



Reunión anual de la Sección de Cardiología Geriátrica

Toledo, 24-25 de septiembre de 2026

Reunión anual de la sección de Cardiología Geriátrica 2026

Toledo, 24-25 de septiembre de 2026

Presidenta de la Sección	Dra. Carolina Robles Gamboa
Presidente electo	Dr. César Jiménez Méndez
Vocales	Dr. Eduardo Enríquez Rodríguez Dra. Cristina Goena Vives

Comité Científico

Dra. Carolina Robles Gamboa
Dr. César Jiménez Méndez
Dr. Eduardo Enríquez Rodríguez
Dra. Cristina Goena Vives
Dr. José Ángel Pérez Rivera
Dr. David Martí Sánchez

Las comunicaciones de este suplemento han sido revisadas por el Comité Científico de la Sección de Cardiología Geriátrica de la Sociedad Española de Cardiología y se publican respetando el criterio de los autores. REC Publications no es responsable de errores o discrepancias.

REC: CardioClinics

www.reccardioclinics.org

Reunión anual de la Sección de Cardiología Geriátrica

Toledo, 24-25 de septiembre de 2026

COMUNICACIONES ORALES

1. CÓDIGO IAM EN NONAGENARIOS: EXPERIENCIA DE UN CENTRO

Mercedes Vicente de Vera Bueno, Judit Rodríguez López, Gil Bonet Pineda, María Ferrero Guillem, Claudia Scardino y Esther Sanz Girgas

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Joan XXIII, Tarragona.

Introducción y objetivos: El envejecimiento poblacional ha incrementado las activaciones de código infarto en nonagenarios. Su manejo y tratamiento puede verse condicionado por la situación funcional previa. Este estudio tiene como objetivo describir el perfil basal, la presentación clínica, el manejo intrahospitalario, las complicaciones agudas y la mortalidad hospitalaria de estos pacientes.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de los 66 pacientes ≥ 90 años activados como código infarto en un centro de referencia en el periodo comprendido entre enero de 2020 y diciembre de 2025. Se analizaron variables demográficas, clínicas y evolutivas.

Resultados: Edad media $91,7 \pm 1,9$ años (50% mujeres). El 60,9% era independiente funcionalmente con una puntuación media del índice de Barthel de $75,4 \pm 19,8$ ($N = 33$). Como características basales, presentaban hipertensión arterial (69,7%), dislipemia (43,9%), diabetes mellitus tipo 2 (33,3%), tabaquismo (50%), cardiopatía previa (75,7%), vasculopatía periférica (6,06%), accidente cerebrovascular (0%), neoplasia previa o activa 10,6%. El 20% ingresó en Killip III-IV. Se realizó coronariografía al 75,8% y angioplastia al 74,2%, con afectación predominante con enfermedad de 1 vaso (43,86%). El 21,5% requirió fármacos vasoactivos y un 9,38% ventilación mecánica. El diagnóstico definitivo mayoritario fue IAMCEST (80,3%) y el 16,7% presentaba diagnóstico distinto a síndrome coronario agudo. Complicaciones intrahospitalarias: arritmias auriculares (27%), síndrome confusional agudo (20,6%), infecciones (7,5%) y sangrado mayor (6,1%). Mortalidad intrahospitalaria: 30%.

Conclusiones: Los nonagenarios activados como código infarto en nuestro centro presentaban pocas comorbilidades basa-

les y un buen estado funcional, aunque solo constaba el índice de Barthel previo en el 50% de los pacientes. Se realizó angioplastia en el 75,8%. El porcentaje de activaciones erróneas es similar al del resto de grupos de edad. El hecho de que el 20% presente clínica Killip III-IV podría justificar la elevada mortalidad hospitalaria.

2. PREDICTORES DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA EN PACIENTES NONAGENARIOS ACTIVADOS COMO CÓDIGO INFARTO

Mercedes Vicente de Vera Bueno, Judit Rodríguez López, Gil Bonet Pineda, María Ferrero Guillem, Claudia Scardino y Esther Sanz Girgas

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Joan XXIII, Tarragona.

Introducción y objetivos: La mortalidad en nonagenarios activados como código infarto puede estar condicionada por otros factores, además de las actuaciones terapéuticas. La finalidad de este estudio es analizar el impacto de las características basales, la presentación clínica y las actuaciones terapéuticas en la mortalidad hospitalaria de esta población.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de los 66 pacientes nonagenarios activados como código infarto en un centro de referencia entre enero de 2020 y diciembre de 2025. Se analizaron características basales, variables clínicas y evolutivas y tratamientos.

Resultados: El análisis univariante mostró como predictores de mortalidad intrahospitalaria la presentación Killip III-IV (OR 16,71; $p < 0,001$), la no realización de angioplastia (OR 0,13; $p = 0,004$), el delirium (OR 5,92; $p = 0,008$) y la infección nosocomial (OR 11,71; $p = 0,034$). En el análisis multivariante, se identificaron como factores independientes el Killip III-IV (OR 15,92; $p = 0,004$) y el delirium (OR 12,29; $p = 0,04$), lo que anuló el aparente efecto protector de la angioplastia ($p = 0,287$). El análisis de la decisión de realizar angioplastia confirmó un sesgo de selección: la presentación Killip III-IV redujo la probabilidad de angioplastia en un 90% (OR 0,10; $p = 0,007$). En el seguimiento, no se observó un beneficio estadísticamente significativo de la angioplastia en la supervivencia (*log-rank* $p = 0,703$).

Tabla 1. Características según reconsulta a 30 días (N = 425)

Variable	No reconsulta (n = 314)	Reconsulta (n = 111)	p
Variables continuas, media $\pm$ DE			
Edad (años)	87,8 $\pm$ 4,6	88,2 $\pm$ 5,1	0,413
Creatinina previa (mg/dl)	1,27 $\pm$ 0,48	1,28 $\pm$ 0,66	0,870
Creatinina al alta (mg/dl)	1,36 $\pm$ 0,58	1,30 $\pm$ 0,71	0,405
Dosis diurético alta (mg)	61,15 $\pm$ 29,24	65,27 $\pm$ 31,09	0,227
Variables categóricas, n (%)			
Sexo varón	129 (41,1%)	37 (33,3%)	0,150
Institucionalizado	38 (12,1%)	26 (23,6%)	0,004
Ayuda domiciliar/familiar	217 (69,1%)	71 (64,5%)	0,378
Demencia	60 (19,1%)	16 (14,4%)	0,267
Síndrome confusional al ingreso	84 (35,0%)	35 (41,2%)	0,310
HTA	242 (77,1%)	88 (79,3%)	0,631
Dislipemia	178 (56,7%)	58 (52,3%)	0,419
Diabetes	127 (40,4%)	48 (43,2%)	0,607
Fibrilación auricular	149 (47,5%)	55 (49,5%)	0,704
EPOC	89 (28,3%)	25 (22,5%)	0,234
ERC	130 (41,4%)	36 (32,4%)	0,096
Anemia	142 (45,2%)	61 (55,0%)	0,078
Cardiopatía isquémica	102 (32,5%)	29 (26,1%)	0,212
Polifarmacia	206 (65,6%)	75 (68,2%)	0,623
Médico primaria 30 d	75 (23,9%)	44 (40,0%)	0,001

Tabla 2. Modelo multivariante de reconsulta (n = 424)

Variable	OR ajustado	IC95%	p
Institucionalizado	2,03	1,11-3,68	0,021
Médico de atención primaria 30 d	2,04	1,27-3,25	0,003
Enfermedad renal crónica	0,7	0,44-1,12	0,142
Sexo varón	0,83	0,52-1,33	0,446
Edad (por año)	1	0,95-1,05	0,988

Tabla 3. Efecto de la institucionalización

Método	% inst.	% control	OR (IC95%/p)
Crudo	40,6	23,3	2,25 (1,29-3,92)
Propensity Score	40,3	22,6	2,38 (p = 0,052)
Multivariante	—	—	2,03 (1,11-3,68)

Conclusiones: La mortalidad intrahospitalaria en nonagenarios activados como código infarto en nuestro centro se relaciona con la presentación Killip y el *delirium*. La edad no condiciona el manejo invasivo per se, pero sí lo hace el Killip.

3. PREDICTORES INDEPENDIENTES DE RECONSULTA PRECOZ POR INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA EN PACIENTES DE 80 O MÁS AÑOS

Inés Martínez Salgado¹, Pedro Manuel López Castro², María Hernández Tejedor¹, Diego Manuel de la Eranueva Calvo¹ y Pablo Herrero Puente³

¹Servicio de Cardiología, Área de Gestión Clínica del Corazón, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias. ²Área de Gestión Clínica de Geriátrica, Hospital Monte Naranco, Oviedo, Asturias. ³Área de Gestión Clínica de Urgencias, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias.

Introducción y objetivos: La reconsulta a 30 días tras un episodio de insuficiencia cardiaca aguda (ICA) es frecuente en el paciente anciano y se asocia a peor pronóstico. Identificar predictores independientes de reconsulta permite priorizar las intervenciones de transición al alta. El objetivo fue determinar los factores asociados de forma independiente a la reconsulta por ICA a 30 días en pacientes de 80 o más años atendidos en urgencias.

Métodos: Estudio de cohortes retrospectivo en un hospital de tercer nivel. Se analizaron pacientes de 80 o más años con ICA en urgencias, excluyendo a los fallecidos a 30 días. La variable principal fue la reconsulta a 30 días por episodio de ICA. Se realizó un análisis uni y bivalente, además de regresión logística multivariante y, para la institucionalización, emparejamiento 1:1 por *propensity score*.

Resultados: Se analizó una muestra de 425 pacientes, con una edad media de 87,9 años y un 60,9% de mujeres. La reconsulta a 30 días fue del 26,1%. Entre quienes reconsultaron fueron más frecuentes la institucionalización (23,6 frente a 12,1%; p = 0,004) y la consulta en atención primaria en los 30 días (40,0% frente a 23,9%; p = 0,001). En el análisis multivariante ambas fueron predictores independientes: la institucionalización (OR 2,03; IC95% 1,11-3,68) y la atención primaria (OR 2,04; IC95% 1,27-3,25). La enfermedad renal crónica mostró una tendencia no significativa (OR 0,70; p = 0,14), y el sexo y la edad no fueron predictores. El efecto de la institucionalización se mantuvo tras el emparejamiento por *propensity score* (OR 2,38).

Conclusiones: En mayores de 80 años con ICA, la institucionalización y el seguimiento por atención primaria predicen de forma independiente la reconsulta precoz. El riesgo se centra en la situación social y asistencial más que en la comorbilidad médica, lo que orienta hacia intervenciones de cuidados en estos campos de actuación.

4. SÍNDROME CONFUSIONAL E INSTITUCIONALIZACIÓN EN LA INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA DEL ANCIANO

Inés Martínez Salgado¹, Pedro Manuel López Castro², Juan Francisco Ortiz de Zárate Pulido¹, Diego Manuel de la Eranueva Calvo¹, María Hernández Tejedor¹ y Pablo Herrero Puente³

¹Servicio de Cardiología, Área de Gestión Clínica del Corazón, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias. ²Área de Gestión Clínica de Geriátrica, Hospital Monte Naranco, Oviedo, Asturias. ³Área de Gestión Clínica de Urgencias, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias.

Introducción y objetivos: El síndrome confusional agudo (*delirium*) es un trastorno frecuente en el anciano hospitalizado, marcador de vulnerabilidad y asociado a peor pronóstico. Su prevalencia y sus determinantes en la insuficiencia cardiaca aguda (ICA) del paciente mayor han sido menos estudiados. El objetivo fue describir la prevalencia del síndrome confusional al ingreso en pacientes de 80 o más años con ICA, identificar sus predictores independientes y analizar su relación con la reconsulta a 30 días.

Métodos: Estudio observacional analítico de cohortes retrospectivo en un hospital de tercer nivel, en pacientes de 80 o más años con ICA atendidos en urgencias y con registro del cuadro confusional al ingreso recogido de la historia clínica. Se compararon las características de quienes presentaban o no *delirium* (chi-cuadrado o test exacto de Fisher y t de Student), se identificaron sus determinantes mediante regresión logística multivariante y se evaluó la relación con la reconsulta a 30 días.

Resultados: Se analizaron 325 pacientes ingresados en los servicios de Geriátrica, Cardiología y Medicina Interna. El delirium afectó al 36,6%. Presentaban un perfil de paciente de mayor edad, con 89,3 años de media ($p = 0,003$), y con mayor frecuencia institucionalizado (31,9 frente a 8,7%; $p < 0,001$), además de presentar menos diabetes (32,8 frente a 44,7%; $p = 0,035$). En el análisis multivariante, el único factor independiente fue la institucionalización (OR 4,24; IC95% 2,22-8,09; $p < 0,001$). La edad y la demencia perdieron significación al ajustar por las demás variables. El cuadro confusional no predijo la reconsulta a 30 días (OR 1,30; IC95% 0,78-2,16; $p = 0,31$).

Tabla 1. Características según síndrome confusional al ingreso (n = 325)

Variable	Sin delirium (n = 206)	Con delirium (n = 119)	p
Variables continuas, media $\pm$ DE			
Edad (años)	87,6 $\pm$ 4,8	89,3 $\pm$ 4,8	0,003
Creatinina previa (mg/dl)	1,32 $\pm$ 0,59	1,30 $\pm$ 0,55	0,755
Creatinina al alta (mg/dl)	1,41 $\pm$ 0,68	1,33 $\pm$ 0,61	0,302
Dosis diurético alta (mg)	61,94 $\pm$ 29,77	57,80 $\pm$ 28,02	0,212
Variables categóricas, n (%)			
Sexo varón	84 (40,8%)	42 (35,3%)	0,328
Institucionalizado	18 (8,7%)	38 (31,9%)	< 0,001
Ayuda domiciliaria/familiar	164 (79,6%)	84 (70,6%)	0,065
Demencia	37 (18,0%)	19 (16,0%)	0,646
HTA	156 (75,7%)	95 (79,8%)	0,395
Dislipemia	114 (55,3%)	67 (56,3%)	0,866
Diabetes	92 (44,7%)	39 (32,8%)	0,035
Fibrilación auricular	99 (48,1%)	57 (47,9%)	0,978
EPOC	53 (25,7%)	37 (31,1%)	0,298
ERC	79 (38,3%)	43 (36,1%)	0,691
Anemia	91 (44,2%)	61 (51,3%)	0,217
Cardiopatía isquémica	67 (32,5%)	31 (26,1%)	0,221
Polifarmacia	139 (67,5%)	76 (63,9%)	0,508
Reconsulta 30 d	50 (24,3%)	35 (29,4%)	0,310

Tabla 2. Predictores independientes del síndrome confusional (multivariante, n = 325)

Variable	OR ajustado	IC95%	p
Institucionalizado	4,24	2,22-8,09	< 0,001
Edad (por año)	1,04	0,99-1,09	0,129
Demencia	0,86	0,45-1,62	0,632
Sexo varón	0,98	0,6-1,61	0,943

Tabla 3. Asociaciones del síndrome confusional (OR crudo)

Asociación con	OR (IC95%)	p
Institucionalización	4,9 (2,64-9,09)	< 0,001
Demencia	0,87 (0,47-1,59)	0,646
Reconsulta a 30 días	1,3 (0,78-2,16)	0,310

Conclusiones: El síndrome confusional al ingreso es muy frecuente en el anciano con ICA y se asocia de forma independiente con la institucionalización, no con la demencia ni, tras el ajuste, con la edad. Al no predecir la reconsulta precoz, su valor pronóstico podría encontrarse en otras va-

riables, como la mortalidad o el deterioro funcional, no analizadas en este estudio.

5. FINERENONA EN PACIENTES DE 84 AÑOS CON INSUFICIENCIA CARDIACA: SEGURIDAD RENAL Y ELECTROLÍTICA EN VIDA REAL

Inés Martínez Salgado¹, Víctor Delgado Botas¹,
Carolina García Lamigueiro²
y José María Fernández Rodríguez²

¹Servicio de Cardiología, Área de Gestión Clínica del Corazón, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias.

²Servicio de Medicina Interna. Área de Gestión Clínica de Medicina Interna, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias.

Introducción y objetivos: La edad avanzada, la enfermedad renal crónica y la polifarmacia son los principales motivos de no prescripción de los antagonistas del receptor mineralocorticoide, por temor a la hiperpotasemia y al deterioro renal. Los pacientes ancianos están infrarrepresentados en los ensayos clínicos, por lo que la decisión de tratar con finerenona se toma con escasa evidencia. El objetivo fue describir la seguridad renal y electrolítica de finerenona en pacientes de 84 o más años con insuficiencia cardiaca, multimorbilidad y polifarmacia, en condiciones de práctica clínica real.

Métodos: Cohorte observacional retrospectiva de 17 pacientes de 84 o más años, diabéticos y con enfermedad renal crónica conocida. Se determinaron el potasio, la creatinina y el filtrado glomerular basales y de seguimiento. Se realizó un análisis estadístico descriptivo univariante y una comparación pareada intrasujeto mediante la prueba de Wilcoxon.

Resultados: Presentaban una edad media de 88,6 años, con un 76% de mujeres (13 pacientes) y un 35% de nonagenarios (6 pacientes). Se objetivó un filtrado glomerular medio de 40 ml/min y una toma ambulatoria media de 6,9 fármacos cardiovasculares. Tras un seguimiento mediano de 20 meses, el potasio se mantuvo estable (variación mediana -0,1 mEq/l; $p = 0,79$). Ningún paciente superó un potasio de 5,5 mEq/l y solo se registró un caso de hiperpotasemia. No hubo deterioro del filtrado glomerular superior al 30%. La función renal se mantuvo estable (39 a 40 ml/min; $p = 0,23$) y la urea descendió (122 a 106 mg/dl; $p = 0,024$). La finerenona se suspendió en 2 pacientes (12%).

Conclusiones: Incluso en pacientes de 84 o más años con enfermedad renal crónica y polifarmacia, la finerenona mostró un perfil de seguridad renal y electrolítica favorable, sin hiperpotasemia grave ni deterioro renal. La edad avanzada, por sí sola, no debería justificar la no prescripción.

6. VALIDACIÓN PROSPECTIVA DEL MODELO PREDICTIVO Y SCORE T-AMYLO PARA EL DIAGNÓSTICO DE ATTR-CM: ESTUDIO PROVALTA

Cristina Goena-Vives¹, Xabier Arana-Achaga¹,
Rocío Eiros-Bachiller², Mario Sutil-Vega³, Isabel Fiteni-Mera⁴
y Laura Bernal⁵

¹Unidad de Insuficiencia Cardiaca y Enfermedades Cardíacas Hereditarias, Departamento de Cardiología, Hospital Universitario Donostia, San Sebastián, Guipúzcoa; Instituto de Investigación en Salud BioGipuzkoa, San Sebastián, Guipúzcoa. ²Departamento de Cardiología, Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca; CIBER Cardiovascular, Instituto de Salud Carlos III, Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca (IBSAL), Salamanca.

³Departamento de Cardiología, Hospital Universitario Parc Taulí.

Institut d'Investigació e Innovació Parc Taulí (I3PT), Sabadell,

Barcelona. ⁴Departamento de Medicina Interna, Hospital Rojo Villanova, Zaragoza. ⁵Pfizer España S.L.U., Madrid.

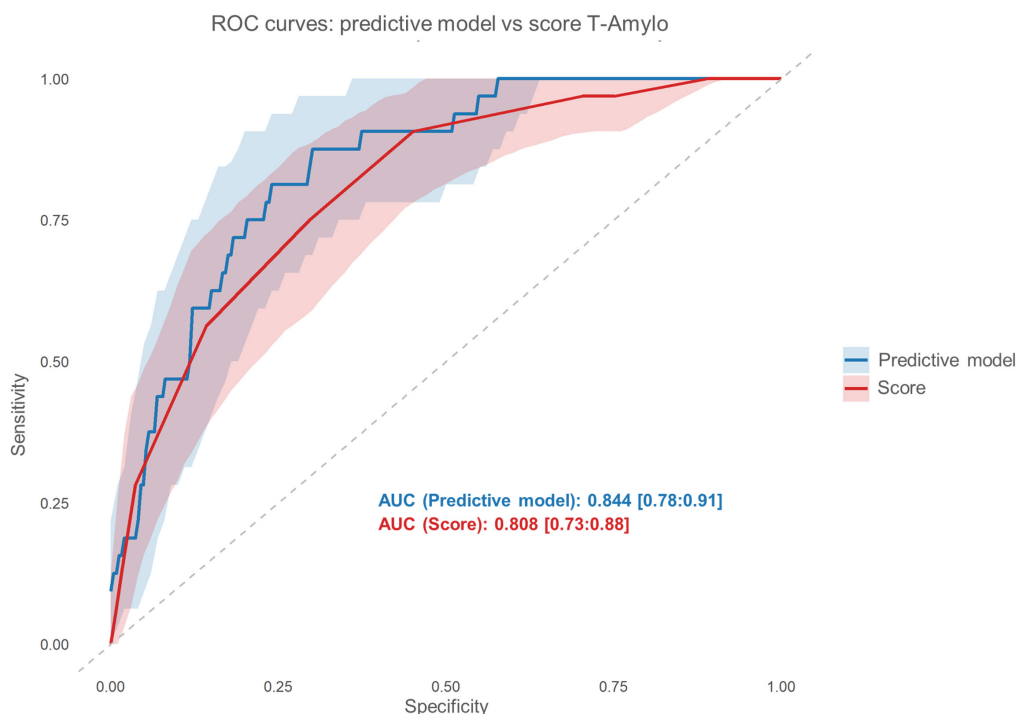


Figura 1. Curvas características de funcionamiento del receptor que muestran discriminación tanto para el modelo de predicción (azul) como para la puntuación simplificada (rojo).

Introducción y objetivos: La amiloidosis cardiaca por transtirretina (ATTR-CM) sigue infradiagnosticada y la ausencia de herramientas de cribado contribuyen a su retraso diagnóstico. El T-Amylo se desarrolló en una cohorte retrospectiva para facilitar la identificación temprana de ATTR-CM. El objetivo principal de este estudio es validar prospectivamente el rendimiento diagnóstico del modelo predictivo y score T-Amylo en un entorno clínico real.

Métodos: Estudio observacional prospectivo y multicéntrico que incluyó pacientes ≥ 65 años con hipertrofia septal (≥ 12 mm) y al menos una *red flag* sugestiva de ATTR-CM según el consenso ESC. El modelo predictivo y score T-Amylo se aplicaron *a priori*. El rendimiento diagnóstico se evaluó utilizando el área bajo la curva (AUC), sensibilidad, especificidad y valores predictivos. La significación estadística en comparación con el modelo original se evaluó utilizando la prueba exacta de Fisher y el Z-test.

Resultados: De los 372 pacientes, 367 fueron incluidos en el análisis final; 32 (8,7%) fueron ATTR-CM (ausencia de componente monoclonal y grado Perugini 2-3 en gammagrafía). El modelo predictivo T-Amylo demostró buena discriminación (AUC 0,84; IC95% 0,78-0,91), con 91% de sensibilidad, 93% de especificidad, un excelente valor predictivo negativo (VPN) del 98% y un valor predictivo positivo (VPP) del 44%. El score simplificado mostró un rendimiento comparable, con un AUC de 0,81 [0,73-0,88]; 97% de sensibilidad y 96% de especificidad (VPN 99%; PPV 50%) (figura 1). La precisión diagnóstica fue consistente según la edad, el sexo y el número de *red flags*.

Conclusiones: PROVALTA es la primera validación multicéntrica prospectiva del modelo predictivo y score T-Amylo. Demostró un excelente rendimiento para descartar ATTR-CM, permitiendo una exclusión fiable y reduciendo potencialmente pruebas diagnósticas innecesarias. También identificó de forma fiable a pacientes con alto riesgo de ATTR-CM, permitiendo el cribado en poblaciones mayores.

7. CONSISTENCIA DEL RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DEL T-AMYLO ENTRE SUBGRUPOS DE PACIENTES: ESTUDIO PROVALTA

Cristina Goena-Vives¹, Inés Toranzo-Nieto², Paula Menéndez-Suárez³, Diego Mialdea-Salmerón⁴, Marta Pajares⁵ e Irene Francisco-Recuero⁵

¹Unidad de Insuficiencia Cardíaca y Enfermedades Cardíacas Hereditarias, Departamento de Cardiología, Hospital Universitario Donostia, San Sebastián, Guipúzcoa; Instituto de Investigación en Salud BioGipuzkoa, San Sebastián, Guipúzcoa. ²Departamento de Cardiología, Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca; CIBER Cardiovascular, Instituto de Salud Carlos III, Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca (IBSAL), Salamanca.

³Departamento de Cardiología, Complejo Asistencial Universitario de León, León. ⁴Departamento de Cardiología, Hospital Universitario Punta de Europa, Cádiz. ⁵Pfizer España S.L.U., Madrid.

Introducción y objetivos: La amiloidosis cardiaca por transtirretina (ATTR-CM) tiene una presentación clínica heterogénea. Garantizar que las herramientas de predicción diagnóstica mantengan un rendimiento consistente en diferentes perfiles de pacientes es esencial para su aplicabilidad clínica. El objetivo del estudio fue evaluar la consistencia del rendimiento diagnóstico del modelo de predicción y score T-Amylo entre subgrupos predefinidos según sexo, edad y número de *red flags*.

Métodos: Estudio observacional prospectivo y multicéntrico que incluyó pacientes ≥ 65 años con hipertrofia septal (≥ 12 mm) y al menos una *red flag* sugestiva de ATTR-CM. El modelo de predicción y score T-Amylo se aplicaron *a priori*. El rendimiento diagnóstico se evaluó utilizando sensibilidad, especificidad, valores predictivos positivos y negativos, curvas características receptor-operativo y el área bajo la curva (AUC) entre subgrupos predefinidos.

Comunicación 7**Tabla 1. Rendimiento diagnóstico del modelo de predicción y score simplificado T-Amylo en los diferentes subgrupos especificados**

Subgrupo	N	Sensibilidad (%)	Especificidad (%)	VPN (%)	VPP (%)	AUC (IC95%)
Modelo de predicción T-Amylo						
Población total	278*	91	93	98	44	0,84 (0,78-0,91)
Sexo						
Hombre	151	100	88	100	44	0,84 (0,77-0,91)
Mujer	127	63	98	97	40	0,84 (0,74-0,94)
Edad						
< 80 años	132	100	98	100	40	0,89 (0,83-0,96)
≥ 80 años	146	87	88	95	44	0,80 (0,71-0,89)
N.º red flags						
1-3	203	90	94	98	43	0,85 (0,78-0,93)
4-7	59	92	87	95	45	0,76 (0,62-0,91)
Score simplificado T-Amylo						
Población total	278*	97	96	99	50	0,81 (0,73-0,88)
Sexo						
Hombre	151	100	94	100	53	0,78 (0,69-0,88)
Mujer	127	88	99	99	0	0,82 (0,67-0,97)
Edad						
< 80 años	132	100	98	100	40	0,88 (0,81-0,95)
≥ 80 años	146	96	95	97	54	0,76 (0,66-0,86)
N.º red flags						
1-3	203	100	97	100	55	0,82 (0,73-0,90)
4-7	59	92	91	90	43	0,75 (0,59-0,90)
VPN: valor predictivo negativo; VPP: valor predictivo positivo; AUC: área bajo la curva. *Pacientes con diagnóstico concluyente de ATTR-CM (positivo o negativo).						

Resultados: El estudio incluyó a 367 pacientes, 32 de ellos con ATTR-CM confirmada. La edad media era ~ 80 años, con una ligera predominancia de mujeres (52%). El rendimiento diagnóstico del modelo de predicción T-Amylo fue consistente entre sexos, con idéntica discriminación en hombres y mujeres (AUC 0,84 en ambos). El rendimiento se mantuvo constante en todos los grupos de edad (< 80 vs. ≥ 80 años), con valores de AUC de 0,89 y 0,80, respectivamente, así como en función de las red flags (1-3 vs. 4-7), con valores de AUC de 0,85 y 0,76, respectivamente, y valores predictivos negativos altos en todos los subgrupos. De manera similar, el score demostró un rendimiento robusto, manteniendo alta especificidad y valor predictivo negativo independientemente del sexo, edad y red flags, sin pérdida clínicamente relevante de precisión diagnóstica en ningún subgrupo.

Conclusiones: La precisión diagnóstica tanto del modelo de predicción T-Amylo como de la puntuación simplificada se mantiene independientemente del sexo, la edad y distintos perfiles de riesgo clínico, confirmando su robustez y aplicabilidad en un amplio espectro de pacientes.

8. AMILOIDOSIS CARDIACA POR TRANSTIRRETINA WILD-TYPE EN LA MUJER MAYOR: ¿UN FENOTIPO DE MAYOR VULNERABILIDAD?

Enrique Pablo Palomero Camacho, Beatriz García Díaz, Jon Sainz Portero, Miguel Malo Pueyo, Lara Aguilar Iglesias y Jose Ángel Pérez Rivera

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Burgos, Burgos.

Introducción y objetivos: La amiloidosis cardiaca por transtirretina wild-type (ATTR-wt) es una cardiopatía infiltrativa pro-

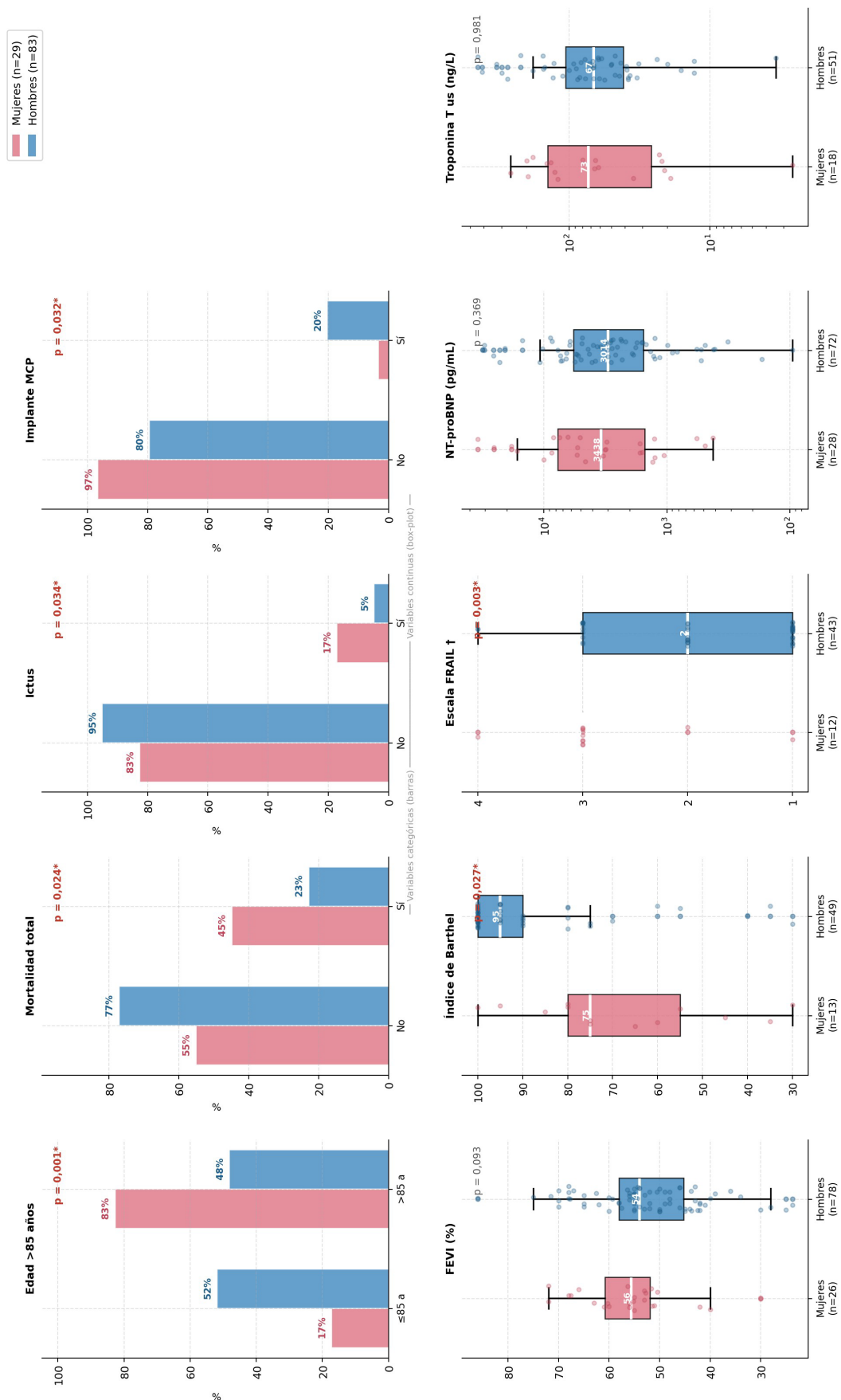
pia del paciente mayor. Describimos las diferencias por sexos de características clínicas, analíticas y de eventos de los pacientes con ATTR-wt en nuestra provincia.

Métodos: Estudio observacional, multicéntrico y retrospectivo. Se incluyeron pacientes con diagnóstico definitivo de ATTR-wt entre junio de 2023 y enero de 2025, realizando seguimiento hasta marzo de 2026. Se recogieron variables clínicas, geriátricas, ecocardiográficas y analíticas. Se realizó el análisis comparativo por sexos mediante chi cuadrado y t-Student o U-Mann Whitney.

Resultados: Se incluyeron un total de 112 pacientes. La edad fue avanzada, con un 57,3% (n = 64) de pacientes mayores de 85 años. La carga de comorbilidad fue alta (índice de Charlson ≥ 7 en 62, 55,4%). Un 33% (n = 20) presentaba fragilidad relevante (FRAIL ≥ 3) y un 16,1% (n = 10) dependencia funcional significativa (Barthel < 60). El 81,3% (n = 91) estaba sintomático al diagnóstico, con clase funcional avanzada en el 31,8% (n = 34). La FEVI estaba conservada en el 65,2%. Solo 12 pacientes (10,7%) recibía tafamidis y 101 (76%) algún diurético. Durante el seguimiento, un 41,1% (n = 46) ingresó por insuficiencia cardiaca, un 16,1% (n = 18) precisó marcapasos y un 28,6% (n = 32) falleció. Las mujeres (25,9%, n = 29) presentaron mayor edad, fragilidad y dependencia que los hombres (FRAIL ≥ 3: 75 vs. 22,9%, p = 0,03; Barthel < 60: 38,5 vs. 10,2%, p = 0,01), asociándose a mayor mortalidad (44,8 vs. 22,9%, p = 0,024) e ictus (17,2 vs. 4,8%, p = 0,03), mientras que el implante de marcapasos fue más frecuente en hombres (20,5 vs. 3,4%, p = 0,03) (figura 1, tabla 1).

Conclusiones: La ATTR-wt define un perfil típicamente geriátrico: edad avanzada, alta comorbilidad, fragilidad y dependencia frecuentes con bajo uso de terapia específica. La fragilidad y dependencia funcional, más marcadas en mujeres, se asocian a un peor pronóstico, lo que sugiere la necesidad de un manejo específico.

Comparación por sexo — Amiloidosis cardíaca



* p < 0,05 | NT-proBNP y Troponina T en escala logarítmica | † La ausencia de caja en mujeres refleja que Q1, mediana y Q3 coinciden (distribución muy concentrada en valores altos)

Comunicación 8. Figura

Comunicación 8**Tabla 1. Comparación de características clínicas, de fragilidad, analíticas y de seguimiento por sexo**

Parámetro	Mujeres (n = 29)	Hombres (n = 83)	p
Características clínicas y geriátricas			
*Edad > 85 años	82,8% (n = 29)	48,1% (n = 83)	0,001
NYHA III-IV	42,3% (n = 26)	28,4% (n = 74)	0,185
Disnea al diagnóstico	82,8% (n = 29)	80,7% (n = 83)	0,809
Índice de Charlson (≥ 7 puntos)	62,1% (n = 18)	53% (n = 44)	0,398
Fragilidad y dependencia funcional**			
*Frágil (FRAIL ≥ 3)	75,0% (n = 12)	22,9% (n = 48)	0,03
*Dependencia (Barthel < 60)	38,5% (n = 13)	10,2% (n = 49)	0,014
Analítica			
NT-proBNP (pg/ml) [†]	3.439 [1.518-7.717] (n = 28)	3.014 [1.547-5.747] (n = 72)	0,369
Hs-TnT (ng/l) [†]	73 [26-142] (n = 18)	67 [42-128] (n = 52)	0,981
Ecocardiograma			
FEVI conservada ($\geq 50\%$)	79,3% (n = 29)	60,2% (n = 83)	0,093
Disfunción VD (TAPSE < 17 mm)	62,5% (n = 29)	57,4% (n = 83)	0,716
Eventos durante el seguimiento			
Ingreso por IC	37,9% (n = 29)	42,2% (n = 83)	0,690
*Implante MCP	3,4% (n = 29)	20,5% (n = 83)	0,032
*Ictus	17,2% (n = 29)	4,8% (n = 83)	0,034
*Mortalidad total	44,8% (n = 29)	22,9% (n = 83)	0,024

N = 112 (mujeres n = 29; hombres n = 83). *Filas resaltadas en amarillo: p < 0,05. **Datos disponibles en subgrupo (FRAIL n = 60; Barthel n = 62). [†]Mediana [RIC]. FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; Hs-TnT: troponina T de alta sensibilidad; IC: insuficiencia cardíaca; MCP: marcapasos; NT-proBNP: fragmento N-terminal del péptido natriurético cerebral; NYHA: New York Heart Association; TAPSE: excursión sistólica del plano del anillo tricuspídeo; VD: ventrículo derecho; p: chi-cuadrado de Pearson o prueba exacta de Fisher para variables categóricas; asociación lineal para variables continuas categorizadas.

9. VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL, FUNCIONAL Y ANTROPOMÉTRICA: VALOR PRONÓSTICO EN PACIENTES MAYORES CON INFARTO DE MIOCARDIO

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

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

²Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Isabel I, Burgos.

Introducción y objetivos: La evolución del infarto agudo de miocardio (IAM) en pacientes mayores está determinada por

diversos factores que añaden complejidad a la misma. El objetivo de este estudio es realizar una valoración geriátrica, nutricional, antropométrica y funcional en pacientes ≥ 70 años con IAM y conocer su papel pronóstico.

Métodos: Se diseñó un estudio de cohortes prospectivo con pacientes ≥ 70 años dados de alta por IAM en nuestro centro. Además del estudio habitual, previo al alta se realizó una valoración geriátrica integral. Durante el mes posterior se completó un estudio antropométrico, incluyendo absorciometría de rayos X de doble energía (DEXA), y funcional con test de la marcha de 4 metros y dinamometría. Se realizó seguimiento mediante revisión de historia clínica a los 6 y 12 meses tras el alta, definiendo un evento combinado de

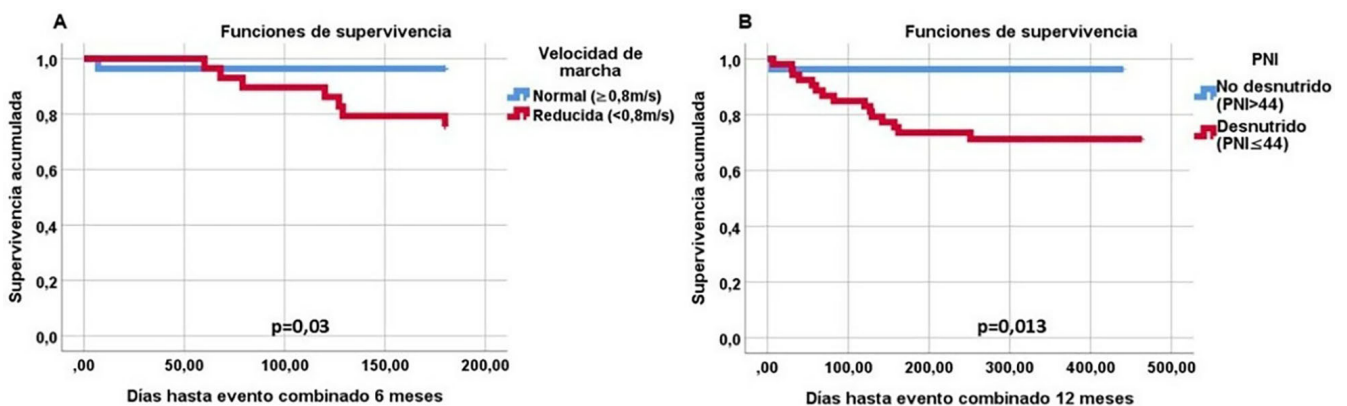


Imagen 1. Curvas de supervivencia de Kaplan-Meier. PNI=Prognostic Nutritional Index. La **gráfica A** corresponde a la relación entre velocidad de la marcha y el evento combinado a los 6 meses y la **gráfica B** a la relación entre el PNI y el evento combinado a los 12 meses.

muerte por cualquier causa, reinfarto, ingreso por insuficiencia cardíaca (IC) e ictus.

Resultados: Se incluyeron 80 pacientes con edad media de 78 años, siendo 25% de sexo femenino. La prevalencia de desnutrición fue 66,5% según índice nutricional pronóstico (PNI). Las características basales se muestran en la tabla 1. Entre las variables que asociaron mayor riesgo de eventos a los 6 y 12 meses destacan fragilidad medida por Clinical Frailty Scale, desnutrición por PNI y disminución de velocidad de la marcha, DEXA T-Score y dinamometría manual (Imagen 1). Mediante análisis de regresión de Cox, el antecedente de IC y la baja velocidad de la marcha se asociaron de forma independiente con más eventos a 6 meses, mientras que a 12 meses lo hicieron PNI y edad.

Conclusiones: Los pacientes mayores con IAM presentan alta prevalencia de síndromes geriátricos. El antecedente de IC y la reducción en la velocidad de la marcha son predictores de riesgo independiente a corto plazo, mientras que a largo plazo lo son la edad y la desnutrición por PNI.

10. IMPACTO DE LA EDAD SOBRE LA CARGA DE ATROSCLOSIS EN PACIENTES CON LIPOPROTEÍNA(A) ELEVADA

Freddy Andrés Delgado Calva¹, Juan Sebastián Hurtado², María Torres Briegas², Sandra Marcela Calero Saavedra², Astrid Paola Ruz Riveros², Patricia Buena Falcón³, Tania Belén Silvera Núñez⁴, Ana María Nieto Rodríguez¹, Luis Eduardo Enríquez Rodríguez¹ y Patricio Arribas Arribas¹

¹Servicio de Medicina Interna, Sección de Cardiología, Hospital Universitario Santa Bárbara, Soria. ²Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Santa Bárbara, Soria. ³Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital Universitario Santa Bárbara, Soria. ⁴Servicio de Medicina del Trabajo, Hospital Universitario Santa Bárbara, Soria.

Introducción y objetivos: La lipoproteína(a) [Lp(a)] es un factor de riesgo cardiovascular de origen predominantemente genético cuya concentración permanece estable a lo largo de la vida. Niveles elevados de Lp(a) se asocian con un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular aterosclerótica, estenosis aórtica e ictus isquémico. Sin embargo, el impacto de la edad sobre la expresión clínica y la carga aterosclerótica en pacientes con Lp(a) elevada no está completamente caracterizado. Nuestro objetivo fue comparar el perfil clínico, la carga de factores de riesgo cardiovascular y la prevalencia de enfermedad cardiovascular aterosclerótica entre pacientes mayores y menores de 65 años con concentraciones elevadas de Lp(a).

Métodos: Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo que incluyó a pacientes consecutivos con determinación de lipoproteína(a) entre enero de 2021 y diciembre de 2024. Se incluyeron sujetos mayores de 18 años con datos clínicos completos, estratificados en dos grupos según la edad (< 65 y ≥ 65 años). Se analizaron las características clínicas, los factores de riesgo cardiovascular y la presencia de enfermedad cardiovascular aterosclerótica. La enfermedad vascular aterosclerótica se definió como la presencia de enfermedad coronaria, cerebrovascular o arterial periférica.

Resultados: Se incluyeron 270 pacientes, de los cuales el 35% tenían ≥ 65 años. Los pacientes de mayor edad presentaron una mayor carga de factores de riesgo cardiovascular, con mayor prevalencia de hipertensión arterial (64,3 vs. 21,0%; $p < 0,001$), dislipemia (57,1 vs. 39,5%; $p = 0,011$) y diabetes mellitus tipo 2 (27,1 vs. 6,5%; $p < 0,001$). Por el contrario, el tabaquismo activo fue más frecuente en los menores de 65 años (17,1 vs. 8,6%; $p = 0,044$). Los niveles de colesterol total y colesterol LDL fueron similares entre ambos grupos. A pesar de presentar

una mayor carga de factores de riesgo cardiovascular, los pacientes ≥ 65 años no mostraron una mayor prevalencia de enfermedad vascular aterosclerótica. Este hallazgo sugiere que la presencia de concentraciones elevadas de Lp(a) podría desempeñar un papel especialmente relevante en el desarrollo de aterosclerosis en los pacientes más jóvenes incluso cuando la carga de factores de riesgo sea menor. En el análisis de regresión logística multivariante, la fibrilación auricular (OR 6,53; $p = 0,040$), el sexo masculino (OR 4,50; $p < 0,001$), la dislipemia (OR 2,78; $p = 0,005$), el tabaquismo activo (OR 2,48; $p < 0,001$) y los niveles de Ln-Lp(a) (OR 1,52; $p = 0,004$) se asociaron de forma independiente con la presencia de enfermedad vascular aterosclerótica. Por el contrario, la hipertensión arterial, la diabetes mellitus tipo 2 y la enfermedad renal crónica no alcanzaron significación estadística tras el ajuste multivariable.

Tabla 1. Comparación de las características clínicas, factores de riesgo cardiovascular, biomarcadores y perfil lipídico según el grupo de edad en pacientes con lipoproteína(a) elevada

Variable	< 65 años (n = 200)	≥ 65 años (n = 70)	p
Sexo masculino	116 (58,0%)	41 (58,6%)	0,93
EVAS	51 (25,5%)	21 (30,0%)	0,464
Hipertensión arterial	42 (21,0%)	45 (64,3%)	< 0,001
Dislipemia	79 (39,5%)	40 (57,1%)	0,011
Diabetes mellitus tipo 2	13 (6,5%)	19 (27,1%)	< 0,001
Tabaquismo activo	34 (17,1%)	6 (8,6%)	0,044
IAM previo	44 (22,0%)	14 (20,0%)	0,726
Insuficiencia cardíaca	13 (6,5%)	4 (5,7%)	0,816
NT-proBNP basal (pg/ml)	97,7 ± 235,8	1.204,5 ± 5.173,8	0,030
Colesterol total (mg/dl)	176,2 ± 55,7	174,2 ± 49,8	0,790
LDL (mg/dl)	103,2 ± 47,0	99,4 ± 38,4	0,546
Lp(a) nmol/l	90,1 ± 107,6	110,3 ± 117,2	0,188

Los datos se expresan como n (%) para las variables categóricas y como media ± desviación estándar para las variables continuas. EVAS: enfermedad vascular aterosclerótica; IAM: infarto agudo de miocardio; NT-proBNP: fracción N-terminal del péptido natriurético tipo B; LDL: colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad; Lp(a): lipoproteína(a). Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$.

Tabla 2. Análisis de regresión logística multivariante de los factores asociados a enfermedad vascular aterosclerótica en pacientes con lipoproteína(a) elevada

Variable	OR- IC 95%	p
Fibrilación auricular	6,53 (1,09-39,30)	0,04
Sexo masculino	4,50 (2,01-10,09)	< 0,001
Dislipemia	2,78 (1,36-5,68)	0,005
Tabaquismo	2,48 (1,57-3,89)	< 0,001
Ln-Lp(a)	1,52 (1,14-2,03)	0,004

OR: odds ratio; Exp(B): exponencial del coeficiente de regresión; Ln-Lp(a): logaritmo natural de la concentración de lipoproteína(a). Se muestran las variables que permanecieron asociadas de forma independiente con la enfermedad vascular aterosclerótica en el modelo multivariante. Un valor de $p < 0,05$ se consideró estadísticamente significativo. Se muestran únicamente las variables que permanecieron asociadas de forma independiente con la enfermedad vascular aterosclerótica en el modelo de regresión logística multivariante.

Conclusiones: En esta cohorte, la Lp(a) se asoció de forma independiente con la presencia de enfermedad vascular aterosclerótica tras ajustar por los factores de riesgo cardiovascular tradicionales. La ausencia de diferencias en la prevalencia de enfermedad aterosclerótica entre pacientes jóvenes y mayores, pese al perfil cardiovascular más desfavorable de estos últimos, sugiere un papel especialmente relevante de la Lp(a) en el desarrollo precoz de aterosclerosis y refuerza la importancia de su determinación temprana para mejorar la estratificación del riesgo cardiovascular.

11. CIERRE PERCUTÁNEO DE OREJUELA IZQUIERDA EN ANCIANOS CON FIBRILACIÓN AURICULAR: COHORTE REAL COMPARADA CON CLOSURE-AF

Astrid Paola Ruiz Riveros¹, María Torres Briegas¹, Sandra Marcela Calero Saavedra¹, Marcos Lorenzo Andrés¹, Freddy Andrés Delgado Calva² y Luis Eduardo Enríquez Rodríguez²

¹Servicio de Medicina Interna, Complejo Asistencial Universitario de Soria, Soria. ²Servicio de Cardiología, Complejo Asistencial Universitario de Soria, Soria.

Introducción y objetivos: El cierre percutáneo de la orejuela izquierda (LAAO) constituye una alternativa para la prevención del ictus en pacientes con fibrilación auricular (FA) y contraindicación o elevado riesgo asociado a la anticoagulación oral. El ensayo CLOSURE-AF demostró la no inferioridad del LAAO frente al tratamiento médico estándar. El objetivo de este estudio fue comparar las características clínicas y los resultados del LAAO en una cohorte de práctica clínica real procedente de un hospital de segundo nivel con los pacientes incluidos en el brazo de intervención del estudio CLOSURE-AF.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo que incluyó a todos los pacientes sometidos a LAAO entre 2021 y 2026. Se recogieron variables demográficas, comorbilidades, escalas de riesgo tromboembólico y hemorrágico, complicaciones procedimentales y eventos clínicos durante el seguimiento. Los resultados se compararon con los publicados para el brazo de cierre de orejuela del ensayo CLOSURE-AF.

Resultados: Se incluyeron 16 pacientes (edad $76,9 \pm 5,8$ años; 81,3% varones), con seguimiento medio de $27,6 \pm 20$ meses. Las puntuaciones CHA₂DS₂-VASc y HAS-BLED fueron similares a CLOSURE-AF ($4,9 \pm 1,4$ frente a $5,2 \pm 1,5$ y $3,4 \pm 1,0$ frente a $3,1 \pm 0,9$, respectivamente). Nuestros pacientes presentaron mayor prevalencia de sangrado mayor previo (81,3 frente a 42,2%), ictus o accidente isquémico transitorio previo (56,3 frente a 31,9%), insuficiencia cardiaca (43,8 frente a 17,8%) y enfermedad renal crónica avanzada (37,5 frente a 25,6%). Se implantó Amulet en el 75,0% y Watchman/Watchman FLX en el 25,0%, con éxito técnico del 100% (frente al 98,3%). Se registró un taponamiento pericárdico (6,3%), sin otras complicaciones mayores. Durante el seguimiento no se observaron ictus, embolias sistémicas, sangrados mayores ni fallecimientos.

Conclusiones: Los pacientes ancianos sometidos a LAAO en práctica clínica real presentan elevada carga de comorbilidad, pese a puntuaciones CHA₂DS₂-VASc y HAS-BLED similares a CLOSURE-AF. El procedimiento mostró elevada tasa de éxito técnico y baja incidencia de eventos clínicos durante el seguimiento, apoyando su utilización en pacientes seleccionados con alto riesgo hemorrágico.

Tabla 1. Comparación de características basales, procedimentales y resultados clínicos entre la cohorte local y el brazo de cierre de orejuela del estudio CLOSURE-AF

Variable	Cohorte local (N = 16)	CLOSURE-AF - Brazo cierre orejuela (N = 446)
Características basales		
Edad (años)	$76,9 \pm 5,8$	$78,5 \pm 6,8$
Sexo masculino	13 (81,3%)	274 (61,4%)
Hipertensión arterial	9 (56,3%)	417 (93,5%)
Diabetes mellitus	8 (50,0%)	175 (39,2%)
Insuficiencia cardiaca	7 (43,8%)	78 (17,8%)
Ictus previo/Accidente isquémico transitorio	9 (56,3%)	142 (31,9%)
Enfermedad vascular	5 (31,3%)	257 (58,3%)
Sangrado previo mayor	13 (81,3%)	188 (42,2%)
Enfermedad renal crónica estadio IV	6 (37,5%)	114 (25,6%)
CHA ₂ DS ₂ -VASc	$4,9 \pm 1,4$	$5,2 \pm 1,5$
HAS-BLED	$3,4 \pm 1,0$	$3,1 \pm 0,9$
Dispositivos implantados		
Watchman/Watchman FLX	4 (25,0%)	225 (54,3%)
Amulet	12 (75,0%)	173 (41,8%)
Éxito técnico	16/16 (100%)	414/421 (98,3%)
Complicaciones procedimentales		
Taponamiento pericárdico	1 (6,3%)	5 (1,2%)
Sangrado mayor periprocedimental	0 (0%)	18 (4,3%)
Embolización del dispositivo	0 (0%)	1 (0,2%)
Muerte a 7 días	0 (0%)	2 (0,5%)
Eventos en seguimiento		
Ictus	0 (0%)	27 (2,6 por 100 pacientes-año)
Embolismo sistémico	0 (0%)	3 (0,3 por 100 pacientes-año)
Sangrado mayor	0 (0%)	52 (5,0 por 100 pacientes-año)

12. EFICACIA Y SEGURIDAD DE MAVACAMTÉN EN PACIENTES ≥ 75 AÑOS CON MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA OBSTRUCTIVA

Natalia Manzaneque Morales¹, Laura Montesinos Vinader¹, Jorge Martínez del Río¹, Marta Flores Hernán², Daniel García Fuertes³ y Sofía Calero Núñez⁴

¹Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real. ²Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Toledo, Toledo. ³Servicio de Cardiología, Hospital Santa Bárbara, Puertollano, Ciudad Real. ⁴Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Albacete, Albacete.

Introducción y objetivos: Los pacientes de edad avanzada con miocardiopatía hipertrófica obstructiva (MCHO) están infrarepresentados en ensayos clínicos con mavacamtén. El objetivo fue evaluar su eficacia y seguridad en pacientes ≥ 75 años en práctica clínica real.

Métodos: Estudio observacional prospectivo de pacientes ≥ 75 años con MCHO tratados con mavacamtén. Se analizaron variables clínicas, hemodinámicas y de seguridad, incluyendo clase funcional NYHA, gradiente obstructivo en reposo y con Valsalva, NT-proBNP y eventos clínicos durante el seguimiento.

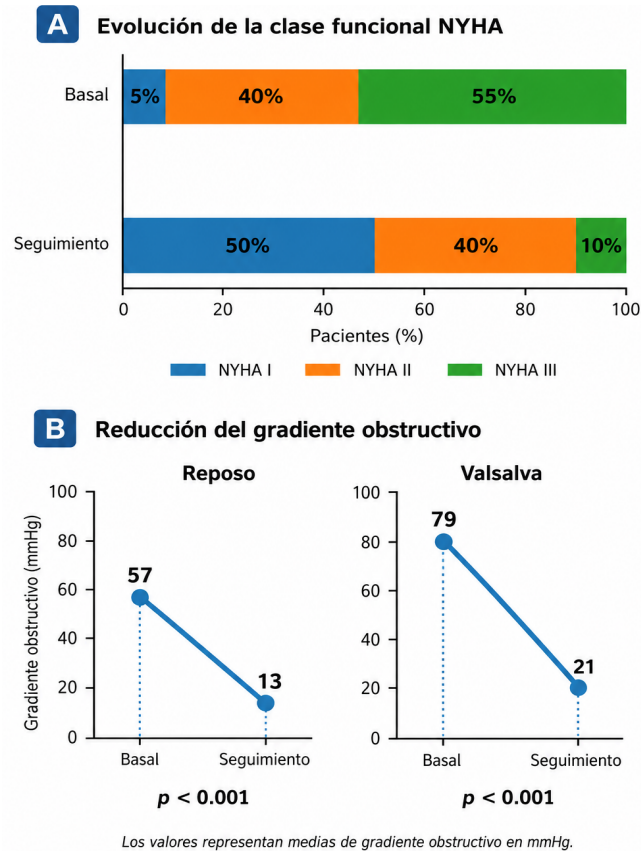


Figura 1. Evolución de la clase funcional y el gradiente obstructivo tras tratamiento con mavacamten.

Resultados: Se incluyeron 20 pacientes (edad media $81,1 \pm 4,2$ años; 60% mujeres) con elevada comorbilidad; hipertensión arterial (95%), dislipemia (75%), sobrepeso u obesidad (60%) y diabetes mellitus (25%). El 45% presentaba fibrilación auricular (FA) y el 35% antecedentes de insuficiencia cardíaca o FEVI $< 50\%$. La inclusión de pacientes tuvo lugar entre mayo de 2024 y abril de 2026, con una mediana de seguimiento de 27,5 semanas (RIC 12,2-40,5). Al inicio, el 55% presentaba NYHA III, el 40% NYHA II y el 5% NYHA I. Tras el tratamiento, el 50% alcanzó NYHA I y solo el 10% permaneció en NYHA III; el 70% mejoró al menos una clase funcional. El gradiente obstructivo se redujo significativamente en reposo ($-43,8$ mmHg; $p < 0,001$) y con Valsalva ($-57,6$ mmHg; $p < 0,001$). Disminuyó el NT-proBNP (2738,4 frente a 728,5 pg/ml), aunque esta diferencia no alcanzó significación estadística ($p = 0,115$). No hubo eventos fatales. La incidencia de insuficiencia cardíaca de nueva aparición fue del 10% y la de FA del 20%.

Conclusiones: En pacientes ≥ 75 años con MCHO, mavacamten se asoció con mejoría clínica significativa y marcada reducción del gradiente obstructivo en práctica clínica real. Aunque la incidencia de insuficiencia cardíaca y fibrilación auricular fue superior a la descrita en ensayos clínicos, el perfil de seguridad fue favorable en una población anosa y con elevada comorbilidad.

13. EL SERVICIO SOLICITANTE COMO MARCADOR DE EVOLUCIÓN TRAS IMPLANTE DE MARCAPASOS EN PACIENTES ≥ 85 AÑOS

Marcos Lorenzo Andrés¹, Jaime Garrido de la Rosa², Astrid Paola Ruiz Riveros¹ y Laura Lapuerta Corchón¹

¹Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Santa Bárbara, Soria. ²Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitario Santa Bárbara, Soria.

Introducción y objetivos: La implantación de marcapasos en pacientes muy ancianos constituye un escenario clínico de elevada complejidad. Aunque las indicaciones del implante están bien establecidas, se desconoce si el perfil clínico y la evolución precoz difieren según el servicio hospitalario que identifica y deriva a estos pacientes. El objetivo de este estudio fue analizar la relación entre el servicio solicitante y la evolución clínica a 30 días tras el primoimplante de marcapasos en pacientes de 85 o más años.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes ≥ 85 años sometidos a primoimplante de marcapasos entre enero de 2023 y mayo de 2025 en un hospital de segundo nivel. Se recogieron variables demográficas, comorbilidades, índice de Charlson, situación funcional basal, tipo de dispositivo y servicio solicitante (Cardiología, Medicina Interna/Geriátrica, Urgencias y Medicina Intensiva). El objetivo principal fue un evento combinado de reingreso hospitalario o fallecimiento a 30 días. Se realizó análisis comparativo entre grupos y análisis multivariante exploratorio.

Resultados: Se incluyeron 77 pacientes (88 ± 3 años; 52% mujeres). Los pacientes derivados desde Medicina Interna/Geriátrica presentaron una mayor frecuencia de dependencia funcional e institucionalización, sin diferencias relevantes en edad o carga global de comorbilidad respecto al resto de servicios. El evento combinado de reingreso o fallecimiento a 30 días fue significativamente más frecuente en este grupo (38,5 frente a 7,8%; $p = 0,010$). En el análisis multivariante exploratorio, la derivación desde Medicina Interna/Geriátrica mantuvo su asociación con la aparición de eventos tras ajustar por variables de complejidad clínica.

Conclusiones: Los pacientes ≥ 85 años remitidos para primoimplante de marcapasos desde Medicina Interna/Geriátrica

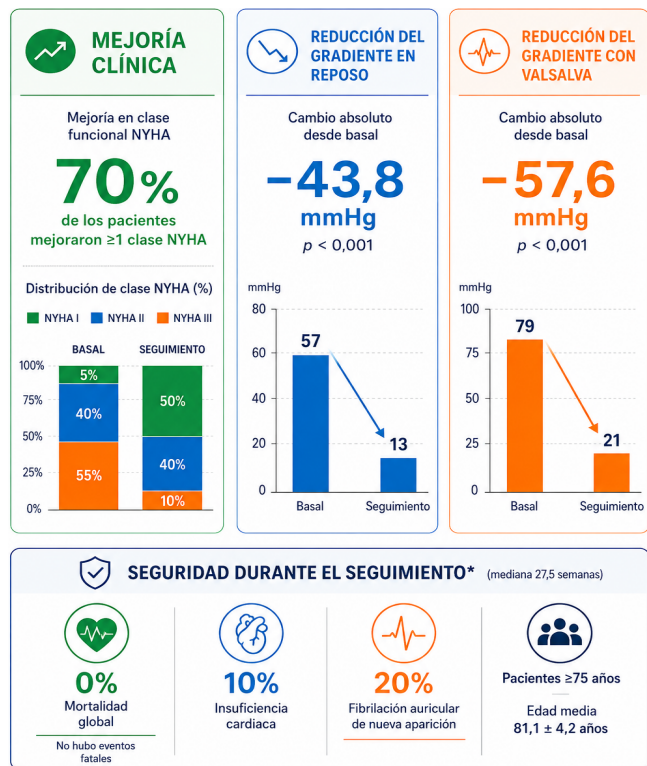


Figura 2. Impacto clínico y hemodinámico de mavacamten en pacientes ≥ 75 años con MCHO.

tría representan un subgrupo especialmente vulnerable, con mayor riesgo de reingreso o fallecimiento precoz. El servicio solicitante puede actuar como un marcador indirecto de complejidad geriátrica e identificar pacientes candidatos a una valoración geriátrica integral y a un seguimiento estrecho tras el implante.

14. CAPACIDAD INTRÍNSECA REDUCIDA EN EL ADULTO MAYOR CON HIPERTENSIÓN: VULNERABILIDAD DETECTADA EN FARMACIA COMUNITARIA

Lucía Sáez-González¹, Lucía Castro-Vázquez¹, Luis Antonio Martínez^{1,3}, José Antonio Carbajal de Lara^{1,4}, Rosa María Martínez-García² y Gema Blázquez Abellán¹

¹NUTRISAF Research Group, Faculty of Pharmacy, University of Castilla-La Mancha (UCLM), Albacete. ²NUTRISAF Research Group, Faculty of Nursing, University of Castilla-La Mancha (UCLM), Cuenca. ³Tiriez Community Pharmacy, Albacete.

⁴Community Pharmacy Albacete, Albacete.

Introducción y objetivos: La hipertensión arterial es frecuente en personas mayores y se relaciona con peor estado funcional y mayor vulnerabilidad. La capacidad intrínseca puede ayudar a identificar de forma precoz a perfiles vulnerables con mayor riesgo de presentar síndromes geriátricos. El objetivo de este estudio es evaluar el papel potencial de la capacidad intrínseca para identificar desde la farmacia comunitaria personas mayores en riesgo de hipertensión, fragilidad y dependencia funcional.

Métodos: Estudio observacional en 286 personas mayores de la provincia de Albacete. Se comparó la capacidad intrínseca entre participantes con y sin hipertensión, polifarmacia, fragilidad y dependencia en actividades de la vida diaria y otros perfiles clínicos. Se realizaron comparaciones bivariantes y regresiones ajustando por edad, sexo, reserva cognitiva, dieta mediterránea, número de medicamentos y funcionalidad.

Resultados: Las personas con hipertensión presentaron una menor capacidad intrínseca que las no hipertensas (3.537 vs. 3.796; $p = 0,021$). También se observaron valores más bajos de capacidad intrínseca en participantes frágiles, dependientes, con polifarmacia y otros perfiles clínicos como depresión, ansiedad, diabetes y síndrome metabólico. Se observaron correlaciones negativas con la edad y el número de fármacos, así como correlaciones positivas con la reserva cognitiva.

Tabla 1. CI en adultos mayores con y sin hipertensión

	Hipertensión			p
	No medicados	Medicados	Total	
N	137 (47,9%)	149 (52,1%)	286 (100,0%)	
CI	3,796 (0,884)	3,537 (0,990)	3,661 (0,948)	0,021

Conclusiones: La hipertensión se asocia con menor capacidad intrínseca y peor perfil funcional en personas mayores cribadas desde la farmacia comunitaria. Estos hallazgos apoyan el valor de la farmacia comunitaria como entorno de detección precoz de vulnerabilidad geriátrica y derivación para valoración integral.

15. FUTILIDAD Y COMPLICACIONES TRAS EL IMPLANTE DE TAVI EN PACIENTES OCTOGENARIOS: EXPERIENCIA DE VIDA REAL

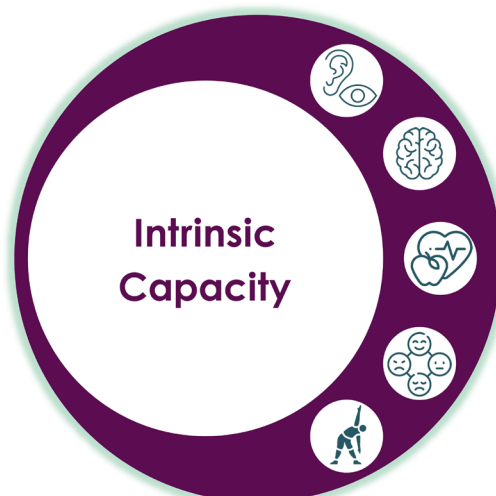
Elena Gayo Rocas, Enrique Sánchez Muñoz, María López Benito, Juan Carlos Cuellas Ramón, Adrián Marcos Moratíel y Armando Pérez de Prado

Servicio de Cardiología, Complejo Asistencial Universitario de León, León.

Introducción y objetivos: El implante percutáneo de válvula aórtica (TAVI) es una alternativa consolidada en pacientes geriátricos con estenosis aórtica grave. Sin embargo, un subgrupo de pacientes no obtiene beneficio clínico significativo tras este procedimiento, que no está exento de complicaciones. El objetivo de este estudio fue determinar la futilidad y la incidencia de complicaciones tras el implante de TAVI en pacientes octogenarios.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo unicéntrico de pacientes con edad ≥ 80 años sometidos a TAVI entre 2010 y 2025. Se recogieron datos sobre diferentes complicaciones durante el ingreso. La futilidad se analizó en el subgrupo evaluable y se definió como muerte por cualquier causa al año o persistencia en NYHA III-IV a los 6-12 meses.

Resultados: Se incluyeron 559 pacientes ≥ 80 años, cuyas características basales se describen en la tabla 1. El éxito procedimental fue 543/552 (98,4%). En el análisis de eventos intrahospitalarios, 346/489 (70,8%) permanecieron asintomáticos y 143/489 (29,2%) presentaron algún evento: morta-



Sensory

Visual or hearing impairments

Cognitive

Montreal Cognitive Assessment (MoCA)

Vitality

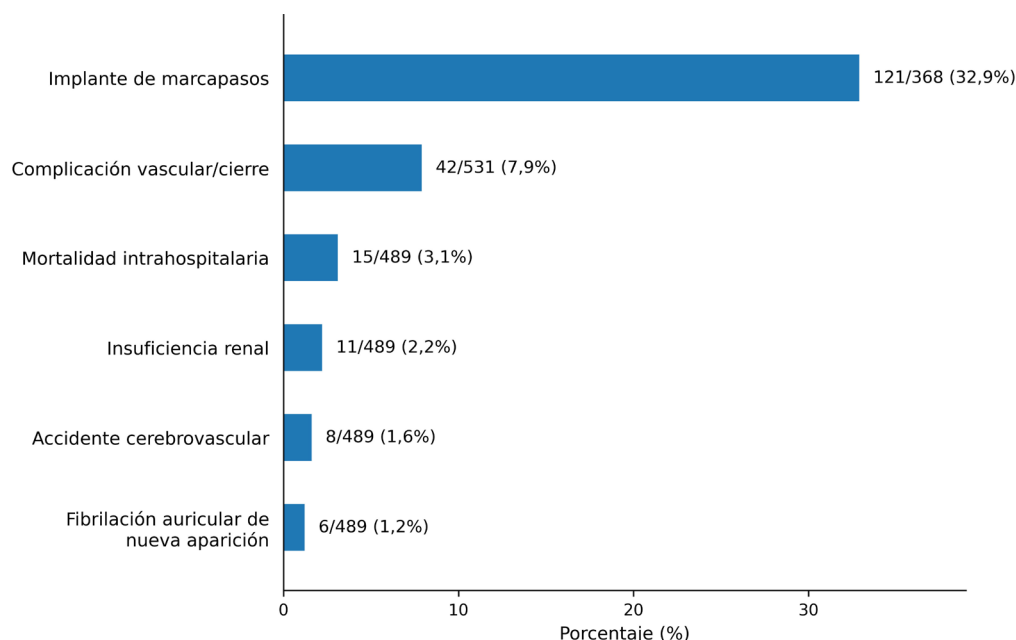
Mini-Nutritional Assessment – Short Form (MNA-SF)

Psychological

Geriatric Depression Scale – 5 item (GDS-5)

Locomotion

International Physical Activity Questionnaire (IPAQ)



Comunicación 15 Figura 1. Complicaciones intrahospitalarias tras implante de TAVI en cohorte de pacientes octogenarios.

lidad 15/489 (3,1%), accidente cerebrovascular 8/489 (1,6%), insuficiencia renal 11/489 (2,2%), fibrilación auricular de nueva aparición 6/489 (1,2%), implante de marcapasos 121/368 (32,9%), y complicaciones vasculares/de cierre 42/531 (7,9%) (tabla 2, figura 1). La futilidad fue evaluable en 299 pacientes y ocurrió en 23 (7,7%): 14 muertes al año y 10 casos con NYHA III-IV persistente, con un caso que presentó ambos componentes.

Tabla 1. Características basales de la población global y del subgrupo sobre el que se realiza el estudio de futilidad

Variable	Media ± DE o (%) en población global	Media ± DE o (%) en subgrupo de estudio de futilidad
Edad, años	84,9 ± 3,1	84,8 ± 2,8
Mujer	291/559 (52,1%)	158/299 (52,8%)
NYHA III-IV	186/556 (33,5%)	122/297 (41,1%)
Angor	67/487 (13,8%)	45/235 (19,1%)
Síncope	59/558 (10,6%)	31/298 (10,4%)
Hipertensión arterial	462/559 (82,6%)	246/299 (82,3%)
Diabetes mellitus	190/559 (34,0%)	105/299 (35,1%)
Fibrilación auricular	154/499 (30,9%)	79/256 (30,9%)
EPOC	55/555 (9,9%)	33/297 (11,1%)
Hemoglobina < 12 g/dl	201/544 (36,9%)	94/287 (32,8%)
Creatinina, mg/dl	1,2 ± 0,5	1,1 ± 0,4
IMC, kg/m ²	26,4 ± 4,2	26,2 ± 3,8
Fumador activo	19/551 (3,4%)	9/298 (3,0%)
Exfumador	84/551 (15,2%)	43/298 (14,4%)
EuroSCORE II	3,9 ± 3,9	4,0 ± 4,1
Anticoagulación oral	149/553 (26,9%)	83/297 (27,9%)
Sintrom	64/553 (11,6%)	46/297 (15,5%)
NACO	85/553 (15,4%)	37/297 (12,5%)
FEV1, %	57,1 ± 10,7	57,6 ± 10,1
Gradiente medio basal, mmHg	46,3 ± 14,2	47,4 ± 13,2
Insuficiencia mitral ≥ 3	41/478 (8,6%)	18/232 (7,8%)

Tabla 2. Complicaciones intrahospitalarias y futilidad en pacientes octogenarios sometidos a implante de TAVI

Complicación	n	N evaluable	n/N (%)
Mortalidad intrahospitalaria	15	489	15/489 (3,1%)
Accidente cerebrovascular	8	489	8/489 (1,6%)
Insuficiencia renal	11	489	11/489 (2,2%)
Fibrilación auricular de nueva aparición	6	489	6/489 (1,2%)
Implante de marcapasos	121	368	121/368 (32,9%)
Complicación vascular/cierre	42	531	42/531 (7,9%)
Tratamiento con balón	18	531	18/531 (3,4%)
Tratamiento con stent	19	531	19/531 (3,6%)
Cirugía vascular	5	531	5/531 (0,9%)
Mortalidad a 12 meses	14	299	14/299 (4,7%)
NYHA III-IV a 6-12 meses	10	299	10/299 (3,3%)
Futilidad	23	299	23/299 (7,7%)

Conclusiones: En octogenarios, la TAVI mostró alta tasa de éxito, siendo la principal complicación la necesidad de implante de marcapasos tras la intervención. La futilidad no fue infrecuente, hecho a tener en cuenta por el Heart Team durante la valoración de candidatos a TAVI en este subgrupo de población, cada vez más abundante en nuestro medio.

16. LA INDEPENDENCIA FUNCIONAL COMO PREDICTOR DE BUENA EVOLUCIÓN TRAS EL PRIMOIMPLANTE DE MARCAPASOS EN PACIENTES ≥ 85 AÑOS

Marcos Lorenzo Andrés¹, Jaime Garrido de la Rosa², Astrid Paola Ruiz Riveros¹ y Laura Lapuerta Corchón¹

¹Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Santa Bárbara, Soria. ²Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitario Santa Bárbara, Soria.

Introducción y objetivos: La edad cronológica no refleja por sí sola la heterogeneidad clínica de los pacientes muy ancianos

candidatos a implante de marcapasos. La situación funcional podría aportar una mejor estimación del pronóstico precoz tras el procedimiento. El objetivo de este estudio fue evaluar la asociación entre la independencia funcional basal y la evolución clínica a 30 días tras el primoimplante de marcapasos en pacientes de 85 o más años.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes ≥ 85 años sometidos a primoimplante de marcapasos entre enero de 2023 y mayo de 2025 en un hospital de segundo nivel. Se recogieron variables demográficas, comorbilidades, índice de Charlson, situación funcional basal, tipo de dispositivo implantado y evolución a 30 días. Se compararon los pacientes funcionalmente independientes frente a aquellos con algún grado de dependencia. El objetivo principal fue un evento combinado de reingreso hospitalario o fallecimiento a los 30 días.

Resultados: Se incluyeron 77 pacientes (88 ± 3 años; 52% mujeres), de los cuales 47 (61%) eran funcionalmente independientes. Los pacientes independientes presentaron menor prevalencia de insuficiencia renal crónica y menor carga de comorbilidad (índice de Charlson inferior) respecto a los pacientes dependientes. Asimismo, mostraron una menor incidencia del evento combinado de reingreso o fallecimiento a 30 días (6,4 frente a 23,3%; $p = 0,041$), con una tendencia a menor mortalidad precoz.

Conclusiones: La independencia funcional basal identifica un subgrupo de pacientes ≥ 85 años con mejor evolución precoz tras el implante de marcapasos. Estos resultados apoyan la incorporación sistemática de la valoración funcional en la toma de decisiones y en la estratificación pronóstica, reforzando que la edad cronológica, por sí sola, no debería condicionar el manejo de estos pacientes.

17. IMPACTO DEL ESTADO VACUNAL SOBRE LA MORTALIDAD EN PACIENTES DE EDAD AVANZADA HOSPITALIZADOS POR INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

María Torres Briegas¹, Sandra Marcela Calero Saavedra¹, Astrid Paola Ruiz Riveros¹, Marcos Lorenzo Andrés¹, Luis Eduardo Enríquez Rodríguez² y Freddy Andrés Delgado Calva²

¹Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Santa Bárbara, Soria. ²Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Santa Bárbara, Soria.

Introducción y objetivos: Las enfermedades cardiovasculares constituyen la principal causa de morbimortalidad en la población geriátrica. Las infecciones respiratorias actúan como desencadenantes de eventos cardiovasculares mayores y aumentan la mortalidad en pacientes con enfermedad coronaria. Diversos estudios han demostrado que la vacunación reduce el riesgo de estos eventos; sin embargo, existe escasa evidencia sobre la influencia del estado vacunal en el pronóstico de los pacientes una vez establecido un infarto agudo de miocardio (IAM). El objetivo es valorar la asociación entre la vacunación frente a gripe, neumococo y COVID-19 y la mortalidad en una cohorte de pacientes de edad avanzada ingresados por IAM. **Métodos:** Se incluyeron consecutivamente todos los pacientes mayores de 80 años ingresados por IAM entre febrero de 2018 y enero de 2023. Se recogieron variables clínicas, analíticas y demográficas, así como el estado vacunal. El objetivo primario fue la mortalidad por cualquier causa durante el seguimiento.

Resultados: Se incluyeron 184 pacientes, con una edad media de $90,2 \pm 4$ años, de los cuales el 50,5% eran varones, con un seguimiento medio de $22,8 \pm 23$ meses. La cohorte presentó

elevada comorbilidad cardiovascular, destacando hipertensión arterial (78,3%), dislipemia (46,2%), insuficiencia cardíaca (35,9%) y diabetes mellitus (28,8%). La fracción de eyección del ventrículo izquierdo media fue del 48%. La cobertura vacunal fue del 76,6% para gripe y aproximadamente del 50% para neumococo y COVID-19. Únicamente la vacunación antineumocócica se asoció con menor mortalidad por cualquier causa (53,8 frente a 71,8%; $p = 0,014$). No se observaron diferencias significativas con la vacunación antigripal (61,2 frente a 66,7%; $p = 0,523$) ni frente a COVID-19 (58,4 frente a 66,7%; $p = 0,259$).

Tabla 1. Características basales de la cohorte (N = 184)

Variable	Valor
Edad (años)	$90,2 \pm 4,0$
Sexo masculino	93 (50,5%)
Hipertensión arterial	144 (78,3%)
Diabetes mellitus	53 (28,8%)
Dislipemia	85 (46,2%)
Fibrilación auricular	33 (17,9%)
Ictus/AIT previo	30 (16,3%)
IAM previo	40 (21,7%)
Insuficiencia cardíaca previa	66 (35,9%)
IAMCEST	60 (32%)
Tratamiento conservador tras IAM.	115 (62,5%)
NT-proBNP (pg/ml)	$11.087,9 \pm 11.740,1$
Troponina pico	$2.287,4 \pm 3.638,7$
LDL previo (mg/dl)	$103,1 \pm 78,1$
FEVI (%)	$48,4 \pm 13,3$
Vacuna gripe (año previo)	141 (76,6%)
Vacuna neumococo (año previo)	95 (51,6%)
Vacuna COVID-19 (año previo)	93 (50,5%)

Tabla 2. Mortalidad según el estado vacunal

Vacuna	Mortalidad vacunados	Mortalidad no vacunados	p
Gripe	82/134 (61,2%)	28/42 (66,7%)	0,523
Neumococo	49/91 (53,8%)	61/85 (71,8%)	0,014
COVID-19	52/89 (58,4%)	58/87 (66,7%)	0,259

Conclusiones: La cobertura vacunal en pacientes de edad avanzada ingresados por IAM continúa siendo subóptima. La vacunación antineumocócica se asoció con menor mortalidad durante el seguimiento, mientras que no se observaron diferencias significativas para la vacunación antigripal ni frente al COVID-19.

18. ÍNDICE MUSCULAR DEL PSOAS EN TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA COMO MARCADOR DE VULNERABILIDAD FUNCIONAL EN PACIENTES GERIÁTRICOS SOMETIDOS A IMPLANTE VALVULAR AÓRTICO TRANSCATÉTER

Loreto María Peco Campos¹, Beatriz Jiménez Rubio², Alba López Calles², Alejandro Jara² y Cristina de la Rubia Molina³

¹Servicio de Geriátrica, Hospital Santa Bárbara, Puertollano, Ciudad Real. ²Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real. ³Servicio de Geriátrica, Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real.

Introducción y objetivos: En pacientes mayores con estenosis aórtica grave candidatos a implante valvular aórtico transca-

téter, la valoración geriátrica integral permite identificar vulnerabilidad no reflejada por los parámetros cardiológicos convencionales. La masa muscular estimada mediante tomografía computarizada podría aportar información adicional sobre fragilidad y rendimiento físico. El objetivo fue evaluar la asociación entre el índice muscular del psoas obtenido en la tomografía computarizada y el rendimiento físico, tanto como variable continua como mediante su estratificación por percentiles.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes geriátricos evaluados antes del procedimiento entre 2016 y diciembre de 2025. Se analizaron el índice muscular del psoas en la tomografía computarizada previa al procedimiento, la batería corta de rendimiento físico (Short Physical Performance Battery), la fuerza de prensión, la velocidad de la marcha y variables clínicas y ecocardiográficas. El índice muscular del psoas se estudió como variable continua y estratificado por percentiles. Se realizaron análisis descriptivos y de asociación mediante correlación de Spearman, prueba U de Mann-Whitney y prueba de ji cuadrado.

Resultados: Se incluyeron 257 pacientes con datos del índice muscular del psoas. La puntuación media de la batería corta de rendimiento físico fue $8,96 \pm 2,67$; el 74,8% presentaba debilidad en la dinamometría, el 34,5% una velocidad de la marcha inferior a 0,8 m/s y el 24,8% un índice muscular del psoas bajo. El índice mostró una correlación positiva y significativa con el rendimiento físico (coeficiente de Spearman = 0,222; $p = 0,001$; 230 pacientes). No se observaron diferencias significativas según la presencia de debilidad en la dinamometría ni asociación entre un índice bajo y la velocidad de la marcha. Los pacientes con un índice bajo tenían mayor edad y peor

perfil funcional, sin diferencias relevantes en comorbilidad cardiovascular ni parámetros ecocardiográficos.

Conclusiones: En pacientes geriátricos sometidos a implante valvular aórtico transcatheter, el índice muscular del psoas se asoció de forma significativa, aunque débil, con el rendimiento físico. Su utilidad podría ser mayor como marcador continuo de vulnerabilidad musculoesquelética que como punto de corte aislado. Su incorporación a la valoración geriátrica previa al procedimiento podría complementar la estratificación funcional más allá de la gravedad hemodinámica.

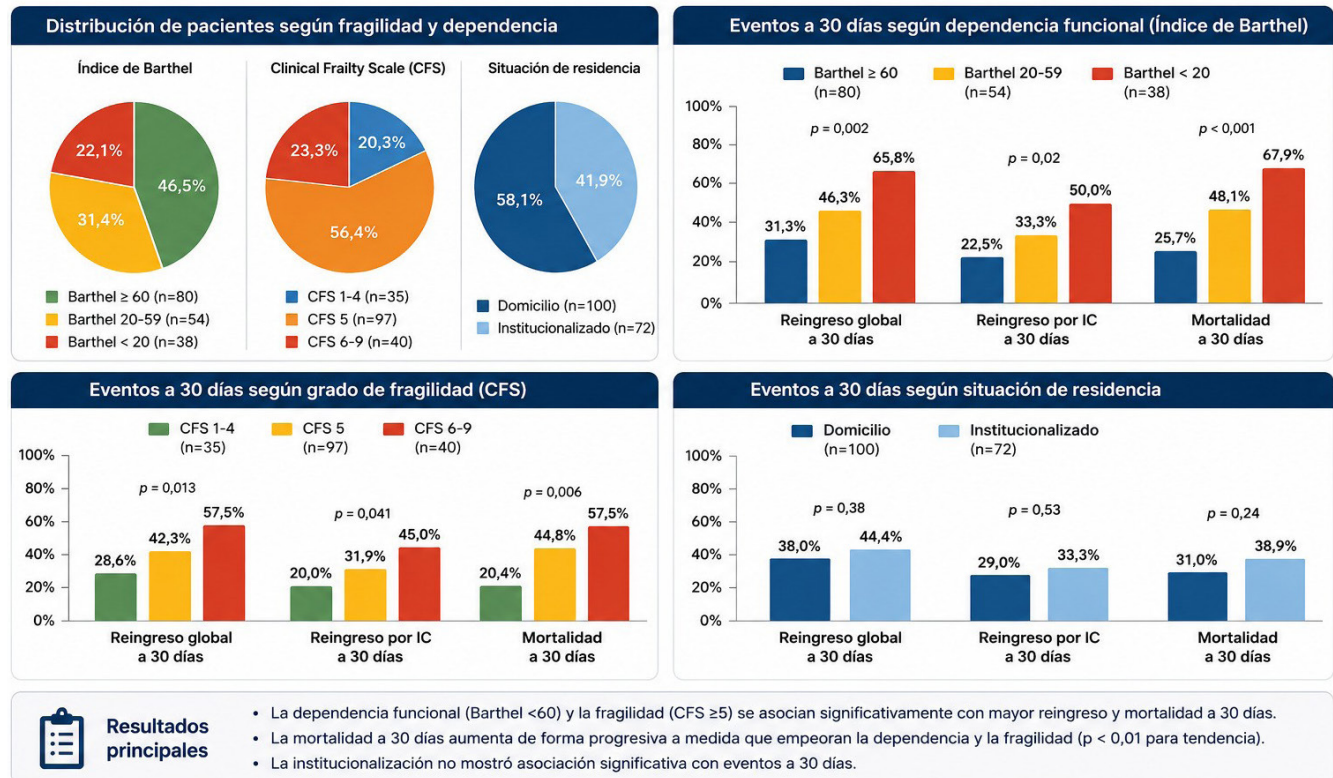
19. FRAGILIDAD Y DEPENDENCIA FUNCIONAL COMO PREDICTORES DE EVENTOS A 30 DÍAS TRAS HOSPITALIZACIÓN POR INSUFICIENCIA CARDIACA EN PACIENTES OCTOGENARIOS

Marcos Lorenzo Andrés, Laura Lapuerta Corchón, María Torres Briegas, Astrid Paola Ruiz Riveros, Sandra Marcela Calero Saavedra y Marina Gómez Alcalde

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

Introducción y objetivos: La fragilidad y la dependencia funcional son frecuentes en pacientes ancianos con insuficiencia cardiaca (IC), pero su impacto sobre eventos precoces tras el alta hospitalaria está menos caracterizado. El objetivo de este estudio fue analizar la asociación entre fragilidad, dependencia funcional e institucionalización con el reingreso y la mortalidad a 30 días tras la hospitalización por insuficiencia cardiaca.

Fragilidad y dependencia funcional como predictores de eventos a 30 días tras hospitalización por insuficiencia cardiaca en pacientes octogenarios



Comunicación 19. Figura

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes ≥ 80 años ingresados por IC en un hospital de segundo nivel. Se recogieron edad, sexo, institucionalización, índice de Barthel, Clinical Frailty Scale (CFS), reingreso global, reingreso por IC y mortalidad a 30 días. Se compararon eventos según Barthel < 60 , CFS ≥ 5 e institucionalización mediante χ^2 /Fisher.

Resultados: Se analizaron 172 pacientes con edad y sexo disponibles. La edad media fue $89,6 \pm 4,8$ años; el 59,9% eran mujeres y el 50,6% tenía ≥ 90 años. La mediana de Barthel fue 70 [50-95] y la de CFS 5 [4-6]. El 41,9% estaba institucionalizado. El reingreso global a 30 días fue del 40,2%, el reingreso por IC del 30,6% y la mortalidad precoz del 34,5%. Los pacientes con Barthel < 60 presentaron mayor mortalidad a 30 días (67,9 vs. 25,7%; $p = 0,0001$) y mayor evento combinado de reingreso o muerte (78,6 vs. 51,4%; $p = 0,014$). Asimismo, la CFS ≥ 5 se asoció con mayor mortalidad (44,8 vs. 20,4%; $p = 0,006$) y mayor evento combinado (62,7 vs. 42,9%; $p = 0,034$). La institucionalización no mostró asociación significativa con mortalidad ni reingreso.

Conclusiones: En pacientes ≥ 80 años hospitalizados por IC, la dependencia funcional y la fragilidad se asocian de forma significativa con mortalidad precoz y eventos a 30 días. La valoración geriátrica sistemática puede mejorar la estratificación pronóstica tras el alta.

20. FRAGILIDAD Y EDAD EXTREMA CONDICIONAN LA IMPLEMENTACIÓN DEL TRATAMIENTO BASADO EN GUÍAS EN PACIENTES OCTOGENARIOS HOSPITALIZADOS POR INSUFICIENCIA CARDIACA

Marcos Lorenzo Andrés, Laura Lapuerta Corchón, María Torres Briegas, Astrid Paola Ruiz Riveros, Sandra Marcela Calero Saavedra y Marina Gómez Alcalde

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

Introducción y objetivos: Las guías actuales recomiendan la implementación precoz de terapias modificadoras del pronóstico en la insuficiencia cardiaca (IC), incluyendo los inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT2) en todo el espectro de fracción de eyección (FEVI). Sin embargo, su aplicación en pacientes muy ancianos y frágiles es poco conocida. El objetivo de este estudio fue evaluar la adecuación del tratamiento farmacológico al alta según las recomendaciones actuales en pacientes ≥ 80 años hospitalizados por insuficiencia cardiaca y analizar la influencia de la fragilidad sobre su implementación.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes ≥ 80 años ingresados por IC durante 2025 en un hospital de segundo nivel. Se recogieron variables clínicas, funcionales y farmacológicas al alta, así como reingreso y mortalidad a 30 días.

Resultados: Se incluyeron 143 pacientes (edad media $89,3 \pm 4,9$ años; 58,7% mujeres); el 49,0% tenía ≥ 90 años y el 39,2% estaba institucionalizado. La mediana del índice de Barthel fue 70 y la de la Clinical Frailty Scale, 5. La FEVI fue preservada en el 52,4%, ligeramente reducida en el 8,4% y reducida en el 9,8%. Al alta, el 39,4% recibió IECA/ARA-II/ARNI, el 53,5% betabloqueantes, el 46,5% antagonistas del receptor mineralocorticoide y el 62,7% iSGLT2. Entre los pacientes con fibrilación auricular, el 94,5% recibió anticoagulación. Solo el 35,7% de los pacientes con IC y FEVI reducida recibió cuádruple terapia. La prescripción de iSGLT2 fue menor en pacientes ≥ 90 años (50,7 vs. 74,0%; $p = 0,004$) y en aquellos con Barthel < 60 (36,1 vs. 68,2%; $p = 0,001$). El reingreso y la mortalidad a 30 días fueron del 42,4% y 19,0%, respectivamente.

Conclusiones: En pacientes muy ancianos hospitalizados por IC existe una elevada implantación de iSGLT2. Sin embargo, la

optimización completa del tratamiento continúa siendo subóptima, especialmente en la IC con FEVI reducida. La fragilidad funcional y la edad extrema se asocian con una menor implementación terapéutica.

21. RECOMENDACIONES NO FARMACOLÓGICAS AL ALTA EN INSUFICIENCIA CARDIACA GERIÁTRICA: ANÁLISIS DE UNA COHORTE HOSPITALARIA DE 2025

Marcos Lorenzo Andrés, Laura Lapuerta Corchón, María Torres Briegas, Astrid Paola Ruiz Riveros, Sandra Marcela Calero Saavedra y Marina Gómez Alcalde

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

Introducción y objetivos: Las guías actuales de insuficiencia cardiaca insisten en el autocuidado estructurado, la rehabilitación y el ejercicio, la educación sanitaria, el seguimiento multidisciplinar y la monitorización del peso y de los signos de alarma. Sin embargo, se desconoce su grado de registro al alta en pacientes cardiogeriátricos. El objetivo de este estudio fue describir la frecuencia de recomendaciones no farmacológicas al alta en una cohorte hospitalaria geriátrica con insuficiencia cardiaca y explorar su asociación con el reingreso a 30 días.

Métodos: Estudio retrospectivo de episodios de ingreso por insuficiencia cardiaca en 2025. Se analizaron edad, sexo, FEVI/tipo de IC, NT-proBNP, CFS, Barthel, Charlson, institucionalización, comorbilidades, tratamiento al alta, recomendaciones no farmacológicas registradas, reingreso y mortalidad a 30 días. Se realizaron comparaciones bivariadas (Mann-Whitney, chi-cuadrado/Fisher) y regresión logística para presencia de recomendaciones y para reingreso, ajustando por edad, sexo y CFS.

Resultados: Se identificaron 227 episodios; 142 tenían documentado el número de recomendaciones no farmacológicas y constituyeron la cohorte analítica. La edad mediana fue 89 años [85,2-93,0], CFS 5 [4-6] y el 51,4% presentaba IC-FEp entre los casos clasificables. El 61,3% recibió ≥ 1 recomendación no farmacológica. Las más frecuentes fueron dieta hiposódica (35,2%), educación sanitaria (28,9%) y seguimiento por Unidad de IC (28,9%). Fueron infrecuentes control de peso (7,0%), signos de alarma (7,7%), restricción hídrica (9,2%) y ejercicio aeróbico específico (8,5%); no se registró entrenamiento de fuerza ni rehabilitación cardiaca. El reingreso a 30 días fue del 42,9%. En el análisis ajustado, la presencia de recomendaciones no se asoció con reingreso (OR 1,96; IC95% 0,82-4,67; $p = 0,129$).

Conclusiones: En esta cohorte cardiogeriátrica, la documentación del alta no farmacológica fue heterogénea y mostró baja frecuencia de componentes clave de autocuidado estructurado y rehabilitación. Estos datos apoyan la implantación de un checklist estandarizado de alta en insuficiencia cardiaca geriátrica.

22. VARIABLES ASOCIADAS A LA SARCOPENIA Y LA CALIDAD MUSCULAR EN EL CONTEXTO DEL IMPLANTE DE TAVI

Beatriz Jiménez Rubio¹, Ignacio Sánchez Pérez¹, Loreto María Peco Campos², Alba López Calles¹, Marta Andrés Sierra¹ y Jesús Piqueras Flores¹

¹Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real. ²Servicio de Geriatria, Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real.

Introducción y objetivos: La alta prevalencia de sarcopenia en pacientes con estenosis aórtica se asocia a mayor vulnerabili-

dad. Identificar a qué factores se vincula es clave para la estratificación del riesgo pre-TAVI. El objetivo fue caracterizar el perfil de pacientes con mayor prevalencia de sarcopenia y evaluar su relación con comorbilidades, síndromes geriátricos y capacidad funcional.

Métodos: Análisis descriptivo de una cohorte de 258 pacientes sometidos a implante de TAVI. Se evaluó la presencia de sarcopenia estructural mediante TAC, así como de sarcopenia funcional a través de fuerza de prensión palmar y velocidad de la marcha. Se analizaron asociaciones con comorbilidades, estado nutricional y escalas funcionales.

Resultados: La sarcopenia completa se asoció significativamente con la ERC (36,1 vs. 20,8%, $p = 0,046$; objetivándose además baja calidad muscular: 17,5 vs. 35,4%; $p = 0,003$), la FA (50,0 vs. 32,3%; $p = 0,041$) y la enfermedad coronaria ($p = 0,033$). La DM se vinculó con peor calidad muscular ($p = 0,024$) y menor velocidad de marcha ($p = 0,041$). La malnutrición se asoció significativamente con la sarcopenia completa y funcional. El número de síndromes geriátricos y el deterioro cognitivo mostraron asociación consistente con la sarcopenia y peores resultados en dinamometría y velocidad de la marcha. Se observó una correlación positiva entre el IMC y la masa muscular ($\rho = 0,216$; $p < 0,001$) así como con el grupo con peor PMI (Q1); pero una correlación negativa con la calidad muscular (UH) ($\rho = -0,309$; $p < 0,001$), sugiriendo que un mayor peso se asocia a mayor volumen muscular pero peor calidad por infiltración grasa. Los pacientes con sarcopenia completa presentaron un marcado deterioro en el test SPPB ($5,44 \pm 2,41$ vs. $9,53 \pm 2,23$; $p < 0,001$) y mayor dependencia en el Barthel ($p < 0,001$) y Katz ($p = 0,026$).

Conclusiones: La sarcopenia en el paciente TAVI se asocia a la enfermedad renal, la diabetes y el deterioro cognitivo-nutricional. La paradoja del IMC (mayor volumen, peor calidad) subraya la importancia de evaluar la composición corporal no solo mediante parámetros antropométricos clásicos.

23. SARCOPENIA FUNCIONAL Y ESTRUCTURAL MEDIDA MEDIANTE TAC: VALOR PRONÓSTICO EN ANCIANOS SOMETIDOS A IMPLANTE DE TAVI

Beatriz Jiménez Rubio¹, Ignacio Sánchez Pérez¹, Loreto María Peco Campos², Alba López Calles¹, Marta Andrés Sierra² y Jesús Piqueras Flores¹

¹Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real. ²Servicio de Geriátrica, Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real.

Introducción y objetivos: La sarcopenia tiene un impacto creciente en el pronóstico del paciente sometido a TAVI. A pesar de ello, la integración de parámetros de imagen y funcionales en la estratificación del riesgo aún no está estandarizada. El objetivo fue analizar su prevalencia (estructural y funcional) en ancianos sometidos a implante de TAVI y evaluar su valor pronóstico.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo que incluyó a 258 pacientes sometidos a implante de TAVI entre 2016 y 2025. Se analizó la presencia de sarcopenia estructural mediante TAC, determinando el índice de masa muscular del psoas (PMI) y la presencia de mioesteatosis (unidades Hounsfield), así como la sarcopenia funcional a través de valoración geriátrica.

Resultados: Se observó mayor prevalencia de sarcopenia funcional (74,8%) frente a la estructural (41,5%), con un 15,8% de pacientes con sarcopenia «completa». Se halló una correlación débil entre los parámetros de TC y las pruebas funcionales. Tanto el PMI, comparado entre pacientes con y sin eventos MACE ($5,10 \pm 1,62$ vs. $5,89 \pm 3,90$; $p = 0,017$), como la presencia

de un PMI en el cuartil inferior ($27,8$ vs. $45,3\%$; $p = 0,009$), se asociaron con una mayor incidencia de eventos MACE. Los pacientes con sarcopenia completa tuvieron una estancia hospitalaria significativamente mayor ($8,26 \pm 5,242$ vs. $10,11 \pm 5,585$; $p = 0,038$). Una menor velocidad de marcha se asoció con ingresos más largos ($9,99 \pm 7,490$ vs. $7,98 \pm 3,839$; $p = 0,011$). Además, los pacientes situados en el cuartil inferior de masa muscular presentaron una frecuencia significativamente superior de episodios de IC durante el seguimiento ($20,0$ vs. $40,0\%$; $p = 0,013$).

Conclusiones: La sarcopenia, especialmente la completa, confiere un peor pronóstico tras el implante de TAVI. El PMI medido por TC es un predictor independiente de eventos MACE y reingresos por IC. La sarcopenia funcional marca la duración del ingreso. La valoración de la composición corporal por imagen aporta un valor pronóstico añadido.

24. FENOTIPO GERIÁTRICO DE ALTO RIESGO EN LA AMILOIDOSIS CARDIACA POR TRANSTIRRETINA: PAPEL DE LA FRAGILIDAD Y LA DEPENDENCIA

Beatriz García Díaz, Enrique Pablo Palomero Camacho, Paúl Andrés Castanier Méndez, Pilar Esperanza Murillo Ardanuy, Lara Aguilar Iglesias y José Ángel Pérez Rivera

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Burgos, Burgos.

Introducción y objetivos: Fragilidad y dependencia son síndromes geriátricos prevalentes en pacientes con amiloidosis cardiaca por transtirretina (AcTTR). El ensayo EFICAC-TTR es un estudio aleatorizado, prospectivo y multicéntrico diseñado para evaluar el efecto del ejercicio y la suplementación nutricional sobre la capacidad funcional y la clínica de estos pacientes. El objetivo fue caracterizar los factores asociados a fragilidad y dependencia.

Métodos: Estudio observacional, transversal y multicéntrico que incluyó pacientes con AcTTR *wild type* de nuestra provincia. La fragilidad se evaluó con la escala FRAIL y la dependencia con el índice de Barthel al inicio del ensayo. Se analizaron variables clínicas, analíticas y ecocardiográficas.

Resultados: Se incluyeron 63 pacientes (tabla 1, figura 1): 55 (44,4%) frágiles y 23 (35,6%) dependientes. Los pacientes frágiles presentaron mayor edad y predominio femenino. La fragilidad se asoció con mayor carga de insuficiencia cardiaca (IC), evidenciada por más ingresos en el último año, peor clase funcional, NT-proBNP elevado y uso de diuréticos. El NT-proBNP mostró una capacidad discriminativa moderada para identificar fragilidad (área bajo la curva 0,7) con punto de corte óptimo en 2.800 pg/ml. En el análisis multivariante: edad ≥ 81 años, NT-proBNP ≥ 2.800 pg/ml y sexo femenino se asociaron independientemente con fragilidad. Los pacientes dependientes presentaron mayor edad, comorbilidad y predominio femenino. En el análisis multivariante: edad ≥ 81 años y sexo femenino se asociaron independientemente con dependencia. No hubo diferencias significativas en parámetros ecocardiográficos.

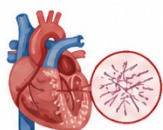
Conclusiones: En pacientes con AcTTR incluidos en el ensayo EFICAC-TTR, fragilidad y dependencia identifican perfiles geriátricos de riesgo, caracterizados por edad avanzada y predominio femenino. La fragilidad se asocia con un perfil congestivo y mayor carga de IC, reforzando su potencial como diana terapéutica. La dependencia refleja un estado de vulnerabilidad ligado al envejecimiento biológico. Estos hallazgos subrayan la relevancia de intervenciones como las evaluadas en EFICAC-TTR para mejorar el estado de estos pacientes.

Comunicación 24

Tabla 1. Características clínicas, analíticas y ecocardiográficas según fragilidad y dependencia

	Total (n = 63)	No-frágil (n = 35)	Frágil (n = 28)	p	Independiente (n = 40)	Dependiente (n = 23)	p
Edad, media ± DE	85 ± 6	83 ± 6	88 ± 6	0,002	82 ± 5	90 ± 5	< 0,001
Edad ≥ 81 años, n (%)	49 (77,8)	22 (62,9)	27 (96,4)	0,001	27 (67,5)	22 (95,7)	0,010
Sexo femenino, n (%)	13 (20,6)	3 (8,6)	10 (35,7)	0,008	2 (5)	11 (47,8)	< 0,001
HTA, n (%)	45 (71,4)	22 (62,9)	23 (82,1)	0,092	27 (67,5)	18 (78,3)	0,363
DM, n (%)	17 (27)	9 (25,7)	8 (28,6)	0,800	13 (32,5)	4 (17,4)	0,193
FA, n (%)	37 (58,7)	17 (48,6)	20 (71,4)	0,067	20 (50)	17 (73,9)	0,063
Cardiopatía isquémica, n (%)	44 (69,8)	21 (60)	23 (82,1)	0,057	26 (65)	18 (78,3)	0,270
Estenosis aórtica/ prótesis aórtica, n (%)	10 (15,9)	7 (20)	3 (10,7)	0,316	7 (17,5)	3 (13)	0,641
Otra valvulopatía, n (%)	19 (30,2)	7 (20)	12 (42,9)	0,049	11 (27,5)	8 (34,8)	0,544
NYHA III-IV, n (%)	13 (20,6)	4 (11,4)	9 (32,1)	0,044	6 (15)	7 (30,4)	0,145
Ingresos por IC en el último año, n (%)	25 (39,7)	8 (22,9)	17 (60,7)	0,002	12 (30)	13 (56,5)	0,038
Fenotipo IC avanzada, n (%)	6 (9,5)	1 (2,9)	5 (17,9)	0,044	2 (5)	4 (17,4)	0,107
Alteraciones ECG, n (%)	38 (60,3)	20 (57,1)	18 (64,3)	0,565	22 (55)	16 (69,6)	0,255
NT-proBNP, mediana (Q1-Q3)	2.537 (867-4.892)	1.355 (698-3.421)	3.574 (1.254-3.574)	0,020	2.163 (569-2.163)	2.819 (1.265-2.919)	0,162
FG (ml/min), media ± DE	53,0 ± 19,4	55,2 ± 19,5	50,2 ± 19,4	0,322	52,5 ± 18,9	53,8 ± 20,7	0,807
FEVI < 50%, n (%)	19 (31,7)	12 (37,5)	7 (25)	0,299	12 (31,6)	7 (31,8)	0,985
Strain < -14%, n (%)	57 (93,4)	34 (97,1)	23 (85,2)	0,072	35 (92,1)	22 (95,7)	0,588
TAPSE < 17, n (%)	43 (68,3)	25 (71,4)	18 (64,3)	0,545	26 (65)	17 (73,9)	0,464
Uso de diurético, n (%)	10 (15,9)	2 (5,7)	8 (28,6)	0,014	5 (12,5)	5 (21,7)	0,334

Fenotipo IC avanzada: variable compuesta por ingresos por IC en el último año + BNP ≥ 2.800 + FEVI < 50. Alteraciones en el ECG: variable compuesta por signos de HVI, pseudo-Q o microvoltajes.



FENOTIPOS GERIÁTRICOS EN LA AMILOIDOSIS CARDIACA ATTR

Estudio transversal multicéntrico (N = 63)

Fragilidad evaluada con escala FRAIL | Dependencia evaluada con índice de Barthel

FRAGILIDAD
(Fenotipo congestivo)

Prevalencia
42,9%

Mayores ingresos por IC en el último año **60,7% vs 22,9%**
 $p = 0,002$

Peor clase funcional NYHA III-IV **32,1% vs 11,4%**
 $p = 0,044$

NT-proBNP más elevado (mediana) **3574 vs 1355 pg/mL**
 $p = 0,020$

Mayor uso de diuréticos **28,6% vs 5,7%**
 $p = 0,014$

Predominio femenino **35,7% vs 8,6%**
 $p = 0,008$

Mayor edad (media) **88 ± 6 vs 83 ± 6 años**
 $p = 0,002$

PERFIL CLÍNICO CONGESTIVO Y MAYOR CARGA DE IC

DEPENDENCIA
(Fenotipo geriátrico)

Prevalencia
36,5%

Mayor edad (media) **90 ± 5 vs 82 ± 5 años**
 $p < 0,001$

Predominio femenino **47,8% vs 5,0%**
 $p < 0,001$

Mayor carga de comorbilidad

- Hipertensión arterial **78,3% vs 67,5%**
 $p = 0,363$
- Diabetes mellitus **17,4% vs 32,5%**
 $p = 0,193$
- Cardiopatía isquémica **78,3% vs 65,0%**
 $p = 0,270$

Mayores ingresos por IC en el último año **56,5% vs 30,0%**
 $p = 0,038$

NT-proBNP más elevado (tendencia) **2819 vs 2163 pg/mL**
 $p = 0,162$

VULNERABILIDAD ASOCIADA AL ENVEJECIMIENTO Y MAYOR CARGA DE COMORBILIDAD



En pacientes con ATTR, la fragilidad y la dependencia identifican perfiles geriátricos de mayor riesgo, caracterizados principalmente por edad avanzada y predominio femenino.

IC: insuficiencia cardíaca; NT-proBNP: péptido natriurético tipo B N-terminal; HTA: hipertensión arterial; DM: diabetes mellitus; FA: fibrilación auricular; NYHA: New York Heart Association.

25. TRAYECTORIAS DE ACTIVIDAD FÍSICA EN ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS Y CARACTERIZACIÓN CARDIOVASCULAR Y FUNCIONAL: ESTUDIO SNAC-K

Alba Hernández-Martínez^{1,2}, Javier Leal-Martín², Caterina Gregorio², David Martínez-Gómez¹, Anna-Karin Welmer² y Amaia Calderón-Larrañaga²

¹Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid; CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Madrid. ²Aging Research Center, Department of Neurobiology, Care Sciences and Society, Karolinska Institutet and Stockholm University, Estocolmo, Suecia.

Introducción y objetivos: Los niveles de actividad física en la senectud constituyen un determinante clave del envejecimiento saludable. Sin embargo, su evolución durante esta etapa vital sigue insuficientemente estudiada, así como las características de salud cardiovascular y funcional asociadas a dichas trayectorias de actividad física. Los objetivos del trabajo son identificar trayectorias latentes de actividad física en adultos mayores y describir las características cardiovasculares y funcionales basales de cada grupo.

Métodos: Se analizaron 2.865 participantes ≥ 60 años procedentes del Swedish National study on Aging and Care in Kungsholmen (SNAC-K), con un seguimiento de hasta 15 años. La actividad física se evaluó cada 6 (60-78 años) o 3 años (> 78 años) mediante un cuestionario estandarizado. La información clínica y funcional fue recabada al inicio del estudio. Las trayectorias de actividad física se identificaron mediante modelos mixtos de clases latentes, utilizando la edad como escala temporal.

Resultados: Se identificaron tres trayectorias de actividad física: niveles altos y sostenidos con posterior descenso acen-

tuado ($n = 70,4\%$), niveles intermedios con descenso progresivo ($n = 26,9\%$), y niveles persistentemente bajos ($n = 2,7\%$). Los participantes pertenecientes a esta última trayectoria presentaban una mayor prevalencia basal de hipertensión, diabetes, dislipidemia, obesidad, cardiopatía isquémica, e insuficiencia cardiaca. Asimismo, mostraban una menor velocidad de la marcha, menor fuerza de prensión manual, mayor dependencia para las actividades instrumentales de la vida diaria, menor nivel educativo, y mayor frecuencia de tabaquismo.

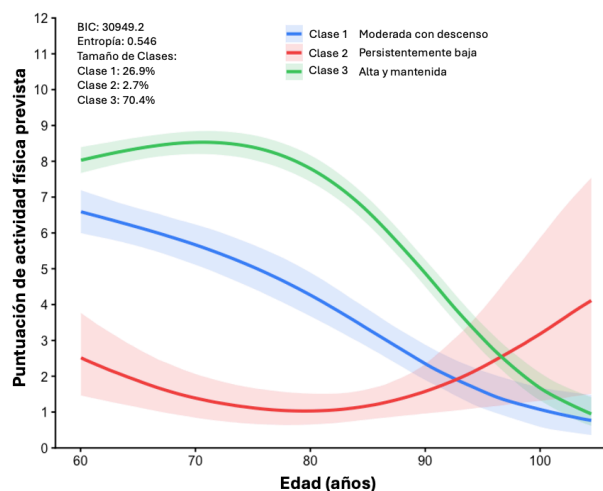


Figura 1. Trayectorias longitudinales de actividad física en adultos mayores del estudio SNAC-K. Las líneas representan la trayectoria media estimada mediante modelos mixtos de clases latentes. Las áreas sombreadas corresponden al intervalo de confianza del 95%.

Tabla 1. Características basales de los participantes según la trayectoria de actividad física

	Clase 1 (moderada con descenso)	Clase 2 (persistentemente baja)	Clase 3 (alta y mantenida)	p
Participantes, n (%)	770 (26,9)	77 (2,7)	2018 (70,4)	
Sociodemográficos				
Mujeres, n (%)	516 (67,0)	40 (52,0)	1234 (61,2)	0,003
Educación universitaria, n (%)	242 (31,4)	24 (31,2)	754 (37,4)	0,010
Tabaquismo (Nunca/ Exfumador/Actual)	346 (45,1)/280 (36,5)/141 (18,4)	26 (33,8)/26 (33,8)/56 (32,8)	944 (47,1)/813 (40,5)/249 (12,4)	< 0,001
Perfil de riesgo cardiovascular				
Hipertensión, %	567 (73,6)	57 (74,0)	1393 (69,0)	0,046
Diabetes, %	95 (12,3)	21 (27,3)	134 (6,6)	< 0,001
Dislipidemia, %	366 (47,5)	29 (37,66)	1050 (52,0)	0,008
IMC (Infrapeso/Normopeso/ Sobrepeso/Obesidad)	17 (2,3)/263 (35,4)/311 (41,9)/152 (20,5)	8 (11,0)/18 (25,0)/27 (37,0)/20 (27,4)	31 (1,6)/948 (48,1)/800 (40,6)/193 (9,8)	< 0,001
Enfermedad cardiovascular				
Cardiopatía isquémica, %	124 (16,1)	16 (20,8)	250 (12,4)	0,007
Insuficiencia cardiaca, %	82 (10,7)	9 (11,7)	137 (6,8)	0,002
Ictus, %	58 (7,5)	9 (11,7)	119 (5,9)	0,050
Fibrilación auricular, %	73 (9,5)	5 (6,5)	160 (8,0)	0,349
Función física (media, dt)				
Velocidad de la marcha (m/s)	0,93 (0,41)	0,67 (0,34)	1,11 (0,39)	< 0,001
Fuerza prensión manual (N)	243,3	229,4	262,3	< 0,001
Actividades instrumentales de la vida diaria	0,62 (1,5)	1,43 (2,1)	0,30 (1,09)	< 0,001

DT: desviación típica; N: newton; m/s: metros por segundo. Los datos se presentan como media (DT) o n (%). Las variables continuas se compararon mediante la prueba de Kruskal-Wallis y las categóricas mediante χ^2 de Pearson. La edad no se presenta porque se utilizó como escala temporal para la estimación de las trayectorias de actividad física, lo que elimina las diferencias de edad entre los grupos.

Conclusiones: Se identificaron tres trayectorias diferenciadas de actividad física en una cohorte de adultos mayores suecos. La trayectoria con niveles persistentemente bajos presentó el peor perfil cardiovascular y funcional. Futuros estudios deberán esclarecer la dirección de estas asociaciones y su utilidad para identificar precozmente a personas con mayor riesgo de inactividad física persistente.

26. ASOCIACIÓN ENTRE EL ÍNDICE DE COMORBILIDAD DE CHARLSON Y LA MORTALIDAD TRAS IMPLANTE DE PRÓTESIS VALVULAR AÓRTICA TRANSCATÉTER (TAVI) EN PACIENTES GERIÁTRICOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TOLEDO

Lucía Pérez García¹, Gabriel Rivera Saltos²,
Guillermo Galeote Escalera², Irene Torres Chillerón²
y Fabio Quiñónez Bareiro¹

¹Servicio de Geriátría, Hospital Virgen del Valle, Toledo. ²Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Toledo, Toledo.

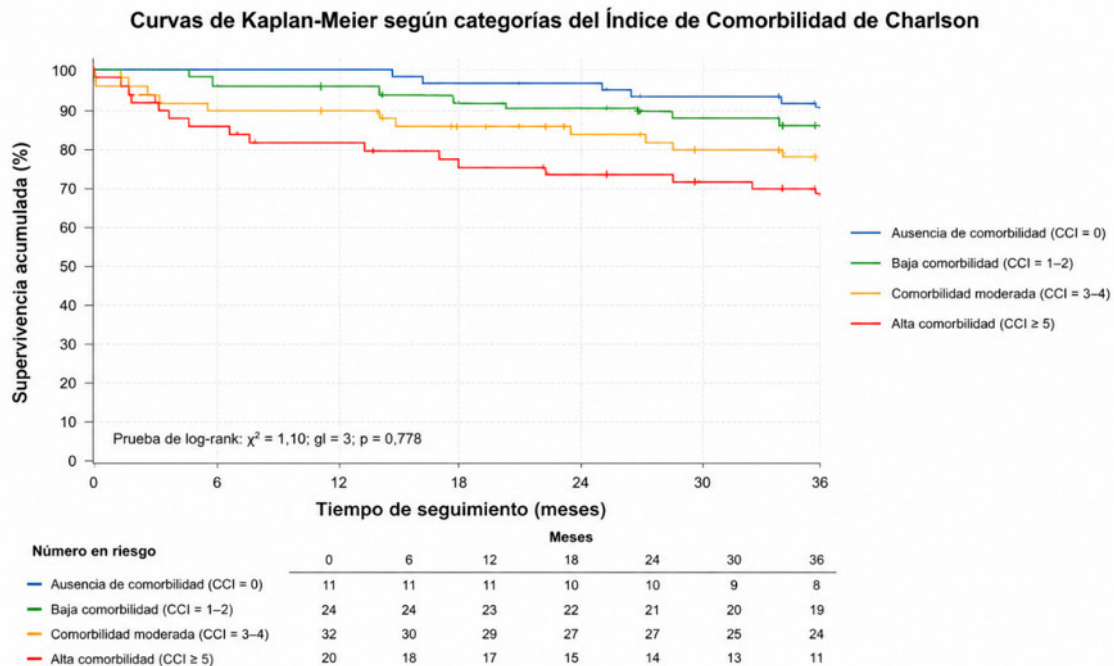
Introducción y objetivos: El índice de comorbilidad de Charlson (CCI) es una herramienta validada para estimar el riesgo de mortalidad a largo plazo en diversas patologías. Sin embargo, su utilidad pronóstica en pacientes sometidos a TAVI continúa siendo motivo de debate. El objetivo es analizar la asociación entre el CCI y la mortalidad a 3 años en pacientes geriátricos sometidos a TAVI.

Métodos: Estudio observacional, longitudinal, analítico y retrospectivo. Se incluyen paciente de 65 años o más sometidos a TAVI entre el 1 de enero de 2021 y el 31 de diciembre de 2022. El CCI fue calculado previo al procedimiento y se clasificó en cuatro categorías: ausencia de comorbilidad (0 puntos), baja comorbilidad (1-2 puntos), moderada comorbilidad (3-4 puntos) y alta comorbilidad (≥ 5 puntos). Los pacientes fueron seguidos desde la fecha del implante durante un máximo de 36 meses hasta la ocurrencia del evento de interés (mortalidad

por cualquier causa) o el final del periodo de seguimiento. La supervivencia se estimó mediante el método de Kaplan-Meier y se comparó entre las categorías del CCI utilizando la prueba de log-rank.

Características basales (n = 87)	n (%) o media $\pm$ DE
Edad - años	82,7 $\pm$ 4,85
Sexo femenino - no. (%)	45 (51,7)
Índice de masa corporal (IMC) - kg/m ²	30,3 $\pm$ 6,01
Tipo de TAVI - no. (%)	
Expandible con balón	54 (62,1)
Autoexpandible	33 (37,9)
Índice de comorbilidad de Charlson (CCI) - n (%)	
Ausencia de comorbilidad (0 puntos)	11 (12,6)
Baja comorbilidad (1-2 puntos)	24 (27,6)
Moderada comorbilidad (3-4 puntos)	32 (36,8)
Alta comorbilidad (≥ 5 puntos)	20 (23,0)
Enfermedad renal crónica moderada-grave	49 (56,3)
Insuficiencia cardíaca	34 (39,1)
Enfermedad pulmonar crónica	21 (24,1)
Tumor sólido	18 (20,7)
Diabetes mellitus sin complicaciones	13 (14,9)
Diabetes mellitus con complicaciones	12 (13,8)
Enfermedad cerebrovascular	8 (9,2)
Tumor sólido con metástasis	5 (5,7)
Demencia	3 (3,4)
Enfermedad ulceropéptica	2 (2,3)
Cirrosis o enfermedad hepática crónica	2 (2,3)
Linfoma	1 (1,1)

Resultados: Se excluye 1 paciente, incluyendo finalmente 87. Las características basales se muestran en la tabla 1. La distribución según el CCI fue ausencia de comorbilidad 12,6%, baja comorbilidad 27,6%, moderada comorbilidad 36,8% y alta



CCI: Índice de comorbilidad de Charlson.

CCI categorizado: 0 = ausencia de comorbilidad; 1-2 = baja comorbilidad; 3-4 = comorbilidad moderada; ≥ 5 = alta comorbilidad.

comorbilidad 23%. Durante el seguimiento se registraron 16 fallecimientos (18,4%). El análisis de supervivencia mostró una tendencia a una menor supervivencia conforme aumentaba la carga de comorbilidad medida por el CCI (figura 1); sin embargo, no hubo diferencias estadísticamente significativas entre las cuatro categorías del CCI (prueba de *log-rank*: $\chi^2 = 1,10$; *gl* = 3; *p* = 0,778).

Conclusiones: Los pacientes con mayor carga de comorbilidad presentaron una menor supervivencia a tres años tras TAVI; sin embargo, no hubo diferencias estadísticamente significativas entre las categorías del CCI.

27. POLIPÍLDORA CARDIOVASCULAR EN PACIENTES FRÁGILES TRAS SÍNDROME CORONARIO AGUDO: SEGURIDAD Y ADHERENCIA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

Ana Lara-Palomo, Ana Pérez-Asensio,
Pedro José Rodríguez Acedo, Etelino Silva García,
Livia Gheorghe y César Jiménez-Méndez

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

Introducción y objetivos: La fragilidad es muy prevalente en los pacientes con síndrome coronario agudo (SCA) y se asocia con un peor pronóstico, menor adherencia terapéutica y menor uso de estrategias invasivas. La polipíldora cardiovascular podría mejorar la adherencia y el control de factores de riesgo en este grupo. El objetivo es evaluar el impacto del tratamiento con la polipíldora cardiovascular en una cohorte de pacientes frágiles.

Métodos: Estudio prospectivo que incluyó a todos los pacientes consecutivos dados de alta tras un SCA y tratados con la polipíldora cardiovascular. Se analizó el subgrupo de pacientes frágiles, definidos por una puntuación ≥ 4 en la Clinical Frailty Scale.

Edad media	80 $\pm$ 6 años
Hipertensión arterial	65%
Dislipemia	65%
Diabetes mellitus	25%
Tabaquismo previo/actual	50%
Insuficiencia cardiaca 2 años previos	100%
SCC	95%
Motivo de ingreso	
IAMCEST	30%
IAMSEST	55%
Angina inestable	15%
Revascularización completa	85%
Polifarmacia	
5-10 fármacos	75%
≥ 10 fármacos	25%
Dosis prescrita	
Ramipril 2,5 mg/atorvastatina 40 mg/ácido acetilsalicílico 100 mg	65%
Ramipril 5 mg/atorvastatina 40 mg/ácido acetilsalicílico 100 mg	30%
Ramipril 2,5 mg/atorvastatina 20 mg/ácido acetilsalicílico 100 mg	5%
Colesterol total medio pre	148 $\pm$ 43 mg/dl
Colesterol LDL medio pre	93 $\pm$ 36 mg/dl

Resultados: Se incluyeron 20 pacientes, edad media 80 años, 20% mujeres. Las principales características se muestran en la tabla. La cohorte presentaba una alta prevalencia de factores de riesgo cardiovasculares clásicos y síndrome coronario

previo. El motivo de ingreso más frecuente (55%) fue el SCA sin elevación del segmento ST. Se logró revascularización completa en el 85% de los pacientes. Al alta, el 25% presentaba polifarmacia (definida como > 5 fármacos). La presentación de la polipíldora más prescrita fue ramipril 2,5 mg/atorvastatina 40 mg/ácido acetilsalicílico 100 mg (65%). El 70% de los pacientes precisó tratamiento concomitante con estatina y ezetimiba. Tras un seguimiento de 65 $\pm$ 28 días, el 95% de los pacientes mostró buena adherencia al tratamiento y no se registraron reacciones adversas farmacológicas. La mortalidad fue del 5%, de causa no cardiovascular. No se registraron eventos cardiovasculares mayores. El 45% alcanzó el objetivo de LDL < 55 mg/dl.

Conclusiones: La polipíldora cardiovascular en pacientes frágiles tras un síndrome coronario agudo parece segura y se asocia con alta adherencia y buen control lipídico a corto plazo. Se requieren estudios con mayor tamaño muestral para confirmar estos resultados.

28. RELACIÓN ENTRE LA FRACCIÓN DE EYECCIÓN DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO PREVIA AL IMPLANTE DE PRÓTESIS VALVULAR AÓRTICA TRANSCATÉTER Y LA MORTALIDAD A TRES AÑOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TOLEDO

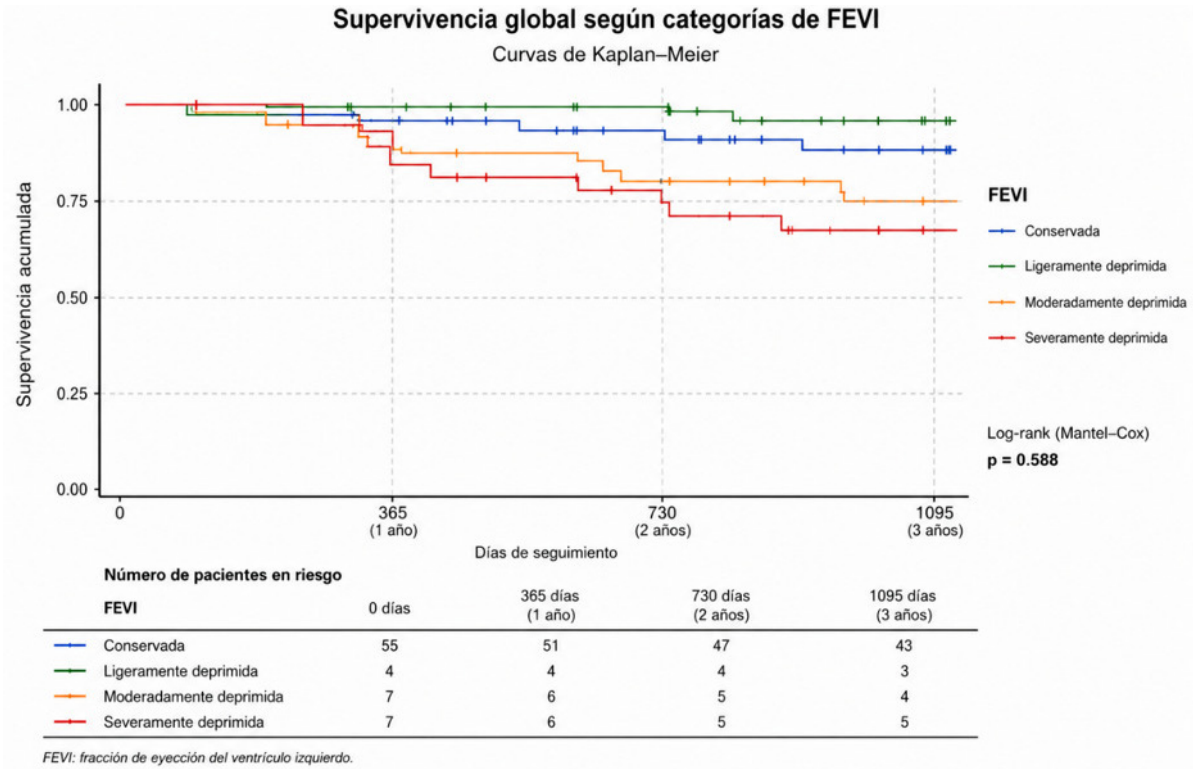
Gabriel Rivera Saltos, Jesús Cuesta Domingo,
Elena García Losana, Nerea Velasco Pascual,
Pablo Garrido Arriaza y Ana Ruiz de la Cueva

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Toledo, Toledo.

Introducción y objetivos: La fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) es un parámetro con valor pronóstico en la estenosis aórtica grave. Sin embargo, la evidencia sobre su impacto en la mortalidad a largo plazo tras el implante de prótesis valvular aórtica transcatheter (TAVI) continúa siendo limitada. El objetivo es analizar la relación entre la FEVI previa al TAVI y la mortalidad por cualquier causa a tres años.

Características basales	Total (n = 73)
Edad - años, media $\pm$ DE	82,9 $\pm$ 4,97
Sexo femenino - n (%)	39 (53,4)
Índice de masa corporal (IMC) - kg/m ² , media $\pm$ DE	30,4 $\pm$ 5,97
Tipo de TAVI - n (%)	
Expansible con balón	45 (61,6)
Autoexpandible	28 (38,4)
Estratificación de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) - n (%)	
Conservada ($\geq 50\%$)	55 (75,3)
Ligeramente deprimida (41-49%)	4 (5,5)
Moderadamente deprimida (31-40%)	7 (9,6)
Gravemente deprimida ($\leq 30\%$)	7 (9,6)
Ritmo pre-TAVI - n (%)	
Sinusal	53 (72,6)
Fibrilación auricular	14 (19,2)
Flutter auricular	1 (1,4)
Estimulado por marcapasos	5 (6,8)

Métodos: Estudio observacional, longitudinal, analítico y retrospectivo. Se incluyeron pacientes de 65 años o más sometidos a TAVI entre el 1 de enero de 2021 y el 31 de diciembre de 2022. La FEVI se determinó mediante ecocardiografía utilizando el método de Simpson biplano y se clasificó en cuatro categorías: conservada ($\geq 50\%$), ligeramente deprimida (41-49%), moderadamente deprimida (31-40%) y gravemente deprimida ($\leq 30\%$). Los pacientes fueron seguidos desde la fecha del im-



Comunicación 28. Figura

plante durante un máximo de 36 meses hasta la ocurrencia del evento de interés (mortalidad por cualquier causa) o el final del periodo de seguimiento. La supervivencia se estimó mediante el método de Kaplan-Meier y se comparó entre las categorías de FEVI mediante la prueba de *log-rank*.

Resultados: Se excluyen 14 pacientes por ausencia del valor de FEVI basal, incluyendo finalmente 73. Las características basales se muestran en la tabla 1. La estratificación según la FEVI fue conservada 72,3%, ligeramente deprimida 5,5%,

moderada y gravemente deprimida 9,6% y 9,6%, respectivamente. Durante el seguimiento se registraron 13 fallecimientos (17,4%). En el análisis de supervivencia (figura 1) mediante Kaplan-Meier no hubo diferencias estadísticamente significativas entre las categorías de FEVI (*log-rank*, $p = 0,58$).

Conclusiones: La estratificación de la FEVI basal no mostró asociación estadísticamente significativa con la mortalidad por cualquier causa a tres años tras el TAVI.