

REC: CardioClinics

www.reccardioclinics.org

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

Vigo, Pontevedra, 2 y 3 de octubre de 2025

COMUNICACIONES

O-01. VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL: UNA PIEZA CLAVE EN EL PRONÓSTICO TRAS INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN PACIENTES MAYORES

Álvaro Díaz Gómez¹, Guillermo Servando Carrillo¹, Nuria Antón Fidalgo², Selene Baos Muñiz³, Miriam Martínez Castro³ y José Ángel Pérez Rivera¹

¹Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Burgos, Burgos.
²Departamento de Ciencias de la Salud, Universidad de Burgos, Burgos. ³Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Isabel I, Burgos.

Introducción y objetivos: El infarto agudo de miocardio (IAM) en pacientes mayores plantea un desafío debido a la alta prevalencia de síndromes geriátricos y comorbilidades asociadas, pudiendo afectar al pronóstico, evolución y recuperación. Así, la valoración geriátrica integral resulta esencial para su evaluación, siendo el objetivo de este estudio identificar su valor pronóstico en pacientes ≥ 70 años con IAM.

Métodos: Estudio prospectivo de cohortes en el que se realiza una valoración geriátrica completa a pacientes ≥ 70 años con IAM ingresados en nuestro centro. Se desarrolla un seguimiento mediante revisión de historia clínica para identificar eventos adversos tras el alta. Se analiza un evento combinado a los 6 meses que incluye muerte por cualquier causa, reinfarcto, ingreso por insuficiencia cardíaca e ictus.

Resultados: Desde el 21 de septiembre de 2023 hasta el 21 de enero de 2025 se incluyeron 77 pacientes, cuyas características basales aparecen en la tabla. La media de seguimiento fue de 268,61 días. A los 6 meses se evidenció mayor riesgo de eventos combinados en pacientes frágiles según Clinical Frailty Scale (CFS), desnutridos por Índice Nutricional Pronóstico (PNI) y con alta comorbilidad por escala Charlson; mientras que a los 12 meses se mantuvo dicha relación con PNI y Charlson. Mediante análisis de regresión de Cox se objetivó que la fragilidad por CFS se asocia de forma independiente con el riesgo combinado de eventos a los 6 meses, mientras

que a los 12 meses lo hace con la comorbilidad medida por Charlson (figura).

Tabla Comunicación O-01
Características basales de la muestra

Población total (N = 77)	
Edad (años)	78 $\pm$ 5,96
Sexo femenino	20 (26%)
Hipertensión arterial	55 (71,4%)
Diabetes mellitus tipo 2	31 (40,3%)
Dislipemia	46 (59,7%)
IAM previo	13 (16,9%)
Killip-Kimball ≥ 2	19 (24,7%)
IAMSEST	48 (65,3%)
TUS máxima (ng/l)	2.629,52 $\pm$ 3.920,98
NT-proBNP (pg/ml)	3.817 $\pm$ 7.955,64
Desnutrición (MNA ≤ 11)	28 (36,4%)
Desnutrición (PNI ≤ 45)	26 (33,8%)
Desnutrición (GNRI ≤ 91)	14 (18,2%)
Desnutrición (CONUT ≥ 2)	55 (71,4%)
Independencia (Barthel = 100)	37 (48,1%)
Fragilidad (Frail ≥ 3)	12 (15,6%)
Fragilidad (Clinical Frailty Scale ≥ 4)	28 (36,4%)
Sarcopenia (SARC-F ≥ 4)	14 (18,2%)
Alta comorbilidad (Charlson ≥ 3)	77 (100%)

CONUT: escala de control nutricional; IAM: infarto agudo de miocardio; GNRI: Geriatric Nutritional Risk Index; IAMSEST: infarto agudo de miocardio sin elevación del segmento ST; MNA: Mini Nutritional Assessment; NT-proBNP: fracción N-terminal del péptido natriurético B; PNI: Prognostic Nutritional Index; TUS: troponina de alta sensibilidad; SARC-F: Strength, Ambulation, Rising from a Chair, Stair Climbing, and History of Falling Questionnaire.

Conclusiones: Implementar una valoración geriátrica integral facilita la detección de pacientes de alto riesgo. Aunque la fragilidad parece tener un impacto precoz, a largo plazo el pronóstico está más influenciado por comorbilidades. Esto sugiere que, aunque inicialmente la fragilidad puede ser determinante, las condiciones de salud adicionales resultan cruciales a largo plazo.

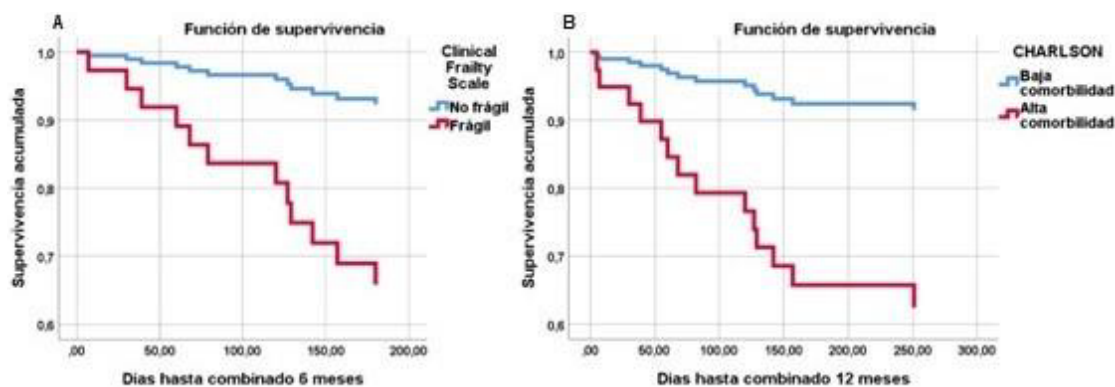


Figura 1. Curvas de regresión de Cox para el evento combinado. El evento combinado incluye mortalidad por cualquier causa, ingreso por insuficiencia cardíaca, nuevo infarto agudo de miocardio e ictus. La gráfica A corresponde al evento combinado a los 6 meses, incluyendo como variables las escalas de Barthel, Frail, Charlson y Clinical Frailty Scale. La gráfica B corresponde al evento combinado a los 12 meses e incluye las variables Frail, Charlson, Clinical Frailty Scale y Prognostic Nutritional Index.

Figura Comunicación O-01

O-02. IMPORTANCIA DE LA DESNUTRICIÓN EN PACIENTES MAYORES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO: UN FACTOR SUBESTIMADO EN LA ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO

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

¹Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Burgos, Burgos. ²Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Isabel I, Burgos.

Introducción y objetivos: La desnutrición es un síndrome frecuente en pacientes de edad avanzada, siendo su impacto sobre la cardiopatía isquémica desconocido. Este estudio tiene como objetivos determinar la prevalencia de desnutrición en pacientes mayores con infarto agudo de miocardio (IAM) y analizar la relación entre distintas escalas de valoración nutricional y variables geriátricas y antropométricas.

Métodos: Estudio observacional transversal con pacientes ≥ 70 años dados de alta por IAM en nuestro centro del 03/10/2023

al 31/01/2025. Previo al alta se realiza una valoración geriátrica integral con escalas de fragilidad, sarcopenia y dependencia, analítica y ecocardiograma reglado. Durante el primer mes tras el alta se realiza un estudio biométrico con medidas antropométricas, absorciometría con rayos X de doble energía y dinamometría. Se consideró desnutridos aquellos con criterios fenotípicos y etiológicos según la Iniciativa Global de Liderazgo en Desnutrición (GLIM) o ≤ 11 puntos con Mini Nutritional Assessment-Short Form (MNA-SF).

Resultados: Se incluyeron 52 pacientes, con una edad media de 78 años; el 26% eran mujeres. La prevalencia de desnutrición fue similar con ambos criterios: 38% según MNA-SF y 40% según GLIM. Ambos mostraron diferencias significativas en variables antropométricas según el grado de desnutrición, aunque los criterios GLIM las encontró en más variables. Con la escala MNA-SF se hallaron diferencias significativas en la fragilidad, dependencia y sarcopenia; con GLIM, en dependencia y fragilidad según Frail, pero no con la escala Clinical Frailty. La tabla muestra las características basales y la figura los resultados principales.

Tabla Comunicación O-02

Características basales de la muestra

Características basales	Población total (N = 52)	Características basales	Población total (N = 52)
Edad (años)	78,46 $\pm$ 6,28	Desnutrición (MNA-SF ≤ 11)	20 (38,46%)
Sexo femenino	14 (26,9%)	Desnutrición (GNRI ≤ 91)	7 (13,46%)
Índice de masa corporal	27,28 $\pm$ 4,23	Desnutrición (PNI ≤ 45)	32 (61,54%)
Hipertensión arterial	36 (69,23%)	Desnutrición (CONUT ≥ 2)	34 (65,38%)
Diabetes mellitus tipo 2	18 (34,61%)	DEXA T-SCORE	-0,20 $\pm$ 1,43
IAMSEST	30 (57,69%)	AMB (cm ²)	44,5 $\pm$ 12,69
Killip ≥ 2	13 (25%)	Fuerza muscular (kg)	24,93 $\pm$ 9,81
Días ingreso	6,23 $\pm$ 3,77	Desnutrición GLIM	21 (40,38%)
Troponina T ultrasensible (ng/l)	2.806,63 $\pm$ 4.138,67	Alta comorbilidad (Charlson ≥ 3)	52 (100%)
NT-proBNP (pg/ml)	3.400,86 $\pm$ 8.480,65	Fragilidad (Frail ≥ 3)	9 (17,31%)
Función ventricular izquierda (%)	58,46 $\pm$ 9,33	Fragilidad (Clinical Frailty Scale ≥ 4)	15 (28,85%)
Albúmina (g/dl)	3,61 $\pm$ 0,47	Dependencia (Barthel < 100)	25 (48,1%)
Vitamina D (ng/ml)	24,88 $\pm$ 26,54	Sarcopenia (SARC-F ≥ 4)	8 (15,38%)

AMB: área muscular del brazo; CONUT: escala de control nutricional; GLIM: Iniciativa Global de Liderazgo en Desnutrición; GNRI: Geriatric Nutritional Risk Index; IAMSEST: infarto agudo de miocardio sin elevación del segmento ST; DEXA: absorciometría con rayos X de doble energía; MNA-SF: Mini Nutritional Assessment-Short Form; NT-proBNP: fracción N-terminal del péptido natriurético B; PNI: Índice Nutricional Pronóstico; SARC-F: Strength, Ambulation, Rising from a Chair, Stair Climbing, and History of Falling Questionnaire.

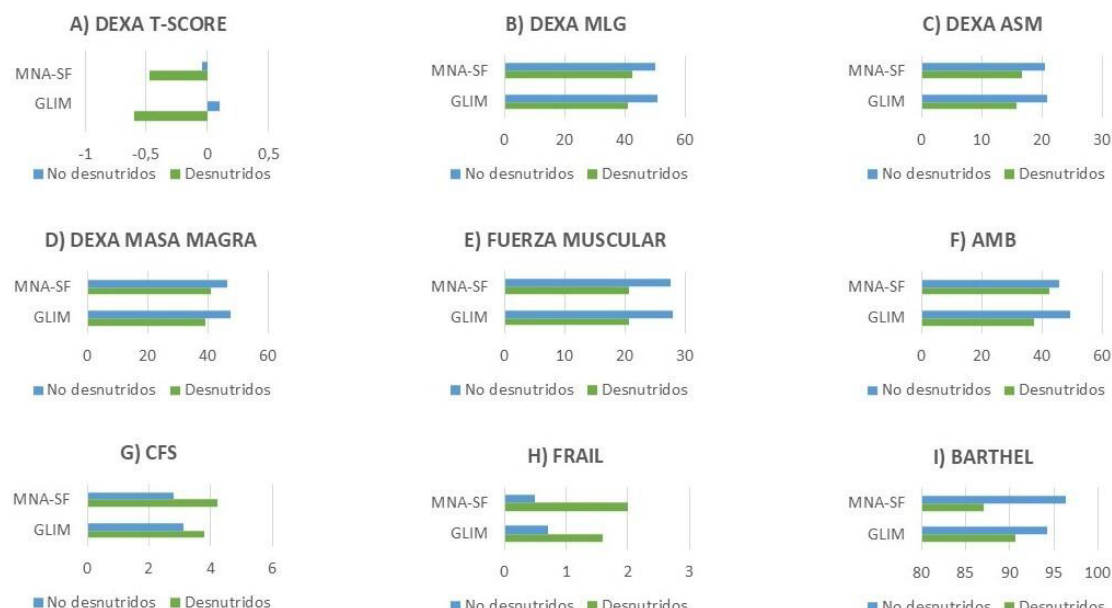


Figura 1. Representación gráfica comparando medias de variables geriátricas y biométricas entre pacientes desnutridos y no desnutridos según criterios GLIM y MNA-SF: A) DEXA T-Score; B) DEXA MLG en Kg; C) DEXA ASM en Kg; D) DEXA masa magra en Kg; E) Fuerza muscular en Kg; F) AMB en cm²; G) GLIM (Iniciativa 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); AMB (área muscular del brazo); CFS (Clinical frailty scale).

Figura Comunicación O-02

Conclusiones: La desnutrición en pacientes mayores con IAM es elevada, siendo similar según criterios GLIM o escala MNA-SF. Ambos test identifican pacientes geriátricamente complejos y con repercusión física derivada de la desnutrición. La escala MNA-SF muestra mayores diferencias en cuanto al primer aspecto, siendo los criterios GLIM más sensibles con respecto al segundo, destacando la importancia de la valoración antropométrica en estos pacientes.

O-03. ADHERENCIA Y TOLERABILIDAD DEL TRATAMIENTO CON ICOSAPENTO EN UNA COHORTE GERIÁTRICA EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL

Juan José Jiménez Aguilera¹, Gino Sebastián León Dávila², Paula Martínez Fernández², Raquel Peset Manzanet³, Alejandro Jiménez Aguilera¹ y Gemma María Canales Esteve⁴

¹Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de la Plana, Villarreal, Castellón. ²Atención Primaria, Hospital Universitario de la Plana, Villarreal, Castellón. ³Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario de la Plana, Villarreal, Castellón. ⁴Atención Primaria, Centro de Salud Torrent II, Valencia.

Introducción y objetivos: La adherencia terapéutica y la tolerabilidad son determinantes críticos en la eficacia de intervenciones preventivas cardiovasculares, especialmente en pacientes geriátricos polimedicados. El icosapento de etilo (IPE) ha demostrado beneficios en prevención secundaria, pero su perfil de adherencia y tolerancia en población anciana no está bien definido. El objetivo de este estudio fue analizar la adherencia y la tolerabilidad del tratamiento con IPE en pacientes mayores tratados en práctica clínica habitual.

Métodos: Se incluyeron 202 pacientes ≥ 65 años con datos completos de seguimiento. La adherencia se evaluó mediante el porcentaje de cajas de IPE extraídas respecto a las programadas (% de adherencia) y la persistencia en el tratamiento al final del seguimiento. La tolerabilidad se valoró por la frecuencia de interrupciones del tratamiento y registro de efectos adversos.

Resultados: El 92% de los pacientes extrajo al menos el 80% de las cajas previstas. La media de adherencia fue del 87,4%. Un 12% de los pacientes interrumpió el tratamiento: los motivos más frecuentes fueron olvido o falta de percepción de beneficio. Solo un 1,5% abandonó por posibles efectos adversos leves (náuseas o molestias digestivas). No se registraron eventos adversos graves relacionados con IPE. La tasa de persistencia fue del 88% a los 6 meses.

Conclusiones: En conclusión, en una cohorte geriátrica de alto riesgo, el tratamiento con IPE mostró una excelente adherencia y tolerabilidad. Estos datos apoyan su viabilidad como estrategia terapéutica sostenida en prevención secundaria en mayores, incluso en contextos de polimedicación y posible fragilidad.

O-04. COMPARATIVA DEL EFECTO DEL ICOSAPENTO DE ETILO EN UNA COHORTE GERIÁTRICA FRENTE A DATOS DE PRÁCTICA CLÍNICA Y ENSAYOS PIVOTALES

Juan José Jiménez Aguilera¹, Gino Sebastián León Dávila², Paula Martínez Fernández², Raquel Peset Manzanet³, Alejandro Jiménez Aguilera¹ y Gemma María Canales Esteve⁴

¹Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de la Plana, Villarreal, Castellón. ²Atención Primaria, Hospital Universitario de la Plana, Villarreal, Castellón. ³Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario de la Plana, Villarreal, Castellón. ⁴Atención Primaria, Centro de Salud Torrent II, Valencia.

Introducción y objetivos: El icosapento de etilo (IPE) ha demostrado una reducción significativa de eventos cardiovasculares en pacientes con triglicéridos (TG) elevados tratados con estatinas, especialmente en el ensayo REDUCE-IT, donde se observó una disminución del 25% en eventos mayores. Sin embargo, los datos en población geriátrica siguen siendo limitados. Objetivos: analizar la adherencia, eficacia y seguridad del IPE en una cohorte de pacientes ≥ 65 años y comparar los resultados con datos de ensayos clínicos pivotaes y estudios de práctica clínica real.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de 202 pacientes ≥ 65 años tratados con IPE en prevención secundaria. Se evaluaron la adherencia al tratamiento, la variación de niveles de TG, la incidencia de fibrilación auricular (FA) y la ocurrencia de eventos cardiovasculares durante el seguimiento.

Resultados: La adherencia media al IPE fue del 87,4%. Se observó una reducción media de TG de -39 mg/dl, equivalente a la observada en REDUCE-IT. La tasa de eventos cardiovasculares fue del 7,4%, dentro del rango descrito en estudios de práctica real. La incidencia de FA fue baja ($< 5\%$) y sin complicaciones graves. Los pacientes que lograron una reducción de TG > 30 mg/dl presentaron una tasa de eventos del 3,8%, notablemente inferior al 9,8% registrado en quienes no alcanzaron dicha reducción. Se identificó una relación directa entre mayor adherencia, mejor respuesta lipídica y menor incidencia de eventos, sin aumento de riesgos por FA o sangrados.

Conclusiones: En esta cohorte geriátrica, el tratamiento con IPE mostró un perfil de eficacia y seguridad comparable a los ensayos pivotaes y estudios en práctica clínica. La alta adherencia se asoció a mejores resultados clínicos, consolidando el papel del IPE en la prevención secundaria cardiovascular en pacientes mayores.

O-05. IMPACTO DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO CON ICOSAPENTO DE ETILO SOBRE LA REDUCCIÓN DE TRIGLICÉRIDOS, LA FIBRILACIÓN AURICULAR Y LOS EVENTOS CARDIOVASCULARES EN PACIENTES MAYORES

Juan José Jiménez Aguilera¹, Gino Sebastián León Dávila², Paula Martínez Fernández², Raquel Peset Manzanet³, Alejandro Jiménez Aguilera¹ y Gemma María Canales Esteve⁴

¹Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de la Plana, Villarreal, Castellón. ²Atención Primaria, Hospital Universitario de la Plana, Villarreal, Castellón. ³Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario de la Plana, Villarreal, Castellón. ⁴Atención Primaria, Centro de Salud Torrent II, Valencia.

Introducción y objetivos: La eficacia del icosapento de etilo (IPE) en prevención cardiovascular puede depender de la adherencia al tratamiento y del control lipídico alcanzado, especialmente en población geriátrica con múltiples comorbilidades. Este estudio evalúa la relación entre adherencia, reducción de triglicéridos (TG), aparición de fibrilación auricular (FA) y eventos cardiovasculares en pacientes mayores tratados con IPE en práctica clínica real.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de 202 pacientes ≥ 65 años tratados con IPE en prevención secundaria. Se analizó adherencia (medida por porcentaje de cajas dispensadas), niveles de TG y evolución clínica.

Resultados: La adherencia media fue del 87,4% y el 92% de los pacientes retiró al menos el 80% de las dosis previstas. Los pacientes con reducción significativa de TG (> 30 mg/dl) presentaron menor tasa de eventos (3,8%) frente a quienes no la lograron (9,8%). A su vez, la mayoría de los pacientes con buena adherencia consiguieron una reducción significativa de TG. Los pacientes con eventos presentaron una media de cambio en TG de $+14,9$ mg/dl, frente a $-36,1$ mg/dl en quienes no presentaron eventos. La FA posterior se documentó en un subgrupo reducido, más frecuente entre pacientes sin buena respuesta lipídica o con menor adherencia. Aunque la incidencia de FA fue baja y no se asoció a complicaciones graves, podría reflejar un perfil clínico más vulnerable.

Conclusiones: En conclusión, en pacientes mayores, una alta adherencia al tratamiento con IPE se asocia a mayor reducción de TG y menor incidencia de eventos cardiovasculares,

apoyando la importancia de optimizar la continuidad terapéutica en esta población.

O-06. RAMITA: REGISTRO DE AMILOIDOSIS POR TRANSTIRRETINA DE BURGOS

Enrique Palomero Camacho¹, Beatriz García Díaz¹, Lara Aguilar Iglesias¹, Ana Merino Merino¹, Eduardo Enríquez Rodríguez² y Ángel Pérez Rivera¹

¹Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Burgos, Burgos.

²Servicio de Cardiología, Hospital Santa Bárbara, Soria.

Introducción y objetivos: La amiloidosis cardiaca por transtirretina (ATTR) es una enfermedad infradiagnosticada en pacientes de edad avanzada, con predominio descrito en varones. Sin embargo, sus implicaciones clínicas en la población geriátrica y su presentación en mujeres merecen una atención específica. El objetivo de este estudio es analizar las diferencias clínicas, diagnósticas y pronósticas entre sexos en una cohorte de pacientes ancianos con ATTR.

Tabla Comunicación O-06
Resultados del estudio en comparación por sexos

Variables	Varones (n = 62)	Mujeres (n = 24)	Significación estadística (p)
Normopeso	19,6%	42,9%	0,04
Índice de Charlson > 9 puntos	19,7%	45,8%	0,028
Insuficiencia renal $> 3b$	11,1%	30,4%	0,03
Diabetes mellitus	35,5%	48,5%	0,6
Clase funcional NYHA III-IV	28,3%	45,5%	0,18
Disnea	80,3%	83,3%	1
Angina	6,6%	12,5%	0,39
Test genético	52,5%	41,7%	0,46
Inmunofijación	6,4%	0%	0,56
Motivo petición: disnea	68,9%	70,8%	0,54
Motivo petición: síntomas extracardiacos	1,6%	0%	0,54
Motivo de petición: estenosis aórtica	11,5%	4,2%	0,54
Motivo de petición: otros síntomas cardiacos	9,8%	9,3%	0,54
Servicio peticionario: cardiología	82%	50%	0,07
Servicio peticionario: medicina interna	16,4%	50%	0,07
Seguimiento por cardiología	81,7%	50%	0,05
Seguimiento por medicina interna	18,3%	50%	0,05
Fracción de eyección preservada	60,3%	90,5%	0,01
Valvulopatía diferente a estenosis aórtica	36,1%	67,6%	0,015
Tratamiento activo con tafamidis	11,7%	4,2%	0,43
Implante de marcapasos en seguimiento	16,4%	8,3%	0,49
Ictus en el seguimiento	2,1%	8,3%	0,19
Ingreso por insuficiencia cardiaca en el seguimiento	46,7%	67,6%	0,15
Ingreso por causa no cardiaca en el seguimiento	54,2%	32,8%	0,08
Mortalidad	9,2%	25%	0,08

NYHA: New York Heart Association.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo multicéntrico que incluyó pacientes ≥ 70 años diagnosticados de ATTR por gammagrafía con captación grado 2-3 (criterios de Perugini), entre junio de 2023 y enero de 2025. Se revisaron datos clínicos, funcionales, diagnósticos y de seguimiento a partir de las historias clínicas.

Resultados: Se incluyeron 86 pacientes, con edad media de 84 años siendo el 72,1% varones. Las mujeres presentaron mayor comorbilidad (índice de Charlson > 9 en 46% vs 20%; $p = 0,02$) e insuficiencia renal avanzada (30% vs 12%; $p = 0,03$). También mostraron peor estado funcional con mayor porcentaje de NYHA III-IV (46% vs 28%; $p = 0,1$) y peores resultados en el test de la marcha de 6 minutos (media 105 vs 304 m; $p = 0,1$). Destaca la realización de menos pruebas diagnósticas específicas en mujeres, con diferencias en test genéticos e inmunofijación en sangre (tabla). La función ventricular conservada fue más frecuente en mujeres (90% vs 60%; $p = 0,01$), así como valvulopatías distintas a estenosis aórtica. No se hallaron diferencias significativas en el tratamiento con tafamidis ni en eventos a seguimiento, aunque la mortalidad fue mayor en mujeres (25% vs 10%; $p = 0,07$).

Conclusiones: En esta cohorte geriátrica con ATTR, las mujeres presentan un perfil clínico más complejo y una menor accesibilidad a pruebas diagnósticas y atención especializada, lo que podría contribuir a un diagnóstico tardío y peor pronóstico. Estos hallazgos subrayan la necesidad de un abordaje más equitativo y adaptado al envejecimiento en la amiloidosis cardiaca.

O-07. EFICACIA DEL ÁCIDO BEMPEDOICO EN LA REDUCCIÓN DE LDL EN LA PRÁCTICA CLÍNICA REAL

Juan José Jiménez Aguilera¹, Mario Mecho Carratala², Carmen Doménech León³, Raquel Peset Manzanet⁴, Alejandro Jiménez Aguilera¹ y Gemma María Canales Esteve⁵

¹Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de la Plana, Villarreal, Castellón. ²Atención Primaria, Hospital Universitario de la Plana, Villarreal, Castellón. ³Estudiante de Medicina, Universidad Jaume I, Castellón. ⁴Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario de la Plana, Villarreal, Castellón. ⁵Atención Primaria, Centro de Salud Torrent II, Valencia.

Introducción y objetivos: El manejo eficaz de la hipercolesterolemia es esencial para prevenir la enfermedad cardiovascular aterosclerótica (ECVA). El ácido bempedoico, un inhibidor de la ATP-citrato liasa, ha demostrado reducciones significativas de cLDL en ensayos clínicos. Sin embargo, la evidencia en la práctica clínica real sobre su efectividad y el impacto de la adherencia es aún limitada. **Objetivo:** evaluar la efectividad del ácido bempedoico en la reducción de los niveles de colesterol LDL en pacientes atendidos en atención primaria en un entorno real.

Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de 450 pacientes de atención primaria que iniciaron tratamiento con ácido bempedoico entre 2022 y 2024. Los pacientes se clasificaron en dos grupos: riesgo alto (objetivo de LDL < 70 mg/dl) y riesgo muy alto (objetivo de LDL < 55 mg/dl). El resultado principal fue la reducción media del cLDL; como resultados secundarios se evaluaron: consecución de objetivos de LDL, tiempo hasta el objetivo, impacto de la adherencia (clasificada como baja [$\leq 40\%$], media [$41-80\%$] o alta [$> 80\%$] según las tasas de recogida de recetas) y cambios en otros parámetros lipídicos (colesterol total, triglicéridos, cHDL y relación TG/HDL). Como

medida de seguridad se incluyó la evolución del índice de filtrado glomerular estimado (eGFR).

Resultados: La reducción media de cLDL fue de -25 a -28 mg/dl ($\sim 20\%$), comparable a los ensayos CLEAR Harmony y CLEAR Wisdom. Entre los pacientes de muy alto riesgo, el 24% alcanzó un LDL < 55 mg/dl en un promedio de 43 días tras iniciar el tratamiento. Aquellos con mayor adherencia ($> 80\%$) mostraron reducciones mayores de LDL, aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas. No se observaron cambios significativos en los triglicéridos, cHDL ni en la relación TG/HDL. Se observó una leve disminución del eGFR (~ 10 ml/min) en los pacientes con alta adherencia, aunque dentro de límites clínicamente aceptables.

Conclusiones: El ácido bempedoico reduce eficazmente el cLDL en la práctica clínica real en atención primaria, con resultados comparables a los ensayos pivotaes. Una mayor adherencia se asocia a mejores resultados lipídicos, lo que refuerza la necesidad de estrategias para optimizar la adherencia. El ácido bempedoico representa una herramienta valiosa en el tratamiento hipolipemiante, especialmente en pacientes que requieren alternativas a las estatinas o terapias combinadas.

O-08. PREDICTORES DE RESPUESTA Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO CON ÁCIDO BEMPEDOICO

Juan José Jiménez Aguilera¹, Mario Mecho Carratala², Carmen Doménech León³, Paula Martínez Fernández², Alejandro Jiménez Aguilera¹ y Gemma María Canales Esteve⁴

¹Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de la Plana, Villarreal, Castellón. ²Atención Primaria, Hospital Universitario de la Plana, Villarreal, Castellón. ³Estudiante de Medicina, Universidad Jaume I, Castellón. ⁴Atención Primaria, Centro de Salud Torrent II, Valencia.

Introducción y objetivos: Identificar las características clínicas que predicen la respuesta al tratamiento hipolipemiante y la adherencia al ácido bempedoico puede facilitar estrategias terapéuticas más personalizadas y eficaces en atención primaria. **Objetivo:** determinar qué factores basales predicen el logro de objetivos de cLDL y una buena adherencia al tratamiento con ácido bempedoico en la práctica clínica habitual.

Métodos: Estudio retrospectivo de cohortes que incluyó a 450 pacientes que iniciaron tratamiento con ácido bempedoico entre 2022 y 2024. Se evaluaron como variables independientes: edad, sexo, cLDL, colesterol total (CT), triglicéridos (TG), cHDL y filtrado glomerular estimado (eGFR). Los objetivos principales fueron: 1) consecución de metas de cLDL (< 70 mg/dl en riesgo alto, < 55 mg/dl en riesgo muy alto) y 2) buena adherencia ($> 80\%$ de recogida de medicación). Se utilizaron modelos de regresión logística para identificar predictores independientes.

Resultados: La edad más joven y niveles más bajos de cLDL basal se asociaron de forma significativa con una mayor probabilidad de alcanzar los objetivos de cLDL ($p < 0,05$), así como con una mejor adherencia al tratamiento ($p < 0,05$). No se encontraron asociaciones significativas con el sexo, TG, cHDL ni eGFR. Los pacientes que alcanzaron los objetivos de cLDL lo hicieron en menor tiempo, aunque sin diferencias estadísticamente significativas.

Conclusiones: En atención primaria, la edad más joven y niveles iniciales de cLDL más bajos predicen mejor respuesta y adherencia al ácido bempedoico. Estos hallazgos respaldan el desarrollo de intervenciones dirigidas a optimizar el manejo lipídico en pacientes de mayor edad y mayor riesgo cardiovascular.

O-09. EFECTIVIDAD DEL ÁCIDO BEMPEDOICO SOBRE EL PERFIL LIPÍDICO COMPLETO EN FUNCIÓN DE LA EDAD Y LA ADHERENCIA: ANÁLISIS DE UNA COHORTE REAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

Juan José Jiménez Aguilera¹, Mario Mecho Carratala², Carmen Doménech León³, Paula Martínez Fernández², Alejandro Jiménez Aguilera¹ y Gemma María Canales Esteve⁴

¹Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de la Plana, Villarreal, Castellón. ²Atención Primaria, Hospital Universitario de la Plana, Villarreal, Castellón. ³Estudiante de Medicina, Universidad Jaume I, Castellón. ⁴Atención Primaria, Centro de Salud Torrent II, Valencia.

Introducción y objetivos: El ácido bempedoico es una terapia oral para la dislipemia que ha demostrado eficacia en la reducción del cLDL. Sin embargo, su impacto sobre el perfil lipídico global (colesterol total, HDL, colesterol no-HDL y relación TG/HDL), así como la influencia de la edad y la adherencia, no ha sido completamente descrito en la práctica clínica real. Los objetivos fueron evaluar la modificación del perfil lipídico completo en pacientes tratados con ácido bempedoico, comparando mayores y menores de 65 años, y analizar la relación entre adherencia terapéutica y resultados lipídicos.

Métodos: Estudio retrospectivo de cohortes en 450 pacientes que iniciaron ácido bempedoico entre 2022 y 2024. Se clasificaron según edad (> 65 vs ≤ 65 años) y grado de adherencia (alta > 80%, media 41-80%, baja ≤ 40%). Se analizaron cambios en cLDL, colesterol total, cHDL, colesterol no-HDL y la relación TG/HDL. Se calcularon reducciones absolutas y relativas, y se compararon entre subgrupos.

Resultados: Los pacientes mayores de 65 años mostraron una reducción significativa del cLDL (hasta -31 mg/dl; -25%), colesterol total (hasta -35,9 mg/dl; -17,5%) y no-HDL (hasta -69,5 mg/dl; -37,4%). No se observaron cambios relevantes en cHDL ni en la relación TG/HDL de forma global, aunque en subgrupos con HDL bajo o TG elevados al inicio se identificaron tendencias favorables. La adherencia alta se asoció a mejores reducciones de LDL y no-HDL, sin impacto claro en HDL o TG/HDL. Los menores de 65 años no mostraron diferencias significativas frente a los mayores, salvo por una mejor tasa de adherencia.

Conclusiones: El ácido bempedoico mejora de forma significativa el perfil lipídico en la práctica real, especialmente LDL y no-HDL. La adherencia es un factor determinante en la magnitud del beneficio, mientras que la edad no representa un limitante. Subgrupos con dislipemia mixta podrían obtener beneficios adicionales, lo que refuerza la utilidad del tratamiento más allá del LDL aislado.

O-10. DIFERENCIAS EN INTOLERANCIA A ESTATINAS, RIESGO CARDIOVASCULAR Y PERFIL LIPÍDICO SEGÚN EDAD EN PACIENTES TRATADOS CON ÁCIDO BEMPEDOICO

Juan José Jiménez Aguilera¹, Mario Mecho Carratala², Carmen Doménech León³, Paula Martínez Fernández², Alejandro Jiménez Aguilera¹ y Gemma María Canales Esteve⁴

¹Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de la Plana, Villarreal, Castellón. ²Atención Primaria, Hospital Universitario de la Plana, Villarreal, Castellón. ³Estudiante de Medicina, Universidad Jaume I, Castellón. ⁴Atención Primaria, Centro de Salud Torrent II, Valencia.

Introducción y objetivos: El ácido bempedoico es una alternativa útil para el tratamiento de la dislipemia, especialmente en pacientes con intolerancia a estatinas o alto riesgo cardiovascular. Sin embargo, se desconoce si existen diferencias sig-

nificativas en las características clínicas y respuesta terapéutica según la edad. Los objetivos fueron comparar la prevalencia de intolerancia a estatinas, el nivel de riesgo cardiovascular y la evolución del perfil lipídico entre pacientes mayores y menores de 65 años tratados con ácido bempedoico.

Métodos: Estudio retrospectivo de 450 pacientes tratados entre 2022 y 2024. Se clasificaron en dos grupos: mayores de 65 años (n = 237) y de edad menor o igual a 65 años. Se evaluó intolerancia a estatinas, nivel de riesgo cardiovascular (alto o muy alto) y respuesta lipídica. Los resultados se compararon con datos de ensayos pivotaes (CLEAR Harmony, CLEAR Wisdom).

Resultados: La intolerancia a estatinas fue más frecuente en mayores de 65 años (24,6%) que en los jóvenes (18,5%). El 85,5% de los mayores tenían riesgo muy alto frente al 81,1% de los menores. En cuanto a eficacia, los mayores lograron una reducción media de LDL del 25,2%, similar a lo reportado en los ensayos clínicos (CLEAR: -17-28%). No se observaron diferencias significativas en el colesterol no-HDL o TG/HDL entre grupos. La adherencia fue ligeramente inferior en mayores, pero sin impacto clínico relevante.

Conclusiones: Los pacientes mayores de 65 años presentan mayor intolerancia a estatinas y proporción de riesgo cardiovascular muy alto. No obstante, su respuesta al ácido bempedoico es comparable a la de los más jóvenes y coherente con la literatura publicada. Estos hallazgos respaldan su uso como alternativa efectiva y segura en la población geriátrica de alto riesgo.

O-11. CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES MAYORES CON INSUFICIENCIA CARDIACA TRAS UNA INTERVENCIÓN DE EJERCICIO FÍSICO MULTICOMPONENTE: PROTOCOLO DE ESTUDIO

Blanca Carballido de Miguel, Ana Suero Roiz, Nerea Rivera Jadraque, Mercedes Merlo López, Álvaro Alcalá Castillo y Cristina Bermejo Boixareu

Servicio de Geriátria, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, Madrid.

Introducción y objetivos: La insuficiencia cardiaca con fracción de eyección preservada (ICFep) es frecuente en mayores de 75 años y se asocia a fragilidad, deterioro funcional y disminución de la calidad de vida. Pese a su prevalencia, esta población continúa infrarrepresentada en los ensayos clínicos y existen pocas intervenciones no farmacológicas validadas. El programa VIVIFRAIL, basado en ejercicio físico multicomponente adaptado al nivel funcional, podría representar una alternativa eficaz en este contexto. El objetivo fue evaluar la eficacia del programa VIVIFRAIL sobre la calidad de vida relacionada con la salud, medida mediante los cuestionarios MLWHFQ y KCCQ, en comparación con las recomendaciones estándar de ejercicio físico, tras 12 semanas de intervención en pacientes ≥ 75 años con ICFep.

Métodos: Ensayo clínico aleatorizado y prospectivo, con dos grupos paralelos. Los pacientes serán asignados a un grupo intervención (programa VIVIFRAIL domiciliario, 5 días por semana durante 12 semanas) o a un grupo control (recomendaciones generales de ejercicio). Se evaluará calidad de vida, parámetros funcionales (SPPB, test de marcha, Timed Up & Go), estado nutricional y síndromes geriátricos. Hasta el momento, se ha completado la evaluación basal de 10 pacientes.

Resultados: Se incluyeron 10 pacientes (edad media 87,4 años), mayoritariamente mujeres, con alta comorbilidad y deterioro funcional. El grupo intervención presentó mejores puntuaciones funcionales, nutricionales y de calidad de vida en la evaluación basal.

Conclusiones: Este estudio preliminar aporta evidencia preliminar sobre la utilidad del ejercicio multicomponente sobre la calidad de vida en pacientes mayores con ICfEp, apoyando su implementación como estrategia terapéutica segura y personalizada. Se espera que sus resultados contribuyan a optimizar el manejo integral de esta población mediante estrategias terapéuticas adaptadas, seguras y con enfoque multidimensional.

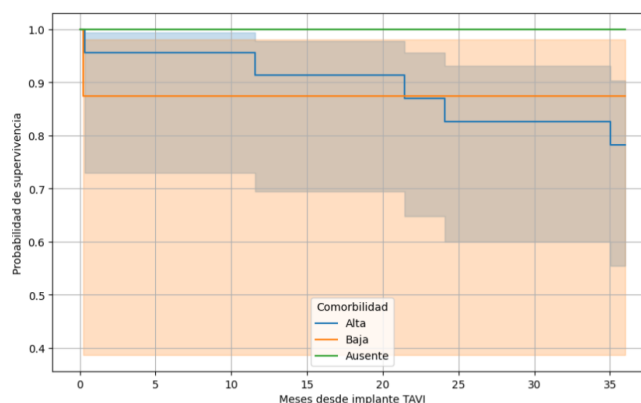
O-12. RELACIÓN ENTRE EL ÍNDICE DE COMORBILIDAD DE CHARLSON Y LA MORTALIDAD TRAS IMPLANTE DE PRÓTESIS VALVULAR AÓRTICA TRANSCATÉTER EN ADULTOS MAYORES DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TOLEDO DURANTE EL AÑO 2021

Gabriel Rivera Saltos¹, Lucía Pérez García², Irene Torres Chillerón¹, Guillermo Galeote Escalera¹ y Alejandro Cabello Rodríguez¹

¹Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Toledo, Toledo.

²Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Virgen del Valle, Toledo.

Introducción y objetivos: El índice de comorbilidad de Charlson (CCI) es una herramienta validada para estimar el riesgo de mortalidad a largo plazo en diversas patologías, aunque ha mostrado resultados variables en pacientes sometidos a implante percutáneo de prótesis valvular aórtica (TAVI). El objetivo fue analizar la relación entre el CCI y la mortalidad en adultos mayores que fueron sometidos a TAVI durante el año 2021.



Log-rank p = 0.5147

Figura Comunicación O-12
Análisis de supervivencia (Kaplan-Meier).

Métodos: Estudio observacional, longitudinal, analítico y retrospectivo. Se excluyen menores de 75 años. El CCI fue calculado antes del procedimiento y se categorizó en tres grupos: 1) ausencia de comorbilidad: 0 puntos, 2) baja comorbilidad: 1-2 puntos y 3) alta comorbilidad: ≥ 3 puntos. El seguimiento se realizó de forma individual desde la fecha del implante, con una duración máxima de 36 meses hasta la ocurrencia del evento de interés, definido como mortalidad por cualquier causa o el cierre del periodo de observación. Se realizó un análisis de supervivencia mediante el método de Kaplan-Meier y se aplicó la prueba de log-rank para evaluar la asociación entre el CCI y la mortalidad tras el procedimiento.

Resultados: Se excluyeron 4 pacientes, incluyendo finalmente 36. Las características basales se muestran en la tabla. La distribución según el grado de comorbilidad fue: 5 pacientes (13,9%) sin comorbilidad, 8 (22,2%) con baja comorbilidad y 23 (63,9%) con alta comorbilidad, según el CCI. Durante el seguimiento fallecieron 6 pacientes, en dos casos el fallecimiento ocurrió durante el ingreso hospitalario por parada cardiorrespiratoria en ritmo no desfibrilable (asistolia), pertenecientes al grupo de baja y alta comorbilidad, respectivamente; no hubo muertes en el grupo de ausencia de comorbilidad (figura). No se encontró evidencia estadísticamente significativa de una asociación entre el grado de comorbilidad y la mortalidad tras TAVI (log-rank p = 0,5147).

Conclusiones: En esta cohorte, el CCI no se asoció a incremento en la mortalidad tras implante de prótesis valvular aórtica transcathéter.

O-13. MANEJO TERAPÉUTICO DEL PACIENTE CON ENDOCARDITIS INFECCIOSA E INDICACIÓN QUIRÚRGICA. ANÁLISIS COMPARATIVO EN FUNCIÓN DE LA EDAD

Álvaro Margalejo Franco¹, Irene Aramburu Fuentenebro², José Ángel Pérez Rivera¹, Carolina Navarro San Francisco², Nuria Sánchez Mata¹ y María Fernández Regueras²

¹Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Burgos, Burgos.

²Servicio de Enfermedades Infecciosas, Hospital Universitario de Burgos, Burgos.

Introducción y objetivos: Cerca de la mitad de los pacientes con endocarditis infecciosa (EI) requieren intervención quirúrgica. Sin embargo, debido al alto riesgo quirúrgico y comorbilidades en algunos casos se opta por un manejo conservador. El objetivo del estudio fue analizar las diferencias en las características

Tabla Comunicación O-12

Características basales (n = 36)

Edad (años)	82,54 $\pm$ 3,74
Sexo femenino, n (%)	22 (61,1)
IMC (kg/m ²)	31,62 $\pm$ 5,62
Tipo de TAVI, n (%)	
Sapiens	24 (66,7)
Allegra	12 (33,3)
CCI, n (%)	
Ausencia de comorbilidad	5 (13,9)
Baja comorbilidad	8 (22,2)
Alta comorbilidad	23 (63,9)
Hipertensión arterial, n (%)	33 (91,7)
Dislipemia, n (%)	21 (58,3)
Tabaquismo, n (%)	8 (22,2)
Infarto agudo de miocardio, n (%)	5 (13,9)
Cirugía cardíaca, n (%)	3 (8,3)
Insuficiencia cardíaca, n (%)	15 (41,7)
Enfermedad vascular periférica, n (%)	2 (5,6)
Enfermedad cerebrovascular, n (%)	3 (8,3)
Enfermedad pulmonar crónica, n (%)	13 (36,1)
Enfermedad de tejido conectivo, n (%)	6 (16,0%)
Demencia, n (%)	1 (2,8)
Úlceras, n (%)	1 (2,8)
Diabetes mellitus sin complicaciones, n (%)	5 (13,9)
Diabetes mellitus con complicaciones, n (%)	5 (13,9)
Cirrosis o enfermedad hepática crónica, n (%)	2 (5,6)
Enfermedad renal crónica moderada-grave, n (%)	19 (52,8)
Tumor, n (%)	8 (22,2)
Tumor maligno, n (%)	6 (16,7)
Linfoma, n (%)	1 (2,8)

CCI: índice de comorbilidad de Charlson; IMC: índice de masa corporal; TAVI: implante percutáneo de prótesis valvular aórtica.

Tabla Comunicación O-13**Pacientes diagnosticados de endocarditis infecciosa entre julio de 2019 y marzo de 2025. Análisis comparativo según edad**

Variables	Población total; n = 52	Pacientes con edad ≥ 75 años; n = 21 (40,4%)	Pacientes con edad < 75 años; n = 31 (59,6%)	p
Intervención quirúrgica	32 (61,5%)	14 (66,6%)	18 (60%)	0,6
Sexo (% varones)	39 (75%)	15 (71,4%)	24 (7,4%)	0,6
Comorbilidades				
HTA	32 (61,5%)	17 (80,9%)	15 (48,4%)	0,18
DM	20 (38,5%)	11 (52,3%)	9 (29%)	0,08
DLP	17 (32,7%)	8 (38,1%)	9 (29%)	0,49
Índice de Charlson	4,6 (DE 2,6)	5,24 (DE 3,1)	4,1 (DE 2,2)	0,15
Filtrado glomerular	66,6 (DE 26,2)	66 (DE 22,3)	67 (DE 28,8)	0,89
Endocarditis previa	3 (5,8%)	1 (4,7%)	2 (6,4%)	0,79
EUROSCORE II	9,1 (DE 7,5)	10,4% (DE 7,9)	8,2% (DE 7,2)	0,31
Días de ingreso	29,8 (DE 18,3)	31,4 (DE 20,1)	28,7 (DE 17,2)	0,6
<i>Staphylococcus aureus</i>	12 (23,1%)	4 (19%)	8 (25,8%)	0,57
Complicaciones				
Cardiológicas	33 (63,4%)	13 (61,9%)	20 (64,5%)	0,85
Infecciosas	29 (55,7%)	11 (57,9%)	18 (54,5%)	0,47
Ambas	20 (38,4%)	8 (38,1%)	12 (38,7%)	0,59
Tipo de complicación infecciosa				
Extensión local	10 (34,5%)	3 (14,3%)	7 (22,6%)	0,52
Fiebre > 7 días	1 (3,4%)	1 (4,8%)	0 (0%)	0,19
HHCC positivo > 7 días	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	-
Émbolos sépticos	6 (20,7%)	3 (14,3%)	3 (9,7%)	0,46
Shock séptico	8 (27,6%)	1 (4,8%)	7 (22,6%)	0,08
Varias	4 (13,8%)	3 (14,3%)	1 (3,2%)	0,1
Tipo de complicación cardiológica				
IC	29 (55,8%)	12 (57,1%)	17 (54,8%)	0,53
Shock cardiogénico	4 (7,7%)	1 (4,8%)	3 (9,7%)	0,46
Mortalidad				
Hospitalaria	15 (28,8%)	7 (33,3%)	8 (25,8%)	0,55
Al mes	1 (1,9%)	0 (0%)	1 (3,2%)	0,4
Al año	4 (7,7%)	1 (4,8%)	3 (9,7%)	0,51
Supervivencia al año	33 (63,4%)	14 (66,6%)	19 (61,3%)	0,69
Días desde diagnóstico a cirugía	14,2 (DE 11)	19,9 (DE 18,9)	10,3 (DE 7,7)	0,57

DE: desviación estándar; DM: diabetes mellitus; DLP: dislipemia; HHCC: hemocultivos; HTA: hipertensión arterial; IC: insuficiencia cardiaca.

basales, manejo y pronóstico de los pacientes con EI e indicación quirúrgica en función de la edad.

Métodos: Se realizó un estudio de cohortes retrospectivo incluyendo a los pacientes diagnosticados en nuestro centro de EI con indicación quirúrgica desde julio de 2019 a marzo de 2025. Fueron catalogados como mayores aquellos individuos con edad ≥ 75 años. Las variables basales y seguimiento se recogieron mediante la revisión de la historia clínica electrónica.

Resultados: De los 52 pacientes incluidos, 50 (96,2%) fueron valorados por el Endocarditis team. La edad media fue de 70,8 (DE 8,6) años, teniendo 21 (40,4%) pacientes edad ≥ 75 años. No se observaron diferencias significativas en las características basales de ambos grupos (tabla), aunque sí cierta tendencia a una mayor comorbilidad en los pacientes mayores, reflejada en una mayor puntuación del EUROSCORE II (10,4% vs 8,2%; p = 0,31) y en el índice de Charlson (5,24 vs 4,1; p = 0,15). Tampoco se observaron diferencias en la incidencia de complicaciones infecciosas o cardiológicas en función de la edad (tabla). Las tasas de intervención quirúrgica fueron similares en ambos grupos de edad (66,6% vs 60%; p = 0,6). Cabe destacar que el 38,5% de los pacientes no se intervinieron. En cuanto a la mortalidad, no hubo diferencias en la mortalidad intrahospitalaria (33,3% vs 25,8%; p = 0,55), al mes (0% vs 3,2%; p = 0,4) o al año (4,8% vs 9,7%; p = 0,51).

Conclusiones: A pesar de ser algo más comórbidos, los pacientes mayores de nuestra muestra fueron sometidos a intervención quirúrgica de forma similar al resto, sin asociar mayor mortalidad. Esto apoya el principio de que la decisión de intervención quirúrgica no debe guiarse por la edad biológica, sino estar basada en una evaluación geriátrica integral.

O-14. ¿ES LA TROPONINA ULTRASENSIBLE UN MARCADOR DIAGNÓSTICO MENOS FIABLE EN PACIENTES MAYORES CON DOLOR TORÁCICO?

Sandra Marcela Calero Saavedra¹, Astrid Paola Ruiz Riveros¹, Freddy Andrés Delgado Calva² y Luis Eduardo Enríquez Rodríguez²

¹Servicio de Medicina Interna, Hospital Santa Bárbara, Soria.

²Servicio de Cardiología, Hospital Santa Bárbara, Soria.

Introducción y objetivos: La troponina T ultrasensible (TnT-US) es un biomarcador esencial en la evaluación inicial de pacientes con dolor torácico en urgencias, especialmente en el contexto del síndrome coronario agudo (SCA). Sin embargo, en adultos mayores, su valor diagnóstico puede verse afectado por múltiples causas de elevación no isquémica, frecuentes en esta población. El objetivo fue evaluar la capacidad de

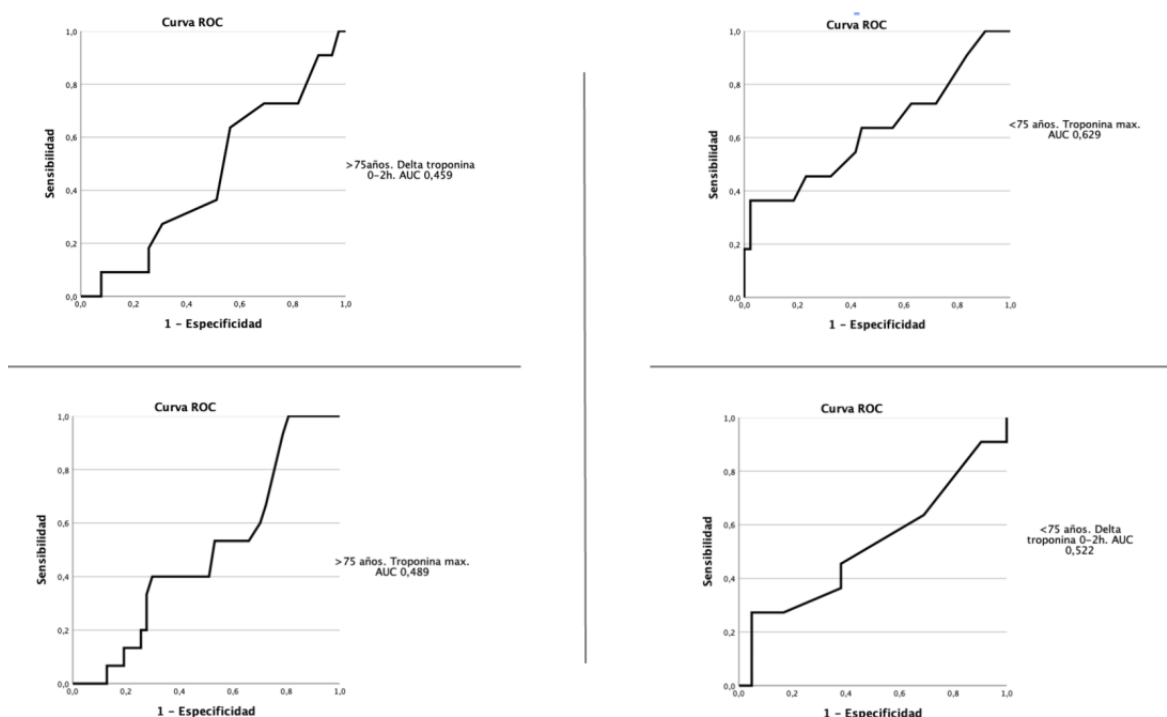


Figura Comunicación O-14
Curvas ROC de la troponina TUS máxima y delta 0/1 h para el diagnóstico final de SCA en función de la edad.

la TnT-US (valor máximo y delta 0/1 h) para predecir el diagnóstico final de SCA en función de la edad, en pacientes valorados en la unidad de dolor torácico de urgencias.

Métodos: Estudio observacional descriptivo que incluyó a todos los pacientes atendidos en la unidad de dolor torácico entre junio de 2023 y mayo de 2025 por dolor torácico con sospecha de SCA. Se aplicó el protocolo ESC 0/1 h de TnT-US para la estratificación inicial. Se excluyeron los casos con diagnóstico inicial evidente de infarto agudo de miocardio. Los pacientes se dividieron en dos grupos: < 75 años y ≥ 75 años. Se analizó la capacidad del valor máximo de troponina y del delta 0/1 h para predecir el diagnóstico final de SCA confirmado al alta o tras seguimiento.

Resultados: Se incluyeron 116 pacientes: 54 < 75 años y 62 ≥ 75 años. Los mayores presentaron más hipertensión (82% vs 66%, $p = 0,04$) y cardiopatía isquémica previa (48% vs 33%, $p = 0,023$). La TnT-US a 1 h fue mayor en ≥ 75 años (72 vs 39 ng/l, $p < 0,001$), sin diferencias en el delta. Su rendimiento diagnóstico fue inferior en mayores: AUC para troponina máxima 0,489 vs 0,629 y para delta 0/1 h 0,459 vs 0,522.

Conclusiones: En pacientes ≥ 75 años con dolor torácico y sospecha de SCA la troponina ultrasensible presenta menor capacidad para predecir el diagnóstico final, lo que resalta la necesidad de integrar otros factores clínicos en este grupo.

O-15. ANÁLOGOS DEL RECEPTOR DEL GLP-1 Y ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR. ¿NOS IMPORTA LA EDAD?

David González-Calle, Ana Laffond, Judith Calle, Pedro Urbiola, Alberto Ávila y Pedro Luis Sánchez

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca.

Introducción y objetivos: Los análogos del GLP-1 (aGLP-1) son un grupo de fármacos que han mostrado beneficio cardiovascular, en términos de reducción de eventos y mortalidad,

en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Así, las guías de práctica clínica recomiendan su empleo en pacientes con DM con alto riesgo cardiovascular, independientemente de la edad de los mismos. El objetivo de este estudio es evaluar la aplicación de las recomendaciones actuales de prevención secundaria en pacientes con DM2, mediante el estudio de la prescripción de estos fármacos en nuestro medio.

Métodos: Se analizó a los pacientes mayores de 75 años con revascularización percutánea por infarto de miocardio entre los años 2022 y 2023. De ellos, se analizó a 1.185 pacientes que cumplían las premisas de DM2 y obesidad (IMC > 30) financiadas por nuestro sistema público.

Resultados: Tan solo el 7% de los pacientes con DM2 e infarto de miocardio recibieron aGLP-1 (83 pacientes). Tras 11,2 meses de seguimiento medio, más del 90% de los pacientes continuaba realizando la terapia correctamente (adherencia comparable al resto de subgrupos etarios).

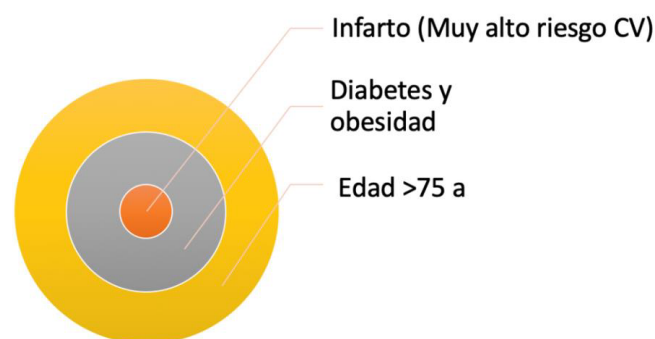


Figura Comunicación O-15
a: años; CV: cardiovascular.

Conclusiones: La prescripción de aGLP-1 en pacientes mayores de 75 años con DM2 y muy alto riesgo cardiovascular es baja. Las limitaciones condicionadas por los visados de la

inspección, como el límite del IMC, pueden justificar, aunque solo en parte, la escasa prescripción de estas moléculas. El beneficio cardiovascular demostrado en múltiples estudios aparece de forma precoz, no teniendo justificación médica alguna la escasa prescripción en pacientes de edad avanzada.

O-16. MANEJO DEL DOLOR TORÁCICO EN PACIENTES MAYORES: EVALUACIÓN DEL PROTOCOLO ESC 0/1 H EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL SIN CARDIÓLOGO DE GUARDIA

Sandra Marcela Calero Saavedra¹, Astrid Paola Ruiz Riveros¹, Ana Cecilia Alcántar Fernández¹, Freddy Andrés Delgado Calva² y Luis Eduardo Enríquez Rodríguez²

¹Servicio de Medicina Interna, Hospital Santa Bárbara, Soria.

²Servicio de Cardiología, Hospital Santa Bárbara, Soria.

Introducción y objetivos: La implementación del algoritmo 0/1 h de troponina T ultrasensible (TnT-US) recomendado por la ESC ha permitido optimizar la estratificación del riesgo en pacientes con sospecha de síndrome coronario agudo (SCA). Su aplicación en pacientes mayores de 70 años plantea un reto especial debido a síntomas atípicos y niveles basales elevados de troponina. Este estudio analiza la aplicación de dicho protocolo en un hospital de segundo nivel sin cardiólogo de guardia. El objetivo es evaluar la implementación del protocolo de manejo del dolor torácico basado en el algoritmo 0/1 h de troponina en pacientes ≥ 70 años, analizando el cumplimiento del protocolo y la evolución clínica según la estratificación del riesgo.

Métodos: Estudio descriptivo en pacientes ≥ 70 años atendidos por dolor torácico en urgencias. Se aplicó el protocolo ESC 0/1 h de TnT-US y se clasificaron en tres grupos de riesgo (bajo, intermedio y alto). Según el protocolo local, solo los de riesgo intermedio deberían ser derivados a la unidad de dolor torácico (UDT) para valoración diferida por cardiología. Se

analizó el cumplimiento del protocolo y se compararon características y evolución a 30 días entre los grupos.

Resultados: Se incluyeron 82 pacientes (edad media $80,3 \pm 6,6$ años). El 65% de los pacientes de riesgo intermedio fueron correctamente incluidos en UDT. También se derivaron 12 pacientes de riesgo bajo y 17 de riesgo alto. A mayor nivel de riesgo, se observó una mayor edad, mayores cifras de creatinina y un mayor porcentaje de dolor torácico típico, anomalías en el ECG y en el ecocardiograma transtorácico. Sin embargo, no se observaron diferencias significativas entre los grupos en el objetivo compuesto de mortalidad total e infarto a 30 días, ni en la tasa de reconsultas.

Conclusiones: El cumplimiento del protocolo de manejo del dolor torácico en urgencias para pacientes ≥ 70 años fue limitado, ya que el 35% de los pacientes incluidos en la UDT correspondían a grupos de riesgo bajo o alto. Este hallazgo pone de manifiesto las dificultades para una adecuada estratificación del riesgo en pacientes mayores, incluso cuando se dispone de protocolos estandarizados.

O-18. INCIDENCIA Y EVOLUCIÓN DE TRASTORNOS DE CONDUCCIÓN TRAS SUSTITUCIÓN VALVULAR AÓRTICA CON PERCEVAL

Natalia Navarro Pelegrini, Alejandro Cabello Rodríguez, Alfonso Cañas Cañas, José Manuel Martínez Palomares, Ainhoa Aguinaga Mendibil y Luis Rodríguez Padial

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Toledo, Toledo.

Introducción y objetivos: La bioprótesis aórtica sin sutura (Perceval), al implantarse quirúrgicamente, requiere una extensa decalcificación del anillo valvular, lo que podría afectar al sistema de conducción cardiaco. En este contexto, resulta relevante conocer la incidencia de trastornos de conducción tras la intervención y su posible relación con la presencia de trastornos previos. El objetivo fue evaluar la frecuencia de trastornos de conducción tras el implante de válvula aórtica

Tabla Comunicación O-16

Características de los pacientes incluidos en la UDT en función de su nivel de riesgo según el protocolo ESC 0/1 h de troponina

	Riesgo bajo (n = 11)	Riesgo intermedio (n = 53)	Riesgo alto (n = 18)
Edad	75,3 $\pm$ 4,5	80,1 $\pm$ 5,98	84,2 $\pm$ 7,2
Mujer	45%	39%	33%
HTA	63%	83%	88%
DM2	27%	35%	22%
Dislipemia	72%	79%	77%
Cardiopatía isquémica previa	36%	52%	38%
FA	9%	30%	27%
Creatinina (mg/dl)	0,87 $\pm$ 0,26	0,98 $\pm$ 0,26	1,21 $\pm$ 0,39
LDL	85 $\pm$ 36	86 $\pm$ 32	85 $\pm$ 50
Adiro	45%	37%	16%
Estatinas	54%	67%	66%
Dolor típico	18%	21%	44%
Anomalías ECG	9%	33%	44%
Anomalías ETT	9%	23%	33%
Troponina basal (ng/l)	9,45 $\pm$ 1,7	23,3 $\pm$ 12,7	60,2 $\pm$ 34
Delta 0/1 h	0,72 $\pm$ 0,44	1,6 $\pm$ 1,5	11 $\pm$ 21
Cateterismo	9%	22%	27%
Mortalidad/IAM a 30 días	0%	1,80%	5,50%
Reconsulta en urgencias a 30 días	0%	1,80%	5,50%

DM2: diabetes mellitus tipo 2; ECG: electrocardiograma; ETT: ecocardiografía transtorácica; FA: fibrilación auricular; HTA: hipertensión arterial; IAM: infarto agudo de miocardio; LDL: lipoproteínas de baja densidad.

Perceval, su evolución y la necesidad de marcapasos. Asimismo, comparar la tasa de implante de marcapasos en pacientes con y sin trastornos de conducción previos.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes de entre 80 y 85 años intervenidos entre 2014 y 2022 con prótesis Perceval. Se excluyeron portadores previos de marcapasos. Se recogieron datos de trastornos de conducción pre y posoperatorios (bloqueos de rama, HARI, HBPI y BAV de primer grado) y necesidad de implante de marcapasos. Se realizó un análisis descriptivo y un test de chi-cuadrado para evaluar asociación.

Resultados: Se incluyeron 65 pacientes. El 32,3% presentó algún trastorno de conducción posoperatorio y el 15,4% requirió marcapasos. El 35,4% tenía trastornos de conducción previos. La necesidad de marcapasos fue significativamente mayor en pacientes con trastorno de conducción previo (9/23, 39,1%) frente a quienes no lo presentaban (1/40, 2,5%) ($p = 0,0005$).

Conclusiones: El implante quirúrgico de válvula Perceval se asocia con una incidencia relevante de trastornos de conducción. Los pacientes de edad avanzada con alteraciones previas del sistema de conducción podrían presentar un mayor riesgo de progresión y necesidad de marcapasos, por lo que deberían ser identificados y monitorizados estrechamente.

O-19. ¿EXISTEN DIFERENCIAS EN EL PRONÓSTICO CON DIFERENTES TIPOS DE PRÓTESIS VALVULARES EN LA ESTENOSIS AÓRTICA GRAVE?

José Antonio Panera de la Mano, César Jiménez-Méndez, Sebastián Mariscal Vázquez, Adrián Garrido Vital, María Ángeles Bernal Jiménez y Livia Gheorghe

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

Introducción y objetivos: El implante percutáneo de prótesis valvular aórtica (TAVI) es la técnica de referencia para pacientes con estenosis aórtica grave. Existen diferentes tipos de prótesis (balón vs autoexpandible). Es necesario desarrollar una medicina personalizada para mejorar el pronóstico y los resultados de la técnica. El objetivo de nuestro estudio es analizar las diferencias en el perfil de pacientes en función del tipo de prótesis implantada.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo, unicéntrico que incluyó a pacientes sometidos a TAVI desde 2022-2024. Se

recopilaron variables clínicas, procedimentales y eventos durante el seguimiento. Se realizó análisis en función del tipo de prótesis implantada.

Resultados: Se estudiaron 443 pacientes, edad media 79 ± 5 años, 55% mujeres, el 84% de los pacientes hipertensos y el 43% diabéticos. El 20% de las válvulas implantadas fueron balón-expandibles (BE: MyValve: $3 < 1\%$ y Sapien: 84;19%) y el 80% autoexpandibles (AE: Acurate: 106; 25%, Evolut: 117; 27%, Navitor: 121; 28%). Los pacientes que recibieron prótesis BE tenían mayor número de ingresos por IC previo al implante. En el seguimiento se observó menor tasa de insuficiencia aórtica post-TAVI, aunque presentaron peor clase funcional, sin diferencias en ingresos o mortalidad. Entre prótesis valvulares AE, Navitor se implantó a pacientes más congestivos, presentando mayor frecuencia de insuficiencia aórtica tras el implante. Los pacientes que recibieron Evolut presentaron una mayor incidencia de ictus en el seguimiento. En cambio, los pacientes portadores de Acurate presentaron mayor incidencia de fibrilación auricular después del procedimiento. A pesar de ello, no hubo diferencias con respecto a mortalidad en el seguimiento ni ingreso por cualquier causa.

Conclusiones: La selección del mejor tipo de prótesis TAVI según las características del paciente es esencial para mejorar resultados en una población de alta complejidad. Existen diferencias en el seguimiento en función del tipo de prótesis, como la aparición de insuficiencia aórtica o de fibrilación auricular. Sin embargo, todas las prótesis valvulares parecen equiparables en resultados de mortalidad o ingresos en el seguimiento.

O-20. EVALUACIÓN DE PACIENTES ≥ 70 AÑOS CON RIESGO INTERMEDIO SEGÚN EL ALGORITMO 0/1 H DE TROPONINA: SEGUIMIENTO CLÍNICO Y PRONÓSTICO

Astrid Paola Ruiz Riveros¹, Sandra Marcela Calero Saavedra¹, Freddy Andrés Delgado Calva² y Luis Eduardo Enríquez Rodríguez²

¹Servicio de Medicina Interna, Hospital Santa Bárbara, Soria.

²Servicio de Cardiología, Hospital Santa Bárbara, Soria.

Introducción y objetivos: El algoritmo 0/1 h de troponina T ultrasensible (TnT-US) de la ESC permite una rápida estratificación del riesgo en pacientes con sospecha de síndrome coronario agudo (SCA) (figura). El manejo del grupo de riesgo

Tabla Comunicación O-19

	Acurate (106, 25%)	Evolut (117, 27%)	Navitor (121, 28%)	Sapien (84, 19%)	p-valor
Peso (kg)	73 ± 5	75 ± 5	73 ± 5	79 ± 7	0,03
Altura (cm)	159 ± 13	161 ± 12	159 ± 7	164 ± 9	$< 0,001$
DTDVI (mm)	45 ± 7	45 ± 6	45 ± 7	50 ± 8	$< 0,001$
Trombocitos previo implante (unidades $\times 100$)	209 ± 61	117 ± 87	225 ± 72	213 ± 72	0,001
FEVI posimplante (%)	61 ± 9	62 ± 9	61 ± 12	55 ± 14	0,003
Fibrilación auricular posprocedimiento	8 (8,1%)	8 (7,3%)	6 (5,2%)	6 (7,6%)	0,02
Accidente cerebrovascular posprocedimiento	0 (0%)	4 (3,5%)	1 ($> 0,01\%$)	1 (1%)	0,002
Insuficiencia aórtica posprocedimiento	46 (45%)	53 (47%)	56 (47%)	16 (20%)	0,010
Clase funcional en el seguimiento NYHA $> II$	10 (25%)	6 (15%)	9 (24%)	11 (40%)	0,014

DTDVI: diámetro telediastólico del ventrículo izquierdo; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; NYHA: New York Heart Association. Las variables cuantitativas se expresan como media y desviación estándar, las cualitativas como número y porcentaje.

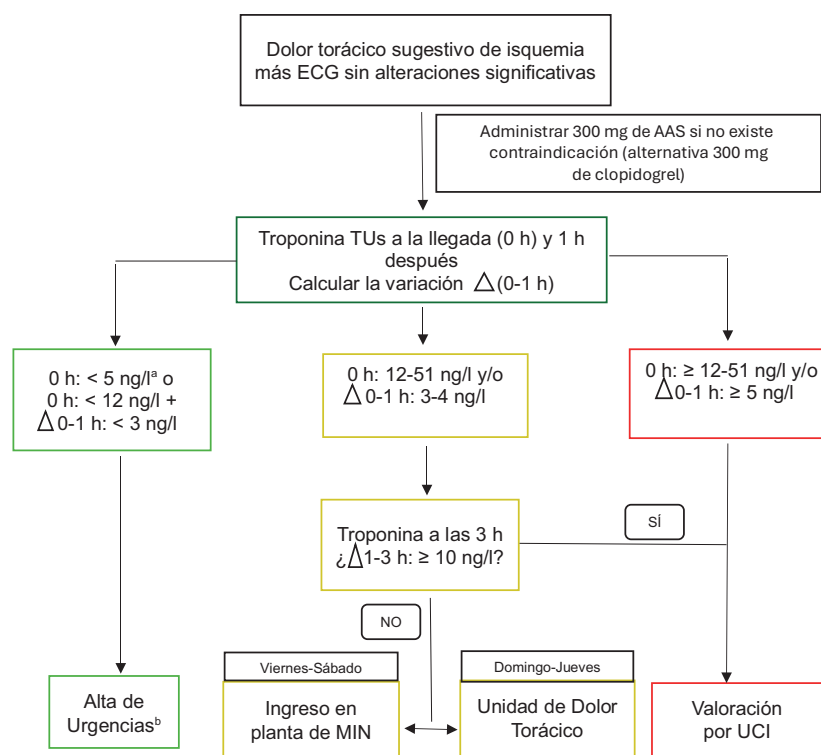


Figura Comunicación O-20

Algoritmo de la unidad de dolor torácico sospechoso de síndrome coronario agudo sin elevación del ST.

AAS: ácido acetilsalicílico; ECG: electrocardiograma; MIN: medicina interna; UCI: unidad de cuidados intensivos; UDT: unidad de dolor torácico. *Solo si último dolor torácico hace ≥ 3 horas. ^bSi la clínica es sugestiva de angina inestable ingresar en planta de MIN con telemetría (V-S) o comentar como UDT (D-J).

intermedio, especialmente en adultos mayores, continúa siendo un reto clínico. Nuestro objetivo fue describir las características clínicas, estudios realizados y evolución de pacientes ≥ 70 años clasificados como riesgo intermedio según el protocolo 0/1 h e incluidos en la unidad de dolor torácico (UDT) de urgencias.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes ≥ 70 años atendidos entre junio de 2023 y mayo de 2025 por dolor torácico y sospecha de SCA. Se seleccionaron aquellos con riesgo intermedio tras el algoritmo 0/1 h de TnT-US. Se analizaron variables clínicas, pruebas diagnósticas y la incidencia de muerte o infarto agudo de miocardio (IAM) a 30 días y 1 año.

Resultados: Se incluyeron 55 pacientes, edad media 80 ± 6 años. El 83% tenía HTA, el 36% DM2, el 79% dislipemia y el 53% cardiopatía isquémica previa. Solo el 21% presentó dolor típicamente isquémico y el 34% alteraciones en el ECG. El 93% recibió ecocardiograma, con disfunción segmentaria en el 23%. Se realizaron 13 pruebas de detección de isquemia: 11 ergometrías (2 positivas), 1 TAC coronario (con lesiones) y 1 ecocardiografía de estrés (negativa). Ingresaron 20 pacientes (32%), realizándose 12 cateterismos, con revascularización en 5 casos. La tasa de muerte o IAM fue del 1,8% a 30 días y del 9,4% al año.

Conclusiones: En pacientes ≥ 70 años con riesgo intermedio los hallazgos clínicos, ECG y pruebas de imagen mostraron una rentabilidad diagnóstica limitada en cuanto a la detección de isquemia significativa o necesidad de revascularización. No obstante, el valor de las pruebas podría residir en la exclusión de SCA con compromiso coronario obstructivo, lo cual también contribuye a una atención segura en este grupo de pacientes mayores.

O-21. ANÁLISIS DEL TRATAMIENTO CON ICOSAPENTO DE ETILO EN UNA POBLACIÓN MAYOR

Ana Pérez Asensio¹, Rocío Sánchez Vaca², Ana María Martínez Rodríguez³, Magdalena Carrillo Bailén³, Miriam Martín-Toro² y César Jiménez-Méndez¹

¹Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz. ²Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Puerto Real, Puerto Real, Cádiz. ³Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Jaén, Jaén.

Introducción y objetivos: El tratamiento con icosapento de etilo (IE) ha demostrado reducir los niveles de triglicéridos (TG) y de eventos cardiovasculares, posiblemente multifactorial. El objetivo de este estudio fue evaluar el tratamiento con IE en una cohorte de pacientes mayores en vida real.

Métodos: Estudio observacional descriptivo retrospectivo de tres centros. Se incluyeron los pacientes tratados con IE entre septiembre de 2023 y marzo de 2025. La efectividad se evaluó como la reducción en los niveles de TG. Se clasificó a los pacientes atendiendo a su edad (≥ 70 años) y se analizaron los eventos en el seguimiento tras 1 año de tratamiento. Para el análisis estadístico se utilizó IBM SPSS Statistics.

Resultados: Se incluyeron un total de 250 pacientes, 94 pacientes ≥ 70 años. Las características basales se encuentran recogidas en la tabla. Los pacientes ≥ 70 años tratados con IE fueron más frecuentemente mujeres, con mayor presencia de comorbilidades como hipertensión, diabetes, enfermedad renal crónica y fibrilación auricular. Tras un seguimiento de 363 ± 65 días, el 83,6% presentó buena adherencia. El tratamiento con IE redujo los niveles de TG en un 21%, de colesterol total en un 11,5% y de cLDL en un 10,5%, observándose además una reduc-

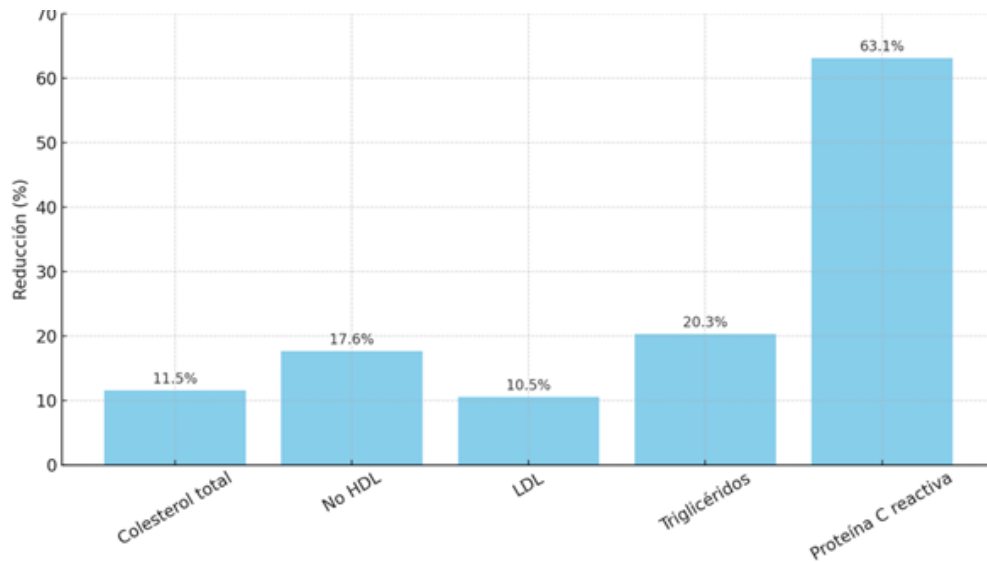


Figura Comunicación O-21

HDL: lipoproteínas de alta densidad; LDL: lipoproteínas de baja densidad.

ción en los niveles de proteína C reactiva del 63% (figura). No hubo diferencias en la presencia de efectos adversos en los pacientes más añosos con respecto a los pacientes más jóvenes.

Tabla Comunicación O-21
Características de los pacientes tratados con icosapento de etilo

	≥ 70 años (n = 94)	< 70 años (n = 156)	p
Edad (años)	76 ± 5	60 ± 6	< 0,001
Sexo femenino	32 (34%)	21 (13%)	< 0,001
Hipertensión arterial	80 (85,1%)	112 (71%)	0,016
Diabetes	68 (72%)	79 (49%)	0,001
Dislipemia	83 (88%)	125 (80%)	0,09
Fumador/exfumador	57 (60%)	108 (69%)	0,2
Cardiopatía isquémica previa	89 (94%)	148 (94%)	0,9
Insuficiencia cardíaca	34 (36%)	39 (25%)	0,06
Enfermedad renal crónica	38 (40%)	24 (15%)	< 0,001
Enfermedad arterial periférica	16 (17%)	19 (12%)	0,2
Fibrilación auricular previa	18 (19%)	14 (8%)	0,02
Estatinas	85 (90%)	147 (94%)	0,2
Ezetimiba	53 (56,4%)	107 (68%)	0,05
Ácido bempedoico	9 (10%)	11 (7%)	0,47
iPCSK9	10 (10,6%)	16 (10%)	0,9
Adherencia a IPE	75 (80%)	134 (85%)	0,1
Eventos en seguimiento			
Fibrilación auricular de novo	0	0	N/A
Reacciones adversas	2 (2%)	0	0,5
Mortalidad en seguimiento	3 (3%)	3 (2%)	0,52
Infarto de miocardio	3 (3)	5 (3%)	0,99
Ictus	0	0	N/A
Angina inestable	1 (1%)	3 (2%)	0,6
Revascularización coronaria	6 (6%)	10 (6%)	0,993

iPCSK9: inhibidor de la proproteína convertasa subtilisina/kexina de tipo 9; IPE: icosapento de etilo; N/A: no aplica.

Las variables cuantitativas se expresan como media ± desviación estándar, las variables cualitativas como número y porcentaje.

Conclusiones: El tratamiento en vida real con IE en la población ≥ 70 años se asoció a una mejora del perfil lipídico e inflamatorio, mostrando un perfil de seguridad favorable. Son necesarios estudios más amplios en esta población para analizar los potenciales beneficios en otros subgrupos como los pacientes frágiles.

O-22. IMPACTO DE LA ESTRATEGIA TERAPÉUTICA Y DEL ÍNDICE DE COMORBILIDAD DE CHARLSON EN MAYORES DE 80 AÑOS CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Jesús Cuesta Domingo, Gabriel Andrés Rivera Saltos, Joan Ramon Enseñat, Lucía Villafáfila Martínez, José Manuel Martínez Palomares y Alejandro Cabello Rodríguez

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Toledo, Toledo.

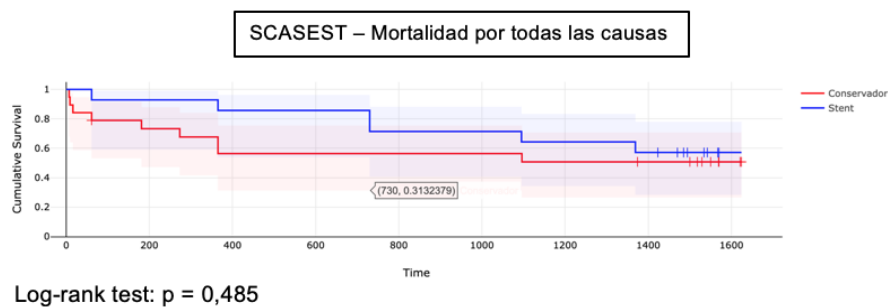
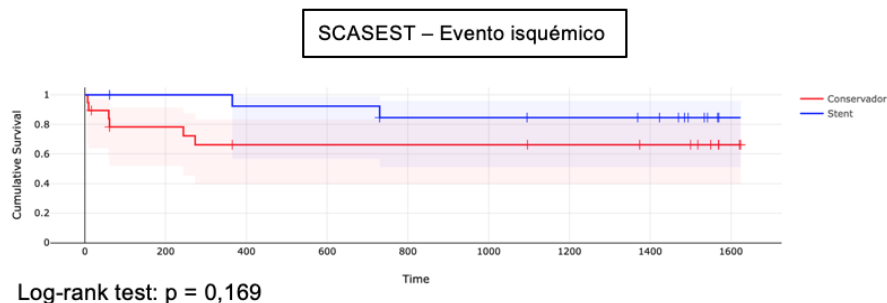
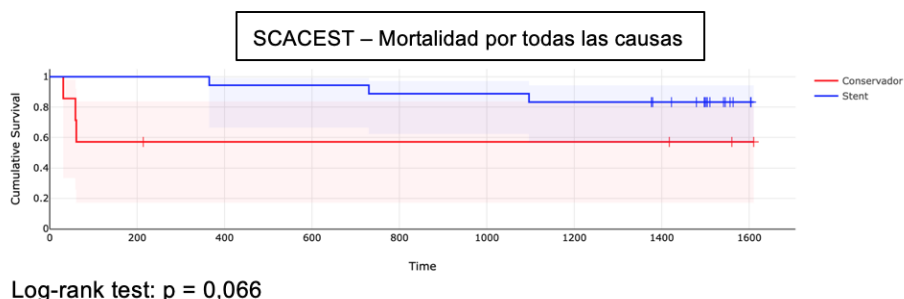
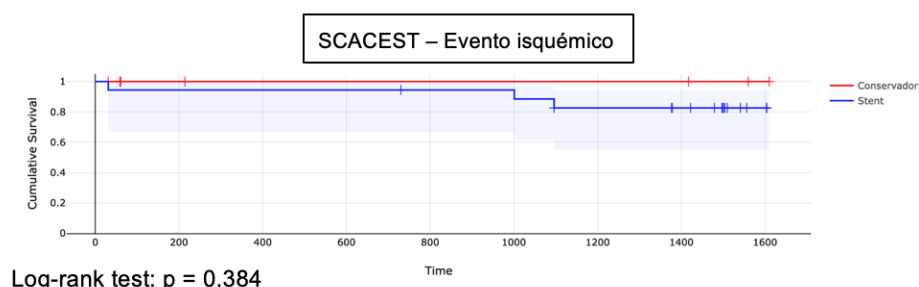
Introducción y objetivos: Existe un problema de evidencia en el manejo de pacientes ancianos, frágiles y comórbidos con síndrome coronario agudo. De esta manera, se están realizando estudios dirigidos en busca de herramientas que permitan definir el balance riesgo-beneficio de las estrategias terapéuticas. El objetivo primario fue evaluar diferencias en nuevos eventos isquémicos y mortalidad por todas las causas a 4 años en pacientes con SCACEST/SCASEST según intervención: conservadora o angioplastia con stent. El objetivo secundario fue analizar las diferencias en mortalidad por todas las causas en pacientes con SCACEST/SCASEST estratificados por índice de comorbilidad de Charlson (CCI).

Métodos: Se trata de un estudio de cohortes retrospectivo cuya población son los pacientes mayores de 80 años ingresados por síndrome coronario agudo en el área sanitaria de Toledo durante los primeros 6 meses de 2021 (N = 60), y con sus características en la tabla 1. Se ha realizado un seguimiento de 4 años mediante la revisión de la historia clínica digitalizada hasta el 1 de junio de 2025; se ha considerado como evento isquémico un nuevo síndrome coronario agudo o exacerbación de síndrome coronario crónico con reevaluación angiográfica. Los datos se han analizado mediante un test log-rank y se representan mediante curvas de supervivencia Kaplan-Meier.

Tabla 1 Comunicación O-22

	SCACEST (N = 26)	SCASEST (N = 34)
Sexo (varones)	13 (50%)	24 (70,58%)
Edad	85 (86,51-83,48)	84,5 (85,49-83,45)
Enfermedad coronaria previa	0 (0%)	17 (50%)
HTA	24 (92,30%)	32 (94,11%)
DL	14 (53,84%)	21 (61,76%)
DM	8 (30,76%)	17 (50%)
ERC	15 (57,69%)	25 (73,53%)
Conservadores	7 (26,92%)	19 (55,88%)
Exitus intrahospitalario	1 (3,84%)	1 (2,94%)

DL: dislipemia; DM: diabetes mellitus; ERC: enfermedad renal crónica; HTA: hipertensión arterial; SCACEST: síndrome coronario agudo con elevación del ST; SCASEST: síndrome coronario agudo sin elevación del ST.


Figura 1 Comunicación O-22

Curvas Kaplan-Meier y estadificación estadística mediante test de log-rank para el objetivo primario del estudio (evaluación de la tasa de eventos isquémicos y mortalidad por todas las causas según tratamiento conservador o realización de angioplastia con stent).

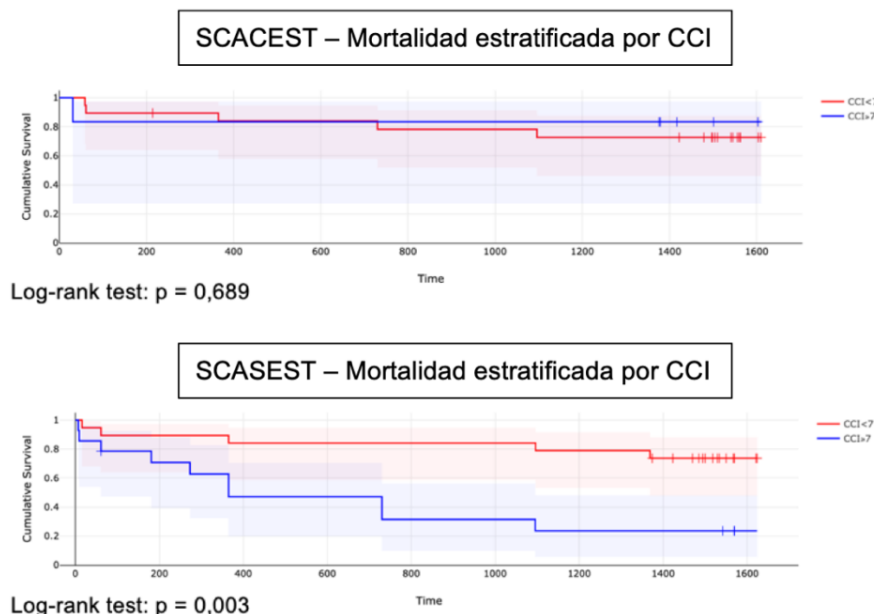


Figura 2 Comunicación O-22

CCI: índice de comorbilidad de Charlson; SCACEST: síndrome coronario agudo con elevación del ST.

Modified Charlson Index

PATHOLOGY	SCORE
Coronary disease	1
Congestive heart failure	1
Peripheral vascular disease	1
Cerebrovascular disease	1
Dementia	1
Chronic pulmonary disease	1
Connective tissue disease	1
Peptic ulcer	1
Mild liver disease	1
Diabetes	1
Hemiplegia	2
Moderate-severe renal disease	2
Diabetes with damage to target organs	2
Any tumor, leukemia, lymphoma	2
Moderate-severe liver disease	3
Solid metastatic tumor	6
AIDS	6

In addition, for each decade > 50 years 1 extra point is added.

Source: Deyo RA, Cherkin DC, Ciol MA. Adapting a clinical comorbidity index for use with ICD-9-CM administrative databases. *J Clin Epidemiol.* 1992; 45(6):613-619.Tabla 2 Comunicación O-22
Índice de Charlson empleado en el estudio

Resultados: Para el objetivo primario, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ambos grupos. Se adjunta en el documento anexo el análisis estadístico realizado (tabla 2 y figura 1). En cuanto al objetivo secundario, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la supervivencia en el grupo de SCACEST estratificados por CCI con un punto de corte de 7. Pero para el grupo de pacientes con SCASEST, sí se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el test de *log-rank* ($p = 0,003$) (figura 2).

Conclusiones: El CCI podría constituir una herramienta para definir la adecuación de la angioplastia con stent en pacientes mayores de 80 años con SCACEST.

O-23. SÍNDROME DE TAKO-TSUBO EN POBLACIÓN GERIÁTRICA. SUBGRUPO DEL REGISTRO CANT-TAKO

Carlos Agustín Coroa Pascual, Raquel Pérez Barquín, Lucía Abia Sarria, Lucía Muñoz Prejigüero y Elena Pérez Barquín

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

Introducción y objetivos: El síndrome de *tako-tsubo* es una entidad clínica que se ha asociado tradicionalmente a buen pronóstico por su carácter reversible. Ese es el motivo por el que hemos realizado un registro de la población de la provincia de Cantabria con dicho diagnóstico. El objetivo de este estudio fue evaluar las características clínicas, evolución y pronóstico de los pacientes mayores de 80 años del registro CANT-TAKO.

Métodos: Se trata de un estudio observacional, prospectivo, en el que se incluyen todos los pacientes mayores de 80 años diagnosticados de síndrome de *tako-tsubo* en nuestro centro. Se define dicho diagnóstico en base a sospecha clínica y coronariografía sin lesiones coronarias y con ventriculografía compatible.

Resultados: Se incluyen 51 pacientes en este estudio, con una edad media de 84,7 años (rango 81-89). Treinta y siete pacientes (72,5%) son de sexo femenino. El desencadenante más frecuente en mujeres es emocional (48%), mientras que en varones es más frecuente la enfermedad concomitante (70%, principalmente sepsis). Presentan HTA el 80%, dislipemia el 62% y diabetes tipo 2 el 40%. El 40% se presentan como síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST y el 26% sin elevación. El 82% tienen disfunción ventricular izquierda al diagnóstico. En el 98% los pacientes recuperan la fracción de eyección en la evolución. La mortalidad intrahospitalaria es del 31,8%, siendo principalmente de causa no cardiovascular (68%). La mortalidad en el seguimiento (extrahospitalaria) es

del 10% a un año. No se documenta ningún paciente en el que recidive el síndrome de tako-tsubo.

Conclusiones: El síndrome de tako-tsubo es una entidad que no asocia un pronóstico tan favorable como se presuponía. En los pacientes geriátricos se pone aún más de manifiesto no solo por la miocardiopatía asociada, sino por las enfermedades médicas asociadas que lo desencadenan. De hecho, asocian una mortalidad intrahospitalaria que supera la del síndrome coronario agudo en este grupo de edad.

O-24. ABLACIÓN DE CAMPO PULSADO DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR EN PACIENTES MAYORES DE 80 AÑOS. ¿REALIDAD O FICCIÓN?

Carlos Agustín Coroas Pascual¹, Helena Alarcos Blasco¹, Santiago Catoya Villa¹, Víctor Expósito García¹, Felipe José Rodríguez Entem¹ e Irene Rubio Sánchez²

¹Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander. ²Boston Scientific, Madrid.

Introducción y objetivos: La ablación de la fibrilación auricular (FA) ha experimentado un auge en los últimos años gracias al desarrollo que ha habido en las técnicas de ablación, apareciendo, entre otros, la ablación de campo pulsado (dispositivo Farapulse, Boston Scientific), que ha reducido enormemente el tiempo de procedimiento y la tasa de recidivas. Sin embargo, la población geriátrica no ha sido estudiada en los ensayos con esta técnica. El objetivo del estudio es explorar las características de los pacientes en edad geriátrica sometidos a este procedimiento en nuestro centro, así como desglosar las complicaciones y resultados en dicha población.

Métodos: Se trata de un estudio descriptivo en el que se incluyen todos los pacientes mayores de 80 años que se someten a ablación de FA de campo pulsado entre 2022 y 2025. Describiremos las características de dichos pacientes, así como las principales complicaciones y resultados.

Resultados: Se incluyen 8 pacientes para ablación de FA con Farapulse. La edad media es de 83 años, con un rango de 81-88 años. El 62% son varones. Todos los pacientes presentan fibrilación auricular de curso paroxístico, sin disfunción ventricular y sin comorbilidades relevantes. El procedimiento se realiza con anestesia general en todos los pacientes. En el 100% de los pacientes se consigue el correcto aislamiento de venas pulmonares. No se ha descrito ninguna complicación en ninguno de los pacientes. Solo en 1 (12,5%) se describe recurrencia de fibrilación auricular en el seguimiento a 1 año.

Conclusiones: Por tanto, la ablación de campo pulsado de la FA es un procedimiento que se puede considerar en pacientes mayores de 80 años seleccionados, con una tasa de éxito y de complicaciones comparable a pacientes de menor edad.

O-25. TRIADA GERIÁTRICA EN LA CONSULTA CARDIOLÓGICA: IMPACTO CLÍNICO Y DESAFÍOS ASISTENCIALES

Patricia Blanco^{1,2}, Soledad Palacio^{1,3}, Guillermo Suárez^{1,4}, Florencia Sobrino^{1,5}, María Sol Donato^{1,6} y María Alejandra Angrisani^{1,7}

¹Consejo de Cardiogeriatría de la Sociedad Argentina de Cardiología. ²Servicio de Cardiología, Hospital Naval, Buenos Aires, Argentina. ³Centro de Especialidades Médicas de Referencia 1 (CEMAR 1), Buenos Aires, Argentina. ⁴Servicio de Cardiología, Instituto Cardiovascular del Buen Pastor (ICPAS), Buenos Aires, Argentina. ⁵Servicio de Cardiología, Hospital Zubizarreta, Buenos Aires, Argentina. ⁶Servicio de Cardiología, Hospital Alemán, Buenos Aires, Argentina. ⁷Servicio de Cardiología, Hospital Británico, Buenos Aires, Argentina.

Introducción y objetivos: La coexistencia de comorbilidad, polifarmacia y fragilidad («triada geriátrica») complejiza la atención cardiovascular y está poco considerada en la práctica ambulatoria.

Métodos: Estudio transversal en mayores de 60 años atendidos consecutivamente (mayo/junio 2025). Comorbilidad se definió como ≥ 2 enfermedades crónicas, polifarmacia como ≥ 5 fármacos y fragilidad por escala Frail. Se relevaron factores de riesgo, antecedentes cardiológicos, vacunación y tipo de cobertura sanitaria. Se calcularon prevalencias (IC95%) y se ajustaron regresiones logísticas para cada desenlace.

Resultados: Se incluyeron 732 pacientes (mediana de edad 73 años, 55% mujeres). Hipertensión 77%, dislipemia 63%, diabetes 22%, tabaquismo 9% y sedentarismo 56%. Antecedentes: enfermedad coronaria estable 19%, síndrome coronario agudo 12%, insuficiencia cardiaca (IC) 17%, fibrilación auricular (FA) 12%. Vacunación: gripe 68%, neumococo 50%. Prevalencias de la triada: multimorbilidad 77% (74-80), polifarmacia 44% (41-48), fragilidad 16% (14-19) y prefragilidad 32% (29-36). El análisis multivariable (figura) confirmó que la edad, el sedentarismo, la IC y la FA potenciaron la comorbilidad; la polifarmacia se vinculó sobre todo a hipertensión, diabetes y dislipemia; y la fragilidad dependió principalmente de la multimorbilidad, la edad y el sedentarismo. Los pacientes sin cobertura (6%) tenían 92% de multimorbilidad y 30% de fragilidad ($p < 0,001$).

Conclusiones: En nuestra práctica cardiológica ambulatoria, más de tres cuartas partes de los pacientes viven con comorbilidad, la mitad con polifarmacia y uno de cada seis con fragilidad, y un tercio de prefrágiles. La IC y la FA amplifican la carga clínica, mientras que el sedentarismo y la falta de cobertura sanitaria agravan la vulnerabilidad. Es prioritaria una evaluación integral del adulto mayor, con optimización farmacológica, vacunación sistemática y consideración de los determinantes sociales.

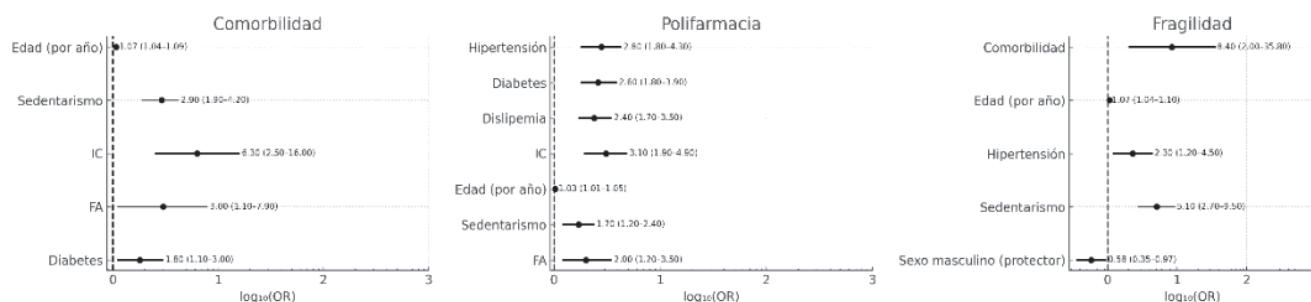


Figura Comunicación O-25
FA: fibrilación auricular; IC: insuficiencia cardiaca; OR: odds ratio.

O-26. BRECHAS DE EVIDENCIA EN EL MANEJO CARDIOVASCULAR DE PACIENTES ≥ 80 AÑOS, DEL ROBUSTO AL FRÁGIL

Patricia Blanco^{1,2}, Guillermo Suárez^{1,3}, Soledad Palacio^{1,4}, Mayra Villalba Núñez^{1,5}, Pablo Schygiel^{1,6} y Federico Achilli^{1,7}

¹Consejo de Cardiogeriatría de la Sociedad Argentina de Cardiología. ²Servicio de Cardiología, Hospital Naval, Buenos Aires, Argentina. ³Servicio de Cardiología, Instituto Cardiovascular del Buen Pastor (ICPAS), Buenos Aires, Argentina. ⁴Centro de Especialidades Médicas de Referencia 1 (CEMAR 1), Buenos Aires, Argentina. ⁵Centro Azikna, Buenos Aires, Argentina. ⁶Servicio de Cardiología, Clínica Bessone, Buenos Aires, Argentina. ⁷Servicio de Cardiología, Sanatorio Privado Río Cuarto, Córdoba, Argentina.

Introducción y objetivos: Las guías de práctica clínica actuales muestran limitaciones respecto de los pacientes > 80 años debido a su baja representación en ensayos clínicos y la compleja interacción entre fragilidad, multimorbilidad, polifarmacia y eventos cardiovasculares. El objetivo fue conocer cómo la fragilidad modula el manejo clínico y puede orientar estrategias individualizadas. Otro objetivo fue valorar la influencia del grado de fragilidad sobre las recomendaciones terapéuticas en escenarios cardiovasculares frecuentes y consensuar propuestas de abordaje.

Métodos: Se convocó un panel de consenso estructurado (roundtable) con 34 cardiólogos y 6 geriatras y se debatieron 6 escenarios: fragilidad, polifarmacia, prevención cardiovascular, insuficiencia cardíaca, fibrilación auricular y síndromes coronarios agudos. Cada recomendación se votó de forma anónima, clasificando al paciente como robusto, con fragilidad leve o moderada.

Resultados: La intensidad terapéutica disminuyó conforme aumentaba la fragilidad. La mayoría consideró relevante evaluar fragilidad, la medicación extracardiaca y pensar en deprescripción durante el seguimiento. En prevención cardiovascular, el inicio de estatinas cayó del 82,1% en robustos al 23,1% en frágiles moderados, mientras la deprescripción subió al 41,0%. En síndrome coronario agudo sin elevación del ST, la estrategia invasiva precoz bajó del 68,4% al 18,4%. Para fibrilación auricular, prevaleció el control de frecuencia (64,1%) y el uso de anticoagulantes directos se redujo al 56,4%; el ácido acetilsalicílico fue rechazado en el 87,2% de los casos. En insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida, la cuádruple terapia inicial descendió del 45,9% al 2,7%.

Conclusiones: La fragilidad condiciona la intensidad terapéutica cardiovascular en octogenarios y favorece estrategias más conservadoras. Resulta imperativo implantar algoritmos estratificados por fragilidad e integrar la valoración integral en los protocolos asistenciales.

O-27. COMORBILIDAD Y FRAGILIDAD COMO PREDICTORES DE RESULTADOS TRAS EL IMPLANTE DE MARCAPASOS

Marcos Lorenzo Andrés¹, Jaime Garrido de la Rosa², María Andújar Martínez-Moratalla³ y Laura Lapuerta Corchón¹

¹Servicio de Medicina Interna, Hospital Santa Bárbara, Soria.

²Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Santa Bárbara, Soria.

³Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena, Murcia.

Introducción y objetivos: La implantación de marcapasos en pacientes de edad muy avanzada (≥ 85 años) es cada vez más

frecuente. La fragilidad y la multimorbilidad de estos pacientes podrían traducirse en mayores complicaciones, incluyendo reingresos precoces y mortalidad postoperatoria. El objetivo fue determinar si la comorbilidad y la fragilidad se asocian con mayor riesgo de reingreso hospitalario o muerte a 30 días tras implante de marcapasos en pacientes ≥ 85 años. **Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo en un hospital de Soria, con pacientes ≥ 85 años que recibieron el primer marcapasos entre 2023 y 2025. Se recogieron las comorbilidades principales (HTA, DM, dislipemia, FA, IRC) y la situación basal (dependencia, institucionalización) como indicador de fragilidad. Se calculó el índice de Charlson. Se evaluaron las tasas de reingreso hospitalario y mortalidad a 30 días.

Resultados: Se incluyeron 77 pacientes (edad 88 ± 3 años; 52% mujeres). La carga de comorbilidades fue elevada (HTA 87%, dislipemia 61%, FA 56%, DM 27%, IRC 42%), con Charlson mediano 5 (rango 1-8). A 30 días, 6 pacientes (7,8%) reingresaron y 7 (9,1%) fallecieron. Los pacientes con eventos presentaron un Charlson promedio mayor (5,5 vs 3,9; $p < 0,01$) y FA más frecuente (90% vs 51%; $p = 0,04$) que los pacientes sin eventos. La fragilidad fue casi universal (88% de la cohorte) y se asoció a una tendencia de mayor incidencia de eventos, sin significación estadística.

Conclusiones: En pacientes ≥ 85 años con marcapasos, la elevada comorbilidad y la fragilidad se asocian con mayor riesgo de reingreso y mortalidad temprana. Es importante realizar una valoración geriátrica integral (incluyendo el índice de Charlson y la situación funcional basal) para identificar pacientes de alto riesgo y optimizar el seguimiento postimplante.

O-28. ADECUACIÓN A LAS GUÍAS Y ELECCIÓN DEL DISPOSITIVO EN OCTOGENARIOS TARDÍOS CON MARCAPASOS

Marcos Lorenzo Andrés¹, Jaime Garrido de la Rosa², María Andújar Martínez-Moratalla³ y Laura Lapuerta Corchón¹

¹Servicio de Medicina Interna, Hospital Santa Bárbara, Soria.

²Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Santa Bárbara, Soria.

³Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena, Murcia.

Introducción y objetivos: La guía ESC 2021 de estimulación cardíaca recomienda implantar marcapasos solo ante indicaciones apropiadas y favorecer el modo DDD para preservar la sincronía AV, reservando VVI para pacientes muy frágiles o con fibrilación auricular permanente. Se desconoce si en pacientes ≥ 85 años estas recomendaciones se cumplen en la práctica real. El objetivo fue evaluar en pacientes ≥ 85 años la adecuación de la indicación (clase I, IIa, IIb) y la elección del dispositivo (DDD vs VVI) según la guía ESC 2021.

Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes ≥ 85 años con marcapasos implantados entre 2023 y 2025. Cada caso se clasificó por clase de recomendación (I, IIa, IIb o no indicado) según la guía ESC 2021 y se registró el tipo de dispositivo implantado (bicameral DDD o monocameral VVI). Análisis descriptivo de proporciones.

Resultados: Se incluyeron 77 pacientes. El 97% de los implantes se indicaron por clase I y el 3% por clase IIa; no hubo casos de clase IIb ni implantes sin indicación. En cuanto al dispositivo, 34 pacientes (44%) recibieron marcapasos bicameral DDD, 38 (49%) monocameral VVI y 5 (7%) VDD. Aproximadamente la mitad tuvo estimulación con sincronía AV (DDD/VDD) y la otra mitad estimulación ventricular aislada (VVI).

Distribución porcentual del tipo de marcapasos implantado

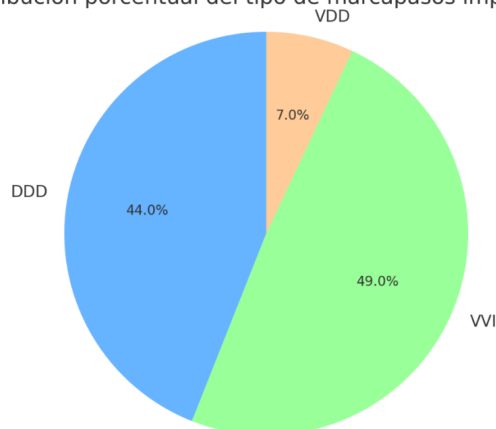


Figura Comunicación O-28

DDD: marcapasos bicameral; VDD: marcapasos auriculoventricular sincrónico; VVI: marcapasos ventricular a demanda.

Conclusiones: Hubo alta adherencia a las guías en la indicación del implante de marcapasos (casi todos clase I). Sin embargo, la elección del modo de estimulación mostró menor adherencia: ~50% de los pacientes en ritmo sinusal recibieron VVI en vez de DDD. Esto sugiere que en octogenarios tardíos a menudo se prioriza un procedimiento más sencillo y con menos complicaciones iniciales sobre la sincronía AV, probablemente debido a la fragilidad. Las decisiones deben individualizarse, equilibrando las recomendaciones con el estado clínico para optimizar la atención.

O-29. PERFIL CLÍNICO Y RESULTADOS A 30 DÍAS TRAS IMPLANTE DE MARCAPASOS EN PACIENTES ≥ 85 AÑOS

Marcos Lorenzo Andrés¹, Jaime Garrido de la Rosa², María Andújar Martínez-Moratalla³ y Laura Lapuerta Corchón¹

¹Servicio de Medicina Interna, Hospital Santa Bárbara, Soria.

²Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Santa Bárbara, Soria.

³Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena, Murcia.

Introducción y objetivos: La creciente esperanza de vida ha aumentado los implantes de marcapasos en pacientes ≥ 85 años, pero la evidencia sobre sus resultados a corto plazo es limitada. Nuestro objetivo fue describir el perfil clínico y los resultados a 30 días tras el implante de marcapasos en este grupo de edad.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes ≥ 85 años con primoimplante de marcapasos en nuestro centro (enero 2023-mayo 2025). Se recogieron datos clínicos, comorbilidades (índice de Charlson), situación funcional (independencia, institucionalización) y eventos a 30 días (reingreso, mortalidad).

Resultados: Se incluyeron 77 pacientes (edad media 88 ± 3 años; 52% mujeres). La mayoría tenía comorbilidades; destacaban hipertensión arterial (87%), fibrilación auricular (56%) e insuficiencia renal crónica (40%), con Charlson mediano de 5. Funcionalmente, 49% eran independientes y 27% institucionalizados. La indicación más frecuente fue el bloqueo AV (75%), seguida de disfunción sinusal (18%) y bradicardia por fibrilación auricular (10%). La mitad de los marcapasos fueron monocamerales (51%). Hubo reingreso a 30 días en el 7,8% (principalmente por insuficiencia cardíaca) y mortalidad a 30

días del 9,1% (mayoritariamente por causas no cardiovasculares; por ejemplo, ictus, sepsis).

Figura 1: Distribución de las indicaciones de marcapasos en ≥85 años

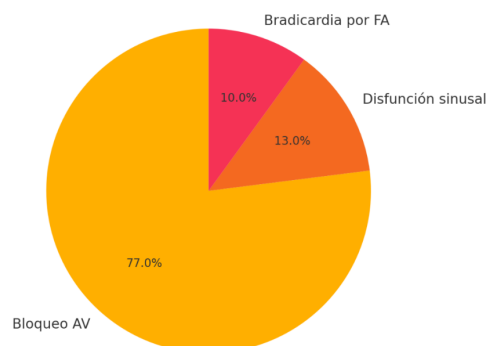


Figura 1 Comunicación O-29

Prevalencia de comorbilidades en pacientes ≥85 años con marcapasos

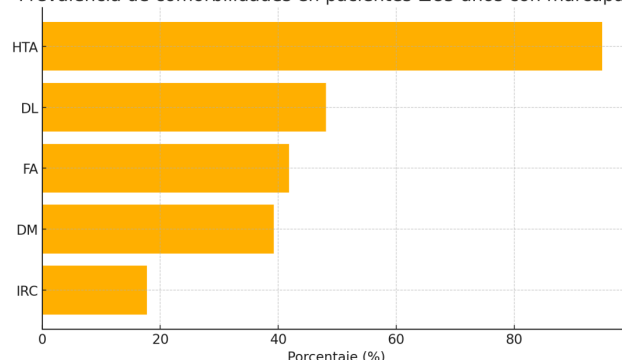


Figura 2 Comunicación O-29

AV: auriculoventricular; DL: dislipemia; DM: diabetes mellitus; FA: fibrilación auricular; HTA: hipertensión arterial; IRC: insuficiencia renal crónica.

Conclusiones: Los pacientes ≥ 85 años con marcapasos presentan alta comorbilidad, aunque casi la mitad mantienen independencia funcional. A 30 días del implante, reingresos y mortalidad son elevados, reflejo de la fragilidad de esta población más que de complicaciones del dispositivo. Es fundamental la selección del paciente y el seguimiento estrecho tras el implante en edades extremas.

O-30. OBESIDAD SARCOPEÁNICA EN PACIENTES CON ESTENOSIS AÓRTICA GRAVE: PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

Danilec Montejo Hernández¹, Anna Ibáñez Porcar², Susana Rodríguez Arias¹, Marta Encuentra Sopena¹, José Gutiérrez Rodríguez^{1,3} y Pablo Solía Suárez^{1,3}

¹Área de Gestión Clínica de Geriátrica, Hospital Monte Naranco, Oviedo, Asturias. ²Servicio de Geriátrica, Hospital del Mar, Barcelona. ³Instituto de Investigación Sanitaria del Principado de Asturias, Oviedo, Asturias.

Introducción y objetivos: La obesidad sarcopénica (OS), definida como la coexistencia de obesidad y sarcopenia, es una patología que se asocia con un incremento de incidencia de HTA, dislipemia, diabetes mellitus (DM) e insuficiencia car-

diaca (IC). Objetivo: estudiar la prevalencia de OS en pacientes mayores con estenosis aórtica grave sintomática y analizar los factores de riesgo asociados.

Métodos: Estudio prospectivo que incluye pacientes mayores de 74 con EAo grave evaluados por el Heart Team valvular de un hospital de tercer nivel. Variables: demográficas (edad y sexo), cardiológicas (NYHA, EuroSCORE-II, FEVI), clínicas (antecedentes e índice de Charlson), analíticas, nutricionales con *Mini Nutritional Assessment* (MNA-SF), cognitivas con *Minimental State Examination* (MMSE), funcionales (Barthel y Lawton) y fragilidad con *Short Physical Performance Battery* (SPPB). Definición de OS: coexistencia de sarcopenia (fuerza muscular disminuida evaluada mediante fuerza de prensión) y obesidad (grasa corporal aumentada evaluada mediante ecografía de cuádriceps femoral). Se realizó estadística descriptiva y analítica (prueba exacta de Fisher, t de Student y ANOVA).

Resultados: 143 pacientes fueron incluidos en el estudio (mujeres 54,5%; $83,52 \pm 4,40$ años), se encontró elevada prevalencia de HTA (72,7%), dislipemia (55,9%), anemia (37,1%), fibrilación auricular (32,9%) e IC (28,7%). El 86% tenía MMSE ≥ 24 , el 64,3% eran independientes para actividades instrumentales de la vida diaria, el 72,7% para las básicas. La prevalencia de OS fue del 6,3% y se asociaba con sexo (presente en el 100% de mujeres), patología tiroidea (55,6%), enfermedad renal crónica (66,7%) y déficit de vitamina D (55,6%); $p < 0,05$. Asimismo, la OS se relacionó con fragilidad (SPPB $5,89 \pm 2,47$ en OS vs $7,73 \pm 2,63$ en no OS; $p < 0,05$) sin encontrar relación con otras variables funcionales o cognitivas.

Conclusiones: La OS es una patología poco frecuente en pacientes mayores con EAo grave sintomática candidatos a recambio valvular mediante TAVI o cirugía. Este problema se asocia con el sexo femenino, fragilidad y existencia de patología como enfermedad tiroidea, enfermedad renal crónica y déficit de vitamina D.

O-31. VARIABLES ASOCIADAS A MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA Y REINGRESO EN PACIENTES MAYORES CON ESTENOSIS AÓRTICA SOMETIDOS A IMPLANTE PERCUTÁNEO DE PRÓTESIS VALVULAR AÓRTICA

Danilec Montejo Hernández¹, Susana Rodríguez Arias¹, Marta Encuentra Sopena¹, Eva López Álvarez¹, José Gutiérrez Rodríguez^{1,2} y Pablo Solla Suárez^{1,2}

¹Área de Gestión Clínica de Geriatría, Hospital Monte Naranco, Oviedo, Asturias. ²Instituto de Investigación Sanitaria del Principado de Asturias, Oviedo, Asturias.

Introducción y objetivos: La estenosis aórtica grave (EAo) es la valvulopatía más frecuente en adultos mayores. La elección terapéutica (implante percutáneo de prótesis valvular aórtica [TAVI], cirugía o tratamiento médico) debe adaptarse a la complejidad clínica, funcional y cognitiva del paciente. El objetivo fue analizar la asociación entre diferentes variables clínicas, funcionales y nutricionales con la mortalidad intrahospitalaria de pacientes sometidos a TAVI y los reingresos a los 30 días.

Métodos: Estudio observacional prospectivo en pacientes mayores de 74 años con EAo grave sintomática sometidos a recambio valvular mediante TAVI. Variables: clínicas, funcionales (índice de Barthel y Lawton), nutricionales con *Mini Nutritional Assessment-Short Form* (MNA-SF), cognitivas con *Minimental State Examination* (MMSE), eventos de mortalidad intrahospitalaria y reingreso a los 30 días.

Resultados: Se incluyeron 724 pacientes ($84,5 \pm 5,1$ años; 57,2% mujeres). Mortalidad intrahospitalaria del 2,8%, más frecuen-

te en pacientes con anemia (5,6% vs 1,8%; $p = 0,021$) y enfermedad renal crónica (ERC) (6,1% vs 2,1%; $p = 0,03$). El reingreso a 30 días fue del 9,7%, más frecuentes en pacientes con diabetes mellitus (DM) (14,6% vs 7,6%; $p = 0,005$), anemia (14,6% vs 7,6%; $p = 0,005$) y puntuaciones más bajas en el Lawton ($4,7 \pm 2,3$ vs $5,3 \pm 2,2$; $p = 0,036$).

Conclusiones: Los pacientes con EAo sometidos a TAVI que presentan anemia o ERC tienen más riesgo de mortalidad y los que presentan DM, anemia o dependencia en actividades instrumentales más riesgo de reingreso. El tratamiento de la anemia y el control estricto de la DM podrían contribuir a disminuir mortalidad y reingresos.

Tabla Comunicación O-31
Análisis comparativo de las variables de estudio con mortalidad intrahospitalaria y reingreso a 30 días

Variable	Mortalidad (p)	Reingreso 30 días (p)
Sexo (mujer vs varón)	3,0% vs 2,6% (0,804)	10,1% vs 8,9% (0,580)
HTA (sí vs no)	3,2% vs 2,5% (0,629)	10,2% vs 9,1% (0,608)
DM (sí vs no)	3,9% vs 2,0% (0,153)	14,6% vs 7,6% (0,005)
ERC (sí vs no)	6,1% vs 2,1% (0,030)	8,0% vs 10,1% (0,469)
Anemia (sí vs no)	5,6% vs 1,8% (0,021)	14,6% vs 7,6% (0,005)
Índice de Barthel	95,0 vs 95,3 (0,886)	90,2 vs 91,6 (0,405)
Índice de Lawton	5,5 vs 5,8 (0,567)	4,7 vs 5,3 (0,036)
MMSE	26,8 vs 27,6 (0,240)	26,53 vs 26,57 (0,946)
MNA-SF	11,3 vs 11,9 (0,230)	11,28 vs 11,75 (0,082)

DM: diabetes mellitus; ERC: enfermedad renal crónica; HTA: hipertensión arterial; MMSE: *Minimental State Examination*; MNA-SF: *Mini Nutritional Assessment-Short Form*.

O-32. EVALUACIÓN DE LA MASA MUSCULAR EN PACIENTES FRÁGILES CON ESTENOSIS AÓRTICA GRAVE CANDIDATOS A IMPLANTE PERCUTÁNEO DE PRÓTESIS VALVULAR AÓRTICA

Paola Reinoso-Párraga^{1,2}, Victoria Déniz-González^{1,2}, Silvia Martín-Martín², Guillermo Galeote García^{2,3}, Raúl Moreno Gómez^{2,3} y Rocío Menéndez-Colino^{1,2}

¹Servicio de Geriatría, Hospital Universitario La Paz, Madrid.

²Instituto de Investigación, Hospital Universitario la Paz-IdiPAZ, Madrid.

³Servicio de Cardiología, Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Introducción y objetivos: La sarcopenia se asocia a peores resultados tras implante percutáneo de prótesis valvular aórtica (TAVI). Para su diagnóstico ha comenzado a expandirse en la práctica clínica la evaluación de masa muscular mediante *Point-of-Care-Ultrasound* (POCUS). Se plantea: 1) Describir los parámetros ecográficos del músculo recto femoral mediante POCUS en una cohorte de pacientes frágiles con SAS candidatos a TAVI. 2) Comparar los resultados con los de una cohorte de pacientes mayores ambulatorios (ECOSARC-2).

Métodos: Análisis descriptivo de pacientes frágiles con SAS candidatos a TAVI. Se realizó una valoración geriátrica integral (VGI), con variables funcionales, cognitivas, nutricionales, calidad de vida y fragilidad. Se recogieron parámetros cardiológicos, comorbilidades y riesgo quirúrgico. Se realizó medición del recto femoral mediante POCUS, cuantificando: grosor total, grosor del tejido adiposo, grosor del recto femoral, área del recto femoral y ángulo de pennación. Se comparó con los resultados ecográficos obtenidos en una cohorte de 424 pacientes ≥ 70 años.

Tabla Comunicación 0-32
Características basales de los pacientes incluidos

	Total (n = 25)
Datos sociodemográficos	
Sexo femenino	15 (60%)
Edad (años)	83,56 ± 5,24
Viven en domicilio con cónyuge	15 (60%)
Comorbilidades. Riesgo quirúrgico	
Diabetes mellitus	12 (48%)
Ictus	3 (12%)
Insuficiencia renal crónica	2 (8%)
EPOC	2 (8%)
Cáncer	1 (4%)
Arteriopatía periférica	2 (8%)
Depresión	4 (16%)
Toman > 5 fármacos	22 (88%)
Índice de Charlson	2,6 ± 2,16
EuroSCORE-II	2,48 ± 1,37
Parámetros analíticos	
Hemoglobina (g/dl)	13,21 ± 1,73
Creatinina (mg/dl)	1,07 ± 0,64
Albumina (g/dl)	4,18 ± 1,36
Proteínas (g/l)	7,00 ± 0,82
NT-proBNP (pg/ml)	2.032,11 ± 1.708,80
CKD-EPI (ml/min/1,73 m ²)	63,11 ± 24,49
Parámetros cardiológicos	
Presencia de función sistólica deprimida	4 (16%)
Insuficiencia mitral	15 (60%)
Estenosis mitral	21 (84%)
Insuficiencia aórtica	15 (60%)
Insuficiencia tricuspídea	11 (44%)
Hipertensión pulmonar	4 (16%)
Ritmo (FA o flutter)	2 (8%)
Presencia de enfermedad coronaria	6 (24%)
Valoración geriátrica integral	
Situación funcional	
Índice de Barthel	93,13 ± 8,69
Lawton	4,96 ± 2,13
Situación cognitiva	
Mini Examen Cognoscitivo de Lobo	29,59 ± 4,05
Situación nutricional	
Índice de masa corporal (kg/m ²)	26,20 ± 5,34
Mini Nutritional Assessment-Short Form	10,20 ± 2,27
Valoración de la fragilidad	
Short Physical Performance Battery	7,2 ± 2,36
Fuerza prensión total (kg)	23,78 ± 9,8
Fuerza prensión varones (kg)	33,44 ± 8,44
Fuerza prensión mujeres (kg)	17,57 ± 3,91
Velocidad marcha (m/s)	0,72 ± 0,21
Velocidad marcha lenta (< 0,8 m/s)	15 (60%)
Frail	1,55 ± 1,37
Clinical Frailty Scale	4,63 ± 0,82
Essential Frailty Toolset	2,08 ± 1,28
Fenotipo Fried	2,52 ± 1,16
Calidad de vida	
Euroqol-5D (EVA)	50,88 ± 4,47
NYHA II	17 (68%)
Minnesota (dimensión total)	8,13 ± 6,37
Parámetros ecográficos	
Grosor del tejido adiposo (mm)	
Mujer	15,51 ± 7,97
Varón	6,65 ± 2,85
Grosor total (mm)	
Mujer	40,13 ± 10,40
Varón	31,21 ± 9,73

Grosor del recto femoral (mm)	
Mujer	14,25 ± 3,66
Varón	14,59 ± 3,32
Área del recto femoral (cm ²)	
Mujer	5,63 ± 1,56
Varón	5,62 ± 1,90
Ángulo de pennación (°)	
Mujer	8,47 ± 4,19
Varón	4,90 ± 2,29

CKD-EPI: ecuación de la Colaboración Epidemiológica en Enfermedad Renal Crónica; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; EVA: escala visual analógica; FA: fibrilación auricular; NT-proBNP: fracción N-terminal del péptido natriurético B; NYHA: New York Heart Association.

Resultados: Se incluyeron 25 pacientes, 60% mujeres, edad 83,5 ± 5,24 años. VGI: índice Barthel 93 ± 8,6, Mini Examen Cognoscitivo de Lobo 29,59 ± 4,05, Mini Nutritional Assessment-SF 10,2 ± 2,27, Short Physical Performance Battery 7,2 ± 2,36, velocidad marcha 0,72 ± 0,2 m/s, fuerza prensión 23,78 ± 9,8 kg, fenotipo Fried 2,52 ± 1,16, Frail 1,55 ± 1,37, Clinical Frailty Scale 4,63 ± 0,82 y Essential Frailty Toolset 2,08 ± 1,28. El índice de Charlson fue de 2,6 ± 2,1, y el EuroSCORE-II, de 2,40 ± 1,37. Los valores obtenidos mediante ecografía muscular, en nuestra cohorte (HULP) y en el ECOSARC-2, se describen en la tabla.

Conclusiones: En la ecografía del recto femoral en pacientes frágiles con SAS candidatos a TAVI, las mujeres presentan mayor ángulo de pennación, grosor total y del tejido adiposo. El grosor y el área del recto femoral fueron similares en ambos sexos. Estos hallazgos coinciden con los de la cohorte ECOSARC-2, excepto en el ángulo de pennación y en el área y el grosor del recto femoral, que fue mayor en varones.

O-33. INCLISIRÁN EN LA PRÁCTICA CLÍNICA: PRIMEROS RESULTADOS EN PACIENTES MAYORES

Jesús Rivera del Amo, Adrián Garrido Vital, Ana Ruiz Barrios, Álvaro Aumesquet García, Laura Paz Luque y César Jiménez-Méndez

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

Introducción y objetivos: Inclisirán es un micro-ARN de interferencia que reduce los niveles de colesterol al interferir de forma prolongada la síntesis de la proteína PCSK9. Su innovador mecanismo de acción y su reciente comercialización hacen que sean necesarios estudios en vida real para contrastar sus resultados, especialmente en el subgrupo de pacientes de mayor edad, típicamente infrarrepresentados en los ensayos clínicos. El objetivo fue valorar la eficacia y seguridad de inclisirán en el subgrupo de pacientes de mayor edad en la práctica real.

Métodos: Estudio prospectivo unicéntrico que incluyó a los pacientes tratados con inclisirán desde abril de 2024 en nuestro centro. Se analizó el subgrupo de pacientes con edad > 65 años. **Resultados:** Se incluyeron 10 pacientes, edad media 73,4 ± 9,4 años, 40% mujeres. Todos los pacientes presentaban niveles de cLDL > 55 mg/dl al inicio (112 ± 41 mg/dl) en prevención secundaria. El 30% eran intolerantes a estatinas y el 70% restante recibía tratamiento con estatinas de alta intensidad, 20% bempedoico y 20% habían recibido tratamiento previo con inhibidores de PCSK9. Tras una media de 2 administraciones de inclisirán se redujeron los niveles de cLDL un 50% (56 ± 26 mg/dl), de colesterol total un 36% (181 ± 20 mg/dl vs 116 ± 33 mg/dl) y de triglicéridos un 18% (135 ± 66 mg/dl vs 110 ± 46 mg/dl) (figura). El 60% de los pacientes alcanzó el objetivo de cLDL < 55 mg/dl. No hubo reacciones adversas en el seguimiento.

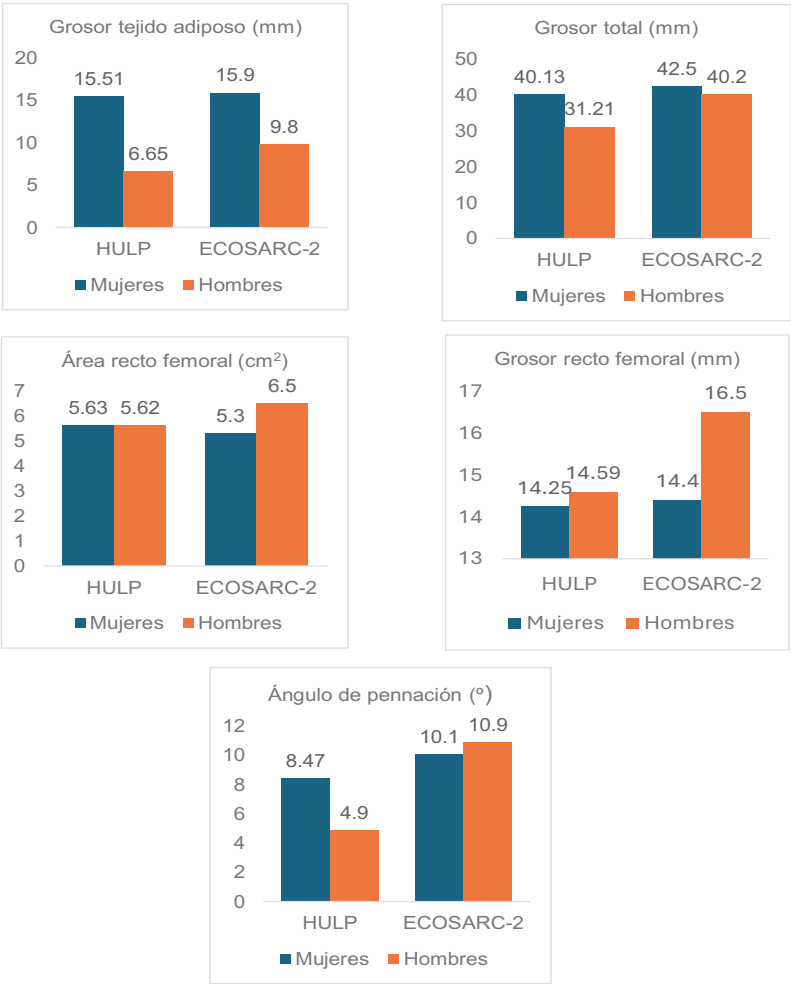


Figura Comunicación O-32
Representación gráfica de la comparativa entre parámetros ecográficos del músculo recto femoral (cohortes HULP y ECOSARC-2).

Tabla Comunicación O-33
Principales características de los pacientes > 65 años tratados con inclisiran

Variable	Valor
Edad (años)	73,4 ± 9,4
Sexo masculino	6 (60%)
Hipertensión arterial	10 (100%)
Dislipemia	10 (100%)
Diabetes mellitus tipo 2	3 (30%)
Fumador/Exfumador	7 (70%)
Cardiopatía isquémica previa	10 (100%)
Antecedentes de insuficiencia cardiaca	3 (30%)
Intolerancia a estatina	3 (30%)
Tratamiento con estatina de alta intensidad	7 (70%)
Tratamiento con ácido bempedoico	2 (20%)
Tratamiento previo con iPCSK9	2 (20%)
Lipoproteína A previa (mg/dl)	119 ± 46
Dosis inclisiran administradas	1,8 ± 0,4
Reacciones adversas en seguimiento	0 (0%)

iPCSK9: inhibidor de la proproteína-convertasa subtilisina/kexina de tipo 9.

Las variables cuantitativas se expresan como media ± desviación estándar. Las variables cualitativas se expresan como número y porcentaje.

Conclusiones: En nuestra serie de pacientes > 65 años tratados con inclisiran se observan resultados de eficacia superponibles a los ensayos clínicos sin eventos de seguridad. La mayoría de los pacientes alcanzó el objetivo de LDL < 55 mg/dl tras incorporar el tratamiento con inclisiran. Son necesarios estudios poblacionales más amplios que confirmen estos resultados en la población mayor.

O-34. REPARACIÓN MITRAL QUIRÚRGICA EN POBLACIÓN GERIÁTRICA. ¿MUCHO RIESGO?

Carlos Agustín Coroas Pascual¹, Lucía Muñoz Prejigueiro¹, Lucía Abía Sarria¹, Miriam Rodríguez de Rivera Socorro¹, José Aurelio Sarralde Aguayo² y Cristina Ruisánchez Villar¹

¹Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander. ²Servicio de Cirugía Cardiaca, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.

Introducción y objetivos: La reparación mitral quirúrgica es la técnica de elección en los pacientes con insuficiencia mitral (IM) orgánica seleccionados, cuando la anatomía para la reparación es favorable. En este estudio planteamos cómo son las características y los resultados de los pacientes mayores de 75 años sometidos a reparación mitral quirúrgica en nuestro centro.

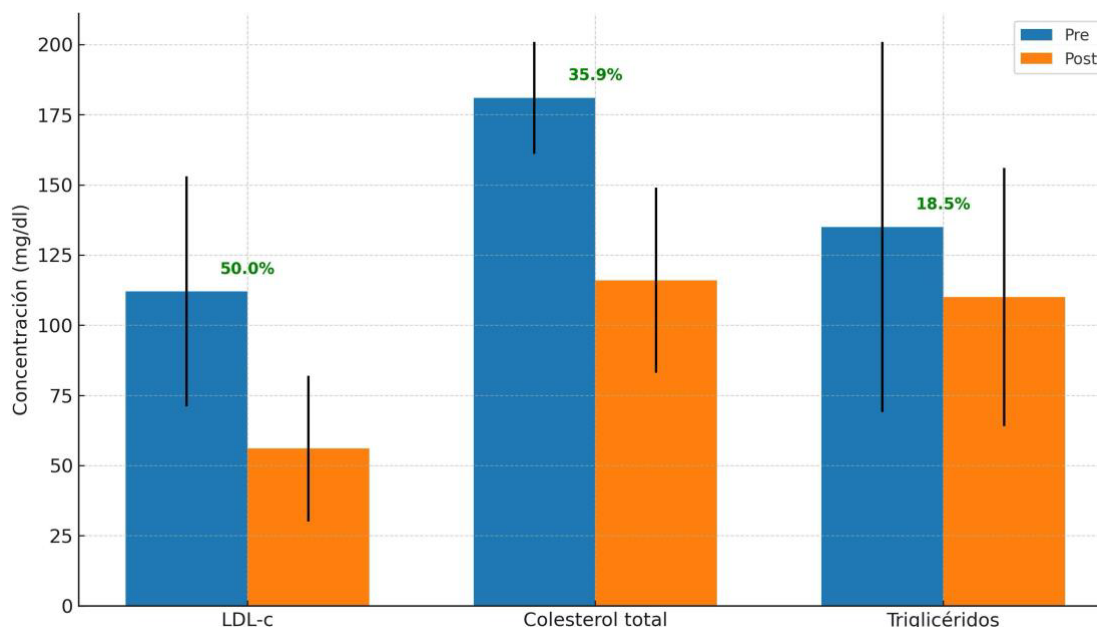


Figura Comunicación O-33

Concentración de colesterol de baja densidad (LDL-c), colesterol total y triglicéridos antes y después de iniciar tratamiento con inclisiran.

Métodos: Se trata de un estudio descriptivo, que incluye a todos los pacientes mayores de 75 años que se someten a reparación mitral quirúrgica en nuestro centro, entre el año 2012 y el año 2023. Analizamos las características de dichos pacientes y describimos la evolución y el pronóstico en el seguimiento.

Resultados: Se incluyen 14 pacientes en el estudio. La edad media es de 79 años (DE ± 6), siendo el 50% mujeres. El tiempo de seguimiento medio es de 5 años. El 100% de los pacientes presentan insuficiencia mitral grave de etiología orgánica degenerativa. La FEVI media es del 50,2%. El diámetro telediastólico medio es de 54 mm. El 71% de los pacientes tienen hipertensión pulmonar documentada. El 40% de los pacientes

tienen fibrilación auricular. La mortalidad quirúrgica es del 0%. La estancia media en UCI es de 4,7 días. La mortalidad total es del 14,3% en el seguimiento descrito. Ningún caso presenta mortalidad intrahospitalaria en el ingreso quirúrgico. Ningún paciente desarrolla ictus en el posoperatorio. El 8% de los pacientes requieren reintervención quirúrgica por sangrado. Ningún paciente requiere reintervención por mal resultado a nivel valvular.

Conclusiones: La reparación mitral quirúrgica es una opción que considerar en pacientes > 75 años sin grandes comorbilidades y bien seleccionados, en los que se pueden esperar resultados quirúrgicos y clínicos aceptables, incluso comparables a otros grupos de edad.