari Salterain González y Juan José Gavira Gómez

Departamento de Cardiología, Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, España.

**Introducción y objetivos:** La prevalencia de las cardiopatías en la población general ha ido incrementándose según aumenta la esperanza de vida. Los puntos de corte de los biomarcadores cardiacos utilizados en la práctica clínica en contexto ambulatorio (pacientes estables) no están del todo bien definidos. **Objetivos:** analizar los biomarcadores cardiacos, troponina T y péptido natriurético (NT-pro-BNP), en las principales causas de cardiopatía: miocardiopatía dilatada (MCD), hipertrófica (MCH), restrictiva por amiloidosis (TTR), cardiopatía isquémica (CI) y valvulopatía aórtica (EA), así como estudiar si existen diferencias respecto a los puntos de corte de normalidad establecidos para la población general (troponina T < 13 ng/L, NT-proBNP < 300 pg/mL).

Tabla 1. Valores de las variables de la población seleccionada.

| Variables                                | Sujetos (N = 147)   |
|------------------------------------------|---------------------|
| <b>Variables demográficas y clínicas</b> |                     |
| Edad (años)                              | 75 ± 12             |
| Varón (%)                                | 75                  |
| Mujer (%)                                | 25                  |
| FA/Flutter (%)                           | 50,3                |
| <b>Marcadores cardiacos</b>              |                     |
| NT-proBNP (pg/mL)                        | 2021 ± (14 - 12347) |
| TP (ng/L)                                | 71.8 ± (0 - 1876)   |
| <b>Función renal</b>                     |                     |
| Cr (mg/dL)                               | 1.4 ± (0 - 37)      |
| Urea (mg/dL)                             | 52.8 ± (17 - 247)   |
| MDRD (ml/min/1.73m <sup>2</sup> )        | 51.3 ± (17 - 245)   |
| <b>Parámetros ecocardiográficos</b>      |                     |
| FEVI (%)                                 | 56 ± (18 - 84)      |
| SIV (mm)                                 | 12.4 ± (5 - 27)     |
| VolAI index (ml/m <sup>2</sup> )         | 39 ± (13 - 103)     |
| APAI (mm)                                | 43.6 ± (5 - 65)     |

\*Las variables demográficas se expresan de la siguiente forma: edad (media ± desviación estándar) y sexo (% de varones y % de mujeres). FA/Flutter: Fibrilación auricular/flutter auricular expresado como % de sujetos que la padecen. Las variables cuantitativas se expresan como: media ± (valor mínimo a valor máximo). Pro-BNP: péptido natriurético; TP: troponina; Cr: creatinina; MDRD: filtrado glomerular; FEVI: Fracción de eyección del ventrículo izquierdo; SIV: septo interventricular; Vol AI index: volumen indexado de aurícula izquierda; APAI: diámetro anteroposterior de aurícula izquierda.

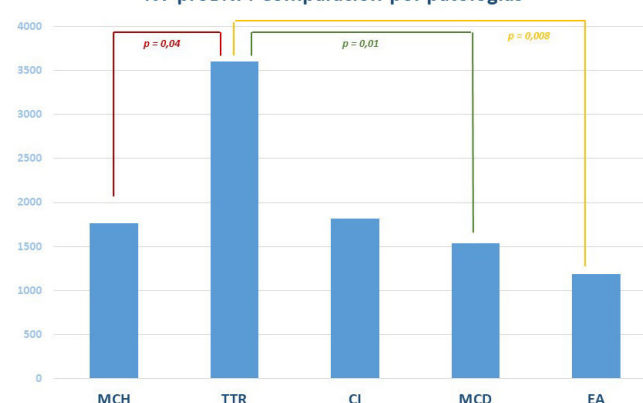
**Métodos:** Estudio retrospectivo. Se recogieron los valores de NT-proBNP y troponina T en pacientes ambulatorios y se ajustaron por diferentes variables: fibrilación auricular, función renal, parámetros ecocardiográficos (función ventricular, diámetro anteroposterior de la aurícula izquierda (AI), volumen indexado de AI) y grado funcional de la NYHA. Calculamos el valor medio de ambos biomarcadores para cada patología y analizamos si existían diferencias significativas entre éstas y la población general.

Tabla 2. Resultados según patología.

| Variables                                | MCH (N = 30)       | TTR (N = 30)         | CI (N = 30)          | MCD (N = 30)       | EA (N = 27)         |
|------------------------------------------|--------------------|----------------------|----------------------|--------------------|---------------------|
| <b>Variables demográficas y clínicas</b> |                    |                      |                      |                    |                     |
| Edad (años)                              | 70 ± 13            | 82 ± 7               | 73 ± 12              | 72 ± 13            | 78 ± 6              |
| Varón (%)                                | 54                 | 96                   | 83                   | 80                 | 60                  |
| Mujer (%)                                | 46                 | 4                    | 17                   | 20                 | 40                  |
| FA/Flutter                               | 36.7               | 80                   | 46.7                 | 53.3               | 33.3                |
| <b>Biomarcadores cardiacos</b>           |                    |                      |                      |                    |                     |
| NT-proBNP (pg/mL)                        | 1764 ± (89 - 9727) | 3606 ± (678 - 10770) | 1813 ± (121 - 12347) | 1538 ± (14 - 9964) | 1185 ± (101 - 5090) |
| TP (ng/L)                                | 72.5 ± (6 - 836)   | 145.5 ± (17 - 1876)  | 40.8 ± (0 - 281)     | 26.7 ± (14 - 56)   | 35.8 ± (16 - 95)    |
| <b>Función renal</b>                     |                    |                      |                      |                    |                     |
| Cr (mg/dL)                               | 1 ± (0.5 - 2)      | 1.4 ± (1 - 3.7)      | 1.1 ± (1 - 2)        | 1.1 ± (1 - 2)      | 1.5 ± (1 - 2)       |
| Urea (mg/dL)                             | 49 ± (25 - 111)    | 67 ± (17 - 247)      | 52 ± (29 - 83)       | 48 ± (26 - 93)     | 45 ± (20 - 81)      |
| MDRD (ml/min/1.73m <sup>2</sup> )        | 47 ± (33 - 60)     | 58 ± (17 - 245)      | 52 ± (37 - 73)       | 50 ± (38 - 60)     | 42 ± (29 - 57)      |
| <b>Parámetros ecocardiográficos</b>      |                    |                      |                      |                    |                     |
| FEVI (%)                                 | 67 ± (51 - 82)     | 53 ± (20 - 81)       | 43 ± (18 - 70)       | 51 ± (25 - 78)     | 64 ± (30 - 84)      |
| SIV (mm)                                 | 14 ± (6 - 24)      | 17 ± (10 - 27)       | 8 ± (5 - 14)         | 10 ± (6 - 15)      | 11 ± (8 - 17)       |
| VolAI index (ml/m <sup>2</sup> )         | 39 ± (18 - 103)    | 45 ± (23 - 70)       | 37 ± (14 - 73)       | 39 ± (24 - 62)     | 35 ± (13 - 91)      |
| APAI (mm)                                | 43 ± (30 - 65)     | 44 ± (5 - 62)        | 44 ± (29 - 60)       | 42 ± (24 - 62)     | 42 ± (19 - 58)      |

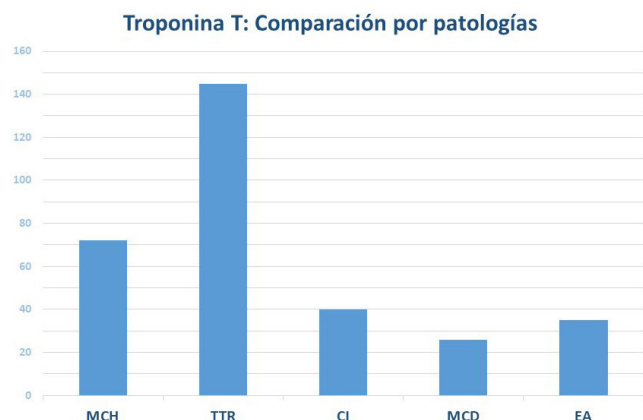
\*Las variables demográficas se expresan de la siguiente forma: edad (media ± desviación estándar) y sexo (% de varones y % de mujeres). FA/Flutter: fibrilación auricular/flutter auricular expresado en % de pacientes que la padecen. Las variables cuantitativas se expresan como: media ± (valor mínimo a valor máximo). MCH: miocardiopatía hipertrófica; TTR: Miocardiopatía por depósito de transtirretina; CI: cardiopatía isquémica. MCD: miocardiopatía dilatada no isquémica; EA: estenosis aórtica; edad; sexo; NT-proBNP: péptido natriurético; TP: troponina; Cr: creatinina; urea; MDRD: filtrado glomerular; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo. SIV: septo interventricular; Vol AI index: volumen de aurícula izquierda indexado; APAI: diámetro anteroposterior de aurícula izquierda.

NT-proBNP: Comparación por patologías



Media del valor NT-ProBNP según la cardiopatía y diferencias estadísticamente significativas en la comparación entre grupos. MCH: miocardiopatía hipertrófica; TTR: miocardiopatía por depósito de transtirretina; CI: cardiopatía isquémica; MCD: miocardiopatía dilatada no isquémica; EA: estenosis aórtica.

**Resultados:** Se seleccionaron 147 pacientes con una edad media de  $75 \pm 12$  años, de los cuales 110 eran varones (tabla 1). El grupo TTR presentó niveles de NT-proBNP y edad media significativamente mayores al resto de cardiopatías. La troponina T también fue mayor en el grupo TTR, aunque no se hallaron diferencias estadísticamente significativas (tabla 2). Además, los pacientes de este grupo presentaban peor grado funcional de la NYHA en comparación con el resto. Otros resultados se muestran en las figuras.



Medida del valor troponina T en función de la cardiopatía. MCH: miocardiopatía hipertrófica; TTR: miocardiopatía por depósito de transtirretina; CI: cardiopatía isquémica; MCD: miocardiopatía dilatada no isquémica; EA: estenosis aórtica.

**Conclusiones:** Los valores basales de biomarcadores cardiacos de la población estudiada resultaron superiores a los de la población general, con diferencias según la cardiopatía subyacente. Sin embargo, son necesarios estudios con mayor tamaño muestral que permitan establecer puntos de corte específicos para cada cardiopatía.

## O-28. BÚSQUEDA DE FACTORES ASOCIADOS A MORTALIDAD E ICTUS EN EL PERÍODO INMEDIATO AL REEMPLAZO VALVULAR EN PACIENTES MAYORES CON ESTENOSIS AÓRTICA GRAVE

Áurea Álvarez<sup>1</sup>, Marta Encuentra<sup>1</sup>, Carmen Moreno<sup>1</sup>, José Gutiérrez<sup>1,2</sup>, Pablo Solla<sup>1,2</sup> y Eva López<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Área de Gestión Clínica de Geriátría, Servicio de Geriátría, Hospital Universitario Monte Naranco, Oviedo, España. <sup>2</sup>Instituto de Investigación Sanitaria del Principado de Asturias, Oviedo, España.

**Introducción y objetivos:** Mortalidad e ictus son complicaciones graves del reemplazo valvular aórtico (RVA) en mayores. Objetivo: estudiar su incidencia y factores asociados.

**Métodos:** Estudio observacional, incluyendo pacientes > 75 años atendidos en consulta de Geriátría previa a un RVA electivo (mayo/2018-mayo/2020). Variables demográficas, cardiológicas y de Valoración Geriátrica Integral. Tipo RVA, mortalidad e incidencia de ictus en el período inmediato al mismo.

**Resultados:** Valorados 300 pacientes, 226 (75,3%) sometidos a RVA [156 (52%) mediante TAVI, 70 (23,3%) mediante cirugía]. Edad:  $84,0 \pm 4,0$ , mujeres: 61,2%. FEVip: 81,3%. EuroSCORE-II:  $3,7 \pm 3,1$ . HTA: 77,0%; DL: 55,3%; FA: 33,3%; IC: 29,3%, anemia: 28,7%. SPPB:  $8,5 \pm 2,4$  (frágiles: 18,3%); Barthel:  $93,20 \pm 11,3$  (IABVD: 73,7%). MMSE:  $26,7 \pm 3,4$  (deterioro cognitivo: 12,7%), MNA-SF:  $11,7 \pm 1,8$  (riesgo desnutrición: 36,3%). Hemoglobina:

$12,7 \pm 1,9$  g/dL, albúmina:  $43,4 \pm 3,6$  g/L, creatinina:  $1,1 \pm 0,6$  mg/dL. De los sometidos a RVA, 13 fallecieron (5,8%) y 7 padecieron ictus incapacitante (3,1%). Mayor prevalencia de anemia previa en los que sufrieron ictus (71,4 vs. 26,0%,  $p = 0,018$ ); y mayor edad en los fallecidos ( $86,3 \pm 3,9$  vs.  $83,2 \pm 2,7$  años,  $p = 0,005$ ). Mortalidad 7,1% en TAVI vs. 2,9% cirugía ( $p = 0,354$ ); ictus en TAVI 2,6 vs. 4,3% cirugía ( $p = 0,680$ ). Con respecto a la supervivencia e incidencia de ictus tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas ( $p > 0,05$ ) en el resto de variables estudiadas.

**Conclusiones:** En esta muestra de mayores con estenosis aórtica grave sometidos a RVA la incidencia de ictus fue 3,1% y la mortalidad 5,8%. Los pacientes que sufrieron ictus tenían mayor prevalencia de anemia previa y los fallecidos mayor edad.

## O-29. PREVALENCIA DE DESNUTRICIÓN Y CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES EN FUNCIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL EN PACIENTES MUY MAYORES EN INSUFICIENCIA CARDIACA

Laura Trujillo<sup>1</sup>, Ana Ayesta<sup>2</sup>, Alberto Alen<sup>2</sup>, Cristina Helguera<sup>2</sup>, Pablo Solla<sup>1</sup> y Eva López<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Área de Gestión Clínica de Geriátría, Servicio de Geriátría, Hospital Universitario Monte Naranco, Oviedo, España. <sup>2</sup>Área del Corazón, Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España.

**Introducción y objetivos:** La desnutrición puede condicionar resultados desfavorables de salud en los pacientes que padecen insuficiencia cardiaca (IC). El objetivo de este trabajo es estudiar el estado nutricional, específicamente en pacientes muy mayores con IC y las características diferenciales de los pacientes que presentan desnutrición.

**Métodos:** Estudio prospectivo, incluyendo pacientes mayores valorados en una Unidad de Multidisciplinar de Cardiogeriatría. Se recopilaron variables demográficas, cardiológicas y de la Valoración Geriátrica Integral. En la valoración nutricional se estudió el estado nutricional mediante el Mini-Nutritional Assessment Short-Form (MNA-SF), considerándose un estado nutricional en rango normal con puntuaciones [14-11], de riesgo de malnutrición con puntuaciones [10-8] y de desnutrición con puntuaciones [7-0]. Se estudió la variable desnutrición (sí [7-0]/no [14-8]) mediante un análisis estadístico univariante frente al resto de variables documentadas.

**Resultados:**  $n = 34$ , edad  $87,1 \pm 3,7$ , el 55,9% varones. SPPB:  $5,9 \pm 2,6$  (frágiles: 50%); con índice Barthel  $85,8 \pm 16,6$  (independientes para actividades básicas de la vida diaria 32,4%). FEVI preservada: 29,4%. NT-ProBNP:  $10.148,6 \pm 14.260,5$  pg/mL; albúmina  $41,9 \pm 3,1$  g/L (0% de pacientes con hipoalbuminemia -valores < 35-) y creatinina  $1,4 \pm 0,6$  mg/dL. HTA: 76,5%; DM: 44%, DL: 35,3%, FA: 67,6%; anemia: 58,8%, ERC: 55,9%; cáncer: 26,5%. MNA-SF  $10,2 \pm 2,9$ . Estado nutricional normal: 35,3% (12 pacientes), en rango de riesgo de desnutrición 47,1% (16 pacientes) y de desnutrición 17,6% (6 pacientes). Los pacientes desnutridos mostraron menores niveles de NT-ProBNP  $2.782,6 \pm 2.372,9$  vs.  $12.157,5 \pm 15.504,7$  pg/mL y de creatinina  $0,9 \pm 0,2$  vs.  $1,4 \pm 0,6$  mg/dL. No se encontraron diferencias significativas en función de la edad, sexo, estado funcional, la FEVI, ni los niveles de albúmina ( $p > 0,05$ ).

**Conclusiones:** Los pacientes muy mayores con IC de nuestra muestra presentaron una prevalencia de desnutrición del 17,6% según el MNA-SF. No se detectaron pacientes con hipoalbuminemia. Los pacientes desnutridos presentaron niveles inferiores de NT-ProBNP y creatinina.

### O-30. DESENTAÑANDO EL VÍNCULO FRAGILIDAD Y FIBRILACIÓN AURICULAR. ESTUDIO DE LAS IMPLICACIONES EN EL PRONÓSTICO DE LA POBLACIÓN MAYOR

Natalie Burgos Bencosme<sup>1</sup>, Lucía Antuña Montes<sup>1</sup>, Patricia Cancelo Reyero<sup>1</sup>, Laura Samaniego Vega<sup>1</sup>, José Gutiérrez Rodríguez<sup>1,2</sup> y Jorge Eduardo Herrera Parra<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Área de Gestión Clínica de Geriátrica, Hospital Monte Naranco, Oviedo, Asturias, España. <sup>2</sup>Instituto de Investigación Sanitaria del Principado de Asturias, Oviedo, Asturias, España.

**Introducción y objetivos:** La fragilidad es muy prevalente en pacientes mayores con fibrilación auricular (FA) y condiciona mayor morbilidad y mortalidad. Pese a ello, no suele evaluarse antes de la toma de decisiones clínicas. Nuestro objetivo es estudiar la prevalencia de fragilidad en pacientes mayores con FA y analizar los factores de riesgo asociados y el impacto sobre estancia media, reingresos y mortalidad.

**Métodos:** Estudio observacional prospectivo. 200 pacientes frágiles  $\geq 82$  años con FA ingresados entre 2019-2021. Variables: demográficas, funcional según Índice de Barthel (IB), fragilidad (SPPB), tratamiento anticoagulante (ACO), reingresos y mortalidad al año de seguimiento. Análisis estadístico: chi-cuadrado, t-Student, U ANOVA y Kaplan-Meier con significación  $p < 0,05$ . Estratificación de fragilidad: prefrágil (SPPB 7-9 puntos), frágil (4-6) y fragilidad extrema o dependencia (0-3).

**Resultados:** El 66,5% mujeres (edad media  $89,60 \pm 3,82$ , IB previo  $62,30 \pm 27,99$ , deterioro cognitivo grave (DC) 12%. Destacaban: hipertensión arterial (87,3%), cardiopatía hipertensiva (44,3%), ictus (32,3%). El 8,1% eran pacientes prefrágiles, 57,6% frágiles y 34,3% con fragilidad extrema o dependiente. Al analizar las variables por subgrupos que pudieran asociarse a fragilidad (prefrágiles, frágiles y fragilidad extrema) se observaron diferencias significativas: dependencia moderada/severa IB  $\leq 60$  (2,5 vs. 15 vs. 21%,  $p < 0,001$ ), DC leve (2,5 vs. 6 vs. 8,5%,  $p < 0,05$ ) y sin ACO al alta (1 vs. 15 vs. 14,5%,  $p < 0,05$ ). En lo que respecta a la estancia hospitalaria y reingresos, no se observaron diferencias. Al calcular la supervivencia global en función de la fragilidad estratificado por ACO muestra asociación entre la fragilidad y mortalidad en pacientes no anticoagulados (prefrágil 3,3 vs. frágil 49,2 vs. discapacidad 47,5%, log-rank Mantel-Cox 12,37,  $p = 0,02$ ) (fig.).

**Conclusiones:** La fragilidad es un síndrome geriátrico muy prevalente en pacientes mayores con FA. Se asocia a peor capacidad funcional y un incremento en el DC, condicionado en pacientes frágiles y discapacitados un mayor porcentaje sin ACO y una mayor mortalidad.

### O-31. EVOLUCIÓN EN EL IMPLANTE PERCUTÁNEO DE PRÓTESIS AÓRTICA

Luis Cerdán Ferreira, Javier Jimeno Sánchez, David Gómez Martín, Teresa Simón Paracuellos, Georgina Fuertes Ferre y José A. Diarte de Miguel

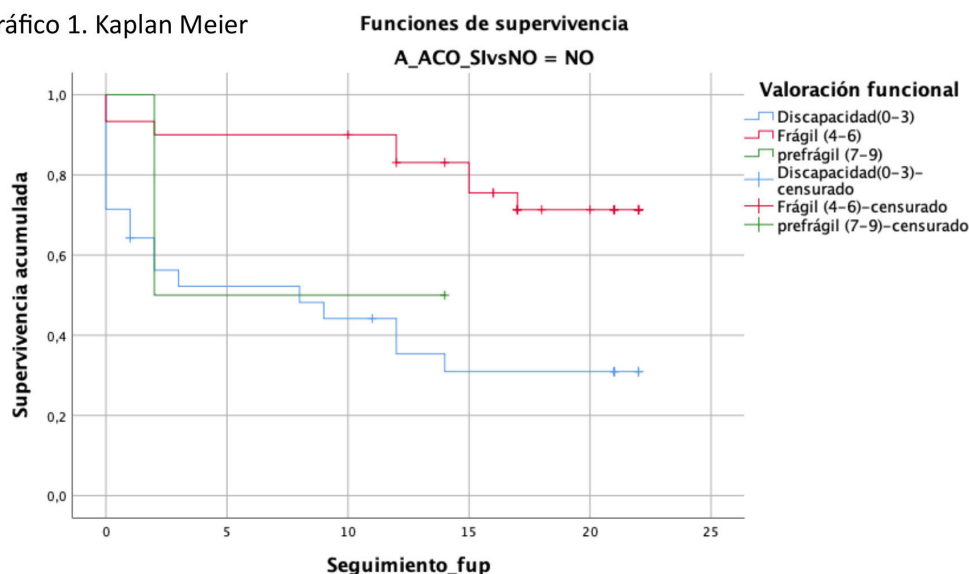
Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España.

**Introducción y objetivos:** El tratamiento percutáneo aórtico ha ido evolucionando y aumentado sus indicaciones en los pacientes con estenosis aórtica grave. El objetivo de nuestro estudio es analizar los resultados del procedimiento de TAVI a lo largo de los años en nuestro centro.

**Métodos:** Se realizó un estudio observacional, en el que se incluyeron los pacientes sometidos a TAVI en Aragón entre abril de 2012 y enero de 2021. Se dividieron los pacientes en dos periodos de tiempo: antes del año 2017 y a partir del año 2018. Se comparan las características basales y los resultados del procedimiento TAVI.

**Resultados:** Se incluyeron 288 pacientes, con una media de edad de 80 años, siendo un 51,1% varones. Antes del 2017 se sometieron a TAVI 113 pacientes y 175 a partir del 2018. Las características basales de los pacientes se muestran en la tabla 1. A destacar que los pacientes sometidos a TAVI antes del 2017 tenían un mayor riesgo quirúrgico (Euroscore II medio 6,7% frente a 5,5%,  $p = 0,04$ ). Los resultados relacionados con el procedimiento se muestran en la Imagen 1. Se implantaron bioprótesis autoexpandibles en un 81,5% de casos, utilizándose un mayor número de prótesis balón expandible a partir del año 2018 (24,4% frente a 4,4%). El éxito del TAVI se logró en el 95% de los pacientes. Hubo un 2,4% de complicaciones vasculares mayores durante el procedimiento, sin diferencias en ambos grupos de comparación. La tasa de implante de marcapasos definitivo fue del 22%, similar en ambos grupos. No se observaron diferencias entre ambos periodos en cuanto a ACV du-

Gráfico 1. Kaplan Meier



rante el ingreso. La mortalidad durante el ingreso de pacientes sometidos a TAVI fue del 3,8%, cuatro exitus en el periodo comprendido hasta 2017 y 7 muertes a partir del año 2018, sin diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. En la ecografía de control al alta se evidenció una insuficiencia aórtica significativa en un 2,4% de los pacientes, sin diferencias entre los grupos, tampoco en el gradiente medio residual.

| Variable                       | Total                    | Antes del 2017           | A partir del 2018        | p     |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|
| Edad                           | 80,9 años                | 80,4 años                | 81,4 años                | 0.147 |
| Sexo varón                     | 146 (50,7%)              | 59 (52,2%)               | 87 (49,7%)               | 0.679 |
| IMC                            | 30,1 Kg/m <sup>2</sup>   | 28,3 Kg/m <sup>2</sup>   | 30,7 Kg/m <sup>2</sup>   | 0.222 |
| Diabetes mellitus              | 101 (35,2%)              | 36 (31,9%)               | 65 (37,4%)               | 0.341 |
| Enfermedad vascular periférica | 49 (17%)                 | 20 (17,7%)               | 29 (16,6%)               | 0.804 |
| Filtrado glomerular            | 58 mL/min/m <sup>2</sup> | 62 mL/min/m <sup>2</sup> | 54 mL/min/m <sup>2</sup> | 0.82  |
| Clase funcional NYHA III-IV    | 248 (86,4%)              | 92 (82,1%)               | 156 (89,1%)              | 0.101 |
| FA previa                      | 104 (37%)                | 35 (31,3%)               | 69 (40,8%)               | 0.103 |
| Cardiopatía isquémica          | 47 (16,3%)               | 21 (18,6%)               | 26 (14,9%)               | 0.403 |
| FEVI                           | 55,9%                    | 56,5%                    | 55,5%                    | 0.239 |
| PAPs                           | 43,7 mmHg                | 41,7 mmHg                | 45 mmHg                  | 0.055 |
| Euroscore 2                    | 6                        | 6,7                      | 5,5                      | 0.04  |

Tabla con las características basales de los pacientes. IMC: índice de masa corporal; NYHA: New York Heart Association; FA: fibrilación auricular; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; PAPs: presión arterial pulmonar sistólica.

| Variable                                    | Total       | Antes del 2017 (113) | A partir del 2018 (175) | p     |
|---------------------------------------------|-------------|----------------------|-------------------------|-------|
| Éxito implante                              | 273 (95,1%) | 107 (94,7%)          | 166 (95,4%)             | 0,784 |
| Prótesis balón expandible                   | 51 (17,8%)  | 5 (4,4%)             | 46 (24,4%)              | 0.001 |
| Complicaciones vasculares mayores           | 7 (2,4%)    | 4 (3,5%)             | 3 (1,7%)                | 0.476 |
| Marcapasos definitivo                       | 64 (22,2%)  | 29 (25,7%)           | 35 (20%)                | 0.259 |
| ACV ingreso                                 | 8 (2,8%)    | 5 (4,4%)             | 3 (1,7%)                | 0,270 |
| Insuficiencia aórtica significativa al alta | 7 (2,4%)    | 2 (1,8%)             | 4 (2,9%)                | 0.341 |
| Gradiente medio al alta                     | 7,1 mmHg    | 7,1 mmHg             | 7,1 mmHg                | 0.984 |
| Mortalidad ingreso                          | 11 (3,8%)   | 4 (3,5%)             | 7 (4%)                  | 0.554 |

Tabla con los resultados comparativos de implante de TAVI en los periodos indicados.

**Conclusiones:** En nuestro medio, existe una progresiva indicación de TAVI en pacientes de menor riesgo quirúrgico y mayor uso de prótesis balón expandibles. Los resultados relacionados con el procedimiento son comparables a los descritos en la literatura, sin encontrar diferencias significativas a lo largo de los años.

## O-32. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS, CLÍNICOS Y DIAGNÓSTICOS DE AMILOIDOSIS POR TRANSTIRRETINA EN CANTABRIA

Nuria Gutiérrez Ruiz, Mikel Arrizabalaga Gil, Helena Alarcos Blasco, Gonzalo Martín Gorria, Luis Ruiz Guerrero y Adrián Rivas Pérez

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España.

**Introducción y objetivos:** La amiloidosis cardiaca es una enfermedad infiltrativa siendo la transtirretina (TTR) una de las formas más frecuentes. Clásicamente, se ha asociado a población masculina y de edad avanzada. La amiloidosis por TTR representa una entidad cada vez más prevalente por lo que será objeto de estudio.

**Métodos:** Se han incluido los pacientes diagnosticados de amiloidosis cardiaca por transtirretina (ATTR) en el norte de España desde el 2016 dentro de un estudio descriptivo. Se han identificado 81 pacientes con diagnóstico de ATTR desde el año 2016 en nuestra región. El diagnóstico se ha realizado de forma no invasiva mediante gammagrafía con bifosfonato-Tc99 e invasiva mediante el análisis histológico.

**Resultados:** Hay 81 pacientes identificados con ATTR en nuestra región de los cuales el 77,8% eran varones, con una edad media de 81,5 ( $\pm$  7) años, siendo más frecuente la amiloidosis wild-type que supone el 96% y solamente se identificaron 3 pacientes con mutaciones en el gen TTR (ATTR hereditaria). Se llegó al diagnóstico mediante técnicas no invasivas con el uso de la gammagrafía (95,1%), mientras que en 4 casos el diagnóstico se alcanzó mediante técnicas invasivas. La disnea es el síntoma inicial más frecuente suponiendo el 58%, pero hay otras formas de presentación como son los trastornos de la conducción y el diagnóstico diferencial de hipertrofia ventricular que supone un 10% respectivamente. Además, un 12% fue diagnosticado realizando una gammagrafía ósea realizada por otro motivo.

| Forma de diagnóstico      | Número de pacientes | Porcentaje |
|---------------------------|---------------------|------------|
| No invasivo               | 77                  | 95,06%     |
| Biopsia cardiaca          | 2                   | 2,47%      |
| Biopsia otra localización | 2                   | 2,47%      |
| Total                     | 81                  | 100,00     |

**Conclusiones:** La amiloidosis por transtirretina hereditaria es muy infrecuente en comparación con la forma no hereditaria (wild-type) afectando en una mayor proporción a varones de edad avanzada. Una de las formas de presentación más frecuente es la disnea. Hoy en día es infrecuente el uso de métodos invasivos para el diagnóstico ya que la mayoría de los pacientes se diagnostican mediante el uso de gammagrafía.

## O-33. SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO DE PACIENTES CON FIEBRE O FEBRÍCULA EN INGRESO PARA TAVI

David Gómez Martín<sup>1</sup>, Javier Jimeno Sánchez<sup>2</sup>, Teresa Simón Paracuellos<sup>1</sup>, Luis Cerdán Ferreira<sup>1</sup>, Georgina Fuertes Ferre<sup>2</sup> y José Antonio Diarte de Miguel<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España. <sup>2</sup>Sección de Hemodinámica, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España.

**Introducción y objetivos:** Un porcentaje no desdeñable de pacientes sometidos a TAVI sufre episodios cortos de fiebre o febrícula tras dicha intervención, si bien las infecciones bacterianas y las complicaciones documentadas son raras. En estos pacientes se incrementa la estancia media hospitalaria y supone un aumento del consumo de recursos diagnósticos y terapéuticos.

**Métodos:** Se analizaron un total de 276 pacientes consecutivos sometidos a TAVI en la comunidad autónoma de Aragón desde enero 2012 hasta diciembre 2020. La variable principal analizada fue la presencia de fiebre, definida como T<sup>a</sup> > 38 °C, o febrícula, T<sup>a</sup> entre 37-38 °C, en el ingreso durante el ingreso por implante de TAVI.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 276 pacientes. Un 51,1% eran varones con edad media de 80,99  $\pm$  7,35 años. Un total de 52 pacientes presentó fiebre o febrícula durante el ingreso hospitalario, siendo más frecuente la presencia de esta última. En el 62,5% de los casos la duración fue inferior a 24h con una media de días hasta el pico de fiebre de 2,7. El origen de la misma en un 43,1% fue de causa no infecciosa y un 56,9% de causa in-

fecciosa siendo el foco más frecuentemente aislado el urinario, seguido del respiratorio, y la presencia de flebitis. El patógeno más frecuentemente aislado fue enterococo, seguido de *E. coli* y *S. epidermidis*. Con una mediana de seguimiento de 21,3 (8,52-38,94) meses, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a mortalidad por todas las causas o reingreso hospitalario por insuficiencia cardíaca.

|                                      | Total | Distermia                          |                                       | p     |
|--------------------------------------|-------|------------------------------------|---------------------------------------|-------|
|                                      |       | Fiebre<br>(T <sup>a</sup> > 38 °C) | Febrícula<br>(T <sup>a</sup> 37-38°C) |       |
| Edad media (años)                    | 80,99 | 75,05                              | 81,26                                 | 0,09  |
| Varones (%)                          | 50,9% | 85,7%                              | 46,7%                                 | 0,156 |
| Función renal/<br>creatinina (mg/dl) | 1,16  | 1,35                               | 1,04                                  | 0,199 |
| Filtrado glomerular                  | 58    | 49                                 | 68                                    | 0,067 |
| FEVI previo a TAVI (%)               | 58    | 49                                 | 68                                    | 0,127 |
| EUROscore II                         | 6     | 12                                 | 5                                     | 0,01  |
| Leucocitos                           | 10156 | 12800                              | 9834                                  | 0,094 |
| PCR                                  | 11,14 | 9,34                               | 11,24                                 | 0,88  |
| Días tras implante<br>de TAVI        | 2,7   | 5,4                                | 2,4                                   | 0,01  |
| <b>Tipo de prótesis</b>              |       |                                    |                                       |       |
| CoreValve                            | 74,4% | 100%                               | 82,2%                                 |       |
| Sapien                               | 20,6% | 13,3%                              | 0%                                    |       |
| Accurate Neo                         | 4,9%  | 4,4%                               | 0%                                    |       |
| <b>Seguimiento</b>                   |       |                                    |                                       |       |
| Reingreso por IC (%)                 | 17,1% | 19,6%                              |                                       | 0,684 |
| Mortalidad                           | 18,1% | 25,5%                              |                                       | 0,242 |

**Conclusiones:** En nuestra cohorte la presencia de fiebre o febrícula post-TAVI, en la mayoría de los casos, es de causa infecciosa no relacionada con el implante directo de TAVI y la presencia de la misma no confiere peor pronóstico en el seguimiento a largo plazo

#### O-34. ¿SE PUEDE INTERVENIR LA ESTENOSIS AÓRTICA MEDIANTE CIRUGÍA CONVENCIONAL EN PACIENTES MAYORES DE 80 AÑOS?

Alejandro Cabello Rodríguez<sup>1</sup>, José Alfonso Buendía Miñano<sup>2</sup>, Carolina María Robles Gamboa<sup>1</sup>, Alfonso Cañas Cañas<sup>2</sup>, María Cristina Morante Perea<sup>1</sup> y Esther Gigante Miravalles<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Toledo, Toledo, España. <sup>2</sup>Servicio de Cirugía Cardíaca, Hospital Universitario de Toledo, Toledo, España.

**Introducción y objetivos:** Presentamos la experiencia de implante de bioprótesis sin sutura (Perceval) en pacientes mayo-

res de 80 años con riesgo quirúrgico medio-alto del Hospital de Toledo como alternativa al abordaje percutáneo.

**Métodos:** Se han intervenido 68 pacientes mayores de 80 años desde noviembre de 2014 hasta la actualidad, mediana de edad 82 años. Las características se resumen en la tabla adjunta. La mayoría con clase funcional II de la New York Heart Association (NYHA), función sistólica de ventrículo izquierdo (FEVI) conservada, sin hipertensión pulmonar ni diabetes insulínica dependiente, con filtrado glomerular mayor de 50 ml/min, sin enfermedad pulmonar ni arteriopatía periférica. Se realizó recambio valvular aórtico aislado en 48 pacientes, y en 20 doble procedimiento (mayoría revascularización coronaria). Además, se evaluó previamente fragilidad mediante la escala de Linda Fried por Geriátrica en 27 de los 68 pacientes, la mayoría operados de manera ambulatoria.

**Resultados:** Se han observado menores tiempos de isquemia y de circulación extracorpórea que en cirugías de implante de otras bioprótesis (48 y 68 minutos de media respectivamente), siendo algo mayores en pacientes sometidos a doble procedimiento. Solo un paciente murió por complicaciones derivadas de la cirugía en los primeros 30 días, y ningún paciente falleció en el primer año de seguimiento. Se observaron buenas velocidades transprotésicas tras la primera semana posimplante (media 2,25 m/s), así como adecuados gradientes medios transprotésicos (media 10 mmHg). No se observó ningún caso de disfunción protésica, endocarditis o trombosis en los primeros 30 días. Fue necesario el implante de un marcapasos definitivo en 8 pacientes por bloqueo auriculoventricular en el postoperatorio inmediato.

**Conclusiones:** El implante de una bioprótesis sin sutura a pacientes mayores de 80 años de riesgo quirúrgico medio-alto es una cirugía segura, baja mortalidad a 30 días, buenos resultados hemodinámicos y reducción de tiempos de isquemia y circulación extracorpórea.

#### O-35. SEGURIDAD Y EFICACIA DEL CIERRE DE OREJUELA IZQUIERDA EN PACIENTES MAYORES CON FIBRILACIÓN AURICULAR Y HEMODIÁLISIS CRÓNICA

María Elena Basabe Velasco<sup>1</sup>, José Carlos de la Flor Merino<sup>2</sup>, Virginia López de la Manzanara Pérez<sup>3</sup>, Manuel Tapia Martínez<sup>1</sup>, Salvador Álvarez Antón<sup>1</sup> y David Martí Sánchez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Central de la Defensa, Madrid, España. <sup>2</sup>Servicio de Nefrología, Hospital Central de la Defensa, Madrid, España. <sup>3</sup>Servicio de Nefrología, Hospital Clínica San Carlos, Madrid, España.

**Introducción y objetivos:** La prevalencia de fibrilación auricular no valvular (FANV) está significativamente aumentada en

**Tabla O-34. Características de los pacientes de la muestra**

| Género                                           | Mujeres: 37/68     |                            | Varones: 31/68               |                           |
|--------------------------------------------------|--------------------|----------------------------|------------------------------|---------------------------|
| Procedimiento                                    | Aislado: 48/68     |                            | Combinado: 20/68             |                           |
| Enfermedad pulmonar                              | Sí: 3/68           |                            | No: 65/68                    |                           |
| Arteriopatía extracardíaca                       | Sí: 2/68           |                            | No: 66/68                    |                           |
| Movilidad reducida                               | Sí: 5/68           |                            | No: 63/68                    |                           |
| Cirugía cardíaca previa                          | Sí: 3/68           |                            | No: 65/68                    |                           |
| Presencia de angina inestable                    | Sí: 7/68           |                            | No: 61/68                    |                           |
| Filtrado glomerular                              | < 50 ml/min: 12/68 |                            | > 50 ml/min: 56 /68          |                           |
| Clase funcional de la NYHA                       | I: 16/68           | II: 36/68                  | III: 16/68                   | IV: 0/68                  |
| Hipertensión pulmonar                            | No: 48/68          | Ligera: 17/68              | Moderada: 2/68               | Grave: 1/68               |
| Función sistólica de ventrículo izquierdo (FEVI) | Conservada: 60/68  | Ligeramente reducida: 4/68 | Moderadamente reducida: 3/68 | Gravemente reducida: 1/68 |

sujetos mayores con enfermedad renal crónica (ERC) en hemodiálisis (HD) y su tratamiento es un reto en la práctica clínica. En pacientes con ClCr < 15 ml/min el tratamiento con anticoagulantes supone, en muchos casos, un riesgo excesivo. Nuestro objetivo fue evaluar los resultados del cierre percutáneo de orejuela izquierda como alternativa a la anticoagulación en estos pacientes.

**Métodos:** Análisis prospectivo de pacientes consecutivos con FANV y ERC en HD, con contraindicación relativa para el uso de anticoagulantes orales, en los que se indicó el cierre percutáneo de orejuela izquierda, durante el periodo 2017 a 2023. Se realizó un análisis descriptivo de las características basales de cada paciente, el éxito de la intervención y la evolución a largo plazo.

**Resultados:** Se incluyeron 8 pacientes con edad mediana de 81 años. La puntuación en la escala CHA2DS2-VASc fue 4,8 y en la escala HAS-BLED 3,8. Excepto un paciente, todos presentaron factores de riesgo cardiovasculares mayores. El 75% de los pacientes fueron derivados a esta intervención por historia de hemorragia mayor digestiva y el otro 25%, por alto riesgo de sangrado. Se logró el implante del dispositivo de manera exitosa (exclusión completa sin complicaciones ni leak > 5 mm) en el 100% de los pacientes. Durante el primer mes se registraron un sangrado no mayor clínicamente relevante (melenas) y un exitus no relacionado con el procedimiento (insuficiencia cardíaca). En el seguimiento posterior (mediana 21,5 meses), todos los pacientes discontinuaron la anticoagulación oral y no se evidenciaron nuevos episodios hemorrágicos o tromboembólicos.

|                                  |           |
|----------------------------------|-----------|
| Hombres                          | 87,5% (7) |
| HTA                              | 87,5% (7) |
| DM                               | 25% (2)   |
| DL                               | 87,5% (7) |
| Exfumador/Fumador                | 62,5% (5) |
| CHA2DS2-VASc                     |           |
| ≤ 3                              | 25% (2)   |
| ≥ 4                              | 75% (6)   |
| HAS-BLED                         |           |
| ≤ 3                              | 50% (4)   |
| ≥ 4                              | 50% (4)   |
| Historia de ictus                | 12,5% (1) |
| Historia sangrado previo         | 75% (6)   |
| Fibrilación auricular            |           |
| Permanente                       | 25% (2)   |
| Persistente/paroxística          | 75% (6)   |
| Insuficiencia cardíaca           | 37,5% (3) |
| Cardiopatía isquémica crónica    | 50% (4)   |
| Tratamiento previo               |           |
| Doble antiagregación plaquetaria | 25% (2)   |
| Antagonista vitamina K           | 37,5% (3) |
| NACO                             | 37,5% (3) |
| Éxito de la intervención         | 100% (8)  |
| Complicaciones <7 días           | 75% (2)   |
| Complicaciones a los 6 meses     | 0% (0)    |

**Conclusiones:** Nuestros resultados sugieren que el cierre percutáneo de orejuela es una técnica factible y segura en pacientes seleccionados en programa de hemodiálisis crónica. Esto representa una alternativa a la anticoagulación en esta población de elevada complejidad clínica, en la que el tratamiento anticoagulante tiene riesgos prohibitivos.

### O-36. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PACIENTES DE EDAD MUY AVANZADA CON INSUFICIENCIA CARDIACA EN SEGUIMIENTO POR UNA UNIDAD DE CARDIOGERIATRÍA

Alberto Alén Andrés<sup>1</sup>, Ana Ayesta López<sup>1</sup>, Cristina Helguera Amezuza<sup>1</sup>, Laura Trujillo<sup>2</sup>, Lucía Antuña<sup>2</sup> y Pablo Enrique Solla Suárez<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>Área del Corazón, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España. <sup>2</sup>Área de Gestión Clínica de Geriátrica, Hospital Monte Naranco, Oviedo, España. <sup>3</sup>Instituto de Investigación Sanitaria del Principado de Asturias, Hospital Monte Naranco, Oviedo, España.

**Introducción y objetivos:** Las guías de práctica clínica recomiendan el manejo del paciente con insuficiencia cardíaca (IC) en equipos multidisciplinares con indicación IA, particularmente en el paciente mayor, en el que el manejo de la IC viene condicionado por los síndromes geriátricos que interactúan con ella. Nuestro objetivo es caracterizar la IC de una población de edad muy avanzada atendida en nuestra unidad.

**Métodos:** Se describe la prevalencia de disfunción ventricular y las diferencias entre los pacientes con IC FEVI preservada (≥ 50%) y el resto de pacientes, así como su pronóstico a 6 meses en una unidad especializada de cardiogeriatría.

**Resultados:** Se atendieron 86 pacientes entre enero y agosto de 2022, el 50,7% mujeres (n = 37), con edad media de 88,3 ± 4,1 años (36,1% nonagenarios). El 21,1% de los pacientes presentaba clase funcional de NYHA ≥ 3. El 54,8% (n = 40) tenía FEVI preservada (FEVIp), y 19 de ellos (26%) una FEVI ≤ 40%, el resto de los pacientes (n = 14; 19,2%) en rango intermedio. Las características de los pacientes con FEVIp fueron similares, menor prevalencia de diabetes y cifras menores de albúmina, sin diferencias en las tasas de fragilidad, dependencia o deterioro cognitivo. Se observó en pacientes con FEVI < 50%, más prevalencia de insuficiencia mitral (IM) o tricuspídea (IT) moderada, mayor prevalencia de asinergias y más alteraciones de la conducción. Además, el diagnóstico de amiloidosis por transtirretina confirmado fue mayor en el grupo de los pacientes con FEVIp, aunque sin significación estadística. Tras 6 meses, no hubo diferencias entre ambos grupos en cuanto a reingresos y mortalidad.

**Conclusiones:** La IC del paciente muy mayor suele ser predominantemente con FEVI preservada o ligeramente reducida (80%). Los pacientes con FEVI preservada tenían menor prevalencia de diabetes y menos asinergias o IM/IT moderada. En estas circunstancias cobra especial importancia un manejo integral del paciente y sus comorbilidades.