

REC: CardioClinics

www.reccardioclinics.org

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

Burgos, 26 y 27 de septiembre de 2024

COMUNICACIONES

O-07. DESNUTRICIÓN EN PACIENTES GERIÁTRICOS CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA AGUDA: ¿UN ELEMENTO OLVIDADO?

Álvaro Díaz Gómez¹, Guillermo Servando Carrillo¹, Nelia Mediavilla de Pedro², Anel Recarey Rodríguez², Miriam Martínez Castro² y José Ángel Pérez Rivera¹

¹Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Burgos, Burgos, España. ²Departamento de Nutrición Humana y Dietética, Universidad Isabel I, Burgos, España.

Introducción y objetivos: La desnutrición es frecuente en pacientes con edad avanzada; sin embargo, en el contexto de la cardiopatía isquémica aguda está poco analizada. Proponemos estudiar la prevalencia de desnutrición en pacientes mayores con infarto agudo de miocardio (IAM) y analizar las diferencias clínicas y biométricas entre pacientes desnutridos y no desnutridos.

Métodos: Estudio observacional transversal con pacientes ≥ 70 años dados de alta por IAM en nuestro centro del 03/10/2023 al 05/03/2024. Se realizó una valoración geriátrica incluyendo escalas de fragilidad, sarcopenia y dependencia, analítica y ecocardiograma reglado, además de un estudio biométrico con medidas antropométricas, absorciometría con rayos X de doble energía (DEXA) y valoración de la fuerza muscular median-

Tabla Comunicación O-07

Principales diferencias entre pacientes desnutridos y no desnutridos según criterios GLIM y MNA-SF

	Criterios GLIM			MNA-SF		
	Desnutridos	Sin desnutrición	p	Desnutridos	Sin desnutrición	p
Edad (años)	79,4 ± 5,3	78,8 ± 7,6	0,841	79,6 ± 6,6	78,8 ± 6,3	0,768
Sexo femenino	6 (54,5%)	0 (0%)	0,008*	3 (37,5%)	3 (25,0%)	0,550
IMC (kg/m ²)	24,5 ± 3,2	28,8 ± 5,4	0,036*	27,6 ± 6,5	25,6 ± 3,1	0,372
Killip ≥ 2	5 (45,4%)	1 (11,1%)	0,095	3 (37,5%)	3 (25,0%)	0,550
Creatinina (mg/dl)	0,9 ± 0,2	1,9 ± 1,7	0,087	1,5 ± 1,8	1,2 ± 0,7	0,263
DEXA T-SCORE	-0,72 ± 1,50	0,04 ± 0,95	0,232	-0,36 ± 1,40	-0,40 ± 1,32	0,948
DEXA MLG (kg)	40,1 ± 7,7	51,7 ± 7,0	0,005*	41,0 ± 9,1	48,0 ± 8,8	0,128
DEXA ASM (kg)	15,5 ± 4,0	21,1 ± 3,0	0,005*	15,8 ± 5,1	19,4 ± 3,6	0,095
DEXA MASA MAGRA (kg)	38,0 ± 7,2	49,0 ± 6,6	0,004*	38,9 ± 8,6	45,4 ± 8,2	0,123
DEXA IMLG (kg/m ²)	16,5 ± 2,0	18,8 ± 1,9	0,022*	17,5 ± 2,9	17,6 ± 1,8	0,966
CC (cm)	91,2 ± 9,3	101,0 ± 9,9	0,025*	94,4 ± 10,9	96,4 ± 10,8	0,682
CCAD (cm)	95,4 ± 5,7	101,2 ± 4,0	0,020*	97,2 ± 5,8	98,5 ± 5,8	0,608
AMB (cm ²)	36,9 ± 10,2	49,4 ± 11,4	0,016*	44,4 ± 15,5	41,3 ± 10,1	0,589
Fuerza muscular (kg)	19,8 ± 11,0	27,9 ± 10,0	0,107	19,9 ± 10,1	25,8 ± 11,4	0,248
PP (%)	6,4 ± 4,6	2,4 ± 3,2	0,045*	6,2 ± 4,9	3,5 ± 3,9	0,181
FRAIL	1,4 ± 1,3	0,9 ± 1,2	0,382	2,0 ± 1,3	0,6 ± 0,8	0,015*
BARTHEL	89,1 ± 9,7	95,6 ± 9,8	0,043*	86,9 ± 13,6	95,4 ± 5,0	0,277
SARC-F	2,0 ± 2,1	0,4 ± 1,0	0,055	2,2 ± 2,3	0,7 ± 1,2	0,098

%PP: % pérdida de peso; AMB: área muscular del brazo; ASM: masa músculo esquelético apendicular; CC: circunferencia cintura; CCAD: circunferencia cadera; DEXA: absorciometría con rayos X de doble energía; GLIM: Iniciativa Global de Liderazgo en Desnutrición; IMC: índice de masa corporal; IMLG: índice de masa libre de grasa; MLG: masa libre de grasa; MNA-SF: Mini Nutritional Assessment-Short Form.

*Variables con resultado estadísticamente significativo ($p < 0,05$).

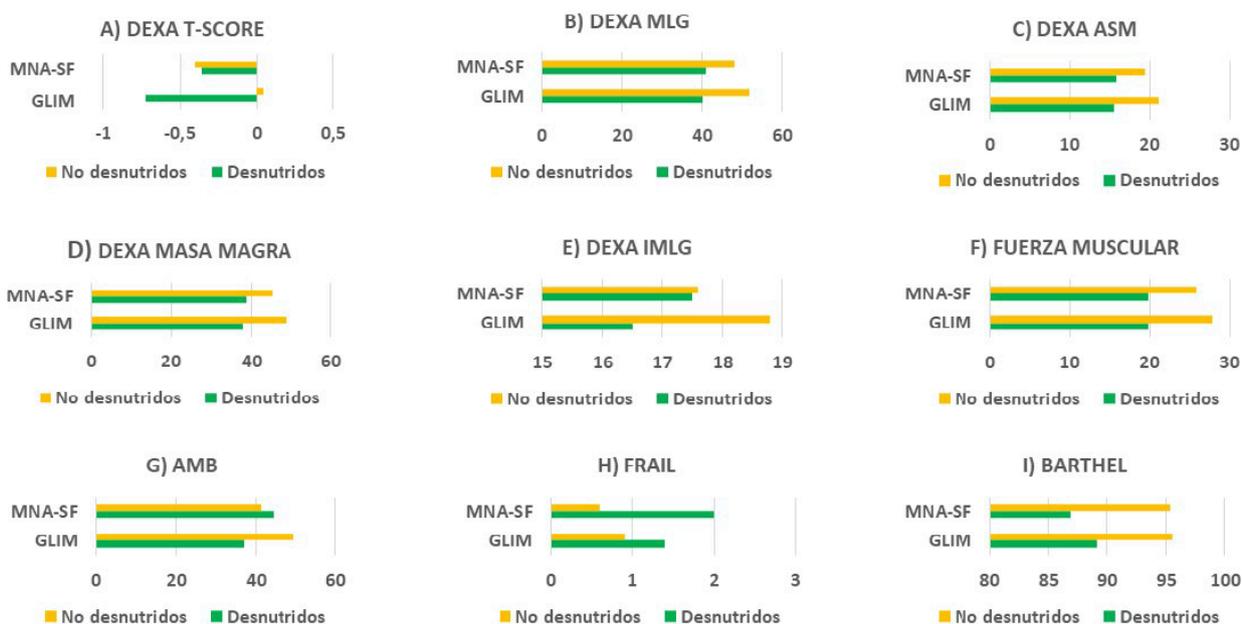


Figura 1. Representación gráfica comparando medias de variables geriátricas y biométricas entre pacientes desnutridos y no desnutridos según criterios GLIM y MNA-SF: A) Dexa T-Score; B) Dexa MLG en Kg; C) Dexa ASM en Kg; D) Dexa masa magra en Kg; E) Dexa IMLG en Kg/m²; F) Fuerza muscular en Kg; G) AMB en cm²; H) Frail; I) Barthel. *GLIM (Iniciativa Global de Liderazgo en Desnutrición); MNA-SF (Mini Nutritional Assessment-Short Form); DEXA (absorciometría con rayos X de doble energía); MLG (masa libre de grasa); ASM (masa músculo esquelético apendicular); IMLG (Índice de masa libre de grasa); AMB (área muscular del brazo).

Comunicación O-07 Figura

te dinamometría. Consideramos desnutridos aquellos con criterios fenotípicos y etiológicos según la Iniciativa Global de Liderazgo en Desnutrición (GLIM) o una puntuación ≤ 11 en Mini Nutritional Assessment-Short Form (MNA-SF).

Resultados: Incluimos 20 pacientes, siendo 6 mujeres (30%). La edad media fue 79 años. La prevalencia de desnutrición fue 40% según MNA-SF y 55% según GLIM. Las principales diferencias se resumen en la tabla y la figura. Según MNA-SF los pacientes desnutridos presentaron FRAIL más desfavorable, aunque no hubo diferencias estadísticamente significativas (DES) en biometría, pero sí tendencia hacia valores más desfavorables. En cambio, con GLIM hubo DES en variables biométricas, pero no en FRAIL. Ambos criterios mostraron tendencia a menor fuerza muscular en desnutridos. En ninguna de las escalas se encontraron DES en las principales características clínicas.

Conclusiones: 1) la prevalencia de desnutrición en pacientes de ≥ 70 años con IAM es alta; 2) las escalas de cribado como MNA-SF tendrían más cabida para identificar pacientes geriátricamente complejos, a expensas de infradiagnosticar la prevalencia de desnutrición; 3) el empleo de criterios GLIM presenta mayor sensibilidad en detección de desnutrición e identifica aquellos con repercusiones físicas derivadas de esta.

O-13. DIFERENCIAS ENTRE SEXOS EN EL IMPACTO PRONÓSTICO DE FRAGILIDAD EN PACIENTES MAYORES CON ESTENOSIS AÓRTICA SOMETIDOS A CIRUGÍA

Marta Encuentra Sopena¹, Pablo Solla Suárez^{1,2}, Marcel Almendárez Lacayo^{2,3}, Daniel Hernández Vaquero^{2,3}, Pablo Avanzas Fernández^{2,3} y José Gutiérrez Rodríguez^{1,2}

¹Área de Gestión Clínica de Geriatria, Hospital Monte Naranco, Oviedo, Asturias, España. ²Instituto de Investigación Sanitaria del Principado de Asturias (ISPA), Oviedo, Asturias, España. ³Área del Corazón, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias, España.

Introducción y objetivos: Existen discrepancias sobre la influencia del sexo en el pronóstico tras el recambio valvular aórtico (RVAo) mediante cirugía de pacientes con estenosis aórtica (EAO). Objetivos: 1) determinar las diferencias clínicas y funcionales entre sexos en pacientes mayores con EAO grave sintomática sometidos a cirugía; 2) analizar si las diferencias de fragilidad entre los sexos se relacionan con diferencias en el riesgo de mortalidad.

Métodos: Estudio prospectivo, incluye pacientes ≥ 75 años con EAO grave sintomática sometidos a RVAo quirúrgico, entre mayo de 2018 y junio de 2020. Se recogieron variables clínicas, nutricionales, funcionales y mentales. Seguimiento durante 1 año tras el RVAo.

Resultados: 90 pacientes incluidos ($80,74 \pm 3,31$ años, 56,7% mujeres). Las mujeres presentaban mayor prevalencia de patología tiroidea (23,53% mujeres vs. 0% varones; $p < 0,001$) y depresiva (25,49% vs. 5,13%; $p < 0,01$), menor índice Charlson ($0,96 \pm 1,10$ vs. $1,51 \pm 1,02$; $p < 0,017$), área valvular aórtica ($0,55 \pm 0,17$ vs. $0,78 \pm 0,14$; $p < 0,02$), hemoglobina ($12,31 \pm 2,12$ vs. $13,98 \pm 1,71$; $p < 0,001$), creatinina ($0,92 \pm 0,25$ vs. $1,12 \pm 0,30$; $p < 0,003$) y ferritina ($73,51 \pm 79,92$ vs. $227,85 \pm 246,50$; $p < 0,004$). Se detectó mayor fragilidad y dependencia funcional para ABVD en mujeres (SPPB $9,08 \pm 1,74$ vs. $10,06 \pm 1,37$; $p < 0,007$; Barthel $95,69 \pm 5,39$ vs. $97,82 \pm 3,40$; $p < 0,033$) y mayor independencia en AIVD (Lawton $7,47 \pm 1,10$ vs. $4,72 \pm 0,56$; $p < 0,001$). Las diferencias en cuanto a mortalidad al año no fueron significativas (7,84% en mujeres vs. 2,56% en varones; $p > 0,05$). En mujeres mostró correlación con el riesgo de mortalidad la puntuación del SPPB ($7,25 \pm 3,59$ en fallecidas vs. $9,24 \pm 1,45$ en supervivientes; $p = 0,027$). En varones mostraron correlación el SPPB ($8,01 \pm 0,10$ vs. $10,11 \pm 1,35$; $p = 0,01$) y el Lawton ($3,01 \pm 0,10$ vs. $4,76 \pm 0,49$; $p = 0,001$).

Conclusiones: Para nuestra población de estudio, se detecta una baja mortalidad al año del RVAo mediante cirugía. Factores como el EuroSCORE-II, un patrón inflamatorio mediado por ferritina o situaciones de discapacidad física y fragilidad podrían ser útiles para seleccionar pacientes susceptibles de beneficiarse de medidas especiales para disminuir el riesgo de mortalidad.

Tabla Comunicación O-13
Características basales y diferencias entre sexos: análisis univariante

	Total (n = 90)	Mujeres (n = 51)	Varones (n = 39)	p
Demográficas				
Edad (años)	80,74 ± 3,31	80,71 ± 3,20	80,78 ± 3,50	> 0,05
Clínicas				
Hipertensión arterial Dislipemia	66,7%	66,6%	66,6%	> 0,05
Diabetes mellitus tipo 2	62,2%	62,7%	61,5%	> 0,05
Fibrilación auricular	31,1%	25,4%	38,4%	> 0,05
Anemia	28,9%	27,4%	30,7%	> 0,05
Insuficiencia cardiaca	22,2%	23,5%	20,5%	> 0,05
Depresión	16,7%	17,6%	15,3%	> 0,05
EPOC	16,7%	25,4%	5,1%	< 0,01
Patología tiroidea	15,6%	13,7%	17,9%	> 0,05
Enfermedad renal crónica	13,3%	23,5%	0%	< 0,001
Cáncer	11,1%	7,8%	15,3%	> 0,05
Ictus	10%	5,8%	15,3%	> 0,05
Índice de Charlson	10%	7,8%	12,8%	> 0,05
	1,20 ± 1,09	0,96 ± 1,10	1,51 ± 1,02	< 0,017
Cardiológicas				
EuroSCORE-II	2,98 ± 2,88	3,21 ± 3,50	2,68 ± 1,57	> 0,05
Gradiente medio (mmHg)	49,38 ± 13,98	50,59 ± 14,42	47,99 ± 13,50	> 0,05
Área válvula aórtica (cm ²)	0,71 ± 0,17	0,55 ± 0,17	0,78 ± 0,14	< 0,02
Parámetros laboratorio				
Hemoglobina (g/dl)	13,03 ± 2,11	12,31 ± 2,12	13,98 ± 1,71	< 0,001
Creatinina (mg/dl)	1,00 ± 0,29	0,92 ± 0,25	1,12 ± 0,30	< 0,003
Urea (mg/dl)	49,42 ± 15,47	48,86 ± 13,11	50,13 ± 21,93	> 0,05
FGe (ml/min/1,73 m ²)	63,33 ± 16,55	62,02 ± 16,63	65,04 ± 16,51	> 0,05
TSH (mU/l)	2,30 ± 1,85	2,30 ± 1,90	2,31 ± 1,80	> 0,05
Sodio (mmol/l)	139,93 ± 10,79	141,10 ± 2,88	138,54 ± 15,89	> 0,05
Potasio (mmol/l)	4,56 ± 0,45	4,58 ± 0,40	4,52 ± 0,51	> 0,05
Ferritina (ng/ml)	142,80 ± 189,09	73,51 ± 79,92	227,85 ± 246,50	< 0,004
Hierro (µg/dl)	66,91 ± 30,16	62,58 ± 29,58	73,10 ± 30,58	> 0,05
Albúmina (g/l)	44,26 ± 2,76	44,24 ± 2,86	44,30 ± 2,64	> 0,05
Variables funcionales, nutricionales y mentales				
Índice de Barthel	96,61 ± 4,73	95,69 ± 5,39	97,82 ± 3,40	< 0,033
Índice Lawton	6,28 ± 1,64	7,47 ± 1,10	4,72 ± 0,56	< 0,001
SPPB	9,49 ± 1,66	9,08 ± 1,74	10,06 ± 1,37	< 0,007
MNA-SF	12,11 ± 1,47	12,12 ± 1,40	12,10 ± 1,57	> 0,05
IMC (kg/m ²)	29,10 ± 4,82	29,60 ± 5,51	28,46 ± 3,71	> 0,05
MMSE	27,90 ± 1,82	27,90 ± 1,63	27,90 ± 2,06	> 0,05

EPOC: enfermedad pulmonar obstructive crónica; FGe: filtrado glomerular estimado; IMC: índice de masa corporal; MMSE: Mini Mental State Examination; MNA-SF: Mini Nutritional Assessment-Short Form; SPPB: Short Physical Performance Battery; TSH: hormona estimulante del tiroides.

O-14. PACIENTES MAYORES CON ESTENOSIS AÓRTICA GRAVE SOMETIDOS A CIRUGÍA: MORTALIDAD Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

Marta Encuentra Sopena¹, Pablo Solla Suárez^{1,2}, Marcel Almendárez Lacayo^{2,3}, Daniel Hernández Vaquero^{2,3}, Pablo Avanzas Fernández^{2,3} y José Gutiérrez Rodríguez^{1,2}

¹Área de Gestión Clínica de Geriatria, Hospital Monte Naranco, Oviedo, Asturias, España. ²Instituto de Investigación Sanitaria del Principado de Asturias, Oviedo, Asturias, España. ³Área del Corazón, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias, España.

Introducción y objetivos: Se ha descrito que algunos síndromes geriátricos podrían influir en los resultados de salud de los pacientes con estenosis aórtica (EAo) grave sometidos a cirugía. Objetivos: 1) estudiar la mortalidad al año de pacientes mayores sometidos a recambio valvular aórtico mediante cirugía; 2) analizar los factores clínicos, nutricionales, funcionales y mentales asociados.

Métodos: Estudio epidemiológico longitudinal y prospectivo en el que se incluyeron pacientes de 75 o más años con EAo grave sintomática que podrían beneficiarse de ser sometidos

a reemplazo valvular mediante cirugía, atendidos por el «Heart-Team» de referencia entre el 1 de mayo de 2018 y el 30 de junio de 2020. Se recogieron variables clínicas, nutricionales, funcionales y mentales. Fueron seguidos durante 1 año tras la intervención. Se consideraron significativas las diferencias con valores de $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 90 pacientes (80,74 ± 3,31 años, 56,7% mujeres). Como datos cardiológicos relevantes: EuroSCORE-II 2,98 ± 2,88, gradiente medio 49,38 ± 13,98 y área valvular aórtica 0,71 ± 0,17. Desde el punto de vista geriátrico eran pacientes independientes para AVD (Barthel de 96,61 ± 4,73) y sin deterioro cognitivo (27,90 ± 1,82). Se objetivó una mortalidad al año de la intervención del 5,88%, objetivando asociación estadística entre mortalidad y EuroSCORE-II (7,04 ± 8,19 en fallecidos vs. 2,74 ± 2,13 en supervivientes; $p < 0,001$), cifras de urea (67,80 ± 34,43 vs. 48,31 ± 15,62; $p = 0,015$) y ferritina (579,35 ± 778,73 vs. 124,22 ± 125,71; $p < 0,001$), puntuaciones en Barthel (92,01 ± 12,55 vs. 96,88 ± 3,86; $p = 0,024$), SPPB (7,40 ± 3,13 vs. 9,63 ± 1,46; $p = 0,003$).

Conclusiones: Para nuestra población de estudio, se detecta una baja mortalidad al año del recambio valvular mediante

Tabla Comunicación O-14
Características basales y supervivencia al año del recambio valvular aórtico: análisis univariante

	Total (n = 90)	Muertos (n = 5)	Vivos (n = 85)	p
Demográficas				
Edad (años)	80,74 ± 3,31	83,22 ± 1,70	80,74 ± 3,31	> 0,05
Sexo (mujer)	56,7%	7,8%	92,2%	> 0,05
Clínicas				
Hipertensión arterial	66,7%	60%	67%	> 0,05
Dislipemia	62,2%	40%	63,5%	> 0,05
Diabetes mellitus tipo 2	31,1%	0%	32,9%	> 0,05
Fibrilación auricular	28,9%	0%	30,5%	> 0,05
Anemia	22,2%	40%	21,2%	> 0,05
Insuficiencia cardiaca	16,7%	20%	16,5%	> 0,05
Depresión	16,7%	20%	16,5%	> 0,05
EPOC	15,6%	20%	15,3%	> 0,05
Patología tiroidea	13,3%	20%	13%	> 0,05
Enfermedad renal crónica	11,1%	40%	9,4%	> 0,05
Cáncer	10%	0%	10,6%	> 0,05
Ictus	10%	0%	10,6%	> 0,05
Índice de Charlson	1,20 ± 1,09	1 ± 0,71	1,21 ± 1,11	> 0,05
Cardiológicas				
EuroSCORE-II	2,98 ± 2,88	7,04 ± 8,19	2,74 ± 2,13	< 0,001
Gradiente medio (mmHg)	49,38 ± 13,98	44,00 ± 9,49	49,67 ± 14,16	> 0,05
Área válvula aórtica (cm ²)	0,71 ± 0,17	0,58 ± 0,10	0,71 ± 0,17	> 0,05
Parámetros laboratorio				
Hemoglobina (g/dl)	13,03 ± 2,11	13,3 ± 2,81	13,02 ± 2,08	> 0,05
Creatinina (mg/dl)	1,00 ± 0,29	1,16 ± 0,46	0,99 ± 0,28	> 0,05
Urea (mg/dl)	49,42 ± 15,47	67,80 ± 34,43	48,31 ± 15,62	< 0,015
FGe (ml/min/1,73 m ²)	63,33 ± 16,55	51,20 ± 19,41	64,03 ± 16,22	> 0,05
TSH (mU/l)	2,30 ± 1,85	2,67 ± 1,50	2,28 ± 0,85	> 0,05
Sodio (mmol/l)	139,93 ± 10,79	141,20 ± 4,66	139,86 ± 11,06	> 0,05
Potasio (mmol/l)	4,56 ± 0,45	4,40 ± 0,82	4,57 ± 0,42	> 0,05
Ferritina (ng/ml)	142,80 ± 189,09	579,35 ± 778,73	124,22 ± 125,71	< 0,001
Hierro (µg/dl)	66,91 ± 30,16	62,33 ± 25,74	67,19 ± 30,62	> 0,05
Albumina (g/l)	44,26 ± 2,76	45,40 ± 5,55	44,19 ± 2,54	> 0,05
Variables funcionales, nutricionales y mentales				
Índice de Barthel	96,61 ± 4,73	92,01 ± 12,55	96,88 ± 3,86	< 0,025
Índice Lawton	6,28 ± 1,64	5,80 ± 2,28	6,31 ± 1,61	> 0,05
SPPB	9,49 ± 1,66	7,40 ± 3,13	9,63 ± 1,46	< 0,005
MNA-SF	12,11 ± 1,47	11,60 ± 1,52	12,14 ± 1,47	> 0,05
IMC (kg/m ²)	29,10 ± 4,82	28,85 ± 4,46	29,12 ± 4,87	> 0,05
MMSE	27,90 ± 1,82	27,80 ± 1,64	27,90 ± 1,84	> 0,05

EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; FGe: filtrado glomerular estimado; IMC: índice de masa corporal; MMSE: Mini Mental State Examination; MNA-SF: Mini Nutritional Assessment-Short Form; SPPB: Short Physical Performance Battery; TSH: hormona estimulante del tiroides.

cirugía. Factores como el EuroSCORE-II, un patrón inflamatorio mediado por ferritina o situaciones de discapacidad física y fragilidad podrían ser útiles para seleccionar pacientes susceptibles de beneficiarse de medidas especiales para disminuir el riesgo de mortalidad.

O-15. UTILIDAD DE NUEVOS BIOMARCADORES DE FRAGILIDAD EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA

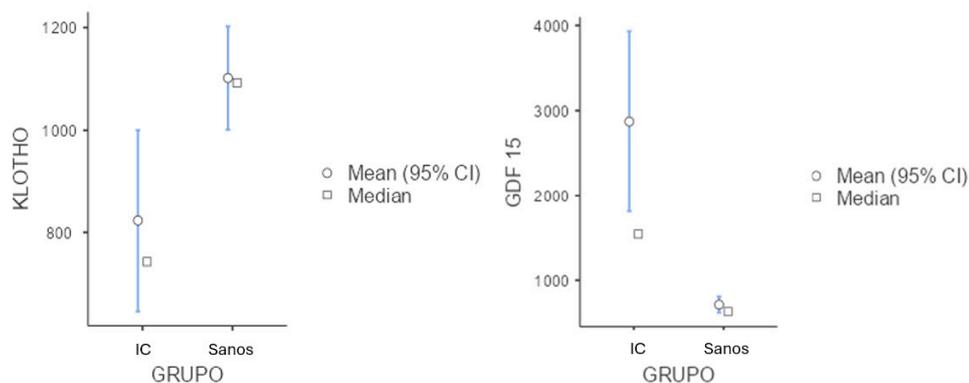
Álvaro Margalejo Franco¹, Tamara Iturriaga Ramírez², Marta González Freire³, Lara Aguilar Iglesias¹, Ruth Saez de la Maleta Úbeda⁴ y José Ángel Pérez Rivera¹

¹Servicio de Cardiología, Complejo Asistencial de Burgos, Burgos, España. ²Departamento de Ciencias de la Actividad Física y el Deporte, Universidad Europea de Madrid, Madrid, España.

³Instituto de Investigación en Salud de las Islas Baleares (IdISBa), Palma de Mallorca, Islas Baleares, España. ⁴Servicio de Análisis Clínicos, Complejo Asistencial de Burgos, Burgos, España.

Introducción y objetivos: Dos novedosos parámetros bioquímicos se han postulado como posibles indicadores de fragilidad y mala función física. Niveles elevados del factor de diferenciación de crecimiento 15 (GDF-15) se han relacionado con peores grados de desempeño físico, sarcopenia y fragilidad. Igualmente, niveles bajos de proteína klotho se relacionan con la presencia de fragilidad y discapacidad. El objetivo principal fue estudiar las diferencias en marcadores bioquímicos y variables biométricas indicativos de fragilidad y de alteración funcional en los pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) frente a sujetos sanos.

Métodos: Se incluyeron los pacientes ingresados por IC en el servicio de cardiología de nuestro centro desde julio de 2020 hasta mayo de 2021, realizando previo al alta una evaluación multidimensional que incluyó escalas para valoración de fragilidad como SPPB, considerando frágil ≤ 9. En quienes aceptaron (n = 39), se llevó a cabo un análisis biométrico ambulatorio con determinación de fuerza muscular mediante la fuerza de prensión (dinamometría) en ambas manos, así como la determinación de GDF-15 y klotho en plasma. Los re-



Comunicación O-15 Figura

Comparativa de niveles medios (pg/ml) de GDF-15 (A) y proteína klotho (B) entre pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) y sujetos sanos.

sultados fueron comparados con una cohorte de sujetos sanos, no fumadores (n = 32).

Resultados: En total, 71 personas se sometieron a análisis bioquímico y biométrico. La edad media fue $63,3 \pm 10,2$ años, siendo mayores los sujetos en el grupo IC ($66,3 \pm 9,5$ vs. $59,8 \pm 9,9$; $p = 0,007$) y más frágiles según la escala SPPB ($10 \pm 2,72$ vs. $12 \pm 0,7$; $p < 0,001$). No hubo diferencias en el sexo entre ambos grupos (37,5% vs. 33,3% de mujeres; $p = 0,8$). Se observaron mayores niveles de GDF-15 (1.543 ± 3.060 vs. 633 ± 255 pg/ml; $p < 0,001$) y menores de proteína klotho (734 ± 550 vs. 1.093 ± 285 pg/ml; $p < 0,01$) en el grupo de IC con respecto a los sujetos sanos. En concordancia, los pacientes con IC presentaron peores valores de presión manual, aunque de forma no significativa ($25,9 \pm 9,5$ vs. $30,7 \pm 10,7$; $p = 0,053$).

Conclusiones: Los pacientes con IC de nuestra muestra presentaron peores valores bioquímicos y biométricos, reflejando objetivamente mayor grado de alteración funcional y fragilidad que los sujetos sanos. Cabe destacar que los pacientes con IC fueron mayores que el grupo control, pero este estudio revela nuevas variables que permiten enfrentar la valoración funcional de los pacientes con IC desde una perspectiva diferente, siendo la fragilidad un síndrome clínico no exclusivo de la población anciana.

O-16. ¿CAFÉ PARA TODOS? IMPLANTE DE PRÓTESIS AÓRTICA EN LA ACTUALIDAD: EXPERIENCIA EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL CON DIFERENTES TIPOS DE VÁLVULAS Y EN DIFERENTES GRUPOS DE EDAD

José Antonio Panera de la Mano, César Jiménez-Méndez, Sebastián Mariscal Vázquez, Manuel González Armayones, Paula Bolea Ramos y Rafael Vázquez García

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, España.

Introducción y objetivos: El implante de válvula aórtica transcáteter (TAVI) ha demostrado ser una alternativa efectiva a la cirugía de reemplazo valvular aórtico en pacientes > 75 años con estenosis aórtica sintomática independiente del riesgo quirúrgico. Este estudio se propone analizar los resultados globales del TAVI en diferentes grupos de edad, evaluando además la seguridad del implante de diferentes tipos de válvulas a corto y medio plazo.

Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de los pacientes sometidos a TAVI en un centro de tercer nivel. Se dividió a los pacientes en 3 grupos etarios (< 75 años, 75-84 años y > 84 años) y en función de la prótesis implantada (autoexpandible

o balonexpandible). Se recopilaron datos clínicos, ecocardiográficos y de seguimiento.

Resultados: Se incluyeron 423 pacientes (60 pacientes < 75 años [14,2%]; 267 pacientes 75-84 años [63,1%] y 96 pacientes > 84 años [22,7%]) y se implantaron 5 tipos distintos de prótesis (Sapien-Edwards [n: 65, 15,4%], Portico/Navitor-Abbott [n: 122, 28,8%], Acurate-Boston [n: 111, 26,2%], Evolut-Medtronic [n: 115, 27,2%] y Alegra-Biosensor [n: 10, 2,4%]). No hubo diferencias significativas en el tipo de prótesis implantada en función de la edad del paciente. En cuanto a las complicaciones postimplante, la tasa de marcapasos fue mayor con las válvulas autoexpandibles (26,7% frente a 13,1% $p < 0,001$). No hubo diferencias en el gradiente medio valvular en el seguimiento entre grupos ni en la tasa de complicaciones vasculares. La mortalidad intrahospitalaria fue del 1,2% y en el seguimiento a 3 años del 21,3% (56% no cardiovascular) sin diferencias por el tipo de prótesis o la edad.

Conclusiones: Este estudio proporciona información relevante sobre los resultados del TAVI en diferentes grupos de edad y utilizando diferentes tipos de válvulas. A la luz de los resultados, es importante conocer las características y eficacia de cada modelo de prótesis aórtica percutánea para un manejo personalizado de los pacientes con estenosis aórtica grave sintomática.

O-17. ¿NUEVOS TRATAMIENTOS PARA LA DISLIPEMIA EN EL PACIENTE MAYOR? ANÁLISIS EN VIDA REAL DEL EMPLEO DE ÁCIDO BEMPEDOICO EN LA POBLACIÓN MAYOR

José Antonio Panera de la Mano, César Jiménez-Méndez, Samuel Siles Morris, Sebastián Mariscal Vázquez, Alberto Villar Ruiz y Rafael Vázquez García

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, España.

Introducción y objetivos: El ácido bempedoico (AB) disminuye la síntesis de colesterol. Su indicación actual es en pacientes que no alcanzan objetivos pese a dosis máximas de estatinas y ezetimiba o intolerancia/contraindicación. El objetivo de este estudio fue evaluar la efectividad, la seguridad y la adherencia del tratamiento con AB en población mayor.

Métodos: Estudio observacional unicéntrico descriptivo retrospectivo. Se incluyeron los pacientes tratados con AB desde septiembre de 2023 hasta marzo de 2024. Se clasificó a los pacientes en < 70 y ≥ 70 años. Se analizaron variables demográficas, clínicas y analíticas. Se evaluó la disminución de cLDL y el alcance de los objetivos lipídicos (cLDL < 55 mg/dl).

La adherencia se definió como la retirada de al menos el 75% de los envases prescritos. Se analizó la presencia de reacciones adversas (RA). Para el análisis estadístico se utilizó IBM-SPSS-Statistics.

Resultados: Se incluyeron 80 pacientes (31 pacientes \geq 70 años), la mayoría inició el tratamiento con AB en prevención secundaria. Las principales características se recogen en la tabla. En cuanto a las características basales, se observó más intolerancia a estatinas en pacientes más jóvenes (42% vs. 22%, p 0,06). No hubo diferencias en el tratamiento lipídico antes del inicio de AB (estatinas $>$ 89%; ICPSK 8,2 vs. 6,5%) ni en la adherencia al tratamiento entre ambos subgrupos. En cuanto a los niveles de colesterol, el tratamiento con AB se asoció con una reducción similar (reducción colesterol total 25% vs. 20%, cLDL 37% vs. 32%, no cHDL 30% vs. 20%, todas $p >$ 0,05). La tasa de RA en el seguimiento a corto plazo fue baja (2%), sin diferencias.

	< 70 años (n = 49; 61%)	\geq 70 años (n = 31, 38%)	p
Sexo femenino	57,1%	41,9%	0,18
Hipertensión arterial	69,4%	80,6%	0,26
Diabetes	75,5%	77,7%	0,84
Dislipemia	95,9%	96,8%	0,84
Tabaco	51%	35,5%	0,17
Cardiopatía isquémica crónica	67,3%	80,6%	0,19
Enfermedad renal crónica	32,7%	45,2%	0,26
Indicación prevención secundaria	77,6%	90,3%	0,14
Intolerancia a estatinas	42,9%	22,6%	0,06
Tratamiento previo	89,8%	90,3%	0,93
Estatinas alta intensidad			
Inhibidores PCSK9	8,2%	6,5%	0,77
Adherencia al tratamiento	87,8%	90,3%	0,72
Reacciones adversas	2%	0%	0,42
Colesterol total previo (mg/dl)	184 \pm 58	165 \pm 34	0,09
LDL previo (mg/dl)	106 \pm 41	92 \pm 28	0,11
No HDL previo (mg/dl)	135 \pm 55	118 \pm 34	0,12
Colesterol total post (mg/dl)	137 \pm 33	135 \pm 30	0,79
LDL post (mg/dl)	66 \pm 24	69 \pm 23	0,61
No HDL post (mg/dl)	94 \pm 31	96 \pm 31	0,75

Conclusiones: El AB en mayores se asocia con una reducción de los parámetros lipídicos equivalente a la observada en población de menor edad con un perfil de seguridad similar. Constituye una nueva herramienta en el arsenal terapéutico para el manejo de la dislipemia en el paciente mayor.

O-18. MANEJO DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN OCTOGENARIOS. COMPARACIÓN EN VIDA REAL CON EL ESTUDIO MOSCA-FRAIL

Alejandro Lara García¹, Rocío Menéndez Colino², Lucía Canales Muñoz¹, Joaquín Vila García¹, Sandra Ofelia Rosillo Rodríguez¹ y Raúl Moreno Gómez¹

¹Servicio de Cardiología, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España. ²Servicio de Geriátrica, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España.

Introducción y objetivos: Debido al envejecimiento de la población, el 30-40% de los pacientes que sufren un síndrome coronario agudo (SCA) tienen más de 75 años. Esta población tiene mayor riesgo de presentar enfermedad coronaria más

compleja, siendo la mortalidad ante un SCA mucho mayor por encima de los 80 años, alrededor del 33,6%. Estudios como el MOSCA-FRAIL y el FIRE han explorado cómo tratar el SCA en los pacientes ancianos, con resultados dispares. El objetivo de nuestro trabajo fue analizar el perfil de pacientes octogenarios ingresados por SCA y compararlo con los pacientes del estudio MOSCA-FRAIL.

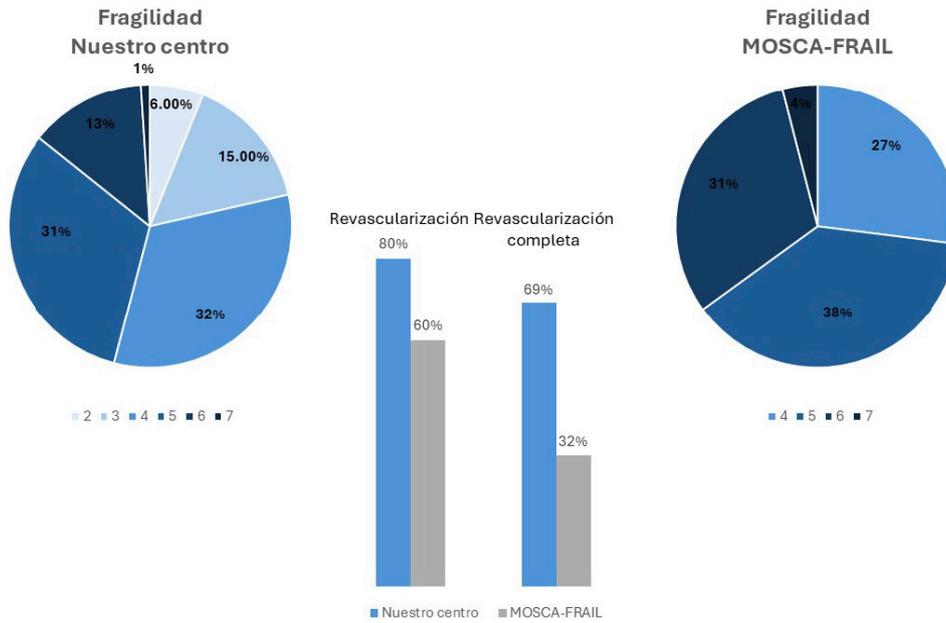
Métodos: Estudio observacional retrospectivo que incluyó pacientes octogenarios que sufrieron un SCA entre enero de 2023 y abril de 2024. Se analizó el perfil clínico, así como la fragilidad de estos pacientes, utilizando la escala Clinical Frailty Scale. Comparamos el manejo realizado, la mortalidad a los 30 días y las complicaciones con el grupo invasivo del estudio MOSCA-FRAIL.

Resultados: Se identificaron 67 pacientes (45% de ingresos de octogenarios). Las características basales se describen en la tabla. Incluimos un 21% de pacientes no frágiles y un 79% de pacientes frágiles, habiendo mayor proporción de fragilidad 4 y 5 en nuestra población en comparación con el MOSCA-FRAIL, donde predominaba el grupo 5 y 6 (13% frente a 31%, $p = 0,01$ [figura]). La mediana de hospitalización fue de 2 días (RIC 1-3) en comparación con 9 días, con un 5% de mortalidad. El 80% de los pacientes fue revascularizado frente al 60% ($p = 0,01$), siendo en un 69% la revascularización completa en comparación con un 32% ($p = 0,01$). Entre los efectos adversos más relevantes se encuentran un 24% de insuficiencia cardíaca y un 34% de fracaso renal.

Características basales			
	Nuestro centro (n = 67)	MOSCA-FRAIL (n = 84)	p
Edad (años), mediana (RIC)	85 (81-89)	86 (81-91)	-
Sexo			
Varón	39 (58%)	52 (62%)	0,740
Mujer	28 (41%)	32 (38%)	0,835
Hipertensión arterial	57 (85%)	77 (92%)	0,271
Diabetes mellitus	31 (46%)	50 (60%)	0,121
Hipercolesterolemia	52 (77%)	63 (75%)	0,925
Fumador	4 (6%)	3 (4%)	0,852
Cardiopatía isquémica crónica	25 (37%)	19 (23%)	0,089
Enfermedad renal crónica	8 (12%)	39 (46%)	0,00001
Enfermedad arterial periférica	4 (6%)	9 (11%)	0,430
Ictus	5 (7%)	13 (16%)	0,150
Fibrilación auricular	10 (15%)	26 (31%)	0,035
Clinical Frailty Scale			
2	4 (6%)	-	-
3	10 (15%)	-	-
4	22 (32%)	23 (27%)	0,623
5	21 (31%)	32 (38%)	0,468
6	9 (13%)	26 (31%)	0,015
7	1 (1%)	3 (4%)	0,529
Síndrome coronario agudo			
SCASEST	22 (33%)	84 (100%)	0,00001
SCACEST	45 (67%)	-	-

Tabla con las características basales de nuestros pacientes comparados con el grupo invasivo del MOSCA-FRAIL.

Conclusiones: En nuestro centro el manejo del SCA es diferente al estudio MOSCA-FRAIL. Siendo pacientes similares, la mayoría de nuestros pacientes sí recibieron revascularización completa sin un llamativo aumento de la hospitalización o la mortalidad.



Comunicación O-18 Figura
Fragilidad en nuestro centro frente a los pacientes del grupo invasivo MOSCA-FRAIL. Comparación entre los porcentajes de revascularización entre ambos centros.

O-19. VISIÓN DE LA ATENCIÓN CARDIOLÓGICA AL PACIENTE OCTOGENARIO: NIVEL DE INTERVENCIONISMO EN LA UNIDAD CORONARIA

Alejandro Lara García¹, Rocío Menéndez Colino², Lucía Canales Muñoz¹, Joaquín Vila García¹, Sandra Ofelia Rosillo Rodríguez¹ y Raúl Moreno Gómez¹

¹Servicio de Cardiología, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España. ²Servicio de Geriátrica, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España.

Introducción y objetivos: Es habitual que exista un límite de edad para ingresar en una UCI. Algunos estudios sugieren que la fragilidad predice mejor la supervivencia que la edad en sí misma. La unidad coronaria (UC) es una UCI diferente porque recoge pacientes más ancianos ya que la enfermedad cardiovascular se suele presentar en edades más avanzadas. El objetivo de nuestro estudio es analizar los octogenarios que ingresaron en la UC, las complicaciones e intervenciones que se realizaron, así como el impacto de la fragilidad.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo que incluyó pacientes octogenarios ingresados entre 2023 y 2024. Se evaluó la fragilidad usando la escala *Clinical Frailty Scale*. Analizamos las complicaciones, mortalidad y comparamos las intervenciones agresivas frente a un grupo de menores de 80 años del mismo periodo.

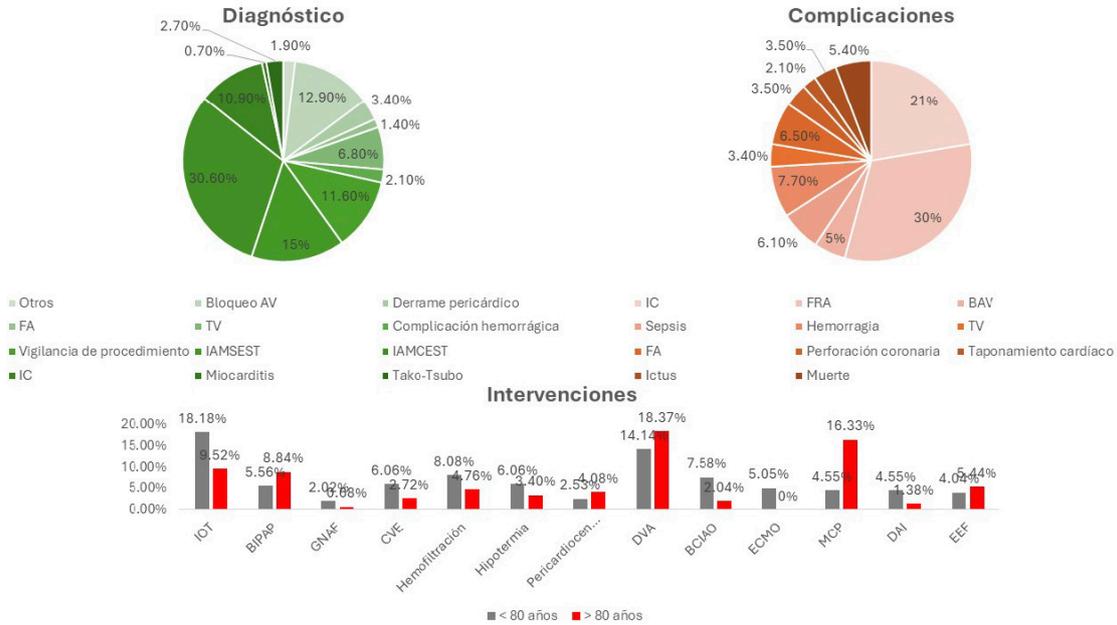
Resultados: Se detectaron 147 pacientes (14% ingresados). Las características basales se describen en la tabla. Se incluyeron un 15% de pacientes no frágiles y un 85% de pacientes frágiles. El grupo de fragilidad moderada «5» fue el de mayor tamaño (35%). La mediana de hospitalización fue de 2 días (RIC 1-3), con un total de 5% de muertes durante el ingreso. Los diagnósticos más frecuentes fueron IAMCEST, IAMSEST y bloqueo AV. Las complicaciones más frecuentes fueron FRA e IC, destacando también las hemorragias (8%) y la sepsis (6%). Comparando las intervenciones realizadas en octogenarios con los menores de 80 años, se realizó más implante de marcapasos (16%, p = 0,002) y menos intubación (9%, p = 0,02) e implante de asistencias mecánicas (2%, p = 0,02) (figura). El resto fueron similares en ambos grupos. No hubo diferencias

significativas en cuanto a la presencia de fragilidad y la realización de intervenciones agresivas (p = 0,35), lo que sugiere que no se tuvo en cuenta este parámetro para ajustar la actitud intervencionista. Tampoco se encontraron diferencias entre fragilidad y mortalidad (p = 0,47).

Características basales (n = 147)	
Edad (años), mediana (RIC)	85 (81-89)
Sexo	
Varón	76 (52%)
Mujer	71 (48%)
FRCV	
Hipertensión arterial	124 (84%)
Diabetes mellitus	61 (41%)
Hipercolesterolemia	107 (73%)
Fumador	7 (5%)
Cardiopatía isquémica crónica	47 (32%)
Insuficiencia cardiaca	29 (20%)
EPOC	13 (9%)
Enfermedad renal crónica	27 (18%)
Enfermedad arterial periférica	10 (7%)
Ictus	15 (10%)
Fibrilación auricular	32 (22%)
Estenosis aórtica	33 (22%)
<i>Clinical Frailty Scale</i>	
2	5 (3%)
3	17 (12%)
4	43 (29%)
5	51 (35%)
6	27 (18%)
7	4 (3%)

Tabla con las características basales de los pacientes octogenarios que ingresan en la unidad coronaria.

Conclusiones: En nuestro estudio, los octogenarios enfrentan complicaciones significativas, sin un claro ajuste en el intervencionismo basado en la fragilidad. Esto recalca la importancia de considerar la fragilidad como un factor importante en la atención al paciente anciano.



Comunicación O-19 Figura
Diagnósticos, complicaciones e intervenciones agresivas en los pacientes octogenarios que ingresan en la unidad coronaria.

O-21. RESULTADOS DE LA HEMORRAGIA EXTRACRANEAL DURANTE EL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL EN POBLACIÓN MAYOR

Belén Biscotti Rodil¹, Vicente Peruyero Gil¹,
Freddy Andrés Delgado Calva², Juan Duarte Torres¹
y David Martí Sánchez¹

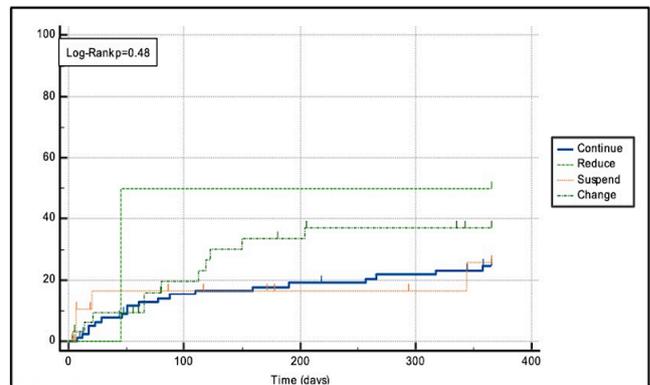
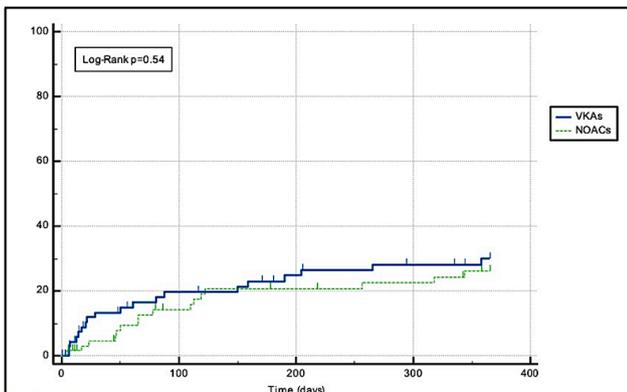
¹Servicio de Cardiología, Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla, Madrid, España. ²Servicio de Cardiología, Complejo Asistencial Universitario de Soria, Soria, España.

Introducción y objetivos: Los anticoagulantes orales son la piedra angular en la prevención tromboembólica. A pesar de los avances, la hemorragia sigue siendo su principal reto. Nuestro estudio tuvo como objetivo analizar el perfil clínico de una población con hemorragia extracranial durante la anticoagulación oral, la tasa de recurrencia a 1 año y las diferencias en los resultados entre los grupos anticoagulantes basales y las estrategias a largo plazo.

Métodos: Registro retrospectivo de pacientes consecutivos con sangrado mayor atendidos en un hospital terciario durante el periodo 2018-2021 y que cumplieron los siguientes

criterios: 1) tratamiento ACOD o AVK, sin tratamiento antiplaquetario concomitante; 2) requerimiento transfusional, y 3) localización extracranial objetiva del origen del sangrado. Se analizaron características basales, tratamiento agudo del episodio, así como la estrategia de manejo definitivo y la evolución clínica. El parámetro de valoración principal fue la incidencia acumulada de un nuevo sangrado ISTH mayor o clínicamente relevante a 12 meses.

Resultados: La población comprendió 221 pacientes que cumplieron los criterios de selección (tabla). La edad media fue de 83 ± 9 años. Se observó una alta prevalencia de patologías concomitantes como la insuficiencia cardíaca y el sangrado previo. Poco más de la mitad de los pacientes recibían ACOD. Estos eran de mayor edad, tenían una mayor carga de comorbilidades y un mayor riesgo trombótico. Durante el seguimiento de 1 año, 52 pacientes experimentaron el evento primario (incidencia acumulada 23,5%, intervalo de confianza del 95%: 17,3-29,5). Además, una cuarta parte de la población falleció en el primer año tras una hemorragia extracranial. No se observaron diferencias en la incidencia de sangrado según el grupo de anticoagulación basal ni según la estrategia anticoagulante definitiva (figs. 1 y 2).



Comunicación O-21 Figuras 1 y 2
Resultados del objetivo primario según estrategia al alta y según el tipo de agente anticoagulante basal.

Características basales			
	ACOD (n: 114)	AVK (n: 107)	p
Edad	85,64 ± 6,79	81,56 ± 10,39	0,010*
Varones	43 (38,1%)	48 (45,1%)	
IC	58 (50,5%)	44 (40,7%)	0,174
Sangrado previo	38 (33%)	28 (25,9%)	0,295
Demencia	39 (34%)	22 (20,9%)	0,044*
Charlson	3,63 ± 2,43	2,79 ± 1,86	0,020*
CHA2DS2-VASc	5,07 ± 1,55	4,23 ± 1,40	0,000

Conclusiones: Casi ¼ de los pacientes resangran al año independientemente del grupo farmacológico. Nuestros resultados enfatizan la necesidad de investigar en estrategias de reducción de sangrado o terapias alternativas.

O-24. IMPACTO DE LOS SÍNDROMES GERIÁTRICOS EN EL PRONÓSTICO DE LOS PACIENTES JÓVENES INGRESADOS POR INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA

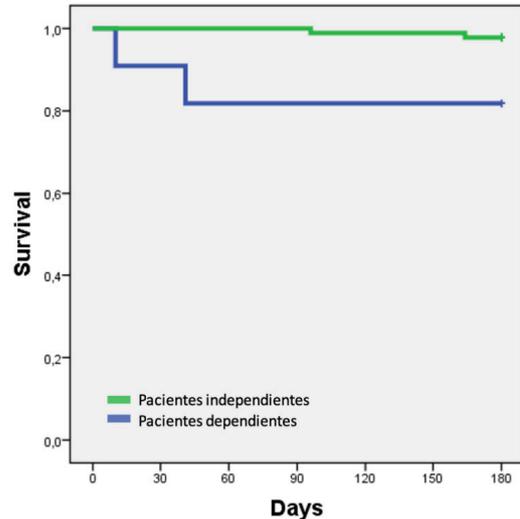
Lara Aguilar Iglesias, Ester Sánchez Corral, María Jesús García Sánchez, Ana Isabel Santos Sánchez, Ana María Merino Merino, Ruth Saez de la Maleta Úbeda y José Ángel Pérez Rivera

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Burgos, Burgos, España.

Introducción y objetivos: Los síndromes geriátricos son muy frecuentes en los pacientes con insuficiencia cardiaca (IC), especialmente entre los pacientes ancianos con comorbilidades. La mayoría de los estudios se centran en ellos. Nuestro objetivo es estudiar la prevalencia y el impacto pronóstico a los 6 meses de los síndromes geriátricos en jóvenes (< 75 años) ingresados por IC aguda (ICA).

Métodos: Estudio observacional y prospectivo. Se incluyeron todos los pacientes con ICA < 75 años ingresados en cardiolo-

gía desde julio de 2020 hasta mayo de 2021. Se determinó fragilidad como FRAIL ≥ 3, dependencia como Barthel < 100, comorbilidad alta como Charlson ≥ 3 y se midió la calidad de vida con la escala Minnesota. Se hizo seguimiento clínico durante 6 meses y se analizó la mortalidad por cualquier causa.



Kaplan-Meier. Curva de supervivencia de los pacientes dependientes a los 6 meses (p = 0,006). Verde: pacientes independientes; azul: pacientes dependientes.

Resultados: 102 pacientes. Edad media: 62 años. 31 pacientes (30,4%) eran mujeres. Las características se resumen en la tabla. Se observó diagnóstico previo de IC en 46 pacientes (45,1%) y la FEVI media fue del 44%. La condición de fragilidad se observó en 17 pacientes (16,7%). La mayoría (91 pacientes, 89,2%) eran completamente independientes. Se detectó una elevada comorbilidad en 45 (44,1%) pacientes. La media de la

Tabla Comunicación O-24 Características basales, biomarcadores y escalas geriátricas

Jóvenes (n = 102)	Independientes (n = 91)	Dependientes (n = 11)	p	Frágiles (n = 17)	No frágiles (n = 85)	p
Mujeres	27 (29,7%)	4 (36,4%)	0,648	6 (35,3%)	25 (29,4%)	0,630
Hipertensión	55 (60,4%)	7 (63,6%)	0,837	14 (82,4%)	48 (56,5%)	0,046
Diabetes mellitus	27 (29,7%)	4 (36,4%)	0,648	10 (58,8%)	21 (24,7%)	0,005
EPOC	9 (9,9%)	2 (18,2%)	0,402	5 (29,4%)	6 (7,1%)	0,007
Neoplasia previa	17 (18,7%)	1 (9,1%)	0,431	7 (41,2%)	11 (12,9%)	0,005
Enfermedad arterial coronaria	18 (19,8%)	3 (27,3%)	0,562	6 (35,3%)	15 (17,6%)	0,100
IC previa	40 (44,0%)	6 (54,5%)	0,505	7 (41,2%)	39 (45,9%)	0,722
FEVI ≤ 40%	16 (17,6%)	5 (45,5%)	0,031	5 (29,4%)	16 (18,8%)	0,324
IM moderada o grave	20 (22,0%)	5 (45,5%)	0,087	6 (35,3%)	10 (11,8%)	0,015
IECA al alta	35 (38,5%)	3 (27,3%)	0,468	7 (41,2%)	31 (36,5%)	0,714
ARNI al alta	34 (37,4%)	5 (45,5%)	0,602	7 (41,2%)	32 (37,6%)	0,785
BB al alta	74 (81,3%)	8 (72,7%)	0,498	14 (82,4%)	68 (80,0%)	0,823
AMR al alta	42 (46,2%)	6 (54,5%)	0,598	8 (47,1%)	40 (47,1%)	1,000
iSGLT2 al alta	24 (26,4%)	5 (45,5%)	0,185	7 (41,2%)	22 (25,9%)	0,202
Diuréticos al alta	68 (74,7%)	9 (81,8%)	0,605	13 (76,5%)	64 (75,3%)	0,918
Alta comorbilidad (Charlson score ≥ 3)	47 (51,6%)	6 (54,5%)	0,856	14 (82,4%)	39 (45,9%)	0,006
Minnesota alto (> 40,38)	37 (40,7%)	8 (72,7%)	0,043	14 (82,4%)	31 (36,5%)	0,001
Frágil (FRAIL ≥ 3)	12 (13,2%)	5 (45,5%)	0,007			
Independiente (Barthel = 100)				12 (70,6%)	79 (92,9%)	0,007

ARM: receptor mineralocorticoide; ARNI: inhibidor de la neprilina del receptor de angiotensina; BB: betabloqueante; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; IC: insuficiencia cardiaca; IECA: inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina; IM: insuficiencia mitral; iSGLT2: inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2.

escala de Minnesota fue de 40,38. La fragilidad en jóvenes parece estar relacionada con mayor comorbilidad, dependencia y peor calidad de vida. La dependencia se relaciona con peores valores previos de FEVI, peor calidad de vida y fragilidad. Solo la dependencia (figura) se asoció significativamente a la mortalidad a los 6 meses ($p = 0,006$), aunque la comorbilidad y la fragilidad mostraron una tendencia no significativa. **Conclusiones:** Las afecciones geriátricas son frecuentes incluso en pacientes jóvenes. Es importante realizar una evaluación geriátrica exhaustiva de nuestros pacientes ingresados por ICA. En nuestra muestra se observó que la dependencia tenía el mayor impacto pronóstico. Esto puede deberse a que la dependencia es un estado irreversible con importantes consecuencias a largo plazo.

O-26. IMPACTO DE LA SEMAGLUTIDA ORAL EN LOS NIVELES DE PROTEÍNA C ULTRASENSIBLE EN PACIENTES MAYORES

Sebastián Mariscal Vázquez, César Jiménez-Méndez, Jesús Rivera del Amo, Ana Ruiz Barrios, Adrián Garrido Vital y Rafael Vázquez García

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, España.

Introducción y objetivos: La inflamación en pacientes con edad avanzada es un predictor de eventos cardiovasculares (CV). La proteína C reactiva (PCR) es un marcador inflamatorio muy sensible, encontrándose elevada en pacientes diabéticos con otras comorbilidades, contribuyendo a aumentar el riesgo CV. Algunos fármacos como la metformina, los inhibidores SGLT2 o los inhibidores de dipeptidil peptidasa-4 reducen los niveles de PCR. Los agonistas del péptido similar al glucagón-1 se han asociado de forma inconsistente con dicha reducción. Se analizó el impacto de la terapia con semaglutida oral en los niveles de PCR en función de la edad.

Métodos: Registro observacional unicéntrico que incluyó a pacientes tratados con semaglutida oral durante el año 2023. Se clasificó a los pacientes en < 70 años y ≥ 70 años.

Resultados: Se incluyeron 128 pacientes, el 45,3% ≥ 70 años (edad media $75,5 \pm 4$ años), 48,3% mujeres. La tabla recoge las principales características. Los ≥ 70 años tenían un alto riesgo CV similar al del grupo < 70 años (elevada prevalencia de factores de riesgo CV, cardiopatía isquémica o insuficiencia car-

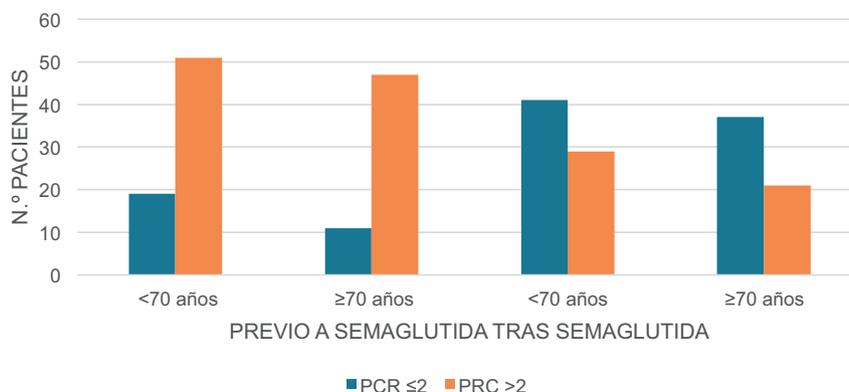
diaca). Sin embargo, los ≥ 70 años recibieron tratamiento con insulina más frecuentemente (15,7% vs. 32,8%). No hubo diferencias en el grupo de mayor edad con respecto a los valores de PCR pretratamiento ni postratamiento. El 63,8% de los pacientes con PCR previa > 2 mg/l redujeron los niveles de PCR ≤ 2 mg/l tras iniciar semaglutida oral (figura). El tratamiento con semaglutida oral redujo de forma consistente los valores de PCR independientemente de la edad. No hubo diferencias en la tasa de abandono entre ambos grupos (7 vs. 5 pacientes; $p = 0,34$), siendo la principal causa la tolerancia gastrointestinal (60% vs. 86%).

Características de los pacientes tratados con semaglutida oral en seguimiento por cardiología

	< 70 (n = 70; 54,7%)	≥ 70 (n = 58; 45,3%)	p
Edad media (años)	60,84 \pm 6,73	75,55 \pm 4,09	$< 0,05$
Sexo mujer	27,1%	48,3%	$< 0,05$
IMC (kg/m ²)	36,4 \pm 9,5	33,8 \pm 4,05	0,55
Hipertensión arterial	81,4%	96,6%	$< 0,05$
Dislipemia	78,6%	82,8%	0,06
Diabetes mellitus	94,3%	100%	0,06
Hemoglobina glicosilada pretratamiento (%)	7,03 \pm 1,08	7,14 \pm 1,31	0,60
OFumador/Exfumador	84,3%	55,2%	$< 0,05$
Síndrome apnea obstructiva	37,1%	39,7%	0,78
Cardiopatía isquémica previa	65,7%	67,2%	0,86
Insuficiencia cardiaca	18,6%	29,3%	0,15
Fibrilación auricular/flutter	24,3%	39,7%	0,06
Enfermedad renal crónica	14,3%	31%	$< 0,05$
Tratamiento concomitante inhibidores SGLT2	65,7%	65,5%	0,98
Tratamiento concomitante insulina	15,7%	32,8%	$< 0,05$
PCR_pretratamiento	6,78 \pm 11	6,99 \pm 7	0,28
PCR_postratamiento	3,22 \pm 9	2,01 \pm 2,37	0,55

Conclusiones: El tratamiento con semaglutida oral redujo los niveles de PCR en pacientes ≥ 70 años con alto riesgo CV. La semaglutida parece tener un importante papel antiinflamatorio en pacientes de edad avanzada. Son necesarios más estudios que amplíen esta interacción.

IMPACTO EN LOS NIVELES DE PROTEÍNA C REACTIVA TRAS INICIO DE SEMAGLUTIDA ORAL



Comunicación O-26 Figura
Impacto en los niveles de proteína C reactiva después de iniciar semaglutida oral.

O-27. VARIABLES ASOCIADAS A LA FUTILIDAD DEL IMPLANTE DE PRÓTESIS AÓRTICA TRANSCATÉTER

Andrea Alonso Campana, Ana Belén Merón Pino, Eugenio Picazo Feu, Miguel Ángel Vallejo Ruiz, José Ramón López Mínguez y Juan Manuel Nogales Asensio

Servicio de Cardiología, Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz, Badajoz, España.

Introducción y objetivos: El implante de prótesis aórtica transcateéter (TAVI) se ha impuesto como primera opción terapéutica en pacientes con estenosis aórtica grave. Esta intervención no está indicada cuando se presume futilidad, definida como la expectativa de vida menor de un año debido a factores comórbidos diferentes a la valvulopatía aórtica. Nuestro objetivo fue identificar las variables basales pre-TAVI predictoras de futilidad y analizar la supervivencia tras TAVI de la población estudiada.

Métodos: Analizamos 525 pacientes consecutivos sometidos a implante exitoso de TAVI vía femoral en nuestro centro, excluyendo aquellos que presentaron muerte por complicaciones del procedimiento. Definimos futilidad de la intervención como la muerte durante el primer año tras el implante.

Resultados: La edad media fue 80,8 ± 5,3 años. La futilidad de la intervención se dio en 33 pacientes (6,3%). La comparativa de variables basales pre-TAVI según la ocurrencia o no de futilidad se muestra en la tabla. En el análisis multivariante, el filtrado glomerular (FG) previo (OR: 0,97; IC95%: 0,94 a 0,99; p = 0,009), la albúmina sérica (OR: 0,35; IC95%: 0,17 a 0,72; p = 0,004), la presencia de enfermedad pulmonar obstructiva (EPOC) (OR: 5,01; IC95%: 2,14 a 11,77; p < 0,001) y de fibrilación auricular (FA) (OR: 4,69; IC95%: 1,93 a 11,39; p = 0,001) se asociaron de forma independiente a la futilidad del procedimiento. La curva de supervivencia de la muestra a estudio se adjunta en la figura.

Conclusiones: La prevalencia de futilidad fue del 6,3%. Las variables basales predictoras de futilidad previas al implante de TAVI fueron el FG, la albúmina sérica, la EPOC y la presencia de FA.

O-28. PREVALENCIA DE DESNUTRICIÓN Y OBESIDAD PREVIO AL IMPLANTE DE PRÓTESIS AÓRTICA TRANSCATÉTER E INFLUENCIA PRONÓSTICA A CORTO Y LARGO PLAZO

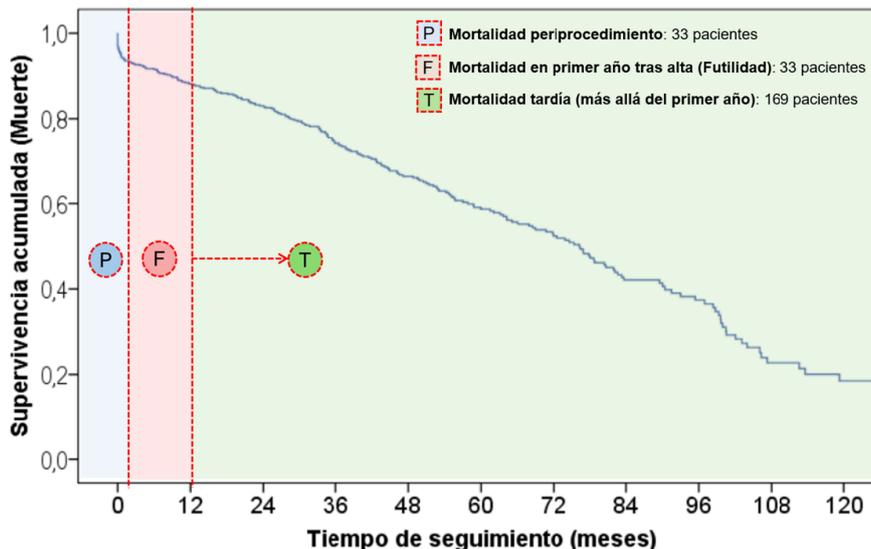
Eugenio Picazo Feu, Miguel Ángel Vallejo Ruiz, Andrea Alonso Campana, Ana Belén Merón Pino, José Ramón López Mínguez y Juan Manuel Nogales Asensio

Servicio de Cardiología, Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz, Badajoz, España.

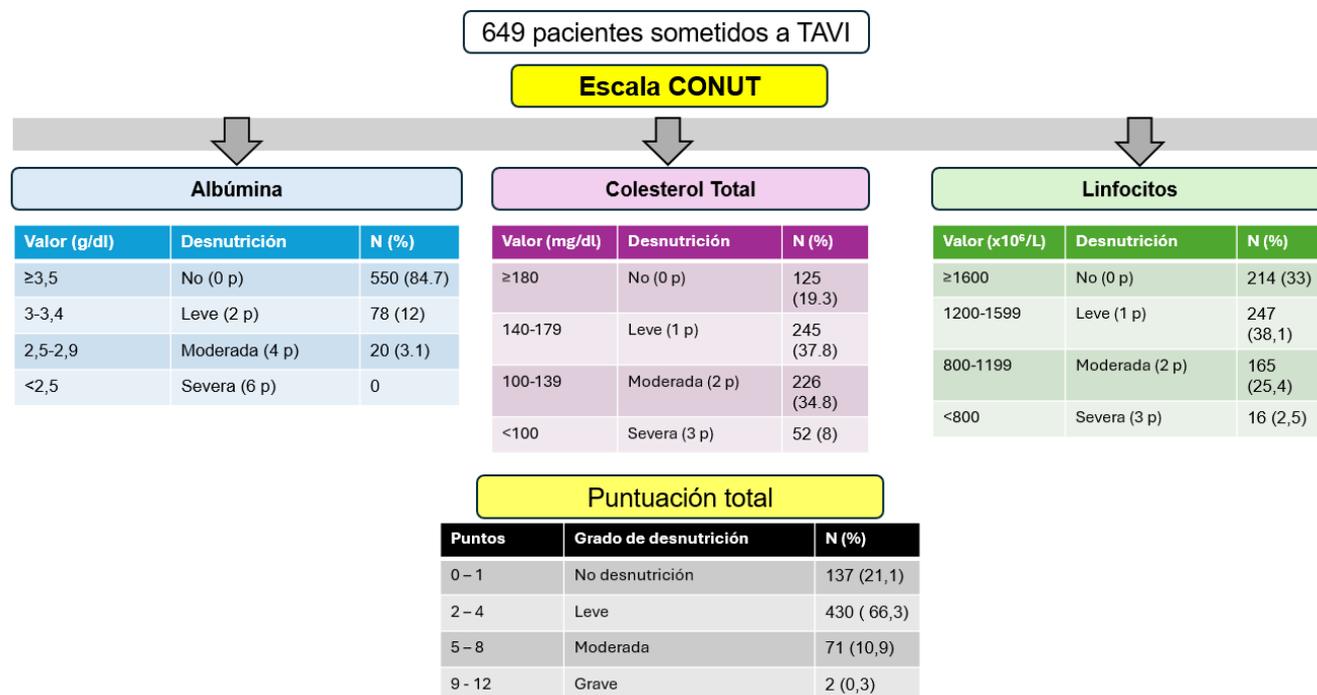
Introducción y objetivos: Actualmente existe escasa evidencia acerca de la prevalencia de desnutrición y obesidad en pacientes con estenosis aórtica grave que van a someterse a un implante de válvula aórtica transcateéter (TAVI). El objetivo de este estudio es describir el estado nutricional y el índice de masa corporal (IMC) previo al procedimiento y su influencia pronóstica a corto y largo plazo.

Métodos: Analizamos 649 pacientes consecutivos sometidos a TAVI vía femoral. Se utilizó la escala CONUT para evaluar el estado nutricional, así como la presencia de obesidad según el IMC, previos al implante. La comorbilidad clínica se evaluó mediante la escala Charlson. Realizamos un seguimiento clínico (media: 38 meses) tras el alta y evaluamos la influencia de estas variables en la supervivencia.

Comparativa de variables basales pre-TAVI según la presencia de futilidad tras el mismo			
	Supervivencia < 1 año (33 pacientes)	Supervivencia > 1 año (492 pacientes)	p
Edad	81,7 ± 5,7	80,7 ± 5,4	0,297
Hb previa	11,7 ± 1,4	12,5 ± 1,7	0,010
FG previo	52,0 ± 12,4	61,8 ± 17,8	0,002
Albúmina pre	3,7 ± 0,5	3,9 ± 0,5	0,001
FA previa	26 (78,8%)	193 (39,2%)	< 0,001
BRD	6 (18,2%)	34 (6,9%)	0,031
Obesidad	18 (54,5%)	174 (35,4%)	0,033
EPOC	11 (33,3%)	40 (8,1%)	< 0,001
Comorbilidad alta	24 (72,7%)	290 (59,9%)	0,145
Charlson (puntuación)	3,6 ± 1,3	3,1 ± 1,7	0,121



Comunicación O-27 Figura
Curva de supervivencia de la población estudiada de pacientes sometidos a TAVI femoral.



Comunicación O-28 Figura

Resultados: La edad media fue $80,6 \pm 5,4$ años. Las mujeres eran mayores que los varones ($81,5$ frente a $79,6$; $p < 0,01$). La situación nutricional previa al implante según la escala CONUT se muestra en la figura. Acorde a la escala de Charlson, 90 pacientes no presentaban comorbilidad (0-1 puntos), 83 comorbilidad baja (2 puntos) y 450 alta (≥ 3 puntos). Las variables basales que se asociaron con mayor incidencia de muerte periprocedimiento (durante el ingreso) y temprana (< 1 año) fueron: obesidad (OR: 1,90; $p = 0,019$), albúmina (OR: 0,48; $p = 0,008$) y el filtrado glomerular (OR: 0,98; $p = 0,022$). La edad (HR: 1,03; $p = 0,034$), la obesidad (HR: 1,59; $p = 0,001$), la presencia de desnutrición moderada/grave (CONUT > 4) (HR: 1,51; $p = 0,034$) y de comorbilidad alta (Charlson > 2) (HR: 1,41; $p = 0,018$) se asociaron de forma independiente a mayor tasa de mortalidad tras el procedimiento.

Conclusiones: La prevalencia de desnutrición, obesidad y comorbilidad es alta entre los pacientes sometidos a TAVI. La edad, la desnutrición moderada/grave, la obesidad y los factores comórbidos se asocian a mayor mortalidad a largo plazo tras el implante de TAVI.

O-29. CAÍDA CENTINELA COMO MANIFESTACIÓN ATÍPICA DE SÍNDROME CORONARIO AGUDO

César Orlando Cruz Tapia

Servicio de Geriátrica, Hospital General de Zona 53 Los Reyes Paz, Instituto Mexicano del Seguro Social, Los Reyes Acaquilpan, México.

Introducción y objetivos: Determinar la asociación entre la presencia de caída centinela como manifestación atípica del síndrome coronario agudo en pacientes ancianos mayores de 70 años.

Métodos: Se evaluaron 70 paciente con diagnóstico de síndrome coronario agudo (SCA), de los cuales 36 (45%) cumplieron los criterios de caída centinela como presentación atípica. Se realizó prueba de correlación no paramétrica (Kruskal-Wallis

por muestra y grupos independientes), con el objetivo de evaluar si existe alguna relación entre la caída centinela y el SCA. **Resultados:** Como resultado del estudio, se encontró una distribución positiva ($p = 0,018$) para la caída centinela como presentación atípica asociada a síndrome coronario agudo. **Conclusiones:** Se determinó entonces que existe correlación positiva entre estas dos variables. Por lo tanto, se concluye que la caída centinela, al ser un síndrome geriátrico mayor, se puede considerar como parte de la presentación atípica de la enfermedad coronaria aguda, de acuerdo con los resultados de este estudio.

O-31. FIBRILACIÓN AURICULAR EN PACIENTES MAYORES CON INSUFICIENCIA CARDIACA: PREVALENCIA, FACTORES DE RIESGO E IMPACTO EN SALUD

Patricia Cancelo Reyero¹, Laura Samaniego Vega¹, Laura Trujillo Torres¹, José Gutiérrez Rodríguez^{1,2}, Eva María López Álvarez^{1,2} y Ana Sanz González^{1,2}

¹Área de Gestión Clínica de Geriátrica, Hospital Monte Naranco, Oviedo, Asturias, España. ²Instituto de Investigación Sanitaria del Principado de Asturias (ISPA), Oviedo, Asturias, España.

Introducción y objetivos: La fibrilación auricular (FA) y la insuficiencia cardiaca (IC) son patologías íntimamente relacionadas y con alta prevalencia en la población anciana. Por ello, parece relevante estudiar de forma conjunta ambas enfermedades. Con este trabajo pretendemos analizar la prevalencia y los factores de riesgo asociados a FA en pacientes mayores ingresados por IC en una unidad de agudos de geriatría (UGA) y analizar su impacto sobre la hospitalización y la mortalidad.

Métodos: Estudio longitudinal y prospectivo. Incluye pacientes ≥ 85 años ingresados por IC en una UGA. Se realizó seguimiento a 2 años. La asociación estadística se realizó utilizando χ^2 y T Student. Se consideraron diferencias significativas $p < 0,05$.

Resultados: 236 pacientes (90 ± 3,9 años, mujeres 66,1%). Puntuaciones en índice de Barthel (IB) 68,2 ± 29,4, Short Physical Performance Battery (SPPB) 2,63 ± 2,7, Pfeiffer 3,8 ± 2,8 y Mini Nutritional Assessment (MNA-SF) 8,5 ± 2,6. Prevalencia de FA 62,3%. Se encontró asociación estadística entre FA y dislipemia (39,5% FA vs. 53,9% no FA), tratamiento con diuréticos (87,1% vs. 73%), betabloqueantes (51% vs. 23,6%), antagonistas angiotensina (18,4% vs. 32,6%), digitálicos (13,6% vs. 1,1%), antiagregantes (19,7% vs. 47,2%), antivitaminas K (39,5% vs. 1,1%) y anticoagulantes orales (29,3% vs. 3,4%). No se detectó relación con la mortalidad, pero sí con la hospitalización a los 2 años por IC (71,2% vs. 55,9%) y la visita a urgencias en 2 años por esta misma causa (59,9% vs. 36%).

Conclusiones: En nuestra población, objetivamos una alta prevalencia de FA. Esta patología condiciona más visitas a urgencias y hospitalizaciones por IC a los 2 años de seguimiento.

O-32. ¿LA HOSPITALIZACIÓN ES BUEN MOMENTO PARA ADECUAR LA PRESCRIPCIÓN DE ANTICOAGULANTES EN MAYORES CON INSUFICIENCIA CARDIACA?

Laura Samaniego Vega¹, Patricia Cancelo Reyero¹, Julieth Caballero Velasquez¹, José Gutiérrez Rodríguez^{1,2}, Eva María López Álvarez^{1,2} y Ana Sanz González^{1,2}

¹Área de Gestión Clínica de Geriátrica, Hospital Monte Naranco, Oviedo, Asturias, España. ²Instituto de Investigación Sanitaria del Principado de Asturias (ISPA), Oviedo, Asturias, España.

Introducción y objetivos: La fibrilación auricular (FA) y la insuficiencia cardiaca (IC) son patologías íntimamente relacionadas y con alta prevalencia en la población anciana. Se ha descrito una prescripción subóptima de anticoagulantes de acción directa (ACOD) en pacientes mayores con FA e IC. Con este trabajo pretendemos estudiar la prescripción de anticoagulantes en pacientes mayores con FA ingresados por IC en una unidad de agudos de geriatría (UGA) y describir factores asociados a la baja prescripción de ACOD.

Métodos: Estudio transversal sobre pacientes ≥ 85 años hospitalizados por IC y con diagnóstico previo de FA. Se recogen variables en el momento del ingreso. La asociación estadística

se realizó utilizando χ^2 y ANOVA. Se consideraron diferencias significativas $p < 0,05$.

Resultados: 147 pacientes incluidos (89,8 ± 3,9 años, mujeres 65,3%). Puntuaciones en índice de Barthel (IB) 69,8 ± 29,4, Short Physical Performance Battery (SPPB) 2,8 ± 2,6, Pfeiffer 3,9 ± 2,8 y Mini Nutritional Assessment (MNA-SF) 8,4 ± 2,5. Anticoagulación con antivitaminas K (avK) 24,6%; ACOD 18,2%; heparina bajo peso molecular (HBPM) 4,7%; sin anticoagulación 14,8%. Se encontró asociación estadística con edad (89,3 ± 3,2 avK vs. 89 ± 3,5 ACOD vs. 90,5 ± 3,7 HBPM vs. 91,5 ± 4,8 sin anticoagulación), IB ingreso (50,9 ± 27,5 vs. 49,5 ± 24,7 vs. 69,1 ± 30 vs. 41,4 ± 30,7), Lawton (2,4 ± 2,3 vs. 1,4 ± 1,7 vs. 2,8 ± 2 vs. 1,5 ± 1,8) y fármacos al ingreso (9,4 ± 3,2 vs. 9,3 ± 2,5 vs. 11,5 ± 4,4 vs. 7,3 ± 3,7). También se encontró asociación con depresión (13,8% vs. 41,9% vs. 27,3% vs. 37,1%), tratamiento previo con diuréticos (94,8% vs. 90,7% vs. 90,9% vs. 68,6%) y polifarmacia (86,2% vs. 95,3% vs. 90,9% vs. 68,6%).

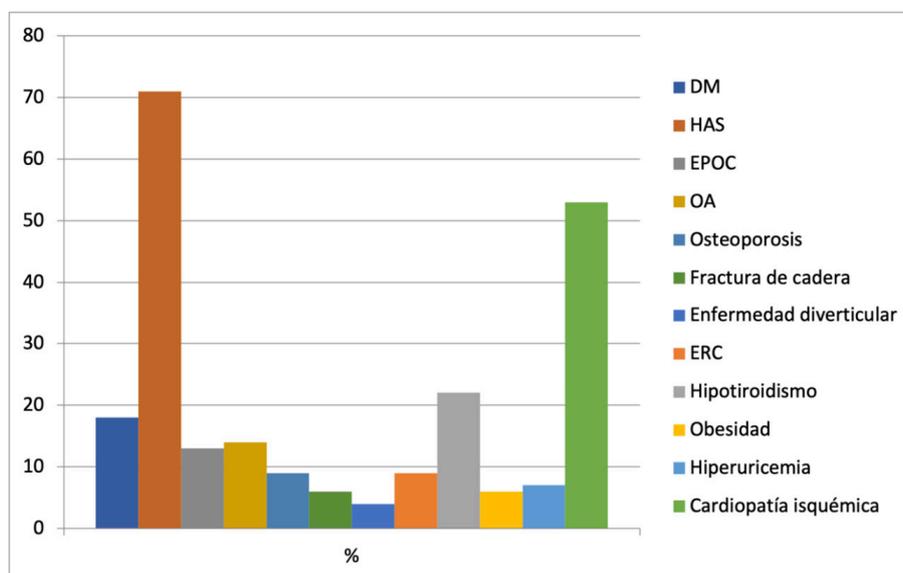
Conclusiones: Se detecta mayor prescripción de avK que de ACOD y los pacientes más mayores y con mejor situación funcional presentan una mayor prescripción de HBPM. Es decir, existe un número considerable de pacientes con prescripción subóptima de ACOD al ingreso y que podrían beneficiarse de estrategias de intervención dirigidas a mejorar la ACO.

O-38. USO DE FÁRMACOS POTENCIALMENTE INAPROPIADOS EN ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

David Ulises Domínguez Rivera^{1,2} y Luis Alberto Lasses y Ojeda¹

¹Clínica de Cardiología Geriátrica, Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, Ciudad de México, México. ²Academia de Geriátras del Sureste de México, San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, México.

Introducción y objetivos: El envejecimiento poblacional ha condicionado un aumento en la prevalencia de enfermedad cardiovascular (ECV). La identificación de fármacos potencialmente inapropiados y la polifarmacia en el adulto mayor es un marcador pronóstico con respecto a los efectos adversos, interacciones fármaco-fármaco, fármaco-enfermedad y fármaco-alimento, lo cual se traduce en un aumento en la



Comunicación O-38 Figura

Comorbilidades de pacientes mayores de 65 años con enfermedad cardiovascular atendidos en el Servicio de Cardiología Geriátrica del INC Ignacio Chávez.

morbimortalidad, años de discapacidad y calidad de vida. Los objetivos fueron determinar la prevalencia del uso de fármacos potencialmente inapropiados en el adulto mayor con ECV en el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez según los criterios de Beers 2023, así como los tipos de ECV, comorbilidades y los síndromes geriátricos asociados.

Métodos: Se trata de un estudio observacional, transversal y descriptivo. Se incluyeron 100 pacientes adultos mayores de 65 años de la consulta externa del servicio de Cardiología Geriátrica del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez que contaban con valoración geriátrica integral.

Resultados: Se analizaron 62 mujeres (62%) y 38 varones (38%). La media de edad fue de 89 años (desviación estándar [DE]: 3,6 años). Del total de pacientes, el 69% presentaron al menos un fármaco potencialmente inapropiado (FPIAM) de acuerdo con los criterios de Beers 2023 (tabla). Las comorbilidades presentes en los pacientes con FPIAM fueron las siguientes: hipertensión arterial sistémica 71%, cardiopatía isquémica 53%, hipotiroidismo 22% y diabetes mellitus 18% (figura). Los síndromes geriátricos más frecuentes fueron: polifarmacia 91% (media de fármacos 5,5, DE 2,5), déficit visual 66%, trastorno de la marcha 51%, déficit auditivo 47%, incontinencia urinaria 16%, síndrome de caídas 23%, deterioro cognitivo leve 16%, trastornos afectivos 15% y dolor crónico 15%.

Fármacos potencialmente inapropiados según criterios de Beers 2023 identificados en pacientes del Servicio de Cardiología Geriátrica del INC Ignacio Chávez

Fármaco	Porcentaje
Aspirina como prevención primaria de enfermedad cardiovascular	21%
Verapamilo en insuficiencia cardiaca con fracción de expulsión reducida	1%
Digoxina como primera línea en fibrilación auricular	4%
Digoxina como primera línea en insuficiencia cardiaca con fracción de expulsión reducida	2%
Amiodarona como primera línea en fibrilación auricular (excepto en insuficiencia cardiaca o hipertrofia ventricular izquierda)	2%
Inhibidores de la bomba de protones por más de 8 semanas en pacientes sin alto riesgo*	13%
Antiinflamatorios no esteroideos (AINE)	5%
Glibenclamida	2%
Benzodiazepinas	3%
Anti-H2 (ranitidina)	1%
Cinazina	1%
Tramadol	3%
Cilostazol	1%
Paroxetina	1%
Mirtazapina	1%
Nitrofurantoína	1%
Antipsicóticos atípicos (quetiapina)	2%
Gabapentina	1%
Terasozina	1%

*Uso crónico de corticosteroides orales o de AINE, esofagitis erosiva, esofagitis de Barret, condiciones hipersecretoras patológicas o evidencia de necesidad de mantenimiento de tratamiento con inhibidores de la bomba de protones (IBP).

Conclusiones: Este estudio permite demostrar que la prescripción de fármacos potencialmente inapropiados es prevalente en los adultos mayores con enfermedad cardiovascular. Se debe hacer una revisión de los criterios de Beers al abordar a cualquier paciente adulto mayor, principalmente a aquellos con patología cardiovascular.

O-39. USO DE ANTICOAGULANTES ORALES EN CATALUÑA DE 2016 A 2023

Mireia Andrés Villarreal¹, Daniel López Codina², Clara Prats Soler², Mateo Acedo Anta¹, M. Betlem Salvador González¹ y Laia Alcober Morte³

¹Ambit d'Atenció Primària Metropolitana Sud, Institut Català de la Salut, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España. ²Grupo de Biología Computacional y Sistemas Complejos (BIOCOM-SC), Universitat Politècnica de Catalunya, Castelldefels, Barcelona, España. ³Equip d'Atenció Primària Sant Josep, Gerència d'Atenció Primària i Comunitària Delta, Institut Català de la Salut, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España.

Introducción y objetivos: Aunque han pasado más de 13 años desde la introducción de los anticoagulantes orales de acción directa (ACOD), se desconoce su impacto en las tasas de anticoagulación ambulatoria. Pretendemos describir el uso de anticoagulantes orales en Cataluña, por grupos de edad y sexo, y evaluar el gasto asociado.

Métodos: Análisis descriptivo basado en datos poblacionales de facturación de fármacos y demográficos de fuentes oficiales abiertas.

Resultados: Entre 2016 y 2023 el uso de anticoagulantes se incrementó un 64% (intervalo de confianza [IC] 60-68%) a expensas de ACOD (incremento 682%, IC: 643-720, de 15.706 a 122.856 envases/mes) y descenso de antivitamina K (AVK) (39%, IC: 30-48, de 93.263 a 56.811 envases/mes) (fig. 1). 220.296 habitantes de 7.483.747 (2,94%) tenían ≥ 85 en 2016 y 257.972 de 7.900.489 (3,27%) en 2023. En ≥ 85 años el incremento de ACOD fue 1.113% (IC 1.060-1.167, de 3.451 a 41.888 envases/mes) y el descenso de AVK 33% (IC: 22-43, de 18.153 a 12.155 envases). En este grupo de edad el uso de anticoagulantes orales en 2023 fue mayor en varones (0,13 vs. 0,10 envases mensuales/habitante, p < 0,001 en 2016 y 0,23 vs. 0,19, p < 0,001 en 2023) y el uso proporcional de ACOD, mayor en mujeres (22,46% vs. 20,34%, p < 0,001 en 2016 y 75,5% vs. 72,3%, p < 0,001 en 2023) (fig. 2). El gasto asociado a anticoagulantes orales se ha incrementado un 541% (IC 525-556%, de 1.500.134 a 9.615.967 €).

Envases facturados mensualmente: AVK - ACOD

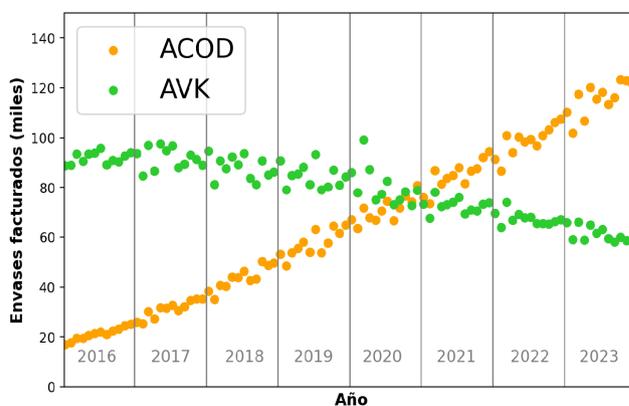
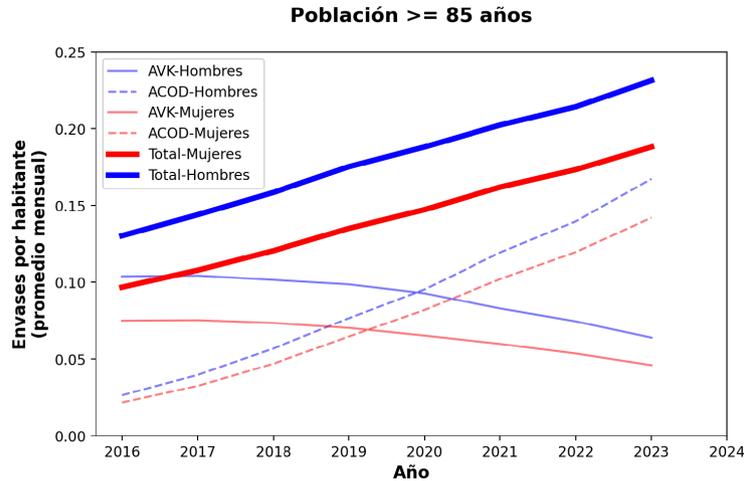


Figura 1 Número de envases facturados mensualmente de ACOD y AVK entre 2016 y 2023.

Conclusiones: El uso de anticoagulantes orales y el gasto asociado se han incrementado recientemente en Cataluña, a expensas de un uso creciente de ACOD, particularmente en la población ≥ 85 años. En este colectivo el uso de anticoagulantes orales es mayor en varones y la proporción de ACOD es superior en mujeres.



Comunicación O-39 Figura 2

Envases facturados por habitante (promedio mensual) por año, en el grupo de ≥ 85 años, varones y mujeres: anticoagulantes totales, AVK y ACOD.

O-40. PLAQUETOPENIA TRAS EL IMPLANTE PERCUTÁNEO DE VÁLVULA AÓRTICA: ¿IMPACTA EN EL PRONÓSTICO DEL PACIENTE?

Carlos Rodríguez Carneiro¹, Adrián Martínez Roca¹, Guillermo Pablo de la Osa Hernández², Alejandro Lara García¹, Elsa Prieto Moriche², Ángel Manuel Iniesta Manjavacas² y José Raúl Moreno Gómez³

¹Servicio de Cardiología, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España. ²Sección de Cardiología Clínica, Servicio de Cardiología, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España. ³Sección de Hemodinámica e Intervencionismo Estructural, Servicio de Cardiología, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España.

Introducción y objetivos: Tras el implante percutáneo de una prótesis valvular aórtica (TAVI) se produce un descenso transitorio en el recuento de plaquetas. Los factores relacionados con este fenómeno son desconocidos. Nuestro estudio pretende identificar si existe relación entre este fenómeno y variables epidemiológicas, clínicas y técnicas, así como su impacto pronóstico.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo. Se analizaron los pacientes sometidos a TAVI transfemoral entre febrero de 2023 y mayo de 2024. Fueron excluidos aquellos que fallecieron periprocedimiento. Se clasificaron en dos grupos según las características de la prótesis: autoexpandibles y expandibles con balón.

Resultados: Se analizaron 120 pacientes. La edad media fue $79,5 \pm 7$ años, 48 pacientes eran mujeres (39,3%). La FEVI media fue de $58,1 \pm 11,2\%$. Las características basales de la muestra fueron similares a las que describen los principales estudios sobre el TAVI (tabla). Todos los pacientes analizados experimentaron un descenso en el número total de plaquetas. La disminución media fue de 63.000 (RIQ 37.000-89.000) plaquetas/ml y el tiempo hasta el nadir de la plaquetopenia fue $3 \pm 1,3$ días. El 32% de los pacientes tuvo plaquetopenia significativa ($< 100.000/\text{ml}$). Tan solo 3 pacientes presentaron trombopenia grave (< 50.000 plaquetas/ml). Ninguno precisó transfusión de plaquetas. No se identificaron diferencias significativas entre los dos grupos analizados (autoexpandibles y expandibles con balón) ni entre las diferentes marcas comerciales de prótesis valvulares. Tras un análisis multivariante, ninguna de las variables analizadas, epidemiológicas, clínicas o técnicas demostró guardar relación significativa con el grado de plaquetopenia. La gravedad de la plaquetopenia no se relacionó con una mayor estancia hospitalaria, mayor frecuencia de complicaciones hemorrágicas, trombóticas o mayor mortalidad.

Conclusiones: La plaquetopenia tras implante de TAVI fue constante en nuestra serie, sin identificarse factores predictores de la misma. En una tercera parte de los pacientes la plaquetopenia fue moderada, sin guardar relación con peor pronóstico.

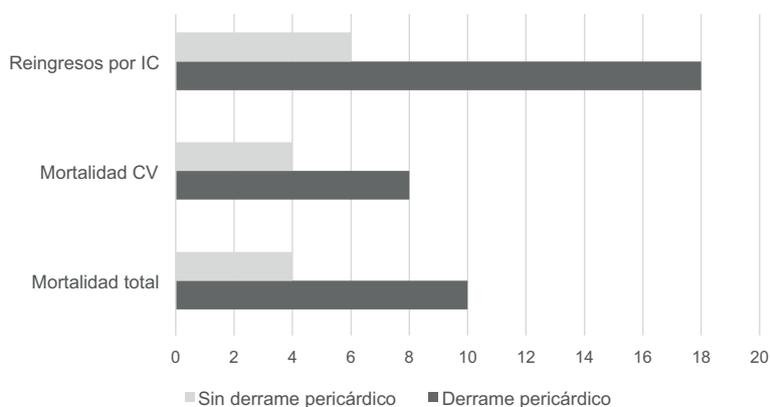
Edad	79,5 \pm 7 años
Sexo	48 mujeres (39,3%)
FEVI	58,1 \pm 11,2%
Hipertensión arterial	96/122 (78,7%)
Diabetes mellitus tipo 2	41/122 (33,6%)
Dislipemia	76/122 (62,3%)
Cardiopatía isquémica crónica	39/122 (32%)
Enfermedad renal crónica	23/122 (18,9%)
Enfermedad arterial periférica	4/122 (3,3%)
Caída de plaquetas (mediana)	63.000 (RIQ 37.000-89.000) plaquetas/ml
Trombopenia < 150.000 postimplante	90/122 (73,8%)
Trombopenia < 100.000 postimplante	39/122 (32%)
Trombopenia < 50.000 postimplante	3/122 (2,5%)
Tiempo (medio) hasta nadir de plaquetopenia	3 \pm 1,3 días

O-41. EL DERRAME PERICÁRDICO COMO FACTOR PRONÓSTICO EN EL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA DESCOMPENSADA: ¿LE DAMOS LA IMPORTANCIA QUE MERECE?

Carlos Rodríguez Carneiro¹, Guillermo Pablo de la Osa Hernández¹, Alejandro Lara García¹, Juan Ramón Rey Blas², Carlos Merino Argos³, Ángel Manuel Iniesta Manjavacas² y José Raúl Moreno Gómez⁴

¹Servicio de Cardiología, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España. ²Sección de Cardiología Clínica, Servicio de Cardiología, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España. ³Sección de Cardiopatías Congénitas, Servicio de Cardiología, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España. ⁴Sección de Hemodinámica e Intervencionismo Estructural, Servicio de Cardiología, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España.

Introducción y objetivos: La presencia de derrame pericárdico (DP) en los pacientes ingresados por insuficiencia cardiaca (IC) se asocia con un aumento de la mortalidad. El presente estudio pretende analizar si el DP es un factor pronóstico no solo de mortalidad, sino también de reingreso.



Comunicación O-41 Figura

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo de casos y controles. Se seleccionaron aquellos pacientes que ingresaron entre los años 2019 y 2024 con diagnóstico de IC y evidencia de DP. Se compararon con controles (ratio 1:1), ajustados según edad, sexo y FEVI, ingresados por IC sin DP. Fueron excluidos aquellos con derrame neoplásico, secundario a cirugía cardíaca, o con datos de taponamiento.

Resultados: Del total de pacientes que ingresaron entre los años 2019 y 2024 en nuestro hospital con diagnóstico de IC (n = 447), únicamente 57 presentaban DP. Catorce presentaban algún criterio de exclusión, siendo finalmente analizados 43. La mayor parte presentaban DP leve (90,7%), sin ningún caso de derrame grave. La edad media fue 71 ± 13 años, 16 eran mujeres (37,2%) y la FEVI media fue $40\% \pm 15,4\%$. Los pacientes que ingresaron con DP tuvieron de forma global un mayor número de comorbilidades (el 20,9% presentaba 3 o más frente al 9,3%). Durante el seguimiento (mediana 29 meses, RIQ 13-42 meses), el 41,9% de los pacientes con DP presentaron al menos un reingreso hospitalario por IC y el 20,9% fallecieron. Aquellos sin DP tuvieron unas tasas significativamente menores de reingreso (13,6% [p = 0,004]) y mortalidad (9,3% [p = 0,036]).

veces superior y una mortalidad 2,5 veces superior a la de los pacientes que no tenían derrame. El hallazgo de DP debe alertarnos del mal pronóstico de estos enfermos.

O-42. IMPACTO DE LA ECOCARDIOGRAFÍA TRANSESOFÁGICA MÍNIMAMENTE INVASIVA EN UN PROGRAMA DE CIERRE PERCUTÁNEO DE OREJUELA IZQUIERDA

María Elena Basabe Velasco, Miguel Ángel Sastre Perona, Inés Gómez Sánchez, Alfonso Suárez Cuervo, Salvador Álvarez Antón y David Martí Sánchez

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

Introducción y objetivos: En el futuro próximo se prevé un notable incremento en el número de pacientes remitidos para cierre transcatóter de orejuela izquierda (COAI). La incorporación de sondas de ecocardiografía transeofágica mínimamente invasiva (ETEMI) puede facilitar este desarrollo, al evitar la anestesia general y con ello reducir los tiempos de procedimiento y favorecer la elegibilidad de los pacientes. Nuestro objetivo fue analizar el impacto clínico y los resultados iniciales de la incorporación de la ETEMI dentro de un programa específico de COAI.

Métodos: Registro observacional prospectivo de todos los pacientes remitidos para COAI en un hospital académico (julio 2020-abril 2024). Se analizaron características basales, procedimentales y resultados previos y posteriores a la incorporación del transductor microtranseofágico 10T-D (GE HealthCare) desde octubre de 2023.

Resultados: Se llevaron a cabo 72 procedimientos consecutivos, todos ellos sin leak residual significativo (> 5 mm) ni complicaciones asociadas al dispositivo, y el 36% desde la incorporación de ETEMI. El número de procedimientos se incrementó desde 1,6 por mes (octubre 2022-abril 2023) hasta 3,7 por mes (octubre 2023-abril 2024), y se apreció una tendencia al COAI en pacientes de mayor edad y complejidad (tabla). En 4 casos (15%) hubo que convertir a anestesia general por depresión respiratoria o resistencia al avance del transductor, sin identificarse relación con la curva de aprendizaje. La ETEMI no se asoció de forma significativa a mayor uso de contraste o fluoroscopia, como tampoco lo hizo a la incidencia de fuga peridispositivo o del evento clínico combinado durante el seguimiento a 12 meses.

Conclusiones: En nuestro medio, la incorporación de ETEMI fue sencilla y permitió el cierre de orejuela eficaz y sin anestesia general en la mayoría de los pacientes. Su implementación contribuyó a la ampliación de indicaciones a casos de mayor complejidad clínica, sin afectar negativamente en la técnica ni los resultados del implante.

	Derrame pericárdico (DP)	Sin derrame pericárdico	p
Edad	71 ± 13 años	71,8 ± 11 años	0,573
Sexo	16 mujeres (37,2%)	16 mujeres (37,2%)	0,588
FEVI media	40 ± 15,4%	35 ± 11,7%	0,469
IC FEVI preservada	10/43 (23,3%)	10/43 (23,3%)	-
IC FEVI ligeramente reducida	7/43 (16,3%)	7/43 (16,3%)	-
IC FEVI reducida	23/43 (53,5%)	23/43 (53,5%)	-
Cuantía del derrame			
DP leve	39/43 (90,7%)	-	-
DP moderado	4/43 (9,3%)	-	-
DP grave	0/43 (0,0%)	-	-
Hipertensión arterial	26/43 (60,5%)	31/43 (72,1%)	0,603
Diabetes mellitus tipo 2	15/43 (34,9%)	14/43 (32,6%)	0,165
Dislipemia	22/43 (51,2%)	27/43 (63,8%)	0,436
Enfermedad renal crónica	7/43 (16,3%)	7/43 (16,3%)	-
Ictus previo	3/43 (7%)	6/43 (14%)	-
Enfermedad arterial periférica	3/43 (7%)	6/43 (14%)	-
EPOC	4/43 (9,3%)	7/43 (16,3%)	-
3 o más comorbilidades	9/43 (20,9%)	4/43 (9,3%)	0,001

Conclusiones: En nuestra serie de pacientes ingresados por IC, la presencia de DP se asoció con una tasa de reingresos 3

	Total (n = 72)	Pre- E TEMI (n = 46)	Post- E TEMI (n = 26)	p
Edad	79 ± 7	78 ± 8	82 ± 6	0,06
Sexo femenino	24 (33)	16 (35)	8 (31)	0,73
Ictus/AIT previo	21 (30)	11 (24)	10 (38)	0,21
ICC previa	26 (37)	15 (33)	11 (42)	0,45
ERC estadio 4 o 5	11 (17)	9 (22)	2 (8)	0,18
CHA2DS2VASc	4,6 ± 1,5	4,5 ± 1,5	4,8 ± 1,5	0,41
HAS-BLED	2,7 ± 0,9	2,8 ± 0,9	2,5 ± 0,7	0,16
Indicación				0,39
Sangrado previo	54 (76)	36 (80)	18 (69)	
Ictus refractario	7 (10)	3 (7)	4 (15)	
Riesgo de sangrado	10 (14)	6 (13)	4 (15)	
Contraste	72 ± 34	70 ± 34	76 ± 34	0,46
Fluoro (min)	12 ± 5	13 ± 6	11 ± 5	0,16
Leak 3-5 mm	5 (9)	5 (12)	0 (0)	0,31
Evento clínico	7 (10)	5 (11)	2 (9)	0,97

Número absolutos y porcentuales o media ± desviación estándar.
 Evento clínico: incidencia acumulada de muerte cardiovascular, ictus o embolia sistémica o sangrado mayor (método Kaplan-Meier).

O-43. ESSENTIAL FRAILTY TOOLSET: IMPACTO EN INGRESOS Y MORTALIDAD DE PACIENTES MAYORES CON ESTENOSIS AÓRTICA EN ESTUDIO PARA REEMPLAZO VALVULAR AÓRTICO

Marta Encuentra Sopena¹, Pablo Solla Suárez^{1,2}, Ana Ayesta López³, Raquel del Valle Fernández³, Pablo Avanzas Fernández^{2,3} y José Gutiérrez Rodríguez^{1,2}

¹Área de Gestión Clínica de Geriátria, Hospital Monte Naranco, Oviedo, Asturias, España. ²Instituto de Investigación Sanitaria del Principado de Asturias (ISPA), Oviedo, Asturias, España.

³Área del Corazón, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias, España.

Introducción y objetivos: La estenosis aórtica grave es frecuente en la población mayor y tiene muy mal pronóstico si no se realiza un reemplazo valvular aórtico (RVAo), mediante cirugía o por vía percutánea. Aunque varios estudios han analizado el impacto negativo de la fragilidad en estos pacientes tras el RVAo, su papel en el periodo previo al procedimiento no está tan definido. **Objetivos:** estudiar la prevalencia de fragilidad y su potencial impacto en ingreso y/o mortalidad a los 6 meses de una valoración geriátrica integral (VGI) previa al RVAo.

Métodos: Estudio prospectivo, incluyendo pacientes ≥ 75 años con estenosis aórtica candidatos a RVAo, a los que se les realizó una VGI en una consulta monográfica de fragilidad y rehabilitación de geriatría previa al hipotético procedimiento. Incluidas variables demográficas, cardiológicas y de VGI. Fragilidad valorada mediante *Essential Frailty Toolset* (EFT). Análisis de resultados centrado en un evento compuesto de hospitalización urgente y/o muerte por cualquier causa. Se realizó un análisis de regresión logística incluyendo factores confusores: edad, sexo, IMC, EuroSCORE-II, clase funcional, comorbilidad y dependencia funcional.

Resultados: Se estudiaron 150 pacientes, el 55,3% mujeres, con edad media 83,4 ± 4,3 años. Puntuación media en la EFT: 1,4 ± 1,0, siendo frágiles (puntuación ≥ 3) el 17,3%. La tabla muestra las diferencias según fragilidad (análisis univariante). Supervivencia 92% y tasa de ingreso hospitalario 26,7% a los 6 meses. Al analizar el evento compuesto mortalidad y/o ingreso hospitalario permanecieron en el modelo de regresión final sexo masculino (HR: 2,049; IC95%: 1,106-3,799, p = 0,023), EFT (HR: 2,522; IC95%: 1,302-4,884, p = 0,006) y sarcopenia (HR: 1,800; IC95%: 0,957-3,385, p = 0,068).

Conclusiones: Los pacientes mayores con estenosis aórtica en estudio para RVA tienen una tasa de complicaciones médicas alta. En esta muestra, fragilidad y sexo masculino son predictores independientes de ingreso hospitalario urgente y/o muerte. En el periodo previo a un hipotético RVAo electivo, la EFT podría ser útil para la identificación de pacientes vulnerables.

Tabla Comunicación O-43
Características diferenciales según fragilidad: análisis univariante

Variables	n (%)	Fragilidad		p
		No	Sí	
		124 (82,76%)	26 (17,3%)	
Generales	Edad (años)	83,12 ± 4,27	84,98 ± 4,72	0,049*
	Sexo (mujer)	67 (54%)	16 (61,5%)	0,48
	Índice de masa corporal (kg/m ²)	29,90 ± 4,47	29,05 ± 4,33	0,38
	Fracción eyección VI afecta (< 50%)	13 (10,5%)	26 (7,7%)	0,50
	EuroSCORE-II	2,90 ± 2,43	4,42 ± 2,62	0,005
	Hipertensión arterial	90 (72,6%)	21 (80,8%)	0,274
	Anemia	40 (32,3%)	16 (61,5%)	0,005
	Fibrilación auricular	124 (33,1%)	26 (26,9%)	0,40
	Insuficiencia cardiaca	37 (29,8%)	20 (23,1%)	0,332
	Diabetes mellitus	34 (27,4%)	9 (34,6%)	0,303
	Enfermedad renal crónica	26 (21%)	12 (46,2%)	0,007
Valoración nutricional	Mini Nutritional Assessment-SF	11,77 ± 2,03	10,12 ± 2,66	0,005
Valoración mental	Mini-Mental State Examination	27,23 ± 3,71	22,19 ± 5,49	< 0,001
Valoración funcional	Short Physical Performance Battery	8,29 ± 2,039	4,12 ± 2,75	0,001
	Índice Lawton	5,61 ± 2,00	2,65 ± 2,17	< 0,001
	Índice Barthel	93,83 ± 7,63	71,15 ± 21,65	< 0,001
Valoración muscular	Sarcopenia	30 (24,2%)	12 (46,2%)	0,023
Resultados (6 meses)	Muerte	8 (6,5%)	4 (15,4%)	0,223
	Ingreso hospitalario urgente	27 (21,8%)	13 (50%)	0,003

O-44. PREVALENCIA DE FRAGILIDAD Y FACTORES ASOCIADOS EN PACIENTES MAYORES CON INSUFICIENCIA CARDIACA VALORADOS EN UNA UNIDAD DE CARDIOGERIATRÍA

Laura Trujillo Torres¹, Cristina Helguera Amenzua², César Morís de la Tassa², José Gutiérrez Rodríguez^{1,3}, Ana Ayesta López² y Pablo Solla Suárez^{1,3}

¹Área de Gestión Clínica de Geriátrica, Hospital Monte Naranco, Oviedo, Asturias, España. ²Área del Corazón, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias, España. ³Instituto de Investigación Sanitaria del Principado de Asturias (ISPA), Oviedo, Asturias, España.

Introducción y objetivos: La identificación de fragilidad en mayores con insuficiencia cardiaca (IC) es crucial, al condicionar un impacto negativo sobre sus resultados de salud, aumentando sus tasas de mortalidad/reingreso y disminuyendo su calidad de vida. **Objetivos:** analizar la prevalencia de fragilidad en mayores con IC y sus potenciales factores asociados.

Métodos: Estudio prospectivo de pacientes mayores con IC atendidos en una unidad de cardiogeriatría (UCG) conjunta, formada por especialistas en cardiología y geriatría en 2023, y que prestaron su consentimiento para la inclusión. Variables: edad, sexo, fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI), valvulopatías significativas, patologías más prevalentes, polifarmacia, situación funcional (índices de Lawton y Barthel), nutricional (Mini Nutritional Assessment-Short Form, MNA-SF), cognitiva (Mini Mental State Examination, MMSE) y anímica (escala de Yesavage). Fragilidad valorada mediante Short Physical Performance Battery (SPPB), frágiles si ≤ 6 .

Resultados: Incluidos 127 pacientes con edad media $89,38 \pm 5,65$ años, 75% mujeres. NT-proBNP medio $3.669,5 \pm 5.908,5$, FEVI preservada el 68,5%. HTA: 79,5%, FA: 59,1%, DL: 55,1%, ERC: 44,9% y anemia: 39,4%; prevalencia de polifarmacia 89% con $9,5 \pm 3,1$ fármacos prescritos. Índice Barthel: $79,4 \pm 21,9$ (independientes ABVD 38,9%) y Lawton $3,49 \pm 2,5$ (independientes AIVD 38,9%). MNA-SF $10,5 \pm 2,2$ (9,2% rango de desnutrición). MMSE $24,2 \pm 5,2$; (compatible con deterioro cognitivo, ≤ 24 : 32,5%). Yesavage $1,6 \pm 1,5$ (compatible con depresión: 30,7%). Puntuación media SPPB: $6,0 \pm 3,3$, frágiles el 56,5%. Comparando robustos vs. frágiles encontramos diferencias significativas ($p < 0,05$) en: edad ($88,3 \pm 6,8$ vs. $90,3 \pm 4,2$), MNA-SF ($11,2 \pm 2,1$ vs. $9,9 \pm 2,2$), Lawton ($4,6 \pm 2,2$ vs. $2,4 \pm 2,3$), Barthel ($92,5 \pm 8,4$ vs. $67,8 \pm 23,6$), MMSE ($25,8 \pm 3,7$ vs. $22,8 \pm 6$) y fármacos ($8,54 \pm 2,2$ vs. $10,2 \pm 3,5$). La tabla muestra el análisis de diferencias completo según fragilidad.

Conclusiones: Más de la mitad de los mayores con IC atendidos en una UCG fueron identificados como frágiles. Los pacientes frágiles tenían mayor edad, más polifarmacia y un peor estado funcional, nutricional y cognitivo.

O-45. INTERLEUCINA-6, HORMONA PARATIROIDEA Y FRAGILIDAD EN PACIENTES MAYORES CON ESTENOSIS AÓRTICA GRAVE

Marta Encuentra Sopena¹, Pablo Solla Suárez^{1,2}, Tatiana Martín Vega¹, Fe Domingo Lavandera¹, Ana Coto Montes^{2,3} y José Gutiérrez Rodríguez^{1,2}

¹Área de Gestión Clínica de Geriátrica, Hospital Monte Naranco, Oviedo, Asturias, España. ²Instituto de Investigación Sanitaria del Principado de Asturias (ISPA), Oviedo, Asturias, España. ³Departamento de Biología Celular y Molecular, Universidad de Oviedo, Oviedo, Asturias, España.

Introducción y objetivos: La fragilidad, además de constituir un factor pronóstico relevante en pacientes mayores con estenosis aórtica (EAO), comparte vías fisiopatológicas comunes con esta valvulopatía como la inflamación crónica y determinadas alteraciones en la homeostasis del calcio. Sin embargo, estos conceptos todavía deben ser estudiados en mayor profundidad. **Objetivos:** realizar un análisis de biomarcadores de inflamación sistémica y de la homeostasis del calcio, así como de sus potenciales asociaciones con fragilidad, en una cohorte de pacientes mayores con EAO grave susceptibles de ser sometidos a reemplazo valvular.

Métodos: Estudio prospectivo, incluyendo sujetos ≥ 75 años con EAO candidatos a reemplazo valvular atendidos en una consulta de valoración de fragilidad y prehabilitación de geriatría. Incluidas variables demográficas, cardiológicas y de la valoración geriátrica integral. Fragilidad valorada mediante Short Physical Performance Battery (SPPB), fragilidad si puntuación ≤ 6 . Biomarcadores estudiados: Calcio Score (UA), PTH u hormona paratiroidea (pg/ml), calcidiol (ng/ml), calcio (mmol/l), fosfato (mmol/l), creatinina (mg/dl), IL-6 o interleucina-6 (pg/ml) y Systemic Immune-Inflammation Index (células $\cdot 10^3$ /ml). Resultados mostrados como media \pm desviación estándar. Análisis estadístico mediante T de Student, considerando estadísticamente significativas aquellas diferencias con $p < 0,05$.

Resultados: Se evaluaron 191 pacientes, el 53,9% mujeres, con edad $84,1 \pm 4,1$ años y EuroSCORE-II $2,9 \pm 1,8$. Fragilidad en 54

Tabla Comunicación O-44
Diferencias según el estado de fragilidad en las variables estudiadas. Análisis univariante

Variables	n (%)	No-frágiles 59 (46,5%)	Frágiles 68 (53,5%)	p
Generales	Edad (años)	$88,3 \pm 6,82$	$90,32 \pm 4,23$	0,049
	NT-proBNP	$3.417,9 \pm 5.781,4$	$3.979,8 \pm 6.048,0$	0,668
	Fracción eyección VI afectada	22 (37,3%)	18 (26,5%)	0,191
	Valvulopatía moderada o grave	29 (49,2%)	35 (51,5%)	0,794
	Hipertensión arterial	47 (79,7%)	54 (79,4%)	0,972
	Fibrilación auricular	38 (64,4%)	37 (54,4%)	0,253
	Dislipemia	35 (59,3%)	33 (51,5%)	0,375
	Enfermedad renal crónica	25 (42,4%)	32 (47,1%)	0,596
	Anemia	19 (32,2%)	31 (45,6%)	0,124
	Polifarmacia	Número fármacos previos	$8,54 \pm 2,21$	$10,24 \pm 3,46$
Valoración nutricional	Mini Nutritional Assessment-SF	$11,19 \pm 2,08$	$9,9 \pm 2,23$	0,001
	Índice Lawton	$4,63 \pm 2,18$	$2,37 \pm 2,34$	$< 0,001$
Valoración funcional	Índice Barthel	$92,54 \pm 8,42$	$67,76 \pm 23,61$	$< 0,001$
	Valoración cognitiva	Mini-Mental State Examination	$25,75 \pm 3,72$	$22,82 \pm 5,99$
Valoración anímica	Escala Yesavage	$1,38 \pm 1,47$	$1,88 \pm 1,55$	0,074

pacientes (el 28,3%) con puntuación media en SPPB: 7,6 ± 2,5. Índices Lawton y Barthel 5,2 ± 2,1 y 91,9 ± 11, respectivamente. Diferencias entre no frágiles y frágiles estadísticamente significativas en PTH (70 ± 44,4 pg/ml vs. 87,7 ± 61,1 pg/ml, p = 0,028) y en IL-6 (7 ± 8,2 pg/ml vs. 10,4 ± 11,2 pg/ml, p = 0,049). La tabla muestra el análisis comparativo entre todos los biomarcadores estudiados.

Análisis de diferencias según fragilidad en los diferentes biomarcadores estudiados				
		No frágiles 137 (71,7%)	Frágiles 54 (28,3%)	p
Calcio Score	(UA)	3.242,1 ± 1.693	3.055,7 ± 1.502,7	0,481
PTH	(pg/ml)	70 ± 44,4	87,7 ± 61,1	0,028
Calcidiol	(ng/ml)	21,4 ± 11,8	21,4 ± 14,9	0,995
Calcio	(mmol/l)	2,4 ± 0,1	2,4 ± 0,1	0,461
Fosfato	(mmol/l)	1,1 ± 0,2	1,1 ± 0,2	0,553
Creatinina	(mg/dl)	1,1 ± 0,3	1,1 ± 0,3	0,772
IL-6	(pg/ml)	7 ± 8,2	10,4 ± 11,2	0,049
Systemic Immune-Inflammation	(células-10 ³ /ml)	747,9 ± 631,9	852,1 ± 706,9	0,318

Conclusiones: En una cohorte de mayores con EAO grave sintomática hemos detectado niveles significativamente más elevados de PTH e IL-6 en los pacientes identificados como frágiles. El estudio de estos biomarcadores podría contribuir a mejorar la precisión en la valoración de fragilidad en mayores con esta patología.

O-46. IMPACTO DEL TRATAMIENTO FIBRINOLÍTICO EN PACIENTES MUY ANCIANOS CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL ST EN UN CENTRO SIN ANGIOPLASTIA PRIMARIA

Marcos Lorenzo Andrés¹, Ana Cecilia Alcántar Fernández², María Torres Briegas¹, Marina Gómez Alcalde¹, Carlos Jiménez Mayor¹ y Sandra Marcela Calero Saavedra¹

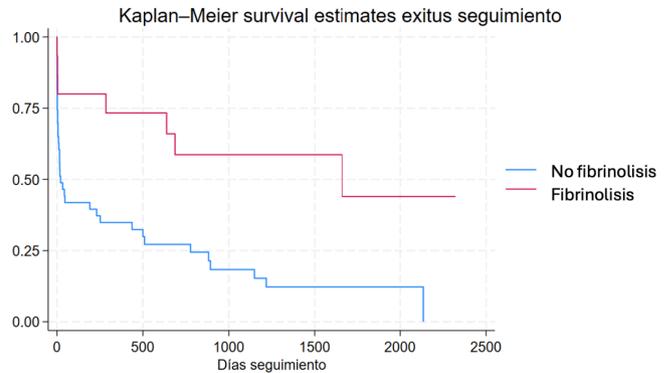
¹Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Santa Bárbara, Soria, España. ²Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital Universitario Santa Bárbara, Soria, España.

Introducción y objetivos: Las guías recomiendan que los pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del ST

(IAMCEST) que no pueden ser tratados con angioplastia primaria en < 120 minutos reciban tratamiento fibrinolítico. Esta recomendación está basada en estudios antiguos previos a la generalización de la angioplastia primaria y fueron realizados en pacientes más jóvenes que los que se presentan en la práctica clínica habitual. El objetivo de este estudio es evaluar el impacto de la fibrinólisis en pacientes muy ancianos con IAMCEST, con especial énfasis en mortalidad y sangrado.

Métodos: Estudio de cohortes retrospectivo que incluyo a todos los pacientes ≥ 85 años diagnosticados de IAMCEST entre el 1 de enero de 2018 y el 31 de diciembre de 2023. Se estratificaron en dos grupos según el tratamiento fibrinolítico y se evaluaron los eventos clínicos al ingreso y tras el alta.

Resultados: Se incluyeron un total de 59 pacientes, de los cuales 15 recibieron fibrinólisis y 44 no. Edad media: 90 ± 3 años. Seguimiento medio: 29 meses. No se observaron diferencias entre grupos respecto a factores de riesgo cardiovascular, historia de cardiopatía isquémica o insuficiencia cardiaca. Los pacientes que recibieron fibrinólisis presentaron una menor mortalidad durante el ingreso (20% vs. 50%; p = 0,04) y niveles más bajos de NT-proBNP (6.707 ± 10.405 vs. 14.413 ± 13.470; p = 0,02) que aquellos que no la recibieron. No se documentaron casos de sangrado mayor durante el ingreso en ninguno de los grupos. Durante el seguimiento la mortalidad siguió siendo mayor en los pacientes no fibrinolisados, objetivándose dos casos de sangrado mayor en este grupo de pacientes y ninguno en los pacientes fibrinolisados.



Conclusiones: El tratamiento fibrinolítico en pacientes muy ancianos con IAMCEST en un centro sin angioplastia prima-

Tabla Comunicación O-46				
VARIABLES/GRUPOS	General n = 59	No fibrinólisis n = 44	Fibrinólisis n = 15	p
Edad	90 ± 3	90 ± 3	89 ± 4	0,32
Sexo (varones)	38%	45%	20%	0,08
Hipertensión arterial	79%	75%	93%	0,13
Dislipemia	42%	38%	53%	0,32
DM2	33%	31%	40%	0,56
Cardiopatía isquémica	11%	13%	6%	0,47
Insuficiencia cardiaca	30%	34%	20%	0,30
Fibrilación auricular	15%	18%	6%	0,28
Ictus/AIT	13%	18%	0%	0,07
NT-proBPN	12.338 ± 10.405	14.413 ± 13.470	6.707 ± 10.405	0,02
Eventos durante el ingreso				
Mortalidad total	42%	50%	20%	0,04
Sangrado mayor	0	0	0	1
FEVI al alta	45% ± 13%	43% ± 12%	49% ± 13%	0,91

ria se asoció a una menor mortalidad y a niveles más bajos de NT-proBNP, sin una mayor tasa de sangrados mayores.

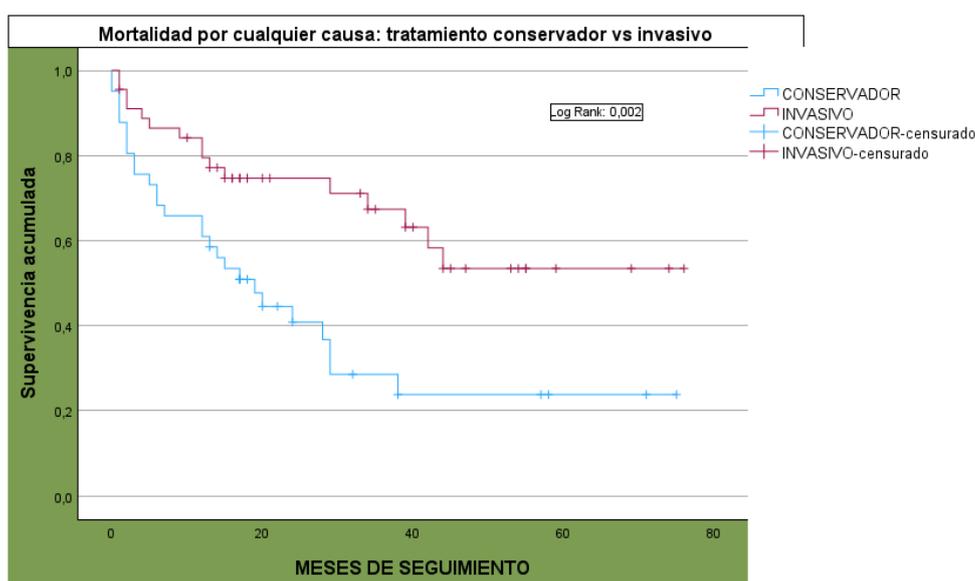
O-47. ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD EN ANCIANOS OCTOGENARIOS CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL ST: TERAPIA INVASIVA VS. CONSERVADORA

María Torres Briegas¹, Sandra Marcela Calero Saavedra¹, Marcos Lorenzo Andrés¹, Fahd Beddar Chaib², Alexandra Cedillo Aguilera³ y Freddy Andrés Delgado Calva⁴

¹Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Santa Bárbara, Soria, España. ²Servicio de Urgencias, Hospital Universitario Santa Bárbara, Soria, España. ³Unidad de Medicina General, Centro de Salud de Gómara, Gómara, Soria, España. ⁴Área de Cardiología, Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Santa Bárbara, Soria, España.

Introducción y objetivos: El síndrome coronario agudo sin elevación del ST (SCASEST) es una enfermedad habitual en la población octogenaria, existen estudios que indican que la terapia invasiva reduce eventos cardiovasculares a expensas de reinfartos y revascularización urgente (THE AFTEF STUDY); sin embargo, en algunos centros no se pueden realizar cateterismos cardíacos en las primeras 24 horas como en el estudio antes mencionado. Nuestro objetivo es valorar la mortalidad según el tipo de estrategia: invasiva vs. conservadora en pacientes octogenarios de una cohorte contemporánea en un centro sin disposición de cateterismo temprano.

Métodos: Estudio de cohorte retrospectivo de pacientes ingresados en un hospital universitario desde 2018 hasta 2023, teniendo como criterios de inclusión > 85 años y diagnóstico de SCASEST al ingreso, y como criterios de exclusión SCACEST, infarto tipo 2, sangrado activo al ingreso e infección grave concomitante. Recopilamos datos sobre comorbilidad



Comunicación O-47 Figura
Mortalidad por cualquier causa: tratamiento conservador vs. invasivo.

Tabla Comunicación O-47

Características clínicas en pacientes con SCASEST: terapia conservadora vs. invasiva

VARIABLES/GRUPOS n = 136	General n = 124	Terapia conservadora n = 76	Terapia invasiva n = 48	p
Edad	89 ± 9	91 ± 4,2	87,5 ± 1,8	0,0001
Sexo femenino	66 (56%)	39 (59,1%)	27 (56,3%)	0,712
Hipertensión arterial	97 (78%)	56 (73,7%)	41 (85%)	0,18
Diabetes mellitus	33 (26,6%)	15 (19,7%)	18 (39,5%)	0,035
Dislipemia	60 (48,4%)	32 (42%)	28 (58%)	0,09
Historia de tabaquismo	19 (15,3%)	15 (20%)	4 (8%)	0,49
Cardiopatía isquémica	33 (26,6%)	21 (27%)	12 (25%)	0,83
Insuficiencia cardíaca	48 (38,7%)	34 (44%)	14 (29%)	0,06
Fibrilación auricular	25 (20,2%)	17 (22,4%)	8 (16,7%)	0,48
Deterioro cognitivo moderado-grave	4 (3,2%)	12 (15,7%)		
Enfermedad renal crónica	82 (66,1%)	53 (69%)	29 (60,4%)	0,33
ACO	26 (21%)	14 (18,4%)	12 (25%)	0,49
Killip III-IV	21 (17%)	16 (21%)	5 (10%)	0,14
Troponina UI T pico (ng/dl)	1.513 ± 2.821	1.570 ± 3.340	1.426 ± 1.765	0,23
PBNP	10.419 ± 11.317	13.079 ± 12.416	6.223 ± 7.749	0,001
Creatinina	1,3 ± 0,72	1,52 ± 0,82	1,15 ± 0,43	0,001

des, características clínicas, angiográficas y curso clínico del infarto durante el seguimiento. No se valoró la fragilidad.

Resultados: Nuestra población de estudio comprende una n: 124 pacientes con una media de seguimiento de 31,9 meses. La edad media fue de 89 ± 9, el 56% eran mujeres, el 78% hipertensos, la mitad eran dislipémicos y 1/3 diabéticos. Los pacientes que recibieron terapia conservadora tenían una mayor edad y proporción de diabéticos. La creatinina y NT-proBNP al ingreso era mayor en los pacientes con terapia conservadora, la incidencia de deterioro cognitivo fue baja (3,2%), en la estrategia invasiva no se encontraron pacientes con deterioro cognitivo moderado o grave. La media de seguimiento para la terapia conservadora fue de 28,3 meses vs. 50,5 meses para la invasiva, la mortalidad a 12 meses fue del 65% en la terapia conservadora vs el 35% de la terapia invasiva, siendo esta diferencia estadísticamente significativa.

Conclusiones: Nuestra cohorte está representada por paciente añosos con baja incidencia de deterioro cognitivo significativo y gran componente de comorbilidades. Los pacientes con terapia conservadora eran más añosos y diabéticos. La mortalidad por todas las causas a 12 meses fue elevada (50%). La terapia invasiva se asoció con una mayor supervivencia y menor mortalidad a 12 meses (35%).

O-48. EVALUACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA TERAPIA ANTICOAGULANTE Y ANTIAGREGANTE EN MAYORES DE 90 AÑOS

Andrés Roberto Lugo Guadarrama, Luis Alberto Lasses y Ojeda y Mariana Gamboa Esparza

Clínica de Cardiología Geriátrica; Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, Ciudad de México, México.

Introducción y objetivos: El uso de anticoagulantes y antiagregantes plaquetarios en pacientes mayores de 90 años de edad está infrarrepresentado en los estudios pivótales de este tipo de medicamentos. Valorar la seguridad en pacientes cardiopatas mayores de 90 años con terapia anticoagulante y/o antiagregante plaquetario. Describir el tipo de anticoagulantes y antiagregantes utilizados en esta población. Analizar la influencia de síndromes geriátricos y comorbilidades con la presencia de hemorragia.

Métodos: El presente es un estudio unicéntrico, transversal, observacional, descriptivo y analítico en el que se analizaron los datos del expediente clínico de pacientes mayores de 90 años de la consulta de cardiología geriátrica con indicación de tratamiento con antiagregación plaquetaria y/o anticoagu-

lante, durante el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2022 y el 31 de diciembre de 2022.

Resultados: Los pacientes (de un total de 68 pacientes) tuvieron una edad media de 93,05, desviación estándar de 3,46, el valor mínimo fue 90 y el máximo 103. El antiagregante plaquetario más utilizado fue el ácido acetilsalicílico (76,5%) y el anticoagulante más utilizado el apixabán (23,5%). Se realizó un análisis entre los diferentes tipos de sangrado y su dependencia con el uso de antiagregantes, anticoagulantes y comorbilidades asociadas para identificar cuál es la relación entre estos, sin encontrar significancia estadística en el desarrollo de hemorragias. En cuanto a las comorbilidades, la anemia, trombocitopenia, caídas, sarcopenia y fragilidad demostraron aumentar el riesgo de sangrado.

Conclusiones: El uso de anticoagulantes orales y antiagregantes plaquetarios en pacientes mayores de 90 años, pese a estar infrarrepresentados en los estudios, demostró en el presente estudio ser seguro, sobre todo el uso de ACOD en comparación con los AVK en pacientes complejos; sin embargo, se requieren más estudios con mayor número de pacientes para poder normar mejores estrategias en este tipo de población.

Tabla 1. Uso de antiagregantes o anticoagulantes en pacientes

Terapia farmacológica	n = 68	%
<i>Uso de aspirina</i>		
No	16	23,5
Sí	52	76,5
<i>Uso de clopidogrel</i>		
No	53	77,9
Sí	15	22,1
<i>Uso de apixaban</i>		
No	52	76,5
Sí	16	23,5
<i>Uso de rivaroxabán</i>		
No	61	89,7
Sí	7	10,3
<i>Uso de dabigatrán</i>		
No	67	98,5
Sí	1	1,5
<i>Uso de antagonistas de la vitamina K</i>		
No	66	97,1
Sí	2	2,9
<i>Uso de protector de mucosa gástrica</i>		
No	36	52,9
Sí	32	47,1

Tabla 2 Comunicación O-48 Análisis bivariado de comorbilidades asociadas y su relación con los distintos tipos de sangrado

Características (n = 68)	Sangrado menor (n = 12)		Sangrado mayor (n = 8)		Hospitalización (n = 15)		Sangrado de tubo digestivo (n = 13)		Sangrado intracerebral (n = 5)	
		p		p		p		p		p
<i>Cardiopatía isquémica</i>		0,54		0,27		0,34		0,39		0,66
No	4		2		5		4		2	
Sí	8		6		10		9		3	
<i>Fibrilación auricular</i>		0,24		0,63		0,39		0,33		0,62
No	6		5		8		7		3	
Sí	6		3		7		6		2	
<i>ICC</i>		0,48		0,13		0,44		0,61		0,28
No	8		3		8		8		2	
Sí	4		5		7		5		3	
<i>Valvulopatía</i>		0,84		0,77		0,94		0,64		0,67
No	10		6		12		10		4	
Sí	2		2		3		3		1	

(Continúa)

Tabla 2 Comunicación O-48 (cont.)

Características (n = 68)	Sangrado menor (n = 12)		Sangrado mayor (n = 8)		Hospitalización (n = 15)		Sangrado de tubo digestivo (n = 13)		Sangrado intracerebral (n = 5)	
		p		p		p		p		p
Marcapasos definitivo		0,32		0,64		0,38		0,47		0,60
No	10		6		12		9		4	
Sí	2		2		3		4		1	
Hipertensión arterial sistémica		0,56		0,25		0,61		0,28		0,44
No	2		0		2		3		0	
Sí	10		8		13		10		5	
Diabetes tipo 2		0,24		0,37		0,76		0,31		0,09
No	6		6		9		7		5	
Sí	6		2		6		6		0	
Enfermedad renal crónica		0,06		0,84		0,12		0,06		0,46
No	0		0		0		0		0	
1	0		0		0		0		0	
2	3		2		2		2		2	
3	5		4		7		5		3	
4	2		2		4		4		0	
5	2		0		2		2		0	
Antecedentes de hemorragia		< 0,01		0,47		0,15		0,02		0,72
No	5		7		10		7		4	
Sí	7		1		5		6		1	
Anemia		0,16		< 0,01		< 0,01		< 0,01		0,39
No	7		2		5		4		3	
Sí	5		6		10		9		2	
Trombocitopenia		0,29		0,38		0,05		0,35		0,18
No	9		6		10		10		3	
Sí	3		2		5		3		2	
Caidas		0,31		< 0,01		< 0,01		< 0,01		< 0,01
0	4		1		1		2		0	
1-2	5		3		7		5		4	
> 3	3		4		7		6		1	
Sarcopenia		0,5		0,05		0,02		0,05		0,16
No	3		0		1		1		0	
Sí	9		8		14		12		5	
Fragilidad		0,60		0,07		0,04		0,08		0,20
No	3		0		1		1		0	
Sí	9		8		14		12		5	
Deterioro cognitivo		0,49		0,43		0,46		0,31		0,53
No	4		3		5		5		1	
Sí	8		5		10		7		4	
Patología oncológica		0,35		0,60		0,17		0,12		0,57
No	10		7		12		10		5	
Sí	2		1		3		13		0	

O-49. PREDICTORES DE INGRESO POR INSUFICIENCIA CARDIACA PROLONGADO EN EL PACIENTE MAYOR

Paula Rodríguez Montes, Alfonso Fraile Sanz, Nuria Gil Mancebo, Cristina Perela Álvarez, María Martín Muñoz y María Álvarez Bello

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Getafe, Getafe, Madrid, España.

Introducción y objetivos: La insuficiencia cardiaca (IC) es una enfermedad cuya prevalencia aumenta con la edad y con un coste de hospitalización elevado. Además, el tiempo de estancia hospitalaria es un predictor de mortalidad en el paciente mayor. El objetivo de este estudio es investigar los factores que influyen en la duración de la estancia hospitalaria en los pacientes ancianos ingresados por insuficiencia cardiaca.

Métodos: En este estudio prospectivo, observacional y analítico se incluyeron pacientes ≥ 75 años que ingresaron por IC en nuestro centro entre 2019 y 2023, con una mediana de seguimiento de 13 meses [5-22]. Se agruparon en dos grupos de comparación en función del tiempo de estancia hospitalaria < 7 días y ≥ 7 días.

Resultados: Se incluyeron 138 pacientes (47,8% con estancia < 7 días y 52,2% ≥ 7 días). No hubo diferencias en cuanto al sexo, factores de riesgo cardiovascular, etiología ni desencadenantes. El tratamiento previo con ARA2 reduce el tiempo de estancia. Lo contrario ocurre con los pacientes que ya tomaban furosemida previamente al ingreso. Los pacientes con IC de predominio derecho, dilatación y disfunción del ventrículo derecho (VD) presentan ingresos más prolongados. La FEVI no es un factor determinante. Otros factores que condicionan un ingreso ≥ 7 días son el edema agudo de pulmón (EAP) y la resistencia a diuréticos. Los pacientes con mayores niveles de NT-proBNP también asociaron ingresos más prolongados, mientras que alteraciones analíticas como el deterioro de la función renal, la anemia y la alteración del perfil férrico no condicionaron diferencias en el tiempo de ingreso.

Conclusiones: El tiempo de hospitalización es un factor que influye en la mortalidad del paciente anciano. En este estudio la IC derecha, la disfunción y la dilatación del VD son factores que asocian mayor tiempo de estancia. Otros condicionantes fueron la presencia de EAP, resistencia a diuréticos y elevación de NT-proBNP.

Tabla Comunicación O-49

	< 7 días	≥ 7 días	p
Sexo			0,663
Varones (n, %)	40 (60,6)	41 (56,9)	
Mujeres (n, %)	26 (39,4)	31 (43,1)	
HTA (n, %)	54 (81,8)	62 (86,1)	0,491
DM (n, %)	35 (53)	42 (58,3)	0,531
Dislipemia (n, %)	41 (62,1)	46 (63,9)	0,830
Tabaquismo (n, %)	17 (26,2)	22 (31,9)	0,466
Desencadenantes			0,124
Tratamiento (n, %)	2 (3)	9 (12,5)	
Transgresiones (n, %)	0 (0)	3 (4,2)	
Anemia (n, %)	1 (1,5)	1 (1,4)	
Otros (n, %)	6 (9,1)	9 (12,5)	
Portador de dispositivo (n, %)	17 (25,8)	11 (15,3)	0,126
FA (n, %)	41 (62,1)	46 (64,8)	0,746
IC previa (n, %)	28 (42,4)	37 (51,4)	0,292
Tratamiento previo con IECA (n, %)	19 (28,8)	29 (40,3)	0,157
Tratamiento previo con ARA2 (n, %)	26 (39,4)	15 (20,8)	0,017
Tratamiento previo con ARM (n, %)	7 (10,6)	13 (18,1)	0,214
Tratamiento previo con betabloqueantes (n, %)	42 (63,6)	42 (58,3)	0,524
Tratamiento previo con sacubitrilo-valsartán (n, %)	3 (4,5)	2 (2,8)	0,579
Tratamiento previo con tiazidas (n, %)	11 (16,7)	11 (15,3)	0,824
Tratamiento previo con digoxina (n, %)	4 (6,1)	3 (4,2)	0,709
Tratamiento previo con furosemida (n, %)	26 (39,4)	42 (58,3)	0,026
Tratamiento previo con iSGLT2 (n, %)	16 (24,2)	12 (16,7)	0,269
IC izquierda (n, %)	55 (83,3)	46 (63,9)	0,010
IC derecha (n, %)	18 (27,3)	36 (50)	0,006
Edema agudo de pulmón (n, %)	1 (1,5)	8 (11,1)	0,035
Bajo gasto (n, %)	0 (0)	5 (6,9)	0,059
Resistencia a diuréticos (n, %)	1 (1,5)	12 (16,7)	0,002
Dilatada (n, %)	14 (21,2)	20 (27,8)	0,371
Hipertrófica (n, %)	3 (4,5)	1 (1,4)	0,349
Restrictiva (n, %)	2 (3)	0 (0)	0,227
Amiloidosis (n, %)	1 (1,5)	6 (8,3)	0,118
Isquémica (n, %)	21 (31,8)	21 (29,2)	0,735
Valvular (n, %)	8 (12,1)	16 (22,2)	0,118
Hipertensiva (n, %)	14 (21,2)	10 (13,9)	0,257
Taquimiocardiopatía (n, %)	5 (7,6)	4 (5,6)	0,737
FEVI (%; mediana, RIC)	50 (35-60)	43,5 (30,5-60)	0,165
HTP (n, %)	31 (49,2)	43 (61,4)	0,157
Disfunción VD (n, %)	13 (19,7)	28 (38,9)	0,014
Dilatación VD (n, %)	7 (10,6)	18 (25)	0,028
QRS (ms; media, DE)	131,94 (33,238)	131,83 (32,258)	0,985
Charlson (mediana, RIC)	6 [5-7]	6 [5-7]	0,875
NT-proBNP (pg/ml; mediana, RIC)	3.101 [1.894-6.706,50]	7.692 [2.637-16.618]	0,001
Creatinina (mg/dl; mediana, RIC)	1,1 [0,98-1,63]	1,2550 [1,11-1,7750]	0,091
FG (ml/min; mediana, RIC)	58,5 (34-79)	50 (27-63)	0,091
Sodio (mEq/l; mediana, RIC)	140,5 [138-142]	140,5 [137-142]	0,297
Potasio (mEq/l; media, DE)	4,5 (0,64229)	4,4765 (0,60257)	0,749
TSH (mU/l/ml; mediana, RIC)	1,67 [1,08-2,74]	1,61 [0,9625-2,80]	0,802
Hemoglobina al ingreso (g/dl; media, DE)	12,5061 (1,64128)	12,3451 (2,01805)	0,611
Ferritina al ingreso (ng/ml; mediana, RIC)	111,5 [48,15-164,5]	123,6 [57,90-339,25]	0,141
IST al ingreso (%; media, DE)	15,1345 (6,95278)	13,4622 (6,33327)	0,273

DE: desviación estándar; DM: diabetes mellitus; FA: fibrilación auricular; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; FG: filtrado glomerular; HTA: hipertensión arterial; HTP: hipertensión pulmonar; IC: insuficiencia cardíaca; iSGLT2: inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2; IST: índice de saturación de transferrina; RIC: rango intercuartílico; VD: ventrículo derecho.

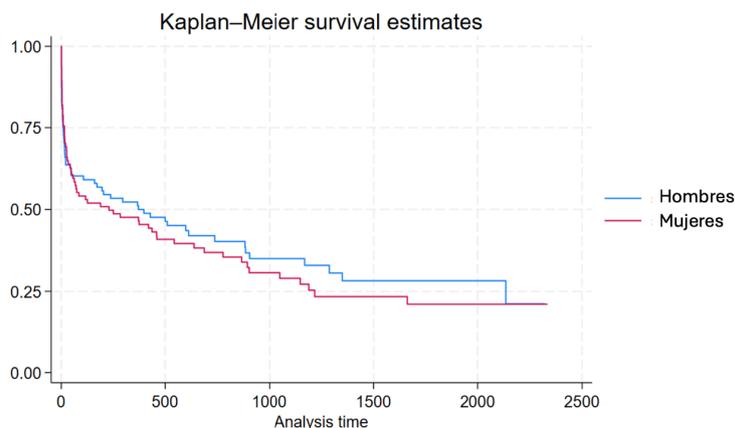
O-51. INFLUENCIA DEL SEXO EN EL MANEJO Y PRONÓSTICO DE LOS PACIENTES MUY ANCIANOS CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO SIN ELEVACIÓN DEL ST: ¿LOS TRATAMOS IGUAL?

Sandra Marcela Calero Saavedra¹, Marcos Lorenzo Andrés¹, María Torres Briegas¹, Carlos Jiménez Mayor¹, Marina Gómez Alcalde¹ y Ana Cecilia Alcántar Fernández²

¹Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Santa Bárbara, Soria, España. ²Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital Universitario Santa Bárbara, Soria, España.

Introducción y objetivos: En estudios previos se ha observado que las mujeres con infarto agudo de miocardio sin elevación del ST (IAMSEST) reciben con menor frecuencia una estrategia invasiva y fármacos con beneficio pronóstico. Se desconoce si esta situación se replica en pacientes muy ancianos. El objetivo del estudio es evaluar si el sexo influye en la estrategia empleada (invasiva vs. conservadora) y en los fármacos utilizados en pacientes muy ancianos con IAMSEST.

Métodos: Estudio de cohortes retrospectivo que incluyó a todos los pacientes ≥ 85 años diagnosticados de IAMSEST entre el 1 de enero de 2018 y el 31 de diciembre de 2023. Se estratifi-



caron en dos grupos según el sexo y se evaluaron sus características basales, la terapéutica empleada, así como eventos clínicos durante el ingreso y tras el alta.

Resultados: Se incluyeron un total de 124 pacientes: 66 mujeres y 58 varones, con un seguimiento medio de 518 días. Edad media: 90 ± 4 años. No se observaron diferencias entre grupos respecto a factores de riesgo cardiovascular, deterioro cognitivo, historia de insuficiencia cardiaca o fibrilación auricular. Un mayor porcentaje de varones tenía antecedente de cardiopatía isquémica (36% vs. 18%; $p = 0,02$). Durante el ingreso se realizó cateterismo al 38% de los pacientes, sin observarse diferencias entre grupos (varones 36% vs. 40% mujeres; $p = 0,28$). Tampoco hubo diferencias en cuanto a mortalidad intrahospitalaria (varones 32% vs. 28% mujeres; $p = 0,22$), desarrollo de insuficiencia cardiaca o sangrado mayor ($p = \text{NS}$). Al alta un mayor porcentaje de varones recibió un tratamiento con un segundo antiagregante (73% vs. 51% $p = 0,032$), sin observarse diferencias en cuanto al uso de ácido acetilsalicílico o estatinas de alta potencia. Durante el seguimiento tras el alta no hubo diferencias en cuanto a mortalidad total.

Variables/Grupos	General n = 124	Mujeres n = 66	Varones n = 58	p
Edad	89 ± 9	$90 \pm 4,3$	$89 \pm 1,8$	0,32
Hipertensión arterial	97 (78%)	54 (81%)	43 (74%)	0,30
Diabetes mellitus	33 (26%)	16 (24%)	17 (29%)	0,52
Dislipemia	60 (48%)	31 (46%)	29 (50%)	0,73
Cardiopatía isquémica	33 (26%)	12 (18%)	21 (36%)	0,02
Insuficiencia cardiaca	48 (38,7%)	34 (44%)	14 (29%)	0,06
Fibrilación auricular	25 (20%)	10 (15%)	15 (25%)	0,13
Ictus/AIT	23 (18%)	10 (15%)	13 (22%)	0,29
Deterioro cognitivo	27 (21%)	14 (21%)	13 (22%)	1
Estrategia invasiva	48 (38%)	27 (40%)	21 (36%)	0,28
Mortalidad intrahospitalaria	38 (30%)	19 (28%)	19 (32%)	0,22
Insuficiencia cardiaca	68 (55%)	32 (50%)	36 (62%)	0,18
Sangrado mayor	9 (7,5%)	3 (4,7%)	6 (10%)	0,23
Tratamiento al alta				
Ácido acetilsalicílico	59 (65%)	33 (67%)	26 (63%)	0,69
Clopidogrel	55 (61%)	25 (51%)	30 (73%)	0,032
Estatinas de alta potencia	64 (72%)	33 (68%)	31 (77%)	0,27

Conclusiones: En pacientes muy ancianos con IAMSEST no se observaron diferencias en cuanto al uso de una estrategia invasiva, aunque los varones recibieron con mayor frecuencia un segundo antiagregante.

O-52. MODELO PREDICTIVO DE MUERTE POR CUALQUIER CAUSA EN PACIENTES ANCIANOS CON SÍNDROME CARDIORRENAL

María Carola Martínez Peña¹, Pablo Andrés Castro², María Rey Hernández¹, Marco D'Amato¹, Salvador Álvarez¹ y Juan Górriz Magaña¹

¹Servicio de Cardiología, Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla, Madrid, España. ²Servicio de Medicina Interna, Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla, Madrid, España.

Introducción y objetivos: Los pacientes con síndrome cardiorenal presentan un riesgo elevado de descompensaciones de insuficiencia cardiaca, se trata de un grupo de pacientes frágiles con un aumento de la mortalidad. De aquí la importancia de identificar algunos marcadores que se asocien a un aumento de riesgo de mortalidad en este grupo de pacientes. El objetivo fue identificar las características de los pacientes que puedan ser predictores de mortalidad por cualquier causa en los pacientes mayores de 75 años con síndrome cardiorenal.

Tabla 1. Características descriptivas

Edad (años; mediana [RI])	85 (81-88)
Barthel (puntuación; mediana [RI])	95 (80-100)
Índice Charlson (puntuación; mediana [RI])	8 (6-9)
Mujeres (n, [%])	23 (35,4)
Filtrado glomerular (ml/min; mediana [RI])	32 (21-38)
Filtrado glomerular en última visita (ml/min; mediana [RI])	29 (20-35)
Cambio en el FG visita inicial – última visita (ml/min; mediana [RI])	3 (-8 a +3)
NT-proBNP, última visita (pg/ml; mediana [RI])	5.785 (1.862-14.023)
Furosemida, última visita (mg; mediana [RI])	80 (40-160)
Fracción eyección VI (%; mediana [RI])	50 (37-60)
E/e' (ratio; mediana [RI])	12,0 (9,9-14,0)
PSAP (mmHg; mediana [RI])	52 (40-60)
Datos directos/indirectos de HP significativa (%; [n])	23 (35,4)
IM III-IV/IV (%; [n])	5 (7,7)
Disfunción VD (%; [n])	14 (21,5)
Dilatación VD (%; [n])	13 (20,0)
IT al menos grave (%; [n])	16 (24,6)
Fibrilación auricular (%; [n])	47 (72,3)
iSGLT2 (%; [n])	35 (53,9)

Métodos: Estudio observacional, prospectivo en el que se evaluaron las características y eventos de los pacientes remitidos

a la unidad cardiorrenal de nuestro centro. Analizados desde marzo de 2022 hasta marzo de 2023.

Tabla 2. Modelo multivariante realizado con regresión de Cox (predictora de muerte por cualquier causa)

	HR	IC 95%	p
FG, última visita (ml/min)	0,918	0,852 - 0,990	0,026
CA125, último valor en seguimiento (U/l)	6,598	1,642 - 26,504	0,008
Barthel	0,955	0,920 - 0,993	0,019
NT-proBNP_actual	1,00	1,00	NS
Clortalidona (mg/día), última visita	0,974	0,931 - 1,019	NS
CA125 inicial (U/l)	0,387	0,029 - 5,158	NS
Furosemida actual (mg/día)	1,004	0,930 - 1,083	NS
Hb (g/dl)	0,233	0,000 - 188,496	NS
Dilatación de VD	0,01	$3,734 \times 10^{-52}$ - $1,08 \times 10^{43}$	NS
Índice Charlson	0,771	0,001 - 398,1	NS
Edad (años)	0,941	0,905 - 12,4	NS

Resultados: 65 pacientes ≥ 75 años con síndrome cardiorrenal, definido por IC con FG inicial < 30 ml/min o FG < 45 ml/min con al menos 80 mg de furosemida. La mayoría varones (41; 63,1%) con edad media de 85 años. Resto de características en la tabla 1. La mediana de seguimiento fue 15,2 meses (RI 7,7-19,5). La media de tiempo a muerte fue 18,5 meses ($\pm 1,2$). Se realizó un modelo predictivo multivariante con regresión de Cox incluyendo las variables que fueron estadísticamente significativas en el univariante, así como otras de interés o conocimiento clínico. Las variables que resultaron ser predictoras independientes asociadas a mayor riesgo de muerte fueron niveles persistentemente elevados de CA-125, peor FG desarrollado en el seguimiento y una menor puntuación en la escala Barthel. R2N 0,37 (tabla 2).

Conclusiones: De acuerdo con nuestros resultados, niveles persistentemente elevados de CA-125, junto con mayor deterioro evolutivo de enfermedad renal y mayor grado de depen-

dencia expresada en la escala Barthel, se asocian a mayor riesgo de muerte por cualquier causa, pudiendo explicar el 37% de las mismas.

O-53. PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN CARDIACA VIRTUALES EN MAYORES DE 65 AÑOS. ¿SON NECESARIAS LAS PRUEBAS DE ESFUERZO?

Joaquín Vila García^{1,2}, Dolores Hernández^{1,2}, María José Rodríguez^{1,2}, Alejandro Lara García^{1,2}, José Raúl Moreno Gómez^{1,2} y Almudena Castro Conde^{1,2}

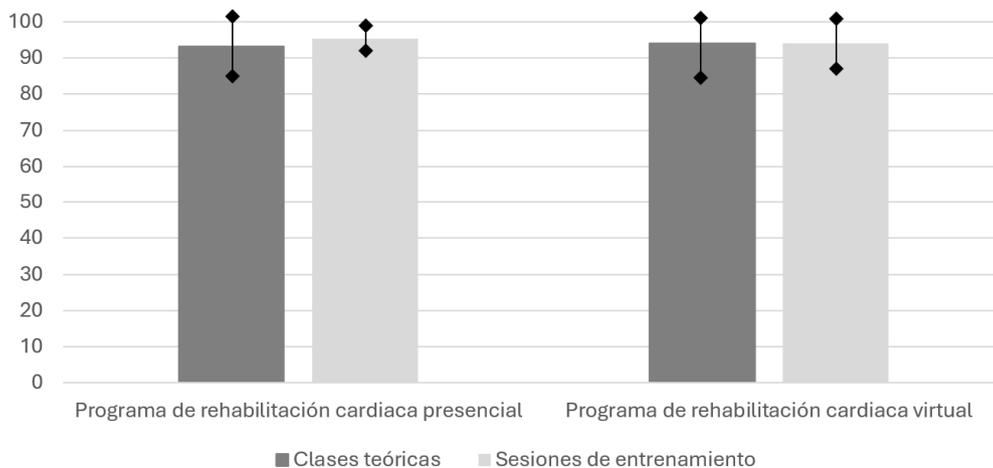
¹Servicio de Cardiología, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España. ²Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital Universitario La Paz (IdiPAZ), Madrid, España.

Introducción y objetivos: La rehabilitación cardiaca es una de las intervenciones que más beneficio ha demostrado tras un infarto de miocardio (IAM), independientemente de la edad. En muchos centros, la inclusión de pacientes en este tipo de programas de rehabilitación cardiaca (PRC) virtuales pasa por la realización previa de una prueba de esfuerzo (PE) a todos los pacientes. No hay evidencia sobre la utilidad de estas PE en términos de seguridad. El objetivo de este estudio es demostrar si los PRC virtuales sin PE previa son seguros tras un IAM en mayores de 65 años.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo que compara pacientes de más de 65 años que asistieron a un PRC virtual de un hospital de nivel terciario entre el 1 de junio de 2020 y el 22 de septiembre de 2023 y los que asistieron a un PRC presencial desde el 1 de enero de 2019 hasta el 31 de diciembre de 2019. Los criterios de exclusión para el PRC virtual fueron fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) inferior al 40%, falta de conexión a Internet y deterioro cognitivo. El PRC virtual incluyó clases teóricas en línea y un programa de ejercicios supervisado, sin PE previa.

Resultados: Se incluyeron un total de 74 pacientes en el grupo de PRC presencial y 189 en el grupo de PRC virtual (tabla 1). La asistencia a las clases y a las sesiones de entrenamiento se muestran en la tabla 2 y en la figura. Ningún paciente sufrió eventos adversos graves en ninguno de los dos grupos y no hubo casos de muertes u hospitalizaciones relacionadas con el ejercicio.

Asistencia de los mayores de 65 años a los Programas de Rehabilitación Cardiaca



Comunicación O-53 Figura
Asistencia a las clases teóricas y a las sesiones de entrenamiento.

Tabla 1. Características basales de los sujetos

	PRC presencial	PRC virtual	p
Edad (años)	71,0 (68,0-73,7)	71,9 (67,0-75,0)	0,2984
Género			
Varón	59 (79,7%)	152 (80,4%)	0,8643
Mujer	15 (20,3%)	37 (19,6%)	0,8643
Indicación del PRC			
Cardiopatía isquémica	100%	100%	-
Hábito tabáquico activo	20 (10,6%)	39 (20,6%)	0,1918

PRC: programa de rehabilitación cardiaca.

Tabla 2. Asistencia a clases teóricas y sesiones de entrenamiento

	PRC presencial	PRC virtual	p
Asistencia a clases teóricas (%)	93,3 ± 18,8	94,1 ± 18,7	0,776
Asistencia a sesiones de entrenamiento (%)	95,4 ± 8,4	94,1 ± 16,3	0,4244

PRC: programa de rehabilitación cardiaca.

Conclusiones: La realización de PE a pacientes de más de 65 años de bajo riesgo antes de la inclusión en un PRC no parece ser necesaria en términos de seguridad. No hay diferencias en cuanto a adherencia entre PRC virtuales y presenciales.

O-54. RESULTADOS DE LA IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA MULTIDISCIPLINAR PARA EL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA TERMINAL

Vicente Peruyero Gil, María Carola Martínez, María Rey Hernández, Juan Górriz Magaña, Marco D'Amato y Salvador Álvarez Antón

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

Introducción y objetivos: El manejo paliativo de la insuficiencia cardiaca (IC) persigue el confort del paciente. Buscamos evaluar los resultados de implantar un programa multidisciplinar estructurado de manejo paliativo de IC para prevenir reingresos y mejorar la calidad de vida en la fase terminal.

Métodos: Se incluyeron pacientes de la unidad de IC/hospitalización definidos por: IC avanzada no candidatos a trasplante/asistencia; ≥ 2 ingresos en un año o 1 ingreso de ≥ 40 días de duración, con al menos 2/4 criterios de afectación funcional/orgánica; ongestión refractaria; PPS ≤ 50 pacientes; caquexia, e hipoperfusión (criterios ESCAPE).

Resultados: Desde diciembre de 2022 se reclutan 12 pacientes, 7 mujeres. Las principales características se resumen en la tabla 1. La edad media fue de 82 años (rango intercuartílico [RI]-(84,5-92)), índice Barthel 60 puntos (RI-(47-63)) y PPS 55 (RI-(50-60)). Respecto al tratamiento, la dosis media de furosemida fue de 160 mg (3 en tratamiento IV por elastómero), 1 paciente con acetazolamida, 6 con clortalidona, 5 con iSGLT2 y ninguno con ARNI/ARA2/iECA. La mediana de seguimiento es 3 meses (RI-(1,3-5)) y la de supervivencia 4,5 meses (RI-(0,8-8,2)). La tasa de reingreso por IC a 30 y 180 días fue del 0%, y del 16% (2 infecciones) por cualquier causa a 180 días (tabla 2). No se derivaron complicaciones de los catéteres permanentes. De los 8 pacientes fallecidos (66,7%), 5 fueron por IC refractaria, 2 por infección y 1 por TEP probable. Todos en domicilio/centro de paliativos excepto los infecciosos, que lo

hicieron ingresados. Sin diferencias significativas en cuanto al tiempo de fallecimiento entre pacientes con tratamiento IV activo (3) y sin él (9) ($p = 0,6$), ni por sexo ($p = 0,8$).

Tabla 1. Características basales de los pacientes

Edad (años, [RIC])	88 (84-92)
Barthel (puntuación [RIC])	60 (47-63)
PPS (puntuación [RIC])	55 (50-60)
Índice Charlson (puntuación [RIC])	4 (4-5)
Mujer (n, %)	7 (58,3%)
Cardiopatía isquémica (n, %)	4 (33,3%)
HP significativa (n, %)	11 (91,7%)
Estenosis mitral grave (n, %)	1 (8,3%)
Insuficiencia mitral III-IV/IV (n, %)	2 (16,7%)
Disfunción VD (n, %)	9 (75%)
Dilatación VD (n, %)	8 (66,7%)
IT al menos moderada (n, %)	8 (66,6%)
FG (ml/min [RIC])	31 (22-35)
NT-proBNP (pg/ml [RIC])	607 (4.539-10.390)
CA125 (U/l [RIC])	48,5 (27,5-64,75)
FEVI (% [RIC])	49 (37-60)
Hb (g/dl [RIC])	10,85 (10,0-12,8)
PSAP (mmHg [RIC])	60 (47,25-72,50)
Furosemida (mg/día [RIC])	160 (80-230)

Tabla 2. Indicadores de resultado

Tasa de reingreso hospitalario por IC a 30 días y 6 meses (%)	0% y 0%
Tasa de reingreso hospitalario por cualquier causa a 30 días y 6 meses (%)	0% y 16%
Tasa de mortalidad a 30 días y 6 meses (%)	16% y 66%
Tasa de trastorno iónico grave derivado del uso de diuréticos ($K < 2,5$ mEq/l, $Na < 125$ mEq/l) (%)	0%
Tasa de infecciones derivadas del catéter central de inserción periférica o dispositivo similar (%)	0%

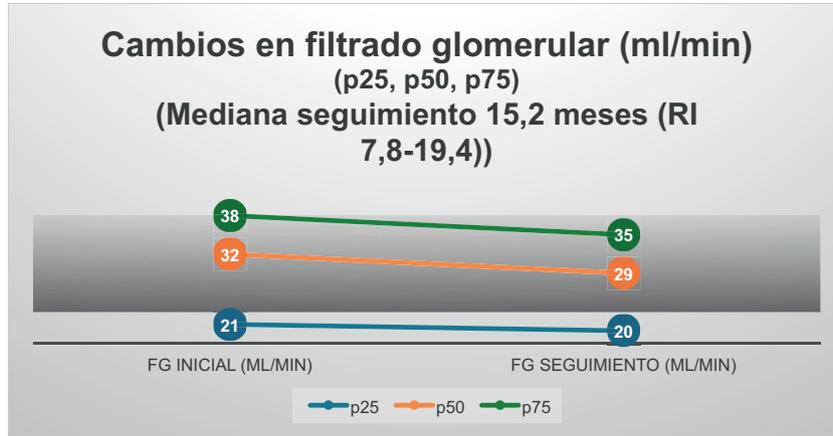
Conclusiones: Planteamos que establecer programas que identifiquen, planifiquen y aborden el manejo de la IC en fase avanzada-terminal ofrece alivio físico y mental al paciente y al cuidador, evitando reingresos; las infecciones fueron los cuadros inmanejables ambulatoriamente; no hemos apreciado diferencias por sexo en los resultados; se necesitan datos más robustos para confirmar estas conclusiones.

O-55. MODELO PREDICTIVO DE FACTORES QUE SE ASOCIAN A DETERIORO DE LA FUNCIÓN RENAL EN PACIENTES ANCIANOS CON SÍNDROME CARDIORRENAL EN SU SEGUIMIENTO PROSPECTIVO

María Rey Hernández¹, Pablo Andrés Castro Riaño², Marco D'Amato¹, María Carola Martínez Peña¹, Salvador Álvarez Antón¹ y Juan Górriz Magaña¹

¹Servicio de Cardiología, Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla, Madrid, España. ²Servicio de Medicina Interna, Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla, Madrid, España.

Introducción y objetivos: El síndrome cardiorrenal se caracteriza por afectación simultánea y bidireccional de función cardiaca y renal. En el seguimiento ambulatorio, en ocasiones se observan deterioros progresivos de función renal en nuestros pacientes. Objetivo: evaluar los factores que se puedan asociar a cambios en el filtrado glomerular durante el seguimiento ambulatorio en pacientes ancianos con SCR.



Comunicación O-55 Figura

Métodos: Estudio observacional, prospectivo, en el que se evaluaron las características de los pacientes ≥ 75 años remitidos a la unidad cardiorenal de nuestro centro desde marzo de 2022 hasta marzo de 2023.

Resultados: Se incluyeron 65 pacientes ≥ 75 años con síndrome cardiorenal, definido por IC con FG inicial < 30 ml/min o FG < 45 ml/min con al menos 80 mg de furosemida. Seguimiento mediana 15,2 meses (7,7-19,5). Fueron pacientes en su mayoría varones (41; 63,1%), de edad mediana 85 años y con FG inicial 32 ml/min. En la última visita prospectiva de seguimiento de 29 ml/min, lo que representa una reducción mediana de 3 ml/min (figura y tabla 1). Realizamos un modelo multivariante con regresión lineal a partir de evaluaciones univariantes para predecir los factores que puedan influir en los cambios en el FG. Las variables identificadas en el modelo fueron: partir de un mayor FG inicial y mayores niveles persistentes de CA125 en el seguimiento como variables que se asocian a mayor reducción en el seguimiento. Se identificó el tratamiento con iSGLT2 como factor protector (tabla 2). R^2 de 0,57.

Tabla 1. Características descriptivas

Edad (años; mediana [RI])	85 (81-88)
Barthel (puntuación; mediana [RI])	95 (80-100)
Índice Charlson (puntuación; mediana [RI])	8 (6-9)
Mujeres (n, [%])	23 (35,4)
Filtrado glomerular (ml/min; mediana [RI])	32 (21-38)
Filtrado glomerular en última visita (ml/min; mediana [RI])	29 (20-35)
Cambio en el FG visita inicial – última visita (ml/min; mediana [RI])	3 (-8 a +3)
NT-proBNP, última visita (pg/ml; mediana [RI])	5785 (1862-14023)
Furosemida, última visita (mg; mediana [RI])	80 (40-160)
Fracción de eyección VI (%; mediana [RI])	50 (37-60)
E/e' (ratio; mediana [RI])	12,0 (9,9-14,0)
PSAP (mmHg; mediana [RI])	52 (40-60)
Datos directos/indirectos de HP significativa (%; [n])	23 (35,4)
IM III-IV/IV (%; [n])	5 (7,7)
Disfunción VD (%; [n])	14 (21,5)
Dilatación VD (%; [n])	13 (20,0)
IT al menos grave (%; [n])	16 (24,6)
Fibrilación auricular (%; [n])	47 (72,3)
iSGLT2 (%; [n])	35 (53,9)

Conclusiones: De acuerdo con nuestros resultados, la persistencia de congestión residual expresada por niveles elevados de CA125 y un mayor FG inicial se asocia significativamente

con un mayor riesgo de reducción del FG durante el seguimiento. Por el contrario, recibir tratamiento con iSGLT2 se asocia a una mayor preservación de la misma. Este modelo explicaría el 57% de los cambios de FG.

Tabla 2. Modelo multivariante realizado con regresión lineal (predictora variación de FG (ml/min) inicial – última visita)

Variable	Pendiente (B _i)	IC 95%	p
FG inicial	-0,6	-0,9-0-4	< 0,001
CA125 (últimas determinaciones)	-0,1	-0,1 a -0,3	0,003
iSGLT2	6,0	2,2-9,9	0,003
Furosemida (últimas dosis)	-0,01	-0,51 a +0,03	NS
Índice Charlson	0,9	-0,4 a +2,3	NS
Disfunción VD	0,5	-6,1 a +7,1	NS
Datos de HP significativa	-3,7	-16,2 a +8,7	NS
E/e'	-0,4	-1,4 a +0,6	NS
Diabetes	-2,0	-10,9 a +6,9	NS
Tiempo de seguimiento	-0,2	-1,4 a +1,0	NS
NT-proBNP (últimas cifras)	$9,6 \times 10^{-5}$	-0,01 a +0,01	NS
Cardiopatía isquémica	1,7	-7,7 a +11,1	NS

O-56. SEGURIDAD DEL CIERRE DE OREJUELA EN PACIENTES DE EDAD AVANZADA EN NUESTRO MEDIO. COMPARACIÓN CON UN REGISTRO AMERICANO

María Elena Basabe Velasco, Manuel Tapia Martínez, Miguel Ángel Sastre Perona, Alfonso Suárez Cuervo, Salvador Álvarez Antón y David Martí Sánchez

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

Introducción y objetivos: El cierre percutáneo de orejuela izquierda (COAI) ha experimentado avances notables a lo largo de dos décadas. Esto ha permitido minimizar las complicaciones y ampliar las indicaciones, particularmente en la población mayor. Nuestro objetivo fue analizar la seguridad del COAI en nuestro entorno y compararla con los resultados reportados en la literatura.

Métodos: Registro observacional prospectivo de pacientes consecutivos remitidos para COAI (julio 2020-abril 2024). El parámetro principal de seguridad fue el combinado de mortalidad

por todas las causas, evento isquémico cerebral o sistémico, o complicación mayor periprocedimiento (< 7 días). Se analizaron los eventos clínicos al año (mortalidad por todas las causas, ictus, embolia sistémica o sangrado mayor BARC \geq). Las características y eventos de la cohorte de estudio (ESP) fueron comparados con los de la cohorte americana SURPASS presentada en 2023 (EUA) mediante el software estadístico Medcalc.

	ESP (n = 72)	EUA (n = 66.894)	p
Edad (años)	79 \pm 7	76 \pm 8	0,002
Sexo femenino	33%	41%	0,21
Ictus previo	30%	21%	0,08
Sangrado clínicamente relevante	76%	58%	0,003
CHA2DS2VASc	4,6 \pm 1,5	4,8 \pm 1,5	0,26
HAS-BLED	2,7 \pm 0,9	2,4 \pm 1,0	0,01
Éxito técnico	98,6%	97,6%	0,87
Anticoagulación al alta	48,6%	86,8%	< 0,001
Parámetro principal de seguridad	2,7%	0,49%	0,07
Eventos a 12 meses			
Mortalidad	13,2%	8,3%	0,20
Ictus	1,7%	1,6%	0,69
Embolia sistémica	1,6%	0,1%	0,03
Sangrado mayor	8,7%	6,7%	0,66

Éxito técnico: oclusión efectiva, sin fuga peridispositivo > 5 mm ni complicaciones asociadas al procedimiento.

Resultados: Se realizaron 72 procedimientos en población mayor (media 79,4 años) y alta carga de comorbilidades, obteniéndose un éxito técnico del 98,6% (imposibilidad de implante por obstrucción venosa en un caso). En la cohorte ESP hubo un fallecimiento por parada respiratoria en un paciente con extrema comorbilidad, y una embolia coronaria probable a los 7 días del COAI, sin diferencias significativas en el parámetro principal de seguridad. No se registraron casos de embolización o perforación. La población EUA se asoció a mayor uso preventivo de la terapia, explicando su mayor proporción de anticoagulación al alta. A los 12 meses no hubo diferencias significativas entre los principales eventos clínicos en las dos cohortes. En nuestra serie, el 97% de los pacientes elegibles mantuvieron la desescalada de terapia antitrombótica.

Conclusiones: Los resultados del COAI en nuestro medio son competitivos con los reportados en la literatura. Identificamos una baja tasa de complicaciones periprocedimiento y un beneficio clínico sostenido que posicionan al COAI como una buena alternativa en población compleja de edad avanzada.

O-57. FACTORES ASOCIADOS A MORTALIDAD A LOS 2 AÑOS DE LA IMPLANTACIÓN DE VÁLVULA AÓRTICA TRANSCATÉTER EN PACIENTES CON ESTENOSIS AÓRTICA GRAVE SINTOMÁTICA

Paola Reinoso Párraga^{1,2}, Victoria Déniz-González^{1,2}, Guillermo Galeote García^{2,3}, Gabriela Guzmán Martínez³, José Raúl Moreno Gómez^{2,3} y Rocío Menéndez-Colino^{1,2}

¹Servicio de Geriátrica, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España. ²Instituto de Investigación Hospital Universitario La Paz (IdiPAZ), Madrid, España. ³Servicio de Cardiología, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España.

Introducción y objetivos: Determinar los factores asociados a mortalidad a los 2 años de la implantación de TAVI en pacientes con SASS.

Métodos: Estudio observacional ambispectivo en pacientes con estenosis aórtica grave sintomática (SASS) sometidos a implantación de válvula aórtica transcatheter (TAVI), derivados desde cardiología a la consulta de cardiogeriatría de un hospital terciario entre 2016 y 2021. Se realizó una valoración geriátrica integral (VGI) que incluyó variables demográficas, clínicas, analíticas (hemoglobina, filtrado glomerular, proteínas totales, NT-proBNP), funcionales (Functional Ambulation Classification [FAC] e índice de Barthel [IB]), cognitivas (Cuestionario de Pfeiffer [SPMSQ] y Escala Global de Deterioro [GDS]). Fragilidad: Short-Physical-Performance-Battery (SPPB) < 10, velocidad de la marcha < 0,8 m/s y fuerza de presión manual (FPM) < 12 kg en mujeres y < 22 kg en varones. Comorbilidad (índice de Charlson) y parámetros ecocardiográficos (FEVI, TAPSE, hipertensión pulmonar, otras valvulopatías). Se analizó la mortalidad a los 2 años de la implantación valvular.

Resultados: Se incluyeron 208 pacientes, edad media 81,49 \pm 6,38. Ciento seis (51%) varones. Las medias en las puntuaciones de la VGI fueron: FAC 4,84 \pm 0,39, IB 95,82 \pm 6,39, GDS 1,23 \pm 0,63 y SPM-SQ 0,94 \pm 1,29. A los 2 años fallecieron 28 (13,46%) pacientes. Los factores asociados a mortalidad a los 2 años fueron la presencia de fragilidad según la velocidad de la marcha, 22 (78,6%) de los pacientes fallecidos vs. 100 (55,6%) de los vivos, p = 0,024; la comorbilidad índice de Charlson en fallecidos vs. vivos 3,29 (2,82) vs. 2,11 (1,88), p = 0,009. La FEVI reducida y menor valor TAPSE se relacionó con mayor mortalidad a los 2 años, 46,2% vs 22,9%, p = 0,017 y 1,86 (0,46) vs. 2,12 (0,48), p = 0,041, respectivamente.

Conclusiones: Los factores asociados a mortalidad a los 2 años de la implantación de TAVI en pacientes con SASS fueron la presencia de fragilidad medida a través de la velocidad de la marcha, comorbilidad medida por índice de Charlson, FEVI reducida y TAPSE.

O-58. IMPACTO DE LA TERAPIA HIPOLIPEMIANTE TRAS SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN PACIENTES NONAGENARIOS

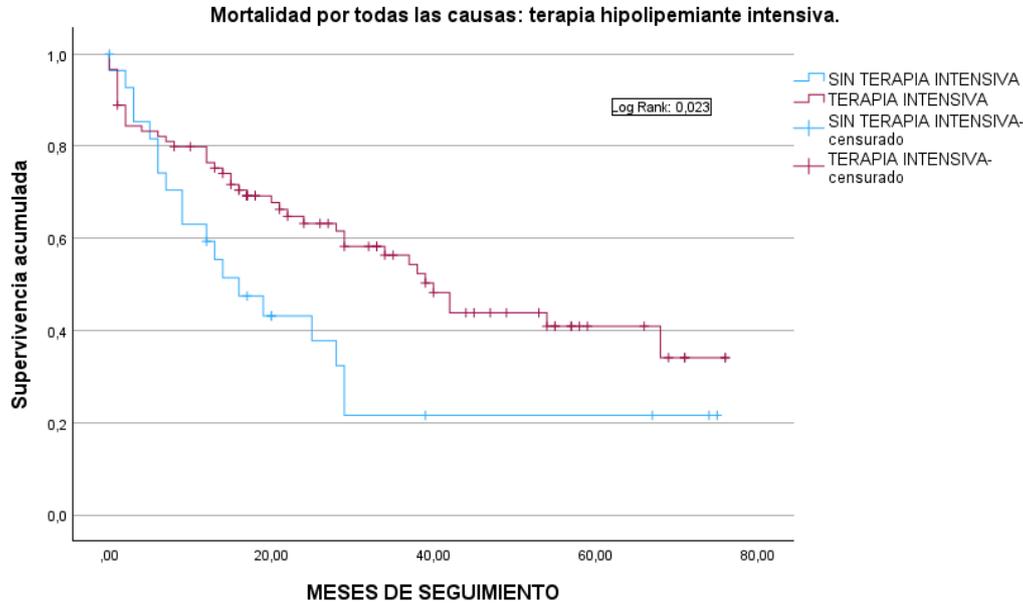
Carlos Jiménez Mayor, María Torres Briegas, Marcos Lorenzo Andrés, Marina Gómez Alcalde, Freddy Andrés Delgado Calva y Eduardo Enríquez Rodríguez

Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Santa Bárbara, Soria, España.

Introducción y objetivos: La terapia hipolipemiente es crucial para prevenir eventos cardiovasculares después de un síndrome coronario agudo (SCA); sin embargo, muchos pacientes no están adecuadamente controlados. Este estudio evalúa la estrategia hipolipemiente en ancianos mayores y su impacto en la mortalidad.

Métodos: Estudio de cohorte retrospectivo de pacientes > 85 años ingresados por SCA en un hospital universitario entre 2018 y 2023. Se excluyeron pacientes con infarto tipo 2, sangrado activo al ingreso o infección grave concomitante. Se recopilaron datos sobre comorbilidades, características clínicas, curso del infarto y tratamiento al ingreso y alta.

Resultados: Se incluyeron 183 pacientes con un seguimiento medio de 30,5 meses. La edad media fue 90 \pm 3,9 años, el 48% mujeres, el 78% hipertensos, el 46% dislipémicos y un tercio diabéticos (tabla 1). Más de la mitad padecían enfermedad renal crónica. Al alta, solo el 50% tenía prescrito hipolipemiantes de alta intensidad. A las 6 semanas, la media de LDL era menor, pero solo el 35% alcanzó el objetivo de LDL (< 55 mg/dl). En el grupo con estatinas de alta potencia, el 46% alcanzó los objetivos, siendo esta diferencia significativa. La prescripción de ezetimiba al alta fue < 5% (tabla 2). Al año, las proporciones de control lipídico eran similares. La mortalidad fue mayor en el grupo sin tratamiento hipolipemiente de alta intensidad (figura).



Comunicación O-58 Figura
Mortalidad por todas las causas: terapia hipolipemiante intensiva.

Tabla 1	
VARIABLES/GRUPOS	General n = 183
Edad	90 ± 3,9
Sexo femenino	89 (48%)
Hipertensión arterial	144 (78,7%)
Diabetes mellitus	53 (29%)
Dislipemia	85 (46,4%)
Historia de tabaquismo	32 (17,5%)
Cardiopatía isquémica	40 (21,9%)
Insuficiencia cardiaca	48 (38,7%)
Fibrilación auricular	25 (20,2%)
Algún grado deterioro cognitivo	40 (20,1%)
Fibrilación auricular	34 (18%)
EPOC	9 (4,9%)
Enfermedad renal crónica	118 (64,5%)
ACO	36 (19,6%)
Killip III-IV	34 (18%)

Tabla 2				
VARIABLES	n		p	
LDL basal (mg/dl)	93,3 ± 31,7	58	0,001	
LDL 6 semanas seg. (mg/dl)	68 ± 27,3	58		
LDL objetivo 6 semanas seguimiento	22 (34,4%)	64		
Estatina alta potencia al alta	94 (51,4%)	183		
Estatina de alta potencia según el objetivo de LDL alcanzado (< 55 mg/dl) a las 6 semanas de seguimiento				
Grupos	Alcanzar objetivos	No alcanzar objetivos	N	p
Sin tratamiento de alta intensidad	2 (13,3%)	13 (86,7%)	15	0,03
Alta intensidad	20 (41,7%)	28 (58,3%)	48	
Total	22	41	63	

Conclusiones: En esta cohorte de ancianos nonagenarios, la mitad no recibió tratamiento hipolipemiante de alta intensidad, y solo un tercio alcanzó el objetivo de LDL, destacando la falta de prescripción y el mal control lipídico. La supervivencia fue mayor en el grupo con tratamiento hipolipemiante intensivo, subrayando la importancia de un control metabólico estrecho en estos pacientes.

O-59. PLANIFICACIÓN ANTICIPADA DE DECISIONES EN LA INSUFICIENCIA CARDIACA AVANZADA

Natalia Mulero Galindo

Equipo de Soporte de Atención Paliativa Domiciliaria, Collado Villalba, Madrid, España.

Introducción y objetivos: La planificación anticipada de decisiones (PAD) es un proceso de gran relevancia en la atención a pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) avanzada, cuya prevalencia es del 9% en octogenarios, con una alta carga de comorbilidades que condiciona la toma de decisiones. Objetivos: explorar el beneficio de implementar la PAD en la atención a pacientes con IC avanzada, y específicamente analizar si se discute la desactivación de los desfibriladores automáticos implantables (DAI).

Métodos: Revisión sistemática de la literatura en bases de datos PubMed y Epistemonikos desde 2019 a 2024, en inglés y en español. Se evaluó la calidad de la evidencia de los artículos incluidos mediante la herramienta CASPe.

Resultados: Se incluyeron ocho estudios cualitativos y tres ensayos clínicos. La PAD sigue siendo un proceso escasamente incorporado en la atención a pacientes con IC avanzada. Los profesionales sanitarios describen como dificultades la trayectoria impredecible de la enfermedad, el impacto emocional que genera hablar sobre la muerte y el morir, y la falta de habilidades comunicativas para discutir sobre el final de la vida. Las conversaciones sobre la desactivación del DAI ocurren tarde o no ocurren, un 24% de los pacientes recibieron descargas en el último mes de vida y suponen una confrontación personal con la enfermedad y el final de la vida.

Conclusiones: La PAD es un proceso especialmente beneficioso en el paciente con IC avanzada ya que permite elaborar un plan terapéutico basado en las preferencias del paciente y su familia, mejora la calidad de vida y la atención integral en el final de la enfermedad. Es necesario incorporar las discusiones sobre la desactivación del DAI e informar de esta posibilidad en el momento de su implantación, y no posponerse exclusivamente a los últimos días de vida.

O-60. CARACTERÍSTICAS DE LAS MUJERES MAYORES SOMETIDAS A IMPLANTE DE VÁLVULA AÓRTICA TRANSCATÉTER

José Antonio Panera de la Mano, César Jiménez-Méndez, Livia Gheorghe, Ana Ruiz Barrios, Adrián Garrido Vital y Rafael Vázquez García

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, España.

Introducción y objetivos: El implante de válvula aórtica transcáteter (TAVI) es una alternativa efectiva a la cirugía de reemplazo valvular aórtico en pacientes > 75 años con estenosis aórtica (EA) sintomática, independientemente del riesgo quirúrgico. El objetivo de este trabajo es analizar las diferencias de género en la población ≥ 75 años sometida a implante de TAVI.

Métodos: Análisis ambispectivo de los pacientes sometidos a TAVI en un centro de tercer nivel. Se incluyeron pacientes ≥ 75 años y se clasificaron atendiendo al género. Se recopilaban datos clínicos, ecocardiográficos y de seguimiento.

Resultados: Se incluyó a 363 pacientes, 209 eran mujeres. Los principales resultados se muestran en la tabla. La edad de implante TAVI fue 81 ± 4 años. Las mujeres presentaron mayor dislipemia y consumo de benzodiacepinas. Presentaron menor prevalencia de cardiopatía isquémica, exposición al tabaco o síncope relacionado con la EA. La prevalencia de trastornos de conducción previa al implante fue menor en el grupo femenino y se observó una menor necesidad de marcapasos definitivo postimplante de TAVI. No se apreciaron diferencias en cuanto

al resultado de la escala de comorbilidad de Charlson ni en la escala de Katz de independencia en nuestros grupos. Finalmente, no se observaron diferencias en la tasa de eventos hemorrágicos durante el implante, ictus, infarto agudo de miocardio o en la mortalidad en el seguimiento.

Conclusiones: Las mujeres ≥ 75 años sometidas a implante de TAVI presentaron diferencias en las características basales con respecto a los varones. No hubo diferencias en la seguridad y eficacia del implante de TAVI en este grupo, cabe destacar una menor necesidad de marcapasos postimplante. Son necesarios más estudios que amplíen esta relación.

O-61. PERFIL DE RIESGO PARA ESTANCIAS HOSPITALARIAS PROLONGADAS EN ANCIANOS CON FIBRILACIÓN AURICULAR

Natalie Burgos Bencosme^{1,2}, Lucía Antuña Montes¹, Patricia Cancelo Reyer¹, José Gutiérrez Rodríguez^{1,2}, Eva María López Álvarez¹ y Jorge Eduardo Herrera Parra¹

¹Servicio de Geriátrica, Hospital Monte Naranco, Oviedo, Asturias, España. ²Instituto de Investigación Sanitaria del Principado de Asturias (ISPA), Oviedo, Asturias, España.

Introducción y objetivos: La fibrilación auricular (FA) es la arritmia más frecuente en el paciente mayor y su manejo requiere un abordaje holístico para conseguir mejores resultados de salud. Nuestro objetivo es determinar qué factores de riesgo se relacionan con la estancia prolongada en pacientes con FA ingresados en una unidad de agudos de geriatría.

Métodos: Se analizaron retrospectivamente 400 pacientes ≥ 80 años con FA entre 2019 y 2022. Las variables recogidas fueron: datos demográficos, comorbilidades, situación funcional (índice de Barthel [IB]), cognición y fragilidad (*Short Physical Performance Battery*). Se emplearon T-Student, U de Mann-Whitney para medias, Chi-cuadrado para porcentajes y finalmente se realizó una regresión logística. La duración de la estancia hospitalaria se clasificó según los días: estancia normal (EN) < percentil 75, prolongada (EP) ≥ percentil 75 (> 12 días) y muy prolongada (EMP) ≥ percentil 90 (> 16 días).

Tabla Comunicación O-60

Pacientes > 75 años	Todos 363	Varones 154 (42%)	Mujeres 209 (58%)	p
Edad implantación	81 ± 4	81 ± 4	81 ± 4	0,65
Hipertensión	303 (84%)	121 (79%)	182 (87%)	0,03
Diabetes mellitus	149 (41%)	63 (40%)	86 (41%)	0,93
Dislipemia	244 (67%)	91 (59%)	153 (73%)	< 0,01
Tabaco	94 (26%)	82 (53%)	12 (6%)	< 0,01
Cardiopatía isquémica	120 (33%)	61 (40%)	59 (28%)	0,023
Angina	119 (33%)	53 (34%)	66 (32%)	0,60
Síncope	29 (8%)	18 (12%)	11 (5%)	0,02
Dosis baja de furosemida*	72 (21%)	36 (24%)	36 (19%)	0,35
Benzodiacepinas	70 (20%)	22 (15%)	48 (25%)	0,03
Índice de Charlson > 3	113 (43%)	47 (43%)	66 (43%)	0,98
Índice de Katz: dependiente	20 (7%)	7 (6%)	13 (8%)	0,52
Trastornos en ECG	87 (24%)	48 (31%)	39 (19%)	0,01
Marcapasos post	80 (22%)	43 (28%)	37 (18%)	0,02
IAM seguimiento	8 (3%)	5 (4%)	3 (2%)	0,25
Ictus seguimiento	10 (4%)	6 (5%)	4 (3%)	0,26
Reingreso IC	44 (16%)	23 (19%)	21 (13%)	0,42
Exitus en seguimiento	79 (22%)	35 (23%)	44 (21%)	0,70

*Dosis baja de furosemida 20 mg o torasemida 5 mg.

Resultados: La edad media fue de $89,31 \pm 4,07$ años (mujeres 65,50%, IB $72,01 \pm 30,09$). Se observó alta prevalencia de hipertensión arterial (88,38%), enfermedad renal crónica (62,78%) y cardiopatía valvular (36,87%). La estancia media fue de $9,84 \pm 6,9$ días: EN = 66,3%, EP = 22% y EMP = 11,7%. Los análisis mostraron asociación significativa entre EMP y dependencia funcional (total 55,3%, grave 12,8%, moderada 19,1%, leve 2,1% e independiente 10,6%; $p < 0,001$), fragilidad (extrema 71,8%, frágil 20,5%, prefrágil 7,7% y robusto 0%; $p = 0,014$). Se detectó relación entre EMP con cardiopatía valvular (52,2% vs. 47,8%; $p < 0,05$) y anemia (58,7% vs. 41,3%; $p < 0,01$). La regresión logística reveló que fragilidad (OR = 4,5; $p < 0,01$), dependencia funcional (OR = 2,2; $p < 0,05$), cardiopatía valvular (OR = 2,2; $p < 0,005$) y anemia (OR = 2,0; $p < 0,007$) eran factores de riesgo de EMP.

Conclusiones: La dependencia funcional, la fragilidad, la cardiopatía valvular y la anemia se identifican como predictores significativos de EMP en pacientes mayores con FA. Estos hallazgos subrayan la importancia de optimizar los recursos hospitalarios y mejorar así los resultados de salud.

O-62. ESTANCIA HOSPITALARIA COMO PREDICTOR DE REINGRESO Y MORTALIDAD EN PACIENTES MAYORES CON FIBRILACIÓN AURICULAR

Natalie Burgos Bencosme^{1,2}, Lucía Antuña Montes¹, Laura Samaniego Vega¹, José Gutiérrez Rodríguez^{1,2}, Eva María López Álvarez¹ y Jorge Eduardo Herrera Parra¹

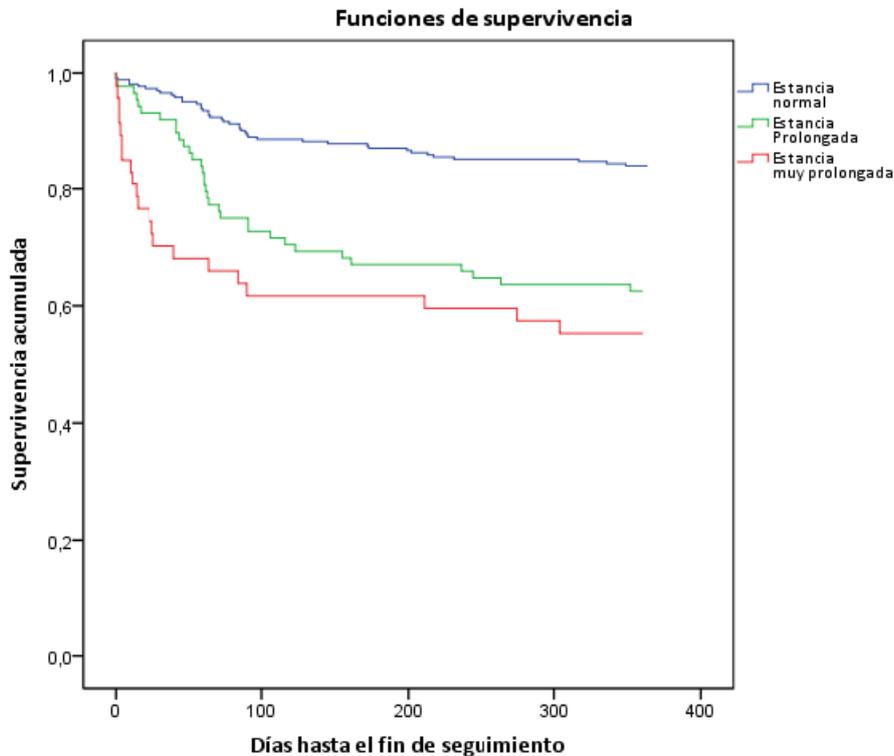
¹Servicio de Geriatría, Hospital Monte Naranco, Oviedo, Asturias, España. ²Instituto de Investigación Sanitaria del Principado de Asturias (ISPA), Oviedo, Asturias, España.

Introducción y objetivos: La posibilidad de ajustar los días de estancia hospitalaria en pacientes mayores con fibrilación auricular (FA) es un desafío que afecta tanto a los resultados clínicos como a la eficiencia hospitalaria. Nuestro objetivo es determinar los efectos de la estancia hospitalaria sobre reingreso y mortalidad al año.

Métodos: Se analizaron retrospectivamente 400 pacientes ≥ 80 años con FA entre 2019 y 2022. Variables recogidas: demográficas, comorbilidades, situación funcional (índice de Barthel [IB]), cognición y fragilidad (*Short Physical Performance Battery*). Se emplearon pruebas T-Student y U de Mann-Whitney, Chi-cuadrado y análisis de Kaplan-Meier para estimar la mortalidad. La duración de la estancia hospitalaria se clasificó según la media de días: estancia normal (EN) < percentil 75, prolongada (EP) \geq percentil 75 (12 días) y muy prolongada (EMP) \geq percentil 90 (16 días).

Resultados: La edad media fue de $89,31 \pm 4,07$ años (mujeres 65,50%, IB $72,01 \pm 30,09$). Se observó alta prevalencia de hipertensión arterial (88,38%), enfermedad renal crónica (62,78%) y cardiopatía valvular (36,87%). La estancia media hospitalaria fue de $9,84 \pm 6,9$ días, observándose: EN = 66,3%, EP = 22% y EMP = 11,7%. La mortalidad al año fue del 24,5%. Se objetivó asociación significativa entre estancia media y reingreso a 30 días (EMP 19%, EN 8,8% vs. EP 5,9%; $p < 0,05$). La supervivencia mediante Kaplan-Meier en función de la estancia hospitalaria detecta mayor mortalidad en pacientes con EMP (EMP 44,7% vs. EP 37,5% vs. EN 16,6%, Log Rank (Mantel-Cox) 32,75 ($p < 0,001$)).

Conclusiones: En pacientes mayores hospitalizados con FA la duración de la estancia hospitalaria se asocia con mayores tasas de reingreso y mortalidad al año. Estos resultados ponen en valor la importancia de desarrollar intervenciones específicas para reducir la estancia hospitalaria.



Comunicación O-62 Figura
Supervivencia mediante Kaplan-Meier en función de la estancia hospitalaria.