



**REUNIÓN 2022 DE LA SECCIÓN
DE CARDIOLOGÍA GERIÁTRICA
DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
CARDIOLOGÍA.**

**COMUNICACIONES Y CASOS
CLÍNICOS**

**COORDINADORES: DR. CÉSAR JIMÉNEZ MÉNDEZ
DRA. ANA AYESTA LÓPEZ**



SOCIEDAD
ESPAÑOLA DE
CARDIOLOGÍA



Sección de
Cardiología
Geriátrica

Reunión 2022 de la Sección de Cardiología Geriátrica de la Sociedad Española de Cardiología.
Comunicaciones y casos clínicos.

© 2022 Sociedad Española de Cardiología

ISBN: 978-84-09-51663-6

SEC-2022-H

Reservados todos los derechos. El contenido de la presente publicación no puede ser reproducido, ni transmitido por ningún procedimiento electrónico o mecánico, incluyendo fotocopia, grabación magnética, ni registrado por ningún sistema de recuperación de información, en ninguna forma, ni por ningún medio, sin la previa autorización por escrito del titular de los derechos de explotación de la misma.

CONTENIDO

ÍNDICE

COMITÉ EVALUADOR Y AUTORES _____	05
INTRODUCCIÓN _____	06
COMUNICACIONES Y CASOS CLÍNICOS GERIÁTRICA 2022 _____	07
COM. 1: SENECTUD FEMENINA E INSUFICIENCIA CARDIACA: UN ANÁLISIS RETROSPECTIVO _____	08
COM. 2: ACIDOSIS SIN AZÚCAR. UN PROBLEMA INFRECLENTE _____	10
COM. 3: ANGIOPLASTIA PRIMARIA EN CENTENARIOS. ¿POR QUÉ NO? _____	11
COM. 4: INSUFICIENCIA CARDIACA EN PACIENTE MAYOR: EXPERIENCIA EN EL SERVICIO DE AGENCIAS DE UN HOSPITAL DE SUBAGUDOS _____	13
COM. 5: FRAGILIDAD EN PACIENTES ANCIANOS INGRESADOS POR SINDROME CORONARIO AGUDO _____	14
COM. 6: FERROTERAPIA INTRAVENOSA DESDE UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL DE CRÓNICOS _____	15
COM. 7: REHABILITACION CARDIACA EN PACIENTES DE EDAD AVANZADA UN TRATAMIENTO INFRAINDICADO _____	17
COM. 8: MANEJO DE LA DISNEA DEL ANCIANO DESDE UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL DE CRÓNICOS _____	18
COM. 9: DIFERENCIAS ENTRE PACIENTES MAYORES HOSPITALIZADOS POR INSUFICIENCIA CARDIACA ESTRATIFICADOS SEGÚN SITUACIÓN FUNCIONAL _____	19
COM. 10: MORTALIDAD AL AÑO Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS EN UNA POBLACIÓN ANCIANA INGRESADA POR INSUFICIENCIA CARDIACA (IC) _____	20
COM. 11: ANOMALÍAS CONGÉNITAS EN EL PACIENTE GERIÁTRICO . _____	21
COM. 12: FIBRILACIÓN AURICULAR EN FASE PRECOZ DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN PACIENTE ANCIANO ANÁLISIS Y COMPLICACIONES DEL TRATAMIENTO ANTITROMBÓTICO _____	26
COM. 13: UNA GRAN IMITADORA: CUANDO LAS DECISIONES APREMIAN _____	28
COM. 14: ¿EXISTEN DIFERENCIAS EN EL RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DE LOS BIOMARCADORES CARDIACOS PARA PREDECIR FRAGILIDAD EN ANCIANOS QUE INGRESAN POR INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA? _____	30
COM. 15: GRADIENTE DINÁMICO SEVERO DESENMASCARADO TRAS IMPLANTE DE TAVI _____	32
COM. 16: COMPLICACIONES MECÁNICAS DEL INFARTO EN EL PACIENTE MAYOR _____	34
COM. 17: MÁS ALLÁ DE UN INFARTO _____	35



CONTENIDO

ÍNDICE

Com. 18: PACIENTES MAYORES CON FIBRILACIÓN AURICULAR: ¿EXISTEN DIFERENCIAS DE GÉNERO? _____	37
Com. 19: IMPACTO DE LA FRAGILIDAD EN LA SUPERVIVENCIA DEL ADULTO MAYOR CON FIBRILACIÓN AURICULAR _____	38
Com. 20: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, MANEJO Y RESULTADOS DE LA HEMORRAGIA EXTRACRANEAL DURANTE EL TRATAMIENTO CON ANTIACOULACIÓN ORAL _____	40
Com. 21: EXPERIENCIA INICIAL DE UN PROGRAMA DE CIERRE DE OREJUELA IZQUIERDA CON WATCHMAN FLX EN UN CENTRO SIN CIRUGÍA CARDÍACA _____	42
Com. 22: CARADIOVERSIÓN ELÉCTRICA EN PACIENTE ANCIANO CON MIOCARDIOPATÍA DILATADA ¿ES UN PROCEDIMIENTO SEGURO EN ESTOS PACIENTES? _____	43
Com. 23: EL PACIENTE NONAGENARIO INGRESADO EN CARDIOLOGÍA: VIDA REAL _____	46
Com. 24: UN GRAN CORAZÓN _____	48
Com. 25: IMPACTO DE LA OPTIMIZACIÓN DEL PERFIL LIPÍDICO MEDIANTE CONSULTA VIRTUAL EN EL PACIENTE MAYOR _____	51
Com. 26: TELEMEDICINA EN EL PACIENTE MAYOR PARA MEJORAR EL CONTROL LIPÍDICO _____	53
Com. 27: UN CASO INUSUAL DE SEPSIS URINARIA _____	55
Com. 28: SOBRE UN CASO DE INSUFICIENCIA CARDIACA DERECHA SIN ADECUADA RESPUESTA A TRATAMIENTO DEPLECTIVO _____	57
Com. 29: NUEVOS DIAGNÓSTICOS EMITIDOS TRAS LA VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL EN PACIENTES MAYORES ROBUSTOS CON ESTENOSIS AÓRTICA GRAVE SINTOMÁTICA _____	59
Com. 30: DIFERENCIAS DE GÉNERO EN PACIENTES MAYORES CON ESTENOSIS AÓRTICA GRAVE SINTOMÁTICA _____	60
Com. 31: NUEVAS HERRAMIENTAS PARA EL TRATAMIENTO DE LA CONGESTIÓN REFRACTARIA _____	61
Com. 32: EFECTO DEL INICIO DE LA POLIPÍLDORA CARDIOVASCULAR EN EL RIESGO CARIOVASCULAR EN PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS _____	64

CONTENIDO

COMITÉ EVALUADOR

Dr. Pablo Díez Villanueva
Dr. Sergio García Blas
Dr. Héctor García Pardo
Dr. César Jiménez Méndez
Dr. David Martí Sánchez

AUTORES

David Abella Vallina
Antonio Adeba García
Lara Aguilar Iglesias
Eduardo Alegría-Barrero
Laura Alexandra Ivanov
David Alonso Pérez
Áurea Álvarez Abella
Daniel Bartolomé Mateos
Elena Basabe Velasco
Andrea Bea Olabarría
V. Becerra Muñoz
Belén Biscotti Rodil
Raquel Bravo Escobar
Natalie Burgos Bencosme
Julieth Andrea Caballero Velásquez
Germán Calle
Patricia Victoria Cancelo Reyro
Jordi Candela Ferré
Dolores Cañadas Pruaño
A. Carmona Segovia
Clarissa Catalano
Miguel Corbí Pascual
Nerea Cortina Garmendia
Sergio Crespo Agudo
María José Cristo Roperó
Marta Cubells Pastor
Carmen Dejuán Britia
Freddy Delgado Calva
Álvaro Díaz Gómez
V. Doncel Abad
Juan Duarte Torres
Beatriz Fernández González
Paula Fernández Martínez
Gema Fernández Suárez

Marta Fernández
Antonio Gallegos Polonio
Pedro García Peña
María Jesús García Sánchez
Mariana García-Alfajeme
Livia Gheorghe
José Francisco Gil Fernández
A. Gómez González
Marta Gómez Llorente
Esther González Barthol
Carlos González Guerrero
Francisco González Urbistondo
Alejandro Gutiérrez Barrios
José Gutiérrez Rodríguez
Rubén Hernando González
Jorge Eduardo Herrera Parra
Víctor Hidalgo Olivares
César Jiménez-Méndez
Eva María López Álvarez
Macarena López Vázquez
Juan Ignacio Lubián Esplugues
Raúl Ludeña Martín-Tesorero
Jeffrey Magallanes Gamboa
Álvaro Margalejo Frando
Karla Marín Mori
Alex Marschall
David Martí Sánchez
Isabel Martín-Alonso Jorge
J. Ignacio Martínez Martínez
Ana María Merino Merino
Diego Mialdea Salmerón
A. Molina Ramos
Javier Montero Muñoz
A. Montiel Trujillo
Marta Ordóñez García

Beatriz del Pilar Ortiz Naranjo
José Antonio Panera de la Mano
Gema Pérez Azcarate
José Ángel Pérez Rivera
Joaquín Pérez-Martínez
Alicia Prieto Lobato
Raúl Ptaszynski Lanza
Juan Enrique Puche García
Verónica Rey de Castro Villalonga
J. Rodríguez Capitán
Diego Rodríguez Torres
Gino Graciani Rojas Lavado
Juan Ruiz-García
Laura Samaniego Vega
Ester Sánchez Corral
Alejandro Santos Lastra
Ana Isabel Santos Sánchez
Ana Sanz González
Miguel Ángel Sastre Perona
Guillermo Servando Carrillo
María Sierra Roldán
Etel Silva
Pablo Solla Suárez
Alfonso Suárez Cuervo
Manuel Jesús Tey Aguilera
Beatriz Torres Ceballos
Laura Ester Trujillo Torres
Mauricio Sebastián Urgiles Ortiz
Nuria Vallejo Calcerrada
Rafael Vázquez García
Ander Vega Zubiaur
F.J. Zafra Sánchez
Ricardo Zayas



INTRODUCCIÓN

En los últimos años la Sección de Cardiología Geriátrica ha apostado por formatos innovadores en formación y ha potenciado la investigación sobre el corazón del paciente mayor intentando generar curiosidad en las generaciones más jóvenes. Así, no son pocos los residentes que continuamente manifiestan el interés por aprender e investigar en esta área y, no sólo de Cardiología, ya que la multidisciplinariedad se ha convertido en un pilar fundamental de nuestra Sección. Buena muestra de ello fue la Reunión Anual de Madrid en el año 2022 con una asistencia elevada de médicos no cardiólogos y en la que pudimos discutir el manejo del paciente mayor de una manera integral y poniendo al paciente en el centro de los cuidados, con un espacio importante para la reflexión y el humanismo.

Fruto de esta Reunión surge este libro en el que se recogen las comunicaciones presentadas. Todas ellas son de un gran nivel científico y muestran que el futuro de la Cardiología Geriátrica es prometedor.

Esperamos que sea de vuestro agrado

Ana Ayesta

Presidenta de la Sección de Cardiología Geriátrica de la Sociedad Española de Cardiología



**COMUNICACIONES
Y CASOS CLÍNICOS
GERIÁTRICA 2022**



COMUNICACIÓN 1

SENECTUD FEMENINA E INSUFICIENCIA CARDIACA: UN ANÁLISIS RETROSPECTIVO.

*David Abella Vallina, Paula Fernández Martínez, Lara Aguilar Iglesias, Ester Sánchez Corral,
Beatriz Fernández González y José Ángel Pérez Rivera.*

Hospital Universitario de Burgos.

Introducción

La prevalencia de la insuficiencia cardiaca (IC) en ancianos es elevada, sin embargo, el subgrupo de mujeres ancianas está infrarrepresentado en los ensayos y registros disponibles. Nuestro objetivo es analizar las características de esta población.

Material y métodos

Diseñamos un estudio de cohortes histórico incluyendo todas las pacientes mayores de 70 años incluidas en nuestra Unidad de IC, recogiendo variables clínicas, analíticas, ecocardiográficas y demográficas.

Resultados

Se incluyeron 68 mujeres, cuya edad media fue de 80 ± 5 años. Las comorbilidades más frecuentes fueron HTA (51,4%), diabetes (29,4%), dislipemia (39,7%), obesidad (62,2%) y FA (55,8%). Ocho pacientes (11,7%) tenían una clase funcional ≥ 3 . La fracción de eyección (FE) media era de $47,9 \pm 11,9\%$, y 48 pacientes (70,5%) presentaban IC con FE reducida ($<40\%$) a la inclusión en la Unidad. La etiología más frecuente de IC era la miocardiopatía dilatada idiopática, y 22 pacientes (32,3%) presentaban insuficiencia mitral significativa. Veintidós (32,3%) eran portadoras de un desfibrilador implantable y 22 (32,3%) de un resincronizador cardíaco. Una paciente fue portadora de una asistencia ventricular de larga duración. A nivel analítico, presentaban una hemoglobina media de $12,9 \pm 1,8$ g/dl, filtrado glomerular $55,2 \pm 18$ ml/min/m², NT-proBNP $1209,5 \pm 2403$ pg/ml y ferritina 177 ± 173 mcg/l. Dentro del subgrupo de IC con FE reducida, 16 (33,3%) tomaban tratamiento médico óptimo, definido como la toma de inhibidores de la neprilisina y/o angiotensina o inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, betabloqueantes y antialdosterónicos.

Conclusiones

La mayor parte de las pacientes ancianas con IC de nuestra muestra presentaban IC con FE reducida, de las cuales sólo un 33,3% tomaba tratamiento médico óptimo. La causa más frecuente de miocardiopatía fue la idiopática, y las comorbilidades más frecuentes la HTA, la obesidad y la FA. Son necesarios más estudios para caracterizar mejor la IC de la mujer anciana.

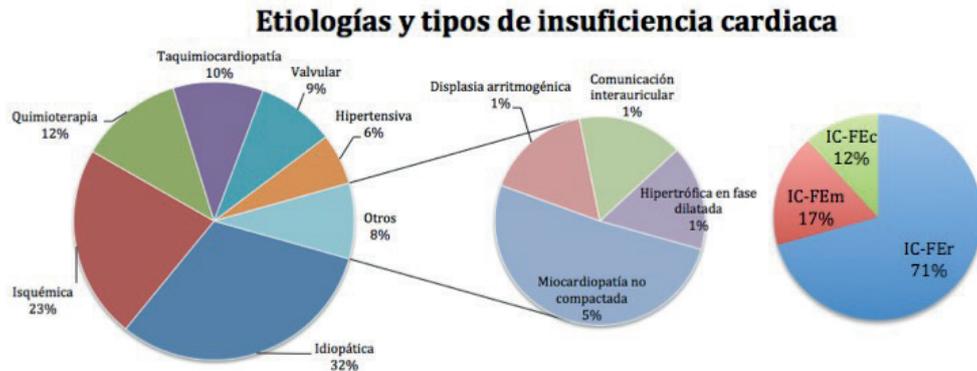


Figura 1. Etiologías más comunes de las miocardiopatías de las pacientes de la muestra, así como su distribución en función de la fracción de eyección. Abreviaturas: IC-FEc: insuficiencia cardiaca con fracción de eyección conservada (>50%). IC-FEm: insuficiencia cardiaca con fracción de eyección intermedia (40-50%). IC-FEr: insuficiencia cardiaca con fracción de eyección reducida.

Fármacos	Frecuencia Número absoluto (%)	Dosis baja Número absoluto (%)	Dosis media Número absoluto (%)	Dosis alta Número absoluto (%)
ARNI	31 (45,5%)	8 (25,8%)	12 (38,7%)	11 (35,4%)
IECA/ARA-II	29 (42,6%)	12 (41,3%)	7 (24,1%)	10 (34,4%)
Betabloqueantes	59 (86,7%)	21 (35,5%)	22 (37,2%)	16 (27,1%)
Antialdosterónicos	34 (50%)	8 (23,5%)	24 (70,5%)	2 (5,8%)
Aspirina	14 (20,5%)			
Acenocumarol	11 (16,1%)			
ACOD	28 (41,1%)			
Estatinas	42 (61,7%)			
Antiarrítmicos	5 (7,3%)			
iSGLT-2	7 (10,2%)			
Diuréticos de asa	47 (69,1%)			
Ivabradina	10 (14,7%)			
Digoxina	5 (7,3%)			

Tabla 1. Tratamientos administrados en las pacientes de la muestra, desglosando las dosis de los fármacos principales según dosis baja, media o alta. Abreviaturas: ACOD: anticoagulantes orales directos; ARA-II: antagonistas del receptor de la angiotensina II; ARNI: inhibidores de la neprilisina y la angiotensina; IECA: inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina; iSGLT-2: inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2;



COMUNICACIÓN 2

ACIDOSIS SIN AZÚCAR. UN PROBLEMA INFRECLENTE.

Juan Ignacio Lubian Esplugues, César Jiménez-Méndez, Mauricio Sebastián Urgiles Ortiz, Manuel Jesús Tey Aguilera, Carlos González Guerrero, Rafael Vázquez García.

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

Antecedentes

Mujer de 80 años, diabética, con antecedentes de infarto agudo de miocardio hace 1 mes (revascularización percutánea completa) y función ventricular conservada. Sigue tratamiento con ácido acetilsalicílico, ticagrelor, omeprazol, rosuvastatina, metformina y empagliflozina 10mg/24h.

Descripción

Consulta por disartria, desviación de la comisura bucal, deterioro del estado general y epigastralgia que atribuye a inicio de tratamiento con empagliflozina. A la exploración presentaba un nivel de consciencia fluctuante, exploración cardiopulmonar y abdominal anodina. En la analítica presentó normoglucemia, perfil renal e iones normales. En la gasometría venosa se objetivó acidosis metabólica (pH 7.10, bicarbonato 6.8 mEq/L, pCO₂ 22mmHg). No se detectaron cuerpos cetónicos en orina. El TC de cráneo no mostró hallazgos.

Ante la sospecha clínica de acidosis metabólica normo glucémica secundaria al tratamiento con iSGL2 se corrigió la acidosis metabólica y se retiró el tratamiento antidiabético. La paciente evolucionó favorablemente.

Interés

Los inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT2) son fármacos seguros y con beneficios cardiovasculares notables en pacientes diabéticos o no diabéticos¹⁻². Esta seguridad y beneficio se mantienen independientemente del grado de fragilidad del paciente³. La acidosis metabólica normoglucémica (AM) es un efecto adverso raro pero que constituye un reto diagnóstico, al presentar cifras de glucemia normales o bajas lo que puede retrasar el diagnóstico y tratamiento⁴. El riesgo de presentar AM aumenta ante situaciones de estrés y en pacientes frágiles. Es fundamental instruir al paciente en la de los signos precoces de AM, especialmente en pacientes diabéticos¹. El manejo de la AM incluye la hidratación abundante, la reposición hidroelectrolítica y la corrección de la acidosis⁴.

Referencias

1. Colacci M, Fralick J, Odutayo A, Fralick M. Sodium-Glucose Cotransporter-2 Inhibitors and Risk of Diabetic Ketoacidosis Among Adults With Type 2 Diabetes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Can J Diabetes*. 2022;46(1):10-15.e2.
2. Zelniker TA, Wiviott SD, Raz I, Im K, Goodrich EL, Bonaca MP, et al. SGLT2 inhibitors for primary and secondary prevention of cardiovascular and renal outcomes in type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis of cardiovascular outcome trials. *Lancet*. 2019 5;393(10166):31-39.
3. Butt JH, Dewan P, Merkely B, Belohlávek J, Droždž J, Kitakaze M, et al. Efficacy and Safety of Dapagliflozin According to Frailty in Heart Failure With Reduced Ejection Fraction. *Ann Intern Med*. 2022;(April).
4. Bonora BM, Avogaro A, Fadini GP. Euglycemic Ketoacidosis. *Curr Diab Rep*. 2020;20(7).

COMUNICACIÓN 3

ANGIOPLASTIA PRIMARIA EN CENTENARIOS. ¿POR QUÉ NO?

Juan Ruiz-García^{1,2,3}, María José Cristo Ropero¹, Sergio Crespo Agudo¹, Isabel Martín-Alonso Jorge¹, María Sierra Roldán¹, Eduardo Alegría-Barrero^{1,2,3}.

1Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Torrejón, Torrejón de Ardoz, Madrid, España, **2**Unidad de Cardiología, Hospital Ruber Internacional, Madrid, España, **3**Facultad de Medicina, Universidad Francisco de Vitoria, UFV, Pozuelo de Alarcón, Madrid, España.

Antecedentes

La angioplastia primaria es el tratamiento de reperfusión de elección -sin límites de edad- del infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST). Frecuentemente los ancianos reciben injustificadamente menos tratamientos de reperfusión.

Descripción

Mujer de 101 años de edad, sin antecedentes médicos de interés e independiente para todas las actividades básicas diarias, trasladada a nuestro centro tras activación extrahospitalaria del Código Infarto por IAMCEST inferoposterior (Anexo 1).

Ni la paciente ni su hija rechazan coronariografía urgente, por lo que -vía radial derecha- se confirma la oclusión trombótica aguda de la coronaria derecha dominante proximal y se revasculariza mediante implante directo de dos stents, utilizando un total de 91ml de contraste (Anexo 2).

Recupera inmediatamente la conducción auriculoventricular 1:1, cede por completo el dolor torácico y se resuelven las alteraciones electrocardiográficas.

Es dada de alta hospitalaria sin complicaciones a las 48 horas. Acude a consulta ambulatoria a los dos meses muy agradecida, manteniéndose asintomática y preservando la contractilidad biventricular global y segmentaria.

Interés

Presentamos un caso aparentemente excepcional, pero cada vez más frecuente, de un paciente de edad avanzada con íntegro estado funcional y cognitivo, que demuestra como la edad no puede ni debería ser el único criterio para indicar o rechazar un tratamiento de reperfusión o revascularización coronaria percutánea. Al igual que en otras etapas de la vida, se debe consensuar con el paciente y familiares el plan propuesto, y explicar adecuadamente la evolución y complicaciones previsibles en base a una valoración integral.

Así, salvo que exista rechazo informado y/o se determine la futilidad del procedimiento, creemos que sí debería considerarse la realización de dichos procedimientos, minimizándose los riesgos incrementados por la edad, y adecuándose las estrategias a unos objetivos que, lejos de buscar prolongar más aún la supervivencia, busquen mejorar la calidad de su vida restante.



Anexos

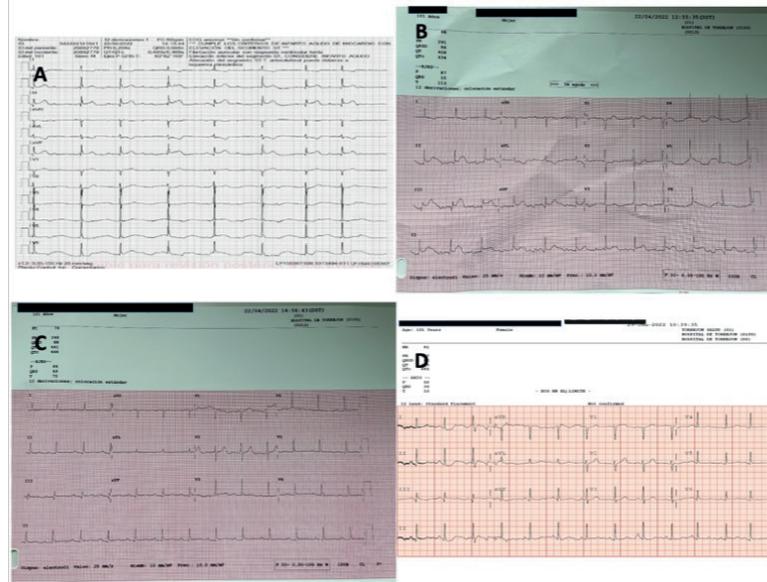


Figura 1: Electrocardiogramas (ECGs) de la paciente a los 101 años de edad. **A:** ECG realizado en domicilio por los servicios médicos de urgencia donde, en contexto de dolor torácico, se observan diversos grados de bloqueo auriculoventricular y ascenso del segmento ST en cara inferior. **B:** ECG a la llegada de la paciente a la sala de hemodinámica con persistencia de la clínica y de las alteraciones de la repolarización ventricular. **C:** ECG tras finalizar angioplastia primaria con reperusión de la oclusión trombótica de la arteria coronaria derecha proximal en paciente ya asintomática. **D:** ECG realizado en consulta a los 2 meses del alta hospitalaria.

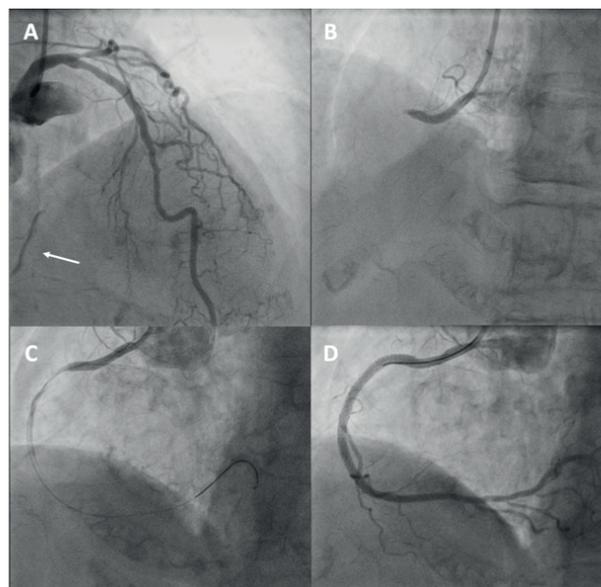


Figura 2: Angioplastia primaria realizada por IAMCEST inferoposterior. **A:** Arteria coronaria izquierda sin lesiones significativas. Se observa además el lecho distal de la arteria coronaria derecha por circulación colateral (flecha). **B:** Arteria coronaria derecha con oclusión trombótica aguda proximal y flujo distal TIMI 0. **C:** Recanalización parcial de la arteria coronaria derecha tras avance de guía de angioplastia a través del trombo intraluminal. **D:** Angiografía final -con flujo distal TIMI 3- de la arteria coronaria derecha dominante tras el implante de dos stents solapados.

COMUNICACIÓN 4

INSUFICIENCIA CARDIACA EN PACIENTE MAYOR: EXPERIENCIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL DE SUBAGUDOS.

Gema Pérez Azcarate, Pedro García Peña, Andrea Bea Olabarria.

Servicio de urgencias. Hospital Santa Marina. Osakidetza, Bilbao.

Introducción

El Hospital Santa Marina es un centro de Osakidetza especializado en paciente crónico, pluripatológico y con necesidades de cuidados paliativos. Dispone de un servicio de urgencias específico para estos pacientes. En 2020, dependiente de dicho servicio, se creó una unidad de corta estancia(UCE) siendo la Insuficiencia cardiaca una la de las patologías más prevalentes.

Objetivos

- Describir las características de los pacientes atendidos en la UCE de urgencias del Hospital Santa Marina.
- Valorar los recursos asignados a dichas atenciones.
- Estudiar el destino al alta y los reingresos.
- Explorar nuevas guías de actuación.

Material y métodos

Estudio descriptivo retrospectivo realizado en la UCE en pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardiaca descompensada durante el año 2021.

Resultados

Durante este periodo de tiempo se registraron 300 episodios. Se trataron un total de 261 pacientes con una media de edad de 89 años. El 65.13% fueron mujeres y el 34.86% hombres.104 pacientes procedían de emergencias y residencias (34,66%),118 de hospitales de agudos (39.33%), 78 (26%) acuden por iniciativa propia y de atención primaria.

La estancia media en UCE fue de 30h frente a los 10.12 días de ingreso en el servicio de cardiología y 12.34 días en medicina interna con un porcentaje de reingreso por el mismo motivo (insuficiencia cardiaca) del 3,33%.

Ingresan en planta 110 (36,66%), alta a domicilio (incluidas residencias) 181 (60.33%), traslados a hospitales de agudos 12 (4%), exitus 5 (1.66%).

Conclusiones

El elevado porcentaje de pacientes que recibimos con diagnóstico de insuficiencia cardiaca independientemente de su procedencia. El tiempo medio de estancia en UCE, significativamente inferior al tiempo de estancia en hospitalización El elevado porcentaje de altas a domicilio junto con la reducida cifra de reingresos hace necesario la creación de un protocolo de actuación que coordine e integre los recursos y opciones terapéuticas disponibles (en los distintos niveles asistenciales) adecuándolos a las características de esta población, con el fin de mejorar el pronóstico y la calidad de vida de estos pacientes.



COMUNICACIÓN 5

FRAGILIDAD EN PACIENTES ANCIANOS INGRESADOS POR SINDROME CORONARIO AGUDO.

A. Montiel Trujillo, A. Carmona Segovia, V. Doncel Abad, J. Rodríguez Capitan, V. Becerra Muñoz,
A. Molina Ramos.

Servicio de cardiología. Hospital Virgen de la Victoria, Malaga.

Introducción

El tratamiento multidisciplinar del Síndrome Coronario Agudo (SCA) del paciente anciano y frágil es un reto global para la salud pública. La fragilidad se define como el aumento de la vulnerabilidad y la dificultad para volver a la normalidad tras un evento estresante, que puede adelantar un declive en los diferentes sistemas del organismo. Se relaciona con el riesgo de caídas, necesidad de ayuda a domicilio, hospitalización, disminución de calidad de vida y menor supervivencia.

Objetivos

Describir la fragilidad en pacientes con SCA obtener y conclusiones que nos ayuden a mejorar el bienestar de nuestros pacientes.

Material y métodos

Estudio observacional transversal con pacientes mayores de 70 años ingresados por un SCA en un Servicio de Cardiología y Cirugía Cardíaca de un hospital de tercer nivel. Usamos la escala de fragilidad con sus 5 componentes: sensación de cansancio, resistencia física (capacidad de subir un tramo de escalera), pérdida de peso >5 % en último año, capacidad de deambular una manzana y número de enfermedades superior a 5. Un resultado de 0 significa un estado de salud robusto, 1-2 prefragilidad y 3-5 fragilidad.

Resultados

De un total de 102 pacientes 35 (42,7%) eran mujeres. La edad media fue de 77,86±5,19 años, sin diferencias significativas entre ambos sexos. El 38,8% de los varones y el 48,6 % de las mujeres tenían prefragilidad y el 42,8% de las mujeres y el 31,34 % eran frágiles.

Conclusiones

Los pacientes ancianos presentan múltiples comorbilidades siendo la fragilidad un elemento añadido que debe ser medida y considerada pues su adecuado manejo puede mejorar la vuelta a casa, prevenir el declive funcional y/o cognitivo así como la mortalidad a corto y medio plazo.

COMUNICACIÓN 6

FERROTERAPIA INTRAVENOSA DESDE UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL DE CRÓNICOS.

Marta Ordóñez García, Nerea Cortina Garmendia, Ander Vega Zubiaur, Alejandro Santos Lastra, J. Ignacio Martínez Martínez, Mariana García-Alfajeme.

Hospital Santa Marina, Bilbao. Osakidetza, Sistema vasco de salud.

Introducción

El déficit de hierro en pacientes con IC asocia menor calidad de vida, peor pronóstico, mayor riesgo de hospitalizaciones, reingreso y morbimortalidad.

El tratamiento con hierro carboximaltosa mejora calidad de vida y clase funcional, aumenta la capacidad de ejercicio, disminuye reingresos hospitalarios, tiene efecto positivo en la concentración de creatinina, consumo de oxígeno máximo y en la FEVI.

Proponemos un tratamiento de hierro IV en los pacientes crónicos pluripatológicos que atiende nuestro centro.

Objetivos

Implementar un circuito para el manejo de la anemia en el anciano con insuficiencia cardíaca, utilizando hierro intravenoso incluyendo diferentes niveles asistenciales.

Material y métodos

Estudio prospectivo observacional.

Incluimos pacientes con insuficiencia cardíaca y déficit de hierro sintomáticos. Excluimos pacientes en situación de agonía, que no den su consentimiento o gran deterioro que no permita completar el tratamiento.

Administramos hierro carboximaltosa (según ficha técnica) si ferritina sérica <100 ng/ml o 100-300 ng/ml + IST <20%. Seguimiento analítico a 6 semanas y 6 meses.

Resultados

En 9 meses incluimos 40 pacientes. El 58% mujeres, edad media de 88 años y media Charlson de 4. Nueve pacientes fallecen, el 80% no precisa ni transfusión ni dosis de refuerzo. Han precisado dosis de refuerzo el 15% y el 10% transfusión. No se han registrado reacciones adversas. Tiempo medio de duración 0,75h, tiempo medio de espera 0,5h.

Conclusiones

El tratamiento con hierro intravenoso es efectivo y seguro. La mayoría refieren mejoría de disnea y clínica. No se han registrado reacciones adversas.

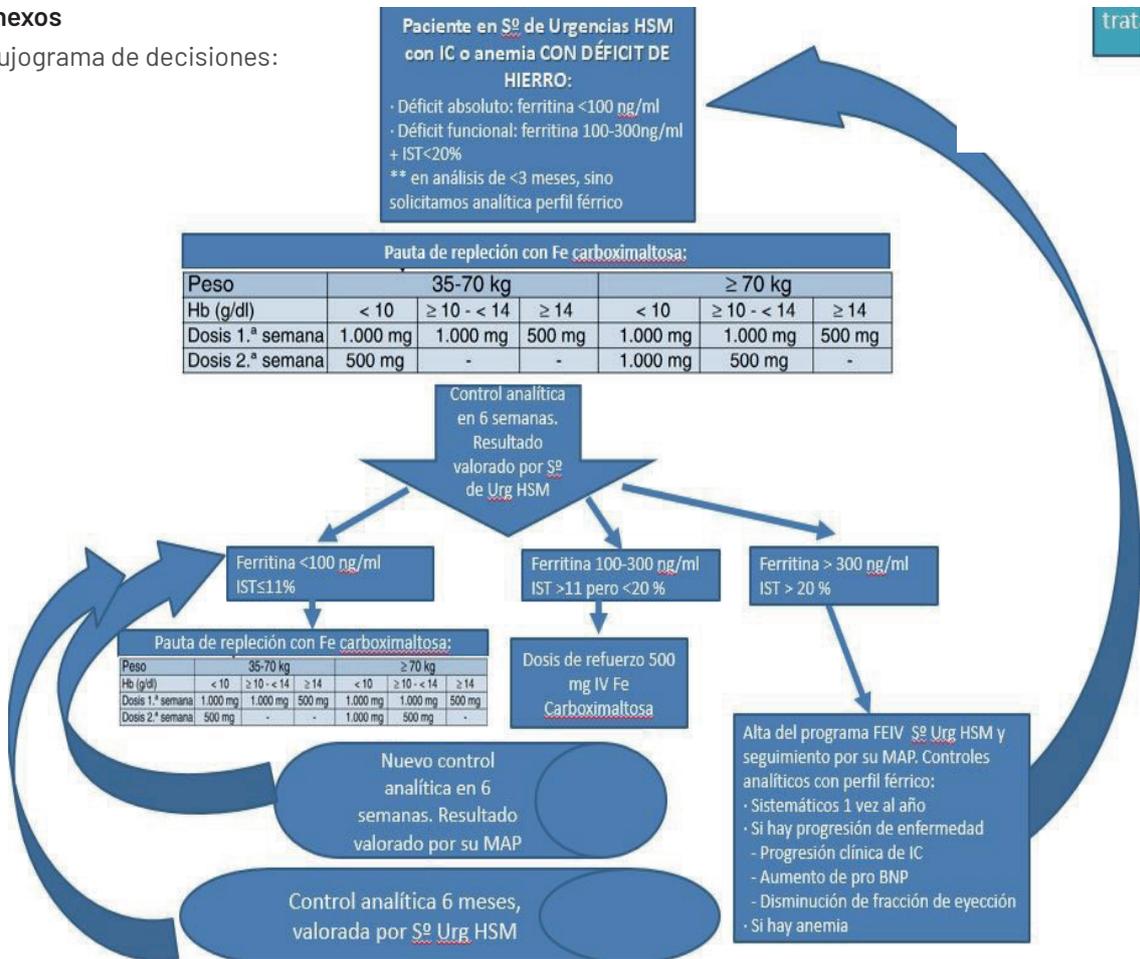
Es una intervención que mejora la atención centrada en el valor del paciente y sus familiares con reducción notable de los tiempos de administración y espera, que supone mayor confort y valoran positivamente. La correcta identificación de los pacientes subsidiarios a este tratamiento mejora el seguimiento de los mismos y garantiza la continuidad de cuidados.

La difusión entre los distintos niveles asistenciales del protocolo de actuación facilita el acceso de estos pacientes al tratamiento mejorando así el control de su patología de base.



Anexos

Flujograma de decisiones:



Resultados:

Datos periodo de marzo 2021-marzo 2022. Total 40 pacientes			
Población	58% mujeres	Edad media	88 años
		Charlson (media)	4
			Número de pacientes
Control a las 6 semanas	Fallecen antes de analítica de control		6
	NO precisan dosis de refuerzo		24
	Precisan dosis de refuerzo		10
	Precisan transfusión		3
	Reacciones adversas		0
Control a los 6 meses	Fallecen antes de analítica de control		3
	NO precisan dosis de refuerzo		25
	Precisan dosis de refuerzo		6
	Reacciones adversas		0
	Precisan transfusión		4
Tiempo espera FEIV	0,5 h	Tiempo admon de FEIV	0,75h
		Tiempo espera transfusión	5h
		Tiempo admon transfusión	3h

COMUNICACIÓN 7

REHABILITACION CARDIACA EN PACIENTES DE EDAD AVANZADA. UN TRATAMIENTO INFRAINDICADO.

A. Montiel Trujillo, A. Carmona Segovia, V Doncel Abad, A Gómez González, Raquel Bravo Escobar, FJ Zafra Sanchez.

Unidad de rehabilitación cardíaca. Hospital Virgen de la Victoria, Málaga.

Introducción

La rehabilitación cardíaca (RHC) es un tratamiento con indicación Clase I en pacientes con cardiopatía isquémica tratados de forma conservadora, percutánea o con cirugía y en pacientes con insuficiencia cardíaca. Sin embargo en España se rehabilitan aproximadamente el 15 % de los pacientes que lo requieren. Existen pocos datos sobre la RHC en pacientes mayores.

Objetivos

Conocer las características clínicas de los pacientes mayores de 70 años incluidos en un programa de RHC de un hospital de tercer nivel así como los beneficios obtenidos en capacidad de ejercicio y grado de control de factores de riesgo cardiovascular (FRCV).

Material y métodos

Analizamos retrospectivamente las características basales y la evolución de los pacientes mayores de 70 años incluidos en nuestro programa de RHC entre 2016 y 2021.

Resultados

De un total de 1099 pacientes rehabilitados, 82 tenían más de 70 años (7.4 %). La edad media era 73.54 años, el 75,3 % fueron varones. Los FRCV eran: HTA 42,8 %, DM 29,8 %, Tabaquismo 49,3 %.

El 76,6 % de los pacientes tenían Cardiopatía Isquémica. De estos, fueron tratados con revascularización percutánea el 77,5 %, bypass el 18 %, y no fueron revascularizados el 4,8%. El 23,3 % habían sido intervenido mediante sustitución valvular aórtica. No tenemos pacientes de esta edad rehabilitados por insuficiencia Cardíaca.

Los parámetros evolutivos fueron: Capacidad funcional pre y post: 7.67 /9.08 METS ($p < 0,05$). LDL PRE/ POST 96/91.74 ($p = ns$). HBA1C PRE/POST 6,95/6.81 ($p = ns$).

No registramos eventos adversos de consideración.

Conclusiones

Los programas de RHC están infraindicados en la población de edad superior a 70 años. Son seguros y efectivos pues mejoran la capacidad funcional de los pacientes. Necesitamos mayor número de pacientes y puede que un mayor horizonte temporal para demostrar mejoría de los FRCV.



COMUNICACIÓN 8

MANEJO DE LA DISNEA DEL ANCIANO DESDE UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL DE CRÓNICOS.

Marta Ordóñez García, Andrea Bea Olabarria, Nerea Cortina Garmendia, Alejandro Santos Lastra, J. Ignacio Martínez Martínez, Mariana García-Alfajeme.

Hospital Santa Marina, Bilbao. Osakidetza, Sistema vasco de salud.

Antecedentes

Mujer de 92 años pluripatológica institucionalizada en residencia con Barthel 90, Pfeiffer 4, Charlson 3. HTA, DLP, hipotiroidismo, IRC, asma bronquial, ACV, AIT, FA paroxística, cardiopatía hipertensiva con ingreso previos por ICC (2 últimos ingresos en urgencias en los últimos 6 meses). Colecistectomizada.

ECO-Cardiograma: 3 meses previos: HVI significativa, FEVI supranormal >75%. Gradiente obstructivo leve a nivel de TSVI. CAM, IM II/IV. DLAo ligera-moderada. HTP moderada.

Descripción

Ingresa en urgencias por disnea. Analítica con leves datos de ICC sin elevación de reactantes de fase aguda. ECO a pie de cama objetiva dilatación de cava con leve aumento de líneas B y escaso derrame en ambas bases. Con impresión diagnóstica reagudización de insuficiencia cardíaca e insuficiencia respiratoria crónica, queda en unidad de corta estancia para evolución. Durante su estancia se realiza estudio de déficit de hierro y se trata, seguimiento de diuresis, ajuste de diurético, inicio de empagliflocina. Se revisa tratamiento y retiran hipnóticos. No mejora disnea y precisa interconsulta con S^o de respiratorio valorando inicio de VMNI y ajuste de oxigenoterapia domiciliaria. Tiempo total en el hospital 7 días. Previo al alta se consensa tratamiento cardiológico. Al alta se activa seguimiento de equipo de cuidados de transición para control evolutivo durante los siguientes 30 días. Seguimiento del caso en 3 meses: El déficit de hierro se ha corregido, la disnea ha mejorado, no hay tenido reingresos, clínicamente estable buena tolerancia a VMNI.

Interés

La valoración integral de la disnea del anciano desde la unidad de corta estancia del servicio de urgencias en coordinación con los servicios del centro y seguimiento evolutivo con el equipo de transición de cuidados consigue un mayor rendimiento en la continuidad asistencial con mejor control de la evolución de la enfermedad mejorando la clínica del paciente, reduciendo reingresos y tiempo de estancia en el centro. Todo ello supone una mejora en la calidad de vida del paciente.

COMUNICACIÓN 9

DIFERENCIAS ENTRE PACIENTES MAYORES HOSPITALIZADOS POR INSUFICIENCIA CARDIACA ESTRATIFICADOS SEGÚN SITUACIÓN FUNCIONAL.

Patricia Victoria Cancelo Reyero¹, Laura Samaniego Vega¹, Julieth Andrea Caballero Velasquez¹, Eva María López Álvarez¹, José Gutiérrez Rodríguez², Ana Sanz González¹.

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

Objetivos

Estudiar diferencias en mayores con IC ingresados en una Unidad de Agudos de Geriatria según situación funcional.

Métodos

Estudio epidemiológico prospectivo. Pacientes ingresados por IC en una UGAs en un periodo de 3 meses.

Resultados

236 pacientes (edad $90 \pm 3,9$, mujeres 66,1%, institucionalizados 22,9%).

36,4% independientes para ABVD, 29,7% dependencia leve, 22,5% moderada y 11,4% grave.

Diferencias significativas ($p < 0,05$): edad ($88,8 \pm 3,2$ independientes vs $90,6 \pm 4,4$ dependencia leve vs $90,5 \pm 3,6$ dependencia moderada vs $91 \pm 4,2$ dependencia grave), MNA ($9,1 \pm 2,8$ vs $8,7 \pm 2,6$ vs $8,3 \pm 1,8$ vs $6,2 \pm 2,5$), Fried ($2,3 \pm 1,1$ vs $2,6 \pm 1,1$ vs $3,1 \pm 0,9$ vs $3,5 \pm 1$), SPPB ($4,3 \pm 2,9$ vs $2,5 \pm 2,1$ vs $1 \pm 1,2$ vs $0,2 \pm 0,6$), Pfeiffer ($2,6 \pm 2,5$ vs $4 \pm 2,5$ vs $5,3 \pm 2,9$ vs $5,2 \pm 2,8$), Yesavage ($4,2 \pm 2,9$ vs $5,3 \pm 3$ vs $5,8 \pm 3,4$ vs $6,5 \pm 3,2$) y albúmina ($37,2 \pm 4,2$ vs $36,9 \pm 3,8$ vs $36,3 \pm 3,7$ vs $33,4 \pm 4,1$).

Se encontró asociación ($p < 0,05$) entre sexo femenino (48,8% independientes vs 74,3% dependencia leve vs 75,5% dependencia moderada vs 81,5% dependencia grave), HTA (84,9% vs 81,4% vs 96,2% vs 70,4%), demencia (8,1% vs 12,9% vs 24,5% vs 40,7%), disfagia (16,7% vs 26,1% vs 49% vs 88,9%), reingreso primer mes (16,3% vs 25,4% vs 35,6% vs 10,5%), reingreso 6 meses (45,8% vs 57,1% vs 68,9% vs 52,6%) y éxitus (7% vs 11,4% vs 15,1% vs 29,6%).

Conclusiones

En nuestra muestra, las personas con IC y mayor dependencia funcional son predominantemente mujeres, más mayores, frágiles, con mayor deterioro cognitivo, depresión, disfagia y desnutrición.

Presentan menos prevalencia de HTA y menores tasas de reingreso al mes y 6 meses y mayor mortalidad.



COMUNICACIÓN 10

MORTALIDAD AL AÑO Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS EN UNA POBLACIÓN ANCIANA INGRESADA POR INSUFICIENCIA CARDIACA (IC).

Laura Samaniego Vega¹, Patricia Victoria Cancelo Reyero¹, Laura Ester Trujillo Torres¹, Eva María López Álvarez¹, José Gutiérrez Rodríguez², Ana Sanz González¹.

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

Objetivos

Estudiar la mortalidad al año en pacientes ingresados por IC en una Unidad de Agudos de Geriatria (UGA), analizar factores de riesgo asociados.

Material y métodos

Estudio longitudinal prospectivo. Se incluyeron pacientes de 85 o más años, ingresados por IC en una UGA en un periodo de 3 meses.

Resultados

236 pacientes incluidos (edad $90 \pm 3,9$, mujeres 66,1%, institucionalizados 22,9%). Puntuaciones medias en indice Barthel (IB) mes previo $68,2 \pm 29,4$, Short Physical Performance Battery (SPPB) $2,63 \pm 2,7$, Pfeiffer $3,8 \pm 2,8$ y Mini Nutritional Assessment Short Form (MNA-SF) $8,5 \pm 2,6$. Prevalencia mortalidad al año de 47,7%. Prevalencia reingreso al año de 65,5%.

Variables asociadas a mortalidad al año: IB mes previo ($61,4 \pm 29,1$ fallecidos vs $74,2 \pm 28,6$ supervivientes; $p < 0,05$), IB al ingreso (41 ± 28 vs $55,5 \pm 27,6$; $p < 0,05$), Lawton ($1,4 \pm 1,9$ vs $2,4 \pm 2,2$; $p < 0,05$), SPPB ($1,9 \pm 2,2$ vs $3,2 \pm 2,9$; $p < 0,05$), Fried ($2,9 \pm 1,1$ vs $2,5 \pm 1,1$; $p < 0,05$), Pfeiffer ($4,4 \pm 2,7$ vs $3,3 \pm 2,9$; $p < 0,05$), MNA ($7,9 \pm 2,6$ vs $8,9 \pm 2,6$; $p < 0,05$), NT-proBNP ($10839,4 \pm 11357,3$ vs $7306,5 \pm 12612,1$; $p < 0,05$), creatinina ($1,5 \pm 0,7$ vs $1,3 \pm 0,6$; $p < 0,05$), albúmina ($35,2 \pm 4$ vs $37,6 \pm 3,9$; $p < 0,05$) y hierro ($41,8 \pm 27,7$ vs $53,5 \pm 33,9$; $p < 0,05$).

También se encontró asociación con demencia (23,2% vs 11,4%; $p < 0,05$), depresión (20,5% vs 35%; $p < 0,05$), disfagia (45,9% vs 25,2%; $p < 0,05$), cardiopatías: hipertensiva (19,6% vs 26%; $p < 0,05$), isquémica (25,9% vs 21,1%; $p < 0,05$), valvular (28,6% vs 13,8%; $p < 0,05$), otras cardiopatías (25,9% vs 39%; $p < 0,05$) y tratamiento con calcioantagonistas (8,9% vs 19,5%; $p < 0,05$).

Conclusiones

Para nuestra población de estudio, pacientes con peor situación funcional, cognitiva y nutricional presentan mayor mortalidad al año. Se objetiva mayor prevalencia en pacientes con demencia, disfagia y cardiopatías isquémica y valvular.

COMUNICACIÓN 11

ANOMALÍAS CONGÉNITAS EN EL PACIENTE GERIÁTRICO.

Raúl Ludeña Martín-Tesorero, Antonio Adeba García, Gema Fernández Suárez, Raúl Ptaszynski Lanza, Francisco González Urbistondo, David Alonso Pérez.

Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA).

Introducción

Los trayectos anómalos de las arterias coronarias son anomalías congénitas generalmente detectadas de manera incidental. No obstante la sintomatología puede comenzar a manifestarse en el paciente anciano al asociar alteraciones propias del envejecimiento.

Caso clínico

Mujer de 87 años hipertensa y diabética con buen control como FRCV, que acude a urgencias refiriendo cuadros de dolor centrotorácico opresivo acompañados de cortejo vegetativo, el último de ellos tras una discusión familiar.

A la exploración física únicamente destaca un pequeño soplo sistólico en foco aórtico, con normalidad en el resto de la exploración.

Con respecto a las pruebas complementarias, analíticamente se objetiva que la función renal se encuentra preservada sin alteraciones iónicas, sin movilización de marcadores de daño miocárdico, y niveles de hemoglobina normales. En ECG taquicardia sinusal sin alteraciones en la repolarización.

Se realiza ETT que muestra FEVI preservada sin alteraciones segmentarias en la contractilidad, así como hipertrofia concéntrica leve. Sin otras alteraciones significativas.

La paciente presenta una probabilidad pretest intermedia para cardiopatía isquémica por lo que se decide realizar estudios no invasivos mediante TC de arterias coronarias, en el que se describe:

- Anomalía coronaria con origen de la CX en la CD proximal con trayecto retroaórtico.
- "Milking" en el tercio medio de DA con trayecto intramiocárdico profundo de 6 mm de profundidad y 23 mm de longitud con reducción significativa de su calibre en sístole.

Conclusiones

Paciente de 87 años que, siendo portadora de un trayecto intramiocárdico en DA con fenómeno de "Milking", al asociar disfunción diastólica y taquicardias sinusales presenta dolor torácico anginoso, que se manejó mediante optimización del tratamiento médico.

Con este caso queremos representar la importancia de las alteraciones congénitas en el paciente geriátrico, debiendo incluirse en el diagnóstico diferencial de la patología del mismo, remarcando el carácter benigno de estas alteraciones



Anexo

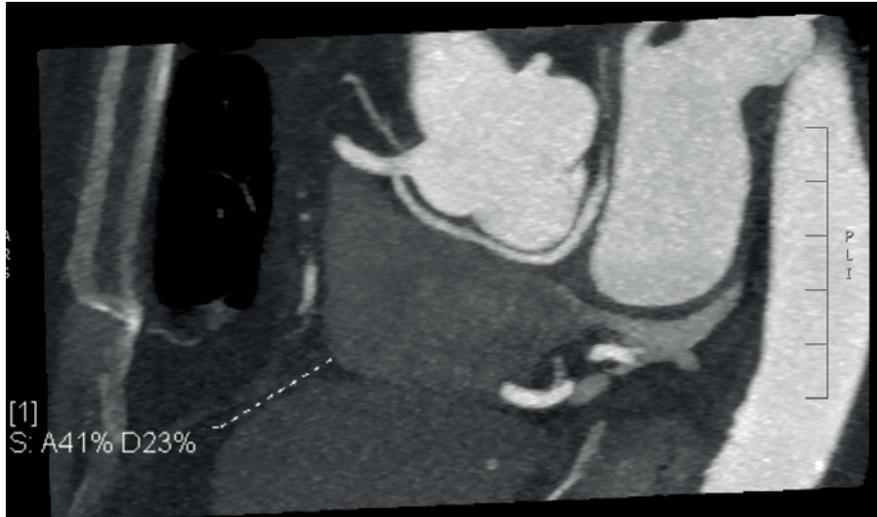


Ilustración 1. Cx con origen anómalo y trayecto retroaórtico



Ilustración 2. Profundidad trayecto intramiocárdico DA



Ilustración 3. Fenómeno Milking en DA



Ilustración 4. Longitud trayecto intramiocárdico DA

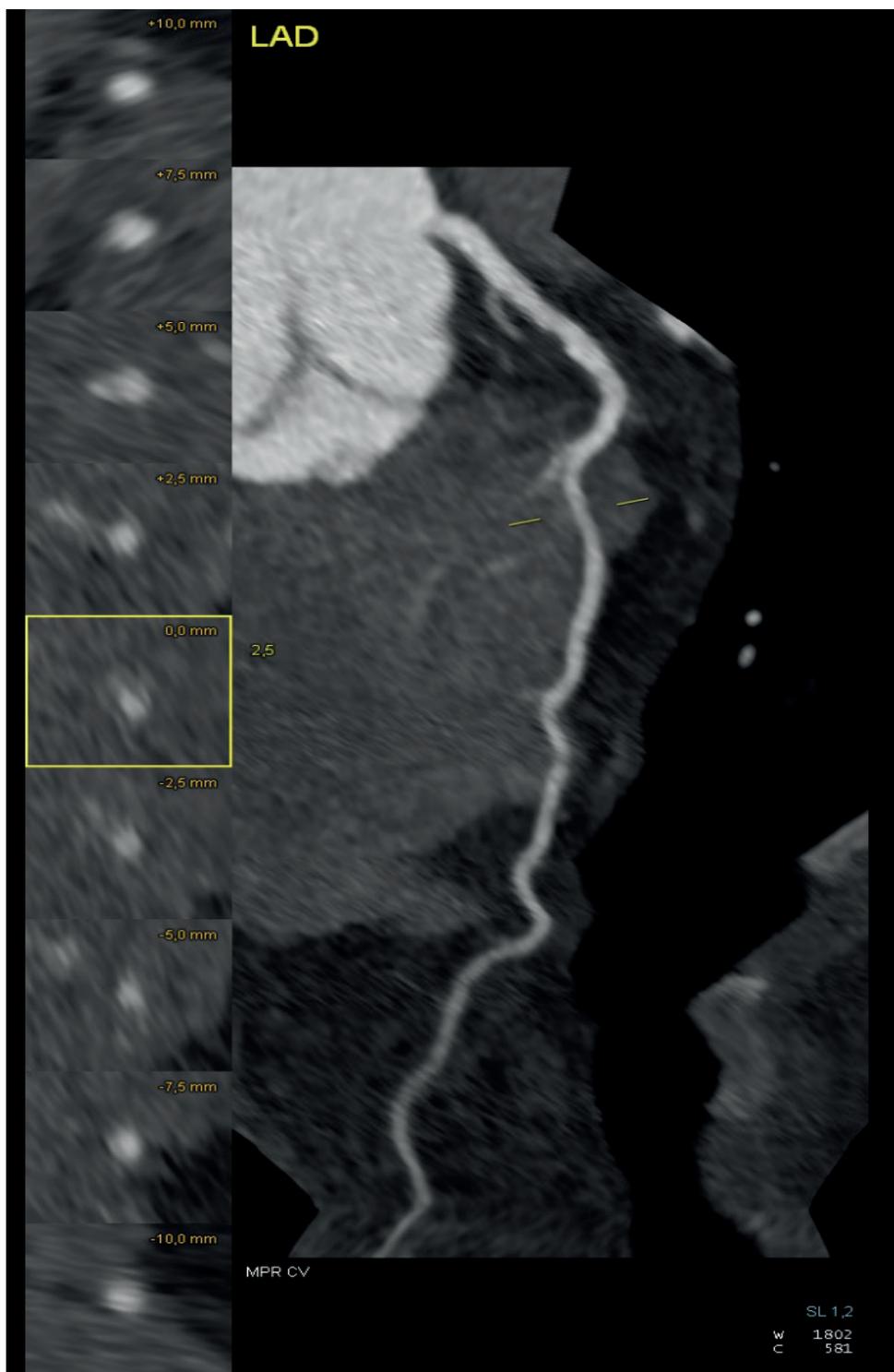


Ilustración 5. Trayecto intramiocárdico en diástole



COMUNICACIÓN 12

FIBRILACIÓN AURICULAR EN FASE PRECOZ DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN PACIENTE ANCIANO. ANÁLISIS Y COMPLICACIONES DEL TRATAMIENTO ANTITROMBÓTICO.

Alicia Prieto Lobato, Marta Cubells Pastor, Macarena López Vázquez, Nuria Vallejo Calcerrada, Víctor Hidalgo Olivares, Miguel Corbí Pascual.

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Introducción

La fibrilación auricular (FA) es una complicación frecuente durante la fase precoz del infarto agudo de miocardio (IAM)(5-21%). La prevalencia en el paciente anciano es probablemente mayor, aunque no existen datos específicos en este subgrupo. La terapia antitrombótica es el tratamiento recomendado por las guías; sin embargo, su duración y combinación no está claramente establecido.

Materiales y métodos

Se analizaron los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiológicos (UCIC) de nuestro centro desde el 1 de diciembre de 2011 hasta el 31 de mayo de 2021. Se incluyeron pacientes mayores de 80 años sin antecedente de FA, que ingresaron por IAM y presentaron durante el ingreso al menos un episodio de FA paroxística (alta en ritmo sinusal). Se realizó un seguimiento a un año. El objetivo primario fue evaluar el manejo antitrombótico al alta. Como objetivos secundarios se analizaron la mortalidad total, mortalidad cardiovascular, ingreso por insuficiencia cardíaca, ictus, sangrado mayor y menor y recurrencia de FA.

Resultados

Se incluyeron 66 pacientes (características en la tabla 1). De ellos, 10 pacientes (15,15%) fallecieron durante el ingreso. Del resto, 37 (56,6%) no recibieron ningún tipo de anticoagulación al alta. Dentro del grupo anticoagulado: 7 pacientes presentaron eventos (36%): un paciente requirió nueva revascularización, 3 ingresaron por insuficiencia cardíaca, hubo un sangrado mayor y un sangrado menor, y un ictus. De los no anticoagulados, 8 pacientes presentaron eventos (21,62%): 5 ingresos por insuficiencia cardíaca, un ictus y 2 sangrados menores. La mortalidad total al año fue del 26% en los pacientes anticoagulados y del 18% en los no anticoagulados.

Conclusiones

Aunque se trata de un estudio observacional con un tamaño muestral limitado, los pacientes ancianos con FA e IAM tienen un elevado riesgo de complicaciones y mortalidad a medio plazo. Es necesario un manejo individualizado con especial hincapié en el balance riesgo isquémico/hemorrágico.

Características	n (%)	Características	Media	Desv. típ.
Varones	42 (63,6%)	Edad	84,77	12,62
HTA	49 (74,2%)	Función renal (CKD-EPI)	55,29	20,86
DM	19 (28,8%)	HbA1c (%)	6,28	1,41
Dislipemia	32 (48,5%)	TnTUS pico (ng/dL)	4727,98	3546,85
Fumador	2 (3%)	CK pico (U/L)	1754,83	2210,46
Exfumador	17 (25,8%)	FEVI inicial (%)	40,87	12,48
Antecedente CI	11 (16,7%)	Diámetro AI (mm)	38,84	4,62
Arteriopatía periférica previa	7 (10,6%)	FEVI alta (%)	50,00	11,75
Enfermedad cerebrovascular previa	4 (6,1%)			

Tabla 1. Características basales de los 66 pacientes incluidos en el estudio.

Característica	ACO		No ACO	
	Media	DE	Media	DE
Edad	83,68	2,54	85,43	3,98
Función renal (CKD-EPI)	63,36	29,12	53,35	17,68
HbA1c (%)	6,00	1,073	6,37	1,15
TnTUS pico (ng/dL)	3591,84	3216,01	4745,86	3841,28
CK pico (U/L)	1422,68	1580,09	1779,89	1775,27
Diámetro AI (mm)	38,21	6,39	39,05	5,52
FEVI al alta (%)	54,00	13,91	48,00	10,47

Tabla 2. Características de los grupos con y sin anticoagulación al alta.



COMUNICACIÓN 13

UNA GRAN IMITADORA: CUANDO LAS DECSIONES APREMIAN.

Gino Graciani Rojas Lavado, Jose Francisco Gil Fernandez, Jordi Candela Ferré, Esther Gonzalez Barthol.

Cardiología, Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Antecedentes

Mujer de 90 años de edad, hipertensa e independiente para las actividades básicas de la vida diaria. Sin otros antecedentes relevantes.

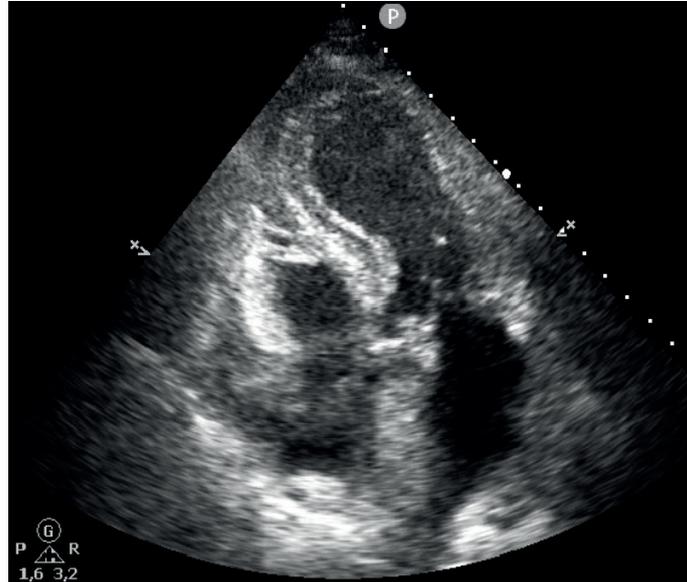
Materiales y métodos

Acudió a urgencias por dolor torácico de 8 días de evolución opresivo e intermitente, de baja intensidad, empeoraba con los esfuerzos. El día del ingreso se tornó continuo y más intenso, llevando 8 horas de evolución. Además, el dolor era retroesternal e irradiaba a brazos y mandíbula. También, narraba ortopnea desde hace 2 días.

Al examen físico destaca saturación de oxígeno basal al 93% y la presencia de crepitantes en ambas bases pulmonares. Sin otras alteraciones relevantes. La analítica mostró una troponina hipersensible de 91.5 y NT-ProBNP de 100pg/ml. El ECG mostró ritmo sinusal con elevación del segmento del ST de hasta 2mm en V1-V4 por lo cual se decidió su ingreso por síndrome coronario agudo con elevación del ST anterior. Killip 2. Se hizo una ecocardiografía urgente donde se observó función ventricular moderadamente deprimida y acinesia a nivel de segmentos medio y apical anterior con balonamiento de segmentos apicales además de un derrame pericárdico moderado sin signos de taponamiento. Surgió la duda de si enfrentábamos una rotura cardíaca (consecuentemente, limitaría el esfuerzo terapéutico) o no ser una rotura y estar retrasando el cateterismo coronario. Ante el apremio de una decisión, optamos por administrar contraste ecográfico y no se observaron signos de rotura. Se realizó el cateterismo sin hallar lesiones en las arterias coronarias. Dada la seriación enzimática positiva se realizó un AngioTAC de arterias pulmonares donde se descartó tromboembolia pulmonar y síndrome aórtico agudo. Se consideró como diagnóstico final Miocardiopatía por estrés.

Interés

Se trata de un caso frecuente en el que a veces se podrían decisiones perjudiciales para el paciente (limitar el esfuerzo terapéutico) frente a la presión de tomar decisiones en un diagnóstico emergente.



Imágen 1. Ecocardiograma transtorácico. Captura en Telesístole.
Acinesia de segmentos apicales con balonamiento de dicha región. Disfunción ventricular moderada

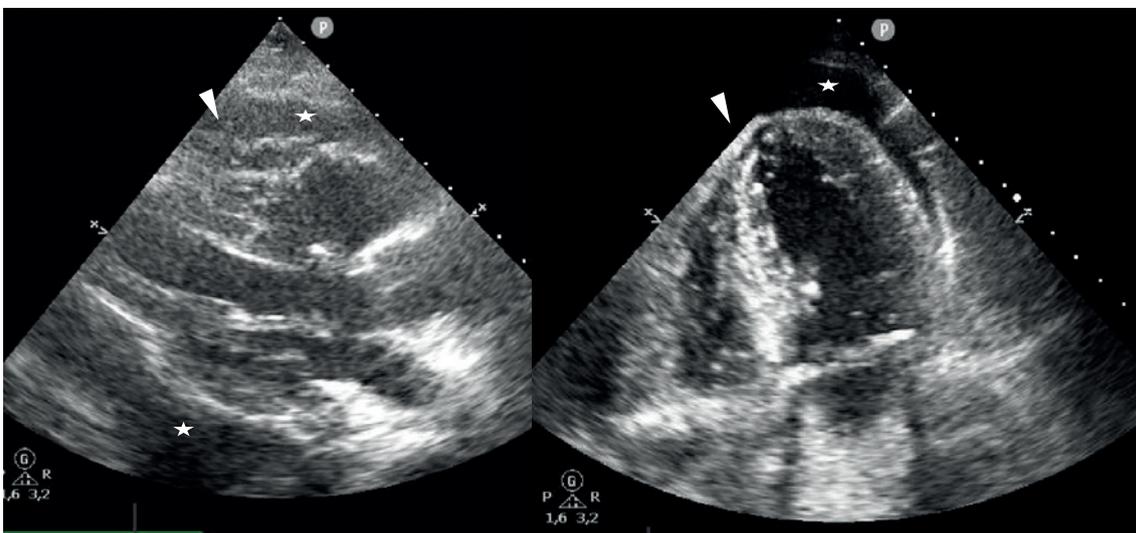


Imagen 2: Ecocardiograma transtorácico. Izquierda: Paraesternal eje largo con derrame pericárdico (estrellas)
Derecha: Captura en Telediástole. Derrame pericárdico apical con capa de contenido organizado a nivel de ápex (flecha blanca)



COMUNICACIÓN 14 *MEJORES COMUNICACIONES, 1^{ER} PREMIO



¿EXISTEN DIFERENCIAS EN EL RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DE LOS BIOMARCADORES CARDIACOS PARA PREDECIR FRAGILIDAD EN ANCIANOS QUE INGRESAN POR INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA?

Lara Aguilar Iglesias¹, Ester Sánchez Corral², Ana María Merino Merino³, Isabel Santos Sánchez⁴, María Jesus García Sánchez⁵, Jose Ángel Pérez Rivera⁶.

1Hospital Universitario de Burgos, **2**Hospital Universitario de Burgos, **3**Hospital Universitario de Burgos, **4**Hospital Universitario de Burgos, **5**Hospital Universitario de Burgos, **6**Hospital Universitario de Burgos.

Introducción

La fragilidad está presente en los pacientes con insuficiencia cardíaca (IC), con una prevalencia de más del 70% en mayores de 80 años. Tradicionalmente se ha estudiado esta condición en la población anciana, siendo poco analizada en población joven.

Objetivo

Es analizar las diferencias, según la edad, en el rendimiento diagnóstico de los biomarcadores cardíacos para predecir fragilidad en pacientes ingresados por insuficiencia cardíaca aguda (ICA).

Métodos

Se realizó un estudio observacional y transversal en el que se incluyeron todos los pacientes con ICA, con independencia de edad, que ingresaron en Cardiología entre julio 2020 y mayo 2021. Se realizó una evaluación de la fragilidad con las escalas SPPB y FRAIL. Se recogió una muestra de sangre para medir biomarcadores cardíacos. Se dividió a los pacientes en mayores y menores de 75 años.

Resultados

Se incluyeron 201 pacientes, la edad media era de 73 ± 12 años. De ellos, 68 (33,7%) pacientes presentaron fragilidad definida por una puntuación FRAIL > 3 . El 49% eran mayores de 75 años. La fragilidad según la puntuación FRAIL fue más común en los mayores de 75 años ($2,43 \pm 1,48$ frente a $1,34 \pm 1,28$; $p < 0,001$). En el grupo más joven, ningún biomarcador se relacionó con la presencia de fragilidad (tabla 1). Esto estuvo determinado principalmente por la edad y la comorbilidad. En el grupo de ancianos, el NT-proBNP se relacionó significativamente con la presencia de fragilidad, pero ninguna de las características basales lo hizo. El mejor punto de corte en ancianos para NT-proBNP fue 4000 pg/ml. El área bajo la curva (AUC) del NTproBNP para la detección de fragilidad fue de 0,62 en los ancianos. Comparando con la escala SPPB, se demostró un AUC similar; pero añadiendo NT-proBNP (un punto si NT-proBNP < 4.000 pg/ml) mostró un rendimiento ligeramente superior (AUC 0,65, figura 1).

Conclusiones

En la población joven, la fragilidad parece más determinada por la edad y la comorbilidad; mientras que en la población anciana parece que la situación de estrés miocárdico y el remodelado marcado por el NT-proBNP, sí tiene impacto en la fragilidad. La incorporación de biomarcadores a la valoración geriátrica tradicional podría mejorar la detección de fragilidad en la población anciana ingresada por ICA.

Anexos

Variable	Jóvenes frágiles (N: 17; 16,67%)	Jóvenes no frágiles (N: 85; 83,33%)	P	Ancianos frágiles (N: 51; 51,51%)	Ancianos no frágiles (N:48; 48,48%)	P
Edad (años)	68±5	62±9	<0,001	84±5	82±5	0,069
Mujeres	6 (35,3%)	25 (29,4%)	0,630	22 (43,1%)	25 (52,1%)	0,373
Hipertensión	14 (82,4%)	48 (56,5%)	0,046	44 (83,3%)	34 (70,8%)	0,060
Diabetes	10 (58,8%)	21 (24,7%)	0,005	18 (35,3%)	15 (31,2%)	0,670
FEVI<40%	7 (41,2%)	41 (48,2%)	0,595	20 (39,2%)	17 (35,4%)	0,696
ST2 (ng/ml)	128,11±162,54	81,92±83,01	0,300	108,17±84,16	85,49±72,69	0,180
Troponina T us (ng/l)	98,62±246,36	73,66±170,82	0,620	149,55±401,09	130,31±245,94	0,776
PCR (mg/l)	25,03±21,21	21,72±34,70	0,707	26,30±49,44	22,15±35,07	0,636
NT-proBNP (pg/ml)	8704,94±8090,29	6028,73±915,02	0,161	12297,61±13710,20	7709,40±8374,26	0,046
FGR (ml/min/1,73 m ²)	56,56±23,23	63,87±23,74	0,142	46,24±18,85	51,84±17,23	0,127
Hemoglobina (g/dl)	12,93±2,50	13,43±2,32	0,417	12,74±2,09	12,46±1,85	0,480

Tabla 1. Características basales y biomarcadores. FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo. FGR: filtrado glomerular renal. PCR: proteína c reactiva

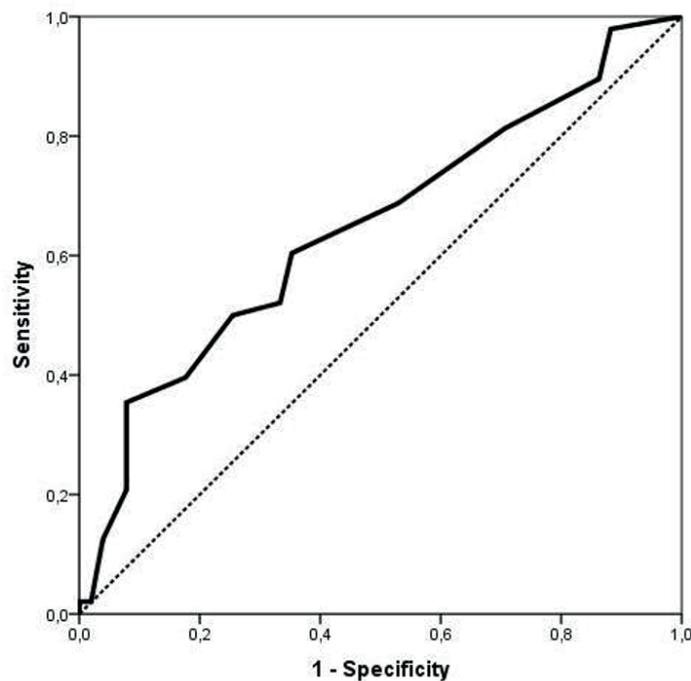


Figura 1: Curva ROC que muestra el rendimiento diagnóstico de la escala SPPB modificada para detectar fragilidad definida como puntuación FRAIL > 3.



COMUNICACIÓN 15

GRADIENTE DINÁMICO SEVERO DESENMASCARADO TRAS IMPLANTE DE TAVI.

Dolores Cañadas Pruaño, Alejandro Gutiérrez Barrios, César Jiménez-Méndez, Livia Gheorghe, Ricardo Zayas, Germán Calle.

Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Antecedentes

Mujer de 81 años, independiente, buen nivel cognitivo. Con antecedentes de hipertensión, dislipemia, anemia ferropénica y estenosis aórtica severa sintomática (disnea en clase funcional III de la NYHA) decidiéndose implante percutáneo de prótesis biológica aórtica (TAVI) transfemoral.

Pruebas complementarias:

- ECG: ritmo sinusal. PR 240 ms (BAV 1º). QRS 120 ms.
- Cateterismo: Arterias coronarias sin lesiones.
- Ecocardiograma transtorácico: VI no dilatado con hipertrofia concéntrica severa (SIV 16 y PP 15mm). FEVI 58%. Disfunción diastólica (E/e' 15). Insuficiencia mitral ligera degenerativa. Válvula aórtica trivalva severamente calcificada con estenosis severa (Vmax 4.2m/s, Gmedio 52mmHg y Gmáx 80mmHg, área EC 0,9 cm²).

Descripción

Se realiza implante de válvula autoexpandible de NAVITOR® 25mm con buen resultado angiográfico sin gradiente ni fuga paravalvular significativa (Imagen 1).

A las pocas horas presenta insuficiencia cardíaca aguda, fibrilación auricular rápida e inestabilidad hemodinámica (TA 95/50 mmHg, FC 135 lpm, sat O₂ 84% basal). Se realiza ETT urgente que muestra TAVI normofuncionante pero gradiente dinámico obstructivo severo en TSVI (Vmax 6 m/s, gradiente 143 mmHg) e Insuficiencia mitral severa por SAM (Imagen 2). Tras los hallazgos se inicia tratamiento con betabloqueantes y sueroterapia. La paciente presenta mejoría clínica. Se realiza Ecocardiograma Transesofágico que muestra gradiente dinámico ligero (Vmax 3,19m/s y gradiente 41 mmHg), SAM ligero y TAVI normofuncionante (Gradiente máximo 26 mmHg y medio 14 mmHg).

Tras 10 días de ingreso es dada de alta. Revisión en consulta a los dos meses. Se encuentra en CF II NYHA. Sin datos congestivos. En ETT de control, TAVI normofuncionante, gradiente dinámico ligero e IM ligera.

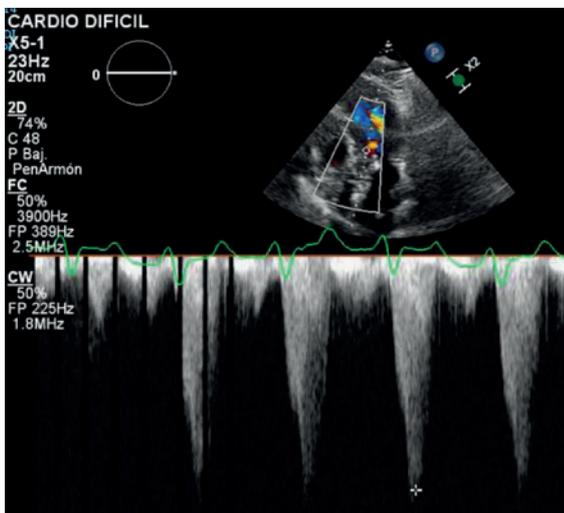
Interés

La coexistencia de estenosis aórtica y obstrucción dinámica del TSVI severas es una situación poco frecuente. Ante el desarrollo de insuficiencia cardíaca aguda tras la implantación de TAVI hay que considerar como posibilidad diagnóstica el desarrollo de obstrucción dinámica severa en TSVI como complicación.

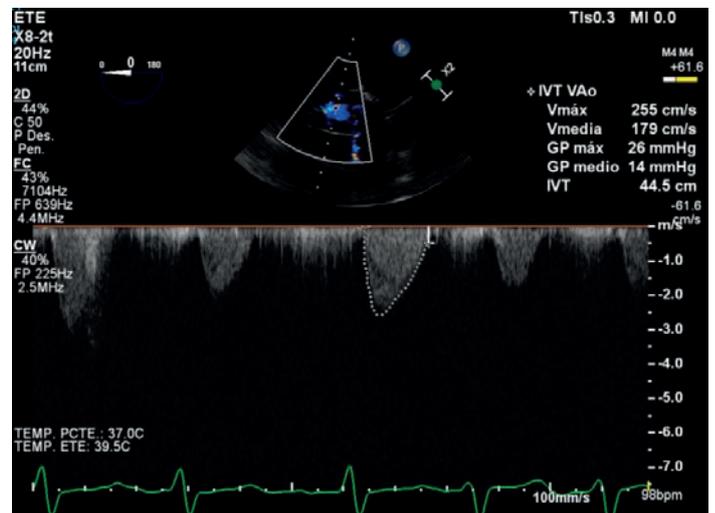
Anexos



Imágen 1: TAVI implantada normoposicionada y bien expandida.



Imágen 2: ETT urgente con gradiente dinámico obstructivo en TSVI.



Imágen 3: ETE tras estabilización de la paciente con gradiente no obstructivo en TSVI.



COMUNICACIÓN 16

COMPLICACIONES MECÁNICAS DEL INFARTO EN EL PACIENTE MAYOR.

Ruben Hernando González, Álvaro Margalejo Frando, Lara Aguilar Iglesias, David Abella Vallina, Álvaro Díaz Gómez, Guillermo Servando Carrillo.

Residentes de Cardiología del Hospital Universitario de Burgos.

Antecedentes

Varón de 77 años con los antecedentes de:

FRCV: Exfumador, dislipémico. Antecedentes cardiológicos: Infarto sin elevación del segmento ST 2012, revascularización percutánea completa tres vasos. Sin tratamiento habitual por decisión propia.

Descripción

Paciente que acude a urgencias por cuadro de disnea de reposo y malestar general mientras dormía. El día anterior había presentado cuadro de dolor centrotorácico opresivo con cortejo vegetativo e irradiación a miembro superior izquierdo de dos horas de evolución estando en reposo que acabo cediendo espontáneamente. Ocho días antes refiere episodio prolongado de dolor centrotorácico de mismas características por el que no consultó, mientras realizaba esfuerzo físico intenso.

A la exploración se encuentra afebril hemodinámicamente estable con buenas saturaciones; destaca soplo holosistólico panfocal y crepitantes bibasales.

En cuanto a las pruebas complementarias, la radiografía de tórax destacan ligeros signos de redistribución vascular. En el ECG se observa ritmo sinusal, QRS estrecho con descenso del ST en cara anterior. Se realiza ecocardiograma previo a cateterismo en la que se objetiva CIV; en el cateterismo se muestra estenosis significativa en primera, segunda marginal y oclusión completa de coronaria derecha distal.

Evoplución

Paciente que ingresa estable por infarto inferior evolucionado con CIV asociada, pretratado con aas al preverse cateterismo precoz. Se somete a cirugía emergente por empeoramiento clínico ecocardiográfico.

Se procede al cierre de la CIV mediante ventriculotomía postero-inferior de VI y exclusión mediante parche de pericardio bovino, así mismo se realiza triple revascularización con puentes de safena.

Durante el posoperatorio no presenta complicaciones dignas de mención, se repite ecocardiograma TT donde no se visualizan defectos del SIV. Buena evolución y posterior alta.

Interés

A pesar de que las complicaciones mecánicas del infarto han disminuido, es importante tener un alto grado de sospecha clínica y basarse en la ecografía como pilar fundamental para el diagnóstico para prevenir complicaciones fatales.

COMUNICACIÓN 17

MÁS ALLÁ DE UN INFARTO

Mauricio Urgiles Ortiz, César Jiménez-Méndez, Juan Ignacio Lubian Esplugues, Carlos González Guerrero, Jesús Manuel Tey Aguilera, Rafael Vázquez García.

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

Antecedentes

La insuficiencia cardíaca (IC) es la principal causa de hospitalización en los pacientes ≥ 65 años. Su etiología más frecuente es la cardiopatía isquémica, así como una causa importante de descompensación. Pero a veces encontramos sorpresas.

Descripción

Mujer de 77 años, hipertensa, diabética y dislipémica, con antecedentes de cardiopatía isquémica (infarto anterior evolucionado 2016, con disfunción ventricular moderada y aneurisma apical). Ingresa por descompensación de IC y nuevo soplo aórtico.

El ecocardiograma transtorácico al ingreso objetivó un empeoramiento de la función ventricular izquierda (FEVI 30%), estenosis aórtica moderada degenerativa y una imagen compatible con trombo apical (Imagen 1). Se comprobó dicho trombo en una imagen de TC realizado por otro motivo (Imagen 2). Como parte del estudio se solicitó un cateterismo coronario objetivándose lesión significativa de la arteria coronaria derecha, revascularizándose percutáneamente. Evolucionó favorablemente, optimizándose el tratamiento de la IC e iniciando anticoagulación con dicumarínicos.

Interés del caso

La IC se encuentra presente $> 20\%$ de los pacientes mayores, siendo la principal causa de hospitalización en ≥ 65 años. Las infecciones, la cardiopatía isquémica o las valvulopatías son las principales causas de descompensación. (1) En la población mayor, la IC se asocia frecuentemente a otras comorbilidades que dificultan el tratamiento y pronóstico. (2) En nuestro caso, la paciente presentaba IC con disfunción ventricular, estenosis aórtica y además un trombo intraventricular. Los aneurismas ventriculares representan hoy en día una complicación poco frecuente de la cardiopatía isquémica. Se definen como una dilatación de un segmento miocárdico adelgazado y disquinético, en contraposición con los pseudoaneurismas que representan una ruptura contenida de la pared ventricular. (3)(4) No es infrecuente la formación de trombos intracavitarios en estas zonas aneurismáticas, que representan zonas de estasis sanguínea. (5) Actualmente, los antagonistas de la vitamina K (AVK) son de primera elección pero nuevos estudios con Anticoagulantes de acción directa (AAD) están demostrando de manera prometedora su eficacia y seguridad. (6)(7)(8)

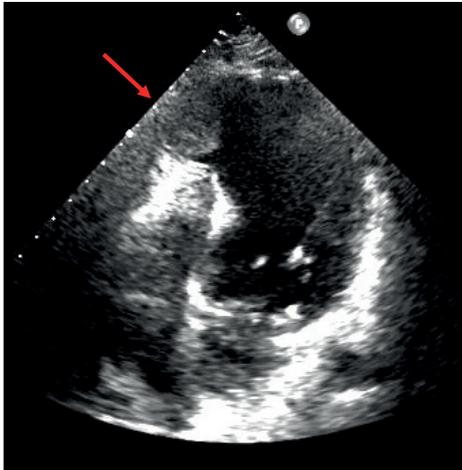
Bibliografía

1. Díez-Villanueva P, Jiménez-Méndez C, Alfonso F. Heart failure in the elderly. *J Geriatr Cardiol*. 2021 Mar 28;18(3):219-232. doi: 10.11909/j.issn.1671-5411.2021.03.009. PMID: 33907552; PMCID: PMC8047189.
2. Antoni Sicras-Mainar, Aram Sicras-Navarro, Beatriz Palacios, Luis Varela, Juan F. Delgado, Epidemiología y tratamiento de la insuficiencia cardíaca en España: estudio PATHWAYS-HF, *Revista Española de Cardiología*, Volume 75, Issue 1, 2022, Pages 31-38, ISSN 0300-8932.
3. Aguiar J, Barba Mdel M, Gil JA, Caetano J, Ferreira A, Nobre A, Cravino J. Aneurisma do ventrículo esquerdo e diagnóstico diferencial com pseudo-aneurisma [Left ventricular aneurysm and differential diagnosis with pseudoaneurysm]. *Rev Port Cardiol*. 2012 Jun;31(6):459-62. Portuguese. doi: 10.1016/j.repc.2012.04.001. PMID: 22626969.



4. Ohlow, Marc-Alexander, Hubertus von Korn, y Bernward Lauer. «Characteristics and Outcome of Congenital Left Ventricular Aneurysm and Diverticulum: Analysis of 809 Cases Published since 1816». *International Journal of Cardiology* 185 (abril de 2015): 34-45.
5. Pozzoli M, Tramarin R, Febo O, Assandri J, Larovere MT, Calsamiglia G, Cobelli F, Specchia G. L'aneurisma ventricolare sinistro nell'infarto miocardico recente. Studio ecocardiografico [Left ventricular aneurysm in recent myocardial infarction. Echocardiographic study]. *G Ital Cardiol*. 1984 Dec;14(12):1006-14. Italian. PMID: 6532879.
6. Oberreuter G, Silva N, Caba S, Morales M, Nieto E, Guevara C. Accidente cerebrovascular isquémico en pacientes con trombo intracavitario: experiencia con tratamientos distintos en fase aguda [Management of ischemic strokes derived from intraventricular thrombi: report of two cases]. *Rev Med Chil*. 2014 Sep;142(9):1200-4. Spanish. doi: 10.4067/S0034-98872014000900015. PMID: 25517061.
7. Zhang Z, Si D, Zhang Q, Jin L, Zheng H, Qu M, Yu M, Jiang Z, Li D, Li S, Yang P, He Y, Zhang W. Prophylactic Rivaroxaban Therapy for Left Ventricular Thrombus After Anterior ST-Segment Elevation Myocardial Infarction. *JACC Cardiovasc Interv*. 2022 Apr 25;15(8):861-872. doi: 10.1016/j.jcin.2022.01.285. Epub 2022 Mar 30. PMID: 35367170.
8. Delewi R, Zijlstra F, Piek JJ. Left ventricular thrombus formation after acute myocardial infarction. *Heart*. 2012 Dec;98(23):1743-9. doi: 10.1136/heartjnl-2012-301962. PMID: 23151669; PMCID: PMC3505867.

Imágen 1



Imágen 2



Imágen 1: Ecocardiograma transtorácico. Plano apical 4 cámaras. Se observa aneurisma en región septal apical con imagen hiperecogénica en su interior compatible con trombo (flecha roja).

Imágen 2: Angio TC. Corte transversal. Se visualiza en región apical de ventrículo izquierdo imagen compatible con aneurisma con contenido no contrastado, compatible con trombo (flecha roja).

COMUNICACIÓN 18

PACIENTES MAYORES CON FIBRILACIÓN AURICULAR: ¿EXISTEN DIFERENCIAS DE GÉNERO?

Natalie Burgos Bencosme¹, Jorge Eduardo Herrera Parra¹, Aurea Álvarez Abella¹, Pablo Solla Suárez¹, Javier Montero Muñoz¹, José Gutiérrez Rodríguez².

¹Hospital monte Naranco (Oviedo, España), ²Instituto de Investigación Sanitaria del Principado de Asturias (ISPA)

Introducción

La fibrilación auricular (FA) es la arritmia más frecuente en personas mayores y aumenta el riesgo de ictus, la mortalidad y la incidencia de insuficiencia cardíaca (IC).

Objetivo

Estudiar las posibles diferencias en la tipología, la incidencia de accidente cerebrovascular (ACV) y la mortalidad al año en una población mayor con FA en función del género.

Método

Estudio observacional prospectivo sobre pacientes mayores de 80 años con FA ingresados entre 2019-2021. Se incluyeron variables demográficas, comorbilidades, estado funcional y cognitivo, fragilidad, tratamiento y mortalidad al año. Se utilizaron pruebas estadísticas: Chi cuadrado, T-Student, U Mann-Whitney, Kaplan-Meier (mediante log-rank test).

Resultados

Se incluyeron 200 pacientes (65% mujeres) con edad media $89,23 \pm 0,63$ años, índice de Barthel (IB) previo $80,73 \pm 4,44$, deterioro cognitivo severo 13%, frágiles 49,5%. De las comorbilidades destacaron: hipertensión arterial (89%), diabetes mellitus tipo 2 (37%), cardiopatía hipertensiva (44%), cardiopatía isquémica (21%) y ACV (31,5%).

Tras analizar los datos se objetivó que las mujeres presentaron más IC (mujeres 60,7% vs hombres 39,3%; $p=0,004$) y se encontraban con mayor tasa de dosis inadecuada de ACO ($73,6\%$ vs $26,4\%$, $p<0,001$), incluso al subdividirlo por terapia antitrombótica: antivitamina K ($72,3\%$ vs $27,7\%$, $p=0,004$) y anticoagulante directo: ($71,4\%$ vs $28,6\%$, $p=0,02$). Además, destacó la existencia de más antecedentes de ACV en mujeres ($10,85\%$ vs $1,43\%$, $p=0,02$). Por otro lado, los hombres eran más independientes (IB $80,36 \pm 26,8$ vs $78,85 \pm 28,6$ $p<0,001$) y menos frágiles (prevalencia $37,4\%$ vs $62,6\%$; $p=0,04$).

El análisis estratificado por sexo no mostró diferencias respecto a la mortalidad al año de seguimiento ($37,7\%$ vs $37,1\%$); Log-Rank Mantel-cox.9,5; $p=0,71$).

Conclusión

Los pacientes de sexo femenino son más dependientes y frágiles y presentan mayor proporción de ingresos por IC y más riesgo de ACV, encontrándose con dosis inadecuada de ACO en mayor cuantía que los hombres. No se objetivó diferencias en la mortalidad.



COMUNICACIÓN 19 *MEJORES COMUNICACIONES

IMPACTO DE LA FRAGILIDAD EN LA SUPERVIVENCIA DEL ADULTO MAYOR CON FIBRILACIÓN AURICULAR.

Natalie Burgos Bencosme¹; Jorge Eduardo Herrera Parra¹; Elena Valle Calongue¹; Manuel Bermúdez Menéndez de la Granda¹; Javier Montero Muñoz¹; José Gutiérrez Rodríguez²;

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

Introducción

La fragilidad afecta aproximadamente al 40 % de los pacientes con fibrilación auricular (FA) y condiciona un incremento de la mortalidad. Algunos de los instrumentos más utilizados para valorar la fragilidad, como el Short Physical Performance Battery (SPPB), pueden tener un efecto suelo y no discriminar entre paciente frágiles y pacientes con dependencia funcional. Por tanto, pueden complicar la clasificación pronóstica de los pacientes.

Objetivo

Evaluar la capacidad pronóstica del SPPB para predecir mortalidad en una población con FA en rango de fragilidad.

Métodos

Estudio observacional prospectivo sobre 158 pacientes frágiles ≥ 80 años con FA ingresados entre 2019-2021. Se incluyeron variables demográficas, estado funcional según Índice de Barthel, valoración de fragilidad mediante el SPPB y mortalidad al año de seguimiento. Se utilizaron las pruebas de la chi-cuadrado, T-Student, U Mann Whitney según correspondiera. Finalmente, se calculó Kaplan-Meier.

Resultados

El 66,5% eran mujeres con una edad media $89,60 \pm 3,82$ años, índice de Barthel previo $62,30 \pm 27,99$ y deterioro cognitivo severo (DC) 12%. Destacaban: hipertensión arterial (87,3%), cardiopatía hipertensiva (44,3%), cardiopatía isquémica (20,9%), cardiopatía valvular (34,2%), accidente cerebro vascular (32,3%). El 62,7% eran pacientes con fragilidad leve (SPPB 4-6 puntos) y el 37,3% con fragilidad extrema o situación de dependencia funcional (SPPB 0-3 puntos).

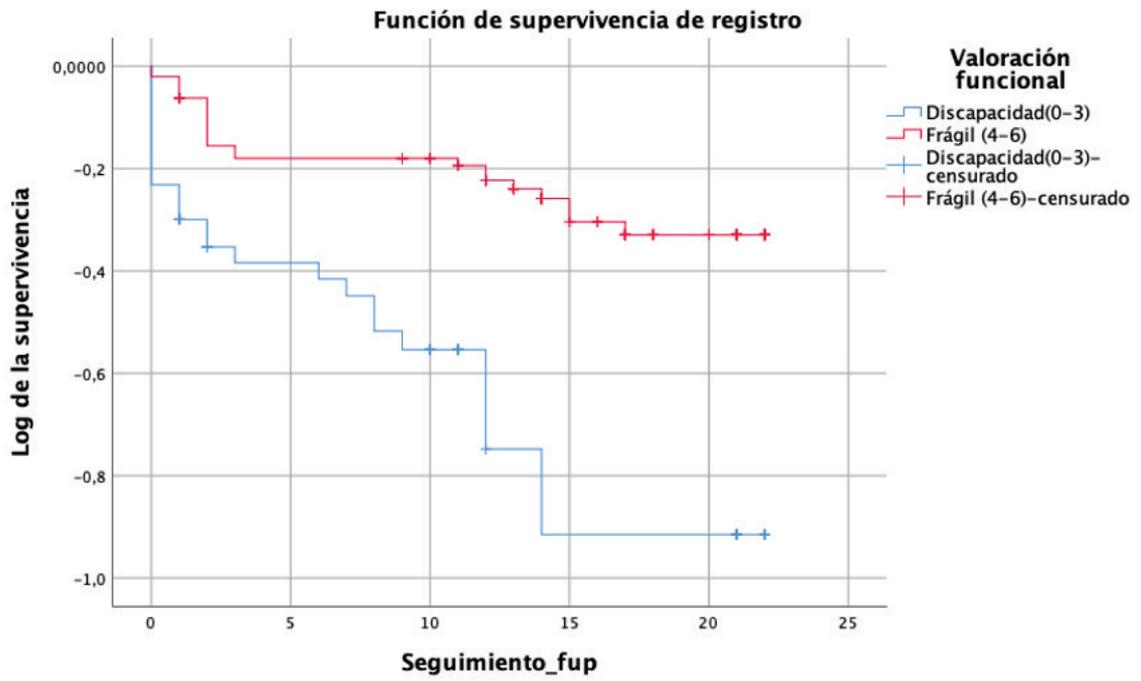
Al evaluar la mortalidad global al año de seguimiento, un 31% de los pacientes fallecieron. El análisis estratificado muestra que los pacientes con una evolución más desfavorable fueron aquellos con fragilidad extrema en situación de dependencia frente a los pacientes con fragilidad leve (45,8% vs 22,2%; log-rank Mantel-Cox 16,37; $p < 0,001$). Gráfica 1.

Conclusión

Entre los pacientes mayores con FA la situación de discapacidad o dependencia funcional se asocia con mayor riesgo de mortalidad que la fragilidad. Para predecir eventos adversos de salud es importante evaluar situaciones de discapacidad y no solo de fragilidad.

Anexo

Gráfica 1:





COMUNICACIÓN 20

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, MANEJO Y RESULTADOS DE LA HEMORRAGIA EXTRACRANEAL DURANTE EL TRATAMIENTO CON ANTIACOUACIÓN ORAL

Belén Biscotti Rodil, Freddy Delgado Calva, Juan Duarte Torres, Alex Marschall, Carmen Dejuán Britia, David Martí Sánchez.

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

Introducción

A pesar de los avances en el campo de la anticoagulación, el sangrado sigue siendo su principal reto. Incluso con anticoagulantes orales de acción directa (ACOD), el sangrado extracraneal puede ser tan común como con antagonistas de la vitamina K (AVK).

Objetivo

Analizar el perfil clínico de una población contemporánea con hemorragia extracraneal durante la anticoagulación oral, la tasa y los predictores de recurrencia a 1 año, las diferencias en los resultados entre los grupos de anticoagulantes y las estrategias a largo plazo.

Material y método

Registro retrospectivo de pacientes consecutivos con sangrado extracraneal mayor tratados en un hospital terciario durante 2018 y 2019, que cumplieron los criterios: 1) anticoagulación oral con AVK o ACOD sin tratamiento antiplaquetario o anticoagulación parenteral concomitante; 2) requerimiento transfusional. Se recopiló información sobre comorbilidades, puntajes de riesgo tromboembólico y hemorrágico, tratamientos iniciales y curso clínico del sangrado. El objetivo primario fue la incidencia a 1 año de nuevo sangrado ISTH mayor o clínicamente relevante.

Resultados

La población de estudio comprendió 144 pacientes (edad media 83 ± 9 años, 59% mujeres) con alta prevalencia de patologías concomitantes. El 48% recibía ACOD (61,8% en dosis reducida). La localización del sangrado fue digestiva en el 77%.

Durante el seguimiento de 1 año, 35 pacientes experimentaron el evento primario [incidencia acumulada 28,2%, IC del 95%: 20,0%-36,4% (Tabla 1)] sin diferencias según el grupo de anticoagulación basal (figura 1) ni según la estrategia de anticoagulación definitiva (figura 2). Además, casi 1/4 parte de la población murió dentro del primer año.

En el análisis multivariante solo la historia de sangrado previa fue un predictor independiente de una nueva hemorragia al año.

Conclusión

La hemorragia extracraneal durante el tratamiento con anticoagulantes orales representa un escenario desafiante con alta tasa de eventos adversos durante el seguimiento. Estos hallazgos apoyarían el empleo de estrategias alternativas en la prevención tromboembólica de este perfil de pacientes.

Anexos

	Overall population (n=144)	VKAs (n=74)	NOACs (n=70)	p-value
1-year outcomes				
Primary endpoint	35 (28.2%)	19 (30.5%)	16 (25.9%)	0.51
ISTH major-bleeding	19 (15.5%)	10 (16.2%)	9 (14.7%)	0.74
All-cause death	38 (26.4%)	24 (32.4%)	14 (20.0%)	0.09
Stroke or systemic embolism	2 (1.6%)	1 (1.7%)	1 (1.6%)	0.98
Venous thromboembolism	1 (0.9%)	1 (1.9%)	0 (0.0%)	0.29

Tabla 1: Estimaciones no ajustadas de Kaplan-Meier de los resultados clínicos a 1 año. Objetivo primario: hemorragia recurrente mayor o clínicamente relevante según los criterios de la Sociedad Internacional de Trombosis y Hemostasia (ISTH).

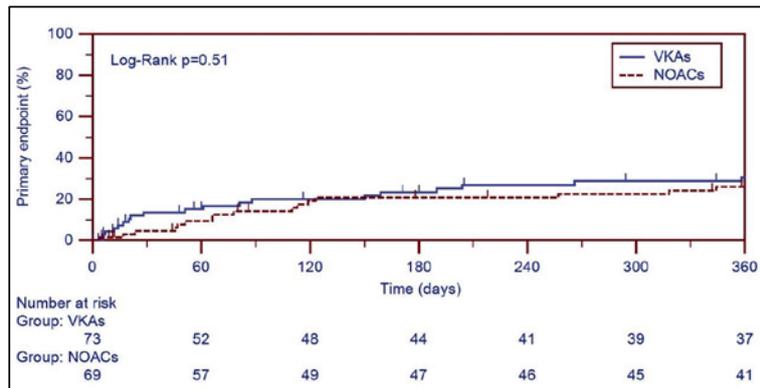


Figura 1: Recurrencia hemorrágica mayor o clínicamente relevante según grupo anticoagulante.

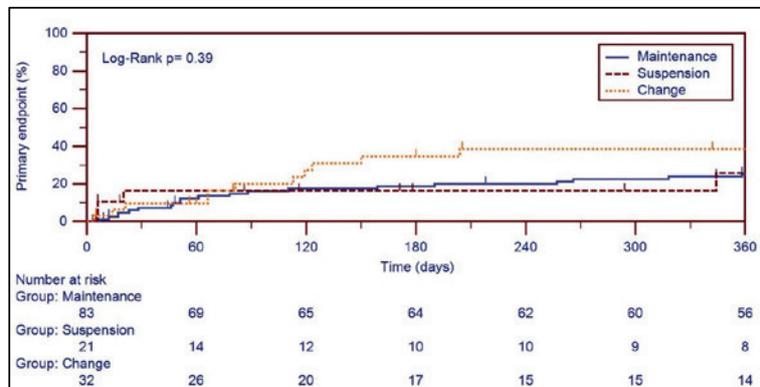


Figura 2: Recurrencia hemorrágica mayor o clínicamente relevante según la estrategia a largo plazo sobre anticoagulación oral.



COMUNICACIÓN 21

EXPERIENCIA INICIAL DE UN PROGRAMA DE CIERRE DE OREJUELA IZQUIERDA CON WATCHMAN FLX EN UN CENTRO SIN CIRUGÍA CARDÍACA.

Juan Duarte Torres, Elena Basabe Velasco, Miguel Ángel Sastre Perona, Diego Rodríguez Torres, Alfonso Suárez Cuervo, David Martí Sánchez.

Hospital Central de la Defensa, Madrid.

Introducción

Existe controversia sobre el mejor ámbito de aplicación de los procedimientos de intervencionismo estructural, ya que alto volumen y accesibilidad pueden ser conceptos enfrentados. El dispositivo Watchman FLX (Boston Scientific, USA) incorpora importantes mejoras respecto a su predecesor, ampliando la aplicabilidad y seguridad del cierre de orejuela auricular izquierda (COAI). Nuestro objetivo fue analizar el perfil clínico y la seguridad inicial de un programa de COAI con Watchman FLX en un centro sin cirugía cardíaca local.

Método

Registro observacional prospectivo de 19 pacientes consecutivos tratados entre julio de 2020 y julio de 2022. Los procedimientos fueron realizados bajo anestesia general y guía de ecocardiograma transesofágico (ETE), por un operador con experiencia en otros procedimientos de intervencionismo estructural. Se definió éxito técnico como la exclusión completa (sin fuga peridispositivo >5 mm) y sin complicaciones.

Resultados

La mediana de edad fueron 79 años (rango intercuartílico, 72-83 años), y el 64% eran varones. La carga de comorbilidades y prevalencia de factores de riesgo tromboembólico y hemorrágico fue elevada, con medianas de CHADS₂-VASC de 5 puntos y HAS-BLED de 4 puntos respectivamente. El 85% habían presentado alguna hospitalización durante el año previo (mediana de 2 ingresos) y el 21% no toleraba ningún anticoagulante. En 2 ocasiones el cierre se indicó previo a un primer sangrado, y en otros 2 casos se realizó durante el ingreso por sangrado incesante. Tres procedimientos (17%) se realizaron bajo protección embólica cerebral y en 2 casos se emplearon técnicas avanzadas de TSP (11%). El éxito técnico con un primer dispositivo fue del 100%, con alta hospitalaria en las 24 horas siguientes. En el ETE de control 1 paciente presentó trombo asociado al dispositivo (5%). Durante un seguimiento mediano de 161 días no se registraron eventos tromboembólicos.

Conclusión

Los resultados iniciales del programa de COAI con dispositivo Watchman FLX en un centro sin cirugía cardíaca fueron alentadores, y permitieron ampliar la disponibilidad de la técnica a una población de elevada complejidad clínica.

COMUNICACIÓN 22

CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA EN PACIENTE ANCIANO CON MIOCARDIOPATÍA DILATADA. ¿ES UN PROCEDIMIENTO SEGURO EN ESTOS PACIENTES?

Álvaro Margalejo Franco, Rubén Hernando González, Lara Aguilar Iglesias, Guillermo Servando Carrillo, José Ángel Pérez Rivera, Marta Gómez Llorente.

Antecedentes

Varón de 75 años con dislipemia y sin antecedentes cardiológicos conocidos. Como tratamiento habitual toma rosuvastatina 10mg/24h.

Descripción

El paciente refiere desde hace 3 días disnea progresiva hasta hacerse de moderados esfuerzos, con ortopnea y disnea paroxística nocturna, sin otra clínica acompañante.

A su llegada a urgencias, se encuentra taquicárdico pero hemodinámicamente estable. A la exploración presenta ligeros crepitantes bibasales y no tiene edema en miembros inferiores.

En el ECG (figura 1) se detecta fibrilación auricular (FA) con frecuencia cardíaca (FC) elevada no conocida hasta el momento, QRS estrecho y sin anomalías en la repolarización. La analítica reflejó elevación del NtproBNP (3410 pg/ml). Se realizó un ecocardiograma urgente que mostró disfunción sistólica del ventrículo izquierdo (VI) (figura 2) severa e hipocinesia global.

Se inició anticoagulación oral y betabloqueantes. A las pocas horas al persistir la FC elevada, aunque el paciente mostraba mejoría clínica discreta, se decidió cardioversión eléctrica (CVE), previa realización de ecocardiograma transesofágico que descartó trombos en la orejuela izquierda. Tras la CVE el paciente presentó situación de bajo gasto cardíaco que precisó de tratamiento inotrópico. La evolución clínica y hemodinámica fue buena en las primeras horas pero 48 horas después el paciente nos comunica que desde la CVE nota clínica de hemianopsia superior bilateral. Se contacta con Neurología que solicita tomografía axial computarizada cerebral que confirma el diagnóstico de accidente cerebro vascular establecido de posible origen cardioembólico. Con la intención de filiar la miocardiopatía se realizó resonancia magnética cardíaca (figura 3) con hallazgos sugestivos de miocardiopatía no compactada (MCNC).

Interés

La CVE es un procedimiento seguro, pero en algunos casos se pueden producir complicaciones, que se presentan con mayor frecuencia en determinadas miocardiopatías y en especial en el paciente anciano (1,2). En algunos casos, como los pacientes con insuficiencia cardíaca con fracción de eyección del VI reducida (IC FEVIr) una estrategia con mayor tasa de éxito podría ser optimizar del tratamiento neurohormonal previo a la CVE (3)

Los pacientes con MCNC presentan una mayor incidencia de eventos tromboembólicos, especialmente si presentan FA concomitante, FEVIr o historia personal de tromboembolia (4,5). Por ello, ante la sospecha de MCNC, previo a la realización de CVE conviene asegurar un buen régimen de anticoagulación, especialmente en pacientes ancianos, que suelen tener una puntuación elevada en la escala CHA2DS2 VASc.



Bibliografía

1. Waheed, T. A., Nasir, U., Aziz, A., Chaudhary, H., & Donato, A. (2022). Takotsubo syndrome associated with cardioversion: a systematic review. *International Journal of Arrhythmia*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s42444-021-00055-7>
2. El-Am, E. A., Dispenzieri, A., Melduni, R. M., Ammash, N. M., White, R. D., Hodge, D. O., Noseworthy, P. A., Lin, G., Pislaru, S. V., Egbe, A. C., Grogan, M., & Nkomo, V. T. (2019). Direct current cardioversion of atrial arrhythmias in adults with cardiac amyloidosis. *Journal of the American College of Cardiology*, 73(5), 589–597. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2018.10.079>
3. Boldt, L.-H., Rolf, S., Huemer, M., Parwani, A. S., Luft, F. C., Dietz, R., & Haverkamp, W. (2008). Optimal heart failure therapy and successful cardioversion in heart failure patients with atrial fibrillation. *American Heart Journal*, 155(5), 890–895. <https://doi.org/10.1016/j.ahj.2007.12.015>
4. Kido, K., & Guglin, M. (2019). Anticoagulation therapy in specific cardiomyopathies: Isolated left ventricular noncompaction and peripartum cardiomyopathy. *Journal of Cardiovascular Pharmacology and Therapeutics*, 24(1), 31–36. <https://doi.org/10.1177/1074248418783745>
5. Bath, A. S., Aggarwal, S., Gupta, V., & Kalavakunta, J. K. (2019). A case of left ventricular noncompaction presenting as atrial fibrillation. *Cureus*, 11(3), e4309. <https://doi.org/10.7759/cureus.4309>

Anexo

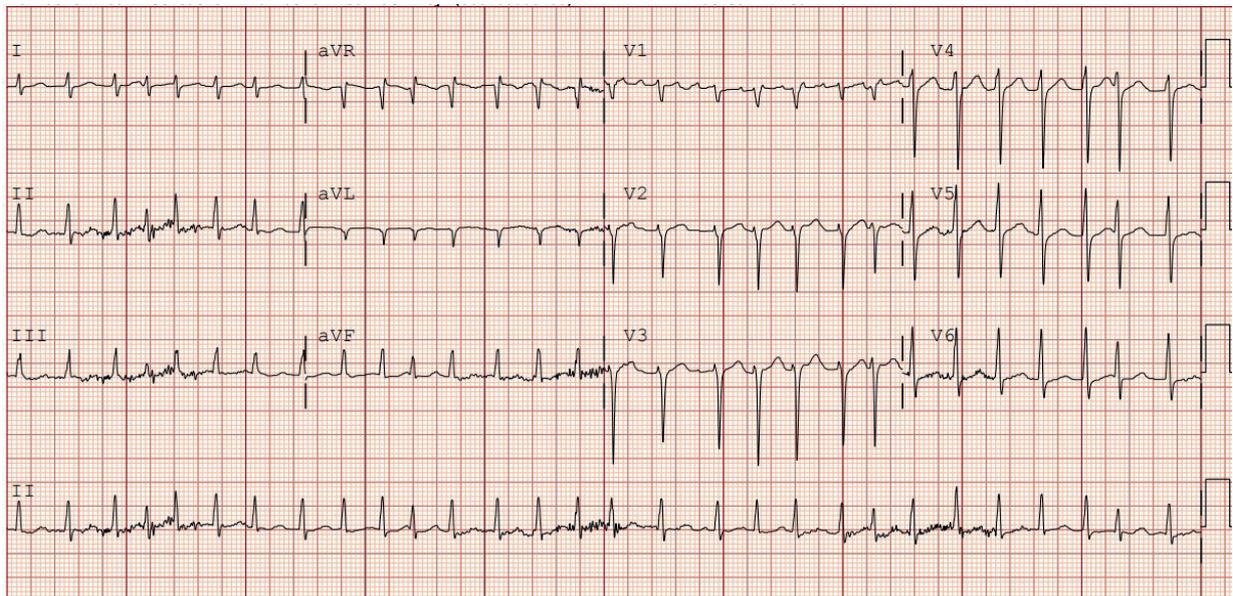


Figura 1: Fibrilación auricular con respuesta ventricular a 170 latidos por minuto

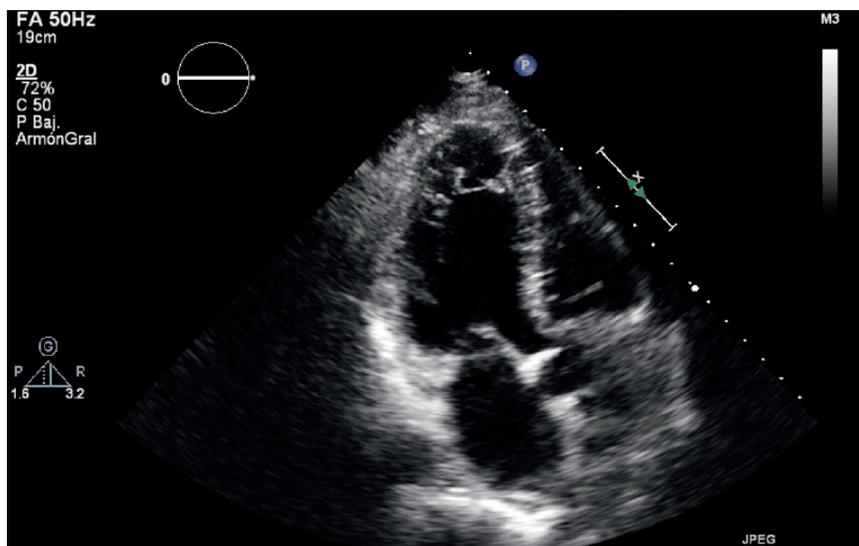


Figura 2: Ecocardiograma transtorácico, proyección 3 cámaras en que se observan hipertrabeculación lateral apical

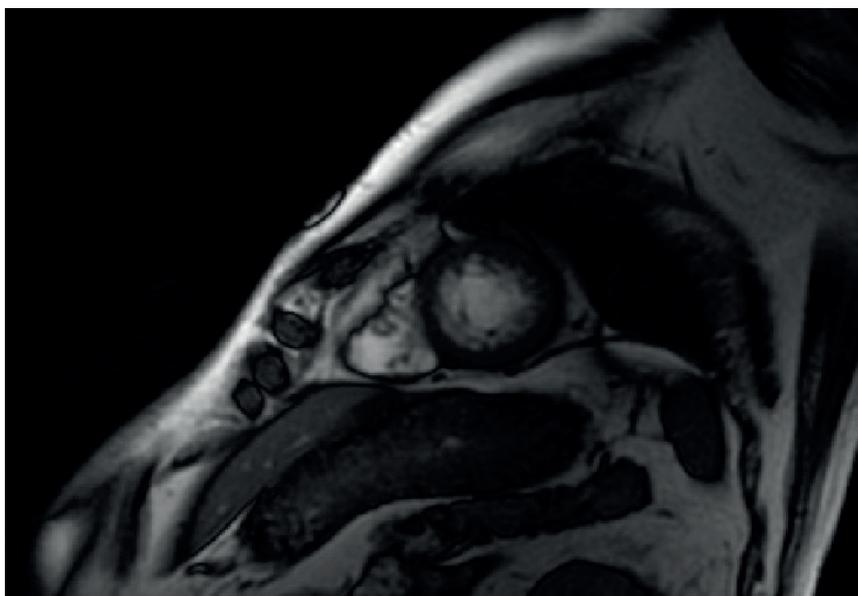


Figura 3: RMN cardiaca, secuencia cine a nivel apical en que se observa hipertrabeculación.



COMUNICACIÓN 23

EL PACIENTE NONAGENARIO INGRESADO EN CARDIOLOGÍA: VIDA REAL.

Ana Isabel Santos Sánchez, María Jesús García Sánchez, Ester Sánchez Corral, Ana María Merino Merino, Jose Ángel Pérez Rivera.

Hospital universitario de Burgos.

Introducción

Los pacientes muy mayores están infrarrepresentados en los estudios teniendo poca evidencia científica. En cambio, debido al envejecimiento de la población son un porcentaje mayor de los ingresos. Nuestro objetivo fue describir las características basales y los eventos adversos durante la admisión en planta de Cardiología y al mes.

Métodos

Es un estudio descriptivo longitudinal unicéntrico que incluye los pacientes ingresados en nuestra planta mayores de 90 años durante 2021. Se analizaron retrospectivamente las características basales, motivos de ingreso y actitud terapéutica.

Resultados

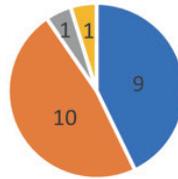
Se incluyó un total de 63 ingresos (4,25% del año, 40 mujeres) cuya edad media es 92,3 años y el tiempo de estancia media 3,77 días. El diagnóstico de ingreso fue: bloqueo auriculoventricular en 34 (54%); Cardiopatía isquémica en 21 (33,3% ver Gráfica) e insuficiencia cardíaca en 8 (12,7%). Las características basales aparecen en la Tabla 1. La fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) promedio fue de 56,2% (6 con FEVI < 40%). Se observó valvulopatía de grado severo en 12 (19%) y datos indirectos de hipertensión pulmonar en 35 (55,5%, 9 con presión arterial sistólica pulmonar mayor de 60mmHg). Se realizó intervencionismo a 40 (63,5%, 11 cateterismo cardíaco y 29 implante de marcapasos). Sufren complicaciones 11 (17,4%, 4 infección concomitante, 4 insuficiencia cardíaca y 3 debutan con fibrilación auricular). A 19 se les pauta doble antiagregación o doble terapia con anticoagulación. Durante el ingreso fallecen 4. Al mes, 10 reingresan y fallecen 4 del total de los supervivientes.

Conclusión

Los pacientes muy mayores ingresados en Cardiología son principalmente independientes o con dependencia ligera. El motivo de ingreso fundamental es bradiarritmia. El perfil clínico era de riesgo con abundantes comorbilidades. Se realizó intervencionismo en la mayoría. La mortalidad en el ingreso y seguimiento fue elevada. Se necesitan estudios clínicos que incluyan esta población con objeto de individualizar la mejor actitud terapéutica.

Ingresos por cardiopatía isquémica

N = 21



- Infarto agudo de miocardio con elevación del ST
- Síndrome coronario agudo sin elevación del ST
- Angina estable
- Infarto agudo de miocardio sin enfermedad coronaria aterosclerótica obstructiva

	N = 63
HTA (%)	55 (87,3%)
Dislipemia (%)	29 (46%)
Diabetes mellitus (%)	20 (31,7%)
ERC (%)	18 (28,6%)
Ictus (%)	9 (14,3%)
Cardiopatía previa (%)	22 (34,9%)
Fibrilación auricular (%)	15 (23,8%)
Neoplasia (%)	11 (17,5%)
Deterioro cognitivo (%)	11 (17,5%)
Dependencia total para ABVD (%)	15 (23,8%)
Dependencia parcial para ABVD (%)	8 (12,7%)
Índice de Charlson medio (desviación estándar)	6,23 +- 1,39
Anticoagulados o antiagregados (%)	33 (52,4%)
Polimedicados (%)	38 (60,3%)
Hemoglobina media (gr/dl)	12,3 +-1,78
Creatinina media (mg/dl)	1,46 +- 0,83
INR medio	1,37 +- 0,83
NTPro-BNP medio (pg/dl)	6925,21 +-10984,21
PCR media (mg/L)	24,32 +-31,96

Tabla 1: Características basales.

** Los valores analíticos están expresados en media y desviación estándar. HTA: Hipertensión arterial. ERC: enfermedad renal crónica. ABVD: actividades básicas de la vida diaria. PCR: proteína C reactiva.



COMUNICACIÓN 24

UN GRAN CORAZÓN

Manuel Jesús Tey Aguilera, César Jiménez Méndez, José Antonio Panera de la Mano, Mauricio Sebastián Urgiles Ortiz, Juan Ignacio Lubian Esplugues, Rafael Vázquez García.

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

Antecedentes

La insuficiencia tricúspidea (IT) es la segunda valvulopatía más común, siendo la secundaria o funcional la más frecuente en ancianos. La IT moderada o grave se asocia con un aumento de la mortalidad e ingresos por insuficiencia cardíaca (IC)(1-2).

Descripción del caso

Varón de 80 años, exfumador, frágil (Clinical Frailty Scale: 6), con antecedentes de fibrilación auricular (FA) permanente. El ecocardiograma transtorácico (ETT) en Enero 2021 mostró dilatación severa de aurícula derecha (anillo tricúspideo 45mm) con IT severa funcional y alta probabilidad de hipertensión pulmonar. La función biventricular era normal y no se objetivaron otras valvulopatías.

Ingresa en Julio 2021 por descompensación de IC repitiéndose ETT, sin cambios, y se completó el estudio con ecocardiograma transesofágico y cateterismo derecho. Se descartó hipertensión pulmonar y shunts intracardíacos.

A los 6 meses reingresó por nueva descompensación de IC. En la radiografía de tórax se apreció mayor cardiomegalia (Fig 1). En el ETT se observó progresión de la IT funcional a grado torrencial con dilatación y disfunción del ventrículo derecho (Fig 2).

Interés

La fragilidad afecta hasta un 28-46% de los pacientes con IT funcional severa y ha demostrado ser un marcador independiente de riesgo (3). El tratamiento quirúrgico de la IT es actualmente la cirugía valvular con mayor tasa de mortalidad (8.8%-9.7%)(2), especialmente en pacientes mayores y frágiles. El tratamiento percutáneo de la IT puede ser una alternativa en estos pacientes, asociando mejoría de la clase funcional y una reducción de los ingresos por IC (4-5). Es fundamental una selección individualizada de los candidatos a esta terapia, basándonos en criterios clínicos y ecocardiográficos (Tabla 1)(6).

Figuras y tablas

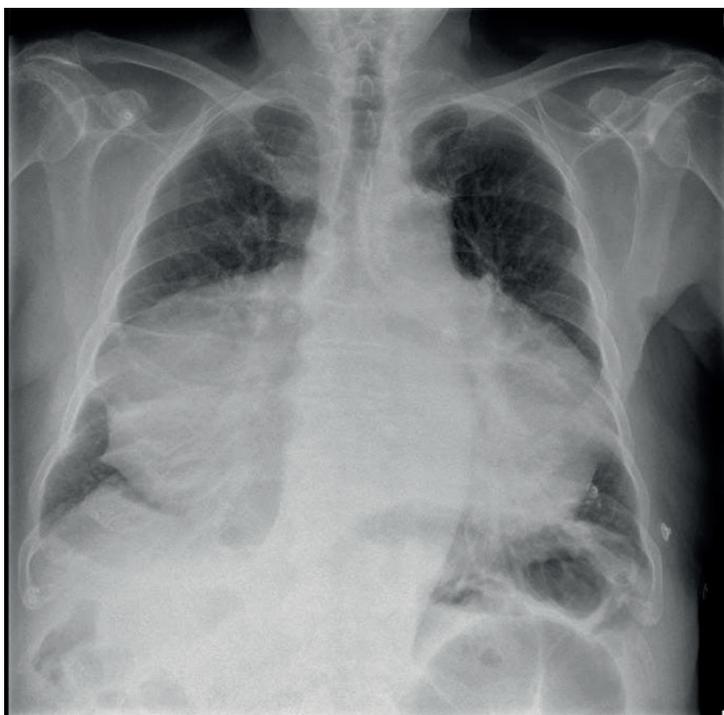


Figura 1. Radiografía de tórax. Cardiomegalia a expensas de cavidades derechas

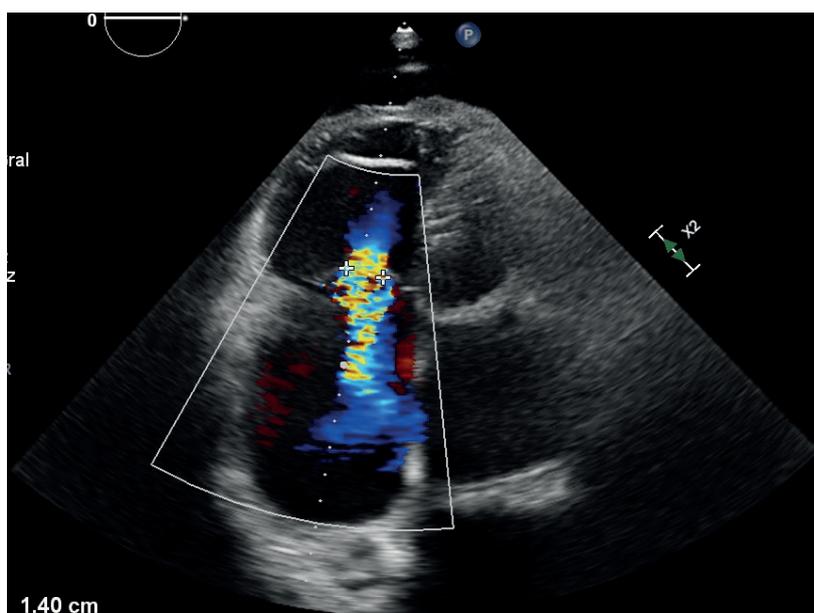


Figura 2. Ecocardiograma transtorácico. Plano apical 4 cámaras. Dilatación de cavidades derechas. Insuficiencia tricuspídea severa con diámetro vena contracta 14 mm.



Óptimo	Posible	Excepcional
IT secundaria con velos normales	T secundaria con apariencia normal de los velos o IT primaria con prolapso valvular	Engrosamiento significativo de los velos (reumática) o acortamiento o destrucción o prolapso valvular grave
Defecto de coaptación pequeño (< 3-4 mm) y buena movilidad de los velos	Defecto moderado de coaptación (4-7,2 mm), movilidad de los velos reducida	Defecto de coaptación grande (> 7,2 mm) o restricción grave de los velos
Buena ventana ETE	Suficiente ventana ecocardiográfica para visualizar los velos	Insuficiente ventana ecocardiográfica para visualizar los velos
Sin cables de MCP o DAI	Presencia de cable de MCP o DAI, sin interacción significativa de los velos y sin interacción con el clip	IT inducida por cable de MCP o DAI
Función del VD normal-moderadamente deprimida VD de tamaño normal o moderadamente dilatado	Función del VD moderadamente reducida, dilatación moderada del VD	Función del VD gravemente reducida o dilatación grave del VD
Presión sistólica pulmonar normal	< 60-65 mmHg y resistencias pulmonares < 4 UW	> 60-65 mmHg o resistencias pulmonares > 4UW

Tabla 1. Criterios para identificar candidatos ideales para reparación percutánea de la válvula tricúspide (6).

Referencias

1. Rostagno C. Heart valve disease in elderly. *World J Cardiol.* 26 de febrero de 2019;11(2):71-83.
2. Moñivas Palomero V, Mingo Santos S, Hion Li C, Sanchis Ruiz L, Arzamendi D, Freixa X, et al. Percutaneous management of tricuspid regurgitation. Image-guided step-by-step MitraClip procedure. *REC Interv Cardiol Engl Ed.* 16 de septiembre de 2021;3630.
3. Saji M, Yoshikawa T, Takayama M, Izumi Y, Takamisawa I, Okamura T, et al. Prevalence, Characteristics, and Impact of Frailty in Patients with Functional Tricuspid Regurgitation. *Int Heart J.* 29 de noviembre de 2021;62(6):1280-6.
4. Vahanian A, Beyersdorf F, Praz F, Milojevic M, Baldus S, Bauersachs J, et al. 2021 ESC/EACTS Guidelines for the management of valvular heart disease: Developed by the Task Force for the management of valvular heart disease of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). *Rev Esp Cardiol Engl Ed.* junio de 2022;75(6):524.
5. Lurz P, Sorajja P, Hausleiter J, Denti P, Trochu JN, Nabauer M, et al. Transcatheter Edge-to-Edge Repair for Treatment of Tricuspid Regurgitation. *JACC.* 26 de enero de 2021;77(3):229-239.
6. Hausleiter J, Braun D, Orban M, Latib A, Lurz P, Boekstegers P, et al. Patient selection, echocardiographic screening and treatment strategies for interventional tricuspid repair using the edge-to-edge repair technique [Internet]. *EuroIntervention.* [citado 9 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://eurointervention.pcronline.com/article/patient-selection-echocardiographic-screening-and-treatment-strategies-for-interventional-tricuspid-repair-using-the-edge-to-edge-repair-technique>.

COMUNICACIÓN 25 *MEJORES COMUNICACIONES

IMPACTO DE LA OPTIMIZACIÓN DEL PERFIL LIPÍDICO MEDIANTE CONSULTA VIRTUAL EN EL PACIENTE MAYOR.

Diego Mialdea Salmerón, César Jiménez-Méndez, Juan Enrique Puche García, Etel Silva, William Alberto Delgado Nava, Rafael Vázquez García.

Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Introducción

Las consultas virtuales en Cardiología son cada día más frecuentes en España. La eficacia y seguridad del control lipídico mediante consulta virtual en el paciente mayor queda aún por dilucidar.

Objetivos

Evaluar el impacto en el pronóstico tras la optimización del control lipídico mediante consulta telemática en los pacientes mayores (≥ 70 años).

Material y métodos

Se incluyeron prospectivamente a los pacientes ingresados por síndrome coronario agudo (SCA) en nuestro centro durante el año 2020. Se evaluó el perfil lipídico al mes del alta. Se ajustó el tratamiento de forma telemática, repitiéndose mensualmente la determinación analítica hasta conseguir el objetivo lipídico acorde a las guías de práctica clínica europeas actuales ($LDL \leq 55$ mg/dl).

Resultados

Se incluyeron 346 pacientes (32% mujeres). La edad media fue de $67,3 \pm 12,4$ años, 48% ≥ 70 años. El seguimiento medio fue de 17.3 meses. Las principales características se encuentran resumidas en la Tabla 1. Los pacientes ≥ 70 años alcanzaron el objetivo de $LDL \leq 55$ mg/dl en una proporción similar al subgrupo más joven (80.1% vs 82.8% p 0,051). En el seguimiento, la mortalidad global fue mayor en el subgrupo ≥ 70 años (7.8% vs 1.2%, p 0,026) a expensas de una mayor mortalidad no cardiovascular (4.8% vs 0.6% p 0,013). No hubo diferencias en la tasa de mortalidad cardiovascular, ictus, infarto no fatal o angioplastia no urgente

Conclusiones

El control lipídico mediante consulta virtual es una estrategia segura en la población ≥ 70 años tras un SCA. Sin embargo, existe una mayor mortalidad en este subgrupo predominantemente de causa no cardiovascular.



Anexos

	Total N= 346	< 70 años N= 180	≥ 70 años N= 166	P valor
Edad (DE)	67,3 ± 12,4 años	58±8	78±6	<0.001
Mujeres	32%	22.2%	42.2%	< 0.001
Obesidad (IMC > 30)	27.7%	25.6%	28.9%	0.778
Hipertensión	68.5%	56.7%	81.3%	< 0.001
Diabetes	45.7%	36.1%	56%	< 0.001
Dislipemia	62.1%	56.7%	68.1%	0.029
Tabaco	67.3%	81.1%	52.4%	< 0.001
Cardiopatía isquémica previa	36.7%	35%	38.6%	0.283
Insuficiencia cardíaca	11.6%	6.7%	16.9%	0.002
Enfermedad renal crónica	14.5%	8.9%	20.5%	0.002
Intolerancia a estatinas	5.2%	6.1%	4.2%	0.292
IAMCEST	40.5%	45%	33.7%	0.086
Tratamiento fin seguimiento	32.4%	26.1%	39.2%	0,051
Estatinas	56.9%	62.8%	50.6%	
Estatinas + EZT	10.7%	11.1%	10.2%	
IPCSK9 (aislado o combinación)				
Objetivo LDL ≤ 55 mg/dl	81.5%	82.8%	80.1%	0.309
Tiempo (meses) hasta objetivo LDL	3.2	3.34	2.97	0.103
Mortalidad global	4.3%	1.2%	7.8%	0.002
Mortalidad cardiovascular	1.7%	0.6%	3%	0.090
Mortalidad no cardiovascular	2.6%	0.6%	4.8%	0.013
Ictus	0.6%	0%	1.2%	0.140
Infarto miocardio no fatal	1.7%	2.8%	0.6%	0.121
Angioplastia no urgente	1.2%	1.7%	0.6%	0.624

Tabla 1: Principales características.

Leyenda: IMC índice masa corporal; IAMCEST infarto agudo de miocardio con elevación del ST; EZT ezetimibe; IPCSK9 Inhibidores de proproteína convertasa subtilisina/kexina tipo 9.

COMUNICACIÓN 26

TELEMEDICINA EN EL PACIENTE MAYOR PARA MEJORAR EL CONTROL LIPÍDICO.

Diego Mialdea Salmerón, César Jiménez-Méndez, Juan Enrique Puche García, Etel Silva, Daniel Bartolomé Mateos, Rafael Vázquez García.

Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Introducción

Las consultas virtuales en Cardiología son cada día más frecuentes en España. Sin embargo, su aplicación en los pacientes mayores puede verse dificultada por numerosas limitaciones.

Objetivos

Evaluar las diferencias en el del control lipídico mediante consulta telemática en los pacientes mayores (≥ 70 años).

Material y métodos

Se incluyeron prospectivamente a los pacientes ingresados por síndrome coronario agudo en nuestro centro durante el año 2020. Se evaluó el perfil lipídico al mes del alta. Se ajustó el tratamiento de forma telemática, repitiéndose mensualmente la determinación analítica hasta conseguir el objetivo lipídico acorde a las guías de práctica clínica europeas actuales ($LDL \leq 55$ mg/dl).

Resultados

Se incluyeron 346 pacientes (32% mujeres). La edad media fue de $67,3 \pm 12,4$ años, 48% ≥ 70 años. El seguimiento medio fue de 17.3 meses. Las principales características se encuentran resumidas en la Tabla 1. Los pacientes ≥ 70 años alcanzaron el objetivo de $LDL \leq 55$ mg/dl en una proporción similar al subgrupo más joven (80.1% vs 82.8% p 0,525). No hubo diferencias en el tiempo medio hasta conseguir el objetivo de $LDL \leq 55$ mg/dl (3.34 vs 2.97 meses p 0.103). No hubo diferencias significativas en el tratamiento prescrito entre ambos grupos, si bien hubo una tendencia a una mayor prescripción de la combinación estatina+ezetimiba en ≤ 70 años (p 0.051).

Conclusiones

La consulta virtual es una herramienta efectiva para asegurar el control lipídico en el paciente ≥ 70 años tras un síndrome coronario agudo.



Anexo

	Total N= 346	< 70 años N= 180	≥ 70 años N= 166	P valor
Edad (DE)	67,3 ± 12,4 años	58±8	78±6	<0.001
Mujeres	32%	22.2%	42.2%	< 0.001
Obesidad (IMC > 30)	27.7%	25.6%	28.9%	0.778
Hipertensión	68.5%	56.7%	81.3%	< 0.001
Diabetes	45.7%	36.1%	56%	< 0.001
Dislipemia	62.1%	56.7%	68.1%	0.029
Tabaco	67.3%	81.1%	52.4%	< 0.001
Cardiopatía isquémica previa	36.7%	35%	38.6%	0.283
Insuficiencia cardíaca	11.6%	6.7%	16.9%	0.002
Ictus	7.2%	6.1%	8.4%	0.305
Enfermedad renal crónica	14.5%	8.9%	20.5%	0.002
Intolerancia a estatinas	5.2%	6.1%	4.2%	0.292
IAMCEST	40.5%	45%	33.7%	0.086
Tratamiento final seguimiento	32.4%	26.1%	39.2%	0,051
Estatinas	56.9%	62.8%	50.6%	
Estatinas + EZT	10.7%	11.1%	10.2%	
IPCSK9 (aislado o combinaciones)				
Objetivo LDL ≤ 55 mg/dl	81.5%	82.8%	80.1%	0.309
Tiempo (meses) hasta objetivo LDL	3.2	3.34	2.97	0.103

Tabla 1: Principales características.

Leyenda: IMC índice masa corporal; IAMCEST infarto agudo de miocardio con elevación del ST; EZT ezetimibe; IPCSK9 Inhibidores de proteína convertasa subtilisina/kexina tipo 9.

COMUNICACIÓN 27

UN CASO INUSUAL DE SEPSIS URINARIA

Clarissa Catalano. Verónica Rey de Castro Villalonga. Beatriz del Pilar Ortiz Naranjo. Joaquín Pérez-Martínez. Laura Alexandra Ivanov.

Consorti Sanitari Alt Penedès - Garraf.

Antecedentes

Analizamos el caso de una paciente de 79 años, sin factores de riesgo cardiovascular conocidos, que acude a urgencias por deterioro funcional de 48 horas de evolución. Destaca el inicio de tratamiento antibiótico por cistitis.

Descripción

Hemodinámicamente estable y febricular en su valoración urgente, las pruebas complementarias realizadas orientan hacia la sepsis de origen urinario, siendo confirmada posteriormente por el aislamiento de *Escherichia coli* en sangre y orina.

En planta presenta dolor precordial con electrocardiograma que muestra elevación del segmento ST desde V3 hasta V6 y elevación de marcadores de daño miocárdico alcanzando un valor pico de TnI de 13735 ng/L (VN <45 ng/dL) con función renal preservada. En la ecocardiografía se pone en evidencia una reducción de la función sistólica por acinesia apical e hipocinesia septal.

Ante la sospecha de síndrome coronario agudo se realiza una coronariografía que descarta lesiones coronarias confirmándose en la ventriculografía acinesia anterolateral, inferior y apical del ventrículo izquierdo con FEVI gravemente deprimida (FEVI 36%, PTDVI 34mmHg). PTDVI 34mmHg, válvula mitral sin insuficiencia.

Con estos resultados, se orienta como síndrome de Takotsubo en el contexto de sepsis urinaria presentando una correcta evolución y normalización de la contractilidad miocárdica tras el tratamiento antibiótico dirigido.

Interés

La cardiomiopatía de Takotsubo (TTC) se caracteriza por alteraciones en la contractilidad apical del ventrículo izquierdo junto con cambios ECG semejantes a un síndrome coronario agudo. Puede ser ocasionado por estresores emocionales (27%) y/o físicos (37%). Dentro de estos últimos, los asociados a procesos sépticos se dan tan solo en un 2-7% teniendo peor pronóstico con respecto a la recuperación.

La asociación entre el síndrome de Takotsubo y los procesos sépticos se describe en pocas ocasiones pero debe ser sospechada siempre ante alteraciones cardíacas en pacientes con infección sistémica para poder ofrecer un correcto diagnóstico y tratamiento.



Bibliografía

1. Vallabhajosyula S, Deshmukh AJ, Kashani K, Prasad A, Sakhuja A. Tako-tsubo cardiomyopathy in severe sepsis: Nationwide trends, predictors, and outcomes. *J Am Heart Assoc* [Internet]. 2018;7(18):e009160. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1161/JAHA.118.009160>
2. Lu X, Li P, Teng C, Cai P, Jin L, Li C, et al. Prognostic factors of Takotsubo cardiomyopathy: a systematic review. *ESC Heart Fail* [Internet]. 2021;8(5):3663–89. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/ehf2.13531>
3. Al-Wahaibi K, Al-Wahshi Y, Rajagopal VL, Al-Sarhani A. Sepsis-induced takotsubo cardiomyopathy mimicking ST-elevation myocardial infarction: A clinical case. *Heart Views* [Internet]. 2021;22(1):50–3. Disponible en: http://dx.doi.org/10.4103/HEARTVIEWS.HEARTVIEWS_140_20
4. Cappelletti S, Ciallella C, Aromatario M, Ashrafian H, Harding S, Athanasiou T. Takotsubo cardiomyopathy and sepsis: A systematic review. *Angiology* [Internet]. 2017;68(4):288–303. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/0003319716653886>

COMUNICACIÓN 28

SOBRE UN CASO DE INSUFICIENCIA CARDIACA DERECHA SIN ADECUADA RESPUESTA A TRATAMIENTO DEPLECTIVO.

B. Ortiz, C. Guerrero, J. Pérez, C. Catalano, V. Rey de Castro, A. Ivanov.

CSAPG, Barcelona.

Antecedentes

Presentamos el caso de un varón de 82 años independiente para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y sin deterioro cognitivo. Consulta por semiología de insuficiencia cardiaca derecha de larga evolución, sin claro desencadenante, mala tolerancia a diurético y con derrame pericárdico grave. Como antecedentes destacan una miocardiopatía hipertensiva y fibrilación auricular anticoagulada tratada con digoxina.

Descripción

Ingresa en Cardiología y se realiza ecocardiograma que objetiva función biventricular conservada, ausencia de valvulopatías, derrame pericárdico grave, hipertrofia ventricular e hiperecogenicidad compatible con amiloidosis sin signos de taponamiento cardiaco. El proteinograma muestra una banda monoclonal, y la gammagrafía confirma la amiloidosis TTR. La biopsia rectal con tinción de rojo congo resulta negativa.

Pese al tratamiento deplectivo a dosis medias, persiste la ortopnea y la disnea de esfuerzo. Al no estar disponible el Tafamidís, se realiza pericardiocentesis que debe ser guiada por TAC por su ubicación posterior. Con ello, se obtiene un trasudado sin células malignas, el paciente queda asintomático. Se decide realizar un talcaje con bleomicina para evitar recurrencias, con éxito según ecocardiograma de control. Tras estancia en convalecencia y seguimiento por Cardiología, ha evolucionado favorablemente.

Interés

La relevancia de este caso es recordar que, dentro del diagnóstico diferencial de la insuficiencia cardiaca refractaria a tratamiento, hay que valorar la amiloidosis cardiaca y sus complicaciones. Es una patología de presentación variable e infradiagnosticada causada por depósito de proteínas anormales, siendo la causa más frecuente de miocardiopatía restrictiva, especialmente en ancianos.

No existen datos patognomónicos en el ecocardiograma, pero la hipertrofia sin etiología conocida que debuta con fallo derecho con FEVI preservada, entre otros signos, pueden sugerir esta entidad. Se debe complementar el estudio con proteinograma, gammagrafía, biopsia rectal o de grasa abdominal, entre otras. Actualmente no existen tratamientos curativos, por lo que la prioridad es el control sintomatológico



Anexo

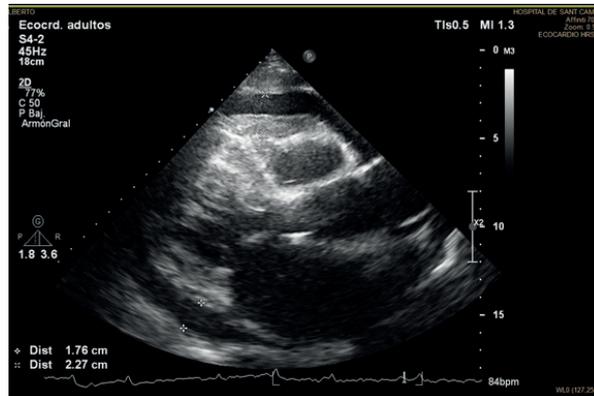


Imagen 1: Se realiza ecocardiograma donde presenta un derrame pericárdico grave (22mm anterior+17mm posterior) con restos de fibrina a nivel anterior. Aparece una hipertrofia no conocida en el paciente.

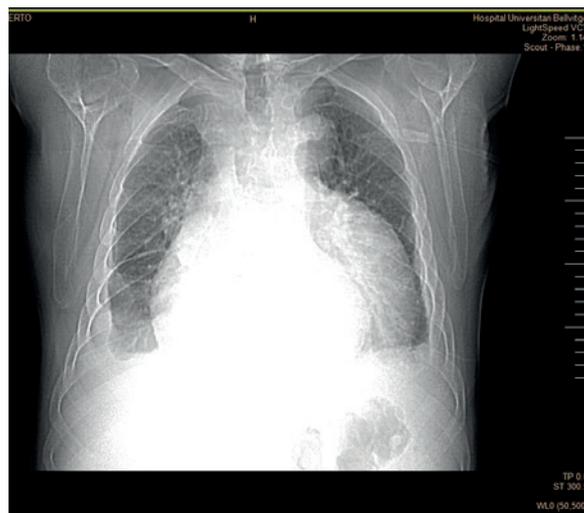


Imagen 2: Tras asepsia y antisepsia y bajo anestesia local se coloca cateter pigtail 6FR guiado por escopia en pericardio, obteniéndose material seroso.

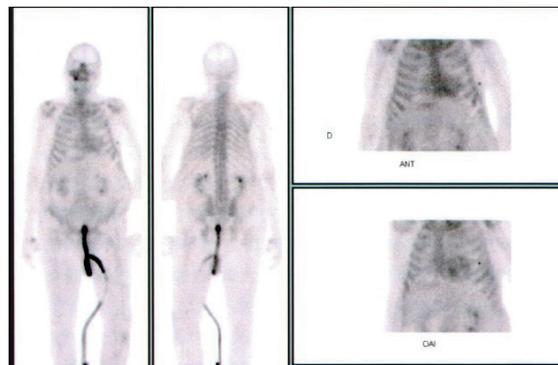


Imagen 3: Gammagrafía que confirma el diagnóstico.

COMUNICACIÓN 29 *MEJORES COMUNICACIONES, 3^{ER} PREMIO**NUEVOS DIAGNÓSTICOS EMITIDOS TRAS LA VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL EN PACIENTES MAYORES ROBUSTOS CON ESTENOSIS AÓRTICA GRAVE SINTOMÁTICA.**

Pablo E. Solla^{1,2,*}, Áurea Álvarez¹, Marta Fernández¹, Jorge E. Herrera¹, Eva López¹, José Gutiérrez^{1,2}.

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

Introducción

Uno de los objetivos de la Valoración Geriátrica Integral (VGI) de pacientes mayores con estenosis aórtica (EA) grave candidatos a reemplazo valvular (RVA) es la detección de problemas y la planificación de intervenciones para mejorar sus resultados de salud.

Objetivos

Estudiar las características y analizar la posible existencia de condiciones de riesgo infradiagnosticadas, específicamente en pacientes robustos con EA grave candidatos a RVA.

Material y métodos

Estudio prospectivo, incluyendo pacientes de un registro de sujetos ≥ 75 años con EA, derivados desde Cardiología a una consulta especializada de Geriatria para una VGI previa al RVA (desde julio-2018 hasta julio-2021).

Variables: demográficas, cardiológicas, clínicas y funcionales. Nuevos diagnósticos emitidos o problemas detectados.

Fragilidad mediante Short-Physical-Performance-Battery (SPPB); se consideraron pacientes robustos aquellos con SPPB ≥ 10 puntos.

Resultados

Del total de pacientes del registro, 169 (38,6%) eran robustos y se incluyeron en el análisis.

Edad: $83,4 \pm 4,1$, mujeres 48,5%. EuroSCORE-II: $3,5 \pm 2,4$, FEV1p 86,4%. HTA: 76,3%, DL: 58,0%, FA: 29%, DM: 28,4%, anemia: 28,4%, IC: 26%, ERC: 26%, Charlson (abreviado): $1,5 \pm 1,4$ (comorbilidad: 58%). Barthel $89,9 \pm 15,4$.

Se emitieron una media de $3,4 \pm 2,1$ nuevos problemas/diagnósticos por paciente.

En el 99% se detectó al menos ≥ 1 problema, en el 81,1% ≥ 3 problemas, y en el 44,4% ≥ 5 problemas.

Los más frecuentemente identificados fueron -clínicos- déficit vitamina D: 74%, anemia: 19,5%, enfermedad renal crónica: 10,7% déficit folato: 4,7%, ferropenia (sin anemia): 4,1%, enfermedad tiroidea: 4,1%, déficit vitamina B12: 2,4%, diabetes mellitus: 2,4%, enfermedad pulmonar obstructiva crónica: 2,4%; -nutricionales- obesidad: 17,8%, riesgo desnutrición: 27,2%, desnutrición: 1,8%; -funcionales- dependencia funcional: 6,5% (en actividades básicas), 34,9% (en actividades instrumentales); -mentales/anímicos- deterioro cognitivo: 11,8%, depresión: 7,1% y trastorno adaptativo: 3%.

Conclusiones

Los pacientes mayores robustos con EA grave se benefician de una VGI previa al RVA, ya que:

- La VGI permite la detección de problemas y enfermedades infradiagnosticadas, altamente prevalentes en este subgrupo de pacientes.
- La VGI puede facilitar la intervención sobre aquellos problemas susceptibles de reversión / mejoría; y presumiblemente repercutir de forma positiva en los resultados de salud tras el RVA.



COMUNICACIÓN 30

DIFERENCIAS DE GÉNERO EN PACIENTES MAYORES CON ESTENOSIS AÓRTICA GRAVE SINTOMÁTICA.

Áurea Álvarez¹, Pablo E. Solla^{1,2}, Natalie Burgos¹, Marta Fernández¹, Eva López¹, José Gutiérrez^{1,2}.

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

Introducción

La estenosis aórtica (EA) es una valvulopatía altamente prevalente en mayores, y cuando es grave y sintomática implica una muy elevada morbimortalidad. Pocos trabajos han analizado, contemplando variables de la Valoración Geriátrica Integral (VGI), las posibles diferencias de género en estos pacientes.

Objetivos

Estudiar las potenciales diferencias de género existentes en pacientes mayores con EA grave sintomática.

Material y métodos

Estudio prospectivo, incluyendo a todos los pacientes de un registro de sujetos ≥ 75 años con EA, derivados desde Cardiología a una consulta de Geriátria para una VGI previa al reemplazo valvular, en un período de 3 años (2018-2021).

Análisis estadístico mediante los test Chi-cuadrado y T-Student, de las diferencias en función del sexo -mujer(M) o Varón(V)-, entre variables demográficas, clínicas, funcionales (incluyendo fragilidad), nutricionales, mentales y anímicas.

Resultados

n= 604. Edad: $83,9 \pm 4,2$, Short-Physical-Performance-Battery (SPPB): $8,14 \pm 2,6$ (frágiles: 23,6%) y Barthel: $91,7 \pm 12,7$ (dependientes: 20,2%). El 58,1% eran mujeres.

Al analizar las diferencias entre género objetivamos: edad M: $84,1 \pm 4,2$ vs. V: $83,6 \pm 4,3$ $p=0,180$. EuroSCORE-II M: $3,8 \pm 3,0$ vs. V: $3,5 \pm 2,8$ ($p=0,181$); FEV1p M: 88,5% vs. V: 80,4% ($p=0,007$). HTA M: 78,3% vs. V: 72,3% ($p=0,095$); DL M: 56,2% vs. V: 57,3% ($p=0,792$); anemia M: 33,0% vs. V: 30,4% ($p=0,542$); ACxFA M: 31,9% vs. V: 37,2% ($p=0,290$); IC M: 28,1% vs. V: 33,2% ($p=0,292$); patología tiroidea M: 27,8% V: 7,5% ($p=0,001$); depresión M: 24,7% vs. V: 9,5% ($p=0,001$); DM M: 24,1% vs. V: 34,8% ($p=0,004$), ERC M: 22,0% vs. V: 20,9% ($p=0,655$); EPOC/asma M: 15,7% vs. V: 20,6% ($p=0,213$); cardiopatía isquémica M: 14,8% vs. V: 27,3% ($p=0,001$); comorbilidad M: 17,1% vs. V: 29,0% ($p=0,001$). Fragilidad (SPPB ≤ 6) M: 28,0% vs. V: 17,6% ($p=0,003$). Dependencia ABVDs (Barthel ≤ 85) M: 24,3% vs. V: 14,6% ($p=0,003$). Desnutrición/riesgo (MNA ≤ 11): M: 43,4% vs. V: 34,4% ($p=0,026$). Probable deterioro cognitivo (MMSE ≤ 23): M: 17,3% vs. V: 11,2% ($p=0,042$). Ánimo depresivo (Yesavage ≥ 5) M: 32,6 vs V: 20,4 ($p=0,001$).

Conclusiones

En esta cohorte de pacientes con EA grave, las mujeres mostraron más frecuentemente fracción de eyección preservada, patología tiroidea y depresión. También presentaban mayores tasas de fragilidad y dependencia en ABVD, así como un peor estado nutricional y mental. En los varones se objetivó mayor prevalencia de diabetes y cardiopatía isquémica, así como una mayor carga de comorbilidad.

COMUNICACIÓN 31 *MEJORES COMUNICACIONES, 2^{ER} PREMIO



NUEVAS HERRAMIENTAS PARA EL TRATAMIENTO DE LA CONGESTIÓN REFRACTARIA

Carlos Collado Macián, David Pujol Pocull, Marta María Cobo Marcos, Fernando Domínguez Rodríguez, Belén García Magallón.

Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda (Madrid).

Antecedentes

Varón de 85 años con múltiples comorbilidades (HTA, DL, FA parox, angina inestable, ERC, EPOC, hipotiroidismo) que ingresa por IC con FEVI preservada con congestión de predominio tisular y síndrome cardiorenal tipo I.

Descripción

Inicialmente se administró la dosis de furosemida intravenosa que tomaba el paciente basalmente (120 mg). Tras respuesta diurética aceptable (sodio urinario a las 2 horas 56 mmol/L y diuresis a las 6 horas 800 cc), se pautó dicha dosis cada 12 horas. 24 horas después, ante diuresis insuficiente (< 3 litros) se incrementó la dosis a 200 mg/12 horas. A pesar de ello la respuesta fue insuficiente por lo que se realizó terapia de combinación con clortalidona. Aunque la función renal mejoró (fig.1 y 2) y hubo un incremento en la diuresis, los signos de congestión persistían. Dado el predominio tisular de la congestión se optó por administrar la furosemida con suero salino hipertónico. La respuesta inicial fue favorable, sin embargo, ante la ausencia de euvolemia y el estancamiento ponderal se añadió acetazolamida y espirolactona.

Tras 15 días y altas dosis de diurético (furosemida 384 mg/24 h, clortalidona 25 mg/48h, espirolactona 50 mg/24 h, dapaglifozina 10 mg/24 h, acetazolamida 250 mg/24 h), aunque se había conseguido una pérdida ponderal de 10 kg (fig 3), los edemas bilaterales continuaban.

En ese momento se utilizó la estrategia vendaje compresivo de miembros inferiores con el objetivo de aumentar el paso de volumen extracelular a intravascular. La respuesta fue inmediata, con pérdida ponderal, desaparición de los edemas y mejoría de la función renal, lo que permitió el alta hospitalaria (fig 4) y la persistencia de la euvolemia 3 meses después.

Interés

La congestión refractaria, la factibilidad de aplicar el protocolo diurético, la estabilidad de función renal a pesar de dosis altas de diurético, la utilidad del suero salino hipertónico, y el vendaje compresivo como nueva estrategia para congestión extravascular.



Figura 1:

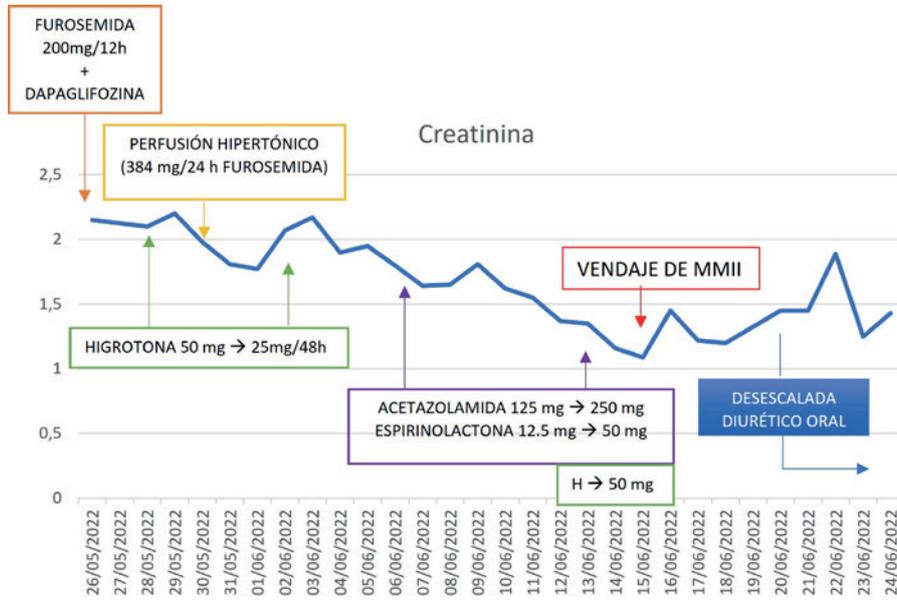


Figura 2:

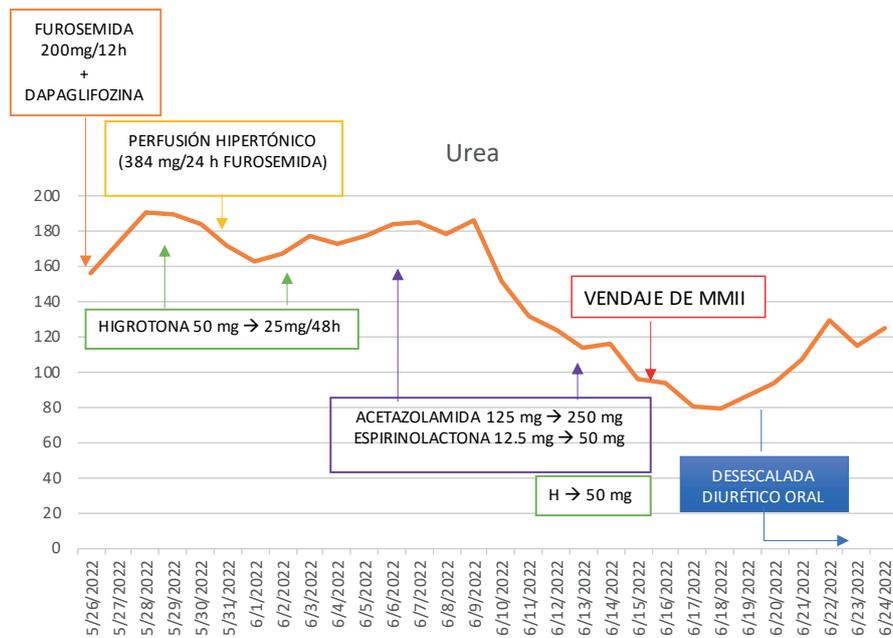


Figura 3:

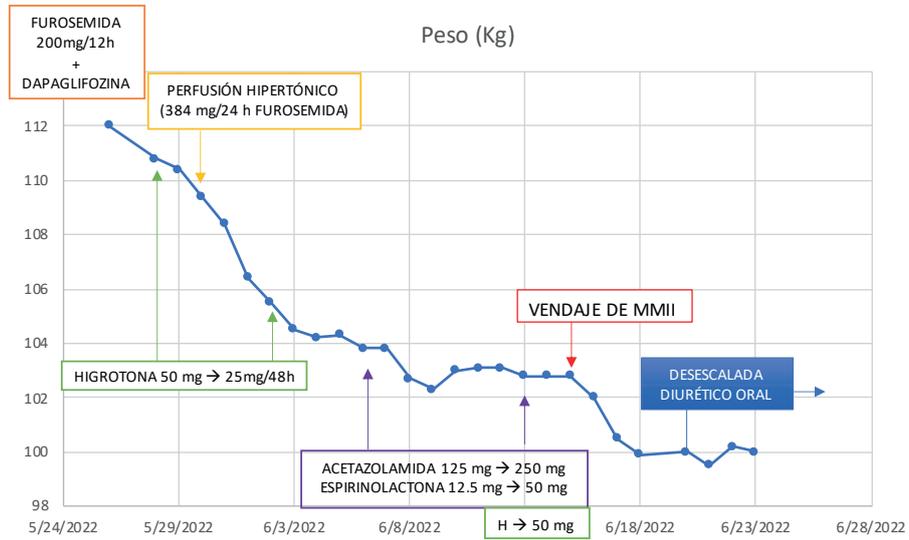


Figura 4:



Imágenes cedidas con el consentimiento del paciente.



COMUNICACIÓN 32

EFFECTO DEL INICIO DE LA POLIPÍLDORA CARDIOVASCULAR EN EL RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS.

Jeffrey Magallanes Gamboa, Antonio Gallegos Polonio, Beatriz Torres Ceballos, Karla Marin Mori.

UCAPI. Medicina Interna. Hospital Nuestra señora del Prado.

Objetivo

Analizar el impacto del inicio del tratamiento con la polipíldora-cardiovascular en las cifras de presión arterial (PA) y colesterol ligado a lipoproteínas de baja densidad (LDL), de una muestra de pacientes crónicos complejos ≥ 65 años en los que se hizo una valoración integral, conciliación y adecuación terapéutica.

Material y métodos

Se registraron todos los pacientes valorados en una unidad de pacientes crónicos complejos a los que se les prescribió la polipíldora-CV en el primer trimestre del año 2022. Se analizaron los fármacos que previamente recibía el paciente para dislipemia e hipertensión arterial y los resultados en su riesgo cardiovascular.

Resultados

Analizamos 17 pacientes con una edad media de $81,2 \pm 7,3$ años y la mayoría mujeres (62,9%). El 70,6% con un evento CV previo. El 76,5% estaba con IECA/ARA-2, 94,1% con estatinas y el 100% con antiagregación. El 82,4% tenía un riesgo cardiovascular muy alto y el resto, alto. Media de riesgo individualizado a 10 años de 70,4%. Con una media en el tratamiento habitual de $10,9 \pm 3,3$ fármacos. Realizamos un seguimiento medio de 101 ± 44 días. Observamos un descenso del colesterol LDL de -2,1, disminuyendo en el 60% de los casos.

Además, se objetivó un aumento medio del HDL de 3,6, descenso del CT de 4,7 y de triglicéridos, de 41,8. Documentamos una reducción de la PA sistólica -24,85, consiguiendo un adecuado control en el 100% de los pacientes (previamente 29,4%). Encontrando una disminución del riesgo CV a 10 años de $65,3 \pm 30,3$.

Conclusiones

El inicio del tratamiento con la polipíldora-CV, incluso en pacientes ancianos crónicos complejos mejora el riesgo cardiovascular de forma significativa. Además, disminuir la carga de medicamentos y mejorar la adherencia terapéutica.

**REUNIÓN 2022 DE LA SECCIÓN
DE CARDIOLOGÍA GERIÁTRICA
DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
CARDIOLOGÍA.**

COMUNICACIONES Y CASOS CLÍNICOS



SOCIEDAD
ESPAÑOLA DE
CARDIOLOGÍA



Sección de
Cardiología
Geriátrica