



REUNIONES 2020 Y 2021 DE CARDIOLOGÍA GERIÁTRICA Y CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS DE ANTICOAGULACIÓN

AUTORES: CLARA BONANAD, SERGIO GARCÍA-BLAS,
ANA AYESTA Y PABLO DíEZ-VILLANUEVA

PATROCINADO POR





SOCIEDAD
ESPAÑOLA DE
CARDIOLOGÍA



Sección de
Cardiología
Geriátrica

Reuniones 2020 y 2021 de cardiología geriátrica y concurso de casos clínicos de anticoagulación

© 2021 Sociedad Española de Cardiología

ISBN: 978-84-09-24816-2

SEC: 2021-F

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



CONTENIDO

COMUNICACIONES DE LOS CONGRESOS 2020-2021
Y CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS DE BAYER 2020

ÍNDICE

| | |
|--|----------|
| INTRODUCCIÓN | 7 |
| AUTORES Y COORDINACIÓN | 8 |
| COMUNICACIONES Y CASOS CLÍNICOS GERIÁTRICA 2020 | 9 |
| COMUNICACIÓN 1 | 10 |
| COMUNICACIÓN 2 | 11 |
| COMUNICACIÓN 3 | 12 |
| COMUNICACIÓN 4 | 14 |
| COMUNICACIÓN 5 | 15 |
| COMUNICACIÓN 6 | 19 |
| COMUNICACIÓN 7 | 25 |
| COMUNICACIÓN 8 | 27 |
| COMUNICACIÓN 9 | 29 |
| COMUNICACIÓN 10 | 31 |
| COMUNICACIÓN 11 | 32 |
| COMUNICACIÓN 12 | 34 |
| COMUNICACIÓN 13 | 36 |
| COMUNICACIÓN 14 | 37 |
| COMUNICACIÓN 15 | 38 |
| COMUNICACIÓN 16 | 39 |
| COMUNICACIÓN 17 | 40 |
| COMUNICACIÓN 18 | 41 |
| COMUNICACIÓN 19 | 43 |
| COMUNICACIÓN 20 | 45 |
| COMUNICACIÓN 21 | 46 |
| COMUNICACIÓN 22 | 47 |



CONTENIDO

COMUNICACIONES DE LOS CONGRESOS 2020-2021 Y CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS DE BAYER 2020

| | |
|--------------------------------------|-----------|
| COMUNICACIÓN 23 | 48 |
| COMUNICACIÓN 24 | 49 |
| COMUNICACIÓN 25 | 50 |
| COMUNICACIÓN 26 | 51 |
| COMUNICACIÓN 27 | 52 |
| COMUNICACIÓN 28 | 53 |
| CASOS CLÍNICOS CONCURSO BAYER | 54 |
| CASO 1 | 55 |
| CASO 2 | 57 |
| CASO 3 | 59 |
| CASO 4 | 61 |
| CASO 5 | 63 |
| CASO 6 | 64 |
| CASO 7 | 65 |
| CASO 8 | 66 |
| CASO 9 | 68 |
| CASO 10 | 69 |
| CASO 11 | 70 |
| CASO 12 | 72 |
| CASO 13 | 72 |
| CASO 14 | 75 |
| CASO 15 | 79 |
| CASO 16 | 80 |
| CASO 17 | 82 |
| CASO 18 | 83 |
| CASO 19 | 84 |





CONTENIDO

COMUNICACIONES DE LOS CONGRESOS 2020-2021
Y CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS DE BAYER 2020

| | |
|--|-----------|
| COMUNICACIONES Y CASOS CLÍNICOS GERIÁTRICA 2021 | 86 |
| COMUNICACIÓN 1 | 87 |
| COMUNICACIÓN 2 | 88 |
| COMUNICACIÓN 3 | 89 |
| COMUNICACIÓN 4 | 90 |
| COMUNICACIÓN 5 | 91 |
| COMUNICACIÓN 6 | 92 |
| COMUNICACIÓN 7 | 93 |
| COMUNICACIÓN 8 | 95 |
| COMUNICACIÓN 9 | 97 |
| COMUNICACIÓN 10 | 99 |
| COMUNICACIÓN 11 | 101 |
| COMUNICACIÓN 12 | 102 |
| COMUNICACIÓN 13 | 103 |
| COMUNICACIÓN 14 | 105 |
| COMUNICACIÓN 15 | 107 |
| COMUNICACIÓN 16 | 109 |
| COMUNICACIÓN 17 | 110 |



INTRODUCCIÓN

Desde 1995 la sección de cardiología Geriátrica ha tenido una trayectoria científica con un crecimiento exponencial e imparable. Asimismo nuestros presidentes antecesores han apostado por nuevas generaciones de jóvenes Cardiólogos que sin duda alguna han supuesto una r-evolución para la expansión de nuestra sección. Con el fondo del humanismo, se han formado equipos de trabajo muy sólidos que sin duda alguna han sido fruto de todos estos resultados.

Por primera vez en 2020 bajo la presidencia de la Dra.Bonanad y con el apoyo incondicional de los Presidentes previos Dr. Pablo Díez-Villanueva, Dr.Albert Ariza y Dr.Manuel Martínez-Selles se han incorporado las comunicaciones a nuestra reunión anual, trayectoria que ha seguido y potenciado la actual presidenta Dra.Ana Ayesta. Fruto de todo el trabajo, nace este primer libro que esperamos que tan solo sea eso: el primero de muchos. Porque caminando en equipo, se camina hacia la excelencia.

Esperamos que sea de vuestro interés,

Atentamente,

CLARA BONANAD

AUTORES

CLARA BONANAD

SERGIO GARCÍA BLAS

ANA AYESTA

PABLO DÍEZ VILLANUEVA



**COMUNICACIONES
Y CASOS CLÍNICOS
GERIÁTRICA 2020**

COMUNICACIÓN 1

IMPACTO DE LA ANTICOAGULACIÓN EN LOS PACIENTES CON DEMENCIA Y FIBRILACIÓN AURICULAR. RESULTADOS DEL REGISTRO CARDIOCHUVI-FA

Rafael Cobas Paz, Sergio Raposeiras Roubin, Emad Abu-Assi, Berenice Caneiro Queija, Carlos Rodríguez Pascual, Andrés Iñiguez Romo

Hospital Universitario Álvaro Cunqueiro, Vigo (Pontevedra)

Introducción y objetivos

El paciente anciano está infrarrepresentado en los ensayos clínicos que analizan el efecto del tratamiento anticoagulante en pacientes con fibrilación auricular (FA). El objetivo de nuestro estudio fue analizar la mortalidad por todas las causas así como los eventos embólicos y hemorrágicos durante el seguimiento de una cohorte de pacientes ancianos diagnosticados de FA y demencia de grado moderado/severo.

Métodos

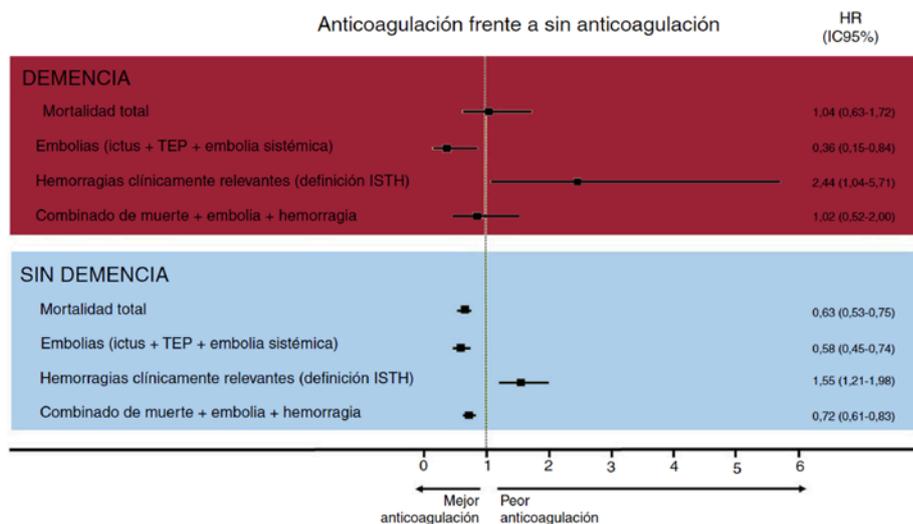
Se analizaron 3,549 pacientes consecutivos ≥ 85 años con diagnóstico de FA no valvular establecido entre 2013 y 2018. Se establecieron dos grupos en función de la existencia de demencia moderada/severa y, a su vez, en si recibían anticoagulación oral o no. El impacto de la anticoagulación en la mortalidad, las embolias y las hemorragias se evaluó mediante un análisis multivariado de Cox. En los pacientes con demencia, dicho análisis se complementó con un propensity score matching en función de que se les prescribiera tratamiento anticoagulante o no.

Resultados

De los 3.549 pacientes de ≥ 85 años con FA, 221 presentaban demencia de grado moderado-grave (6,1%), de los que 88 (60,2%) fueron anticoagulados. Durante un seguimiento de $2,8 \pm 1,7$ años, la anticoagulación se asoció con menor riesgo embólico y mayor riesgo hemorrágico tanto en pacientes con demencia (HR embolias=0,36; IC95%, 0,15-0,84; HR hemorragias=2,44; IC95%, 1,04-5,71) como sin demencia (HR embolias=0,58; IC95%, 0,45-0,74; HR hemorragias=1,55; IC95%, 1,21-1,98). Sin embargo, la anticoagulación únicamente se asoció con menor mortalidad en los pacientes sin demencia (HR=0,63; IC95%, 0,53-0,75), no en pacientes con demencia (HR ajustada=1,04; IC95%, 0,63-1,72; $p=0,541$; HR después de propensity score matching=0,91; IC95%, 0,45-1,83; $p=0,785$) (figura 1).

Conclusiones

En pacientes ≥ 85 años con demencia moderada-severa y FA, la anticoagulación oral se asoció de forma significativa con un menor riesgo de embolias y un mayor riesgo hemorrágico, sin encontrarse diferencias en cuanto a mortalidad total, aspecto diferencial con respecto a los pacientes sin demencia relevante.



COMUNICACIÓN 2

PERFIL CLÍNICO Y PRONÓSTICO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA EN NONAGENARIOS

Autores: Miguel Lorenzo Hernández, Gema Miñana Escrivá, Gonzalo Núñez Marina, Héctor Merenciano González, Ana Gabaldón Pérez, Julio Núñez Villota

Hospital Clínico Universitario de Valencia. Departamento de Cardiología. INCLIVA. Valencia, España

Introducción

A pesar de que la insuficiencia cardiaca aguda (ICA) es altamente prevalente en la población geriátrica, existe poca información acerca de las características clínicas y el pronóstico en los pacientes más añosos, ya que estos se excluyen sistemáticamente de los ensayos.

Objetivos

El objetivo de este trabajo fue evaluar el perfil clínico y la mortalidad a corto plazo de los pacientes ≥ 90 años que ingresan por ICA.

Material y métodos

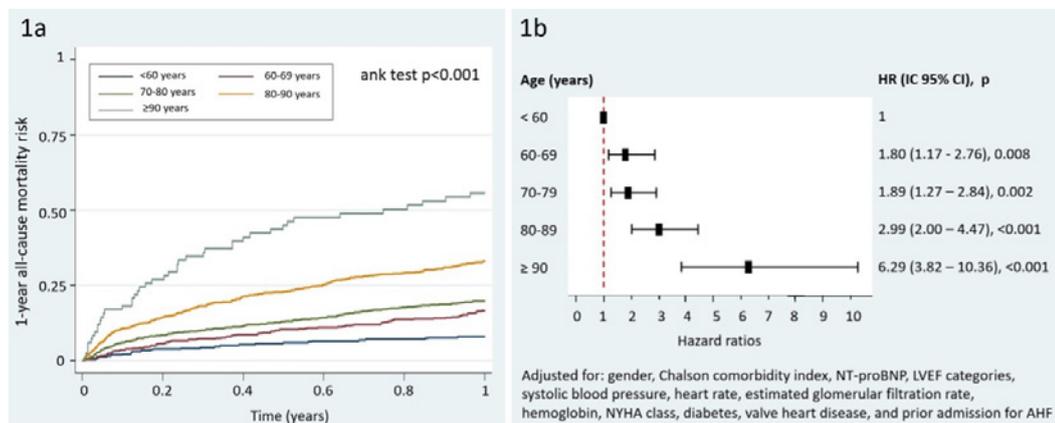
Incluimos de forma prospectiva un total de 3054 pacientes ingresados en el servicio de Cardiología de un hospital terciario con el diagnóstico de ICA durante los años 2014 a 2018. Los pacientes se dividieron en 5 categorías de edad (<60 años; 60-69,9 años; 70-79,9 años; 80-89,9 años y ≥ 90 años) y el riesgo de mortalidad en cada categoría se evaluó por el método de regresión de Cox.

Resultados

La edad media de la muestra fue $73,6 \pm 11,2$ años, 1560 (51,1%) eran hombres y 1613 (52,8%) tenían insuficiencia cardiaca con fracción de eyección preservada (IC-FEp). 83 pacientes (2,72%) tenían 90 años o más, aunque la proporción aumenta con el paso del tiempo ($p=0.006$). Los pacientes nonagenarios fueron más frecuentemente mujeres, no diabéticos, desarrollaron con más frecuencia IC-FEp, y su tratamiento incluía menos IECA/ARA2 y antagonistas del receptor de mineralcorticoides. Tras un año, 667 (22,1%) de los pacientes fallecieron. La mortalidad en los nonagenarios fue de un 53,0% al año, siendo la mitad de las muertes durante los 6 primeros meses [Figura 1a]. Tras un ajuste multivariante se observó que los pacientes ≥ 90 años duplicaban el riesgo de mortalidad al año comparado con aquellos 80-89,9 años ($HR=2.10$, IC 95%:1.52-2.91; $p<0.001$) [Figura 1b].

Conclusiones

Los pacientes nonagenarios con ICA son más frecuentemente mujeres con IC-FEp. Estos pacientes presentan un riesgo muy aumentado de mortalidad en comparación con aquellos más jóvenes.



COMUNICACIÓN 3

VALOR PRONÓSTICO DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA CARDÍACA DE ESTRÉS EN PACIENTES MAYORES CON SÍNDROME CORONARIO CRÓNICO

Ana Gabaldón-Pérez¹, Clara Bonanad^{1,2}, Víctor Marcos-Garcés¹, Jose Gavara², Héctor Merenciano-González¹, Vicente Bodí^{1,2}

1. Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, España **2.** Instituto de Investigación Biomédica INCLIVA, Valencia, España

Introducción

La prevalencia y mortalidad del síndrome coronario crónico (SCC) aumenta con la edad, siendo la población anciana de mayor complejidad dada su elevada comorbilidad y la gran carga de factores geriátricos asociados. Esto genera la necesidad de disponer de una técnica diagnóstica segura como la resonancia magnética cardíaca (RMC) que nos ayude al mismo tiempo en la valoración pronóstica del paciente anciano con SCC.

Objetivo

Explorar la utilidad de la carga isquémica medida mediante RMC de estrés para predecir eventos cardiovasculares (ECV) en pacientes mayores con SCC conocido o sospechado.

Material y Métodos

Se incluyeron 6389 pacientes con SCC conocido o sospechado en los que se realizó una RMC de estrés con vasodilatador por criterio clínico. De esta cohorte general, analizamos los datos de 1225 mayores de 70 años. Se recogieron de forma prospectiva las características basales y los datos del estudio con RMC. Posteriormente se analizó la asociación entre estos parámetros y la aparición de eventos mayores definidos como muerte y/o infarto de miocardio no fatal.

Resultados

La edad media fue de 77 ± 5 años y un 51% fueron varones. Durante una mediana de seguimiento de 2.69 años, los eventos mayores ocurrieron en 203 pacientes (17%) y su aparición se relacionó con mayores volúmenes del ventrículo izquierdo, una fracción de eyección de ventrículo izquierdo más deprimida, mayor carga isquémica (segmentos miocárdicos con isquemia en la perfusión de primer paso) y una mayor extensión de la necrosis (con realce tardío de gadolinio).

Conclusiones

En pacientes mayores con SCC conocido o sospechado una mayor carga isquémica medida mediante RMC de estrés con vasodilatador predice un mayor riesgo de aparición de ECV a largo plazo.

La carga isquémica en la RMC de estrés con vasodilatador permite una estratificación del riesgo de eventos mayores en esta población con SCC conocido o sospechado.

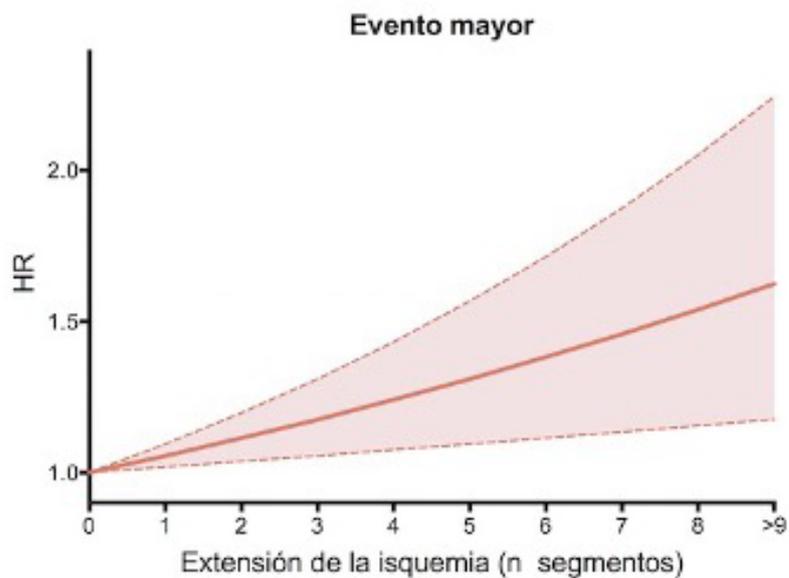


FIGURA 1. LA RELACIÓN DE RIESGO DE EVENTOS MAYORES (CON SUS RESPECTIVOS IC AL 95%) SE INCREMENTA EN PARALELO CON LA CARGA ISQUÉMICA.

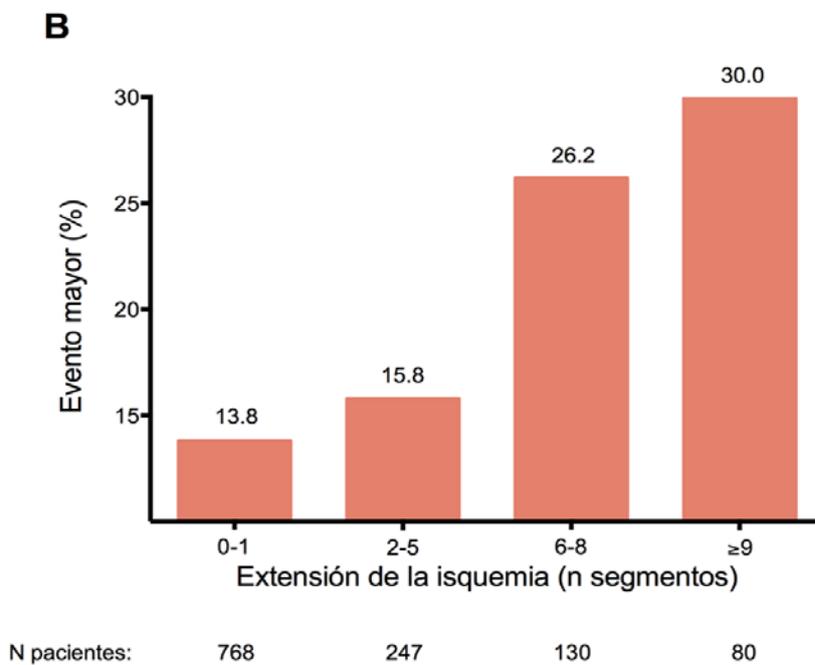


FIGURA 2. TASA DE EVENTOS MAYORES SEGÚN LA EXTENSIÓN (Nº DE SEGMENTOS) DE LA CARGA ISQUÉMICA.

COMUNICACIÓN 4

SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN NONAGENARIA PLURIPATOLÓGICA INTERVENIDA POR FRACTURA DE CADERA

M. Sánchez¹; M. González¹; C. Oquendo¹; C. Gala²; J. García²; M. Royo²; M.E. Castro¹

1. Servicio Geriatría Hospital Socio Sanitario San José 2. Servicio Traumatología Hospital General Obispo Polanco. Teruel

Introducción

Un gran porcentaje del Síndrome Coronario Agudo (SCA) en paciente anciano se presenta en el seno de otras enfermedades agudas o crónicas descompensadas y se reconoce que estos casos tienen peor pronóstico.

Objetivo

Describir a través de un caso clínico la presentación y manejo del SCA en paciente nonagenario, concomitante a una intervención de fractura de cadera y comorbilidades asociadas.

Material y Método

Seguimiento del proceso asistencial durante el periodo preoperatorio, quirúrgico y postoperatorio. Descripción todas las comorbilidades en su tiempo de ingreso.

Resultado

Mujer de 97 años, autónoma para las actividades básicas de la vida diaria. Deambulación con bastón. Sin deterioro cognitivo y buen apoyo social. Antecedentes: hipertensión arterial, arritmia cardíaca por fibrilación auricular paroxística, insuficiencia cardíaca y anemia normocítica. Tratamiento habitual: furosemida, telmisartán, paracetamol, omeprazol y alprazolam. Ingresó con motivo de fractura subcapital de fémur derecho tras caída casual, intervenida con prótesis parcial bipolar. Durante el perioperatorio presenta cuadro vegetativo, electrocardiograma ritmo sinusal con hemibloqueo anterior y descenso ST V4-V6, II y aVF, curva de troponina ultrasensible con pico máximo 4161. Se pautó nitroglicerina por sistema terapéutico transdérmico para el síndrome coronario subagudo (IAM no Q). Ecocardiograma con función sistólica conservada sin francas asimetrías de la contractibilidad, normalización del electrocardiograma, asintomática y descenso de la curva de troponinas. Evoluciona tolerando sedestación y continuando la rehabilitación motora adaptada a su evento cardiovascular. Durante su estancia, dada la pandemia COVID-19 se realiza PCR con resultado de positiva para SARS-COV2.

Conclusión

El SCA se acompaña de complicaciones intrahospitalarias, prolonga estancia hospitalaria y empeora el pronóstico. La atención integral del paciente tanto desde el punto de vista osteomuscular, como de sus comorbilidades médicas es prioritaria, implicando una valoración completa multidisciplinaria para un resultado exitoso al final del proceso. La correcta valoración pre, inter y postoperatoria es fundamental para este perfil de pacientes.

COMUNICACIÓN 5

SANGRADO EN PACIENTES ANCIANOS ANTICOAGULADOS: UNA OPORTUNIDAD PARA EL DIAGNÓSTICO DE CÁNCERES OCULTOS

María Cespón Fernández, Emad Abu Assi, Rafael Cobas Paz, María Melendo Miu, Andrés Iñiguez Romo, Sergio Raposeiras Roubín

Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Álvaro Cunqueiro

Introducción

El sangrado es frecuente en pacientes ancianos con fibrilación auricular (FA) tratados con terapia de anticoagulación oral (ACO) y puede ser la primera manifestación de un cáncer subyacente.

Objetivo

Con este estudio pretendemos investigar hasta qué punto el sangrado puede ayudar a descubrir un cáncer oculto en pacientes ancianos con FA tratados con ACO.

Material y Métodos

Para este estudio se analizaron todos los pacientes ≥ 75 años del área de salud de Vigo con un diagnóstico confirmado de FA entre 2014 y 2017 (registro CardioCHUVI-AF_75), y que recibían tratamiento con ACO ($n=8,753$). Se realizó un análisis multivariado de regresión de Cox para la predicción de cáncer, siendo el sangrado una variable tiempo-dependiente. Los resultados se expresaron como hazard ratio (HR) con su intervalo de confianza al 95% (IC95%).

Resultados

De 8,753 pacientes con FA evaluados (82.7 años; 61.7% mujeres), 2,171 (24.8%) tuvieron sangrados (mayor o menor) y 479 (5.5%) fueron diagnosticados de cáncer durante un seguimiento medio de 3 años (Tabla 1). Entre los que sangraron, 198 (9.1%) fueron diagnosticados de cáncer (Tabla 2; Figura 1). Los pacientes con sangrado tuvieron 3 veces más riesgo de ser diagnosticados de cáncer (HR 3,72; IC95% 3.05-4.55) (Figura 2). El sangrado gastrointestinal se asoció con un riesgo 13 veces mayor de cáncer gastrointestinal (HR 13.44; IC95% 9.11-19.85), el genitourinario con un riesgo 18 veces mayor de cáncer genitourinario (HR 18.11; IC95% 12.52-26.20), y el broncopulmonar con un riesgo 15 veces mayor de cáncer broncopulmonar (HR 15.78; IC95% 6.03-41.28) (Figura 3). La mayoría de los cánceres fueron diagnosticados en los 3 primeros meses post-sangrado (Figura 4).

Conclusiones

En pacientes ancianos con FA tratados con ACO, los sangrados gastrointestinal, genitourinario o broncopulmonar se asociaron fuertemente con cánceres subyacentes. Este tipo de sangrados deberían impulsar una búsqueda proactiva de cáncer en dichas localizaciones.

| POBALACIÓN | Pacientes, n | Cáncer de novo | | Hazard Ratio (95% CI) | P |
|--------------------|--------------|----------------|------|--------------------------|--------|
| | | n | % | | |
| No sangrado | 6582 | 281 | 4,3 | Ref | Ref |
| Cualquier sangrado | 2171 | 198 | 9,1 | 3.72 (3.05-4.55) | <0.001 |
| Sangrado menor | 1548 | 120 | 7,8 | 2.91 (2.31-3.67) | <0.001 |
| Sangrado mayor | 623 | 78 | 12,5 | 6.16 (4.65-8.16) | <0.001 |

TABLA 1. ASOCIACIÓN ENTRE EL SANGRADO Y EL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE NOVO EN FUNCIÓN DE LA GRAVEDAD DEL SANGRADO

| Localización | Pacientes con sangrado, n | | | Pacientes con cáncer, n (%) | | |
|------------------|---------------------------|----------------|---|-----------------------------|----------------------------------|------------------------------|
| | Cualquier sangrado | Sangrado mayor | Incidencia de cáncer (por 100 paciente/año) | Total de pacientes | Pacientes con cualquier sangrado | Pacientes con sangrado mayor |
| Todos | 2171 | 623 | 4.7 (4.1-5.4) | 479 | 198* (41.3%) | 78* (16.3%) |
| Gastrointestinal | 458 | 197 | 6.2 (4.5-8.7) | 162 | 42* (25.9%) | 28* (17.3%) |
| Genitourinario | 429 | 79 | 6.0 (4.5-8.0) | 139 | 44* (31.7%) | 18* (12.9%) |
| Broncopulmonar | 111 | 21 | 2.1 (0.9-4.9) | 37 | 5* (13.5%) | 1* (2.7%) |
| Otros sitios | 1173 | 326 | 1.1 (0.8-1.7) | 141 | 26* (18.4%) | 3* (2.1%) |

TABLA 2. NÚMERO DE PACIENTES CON SANGRADO O CÁNCER DE NOVO, Y PORCENTAJE DE NUEVOS CÁNCERES DIAGNOSTICADOS EN PACIENTES CON SANGRADO EN FUNCIÓN DE LA LOCALIZACIÓN DEL SANGRADO.

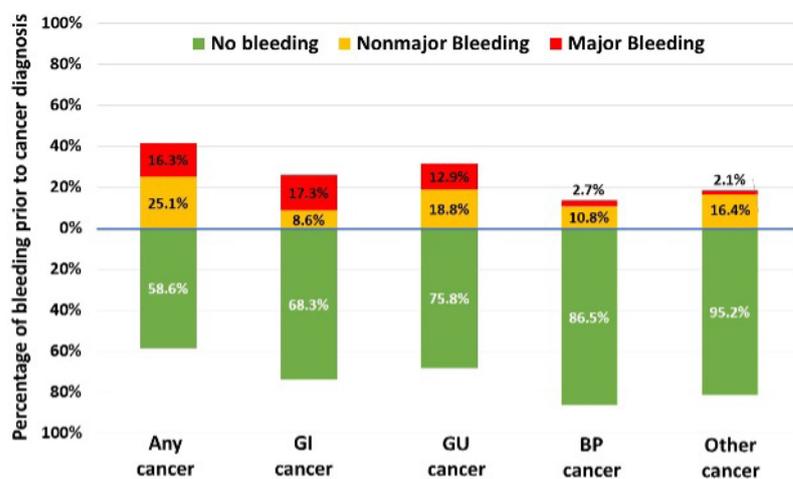


FIGURA 1. PROPORCIÓN DE SANGRADOS EN PACIENTES CON CÁNCER SEGÚN EL SITIO DEL CÁNCER (GI = GASTROINTESTINAL; GU = GENITOURINARIO; BP = BRONCOPULMONAR; OTROS = NO GI, NO GU, NO BP)

Y CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS DE ANTICOAGULACIÓN

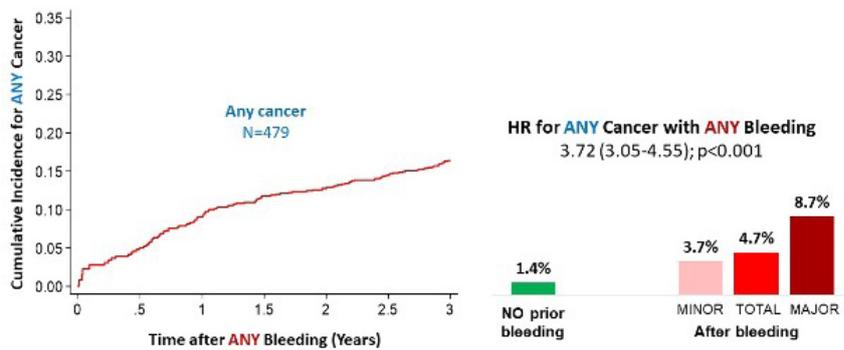


FIGURA 2. INCIDENCIA ACUMULADA DE NUEVOS DIAGNÓSTICOS DE CÁNCER EN FUNCIÓN DEL SANGRADO. LAS BARRAS REPRESENTAN LA INCIDENCIA ACUMULADA (POR 100 PACIENTES-AÑO) DE PACIENTES CON NUEVO DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DESPUÉS DEL SANGRADO EN RELACIÓN CON LA SEVERIDAD DE ESTE ÚLTIMO.

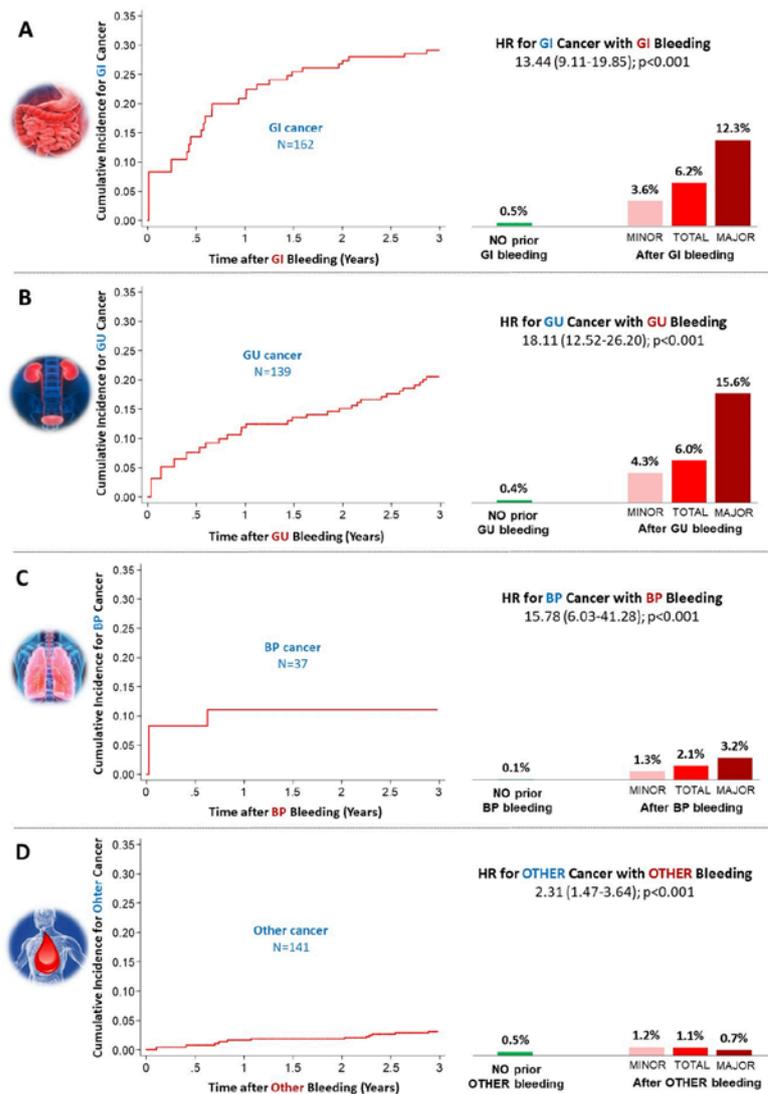


FIGURA 3. NUEVOS DIAGNÓSTICOS DE CÁNCER GASTROINTESTINAL (GI; PANEL A), GENITOURINARIO (GU; PANEL B), BRONCOPULMONAR (BP; PANEL C) Y OTROS CÁNCERES (NO GI, NO GU, NO BP; PANEL D) DESPUÉS DE CUALQUIER SANGRADO GASTROINTESTINAL, GENITOURINARIO, BRONCOPULMONAR Y DE OTRAS LOCALIZACIONES, RESPECTIVAMENTE.

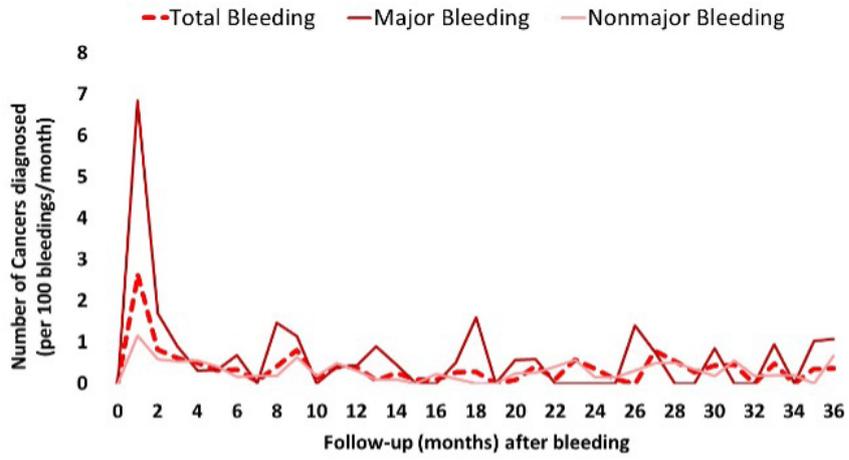


FIGURA 4. TIEMPO HASTA EL NUEVO DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DESPUÉS DE UN SANGRADO.

COMUNICACIÓN 6

IMPACTO BALANCEADO DE LAS EMBOLIAS VERSUS LOS SANGRADOS EN LA MORTALIDAD DE PACIENTES ANCIANOS CON FIBRILACIÓN AURICULAR

Pablo Domínguez Erquicia, Emad Abu Assi, María Cespón Fernández, María Melendo Miu, Andrés Iñiguez Romo, Sergio Raposeiras Roubín

Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Álvaro Cunqueiro

Introducción

La toma de decisiones clínicas con respecto a la anticoagulación en pacientes de edad avanzada con fibrilación auricular (FA) requiere que se balancee no solo la frecuencia de eventos embólicos y hemorrágicos, sino también el riesgo de muerte después de estos eventos adversos.

Objetivo

Balancear el riesgo de muerte entre los eventos embólicos y hemorrágicos en pacientes ancianos con FA.

Material y Métodos. La cohorte del estudio incluyó a todos los pacientes de ≥ 75 años de Vigo diagnosticados con FA, con y sin tratamiento anticoagulante, entre 2014 y 2017 (registro CardioCHUVI-AF_75; $n=9,365$). Se realizaron análisis de regresión de Cox (hazard ratio [HR] con intervalo de confianza al 95% [IC95%]), siendo los eventos embólicos y hemorrágicos variables tiempo-dependientes.

Resultados

Un total de 2,822 pacientes presentaron eventos hemorrágicos y 922 eventos embólicos durante un seguimiento medio de 4 años (Tabla 1; Figura 1). Tanto las embolias como los sangrados se asociaron con mayor riesgo de muerte (HR ajustadas 2.39 [IC95%: 2.12–2.69] y 1.79 [IC95%: 1.64–1.96], respectivamente) (Tabla 2; Figura 2). El riesgo relativo (RR) de muerte fue 33% mayor después de una embolia que después de un sangrado (RR 1.33 [IC95% 1.15-1.55]), aunque para el ataque isquémico transitorio (AIT) el riesgo fue menor que para el sangrado (RR 0.79 [IC95% 0.63-0.99]) (Figura 3). El riesgo de muerte asociado con hemorragia intracraneal fue similar al de las embolias mayores (RR 1.00 [IC95% 0.75-1.29]) (Figura 4). Las asociaciones en función de la terapia anticoagulante se muestran en el anexo (Tabla 3; Figura 5).

Conclusión

En pacientes ancianos con FA, los eventos embólicos se asocian con un mayor riesgo de mortalidad que los sangrados extracraneales, a excepción de los AIT, que tienen un mejor pronóstico. Para las hemorragias intracraneales, el riesgo de mortalidad fue similar al de la embolia mayor.

| EVENTOS | Número de pacientes | % | CIF (IC 95%) | ANTICOAGULACION EN EL MOMENTO DEL EVENTO | | | |
|-----------------------------|---------------------|------|-----------------|--|-------------|-----------|-------------|
| | | | | (Número de pacientes [% de eventos]) | | | |
| | | | | Yes | | | No |
| | | | | AVK | ACOD | Heparina | |
| EMBÓLICOS | 922 | 9.8 | 2.8 (2.6-3.0) | 451 (48.9%) | 189 (20.5%) | 33 (3.6%) | 249 (27.0%) |
| 1) Mayores | 698 | 7.5 | 2.1 (1.9-2.2) | 343 (49.1%) | 135 (19.3%) | 32 (4.6%) | 188 (26.9%) |
| a) Infarto cerebral | 538 | 5.7 | 1.6 (1.5-1.7) | 262 (48.7%) | 116 (21.6%) | 19 (3.5%) | 141 (26.2%) |
| b) TEP/Emb periférica | 178 | 1.9 | 0.5 (0.4-0.6) | 91 (51.1%) | 22 (12.4%) | 15 (8.4%) | 50 (28.1%) |
| 2) AIT | 276 | 2.9 | 0.8 (0.7-0.9) | 139 (50.4%) | 63 (22.8%) | 3 (1.1%) | 71 (25.7%) |
| HEMORRÁGICOS | 2,822 | 30.1 | 10.0 (9.6-10.4) | 1,945 (68.9%) | 484 (17.2%) | 56 (2.0%) | 337 (11.9%) |
| 1) Sangrado mayor | 827 | 8.8 | 2.5 (2.3-2.7) | 574 (69.4%) | 142 (17.2%) | 18 (2.2%) | 93 (11.2%) |
| a) Intracraneal | 269 | 2.9 | 0.8 (0.7-0.8) | 197 (73.2%) | 40 (14.9%) | 4 (1.5%) | 28 (10.4%) |
| b) Otros | 579 | 6.2 | 1.7 (1.6-1.9) | 394 (68.0%) | 105 (18.1%) | 14 (2.4%) | 66 (11.4%) |
| 2) Sangrado no mayor | 2,368 | 25.3 | 8.2 (7.9-8.5) | 1,647 (69.6%) | 389 (16.4%) | 45 (1.9%) | 287 (12.1%) |

TABLA 1. SANGRADO Y EVENTOS EMBÓLICOS EN LA POBLACIÓN DE ESTUDIO, CONSIDERANDO EL NÚMERO (N), PORCENTAJE (%), FUNCIÓN DE INCIDENCIA ACUMULADA (CIF) Y TRATAMIENTO CON FÁRMACOS ANTICOAGULANTES AL MOMENTO DEL EVENTO.

| EVENTO | Incidencia acumulada de muerte ^a (IC 95%) | | HR ajustada ^b (IC 95%) | P |
|---------------------|---|----------------------|--------------------------------------|--------|
| | Con evento | Sin evento | | |
| EMBOLIAS | 25.3 (22.7-28.1) | 8.5 (8.2-8.8) | 2.39 (2.12-2.69) | <0.001 |
| 1) Mayores | 30.8 (27.3-34.8) | 8.6 (8.3-8.9) | 3.11 (2.71-3.56) | <0.001 |
| a) Infarto cerebral | 31.5 (27.4-36.2) | 8.7 (8.4-9.1) | 3.15 (2.70-3.66) | <0.001 |
| b) Otros | 29.4 (23.0-37.4) | 9.0 (8.7-9.3) | 2.96 (2.28-3.85) | <0.001 |
| 2) AIT | 18.1 (14.8-22.1) | 9.0 (8.7-9.3) | 1.42 (1.15-1.76) | 0.001 |
| SANGRADOS | 12.9 (12.0-13.8) | 8.3 (8.0-8.7) | 1.79 (1.64-1.96) | <0.001 |
| 1) Mayor | 24.4 (21.6-27.6) | 8.7 (8.4-9.0) | 2.39 (2.08-2.74) | <0.001 |
| a) Intracraneal | 27.7 (22.5-34.0) | 8.9 (8.7-9.2) | 3.11 (2.50-3.87) | <0.001 |
| b) Otros | 23.8 (20.5-27.5) | 8.8 (8.5-9.2) | 2.11 (1.79-2.49) | <0.001 |
| 2) No mayor | 11.4 (10.6-12.3) | 8.7 (8.4-9.1) | 1.54 (1.40-1.70) | <0.001 |

TABLA 2. ASOCIACIÓN ENTRE LOS EVENTOS ADVERSOS (HEMORRÁGICOS Y EMBÓLICOS) Y EL RIESGO DE MUERTE.

| EVENTO | Incidencia acumulada de muerte ^a (IC 95%) | | HR ajustada ^b (IC 95%) | P value |
|----------------------------|---|---------------|--------------------------------------|---------|
| | Con evento | Sin evento | | |
| EMBOLIAS | | | | |
| ON anticoagulación | 22.2 (19.5-25.4) | 8.8 (8.5-9.1) | 2.47 (2.13-2.85) | <0.001 |
| AVK | 20.5 (17.5-24.1) | 8.9 (8.6-9.2) | 2.36 (1.99-2.80) | <0.001 |
| ACOD | 27.6 (21.6-35.1) | 9.0 (8.7-9.4) | 2.66 (2.06-3.43) | <0.001 |
| OFF anticoagulación | 31.7 (26.2-38.5) | 8.9 (8.6-9.3) | 1.94 (1.56-2.42) | <0.001 |
| SANGRADOS | | | | |
| ON anticoagulación | 12.1 (11.3-13.1) | 8.6 (8.3-8.9) | 1.84 (1.67-2.03) | <0.001 |
| AVK | 11.2 (10.3-12.2) | 8.8 (8.5-9.2) | 1.70 (1.53-1.89) | <0.001 |
| ACOD | 15.9 (13.3-18.2) | 9.0 (8.7-9.3) | 1.97 (1.63-2.39) | <0.001 |
| OFF anticoagulación | 19.2 (16.1-22.8) | 9.0 (8.6-9.3) | 1.58 (1.30-1.93) | <0.001 |

TABLA 3. ASOCIACIÓN ENTRE LOS EVENTOS ADVERSOS (HEMORRÁGICOS Y EMBÓLICOS) Y EL RIESGO DE MUERTE EN FUNCIÓN DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE (ANTAGONISTAS DE VITAMINA K [AVK] Y ANTICOAGULANTES DE ACCIÓN DIRECTA [ACOD]) EN EL MOMENTO DE CADA EVENTO RESPECTIVO.

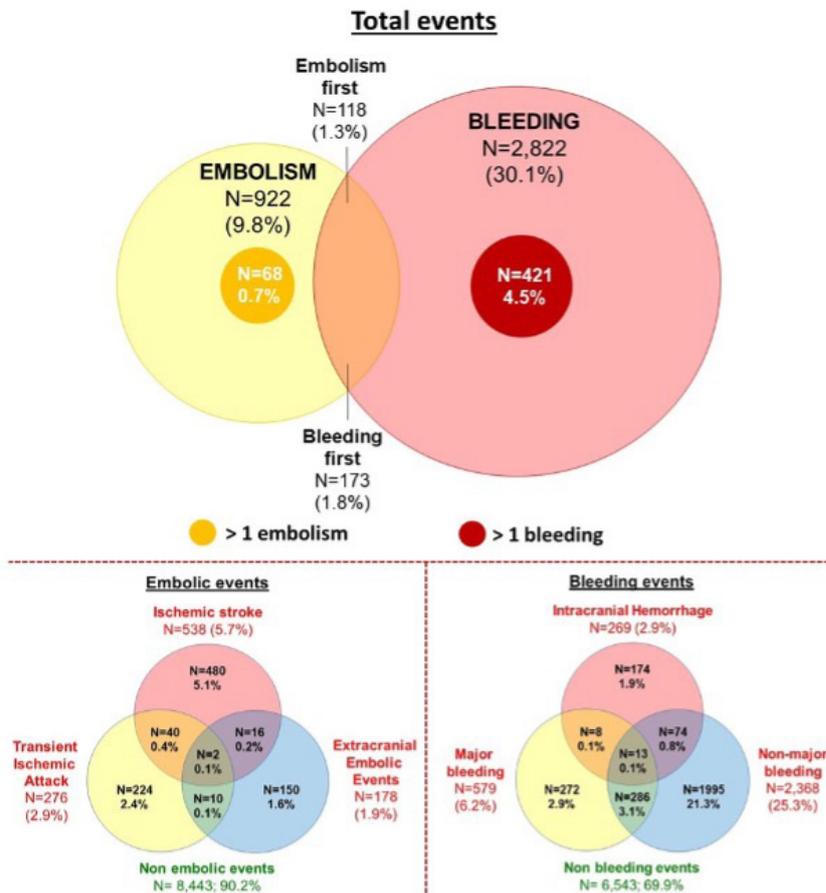
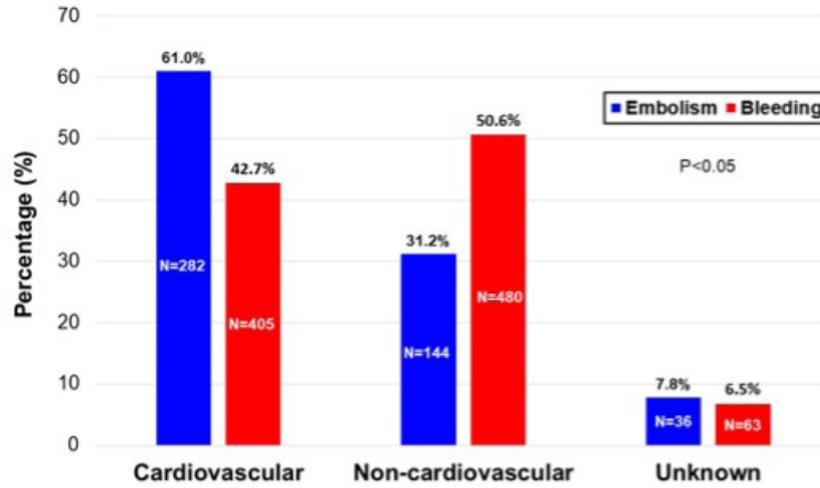


FIGURA 1. DISTRIBUCIÓN DE EVENTOS HEMORRÁGICOS Y EMBÓLICOS EN LA POBLACIÓN DE ESTUDIO. EL DIAGRAMA DE VENN MUESTRA PACIENTES QUE EXPERIMENTAN SANGRADO (EN ROJO) Y EMBOLIAS (EN AMARILLO). LOS CÍRCULOS MÁS PEQUEÑOS REPRESENTAN PACIENTES QUE EXPERIMENTAN MÁS DE UN EVENTO DURANTE EL SEGUIMIENTO. LA INTERSECCIÓN REPRESENTA PACIENTES QUE EXPERIMENTARON AMBAS EMBOLIAS Y HEMORRAGIAS DURANTE EL SEGUIMIENTO.

A) CAUSE OF DEATH



B) TIME RELATION WITH HAZARD OF MORTALITY

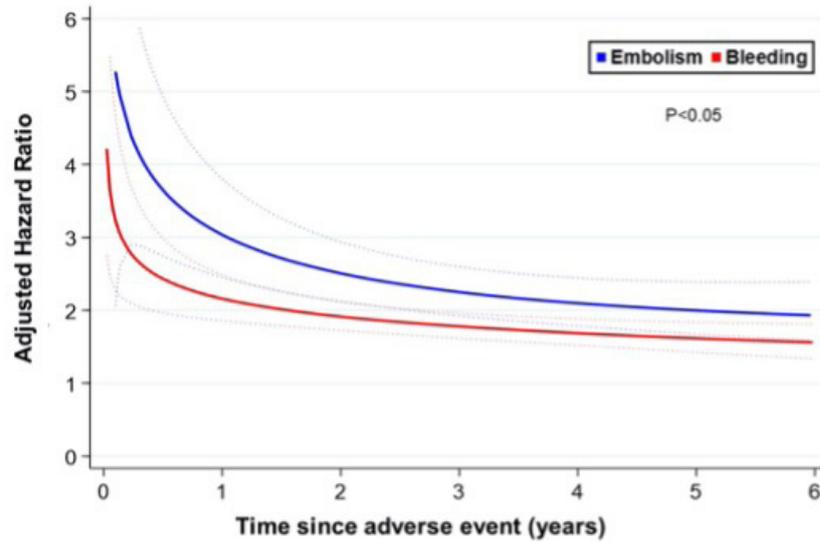
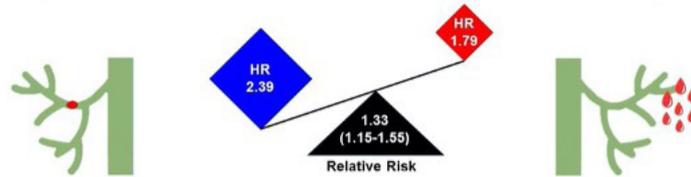


FIGURA 2. CAUSA DE MUERTE POR SANGRADOS Y EVENTOS EMBÓLICOS DURANTE EL SEGUIMIENTO.

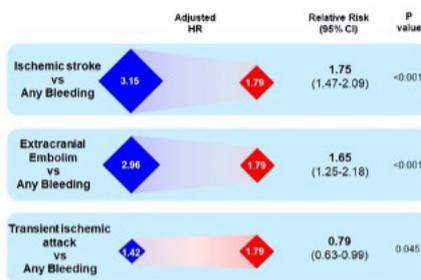
RISK OF MORTALITY AFTER ADVERSE OUTCOMES

A) Comparison between ANY Bleeding and ANY Embolic Event

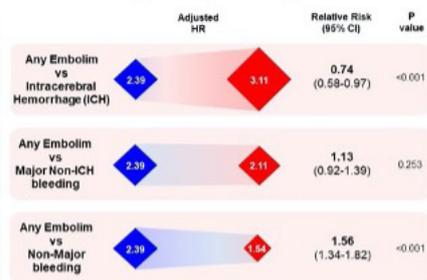
EMBOLIC EVENTS vs BLEEDING EVENTS



By type of embolism

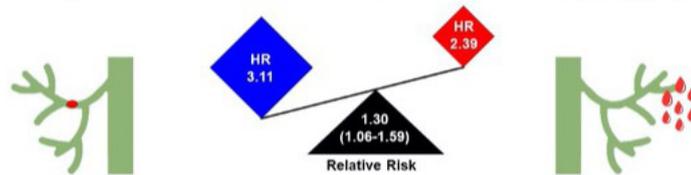


By severity of bleeding



B) Comparison between MAJOR Bleeding and MAJOR Embolic Events

MAJOR EMBOLIC EVENTS vs MAJOR BLEEDING EVENTS



By location of embolism



By location of bleeding

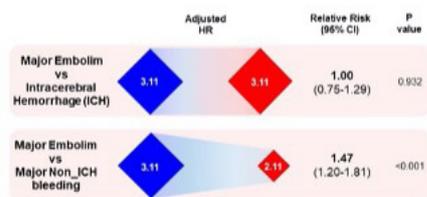


FIGURA 3. IMPACTO DIFERENCIAL DE LOS EVENTOS EMBOLICOS VERSUS HEMORRÁGICOS EN LA MORTALIDAD.

A) Los rombos azules representan la magnitud (hazard ratio) del impacto en la mortalidad de diferentes tipos de eventos embólicos, mientras que los rombos rojos representan la hemorragia de diferentes grados de gravedad. Se informa del riesgo relativo para cada comparación.

B) La comparación se centra solo en eventos importantes. La hemorragia mayor (MB) incluye hemorragia intracranial (ICH) y intracranial (non-ICH MB). La embolia mayor incluye accidente cerebrovascular isquémico, embolia pulmonar y embolia arterial periférica.

* Las estimaciones del impacto de los eventos en la mortalidad se derivan de un modelo multivariado (ver ajuste en Tabla 2).

| Risk Ratios | BLEEDING | | |
|---------------------------|---------------------|-----------------------------|-------------------------|
| | Non-major bleeding | Extracranial major bleeding | Intracranial hemorrhage |
| Transient ischemic attack | 0.92 (0.73-1.17) | 0.67 (0.51-0.86) | 0.46 (0.31-0.58) |
| Non-CNS embolism | 1.92 (1.46-2.57) | 1.40 (1.01-1.90) | 0.95 (0.64-1.26) |
| Ischemic stroke | 2.05 (1.72-2.46) | 1.49 (1.17-1.85) | 1.01 (0.74-1.30) |

FIGURA 4. ESTIMACIONES DEL RIESGO RELATIVO (RAZÓN DE LAS HAZARD RATIO) DE MORTALIDAD PARA LA COMPARACIÓN ENTRE DIFERENTES EVENTOS EMBÓLICOS VS HEMORRÁGICOS SEGÚN SU GRAVEDAD. AJUSTE MULTIVARIADO SEGÚN TABLA 2.

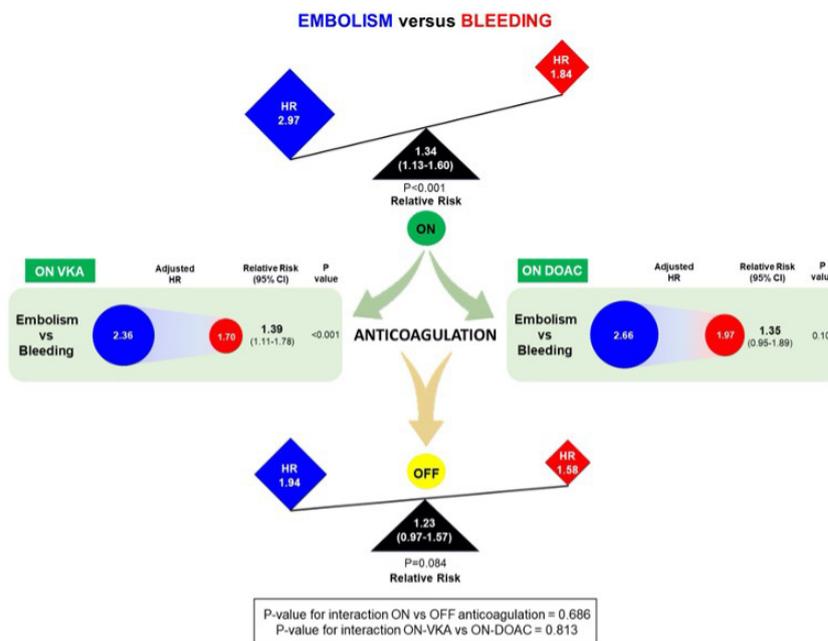


FIGURA 5. IMPACTO DIFERENCIAL DE LA EMBOLIA VERSUS HEMORRAGIA (MB) EN LA MORTALIDAD SEGÚN LA TERAPIA ANTICOAGULANTE. MODELO SIMILAR AL DE LA FIGURA 3.

COMUNICACIÓN 7

LA INSUFICIENCIA CARDIACA DE LOS PACIENTES ≥ 75 AÑOS SEGUIDOS POR CARDIOLOGÍA. ¿DE QUÉ ESTAMOS HABLANDO?

César Jiménez-Méndez¹, Clara Bonanad Lozano², Alberto Esteban Fernández³, Josebe Goirigolzarri Artaza⁴, Manuel Martínez-Sellés D'Oliveira Soares⁵ y Pablo Díez-Villanueva¹

1. Hospital Universitario de la Princesa, Madrid, 2. Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, 3. Hospital Universitario de Móstoles, Móstoles (Madrid), 4. Hospital Clínico San Carlos, Universidad Complutense de Madrid, IdISSC, Madrid y 5. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

Introducción

La insuficiencia cardíaca (IC) se encuentra frecuentemente asociada al envejecimiento. Nuestro objetivo fue evaluar las principales características de este síndrome en una población española ≥ 75 años seguida de forma ambulatoria.

Métodos

El estudio FRAGIC (Impacto de la FRAgilidad y otros síndromes Geriátricos en el manejo clínico y pronóstico del paciente anciano ambulatorio con Insuficiencia Cardíaca) es un registro observacional, prospectivo y multicéntrico, que incluyó pacientes ≥ 75 años con IC ambulatoria seguidos en Unidades de IC de Cardiología de España. Estudiamos las características clínicas y evolución de la IC previa a su inclusión en el estudio.

Resultados

Se incluyeron 499 pacientes, edad media 81.4 ± 4.3 años, 38.3% mujeres. El 47.9% de los pacientes tenía IC con fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) reducida, el 21.4% intermedia, y el 30.7% preservada. Por etiología, la cardiopatía isquémica fue la más frecuente (48.2%), seguida de la idiopática (24.2%). El 11.2% de los pacientes presentó mejoría de la función ventricular (recuperación $\geq 10\%$ FEVI durante el seguimiento). Sólo un 12.8% de los pacientes portaban un desfibrilador automático implantable (DAI), y un 9.8% de terapia de resincronización cardíaca. Un 40.3% de los pacientes tenía diagnóstico de IC > 24 meses, y el 30% < 12 meses. El 62.9% de los pacientes no habían ingresado por IC en el último año y un 30,3% lo había hecho una única vez. Los reingresadores frecuentes (≥ 2 ingresos en el último año) fueron el 6.6%. La mayoría de los pacientes (99%) presentaban buena clase funcional (NYHA I-II).

Conclusiones

La mayor parte de los pacientes mayores con IC ambulatoria seguidos por Cardiología presentan diagnóstico de IC de larga evolución, mayoritariamente con algún grado de disfunción ventricular y con buena situación funcional. Casi 2/3 no han ingresado en el último año. El porcentaje de portadores de terapias avanzadas (DAI/TRC) es muy bajo.

REUNIONES 2020 Y 2021 DE CARDIOLOGÍA GERIÁTRICA

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS PACIENTES MAYORES CON IC SEGUIDOS POR UNIDADES DE IC DE CARDIOLOGÍA EN ESPAÑA.

| | |
|--|----------------------|
| <i>Edad (media ± DE)</i> | 81.4 años ± 4.3 años |
| <i>Pacientes > 85 años</i> | 26% |
| <i>Sexo femenino</i> | 38.3% |
| <i>Hipertensión arterial</i> | 80.3% |
| <i>Diabetes mellitus</i> | 40% |
| <i>Dislipemia</i> | 67.3% |
| <i>IMC (media ± DE)</i> | 27.6 ± 4.6 |
| <i>NYHA I-II</i> | 99% |
| <i>Fracción de eyección (FEVI)</i> | |
| <i>FEVI < 40%</i> | 238 (47.9%) |
| <i>FEVI 40-49%</i> | 107 (21.4%) |
| <i>FEVI ≥50%</i> | 153 (30.7%) |
| <i>Etiología disfunción ventricular</i> | |
| <i>Alcohólico</i> | 0.2% |
| <i>Idiopático</i> | 24.2% |
| <i>Isquémico</i> | 48.2% |
| <i>Quimioterapia</i> | 1.2% |
| <i>Taquicardiomiopatía</i> | 2.6% |
| <i>Valvular</i> | 6.2% |
| <i>Antecedente recuperación FEVI >10%</i> | 11.2% |
| <i>Infarto previo</i> | 31.5% |
| <i>Cirugía coronaria previa</i> | 9.6% |
| <i>Portador desfibrilador automático</i> | 12.8% |
| <i>Portador resincronización cardiaca</i> | 9.8% |
| <i>Duración IC (meses)</i> | |
| <i>< 12</i> | 30% |
| <i>12-24</i> | 19.7% |
| <i>> 24</i> | 40.3% |
| <i>Nº ingresos por IC en el último año</i> | |
| <i>0</i> | 62.9% |
| <i>1</i> | 30.3% |
| <i>2</i> | 5.2% |
| <i>≥ 3</i> | 1.4% |

IMC: índice de masa corporal; NYHA: New York Heart Association;
IC: insuficiencia cardíaca

COMUNICACIÓN 8

PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS DE LOS SÍNDROMES GERIÁTRICOS EN PACIENTES MAYORES CON INSUFICIENCIA CARDIACA SEGÚN SU FUNCIÓN VENTRICULAR

César Jiménez-Méndez¹, José Ángel Pérez Rivera², Javier López³, Luis López Rodríguez⁴, Manuel Martínez-Sellés D'Oliveira Soares⁵ y Pablo Díez-Villanueva¹

1. Hospital Universitario de la Princesa, Madrid; **2.** Hospital Universitario de Burgos, Burgos; **3.** Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid; **4.** Fundación Hospital de Manacor, Manacor (Islas Baleares) y **5.** Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

Introducción

La insuficiencia cardíaca (IC) es un síndrome clínico asociado frecuentemente al envejecimiento. Nuestro objetivo fue conocer la prevalencia de los distintos síndromes geriátricos según la función ventricular (FEVI) en pacientes mayores con IC ambulatoria en nuestro país.

Métodos

El estudio FRAGIC (Impacto de la FRAgilidad y otros síndromes Geriátricos en el manejo clínico y pronóstico del paciente anciano ambulatorio con Insuficiencia Cardíaca) es un registro observacional, prospectivo y multicéntrico, que incluyó pacientes ≥ 75 años con IC ambulatoria seguidos en Unidades de IC de Cardiología de España.

Resultados

Se incluyeron 499 pacientes, edad media 81.4 ± 4.3 años (26% ≥ 85 años), 38.3% mujeres. 238 pacientes (47.9%) tenían FEVI $< 40\%$ o reducida, 107 (21.4%) FEVI 40-49% o intermedia, y 153 (30.7%) FEVI $\geq 50\%$ o preservada. Los pacientes con FEVI preservada fueron significativamente más mayores y más frecuentemente mujeres (ambas, $p < 0.01$) (Tabla), y presentaron peor función física según el SPPB ($p = 0.036$) y puntuaciones más altas en el screening de depresión. Según la escala FRAIL se clasificaron como frágiles, prefrágiles y robustos respectivamente el 26.7%, 66.5% y 5.9% de los pacientes con FEVI reducida, el 29.4%, 64.7% y 5.9% de los pacientes con FEVI intermedia y el 22.5%, 69.9% y 7.3% de los pacientes con FEVI conservada. Los pacientes con FEVI reducida fueron los que presentaron mayor independencia para las actividades básicas de la vida diaria según el índice de Barthel ($p = 0.02$), si bien tenían mayor comorbilidad ($p = 0.064$), y una mayor duración de la IC ($p < 0.01$).

Conclusiones

La prevalencia de síndromes geriátricos es alta en pacientes mayores con IC ambulatoria. Los pacientes con IC y FEVI preservada son más mayores, más habitualmente mujeres, y presentan peor función física, y mayor depresión.

REUNIONES 2020 Y 2021 DE CARDIOLOGÍA GERIÁTRICA

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS BASALES Y VALORACIÓN GERIÁTRICA EN FUNCIÓN DE LA FUNCIÓN VENTRICULAR.

| | TOTAL n = 499 | FEVI < 40% 238 (47.9%) | FEVI 40-49% 107 (21.4%) | FEVI ≥50% 153 (30.7%) | p |
|------------------------------------|------------------|---------------------------|----------------------------|--------------------------|-------|
| Edad (años) | 81.37 ± 4.31 | 80,59 ± 4,14 | 81,56 ± 4,28 | 82,41 ± 4,34 | <0.01 |
| Mayor de 85 años | 25.9% | 21.4% | 23.4% | 34% | <0.01 |
| Sexo femenino | 191 (38,3%) | 72 (30.3%) | 35 (32.7%) | 84 (54.9%) | <0.01 |
| Peso (kg) | 72.74 ± 13.21 | 71,25 ± 12,91 | 74,74±12,08 | 73,58 ±14,21 | 0.047 |
| Talla (cm) | 162.43 ± 9.03 | 163,07 ±8,72 | 163,90±9,11 | 160,39 ±9,17 | <0.01 |
| Presión arterial sistólica (mmHg) | 123.30 ± 19.41 | 119,17±19,14 | 123,94±18,68 | 129,31 ±17,942 | <0.01 |
| Presión arterial diastólica (mmHg) | 68.17 ± 11.21 | 66,57±11,01 | 68,39±10,76 | 70,42 ±11,469 | <0.01 |
| Frecuencia cardiaca (lpm) | 69.82 ± 12.46 | 68,41±11,29 | 69,00±11,80 | 72,66 ± 14,13 | <0.01 |
| Índice de Charlson | 3.13 ± 1.91 | 3.12 ± 1.92 | 3.35 ± 2.11 | 2.91 ± 1.73 | 0.064 |
| Índice de Barthel | 92.23 ± 12.54 | 93.5 ± 11.38 | 90.88 ± 13.22 | 91.52 ± 13.01 | 0.021 |
| Lawton-Brody | 5.97 ± 2.07 | 6.07 ± 1.98 | 5.81 ± 2.18 | 5.95 ± 2.12 | 0.37 |
| Pfeiffer (número de errores) | 1.22 ± 1.72 | 1.23 ± 1.78 | 1.17 ± 1.58 | 1.20 ± 1.63 | 0.89 |
| Nutrición (MNA-SF) | 11.15 ± 1.93 | 11.31 ± 1.88 | 11.05 ± 1.97 | 11.03 ± 1.93 | 0.15 |
| Función física (SPPB) | 7.03 ± 3.24 | 7.32 ± 3.15 | 7.02 ± 3.30 | 6.56 ± 3.22 | 0.036 |
| Yesavage (v-5) | 1.37 | 1.26 | 1.24 | 1.62 | 0.019 |
| Yesavage (v-15) | 4.08 | 3.8 | 3.88 | 4.6 | 0.023 |
| Duración de la IC en meses | 46,5 (54,4) | 55,81± 65,16 | 39,05 ± 38,08 | 37,54 ± 42,43 | <0.01 |

MNA-SF: Mini Nutritional Assessment Short Form
SPPB: Short Physical Performance Battery

COMUNICACIÓN 9

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y ANALÍTICAS DE LOS PACIENTES MAYORES CON IC EN RELACIÓN CON SU FUNCIÓN VENTRICULAR

César Jiménez-Méndez¹, Eduardo Barge Caballero², Marta Cobo Marcos³, Álvaro Luis Gamarra Lobato¹, Manuel Martínez-Sellés D'Oliveira Soares⁴, Pablo Díez-Villanueva¹

1. Hospital Universitario de la Princesa, Madrid; **2.** Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, A Coruña; **3.** Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid); **4.** Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

Introducción

La insuficiencia cardíaca (IC) es un síndrome clínico asociado frecuentemente al envejecimiento. Nuestro objetivo fue conocer las diferencias clínicas y analíticas en pacientes mayores con IC ambulatoria en nuestro país según su función ventricular (FEVI).

Métodos

El estudio FRAGIC (Impacto de la FRAgilidad y otros síndromes Geriátricos en el manejo clínico y pronóstico del paciente anciano ambulatorio con Insuficiencia Cardíaca) es un registro observacional, prospectivo y multicéntrico, que incluyó pacientes ≥ 75 años con IC ambulatoria seguidos en Unidades de IC de Cardiología de España. Estudiamos la prevalencia de la fragilidad y otros síndromes geriátricos.

Resultados

Se incluyeron 499 pacientes, edad media 81.4 ± 4.3 años (26% ≥ 85 años), 38.3% mujeres. 238 pacientes (47.9%) tenían FEVI $< 40\%$ o reducida, 107 (21.4%) FEVI 40-49% o intermedia, y 153 (30.7%) FEVI $\geq 50\%$ o preservada. Los pacientes con FEVI conservada eran significativamente más mayores y más habitualmente mujeres (ambas, $p < 0.01$). En los pacientes con FEVI intermedia se encontraron valores de hemoglobina significativamente más bajos junto con las cifras más elevadas de creatinina. Los pacientes con IC y FEVI reducida, por su parte, presentaban valores significativamente más elevados de hemoglobina ($p < 0.01$), así como mejor perfil férrico, valores más bajos de colesterol LDL, y mayores cifras de NTproBNP. Además, estos pacientes presentaban también cifras más elevadas de potasio sérico ($p < 0.01$). No se observaron diferencias significativas en otros parámetros analíticos como la natremia, la urea, o los valores de troponinas.

Conclusiones

Los pacientes mayores con IC presentan importantes diferencias analíticas cuando se estudian atendiendo a su función ventricular. Estos hallazgos pueden tener implicaciones en el pronóstico, en relación también con el ajuste de medicación pronóstica.

REUNIONES 2020 Y 2021 DE CARDIOLOGÍA GERIÁTRICA

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y ANALÍTICAS EN FUNCIÓN DE LA FUNCIÓN VENTRICULAR

| | TOTAL n = 499 | FEVI < 40% 238 (47.9%) | FEVI 40-49% 107 (21.4%) | FEVI ≥50% 153 (30.7%) | p |
|---|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|---------------|
| Edad (años) | 81.37 ± 4.31 | 80,59 ± 4,14 | 81,56 ± 4,28 | 82,41 ± 4,34 | <0.01 |
| Mayor de 85 años | 25.9% | 21.4% | 23.4% | 34% | <0.01 |
| Sexo femenino | 191 (38,3%) | 72 (30.3%) | 35 (32.7%) | 84 (54.9%) | <0.01 |
| Peso (kg) | 72.74 ± 13.21 | 71,25 ± 12,91 | 74,74 ± 12,08 | 73,58 ± 14,21 | 0.047 |
| Talla (cm) | 162.43 ± 9.03 | 163,07 ± 8,72 | 163,90 ± 9,11 | 160,39 ± 9,17 | <0.01 |
| Presión arterial sistólica (mmHg) | 123.30 ± 19.41 | 119,17 ± 19,14 | 123,94 ± 18,68 | 129,31 ± 17,94 | <0.01 |
| Presión arterial diastólica (mmHg) | 68.17 ± 11.21 | 66,57 ± 11,01 | 68,39 ± 10,76 | 70,42 ± 11,46 | <0.01 |
| Frecuencia cardiaca (lpm) | 69.82 ± 12.46 | 68,41 ± 11,29 | 69,00 ± 11,80 | 72,66 ± 14,13 | <0.01 |
| Hemoglobina (gr/dl) | 13.33 ± 1.71 | 13,59 ± 1,72 | 13,06 ± 1,81 | 13,10 ± 1,56 | <0.01 |
| Leucocitos. - Linfocitos (miles/mm ³) | 7.08 ± 2.17 1,90 ± 1,21 | 7,18 ± 2,081 2,06 ± 1,12 | 7,08 ± 2,51 1,81 ± 1,77 | 6,92 ± 2,05 1,67 ± 0,74 | 0.25 <0.01 |
| Creatinina (mg/dl) | 1.31 ± 0.64 | 1,32 ± 0,65 | 1,42 ± 0,85 | 1,20 ± 0,41 | 0.024 |
| Filtrado Glomerular (ml/min) | 52.17 ± 17.54 | 52,31 ± 16,76 | 50,01 ± 17,72 | 53,48 ± 18,6 | |
| Proteínas (g/dl) | 6.85 ± 0.53 | 6,83 ± 0,53 | 6,80 ± 0,55 | 6,90 ± 0,51 | 0.33 |
| Sodio (mEq/L) | 140.7 ± 3.1 | 140,84 ± 3,14 | 140,56 ± 3,20 | 140,68 ± 3,142 | 0.63 |
| Potasio (mEq/L) | 4.51 ± 0.54 | 4,59 ± 0,54 | 4,54 ± 0,51 | 4,380 ± 0,5273 | <0.01 |
| Colesterol total (mg/dl) | 151.5 ± 35.3 | 149,34 ± 34,31 | 153,34 ± 35,10 | 153,75 ± 37,19 | 0.24 |
| Colesterol LDL | 80.98 ± 29.16 | 77,62 ± 27,05 | 81,95 ± 28,63 | 85,61 ± 32,15 | 0.01 |
| Colesterol HDL | 48.5 ± 15.5 | 49,51 ± 18,21 | 48,59 ± 13,74 | 46,88 ± 11,51 | 0.12 |
| Triglicéridos (mg/dl) | 123.9 ± 62.6 | 122,83 ± 62,40 | 123,90 ± 69,74 | 125,67 ± 57,67 | 0.67 |
| Perfil férrico | 72.1 ± 31.9 | 76,38 ± 32,64 | 66,52 ± 29,07 | 69,39 ± 32,25 | 0.02 |
| Hierro (ug/dL) | 194.07 ± 187.20 | 213,05 ± 194,53 | 183,87 ± 163,93 | 172,29 ± 190,7 | 0.05 |
| Ferritina (ng/ml) | 194.11 ± 187.2 | 229,77 ± 48,37 | 220,5 ± 46,83 | 243,80 ± 44,36 | <0.01 |
| Transferrina (mg/dl) IST (%) | 24.74 ± 10.01 | 26,82 ± 10,72 | 23,15 ± 8,35 | 22,76 ± 9,44 | <0.01 |
| Hb glicada (%) | 6.37 ± 1.03 | 6,35 ± 0,936 | 6,36 ± 1,356 | 6,41 ± 0,890 | 0.62 |
| NTproBNP (pg/ml) | 2817.38 ± 3803.3 | 3145,56 ± 4417,80 | 2692,01 ± 3704,66 | 2370,99 ± 2596,43 | 0.049 |
| Troponina T (ng/L) | 25.91 ± 28.31 | 27,66 ± 29,65 | 28,64 ± 29,57 | 20,34 ± 23,63 | 0.12 |

COMUNICACIÓN 10

MANEJO DE COMPLICACIONES AGUDAS EN PACIENTE ANCIANO TRAS IMPLANTE DE TAVI

Alicia Prieto Lobato, Marta Cubells Pastor, Raquel Ramos Martínez, Raquel Fuentes Manso, Jesús Jiménez-Mazuecos, Miguel José Corbí Pascual

Servicio de Cardiología, Hospital General de Albacete, Albacete

Se presenta el caso de una mujer de 84 años con cardiopatía isquémica crónica (revascularización percutánea de descendente anterior proximal, primera marginal y coronaria derecha), con trastorno de la marcha multifactorial, obesidad y KATZ C. La paciente es valorada tras múltiples hospitalizaciones por descompensación de insuficiencia cardiaca en relación con estenosis aórtica significativa (bajo flujo-bajo gradiente) con disfunción ventricular izquierda asociada (FEVI 40%). Debido a la comorbilidad de la paciente, se decide abordaje percutáneo, por lo que se procede a implante de prótesis valvular aórtica percutánea (TAVI). Tras ello, la paciente pasa a unidad de cuidados intensivos coronarios donde comienza con inestabilidad eléctrica presentando numerosas rachas de taquicardia ventricular monomorfa no sostenida (TVMNS). Inicialmente se trata con amiodarona y reposición hidroelectrolítica, pero aún así la paciente sufre un episodio de fibrilación ventricular que precisa de desfibrilación. Se reevalúa angiográficamente, apreciándose una oclusión subaguda del stent en coronaria derecha, que se solventa con implante de nuevo stent. Pese a la revascularización y aunque no se objetivó elevación de marcadores de daño miocárdico, la paciente presenta nueva inestabilidad con TVNS polimórficas con R sobre T como desencadenante. Se inicia tratamiento con propranolol y lidocaína, consiguiendo estabilidad eléctrica, pero teniendo que retirarse por toxicidad neurológica. Se decide entonces cambio a bisoprolol y mexiletina con buena respuesta y estabilidad tanto eléctrica como clínica posterior.

El tratamiento de elección para los pacientes con estenosis aórtica severa sintomática es la sustitución valvular aórtica. Desde la introducción de la TAVI, muchos pacientes con elevado riesgo quirúrgico han sido tratados de esta manera, si bien conviene recordar que no es una técnica exenta de complicaciones. Gran parte de estos pacientes son ancianos con cardiopatía estructural y otras comorbilidades que dificultan el manejo, requiriendo una valoración integral del paciente para poder llegar a la mejor opción terapéutica.

COMUNICACIÓN 11

DIFERENCIAS PRONÓSTICAS DE LA ESTENOSIS AÓRTICA MODERADA Y SEVERA EN EL PACIENTE OCTOGENARIO

*Daniel Meseguer González; Davinia Chofre Moreno; Juan Francisco Cueva Recalde; Jose Ramón Ruiz Arroyo
Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (Zaragoza)*

Introducción

La estenosis aórtica (EAo) es la valvulopatía más frecuente en el paciente octogenario debido a la importancia de la edad en su desarrollo. El impacto pronóstico de la EAo severa es bien conocido, centrándose recientemente la atención en el que puede desempeñar la EAo moderada.

Objetivos

El objetivo de este trabajo es comparar el pronóstico global y cardiovascular de la EAo moderada y severa en la población octogenaria.

Material y Métodos

Estudio de cohortes retrospectivo de 308 pacientes octogenarios diagnosticados de estenosis aórtica moderada o severa entre los años 2013 y 2018. Los pacientes se clasificaron acorde a los criterios de las guías europeas de valvulopatías. Se evaluó el pronóstico en términos de mortalidad global y cardiovascular (CV) a 1 y 5 años.

Resultados

Se incluyeron 308 pacientes octogenarios divididos en 197 (64%) EAo severas y 111 (36%) EAo moderadas. Las características demográficas de cada grupo se representan en la Tabla 1. No hubo diferencias significativas en la mortalidad global de la EAo severa y moderada ni a 5 años (43,1 vs 43,2%, $p=0,98$) ni al año del diagnóstico (19 vs 15,5%; $p=0,43$). Sin embargo, si hubo un aumento significativo de la mortalidad CV en la EAo severa respecto a la moderada tanto a 5 años (24,4 vs 9%; $p=0,001$) como al año de seguimiento (11,7 vs 1,8%; $p=0,001$). El Gráfico 1 muestra las curvas de supervivencia de la mortalidad global y cardiovascular a 5 años.

Conclusiones

Los pacientes octogenarios con EAo severa tienen mayor mortalidad CV pero la misma mortalidad global a 1 y 5 años que aquellos con EAo moderada. Estos resultados podrían sugerir que la EAo moderada supone un factor agravante del pronóstico en pacientes con otras comorbilidades.

| CARACTERÍSTICAS BASALES | Total (N=308) | EAo severa (N=197) | EAo moderada (N=111) | Valor p |
|------------------------------|---------------|--------------------|----------------------|---------|
| Sexo varón, n (%) | 146 (47,4) | 91 (46,2) | 55 (49,5) | 0,57 |
| Edad (años) | 85 ± 3 | 85 ± 3 | 84 ± 3 | 0,36 |
| Hipertensión, n (%) | 249 (80,8) | 165 (83,8) | 84 (76,4) | 0,113 |
| Diabetes, n (%) | 100 (32,5) | 51 (25,9) | 49 (44,5) | <0,001* |
| Dislipemia, n (%) | 153 (49,7) | 101 (51,3) | 52 (47,3) | 0,5 |
| Fibrilación auricular, n (%) | 119 (38,6) | 78 (39,6) | 41 (37,3) | 0,69 |
| Enf. coronaria, n (%) | 58 (18,8) | 39 (19,8) | 19 (17,3) | 0,59 |
| Enf. periférica, n (%) | 25 (8,1) | 12 (6,1) | 13 (11,8) | 0,079 |
| Enf. cerebrovascular, n (%) | 53 (17,2) | 39 (19,8) | 14 (12,7) | 0,116 |

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS BASALES DE LOS PACIENTES OCTOGENARIOS CON EAo SEVERA Y MODERADA

Y CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS DE ANTICOAGULACIÓN

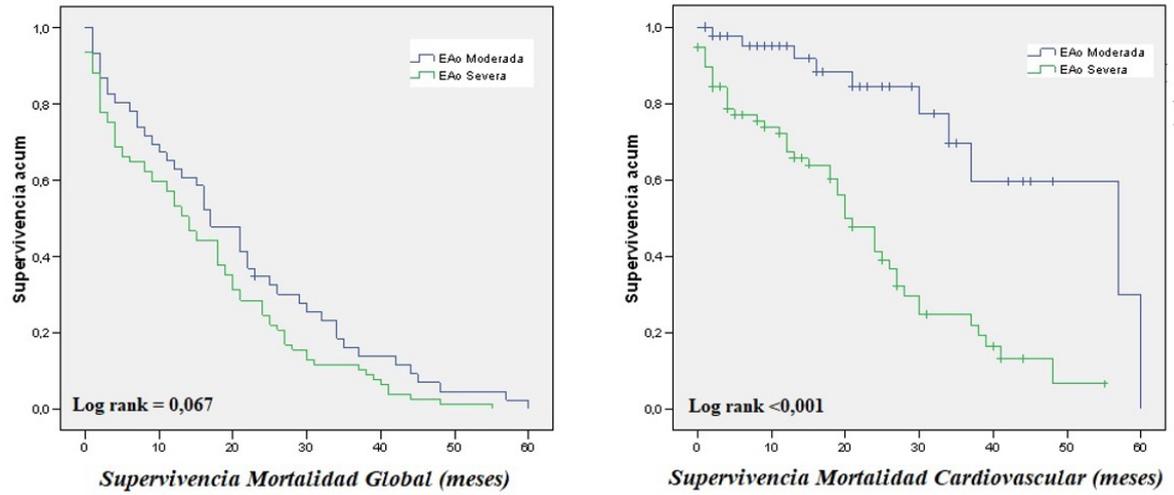


GRÁFICO 1. CURVAS KAPLAN-MEIER DE SUPERVIVENCIA GLOBAL Y CARDIOVASCULAR A 5 AÑOS

COMUNICACIÓN 12

DIFERENCIAS TERAPÉUTICAS Y PRONÓSTICAS DE LA ESTENOSIS AÓRTICA SEVERA EN EL PACIENTE OCTOGENARIO

*Davinia Chofre Moreno ; Daniel Meseguer González; Juan Francisco Cueva Recalde; José Ramón Ruiz Arroyo
Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (Zaragoza)*

Introducción

La estenosis aórtica (EAo) es la valvulopatía más frecuente en el paciente anciano y potencialmente letal a corto plazo en ausencia de tratamiento de reemplazo. Hasta la última década el único tratamiento posible era quirúrgico, pero la irrupción del tratamiento percutáneo ha abierto la posibilidad a pacientes antes desestimados por alto riesgo quirúrgico.

Objetivos

El objetivo de este estudio es conocer la situación del tratamiento y pronóstico de los pacientes octogenarios diagnosticados de EAo severa en nuestro sector sanitario en la última década.

Material y Métodos

Estudio de cohortes retrospectivo de pacientes diagnosticados de EAo severa entre 2013-2019, estratificados según edad mayor o menor de 80 años. Se analizó el tratamiento instaurado y el pronóstico en términos de mortalidad global y cardiovascular (CV) a 5 años.

Resultados

Se incluyeron 480 pacientes diagnosticados de EAo severa entre 2013-2019, de los que 210 (44%) fueron octogenarios y cuyas características se muestran en la Tabla 1. Los pacientes octogenarios recibieron más tratamiento conservador (78,1 vs 37,8%; $p < 0,001$), y percutáneo (10 vs 4,8%; $p = 0,028$) y menos tratamiento quirúrgico (11,9 vs 57,4%; $p < 0,001$) que los no-octogenarios. Tanto la mortalidad global (46,2 vs 26,4%; $p < 0,001$) como CV (23,8 vs 12,2%; $p < 0,001$) fue mayor en el grupo de pacientes octogenarios aunque sin diferencias en la proporción de mortalidad CV/Global (61 vs 52%; $p = 0,41$). El Gráfico 1 muestra la curva de supervivencia de la mortalidad global y CV según la edad.

Conclusiones

Los pacientes octogenarios suponen casi la mitad de diagnósticos de EAo severa en nuestro medio y reciben menos tratamiento invasivo, asociando una elevada mortalidad global y CV a 5 años. El implante de una prótesis aórtica percutánea puede contribuir a mejorar el pronóstico de este subgrupo poblacional.

| | Total (N=480) | > 80 años (N=210) | < 80 años (N=270) | Valor p |
|-------------------------------------|---------------|-------------------|-------------------|---------|
| Sexo varón, n (%) | 271 (56,5) | 97 (46,2) | 174 (64,4) | <0,001* |
| Edad media (años) | 77 ± 10 | 85 ± 5 | 70 ± 8 | <0,001* |
| Hipertensión; n (%) | 372 (77,5) | 176 (83,8) | 196 (72,6) | 0,004* |
| Diabetes; n (%) | 147 (30,6) | 57 (27,1) | 90 (33,3) | 0,144 |
| Dislipemia; n (%) | 260 (54,2) | 108 (51,4) | 152 (56,3) | 0,29 |
| Obesidad, n (%) | 169 (36,2) | 99 (37,2) | 70 (34,8) | 0,59 |
| Fibrilación auricular; n (%) | 154 (32,1) | 80 (38,1) | 74 (27,4) | 0,013* |
| Enf. Coronaria; n (%) | 126 (26,3) | 45 (21,4) | 81 (30) | 0,034* |
| Enf. Periférica; n (%) | 30 (6,3) | 13 (6,2) | 17 (6,3) | 0,96 |
| Enf. Cerebrovascular; n (%) | 71 (14,8) | 41 (19,5) | 30 (11,1) | 0,01* |

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS BASALES DE LOS PACIENTES ESTRATIFICADOS SEGÚN EDA

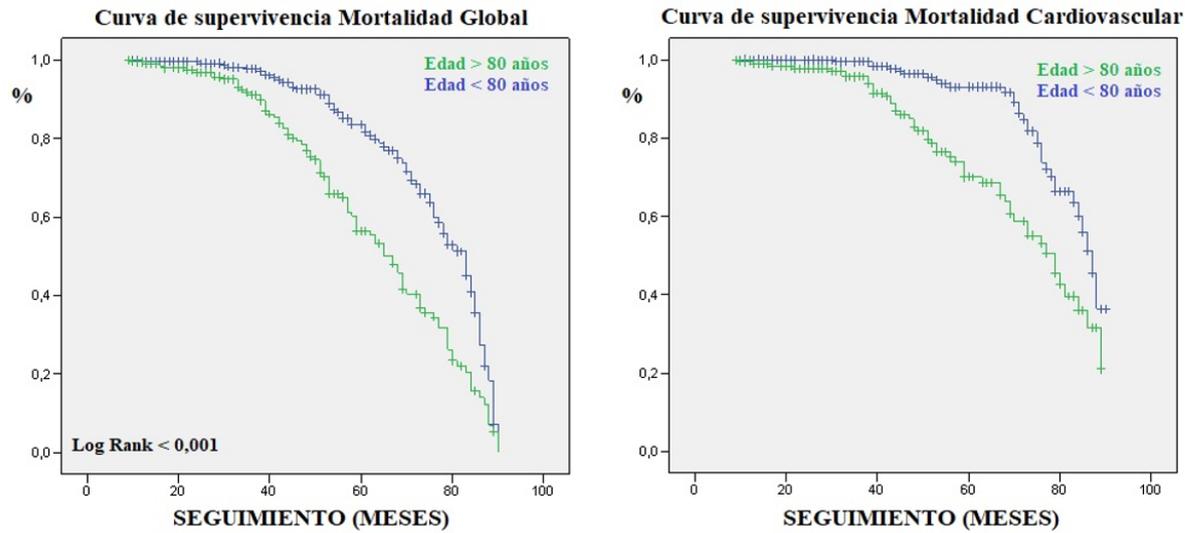


GRÁFICO 1. CURVAS DE SUPERVIVENCIA DE LA MORTALIDAD GLOBAL Y CARDIOVASCULAR SEGÚN EDAD

COMUNICACIÓN 13

VALOR PRONÓSTICO DEL DAÑO MIOCÁRDICO EN PACIENTES ANCIANOS CON DIAGNÓSTICO CONFIRMADO DE COVID-19

Raúl Sánchez-Giménez; Anna Carrasquer; Óscar Peiro; Nisha Lal; Víctor Del-Moral-Ronda; Alfredo Bardaji
 Servicio de Cardiología, Hospital universitario Joan XXIII, Tarragona

Introducción

La elevación de las troponinas cardíacas como marcador de daño miocárdico y la senectud (>75 años) son predictores pronóstico de mortalidad descritos ampliamente en la literatura. Sin embargo, se desconoce su rendimiento y su implicación pronóstica en pacientes que padecen la COVID-19. Por tanto, el objetivo de nuestro estudio es determinar la capacidad pronóstica de la elevación de la troponina cardíaca I (Tncl) en asociación con la senectud (>75 años) en pacientes COVID-19 confirmados.

Métodos

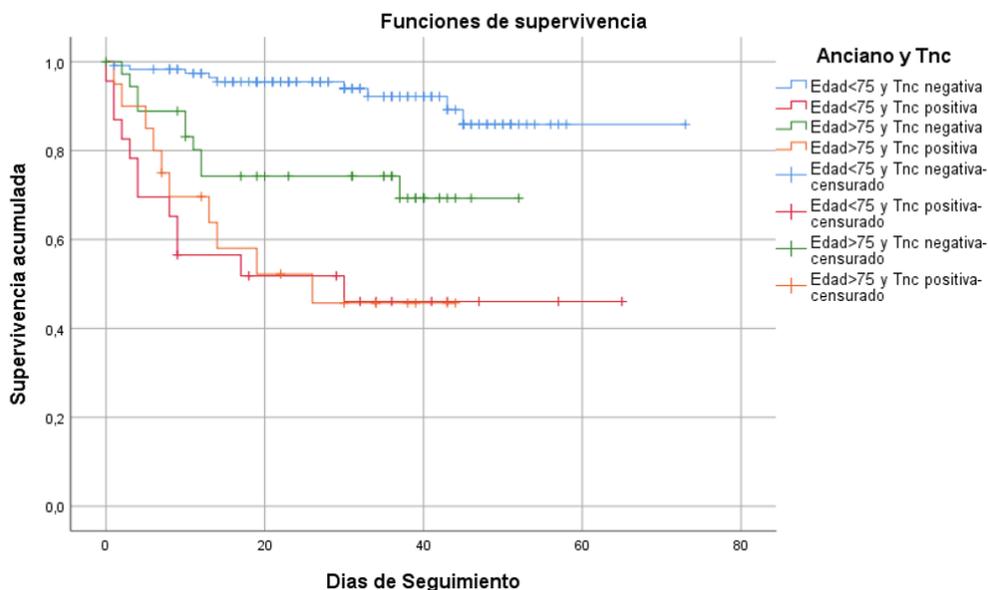
Estudio de cohortes retrospectivo que incluyó a todos los pacientes atendidos de forma consecutiva en un hospital universitario con COVID-19 confirmado mediante test PCR, todos ellos con determinaciones de Tncl. Se consideró Tncl elevada si estaban por encima del límite de referencia (percentil 99) y se consideró anciano > 75 años. Se analizó el impacto pronóstico a 30 días de la asociación de ambas variables.

Resultados

Se incluyeron 199 pacientes COVID-19 confirmados; 156 (78,4%) con Tncl baja y 43 (21,6%) con Tncl elevada. Respecto a la edad, 141 (70,9%) eran <75 años y 58 (29,1) eran >75 años. Tanto los pacientes con Tncl elevada como los pacientes con > 75 años presentaron mayor carga de factores de riesgo cardiovascular y de antecedentes cardiovasculares. Tras asociarlos y distribuirlos en grupos el 59,3% presentaban edad <75 años y Tncl bajos, el 19,0% edad >75 años y Tncl baja, el 11,6% edad <75 años y Tncl elevada y el 10,1% edad >75 años y Tncl elevada. Respectivamente los grupos presentaron una mortalidad a 30 días de 9 (7,6%), 12 (52,2%), 11 (28,9%) y 10 (50%) pacientes. Se realizó el análisis de supervivencia por el método de Kaplan Meier con el grupo de mayores >75 años y Tncl elevado como referencia. La Tncl elevada se asoció de forma significativa con una mayor mortalidad a 30 días (Log Rank <0,001) independientemente del grupo de edad al que se viera asociada.

Conclusiones

En pacientes con la enfermedad COVID-19 la elevación de troponina como marcador de daño identifican a un subgrupo de paciente de muy alto riesgo de mortalidad a corto plazo. La edad en sí, se asocia a mayor mortalidad, sin embargo ser >75 años no cambia el pronóstico respecto al grupo de menor edad.



COMUNICACIÓN 14

CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES EN PACIENTES ANCIANOS HOSPITALIZADOS POR INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA EN FUNCIÓN DE LA FEVI

Javier Montero Muñoz, Pablo Enrique Solla Suárez, Natalie Burgos Bencosme, Jorge Eduardo Herrera Parra, Eva María López Álvarez, José Gutiérrez Rodríguez

Área de Gestión Clínica de Geriatría, Hospital Monte Naranco, Asturias, Oviedo

Introducción

Los pacientes ancianos hospitalizados por insuficiencia cardíaca (IC) con fracción de eyección del ventrículo izquierdo reducida (FEr), presentan peores resultados de salud que los que presentan una fracción de eyección preservada (FEP), con mayor mortalidad y tasa de reingreso.

Objetivos

Estudiar las características diferenciales en función de la FE y analizar el impacto sobre la mortalidad y la tasa de reingreso, en una cohorte de ancianos hospitalizados por insuficiencia cardíaca.

Material y métodos

Estudio observacional prospectivo realizado sobre pacientes mayores de 80 años hospitalizados por IC en una Unidad Geriátrica de Agudos. Variables: sociodemográficas, comorbilidades, funcionales (NYHA, índice de Barthel (IB) y Short Physical Performance Battery (SPPB)), cognitivas, calidad de vida (Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire (KCCQ)), mortalidad y reingreso a 30 días.

Resultados

Se incluyeron 88 pacientes (edad 88.5 ± 3.4 años, 62.5% mujeres). Las comorbilidades más frecuentes fueron HTA (85.8%), enfermedad renal crónica (58.8%) y fibrilación auricular (52%). Al ingreso, presentaban NYHA III (15.9%) y IV (79.5%) deterioro cognitivo (34.1%), IB 49.9 ± 32.9 , SPPB 2.5 ± 2.8 y KCCQ 31.9 ± 19.2 . Se objetivó una mortalidad a 30 días del 3.4% y reingreso del 17%.

Presentaban una FEr en el 18.2%. Los factores asociados a FEr fueron: edad (-1.3 [-2.6 a -0.2]), cardiopatía isquémica (68.8% vs 22.2%, $p < 0.001$), mortalidad a 30 días (16.7% vs 1.5%, $p = 0.013$), reingreso a 30 días (50% vs 13.8%, $p = 0.004$). No se observó asociación con IB, SPPB, NYHA o KCCQ.

Conclusiones

- Corroborando la evidencia disponible, los pacientes con FEr presentaron una edad inferior y peor pronóstico, asociándose significativamente con patología coronaria.
- No se encontró relación entre la situación funcional y la fracción de eyección.
- Sería preciso planificar programas de intervención en nuestro medio, dirigidos a pacientes ancianos con FEr con el objetivo de mejorar los resultados de salud e intentar disminuir la mortalidad y la tasa de reingresos.

COMUNICACIÓN 15

FACTORES ASOCIADOS A MORTALIDAD EN ANCIANOS CARDIÓPATAS HOSPITALIZADOS POR COVID-19

Javier Montero Muñoz, Alberto Domínguez Bravo, Rodrigo Alejandro Cruz Carvajal, Bárbara Peña Mella, Laura Gómez Armas, José Gutiérrez Rodríguez

Área de Gestión Clínica de Geriatría, Hospital Monte Naranco, Asturias, Oviedo

Introducción

La infección por SARS-CoV-2 afecta inicialmente a la pared alveolar, pero a través de diversos mecanismos (cascada inflamatoria, hipoxemia, activación del sistema renina-angiotensina) también afecta al endotelio vascular, miocardio y sistemas de coagulación y cardiovascular. La población anciana es más vulnerable a estos eventos, al presentar menor reserva fisiológica y un estado inflamatorio crónico. Por ello, es fundamental identificar características asociadas a mala evolución clínica en la población de ancianos con cardiopatía.

Objetivo

Identificar factores asociados a mortalidad en ancianos con cardiopatía hospitalizados por COVID-19.

Material y métodos

Estudio observacional y prospectivo con pacientes mayores de 80 años con alguna cardiopatía crónica (insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica o valvular, fibrilación auricular) hospitalizados por COVID-19 confirmado por RT-PCR. Se recogieron variables sociodemográficas, clínicas, radiológicas, analíticas, funcionales y cognitivas. Se realizó un análisis univariante para identificar factores asociados a mortalidad.

Resultados

Se incluyeron 53 pacientes, 73.6% mujeres, con edad media 88.8 ± 4.9 años, índice de Barthel (IB) previo 41.2 ± 35.8 y deterioro cognitivo el 54.7%. La tasa de mortalidad intrahospitalaria fue del 34.6%. Los factores asociados a mortalidad fueron: fiebre (83.3% vs 52.9%, $p=0.03$), gravedad clínica al ingreso moderada-severa (94.4% vs 67.6%, $p=0.039$), neumonía unilateral (0% vs 23.5%, $p=0.039$), infiltrados intersticiales (55.6% vs 26.5%, $p=0.038$), procalcitonina >0.5 ng/mL (44.4% vs 7.4%, $p=0.008$), ferritina >500 ng/mL (87.5% vs 34.4%, $p=0.014$), PCR >5 mg/dL (66.7% vs 36.4%, $p=0.038$), LDH >215 U/L (100% vs 64.7%, $p=0.004$).

Conclusiones

- La presencia de fiebre, gravedad moderada o severa y afectación radiológica reflejaron mayor riesgo de muerte, en probable relación a la extensión de la infección y del parénquima pulmonar lesionado.
- Los marcadores analíticos de mala evolución en población general (elevación de procalcitonina, ferritina, PCR o LDH) también se asociaron a mayor mortalidad en nuestra muestra.

COMUNICACIÓN 16

IMPACTO DE LA MALA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN EL FRACASO DE LA ANTICOAGULACIÓN ORAL EN EL ANCIANO CON FIBRILACIÓN AURICULAR

Javier Montero Muñoz, Pablo Enrique Solla Suárez, Natalie Burgos Bencosmea, Jorge Eduardo Herrera Parra, Eva López Álvarez, José Gutiérrez Rodríguez

Área de Gestión Clínica de Geriatría, Hospital Monte Naranco, Asturias, Oviedo

Introducción

Entre los factores asociados a mala adherencia terapéutica en el paciente anciano se han descrito: polifarmacia, barreras en el acceso al fármaco, ausencia de seguimiento clínico, falta de soporte social y presencia de sintomatología afectiva o deterioro cognitivo. Presentamos un caso de fracaso del tratamiento anticoagulante en una paciente anciana con fibrilación auricular (FA) relacionado con una mala gestión de la preparación/administración del fármaco.

Descripción

Mujer de 95 años institucionalizada, con antecedentes de HTA y dislipemia, independiente para ABVD y deterioro cognitivo moderado. Ingresa por primer episodio de IC en contexto de FA no conocida. Evoluciona favorablemente, siendo alta con HBPM a la espera de realizar ecocardiografía para diagnóstico preciso. No acude a revisión hasta 8 meses después. Se objetiva peso menor de 60 kg y FG de 51 ml/min/1.73m² y se inicia edoxaban a dosis de 30 mg/día. Tres semanas después, presenta ictus isquémico hemisférico izquierdo de etiología cardioembólica. Se contacta con su centro residencial sin obtener una clara confirmación de la adherencia al tratamiento ni las causas de la incomparecencia a las citas previas.

Discusión

Describimos un ejemplo de fracaso del tratamiento anticoagulante en el paciente anciano por mala adherencia terapéutica, un problema que afecta al 50-75% de las personas mayores con enfermedad crónica. Se decidió pautar edoxaban, ya que en revisión sistemática se objetivó que la adherencia terapéutica es inversamente proporcional al número de dosis. Sin embargo, resultó un fracaso terapéutico con sospecha de un posible problema de gestión de la medicación.

Conclusiones

- En pacientes ancianos, especialmente con deterioro cognitivo, es fundamental simplificar la posología para garantizar el cumplimiento terapéutico del tratamiento anticoagulante y evitar un fracaso del mismo.
- Cuando se considera la existencia de adecuado apoyo social, debe confirmarse la posibilidad de gestionar la adquisición, preparación y administración correcta del fármaco.

COMUNICACIÓN 17

CONTROL DE RITMO EN PACIENTE ANCIANA CON FIBRILACIÓN AURICULAR RÁPIDA Y MAL CONTROL DE FRECUENCIA CARDÍACA

Emilio Galcerá Jornet, Herminio Morillas Climent, Julia Seller Moya, Álvaro Vicedo López, Edgardo Alania Torres, Alfonso Valle Muñoz

Hospital Marina Salud de Denia (Alicante)

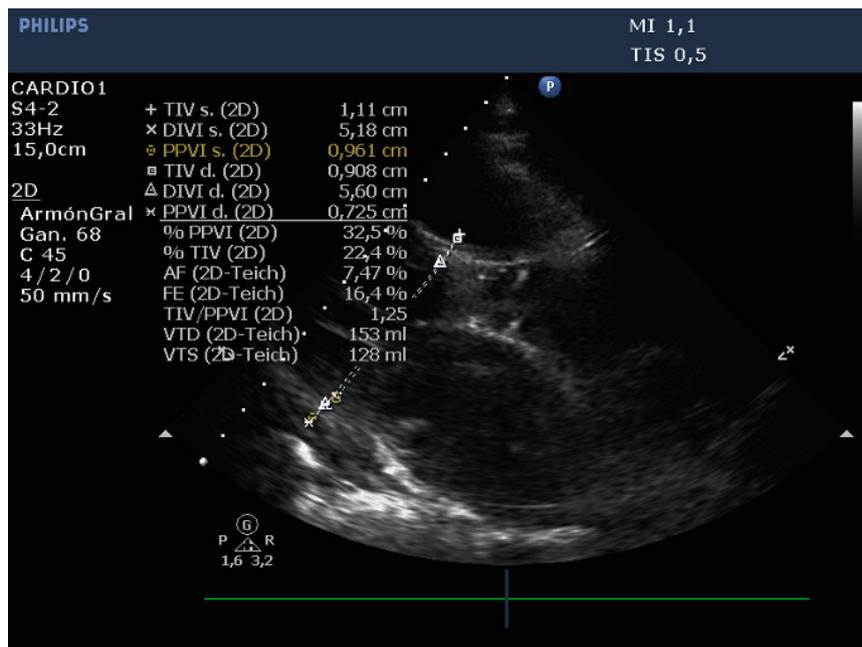
Antecedentes: Sin antecedentes conocidos.

Descripción

Mujer de 85 años con fragilidad leve y sin comorbilidad significativa que ingresa por insuficiencia cardíaca con disfunción ventricular izquierda grave en contexto de fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida, manteniendo estabilidad hemodinámica. Inicialmente se opta por control de frecuencia con asociación escalonada de bisoprolol 10mg y digoxina presentando buena respuesta diurética pero deterioro grave de la función renal. Se decide suspender digoxina y se inicia amiodarona permaneciendo en fibrilación auricular rápida. Se intenta asociar fuera de indicación ivabradina, con escasa respuesta por lo que finalmente se opta por control de ritmo con ETE y posterior cardioversión, con paso exitoso a ritmo sinusal sin complicaciones inmediatas. 6 meses después del ingreso y con tratamiento médico óptimo (betabloqueantes, sacubitrilo-valsartan y eplerenona) permanece en ritmo sinusal estable, ha recuperado FEVI y mantiene buena clase funcional.

Interés

La estrategia de control de frecuencia suele ser la más utilizada en pacientes ancianos. Por un lado, se asume que la fibrilación auricular es consecuencia de la propia edad avanzada y es generalmente bien tolerada. Por otro lado, son pacientes con mayor fragilidad y comorbilidad, más propensos a sufrir interacciones y efectos adversos de la medicación y los procedimientos, lo que invita a un manejo menos invasivo. Sin embargo, en el caso actual una estrategia más invasiva con ecocardiograma transesofágico y cardioversión fue la cambió el curso del ingreso, permitiendo un alta precoz con estabilidad clínica 6 meses tras el alta, con reversión de la taquimiocardiopatía y recuperación de FEVI, sin ingresos ni nuevos episodios de fibrilación auricular.



COMUNICACIÓN 18

NUEVA NORMALIDAD PARA NUESTROS PACIENTES DE SIEMPRE

César Jiménez-Méndez, Francisco de la Cuerda, Álvaro Montes Muñiz, Álvaro Gamarra Lobato, Pablo Díez-Villanueva, Fernando Alfonso Manterola.

Servicio de Cardiología. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid

Antecedentes

Varón de 85 años con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia, exfumador y diabetes con nefropatía diabética (FG 40 ml/min). Vive con su mujer. Camina a diario. Katz A. Tratamiento: Enalapril 20mg, simvastatina 40 mg, metformina, omeprazol.

Descripción

Ingresó en nuestro centro por neumonía vírica bilateral (Imagen 1) por infección por coronavirus-19 con síntomas asociados desde 5 días previos. Se inició tratamiento con hidroxicloroquina 200mg, ritonavir/lopinavir 200/50 mg, y oxigenoterapia. En ECG realizado previo al ingreso se objetivó fibrilación auricular no conocida con respuesta ventricular rápida e intervalo QT normal (Imagen 2). Remisión de la fiebre a las 48 horas del ingreso, con progresiva mejoría clínica y radiológica de la neumonía, si bien manteniendo necesidad de oxigenoterapia. El paciente persistía en ritmo de fibrilación auricular con adecuado control de frecuencia, ECG sin cambios con el tratamiento prescrito. Se realizó ecocardiograma transtorácico mostrando fracción de eyección biventricular conservada, aurícula izquierda severamente dilatada, resto normal.

Ante el alto riesgo embólico (CHADSVASC 4), se inició anticoagulación. Dada la situación epidemiológica con necesidad de completar aislamiento domiciliario/social por parte de nuestro paciente y ante la necesidad de continuar con oxigenoterapia domiciliar se decidió iniciar tratamiento anticoagulante con Rivaroxaban 15mg al día.

Interés

Presentamos el caso de un paciente con comorbilidades frecuentes que es diagnosticado de fibrilación auricular en el contexto de una infección respiratoria por Covid 19. El caso ilustra cómo estos pacientes, ahora más que nunca, se benefician de un control óptimo de la terapia anticoagulante. Los anticoagulantes de acción directa han demostrado sobradamente sus ventajas frente a los fármacos dicumarínicos en cuanto a efectividad, seguridad hemorrágica, efecto protector del deterioro renal y la mejoría en la adherencia terapéutica 1-2, especialmente en pacientes de mayor edad³. Las dificultades para el acceso y control de los niveles de anticoagulación se ven solventadas con los anticoagulantes directos.



IMAGEN 1. RADIOGRAFÍA DE TÓRAX. INFILTRADOS BILATERALES PERIFÉRICOS COMPATIBLES CON NEUMONÍA VÍRICA.

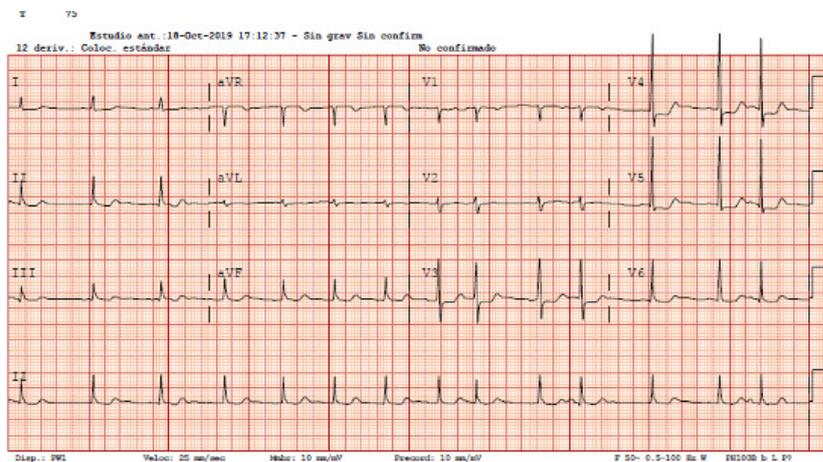


IMAGEN 2. ELECTROCARDIOGRAMA.

Referencias

1. Steffel J, Verhamme P, Potpara TS, et al. The 2018 European Heart Rhythm Association Practical Guide on the use of non-vitamin K antagonist oral anticoagulants in patients with atrial fibrillation. *Eur Heart J* 2018; 39: 1330–1393.
2. Kirchhof P, Benussi S, Kotecha D, et al. 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS. *Eur Heart J* 2016; 37: 2893–2962
3. Díez-Villanueva P & Alfonso F. Atrial fibrillation in the elderly. *Journal of Geriatric Cardiology* (2019) 16: 49-53

COMUNICACIÓN 19

MALDITOS TROMBOS

César Jiménez-Méndez, Pilar Roquero Giménez, María Martínez-Avial, Francisco de la Cuerda, Pablo Díez-Villanueva, Fernando Alfonso Manterola

Servicio de Cardiología. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid

Antecedentes

Mujer de 84 años hipertensa, exfumadora y con antecedente de carcinoma de mama ductal infiltrante localmente diseminado tratado con mastectomía + quimioterapia (ciclofosfamida y doxorubicina) en Enero 2020, actualmente en tratamiento de mantenimiento con trastuzumab. Sin datos sugerentes de cardiotoxicidad en ecocardiogramas previos.

Descripción

Ingresó en nuestro centro por neumonía vírica bilateral (Imagen 1) asociada a infección por coronavirus-19 con clínica febril desde 2 días antes. Se inició tratamiento con azitromicina 250mg, hidroxiclороquina 200mg, ritonavir/lopinavir 200/50 mg, y oxigenoterapia. ECG al ingreso en ritmo sinusal sin alteraciones. Se retiró tratamiento con ritonavir/lopinavir por intolerancia gastrointestinal. La paciente evolucionó favorablemente respiratoriamente pero en la exploración presentó semiología de trombosis venosa profunda, confirmándose con ecografía (Imagen 2) por lo que tras contrastar ausencia de interacciones medicamentosas se inició Rivaroxaban 15mg/12 horas (1). En ECG en revisión a los 30 días del alta (Imagen 3) se objetivó fibrilación auricular con respuesta ventricular controlada por lo que se solicitó ecocardiograma descartándose cardiopatía estructural. Se modificó Rivaroxaban a 20mg/ 24 horas.

Interés

Se han descrito múltiples complicaciones producidas por la infección por coronavirus 2019, entre ellas, de carácter tromboembólico en relación con el estado inflamatorio sistémico (2). La inmovilización prolongada, la edad avanzada y, en nuestro caso, un antecedente tumoral reciente, aumentan la probabilidad de estos eventos. Los anticoagulantes de acción directa (ACOD) han demostrado su eficacia y seguridad tanto en cuanto al tratamiento y prevención de la trombosis venosa como de la tromboembolia en la fibrilación auricular (3). Los efectos cardíacos descritos tras la infección por el coronavirus abarcan desde taquiarritmias como la fibrilación auricular hasta cuadros letales como miocarditis fulminantes (4). Resulta, por tanto, de vital importancia un adecuado manejo del tratamiento anticoagulante, especialmente en pacientes de alto riesgo, por lo que el empleo de ACOD constituye una opción segura y eficaz.



IMAGEN 1. RADIOGRAFÍA DE TÓRAX. AMPLIOS INFILTRADOS BILATERALES PERIFÉRICOS COMPATIBLES CON NEUMONÍA VÍRICA

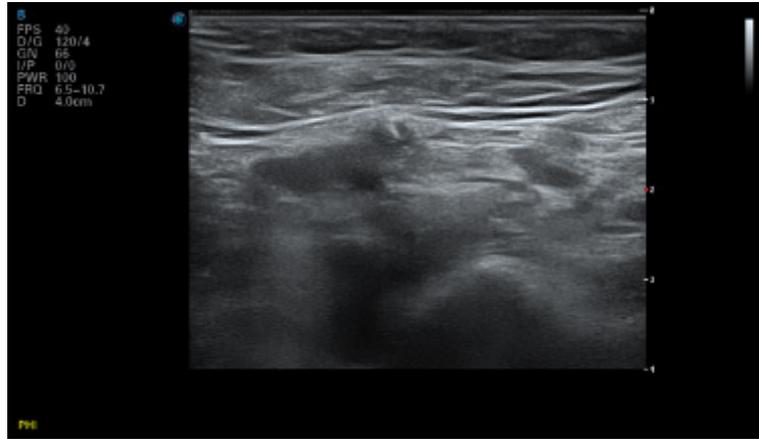


IMAGEN 2. ECOGRAFÍA DOPPLER DE MIEMBROS INFERIORES. ASTERICO: DEFECTO INTRAVASCULAR. HALLAZGO COMPATIBLE CON TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA DE MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO.

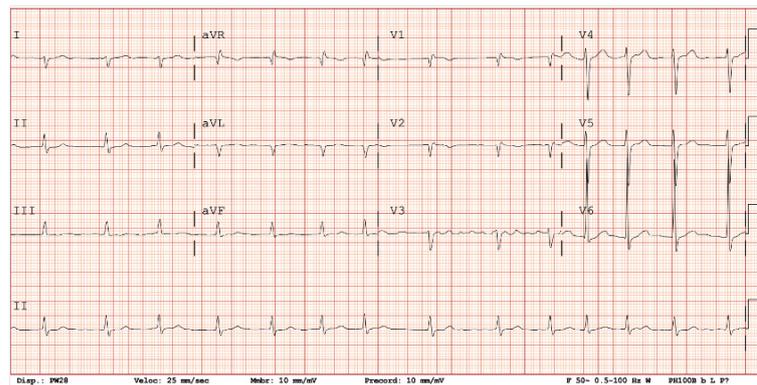


IMAGEN 3. ELECTROCARDIOGRAMA.

Referencias

1. ESC Guidance for the Diagnosis and Management of CV Disease during the COVID-19 Pandemic. Last update 10 June 2020.
2. Vivas D, Roldán V, Esteve-Pastor MA, et al. Recomendaciones sobre el tratamiento antitrombótico durante la pandemia COVID-19. Posicionamiento del Grupo de Trabajo de Trombosis Cardiovascular de la Sociedad Española de Cardiología [Recommendations on antithrombotic treatment during the COVID-19 pandemic. Position statement of the Working Group on Cardiovascular Thrombosis of the Spanish Society of Cardiology] [published online ahead of print, 2020 Apr 22]. *Rev Esp Cardiol.* 2020;10.1016/j.recesp.2020.04.006. doi:10.1016/j.recesp.2020.04.006
3. Kirchhof P, Benussi S, Kotecha D, et al. 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS. *Eur Heart J* 2016; 37: 2893–2962
4. Salamanca J, Díez-Villanueva P, Martínez P, Cecconi A, de Marcos BG, Reyes G, Salas C, Segovia J, Jiménez-Borreguero LJ, Alfonso F, Covid-19 "Fulminant Myocarditis" Successfully Treated With Temporary Mechanical Circulatory Support, *JACC: Cardiovascular Imaging* (2020), doi: <https://doi.org/10.1016/j.jcmg.2020.05.003>.

COMUNICACIÓN 20

IMPLANTE DE TAVI EN PACIENTES ANCIANOS, UN BENEFICIO REAL A CORTO Y MEDIO PLAZO

Teresa Bretones del Pino; Ricardo Rivera López; Vicente Alcalde Martínez; Joaquín Sanchez Gila; José Antonio Romero Hinojosa; José Antonio Ramírez Hernández; Eduardo Molina Navarro.

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Objetivos

El implante de válvula aórtica percutánea (TAVI) es una opción terapéutica para el tratamiento de estenosis aórtica cada vez más empleada en pacientes de edad avanzada. Nuestro objetivo es evaluar los resultados y el pronóstico a corto y medio plazo de los pacientes ancianos sometidos a implante de TAVI.

Material y Métodos

De 452 pacientes a los que se les ha implantado TAVI en nuestro centro, 86 (19%) tenían una edad igual o superior a 85 años. Se analizó la supervivencia, la clase funcional al año, las complicaciones mayores, y las variables predictoras de buena evolución (paciente vivo y en clase funcional I-II al año)

Resultados

La edad media fue de $86,3 \pm 1,5$ años. El 52,3% varones, Euroscore medio de $15,0 \pm 9,8$; STS score de $5,2 \pm 2,9$ y un índice de Charlson de $5,6 \pm 1,1$. El 70,9% presentaban una clase funcional previa al implante III-IV de la NYHA. La supervivencia a los 30 días fue del 97,6%. El 4,6% (4 casos) sufrieron complicaciones mayores: 2 complicaciones vasculares, 1 taponamiento cardiaco que preciso drenaje y un exitus por insuficiencia cardiaca. El 22.6% (n=19) precisaron implante de marcapasos definitivo.

La mortalidad al año fue del 17.4%(n=15), de los pacientes vivos al año el 93% estaban en clase funcional I-II de la NYHA.

El único parámetro que se relacionó con una buena evolución al año (Paciente vivo y en clase funcional I-II) fue la puntuación en el STS-score (OR: 1,23 [1,03-1,48]; p=0.022)

Conclusiones

El implante de válvula aórtica percutánea (TAVI) en pacientes seleccionados de 85 años o más es factible; presentando unos buenos resultados a corto y medio plazo, acompañado de una importante mejoría de la clase funcional. El alto porcentaje de éxito durante el procedimiento así como el bajo riesgo de complicaciones, hace de este procedimiento un buen recurso en este tipo de pacientes.

COMUNICACIÓN 21

DE TAVI A CIRUGÍA CARDÍACA

Ana Suero Roiz¹ ; Carlos Arellano² ; Carlos Martín³ ; Cristina Ferreras⁴ ; Cristina Bermejo⁵ ; Juan Francisco Oteo Domínguez².

1. Servicio de Geriatría Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid. **2.** Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid. **3.** Servicio de Cirugía Cardíaca, Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid. **4.** Servicio de Anestesia y Reanimación, Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid. **5.** Servicio de Geriatría Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid

Antecedentes

Mujer de 85 años con insuficiencia mitral degenerativa moderada-severa y estenosis aórtica bicúspide severa y función ventricular preservada. Clase funcional NYHA III. Riesgo quirúrgico elevado (EuroScore 18) por insuficiencia renal grave, proponiéndose tratamiento percutáneo de la valvulopatía aórtica.

Independiente para las actividades básicas de la vida diaria; deambulación con bastón (Barthel 70/100). Sin deterioro cognitivo. Vive en domicilio con hijos. Frail: 3, frágil.

Descripción

Se realiza implante de prótesis valvular aórtica Sapien 3 por vía transfemoral quedando con importante fuga paravalvular, decidiéndose sobredilatación con balón. Durante el avance del balón se produce migración retrógrada de la prótesis hacia el ventrículo izquierdo que requiere cirugía cardíaca para extracción y sustitución valvular aórtica.

Postoperatorio tórpido complicándose con el desarrollo de fracaso renal agudo AKIN III, precisando hemofiltración venovenosa, debut de fibrilación auricular y congestión pulmonar requiriendo soporte ventilatorio con BiPAP. Tras 28 días, pasa a la planta de hospitalización con mejoría progresiva, euvolemia y recuperación de la función renal; fracción de eyección conservada y normofunción de prótesis aórtica.

El ingreso condiciona un deterioro funcional agudo severo y trastorno del ánimo (Barthel 15/100; Frail 5; CFS 7, completamente dependiente; MNA short 3, malnutrición). Se traslada a hospital de cuidados crónicos para continuar con rehabilitación.

Interés

La embolización de prótesis aórtica de implante percutáneo hacia el ventrículo izquierdo constituye una complicación rara (0.3% de los casos) que casi siempre requiere de cirugía urgente. Factores determinantes de esta complicación: subóptima expansión, mínima calcificación del anillo, infraestimación del anillo valvular, malposición de la válvula; más frecuente con las válvulas bicúspides.

Nos encontramos ante una paciente anciana préfrágil con alto riesgo quirúrgico previo a la implantación de TAVI que, tras complicación embólica, presenta deterioro funcional agudo severo condicionando situación de fragilidad. Tras un mes vuelve a domicilio recuperando situación funcional (Barthel 45/100; Frail 3).

COMUNICACIÓN 22

AMILOIDOSIS CARDÍACA (AL) EN PACIENTE ANCIANO

Ana Suero Roiz¹; Patricia Pérez-Rodríguez¹; Blanca Carballido de Miguel¹; Eduardo Monteserín Martínez³; Cristina Bermejo¹; Alejandro Carta Bergaz³.

1. Servicio de Geriátría Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid. 2. Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial, Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid. 3. Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid

Antecedentes

Mujer de 75 años, antecedentes de Hipotiroidismo, túnel carpiano bilateral y gammapatía monoclonal de significado incierto. Independiente para ABVD (I. Barthel 100/100), deambulación sin ayuda. No deterioro cognitivo. Vive en domicilio con su marido. Frail 1.

Descripción

Ingresa por Insuficiencia cardíaca. Presenta desde hace 3 meses disnea progresiva hasta mínimos esfuerzos. Asocia DPN y edemas en miembros inferiores.

En exploración destaca hipotensión, saturación basal 85%. Equimosis en epicanto de ambos ojos y macroglosia. Signo de Kussmaul. Auscultación cardíaca rítmica, S₄ audible en ápex asociando crepitantes bibasales y edemas con fóvea. En región dorsal manchas hiperpigmentadas con bordes mal definidos.

ECG con disminución de voltajes en derivaciones bipolares, bloqueo de primer grado. Analítica, Nt proBNP 10030 ng/L y TNNT 198 ng/L y EcoTT con espesores parietales moderadamente aumentados de forma concéntrica y patrón de llenado transmitral restrictivo, FEVI preservada. Ante la alta sospecha diagnóstica de amiloidosis, se solicita inmunoquímica con cadenas Lambda libres en orina elevadas y elevación del cociente Kappa/Lambda.

Se amplía el estudio con biopsia de grasa abdominal y biopsia gástrica, siendo ambas negativas, y biopsia cutánea sugerente de amiloidosis cutánea. Se realiza aspirado de médula ósea confirmando el diagnóstico de Mieloma Múltiple. PET-TAC y Gammagrafía TC99- DPD sin criterios metabólicos para amiloidosis cardíaca por transtirretina.

Biopsia endomiocárdica, observándose material rojo congo + con restricción de cadenas ligeras Lambda: Amiloidosis AL con restricción para cadenas ligeras. Iniciándose terapia CyBorDex con mejoría clínica y euvolemia al alta (NYHA III).

Interés

Se presenta el caso de Miocardiopatía restrictiva asociada a procesos infiltrativos, la presentación de la enfermedad en esta paciente es inusual, asociando macroglosia y púrpura periorbitaria (ambas muy infrecuentes), así como Mieloma múltiple, síndrome nefrótico, neuropatía, hipotensión y estreñimiento. Se encuentra en estadio III de la enfermedad cuya supervivencia media 7-8 meses, siendo la de la paciente de 3 meses.

COMUNICACIÓN 23

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS SOMETIDOS A CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

Miriam García Bermúdez¹, Núria Vázquez Piqueras², Antonia Ortega Diaz¹, Pilar Sánchez Chamero¹, Antoni Carol¹, Román Freixa Pamias¹

Hospital de Sant Joan Despi Moisès Broggi, Consorci Sanitari Integral. 1. Cardiología. 2. Medicina Interna.

Introducción

La cardioversión eléctrica (CVE) es un procedimiento habitual para conseguir control del ritmo, pero hay pocos registros en pacientes ancianos.

Objetivo

Analizar el perfil de los pacientes mayores de 75 años de nuestro centro sometidos a CVE, así como la seguridad y efectividad de la misma.

Material y Métodos

Se analizan las CVE realizadas en pacientes de más de 75 años desde enero 2018 a julio 2019. Se recogen las características basales, el tratamiento, la seguridad y la efectividad (definida como el mantenimiento del ritmo sinusal (RS) a un año).

Resultados

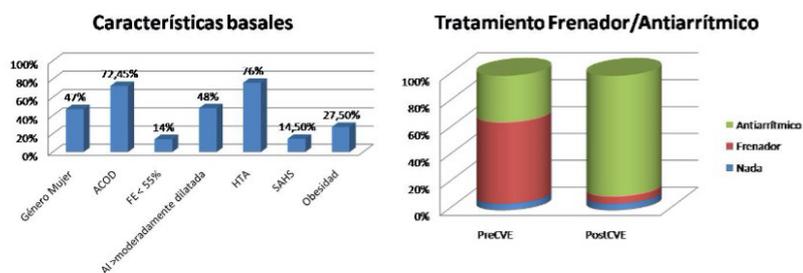
En los 18 meses se han realizado 287 CVE en nuestro centro, un 27% de las cuales fueron en mayores de 75 años, con edad media de 79 años (DE 2,8). En 3 pacientes (excluidos del análisis) no se realizó la CVE dado que acudieron en RS. En 2 fue realizada sin conseguir control del ritmo (97% efectividad inicial de la CVE). Un paciente salió en ritmo nodal que posteriormente revirtió RS.

Las características basales de los pacientes quedan reflejadas en el gráfico (anexoCVE.jpg), a destacar que presentaban obesidad el 27.5% y SAHS el 14.5%. Se emplearon ACOD en el 72% de los pacientes (40% rivaroxabán, 32% edoxabán, 24% apixabán y 4% dabigatrán). Se modificó el tratamiento post cardioversión: de un 60% en tratamiento de control de frecuencia pre-cardioversión a un 90% de control de ritmo post-cardioversión.

Un 29% recidivaron antes del año.

Conclusiones

La CVE es un procedimiento seguro en los ancianos. La elección correcta del paciente: ausencia de SAHS u obesidad importante y el cambio de tratamiento de control de frecuencia pre-CVE a tratamiento de control de ritmo post-CVE es importante para el éxito y mantenimiento del control de ritmo.



COMUNICACIÓN 24

CASO CLÍNICO: ANCIANO CON INSUFICIENCIA CARDIACA CON FEVI PRESERVADA Y COMORBILIDADES. IMPORTANCIA DE LA INCLUSIÓN EN UNA UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDIACA

Julia Seller Moya, Herminio Morillas Climent, Emilio Galcerá Jornet, Edgardo Alania Torres, Álvaro Vicedo, Alfonso Valle Muñoz.

Hospital Marina Salud (Denia)

Antecedentes

Se trata de un varón de 87 años con factores de riesgo de hipertensión arterial, diabetes tipo 2 y dislipemia y antecedentes cardiológicos de cardiopatía isquémica crónica (IAM en 2010) e insuficiencia cardiaca (IC) con FEVI preservada con debut en 2016.

Descripción

El paciente ingresó el 28/12/2018 por descompensación de IC secundaria a crisis hipertensiva. Durante el ingreso, fue incluido en la unidad de IC y recibió educación terapéutica por parte de enfermería.

El primer contacto telefónico se realizó el 02/01/2019 y la primera visita presencial el 16/01/2019 en la que se detectó nueva descompensación de IC por lo que recibió perfusión de furosemida más suero salino hipertónico durante 2 días consecutivos.

En septiembre y diciembre de 2019 el paciente contactó por aparición de signos de alarma de IC, se diagnosticó de nuevo episodio de descompensación de IC, que se manejó de forma ambulatoria en hospital de día.

En julio de 2020 se realizó una prueba de esfuerzo como test de detección de isquemia por disnea de esfuerzo persistente con resultado negativo, no obstante, el paciente ingresó a las 2 semanas por malestar general con ECG con elevación del segmento ST en cara inferior, por lo que se activó código IAM y se implantó 2 stents en la coronaria derecha media. A la semana del alta, es valorado en la unidad de IC, el paciente refería hallarse asintomático, pero se detectó congestión subclínica a través de la ecografía pulmonar, y se trató de forma ambulatoria.

Interés

El interés del caso clínico radica en la importancia de un seguimiento estructurado en una unidad de IC para evitar reingresos y mejorar la calidad de vida a pesar de la edad y la FEVI preservada. Por otro lado, en pacientes añosos y especialmente diabéticos la detección de isquemia, puede resultar un reto.

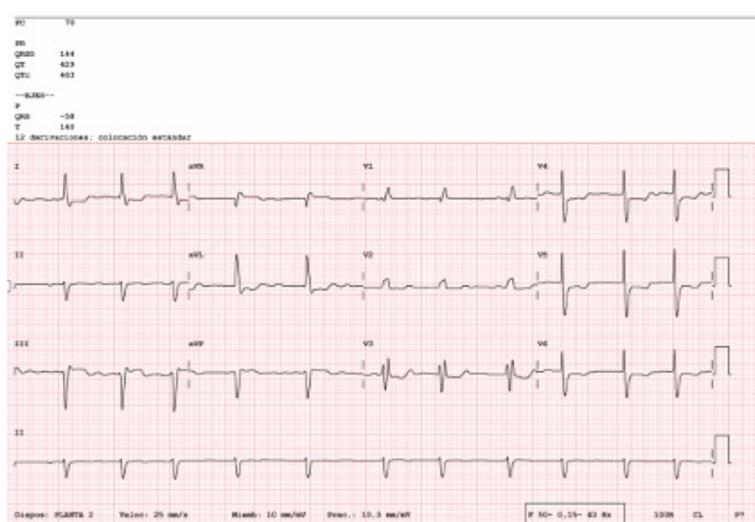


IMAGEN 1: ECG INGRESO JULIO 2020

COMUNICACIÓN 25

ESTUDIO DE LA HOMEOSTASIS DEL CALCIO COMO POTENCIAL BIOMARCADOR DE FRAGILIDAD EN PACIENTES ANCIANOS CON ESTENOSIS AÓRTICA GRAVE.

Pablo E. Solla^{1,3}, Javier Montero¹, Luis Arboine², Carlota Vigil², Eva M López¹, José Gutiérrez^{1,3}

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

Introducción

La Estenosis Aórtica(EAo) grave es la valvulopatía más frecuente en el anciano. Diversos estudios sugieren que la homeostasis del calcio tiene un papel determinante en su progresión. Asimismo, la fragilidad condiciona resultados adversos en estos pacientes tras el reemplazo valvular aórtico(RVAo).

Objetivos

Estudiar metabolismo del calcio y fragilidad en pacientes ancianos con EAo grave. Analizar potenciales biomarcadores de fragilidad, que podrían ser de utilidad en la detección de pacientes vulnerables en la toma de decisiones previa al RVAo.

Material y Métodos

Estudio prospectivo, incluyendo mayores de 75 años derivados desde Cardiología a una consulta especializada de Geriátria. Variables: edad, sexo; EuroSCORE-II(ES-II), FEV1, gradiente medio(GMed, en mmHg) y área valvular(AVA, en cm²) aórticos; funcionalidad (índices Lawton, Barthel), estado nutricional [Mini-Nutritional-Assessment Short-Form(MNA-SF)], estado cognitivo [Mini-Mental-State-Examination(MMSE)]. Fragilidad: Short-Physical-Performance-Battery (SPPB). Biomarcadores: FGe-CKD-EPI(mL/min/1.73m²), albúmina(g/L), calcio(mmol/L), calcio corregido mediante albúmina(mmol/L), fosfato(mmol/L), 25-OH-vitaminaD(ng/mL), PTHi(pg/ml).

Resultados

n=50, edad:83,66±3,86, mujeres:54,0%. ES-II:3,09±2,37, FEV1p:93,9%, AVA:0,76±0,17, GMed:43,70±16,96. Lawton varones:4,48±0,84 y mujeres:6,67±1,79 (independientes:56,0%), Barthel:94,80±7,42 (independientes:76,0%), MNA-SF:12,52±1,50 (normal:80,0%), MMSE:27,84±2,30 (deterioro cognitivo:6,0%). SPPB:8,64±2,24;frágiles(0-6):18,0%.

| Biomarcador | Pacientes con parámetros en rango normal (%) | Niveles medios (media±DE) | Correlación con SPPB(R-Pearson) | Correlación con ES-II(R-Pearson) |
|------------------|--|---------------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| FGe | 42 | 56,95±17,26 | 0,17 (p=0,24) | -0,46 (p=0,01**) |
| Albúmina | 100 | 44,36±2,52 | 0,12 (p=0,45) | 0,21 (p=0,15) |
| Calcio | 90 | 2,37±0,10 | 0,16 (p=0,26) | -0,08 (p=0,59) |
| Calcio corregido | 82 | 2,26±0,85 | 0,12 (p=0,42) | 0,06 (p=0,69) |
| Fosfato | 72,9 | 1,02±0,18 | -0,07 (p=0,62) | 0,10 (p=0,52) |
| 25-OH-vitamina D | 8 | 12,36±5,18 | 0,04 (p=0,79) | -0,14 (p=0,35) |
| PTHi | 60 | 76,82±42,61 | -0,30 (p=0,04*) | -0,33 (p=0,02*) |

*Significativo(p<0,05).

**Ítem evaluado por la variable estudiada.

Conclusiones

Los pacientes ancianos con EAo grave estudiados tenían un buen estado funcional, cognitivo y nutricional.

Se determinó una prevalencia de fragilidad del 20%.

Se detectaron frecuentes alteraciones en el metabolismo del calcio: déficit de vitamina-D(92%), hiperparatiroidismo(40%), hipofosfatemia(25%) e hipocalcemia(18%).

Se objetivó correlación significativa entre la PTHi y marcadores pronósticos de la EAo: inversa con fragilidad, y directa con la puntuación total en el ES-II.

COMUNICACIÓN 26

IMPACTO DE LA FRAGILIDAD EN LA EVOLUCIÓN FUNCIONAL. DEL PACIENTE ANCIANO CON ESTENOSIS AÓRTICA GRAVE

Pablo E. Solla^{1,3}, Javier Montero¹, Marcel Almendarez², Rocío Díaz², Eva M. López¹, José Gutiérrez^{1,3}

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

Introducción

La fragilidad condiciona resultados adversos en los pacientes mayores con Estenosis Aórtica(EAo) grave tras el reemplazo valvular(RVAo) vía quirúrgica(Q) o transcáteter(TAVI). La mayoría de los estudios se centran en estudiar su relación con mortalidad o complicaciones y no en el mantenimiento de la independencia funcional, de gran relevancia en el anciano.

Objetivos

Estudiar el papel de la fragilidad en la evolución del paciente anciano con EAo grave sintomática, al año del RVAo o de la decisión de realizar un manejo conservador de la valvulopatía.

Material y Métodos

Estudio prospectivo, incluyendo 99 primeros pacientes de 75 o más años derivados desde Cardiología a una consulta especializada de Geriátria, a los que se realiza un seguimiento al año. Variables: características basales (demográficas, cardiológicas, comorbilidad, funcionalidad en actividades Instrumentales(AIVD) y Básicas(ABVD) de la vida diaria (índices Lawton, Barthel respectivamente), estados nutricional y mental. Fragilidad:Short-Physical-Performance-Battery(SPPB). Manejo(Q/TAVI/médico). Seguimiento: funcionalidad, mortalidad, institucionalización y CF-NYHA.

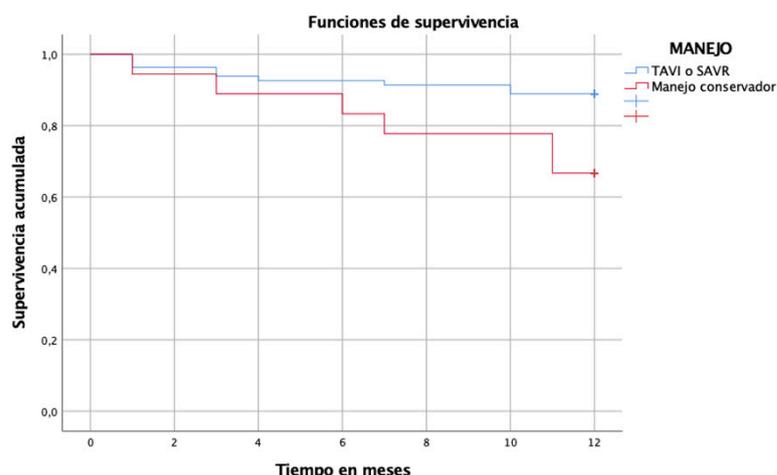
Resultados

n=99, edad:83,54±4,61, mujeres:62,6%. EuroSCORE-II:4,12±3,49, FEV1p:71,7%, NYHA>III:37,0%. HTA:74,7%, DL:43,4%, anemia:31,3%,FA:28,3%DM:26,3%,IC:21,2%,IAM:19,2%,ERC:17,2%,I.Charlsonabreviado:1,09±0,90(comorbidos:29.6%). Lawton varones:4,30±1,31,mujeres:6,27±2,34(independientes:51,1%), Barthel:91,16±14,64(independientes:71,7%), MNA-SF:11,22±1,63(desnutridos:2%), MMSE:26,22±4,12(deterioro cognitivo:16,5%). SPPB:8,46±2,79,frágiles(0-6):20,9%. Manejo(n):TAVI:48,SAVR:33,médico:18 (factor VGI:15,cardiológico:3). Mortalidad: primer mes:4pacientes(4%) y al año:15pacientes(15,1%). Supervivencia significativamente superior en RVAo (89.0%) vs. médico (66,6%) (log-rank,p=0.019,gráfica), estos últimos pacientes generalmente frágiles(66,7%vs9,6%,p<0.001) y/o con deterioro cognitivo(61,1%vs5,5%,p<0.001).

Se objetivó deterioro funcional en 1AIVD en el 32,9% (Lawton 5,73±2,08 previo vs. Lawton 4,96±2,58 al año, p<0.001), (deterioro 27,4% en robustos vs. 57,1% frágiles,p=0.056); y en el 22,4% en ABVD (Barthel 93,27±11,55 previo vs. Barthel 88,27±11,59 al año,p<0.001), (deterioro 11,2% en robustos vs. 71,4% frágiles,p<0.001); institucionalización:2,3%; y mejoría en CF-NYHA:68,4% (75,6%robustos, vs. 35,7%frágiles, p=0.008).

Conclusiones

La EAo es una patología incapacitante con una elevada mortalidad en el anciano. La fragilidad impacta negativamente en la funcionalidad y mortalidad de estos pacientes, por lo que ha de ser tomada en cuenta en la toma de decisiones previa al RVAo.



COMUNICACIÓN 27

REDUCCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN POR INSUFICIENCIA CARDÍACA EN PACIENTES MAYORES DE 80 AÑOS. RESULTADOS PRELIMINARES DE LA IMPLANTACIÓN DE UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE INSUFICIENCIA CARDÍACA

Rocío Abad Romero, Juan Gorrioz Magaña, Renée Olsen Rodríguez, María Jesús Espinosa Pascual, Cristina Perela Álvarez, Daniel Nieto Ibáñez

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Getafe, Getafe (Madrid)

Introducción

El objetivo de este estudio es analizar el impacto que ha tenido la implantación del Programa de Asistencia Multidisciplinar Transversal de Insuficiencia Cardíaca (PROAMTIC) en pacientes mayores de 80 años en términos de ingresos hospitalarios (IH) por insuficiencia cardíaca (IC) evitables en un centro con área de 220.000 habitantes.

Métodos

Estudio observacional, retrospectivo en el que se evaluaron todas las descompensaciones de IC consecutivas desde febrero de 2019 a mayo de 2020 de los pacientes con seguimiento en el programa de IC. La variable desenlace fue el tiempo hasta descompensación por IC aguda (D-ICA), tanto si requirió IH como si se controló con manejo ambulatorio en hospital de día (HDD).

Resultados

Se registraron en total 189 D-ICA. Los mayores de 80 años presentaron el 29,5% de los eventos y casi la mitad de ellos (46%) pudieron ser detectados precozmente con el programa y manejados de forma ambulatoria en el HDD. La mediana de tiempo a una D-ICA fue de 4,01 meses (IC 95% 2,09 - 5,92). Analizando ambas posibilidades de manejo, se observó que el tiempo a D-ICA detectada y manejada en el programa en HDD tuvo una mediana de 1,08 meses (IC 95% 0,00 - 3,24), retrasando la mediana a IH a 6,93 meses (IC 95% 1,42 - 4,15). Esta diferencia temporal observada entre ambos manejos clínicos resultó significativa (1,08 vs 6,93 meses; $p=0,009$) (Gráfico 01).

Conclusiones

Este estudio sugiere que, tras 15 meses de evolución del PROAMTIC, los pacientes mayores de 80 años a los que se les realiza un seguimiento estructurado en la unidad se benefician de poder manejar las descompensaciones de IC de forma ambulatoria en el hospital de día y, por tanto, de retrasar ingresos hospitalarios que puedan suponer un deterioro funcional para el paciente.

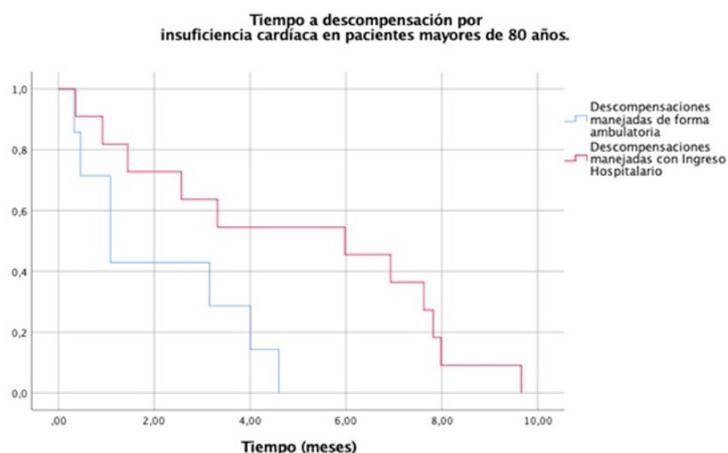


Gráfico 1. Tiempo a descompensación por insuficiencia cardíaca en pacientes mayores de 80 años.

COMUNICACIÓN 28

EVOLUCIÓN PRECOZ DE LA FEVI EN PACIENTES CON DISFUNCIÓN VENTRICULAR IZQUIERDA QUE SE SOMETEN A IMPLANTE DE TAVI SEGÚN LA APARICIÓN DE TRASTORNOS DE LA CONDUCCIÓN

Teresa Bretones del Pino; Ricardo Rivera López; Miriam Jimenez Fernández; Vicente Alcalde Martínez; Joaquín Sánchez Gila; José Antonio Romero Hinojosa; José Antonio Ramírez Hernández; Eduardo Molina Navarro.

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Objetivo

Evaluar la mejoría de la fracción de eyección en aquellos pacientes con FEVI inferior al 40% y que se le implanta una válvula aórtica percutánea (TAVI) según la aparición de trastornos de la conducción.

Material y métodos

De los 561 pacientes a los que se les implantó TAVI en nuestro centro se seleccionaron 67 que tenían FEVI inferior al 40% y no tenían marcapasos o BRI previo.

Se analizó la FEVI a mes por método de Simpson biplano y su mejoría según la aparición o no de trastornos de la conducción de novo (BRI o necesidad de marcapasos).

Posteriormente se analizó la mejoría de la FEVI en más de un 10% en los dos grupos.

Resultados

La muestra estaba compuesta por 66 pacientes, (Se excluyó un paciente que falleció antes de completar el mes de seguimiento) edad media de 79.7±5.7, el 68.1% varones. Presentaban un Euroscore logístico medio de 20.7±13.2.

Tras el implante de la TAVI 33 pacientes no presentaron trastornos de la conducción, (Grupo A) frente a 33 pacientes que presentaron trastornos de la conducción (Grupo B), de estos 16 precisaron implante de marcapasos y 17 desarrollaron BRI.

La mejoría de la FEVI fue superior en los pacientes que no presentaron trastornos del ritmo que en los que sí los presentaron (10.5±11.8 vs 7.0±6.3; p=0.14), un porcentaje superior de los pacientes que no presentaron trastornos de la conducción experimentaron una mejoría de la FEVI mayor de 10% respecto a los que sí presentaron trastornos de la conducción [39.3% (n=13) vs 15.1% (n=5); p=0.027. OR: 3.6 (1.1-11.8)]

Conclusiones

En los pacientes con FEVI disminuida que se someten al implante de TAVI la mejoría de la FEVI es menor en aquellos pacientes que presentan trastornos de la conducción, siendo bastante menos frecuente en este grupo presentar una mejoría de la FEVI de más del 10%.



**CASOS CLÍNICOS
CONCURSO BAYER**



CASO 1

LA ETERNA LUCHA ENTRE TROMBOSIS Y HEMORRAGIA

Clemencia de Rueda Panadero MD, Álvaro Montes MD, Francisco Javier de la Cuerda Llorente MD, César Jiménez Méndez MD, Álvaro Gamarra MD, Pablo Díez Villanueva MD.

Hospital Universitario de La Princesa (Madrid)

Caso clínico

Varón de 74 años hipertenso, diabético y dislipémico, con antecedente médico de enfermedad renal crónica grado 3B (aclaramiento 48 ml/min) y miocardiopatía hipertrófica obstructiva en tratamiento betabloqueante sin gradiente basal. Entre sus antecedentes, destaca ingreso hace un año por un AIT, objetivándose fibrilación auricular con repuesta ventricular controlada, iniciándose tratamiento con acenocumarol (CHADVASC 5). Destaca también mal control de INR durante varios meses tras el alta, precisando valoración en dos ocasiones en Urgencias por sobredosificación de INR, y siendo finalmente remitido a Hematología (coagulación) para ajuste de tratamiento y seguimiento.

Ingresó en abril de 2020 por fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida y disnea con el hallazgo de TEP subsegmentario y neumonía por SARS CoV-2, destacando INR en rango infraterapéutico en ese momento. Durante su estancia hospitalaria, el paciente evolucionó favorablemente desde punto de vista respiratorio. Como incidencias, al reiniciar su tratamiento con acenocumarol sin terapia puente con HBPM presentó hematuria sintomática con anemia de hasta 5 puntos de hemoglobina por lo que requirió trasfusión y control del punto de sangrado por parte de Urología precisando cistoscopia urgente. La evolución posterior fue buena, con resolución completa del cuadro agudo y hemoglobina al alta de 10.3 g/dL.

Dado el mal control de INR y los antecedentes descritos del paciente, se decidió inicio de rivaroxabán en lugar de antivitamina K, no presentando eventos isquémicos ni hemorrágicos durante el seguimiento, estando asintomático también desde el punto de vista cardiovascular.



Table 16 Interactions of anticoagulant drugs with COVID-19 therapies

| Anticoagulants | NOACs | | | | Comments | VKAs | | | LMWH, UFH | | | | |
|--|----------------------|----------------|----------------|----------------|--|---|---------------|---------------|-----------|--------------|------------|---------|---|
| | DABIGATRAN ETEXILATE | APIXABAN | EDOXYABAN | RIVAROXABAN | | WARFARIN | ACENOCOUMAROL | PHENPROCOUMON | ENOXAPARN | FONDAPARINUX | DALTEPARIN | HEPARIN | |
| COVID-19 therapies | | | | | | | | | | | | | |
| CHLOROQUINE ^{20, 270, 271} | ↑ | ↑ | ↑ | ↑ | Any NOAC may be used (with caution) | | | | | | | | |
| HYDROXYCHLOROQUINE ^{20, 270, 271} | ↑ | ↑ | ↑ | ↑ | | | | | | | | | |
| AZITHROMYCINE ^{20, 70, 272} | ↑ | | ↑ | ↑ | If CrCl <30 mL/min dabigatran should be avoided. If renal function is impaired CrCl <50 mL/min rivaroxaban should be used with caution. | ↑ | | | | | | ↑ | |
| ATAZANAVIR ^{270, 271, 273} | ↑ ^d | ↑ ^d | ↑ ^c | ↑ ^d | | Reduced dose edoxaban (30 mg OD) may be used with caution | ↑ | | ↑ | | | | |
| LOPINAVIR/RITONAVIR ^{20, 270, 271, 273} | ↔ or ↓ | ↑ ^b | ↑ ^c | ↑ | Dabigatran may be used with caution (should be avoided if CrCl <30 mL/min) | ↓ | ↓ | ↓↑ | | | | | |
| RIBAVIRIN ^{20, 270, 271, 273} | | | | | | Any NOAC may be used (with caution) | ↓ | | | | | | |
| REMDESIVIR ^{20, 270, 271} | | | | | | | | | | | | | |
| FAVIPIRAVIR ²⁷⁰ | | | | | | | | | | | | | |
| BEVACIZUMAB ²⁷⁰ | | | | | | | | | | | | | |
| ECULIZUMAB ²⁷⁰ | | | | | | | | | | | | | |
| TOCILIZUMAB ^{20, 270, 271} | | ↓ | | ↓ | | | ↓ | ↓ | ↓ | | | | |
| FINGOLIMOD ^{20, 270} | | | | | | | | | | | | | |
| INTERFERON ^{20, 270} | | | | | | | | | | | | | |
| PIRFENIDONE ^{20, 270} | | | | | | | | | | | | | |
| METHYLPREDNISOLONE ^{20, 270} | | | | | | | ↓ | | | | | | ↓ |
| NITAZOXANIDE ^{270, 271} | | | | | | | ↑ | ↑ | ↑ | | | | |

CrCl = Creatinine clearance; LMWH = Low molecular weight heparin; NOAC = Non-vitamin K antagonist oral anticoagulant; OD = Once daily; UFH = Unfractionated heparin; VKA = Vitamin K antagonist.

Grey light colour: No information found. **Green colour:** No clinically significant interaction is expected, or potential interaction is likely to be of weak intensity, not requiring additional action/monitoring or dose adjustment. **Yellow colour:** Potential interaction which may require additional monitoring (e.g., more frequent INR monitoring if on VKAs). **Orange colour:** Potential interaction which may require a dose adjustment. **Red colour:** The drugs should not be co-administered.

↑ Potential increased exposure to the anticoagulant drug. ↓ Potential decreased exposure to the anticoagulant drug. ↔ No significant effect on the exposure to the drug.

^dThe EMA product label for edoxaban advises the consideration of dose reduction from 60 mg once daily to 30 mg once daily with concomitant use of strong P-glycoprotein inhibitors.

^bThe US product label for apixaban proposes the use of apixaban at reduced dose (2.5 mg twice daily) if needed.

^cNo data on the safety/efficacy of use of NOACs when co-administered with atazanavir are known; if their use is deemed indicated, one should consider monitoring plasma level of the NOACs in this unknown condition, in line with the recommendation that was made in the last EHRA Practical Guide.²⁶³

^eThere is an overall agreement that the use of NOACs is not recommended when atazanavir is given in combination with its enhancers ritonavir or cobicistat.

^fAzithromycin increases the effect of heparin by decreasing its metabolism.²⁶⁰

CASO 2

ANTICOAGULACIÓN EN PACIENTE CON FIBRILACIÓN AURICULAR, PRÓTESIS BIOLÓGICAS MITRAL Y AÓRTICA

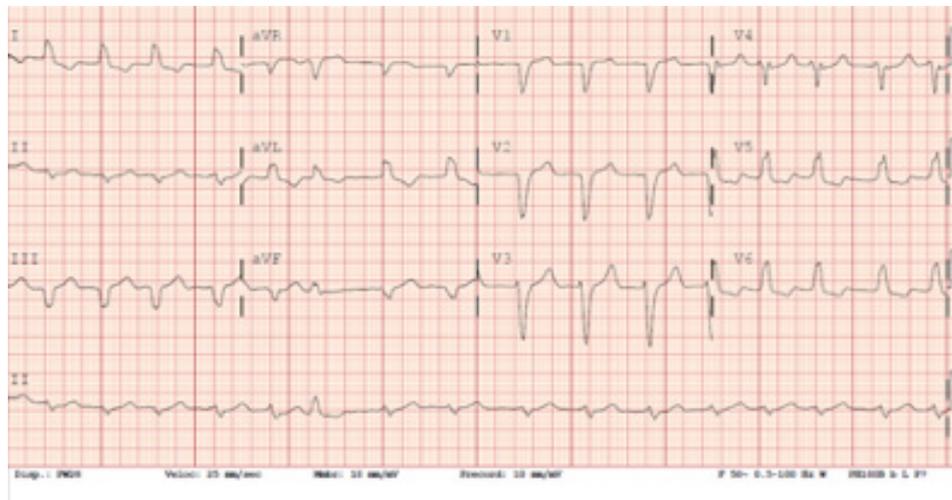
*María Martínez-Avial, Francisco De La Cuerda, Álvaro Gamarra, Teresa Alvarado, Pablo Díez-Villanueva, Fernando Alfonso.
Hospital Universitario de La Princesa, Madrid*

Categoría: Paciente anciano con comorbilidades y fibrilación auricular

Mujer 85 años hipertensa, diabética tipo II no insulinizada con antecedentes personales de fibrilación auricular permanente (CHA₂DS₂-VASc 6 HASBLED 3), y sustitución valvular mitral y aórtica por enfermedad reumática en 2017 con prótesis biológicas. El postoperatorio cursó de forma tórpida, presentando shock cardiogénico y pleuropericarditis efusiva constrictiva postcardiotomía, disfunción ventricular moderada con FEVI 37% (agosto de 2019). Entre otros antecedentes personales destaca importante hematoma antebraquial espontáneo con Sintrom, con INR muy lábil, enfermedad renal crónica estadio IV (filtrado glomerular estimado por CKD-EPI de 25 mL/min/1,73m²), anemia multifactorial crónica con necesidad de transfusión en el último año y en seguimiento por malformaciones vasculares gástricas y pólipos colónicos con sangrados digestivos múltiples. Actualmente se encuentra en programa de insuficiencia cardiaca avanzada, realizando ciclos de levosimendán periódicos desde 2018, objetivándose mejoría de FEVI durante el seguimiento (mínima en febrero de 2019 25%). La paciente está anticoagulada con apixabán 2,5mg/12h (ajustado por edad y función renal) desde 2018, tras hematoma y sangrados digestivos, sin recurrencia de los mismos. El interés de esta elección de anticoagulación reside además de en la menor incidencia de sangrados mayores e intracraneales, en el control de la anticoagulación, y en la menor incidencia de sangrados digestivos asociados a apixabán.



ANEXO 1: RADIOGRAFÍA DE TORÁX DE LA PACIENTE 2 DE JULIO 2020 DONDE DESTACA EL AUMENTO DEL ÍNDICE CARDIOTORÁCICO.



ANEXO 2: ELECTROCARDIOGRAMA 2 DE JULIO DEL 2020: FIBRILACIÓN AURICULAR A 94 LATIDOS POR MINUTO, QRS ANCHO DE 160MS CON IMAGEN DE BLOQUEO DE RAMA IZQUIERDA CON ALTERACIONES CONGRUENTES EN LA REPOLARIZACIÓN.

CASO 3

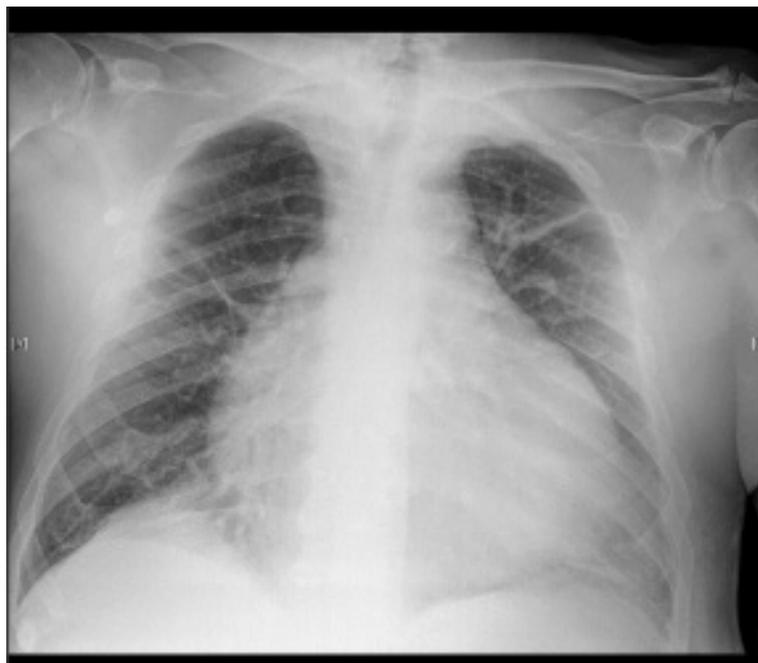
ANTICOAGULACIÓN EN PACIENTE COMÓRBIDO CON FIBRILACIÓN AURICULAR Y PERICARDITIS POR PROPIONIBACTERIUM ACNES

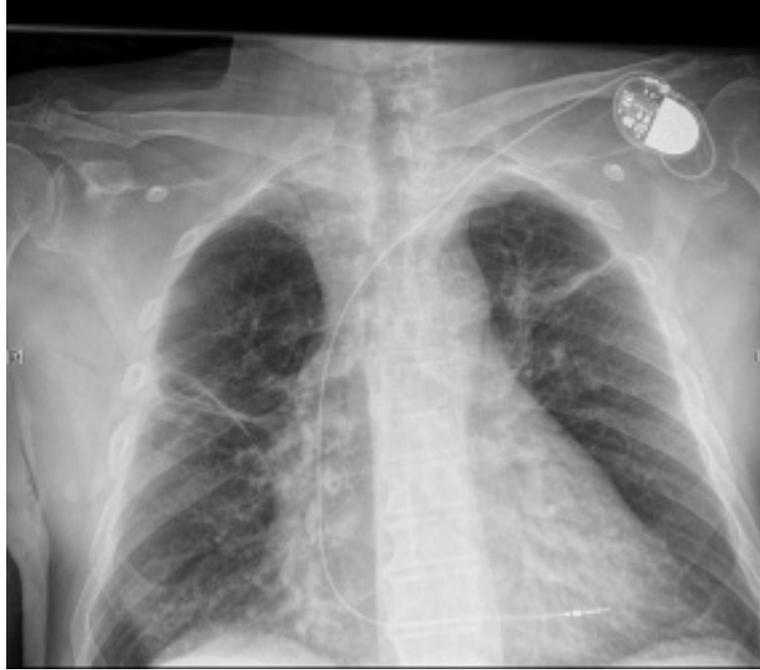
María Martínez-Avial, César Jiménez-Méndez, Clemencia de Rueda, Jorge Salamanca, Pablo Díez-Villanueva, Fernando Alfonso.

Hospital universitario de La Princesa, Madrid

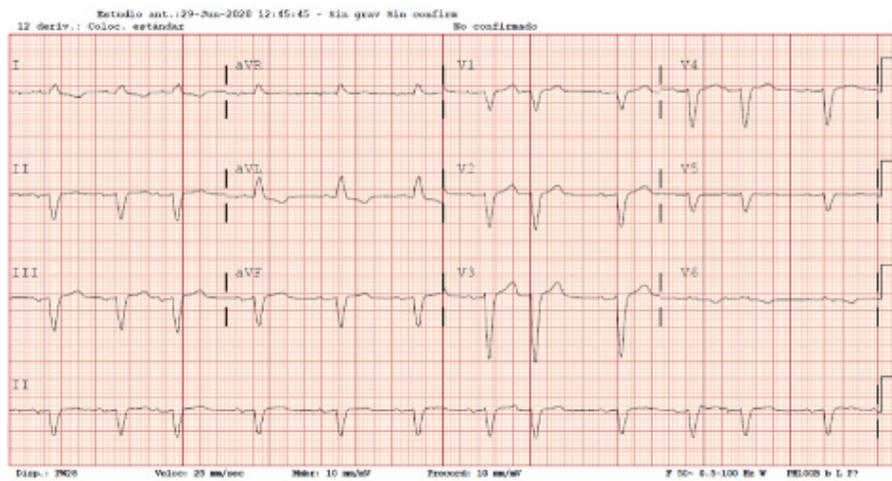
Categoría: Paciente anciano con comorbilidades y fibrilación auricular

Varón 73 años hipertenso, diabético con insulina, dislipémico, fumador de un paquete al día, EPOC, SAOS con CPAP, enfermedad renal crónica estadio IIIA (FG 43 ml/min/1.73m²), demencia frontotemporal (GDS 4), neoplasia de vejiga (carcinoma urotelial tratado mediante RTU+RT en 2019 actualmente en remisión completa). Ingresó por síncope de repetición objetivándose bloqueo AV completo precisando implante de marcapasos. Al realizarse ecocardiografía previa a implante de marcapasos se objetivó derrame pericárdico severo circunferencial, realizándose pericardiocentesis con obtención de líquido seroso del que se obtuvieron muestras para citología y pruebas microbiológicas que resultaron negativas para malignidad pero con aislamiento de un Propionibacterium acnes; tras 48 horas y drenaje de unos 600cc se retiró este por ausencia de débito. Posteriormente, por reaparición del derrame y datos incipientes de taponamiento se realizó ventana pericárdica, sin recurrencia y buena evolución. Durante el ingreso se diagnosticó de fibrilación auricular de novo con respuesta ventricular rápida (CHA₂DS₂-VASc 5 HASBLED 2) probablemente en el contexto de descompensación de insuficiencia cardiaca decidiéndose inicialmente estrategia de control de ritmo con amiodarona; sin embargo, el paciente presentó prolongación del intervalo QT, por lo que se cambió a estrategia de control de frecuencia con betabloqueantes. Como anticoagulante se pautó rivaroxabán 15mg cada 24 horas, ajustado a función renal. El principal interés de la elección de la anticoagulación en este caso radica no solo en la seguridad de una menor incidencia de sangrado fatal o intracraneal, sino en la anticoagulación directa en un paciente con dificultad para monitorizar rangos de INR (tanto como por desplazamientos como por interacciones) así como la elección de un fármaco que permite una única toma al día.





ANEXO 1: RADIOGRAFÍAS DE TÓRAX EN LAS QUE SE OBJETIVA EL ANTES Y EL DESPUÉS DEL DERRAME PERICÁRDICO.



ANEXO 2: ELECTROCARDIOGRAMA EN EL QUE SE OBSERVA CIERTA ALTERANCIA ELÉCTRICA EN LOS QRS, FIBRILACIÓN AURICULAR A 71 LATIDOS POR MINUTO CON QRS DE 150MS CON IMAGEN DE BRIHH Y ALTERACIONES CONGRUENTES EN LA REPOLARIZACIÓN.

CASO 4

PROBLEMAS HABITUALES, NUEVAS SOLUCIONES

*David González Calle; I. Cruz González; A. Elvira Laffond; V. Vallejo García; PL. Sánchez Fernández
Servicio de Cardiología Hospital Universitario de Salamanca*

Introducción

Existen situaciones clínicas en las cuales el riesgo de sangrado puede resultar prohibitivo obligándonos a suspender el tratamiento anticoagulante y aumentando con ello el riesgo de eventos embólicos. Una de estas serían aquellos pacientes con enfermedad renal crónica terminal (ERCT, estadio IV-V, filtrado glomerular < 30 ml/min/m²).

Descripción del caso

Mujer, 82 años. Hipertensión arterial, dislipemia y diabetes mellitus tipo 2.

Enfermedad renal crónica estadio V en tratamiento sustitutivo (hemodiálisis 3 veces por semana).

ACV isquémico hace 24 meses, se diagnosticó FA durante el ingreso. Recuperación sin secuelas.

Se inició tratamiento farmacológico con acenocumarol. Buen control INR (2-3) pero hasta 4 ingresos en el servicio de Digestivo por sangrados digestivos con repercusión hematómica. Pruebas complementarias (gastro/colonoscopia) que muestran divertículos y hernia de hiato de gran tamaño.

Se decidió suspender tratamiento anticoagulante sufriendo nuevo ACV isquémico a los 2 meses (hemiparesia derecha residual) por lo que se inicia tratamiento con heparinas de bajo peso molecular subcutáneo (sc) presentado a las dos semanas nuevos sangrados digestivos que obligan a transfundir e ingreso en el servicio de Digestivo.

Ante la recurrencia de sangrados con los fármacos anticoagulantes y el antecedente de eventos isquémicos se contacta con el servicio de Cardiología quien plantea cierre percutáneo de orejuela izquierda como tratamiento definitivo.

Intervencionismo

Tomografía computarizada previa al implante: Orejuela izquierda (OAI) con morfología en "ala de pollo". 17 mm zona de implante. Libre de trombos (imagen 1)

Intervencionismo estructural guiado por micro-EDE (Philips S8-3t), paciente con el antecedente de sangrados digestivos altos, hernia de hiato de gran tamaño, se busca ser mínimamente invasivo.

Procedimiento sin complicaciones, punción transeptal guiada por imagen, implante de dispositivo (Watchman nº 21), bien posicionado, se comprueba ausencia de fugas e interferencia con otras estructuras a 0°, 45°, 90° y 135° (imagen 2).

Se decide realizar monoterapia antiagregante con ácido acetilsalicílico 100 mg cada 24 horas.

18 horas después la paciente es dada de alta, sin complicaciones.

Seis meses después del procedimiento la paciente se encuentra hemodinámicamente estable, sin nuevos ingresos hospitalarios y sin eventos embólicos ni sangrados.

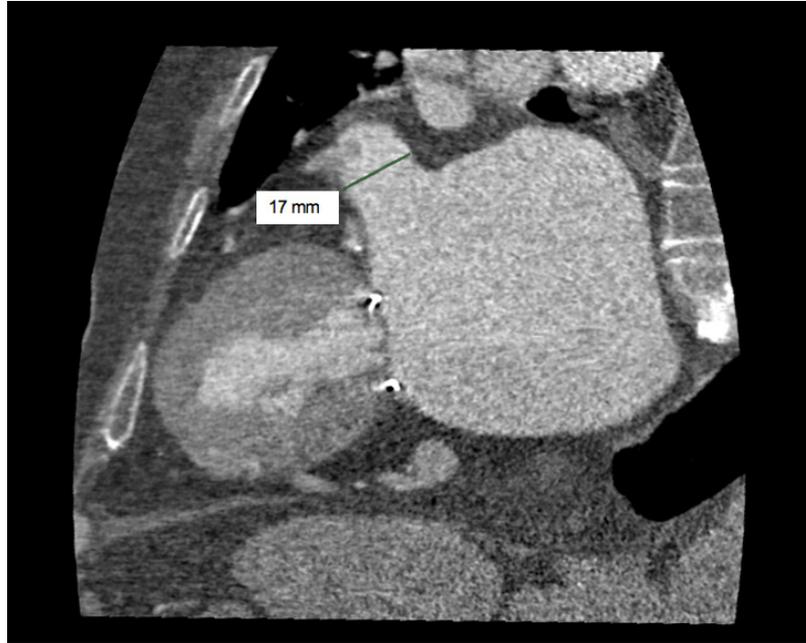


IMAGEN 1: TOMOGRAFÍA CARDIACA, ESTUDIO PREINTERVENCIONISMO

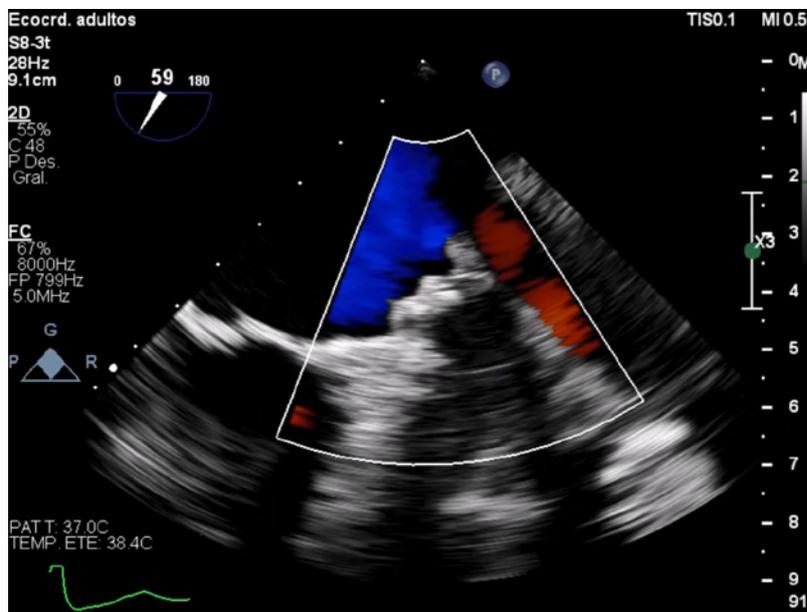


IMAGEN 2: MICROETE, DISPOSITIVO BIEN POSICIONADO, SIN COMPLICACIONES

Interés

El cierre percutáneo de orejuela izquierda es un procedimiento que ha demostrado ser seguro y eficaz en la prevención de embolias en pacientes con FANV. Los buenos resultados obtenidos y la generalización del procedimiento hará que las indicaciones y número de casos continúe creciendo.

CASO 5

ANCIANO CON FIBRILACIÓN AURICULAR CON MAL CONTROL CON AVK: “¿MÁS VALE MALO CONOCIDO, QUE BUENO POR CONOCER?”

Cristina Buisan Esporin, Adrian Riaño Ondiviela, Elena Murciano Marqués, Davinia Chofre Moreno, María Jesús Pinilla Lozano.

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

Antecedentes

Mujer de 84 años independiente para actividades básicas de la vida diaria con antecedentes de hipertensión arterial esencial, dislipemia, diabetes mellitus tipo 2 y fibrilación auricular paroxística anticoagulada con acenocumarol. Ingresó recientemente en Neurología por accidente cerebrovascular tipo PACI de perfil embólico. Dada de alta hace 10 días con leve hemiparesia izquierda residual.

Descripción

Presenta episodio de dolor centrotorácico opresivo, iniciado en reposo, con cortejo vegetativo y autolimitado en 30 minutos. A la llegada a Urgencias la paciente se encuentra consciente y sin dolor. Desde el punto de vista hemodinámico está estable, con una tensión arterial de 120/58 mmHg, una frecuencia cardiaca de 80 lpm y con saturación de O₂ basal de 96%. En la auscultación cardiopulmonar destaca soplo diastólico II/VI en foco aórtico y crepitantes en ambas bases pulmonares. Se realiza electrocardiograma en el que se objetiva ritmo sinusal a 80 lpm sin alteraciones agudas de la repolarización y un ecocardiograma que muestra FEVI global y segmentaria conservada e insuficiencia aórtica de grado moderado. Analíticamente destaca creatinina 1.14 mg/dl (CKD-EPI 44 ml/min/1.73m²), NT-proBNP de 634 pg/ml y troponina T ultrasensible de 285 ng/dl. Con diagnóstico de SCASEST de alto riesgo se realiza coronariografía urgente que muestra oclusión trombótica a nivel de ramo posterolateral de probable origen embólico (figura 1). Debido al escaso lecho distal del vaso y ausencia de dolor, se opta por un tratamiento conservador inicial.

Interés

Se trata de una paciente de elevada edad, en tratamiento con acenocumarol por fibrilación auricular paroxística y que presenta, en poco tiempo, dos eventos cardiovasculares de probable etiología embólica. La paciente presentaba un mal control de INR, con un tiempo en rango terapéutico (TTR) < 60%. Por dichos motivos se decide cambiar el tratamiento anticoagulante a rivaroxaban 15 mg una vez al día, sin presentar a día de hoy nuevos eventos embólicos o hemorrágicos.



FIGURA 1. IMAGEN OCLUSIÓN DE LA PL (FLECHA)

CASO 6

LOS TRATAMIENTOS ESPERANZADORES NO SIEMPRE SE PUEDEN MANTENER

Raúl Arrufat

Centro de salud de Campo de Criptana. Campo de Criptana (Ciudad Real)

Antecedentes

Hipertensión arterial, hipercolesterolemia, sobrepeso, ictus (1999). No diabetes mellitus.

Insuficiencia cardíaca preservada (FEVI 65%, disnea III/IV, ortopnea de 2 almohadas, episodios semanales de disnea paroxística nocturna (DPN)). Valvulopatías (insuficiencia mitral moderada, estenosis aórtica moderada, insuficiencia aórtica leve, insuficiencia tricuspídea leve), hipertrofia del ventrículo izquierdo moderada, hipertensión pulmonar moderada, dilatación de aurícula izquierda, cavidades derechas normales.

Asma intrínseco, bronquiectasias, 2 ingresos por neumonía.

Gastritis antral crónica, reflujo gastroesofágico, hernia de hiato gigante, divertículo esofágico de Zenker, regurgitaciones frecuentes.

Hipotiroidismo. Trastorno de ansiedad generalizada.

Tratamiento: eprosartán/hidroclorotiazida, levotiroxina, omeprazol, montelukast, zolpidem, salmeterol/fluticasona inhalado.

Descripción

Mujer de 88 años ingresa (abril 2018) por neumonía, hallándose fibrilación auricular; se decide anticoagular (acenocumarol) y control de la frecuencia.

Empeoramiento paulatino de su insuficiencia cardíaca sobre todo en cada ingreso.

Julio 2018: ingresa por neumonía broncoaspirativa. Septiembre 2019: ingresa por anemia, se transfunde y se suspende la anticoagulación definitivamente; las valvulopatías están agravadas; la ecocardiografía peor.

Noviembre 2019: se inicia sacubitril/valsartán-24/26. Mejora desapareciendo los episodios de DPN, sin otros cambios relevantes.

Julio 2020: añadido espironolactona 50 mg/día sin mejorar. Se añade dapagliflozina: a los 14 días está mejor (menos disnea y edemas); a los 30 días presenta hipotensión mantenida sintomática (TAS: 93-78) por lo que suspendo sacubitril/valsartán-24/26, normalizándose; a los 40 días ingresa por insuficiencia renal prerrenal; se suspende dapagliflozina y espironolactona. A los 15 días del alta: filtrado glomerular 58 ml/min, creatinina 0.87 mg/dl.

Septiembre 2020: ingresa por descompensación de insuficiencia cardíaca.

Interés

Se anticoagula; se suspende por anemia.

Siendo preservada mejora con sacubitril/valsartán; se suspende por hipotensión.

Sin ser diabética mejora con dapagliflozina; se suspende por insuficiencia renal.

CASO 7

DIFÍCIL CONTROL

*Pilar Roquero, María Martínez-Avial, Juan Perich, Álvaro Montes, Pablo Díez-Villanueva, Fernando Alfonso.
Servicio de Cardiología. Hospital Universitario La Princesa, Madrid.*

CATEGORÍA 3: Anciano con fibrilación auricular y mal control de la anticoagulación.

Mujer de 73 años, hipertensa y dislipémica con antecedente de síndrome de Turner y deterioro cognitivo leve-moderado. Primer episodio de fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida (FA RVR) en 2017, sin cardiopatía estructural, cardiovertida eléctricamente en Urgencias tras descartar presencia de trombos en ecocardiograma transesofágico con salida en ritmo sinusal. Al alta de Urgencias, se pautaron flecainida y bisoprolol y se inició anticoagulación con acenocumarol (CHA₂DS₂-VASc 4). La paciente se mantuvo estable sin incidencias durante los siguientes 3 años. En febrero de 2020, ingresó en Cardiología por primer episodio de insuficiencia cardiaca en contexto de FA RVR, optándose por control de frecuencia tras varios intentos fallidos de cardioversión y evidencia de dilatación severa de la aurícula izquierda. Por otro lado se revisaron también los últimos INR apreciándose importante labilidad, con varias determinaciones por encima de 4, en los últimos 6 meses, sin eventos hemorrágicos. Se optó por cambiar a anticoagulante de acción directa (ACOD) (edoxaban 30 mg al día, ajustado por peso). Tras el alta, y durante los siguientes tres meses, la paciente reingresó en varias ocasiones por insuficiencia cardiaca en relación con mal control de respuesta ventricular, decidiéndose finalmente ablación del nodo auriculoventricular e implante de marcapasos VVI, sin eventos desde entonces.

En relación con el ajuste de tratamiento anticoagulante, los ACOD han demostrado un mejor perfil de eficacia y seguridad respecto a los anticoagulantes antivitamina K (AVK) así como una serie de ventajas como una farmacocinética más predecible, menor riesgo de interacciones con otros fármacos, ausencia de controles rutinarios. Todo ello los convierte en los anticoagulantes de elección en FA no valvular, también en pacientes mayores¹.

1. Bo M, Marchionni N. Practical use of Direct Oral Anti coagulants (DOACs) in the older persons with atrial fibrillation. *Eur J Intern Med.* 2019 Nov 15. pii: S0953-6205(19)30378-4. doi: 10.1016/j.ejim.2019.10.026. [Epub ahead of print]

CASO 8

UN EJEMPLO DE LA CARDIOLOGÍA REAL O CARDIOGERIATRÍA, INDIVIDUALIZANDO LAS GUÍAS.

Oriol Rodríguez Queraltó, Carmen Guerrero Morales, Alexandra Pons Riverola, Maria Alsina Valle, Marta Feliu Oliva, Albert Ariza Solé.

Servicio de Cardiología. Hospital Universitario de Bellvitge.

Categoría: Paciente de muy alto riesgo isquémico, pero de edad muy avanzada.

Antecedentes: Hombre de 89 años, hipertenso, dislipémico y diabético tipo 2, con insuficiencia renal crónica IIIB y anemia ferropénica. Funcionalmente dependencia severa (Barthel 40) y deterioro cognitivo leve (Pfeiffer 3 errores).

A nivel cardiológico, dos episodios de infarto agudo de miocardio (IAM) tipo 2 en marzo de 2020 en contexto de anemización grave secundaria a hemorragia digestiva, con debut de insuficiencia cardiaca (IC) con fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) preservada en contexto de neumonía por SARS-COVID-19.

Nuevo IAM no transmural tipo 1, en situación de Killip I, en junio de 2020. Se realizó coronariografía que mostró arterioesclerosis coronaria de 3 vasos, con lesión severa en descendente anterior proximal (DAP), revascularizándose la DAP, y decidiéndose manejo conservador del resto de lesiones. La ecocardiografía al alta mostró una FEVI del 28%. El paciente es dado de alta el 25/06 con doble antiagregación (DAPT) con AAS y clopidogrel y tratamiento neurohormonal optimizado.

Descripción: El paciente ingresó siete días después por Bloqueo aurículo-ventricular (BAV) de tercer grado con QRS estrecho, sintomático para IC, por lo que se suspendió el bisoprolol.

Tras la retirada del betabloqueante, recuperó el ritmo sinusal con BAV de primer grado, presentando posteriormente un episodio de fibrilación auricular (FA) rápida, que revirtió con amiodarona.

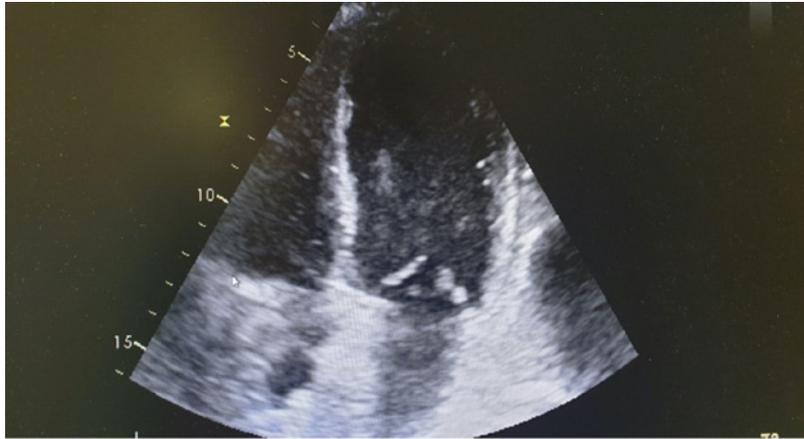
Teniendo en cuenta el trastorno de conducción de base, se decidió no mantener tratamiento antiarrítmico y en caso de recidiva del BAV o de la FA, valorar la implantación de un marcapasos con estimulación de Hiss.

Respecto al riesgo tromboembólico, teniendo en cuenta el elevado riesgo hemorrágico del paciente (HASBLED₅ o PRECISE DAPT 77) con triple terapia (necesidad DAPT al menos 3 meses por riesgo de trombosis del stent DA proximal), se decidió no anticoagular al paciente, revalorando una terapia dual a los 3 meses de la DAPT en caso de recidiva de la FA.

Interés: El caso refleja como las comorbilidades y los síndromes geriátricos pueden afectar a la toma de decisiones en los adultos mayores: las dificultades en el balance del riesgo trombótico y hemorrágico, así como el uso de terapias avanzadas como la resincronización; recurriendo a la individualización de las opciones terapéuticas para alcanzar el mejor resultado clínico.



ECG DE INGRESO EN EL QUE SE OBJETIVA RITMO SINUSAL, CON UNA FC DE 75LPM, PR 140MS, CON DESCENSO DEL ST DE FORMA DIFUSA Y CON ELEVACIÓN AVR.



ECOCARDIOGRAFÍA AL ALTA EN LA QUE SE OBJETIVA UN VENTRÍCULO IZQUIERDO LIGERAMENTE DILATADO, CON DISFUNCIÓN SEVERA (FEVI 28%). VENTRÍCULO DERECHO NO DILATADO, HIPOCONTRÁCTIL.

CASO 9

ANTICOAGULACIÓN ORAL DIRECTA EN PACIENTE CON FRAGILIDAD COGNITIVA, ANGIOPATÍA AMILOIDE CEREBRAL Y FIBRILACIÓN AURICULAR

Pablo E. Solla^{1,2}, José M. Arche¹, Cristina Guirola¹, Laura M. Gómez¹, Eva M. López¹, José Gutiérrez^{1,2}

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

Antecedentes

Mujer de 77 años, independiente para actividades de la vida diaria (Barthel 95) y sin deterioro cognitivo.

Antecedentes: HTA, dislipemia, cardiopatía isquémica, síndrome depresivo y hemorragia digestiva alta secundaria a gastroerosivos.

Tratamiento previo: amlodipino, torasemida, simvastatina, clopidogrel, pantoprazol y sertralina.

Descripción

Ingresa por afasia transcortical sensitiva objetivando en estudios diagnósticos: ECG con fibrilación auricular (FA) a 100 lpm y RNM con leucoencefalopatía arteriosclerótica subcortical y lesiones microhemorrágicas cerebrales corticales y subcorticales (MHC).

Durante el ingreso presenta infección del tracto urinario, delirium hiperactivo y deterioro cognitivo leve de perfil amnésico (DCL). Asimismo, se diagnostica de angiopatía amiloide cerebral (AAC).

La paciente evoluciona favorablemente. Tras valorar riesgos cardioembólico y hemorrágico (CHA₂DS₂-VASc=4, HAS-BLED=4), se decide iniciar tratamiento con anticoagulante oral de acción directa (ACOD) y se suspende antiagregación.

Interés

Se presenta un caso de una paciente con FA, fragilidad cognitiva y AAC.

La fragilidad cognitiva es una entidad que cursa con reducción del rendimiento del sistema nervioso central, por pérdida de neuronas y conexiones neuronales secundarios a un estado proinflamatorio y oxidativo a nivel celular. Puede favorecer la evolución de un DCL a una demencia, especialmente en pacientes con FA.

Se han descrito varios mecanismos fisiopatológicos implicados en el aumento del riesgo de demencia en pacientes con FA, entre los que destacan: la existencia de un estado inflamatorio, proagregante y procoagulante, la patología cerebrovascular de pequeño vaso y la reducción de la perfusión cerebral a nivel de los lóbulos temporales que favorece la AAC, caracterizada por acumulación de péptidos beta-amiloides en arteriolas, necrosis fibrinoide y MHC.

La coexistencia de FA, AAC y fragilidad cognitiva confieren un elevado riesgo isquémico-hemorrágico y de desarrollo de demencia. En su manejo, los ACODs se han posicionado como la primera opción terapéutica, al disminuir el riesgo de sangrado y el desarrollo de demencia.

CASO 10

**PACIENTE ANCIANO CON COMORBILIDADES Y FIBRILACIÓN AURICULAR.
ANTICOAGULACIÓN EN PACIENTE DE EDAD AVANZADA Y EPISODIO DE FIBRILACIÓN AURICULAR EN EL
CONTEXTO DE SÍNDROME CORONARIO AGUDO.**

Andrea Aparicio Gavilanes¹; Ana Ayesta López²; David Ledesma Oloriz³; Javier Martínez Díaz⁴; Javier Cuevas Pérez⁵; Alejandro Junco Vicente⁶

1. Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo; 2. Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo; 3. Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo; 4. Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo; 5. Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo; 6. Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo

Antecedentes

Paciente varón de 83 años, hipertenso y dislipémico, no fumador y sin historia cardiológica previa. Como antecedente no cardiológico de interés, ictus lacunar a tratamiento con ácido acetil salicílico.

Descripción

Acude al servicio de Urgencias por episodio de dolor centrotorácico opresivo, que comenzó en reposo, asociado a disnea. En las pruebas complementarias se objetiva elevación de troponina, y descenso del segmento ST de V₄ a V₆ en el electrocardiograma. A la exploración, crepitantes pulmonares bibasales, sin edemas en miembros inferiores ni ingurgitación yugular, hemodinámicamente estable y sin compromiso respiratorio.

Ingresa en Cardiología bajo diagnóstico de infarto agudo de miocardio sin elevación del segmento ST (SCASEST) de alto riesgo, en situación Killip-Kimball (KK) II.

En este contexto, en la monitorización se objetiva fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida que revierte a ritmo sinusal tras perfusión de amiodarona.

En la coronariografía se objetiva enfermedad coronaria de tres vasos (arteria descendente anterior media ocluída de forma crónica, lesión severa a nivel de arteria circunfleja que impresiona de culpable del evento agudo y arteria coronaria derecha ocluída de forma crónica). Se realiza angioplastia e implante de dos stents farmacoactivos a nivel de la arteria descendente anterior y otros dos a nivel de la arteria circunfleja.

En el ecocardiograma transtorácico se objetiva trombo apical, así como disfunción ventricular moderada.

Interés

Se trata de un paciente de edad avanzada sin historia cardiológica previa que ingresa en Cardiología por SCASEST. En este contexto, se objetiva episodio de fibrilación auricular, que se interpreta como reactivo a la isquemia miocárdica, por lo que inicialmente no sería un paciente candidato a triple terapia antitrombótica al alta. Sin embargo, se objetiva trombo apical en el ecocardiograma, por lo que, finalmente, el paciente es dado de alta con doble antiagregación y anticoagulación mediante anti-vitamina K.

CASO 11

TÍTULO: FIBRILACIÓN AURICULAR EN PACIENTE NONAGENARIO... ¡SOCORRO!

Elena Murciano Marqués¹; Paula Murciano Marqués²; Cristina Buisan Esporrín¹; Daniel Meseguer González¹; Pablo Revilla Martí¹

1. Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" - Zaragoza 2. Hospital Universitario "Son Espases" – Palma de Mallorca

A continuación, se expone un caso clínico que refleja la realidad de la práctica clínica habitual, donde cada vez los pacientes nonagenarios son más frecuentes.

Antecedentes

Varón de 94 años, parcialmente dependiente (Barthel:55) con deterioro cognitivo moderado (Pfeiffer:5) y que deambula con ayuda de un bastón. Antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus, fibrilación auricular permanente anticoagulado con acenocumarol, enfermedad renal crónica estadio IIIB, accidente isquémico transitorio e hipertrofia prostática portando sonda urinaria permanente.

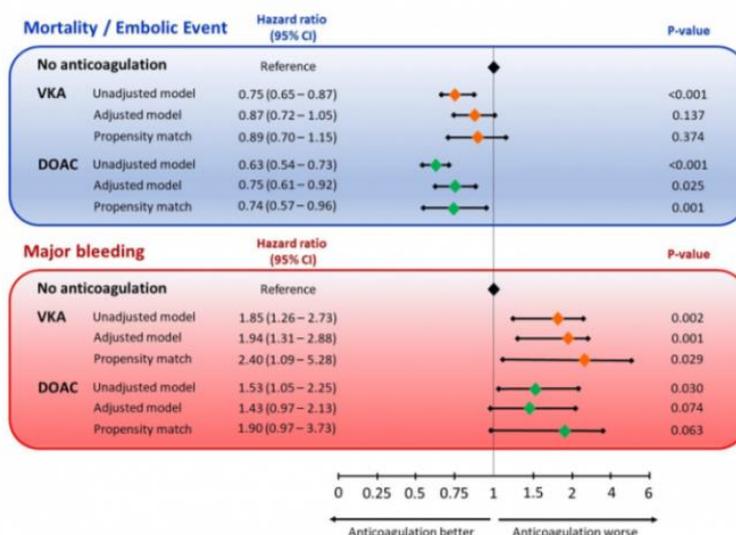
Descripción

Remitido para valoración por hematuria macroscópica sin anemia en el contexto de INR supratrapéutico (5). En urgencias presenta un episodio de dolor centrotorácico con cortejo vegetativo, sin soplos, destacando crepitantes bibasales y evidencia electrocardiográfica de isquemia subepicárdica lateral con elevación de TnT hasta 135 ng/l.

Se realiza un ecocardiograma transtorácico que muestra una función ventricular izquierda conservada con hipocinesia severa inferior basal y media. Con diagnóstico de IAMSEST Killip II (GRACE 194 y CRUSADE 54), ante la edad y comorbilidades se consensua un manejo conservador.

Durante el último año presenta una anticoagulación deficiente (TRT<60%) asociado a varios episodios de hematuria. Con CHA₂DS₂-VASC 8 y HASBLED 4 y a pesar de los sangrados se decide continuar con anticoagulación en monoterapia modificando la pauta a rivaroxabán 15mg/d sin nuevos episodios isquémicos, embólicos o hemorrágicos desde entonces.

La prevalencia de la fibrilación auricular aumenta progresivamente con la edad, siendo los pacientes más mayores los que acumulan más riesgo de eventos adversos entre ellos tromboembólicos, con las implicaciones pronósticas que ello conlleva. Sin embargo, estos pacientes han sido excluidos de los ensayos clínicos haciendo más difícil la toma de decisión en la práctica clínica y tienen menos probabilidades de recibir anticoagulación. Aunque existe evidencia limitada en la población mayor de 90 años, estudios recientes tienden a indicar que los ACOD (no así los AVK) se asocian con una reducción significativa de mortalidad y eventos embólicos en comparación con la no anticoagulación, aumentando el riesgo de sangrado, siendo necesarios más estudios para confirmarlo.



Seguridad y eficacia de la anticoagulación oral en pacientes nonagenarios con FA no valvular.

Bibliografía:

1. *Domínguez LM, Cobas RJ, Rodríguez DA, et al. Anticoagulación con antagonistas de la vitamina k y anticoagulantes orales directos en pacientes nonagenarios con fibrilación auricular no valvular. Rev Esp Cardiol. 2019;72(Supl 1):367.*
2. *Kato ET, Goto S, Giugliano RP. Overview of oral antithrombotic treatment in elderly patients with atrial fibrillation. Ageing Res Rev. 2019;49:115-124.*
3. *Hanon O, Jeandel C, Jouanny P, et al. Anticoagulant treatment in elderly patients with atrial fibrillation: position paper. Traitement par anticoagulants chez les patients atteints de fibrillation atriale : un consensus. Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil. 2019;17(4):341-355.*
4. *Hirschl M, Kundi M. Safety and efficacy of direct acting oral anticoagulants and vitamin K antagonists in nonvalvular atrial fibrillation - a network meta-analysis of real-world data. Vasa. 2019;48(2):134-147. doi:10.1024/0301-1526.*
5. *Sardar P, Chatterjee S, Chaudhari S, et al. New oral anticoagulants in elderly adults: evidence from a meta-an*

CASO 12

FIBRILACIÓN AURICULAR EN UNA PACIENTE ANCIANA CON COVID

Mario Galván Ruiz¹, Miguel Fernández de Sanmamed¹, Marta Blanco Nuez¹, Manjot Singh¹, David Ortiz López², Heleia González Cuervo³

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria.

1. Servicio de Cardiología del Hospital Dr. Negrín. **2.** Servicio de Cirugía General del Hospital Dr. Negrín. **3.** Servicio de Alergología del Hospital Dr. Negrín

Casos COVID con FA peri – infección: Mujer de 90 años con antecedentes de DM, HTA, ERC - IIIA y FA permanente (CHA₂DS₂- VASc 5 y HAS-BLED 2), FEVI conservada, estenosis aórtica moderada, insuficiencia mitral ligera y dilatación biauricular.

La paciente es dependiente para las actividades básicas de la vida diaria (índice de Barthel 15), con funciones superiores conservadas. Su tratamiento domiciliario: Metformina, Bisoprolol, Amlodipino/Valsartan, Rivaroxaban 15 mg.

Acude a urgencias por disnea, tos seca y sensación distérmica. Su cuidadora tiene síntomas pseudogripales con tos seca. A la EF se encuentra T^a 37.7°C, taquipnea, SatO₂ del 92% a aire ambiente, PA 136/77 mmHg, tonos arrítmicos con soplo aórtico y roncus dispersos.

Respecto a las pruebas complementarias destaca:

- Analíticamente: Cr 1.06 mg/dl (FG 48 ml/min), iones y enzimas hepáticas. PCR 70,6 mg/L, CK 66, TropT 39 ng/L, Ferritina 254 ng/mL. Hb 12.3 g/dl. Leucocitos 5,69 x 10³ (linfocitos 1,38 x 10³ (24,3%). Dímero D 0.17, IQ 71%.
- ECG: FA a 80 lpm, QRS estrecho, no alteraciones del ST.T
- GA: pH 7.42, pO₂ 68, pCO₂ 43.9, HCO₃ 28.8.
- Radiografía de tórax: cardiomegalia sin infiltrados ni condensaciones.
- Hemocultivos: Negativos.
- PCR del SARS – COV 2 positiva.

Dado su edad y pluripatología, se decidió ingreso hospitalario, presentando en su evolución una infección respiratoria que precisó tratamiento antibiótico y oxigenoterapia. Se mantuvo anticoagulada con Rivaroxaban sin anemización ni deterioro de la función renal, siendo dada de alta a los diez días sin complicaciones adicionales.

Destacamos el perfil de seguridad de los ACOD en una mujer nonagenaria, con dependencia grave e infección por SARS – COV₂, patología con gran mortalidad en los pacientes añosos. Los pacientes ancianos y pluripatológicos suponen un reto a la hora de decidir anticoagulación y si muchos sobreviven al COVID, ¿por qué no protegerlos de la trombosis con fármacos seguros y eficaces como los ACOD?

ANEXO 1: ABREVIATURAS

- DM = diabetes mellitus
- HTA = hipertensión arterial
- FA = fibrilación auricular
- FEVI = fracción de eyección del ventrículo izquierdo
- EF = exploración física
- PA = presión arterial
- Cr = creatinina
- FG = filtrado glomerular
- CK = creatin quinasa
- TropT = troponina T
- Hb = hemoglobina
- IQ = índice de Quick
- GA = gasometría arterial
- ACOD = anticoagulantes orales de acción directa

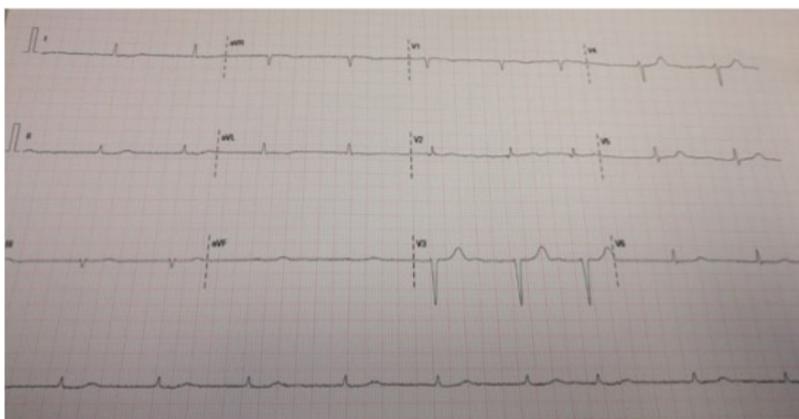
Y CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS DE ANTICOAGULACIÓN

| Índice de Barthel de actividades básicas de la vida diaria | |
|--|--|
| Comida | Necesita ayuda para cortar la carne o el pan, pero es capaz de comer sólo. |
| Lavarse (baño) | Dependiente. Necesita algún tipo de ayuda o supervisión. |
| Vestido | Dependiente. Necesita ayuda |
| Arreglarse | Dependiente. Necesita alguna ayuda |
| Deposición | Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios. |
| Micción | Incontinente. Más de un episodio en 24 horas |
| Uso del retrete | Dependiente. Incapaz de acceder al cuarto de baño o de utilizarlo sin ayuda mayor. |
| Trasladarse | Dependiente. Necesita una grúa o el alzamiento por dos personas. Es incapaz de permanecer sentado. |
| Deambulación | Independiente en silla de ruedas. No requiere ayuda ni supervisión. |
| Escaleras | Dependiente. Es incapaz de salvar escalones. |
| Puntuación 15: Grado de dependencia total. | |

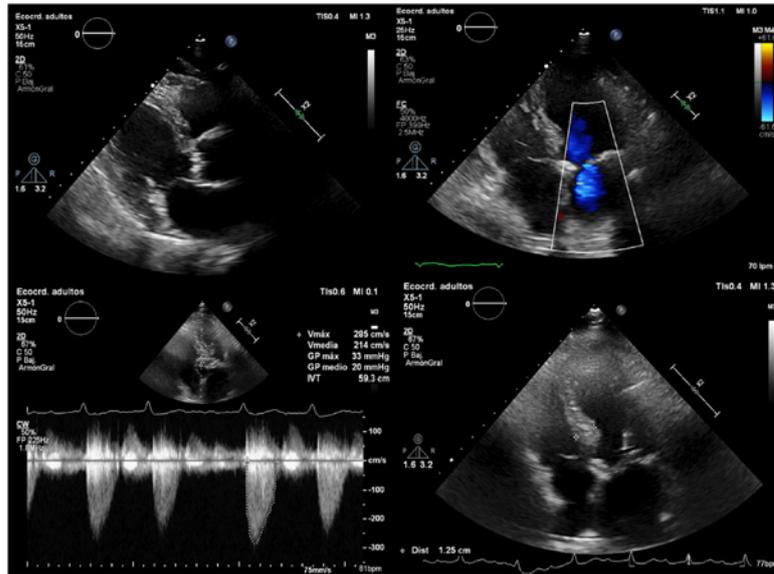
ANEXO 2: ESCALADA DE DEPENDENCIA PARA LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA.



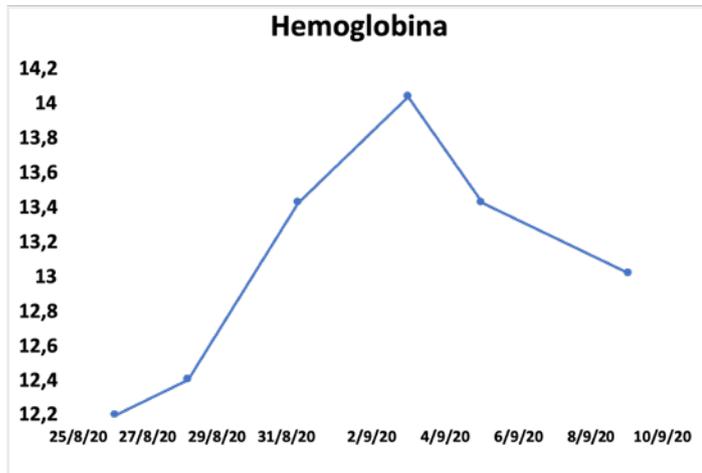
ANEXO 3: RADIOGRAFÍA DE TÓRAX PORTAL. CARDIOMEGALIA, SIN INFILTRADOS NI CONDENSACIONES.



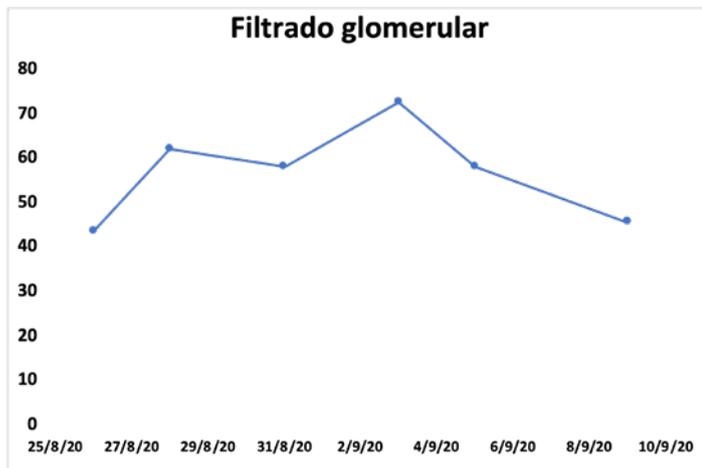
ANEXO 4: ECG: FA A 60 LPM, QRS ESTRECHO, NO ALTERACIONES DEL ST. T



ANEXO 5: ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO. FEVI CONSERVADA CON HIPERTROFIA, ESTENOSIS AÓRTICA MODERADA, INSUFICIENCIA MITRAL LIGERA Y DILATACIÓN BIAURICULAR.



ANEXO 6: EVOLUCIÓN HEMOGLOBINA DURANTE EL INGRESO HOSPITALARIO.



ANEXO 7: EVOLUCIÓN DEL FILTRADO GLOMERULAR DURANTE EL INGRESO HOSPITALARIO.

CASO 13

FIBRILACIÓN AURICULAR Y DEMENCIA AVANZADA

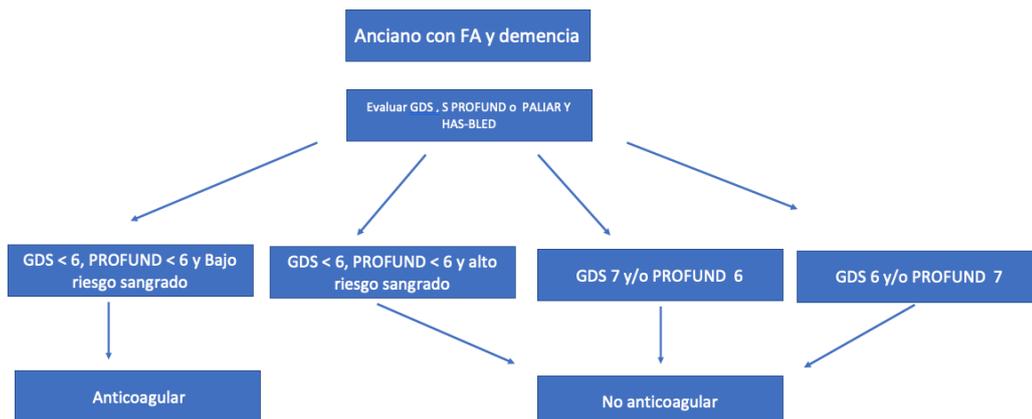
J. Alejandro Castro-Rodríguez^{1,2,3}; Diego Alejandro Medina-Morales^{1,2,4}

1. Hospital Santa Mónica, Dosquebradas, Risaralda, Colombia; 2. Universidad Tecnológica de Pereira, Pereira, Risaralda, Colombia; 3. Clínica Los Rosales, Pereira, Risaralda, Colombia; 4. Hospital Universitario San Jorge, Pereira, Risaralda, Colombia

Presentación de caso-Categoría: Paciente con síndrome geriátrico y fibrilación auricular

Varón de 80 años, hipertenso, diabético, con insuficiencia cardiaca estadio C (ICC), disnea NYHA II, fibrilación auricular permanente (FA), ictus, EPOC y demencia de etiología múltiple. En los últimos 12 meses llegó a un deterioro global (GDS) 6, no ha sufrido caídas, tiene cuidador y se contabilizan más de 10 medicamentos incluyendo un anticoagulante directo. CHA₂-DS₂-VASc: 7 (14%), HAS-BLED 2, Barthel 50/100, I Charlson 12 puntos (sin sobrevida a 10 años), S PROFUND 7 (fallecimiento anual 45%, 85% a 2 años), I PALIAR 0 (fallecimiento a 6 meses 20%).

La FA afecta al 17,7% de los ≥80 años, asociándose a embolia cerebral e ICC. El riesgo de complicaciones se reduce con la anticoagulación oral (ACO), se emplea la escala CHA₂DS₂-VASc al comenzar un ACO, sin embargo la demencia ha contraindicado su uso, no es claro en qué estadio demencial se pierde el beneficio o si una escala pronóstica de sobrevida pudiese guiar la terapia. Un estudio publicado en paciente de 85 o más años incluyendo demencia moderada- severa tratados con ACO, demostró menor embolia pero más sangrado con beneficio real en pacientes sin demencia; otro reporte incluyó 4% de pacientes con demencia, encontrando que el riesgo de muerte por todas las causas fue tres veces mayor si no se anticoagulaban. Se abre el debate: ¿no se anticoagula un anciano menor de 85 años con GDS bajo?, -tal vez sí-. ¿se suspende en qué GDS, 6 o 7?, tal vez al discapacitarse completamente (GDS7), ¿se debe suspender en mayores de 85 años con un GDS 4 o superior? -cuestionable-. El GDS asociado a las escalas de sobrevida (PROFUND- PALIAR), pudiesen precisar los pacientes polimorbidos que se benefician de ACO o de terapia paliativa. En todo caso, modular la polifarmacia en demencia avanzada es determinante, dada su asociación con la reducción en la sobrevida.



- El beneficio de anticoagular al paciente con demencia es evitar anticipar la discapacidad severa y catastrófica propia de la demencia, con impacto en el manejo de cuidados por la familia el cuidador y calidad de vida del paciente.

ANEXO: TABLA DE CREACIÓN PROPIA

Referencias bibliográficas

1. Colloca G, Bernabei R, Topinkova E, Onder G. Inappropriate drug use in advanced dementia. *JAMA Intern Med.* 2015;175(2):315. doi:10.1001/jamainternmed.2014.7026
2. Viscogliosi G, Ettorre E, Chiriack IM. Dementia correlates with anticoagulation underuse in older patients with atrial fibrillation. *Arch Gerontol Geriatr.* 2017;72:108-112. doi:10.1016/j.archger.2017.05.014
3. Fernández Domínguez MJ, Hernández Gómez MA, Garrido Barral A, González Moneo MJ. Haciendo equilibrios entre los riesgos y beneficios del tratamiento farmacológico en demencia, dolor crónico y anticoagulación en personas mayores [Making balances between the risks and benefits of pharmacological treatment in dementia, chronic pain and anticoagulation in elderly persons]. *Aten Primaria.* 2018;50 Suppl 2(Suppl 2):39-50. doi:10.1016/j.aprim.2018.09.003
4. Mongkhon P, Alwafi H, Fanning L, et al. Patterns and factors influencing oral anticoagulant prescription in people with atrial fibrillation and dementia: Results from UK primary care [published online ahead of print, 2020 Jul 8]. *Br J Clin Pharmacol.* 2020;10.1111/bcp.14464. doi:10.1111/bcp.14464
5. Hukins D, Macleod U, Boland JW. Identifying potentially inappropriate prescribing in older people with dementia: a systematic review. *Eur J Clin Pharmacol.* 2019;75(4):467-481. doi:10.1007/s00228-018-02612-x
6. Cobas Paz R, Raposeiras Roubín S, Abu Assi E, et al. Impact of anticoagulation in patients with dementia and atrial fibrillation. Results of the CardioCHU-VI-FA registry [published online ahead of print, 2020 Feb 17]. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed).* 2020;S1885-5857(20)30001-3. doi:10.1016/j.rec.2019.10.025
7. Tjia J, Briesacher BA, Peterson D, Liu Q, Andrade SE, Mitchell SL. Use of medications of questionable benefit in advanced dementia [published correction appears in *JAMA Intern Med.* 2014 Dec;174(12):2037]. *JAMA Intern Med.* 2014;174(11):1763-1771. doi:10.1001/jamainternmed.2014.4103
8. Fanning L, Ryan-Atwood TE, Bell JS, et al. Prevalence, Safety, and Effectiveness of Oral Anticoagulant Use in People with and without Dementia or Cognitive Impairment: A Systematic Review and Meta-Analysis [published correction appears in *J Alzheimers Dis.* 2019;71(4):1375-1378]. *J Alzheimers Dis.* 2018;65(2):489-517. doi:10.3233/JAD-180219
9. Disalvo D, Luckett T, Agar M, Bennett A, Davidson PM. Systems to identify potentially inappropriate prescribing in people with advanced dementia: a systematic review. *BMC Geriatr.* 2016;16:114. Published 2016 May 3

CASO 14

SHOCK CARDIOGENICO TRAS DEBUT DE FIBRILACIÓN AURICULAR DURANTE INTERVENCIONISMO CORONARIO

Francisco Javier Tomás Simón, Alfonso Freitas Esteves, Sonia Sánchez Munuera, María José Moreno García, Pilar Carrillo Sáez, Pilar Zuazola Martínez
Hospital Universitario San Juan de Alicante

Antecedentes

Varón de 83 años sin alergias medicamentosas conocidas ni factores de riesgo cardiovascular. Independiente para ABVD. SMD crónico en seguimiento por hematología con transfusiones periódicas.

Valorado en CCEE de cardiología en agosto de 2020 por angina refractaria durante las transfusiones a pesar de tratamiento médico. En ETT se observa HVI concéntrica moderada con FEVI severamente deprimida, Estenosis aórtica severa y alteraciones segmentarias de la contractilidad del septo anterior medio-basal y segmento antero-lateral medio, por lo que ante los hallazgos se solicita estudio ambulatorio con coronariografía ambulatoria para filiar origen de la disfunción ventricular.

Descripción

Enfermedad actual: Acude para realización de coronariografía donde se observa lesión severa en el ostium de la circunfleja y lesión severa del tercio distal de la coronaria derecha, en vaso severamente calcificado, por lo que se realiza ACTP de la lesión de Cx con implante de stent farmacoactivo dejando la lesión de la coronaria derecha para tratamiento médico. Durante el procedimiento el paciente presenta FA con respuesta ventricular rápida con mala tolerancia hemodinámica y EAP, por lo que se decide ingreso en planta de cardiología.

Exploración física: REG, taquipneico con signos de mala perfusión distal. Auscultación cardíaca: tonos cardíacos arrítmicos con soplo eyectivo 3/6 en foco aórtico que borra segundo ruido. Ingurgitación yugular. Auscultación respiratoria: crepitantes hasta campos medios. Edemas en ambas extremidades inferiores hasta rodillas.

Evolución: A su ingreso en planta de cardiología el paciente presenta situación de shock cardiogénico que requiere tratamiento inotrópico. Se inicia tratamiento con doble terapia antitrombótica con AAS + Clopidogrel debido al implante del stent y Apixabán por la FA de debut junto con tratamiento deplectivo intravenoso intensivo.

Interés

Siguiendo las indicaciones del estudio AUGUSTUS, ante un paciente con alto riesgo hemorrágico, con alto riesgo isquémico, al alta se suspende el AAS del tratamiento por alto riesgo hemorrágico.



FIGURA 1. LESIÓN SEVERA EN CX OSTIAL.



FIGURA 2. RX DE TÓRAX AP AL INGRESO EN PLANTA.

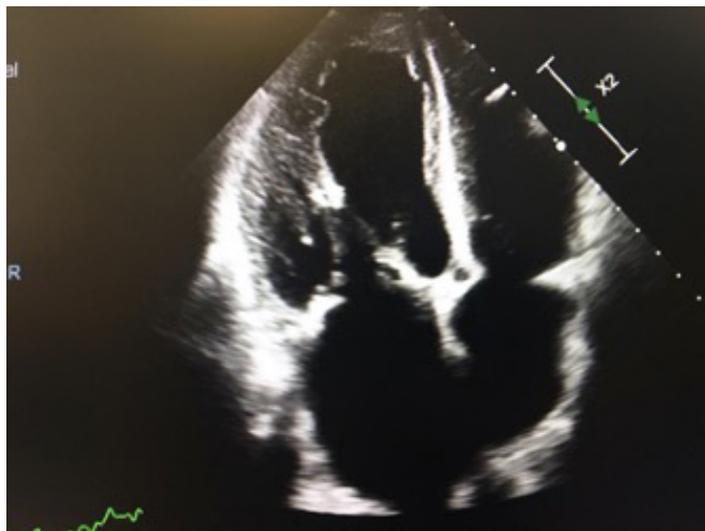


FIGURA 3. PROYECCIÓN 4 CÁMARA DONDE SE OBSERVA HIPERTROFIA VENTRICULAR MODERADA.

CASO 15

ANTICOAGULACIÓN EN PACIENTE ANCIANO CON LABILIDAD DE INR Y SANGRADO EN EL CONTEXTO DE UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO

David Ledesma Oloriz; Laura García Pérez; Javier Martínez Díaz; Andrea Aparicio Gavilanes; Yvan Persia; Miguel Soroa Ortuño

Cardiología Hospital Universitario Central de Asturias

Antecedentes

Paciente varón de 80 años con los siguientes factores de riesgo cardiovascular: Hipertensión, DM tipo 2 y dislipemia. Antecedentes de cardiopatía isquémica con debut en 2004 por IAMSEST con coronariografía en la que se visualizó enfermedad de 3 vasos (Coronaria derecha, Descendente anterior y primera obtusa marginal) que fue parcialmente revascularizada (stent a Coronaria derecha). Fibrilación auricular permanente desde 2014 anticoagulada con sintrom. Leucemia linfática crónica estadio A de Binet a seguimiento por Hematología sin tratamiento activo. No otros antecedentes de interés.

Descripción

El paciente acude a urgencias de nuestro centro por episodio de dolor centrotorácico en reposo mientras dormía que mejoró con una cafinitrina. En la analítica destaca troponina ultrasensilbe en meseta de 54 e INR fuera de rango de 4,83. Se ingresa con el diagnóstico de SCASEST tipo IAM no Q y se pauta tratamiento con doble antiagregación sin añadir heparinas.

Durante el ingreso, previo a la realización de la coronariografía, el paciente sufre episodio de hemoptisis autolimitado, sin anemización ni compromiso hemodinámico. Posteriormente se realizó coronariografía donde se observa enfermedad de 3 vasos con restenosis de stent en coronaria derecha y anatomía compleja por lo que finalmente tan solo se implantó stent en la lesión de la Descendente anterior.

Interés

En resumen se trata de un paciente de alto riesgo hemorrágico, con cinco puntos en la escala HASBLED, con INR lábil y clínica de sangrado activo reciente, pero que, al mismo tiempo, tiene también un alto riesgo trombótico y necesidad de triple terapia con doble antiagregación debido a implantación de stent reciente y anticoagulación a dosis terapéutica para profilaxis tromboembólica. Se decidió junto con Hematología dado el antecedente de LLC tratamiento con antiagregación simple con Clopidogrel durante 1 año y anticoagulación de por vida con Dabigatrán 110 mg cada 12 horas.

CASO 16

UNA COMPLICACIÓN INESPERADA

Roberto Gómez Sánchez¹, Pilar Roquero Giménez², Gracia Villareal Paúl¹, Eduardo Zatarain Nicolás¹, Francisco Fernández-Avilés¹

1. Hospital General Universitario Gregorio Marañón (Madrid); 2. Hospital Universitario La Princesa (Madrid)

Categoría 2: Paciente anciano con comorbilidades y fibrilación auricular.

Antecedentes

Varón de 82 años, frágil, hipertenso, diabético, dislipémico y exfumador. Fibrilación auricular permanente anticoagulada con acenocumarol y marcapasos VVIR por bloqueo auriculoventricular. Comorbilidades: insuficiencia cardiaca con FEVI preservada, enfermedad renal crónica con FGe 25 ml/min, arteriopatía periférica intervenida con infección protésica crónica y cáncer de recto en remisión.

Descripción

Reingreso precoz tras implante de marcapasos debido a anemia sin exteriorización que obligó a suspender acenocumarol y transfundir. En TC toraco-abdomino-pélvico (imagen 1), se observó hematoma intratorácico y hemotórax tras toracocentesis, por lo que se colocó drenaje con tubo de tórax (imagen 2). Buena evolución posterior con mejoría de derrame y estabilización de hematoma en controles radiológicos seriados (imagen 3). Con estabilización de cifras de hemoglobina, se inició enoxaparina ajustada a función renal con la que sufrió una dermatosis ampollosa hemorrágica, por lo que se sustituyó por fondaparinux. Persistencia de anemia significativa que precisó nuevas transfusiones sin objetivar sangrado activo (panendoscopia digestiva sin sangrado activo ni evidencia de aumento del hematoma/hemotórax). A pesar de la anemia continua en un paciente de muy alto riesgo isquémico (CHA₂DS₂-VASc 6), se decidió nuevo intento de anticoagulación con apixabán a dosis ajustadas a su edad y función renal (2,5 mg/12 horas) manteniendo hemoglobina estable en el seguimiento.

Interés

Una elevada proporción de pacientes con FA son mayores. Las actuales recomendaciones subrayan la importancia de una correcta anticoagulación oral en el pronóstico de estos pacientes, siendo los anticoagulantes de acción directa (ACOD) los fármacos de elección dado su perfil de seguridad y eficacia en comparación con los fármacos antivitaminas K (AVK), así como su beneficio clínico. Adicionalmente, deben pautarse las dosis de ACOD que han demostrado eficacia y se recomienda la realización de una valoración geriátrica como elemento de ayuda para identificar aquellos pacientes mayores que se benefician de la anticoagulación. En nuestro caso, además, se optó por el cambio a ACOD al haber existido una complicación hemorrágica previa con AVK.



IMAGEN 1: TC DE TÓRAX SIN CONTRASTE CON IMAGEN COMPATIBLE CON HEMATOMA INTRATORÁCICO APICAL IZQUIERDO.

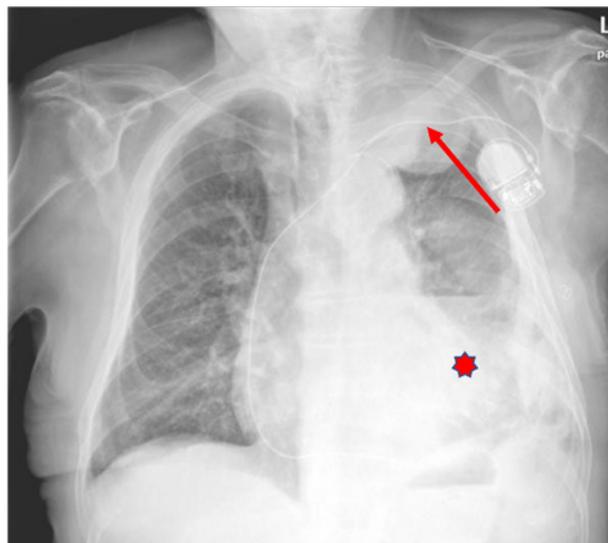


IMAGEN 2: RADIOGRAFÍA DE TÓRAX CON IMAGEN DE HIDRONEUMOTÓRAX (ASTERISCO) Y HEMATOMA APICAL (FLECHA) TRAS RETIRADA DE TUBO DE TÓRAX POR MEJORÍA DEL DERRAME FLECHA/ASTERISCO



IMAGEN 3: CONTROL RADIOGRÁFICO CON RESOLUCIÓN DEL DERRAME PLEURAL Y DISMINUCIÓN DEL HEMATOMA.

Bibliografía: Bo M, Marchionni N. Practical use of Direct Oral Anti coagulants (DOACs) in the older persons with atrial fibrillation. Eur J Intern Med; 71:32-38. Roldán I et al. Security profile of direct anticoagulants. Preferred use in atrial fibrillation. Clínica e Investigación en Arteriosclerosis; 31 (6): 263-270.

CASO 17

PACIENTE CON SÍNDROMES GERIÁTRICOS Y FIBRILACIÓN AURICULAR. TROMBOSIS DE DISPOSITIVO DE CIERRE DE OREJUELA EN PACIENTE CON MÚLTIPLES COMORBILIDADES

Montilla Garrido Miguel A., Lluch Requerey Carmen, Roa Garrido Jessica, López Aguilar José Raúl, Díaz Fernández José Francisco

Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva

Antecedentes

Mujer 67 años. No alergias medicamentosas ni tóxicos. DM2, HTA, DLP. Obesidad. Adenocarcinoma de Endometrio en remisión. Último TC-abdomen/pelvis: Sin signos de recidiva. Cardiopatía hipertensiva. FA anticoagulada con Rivaroxaban.

Descripción

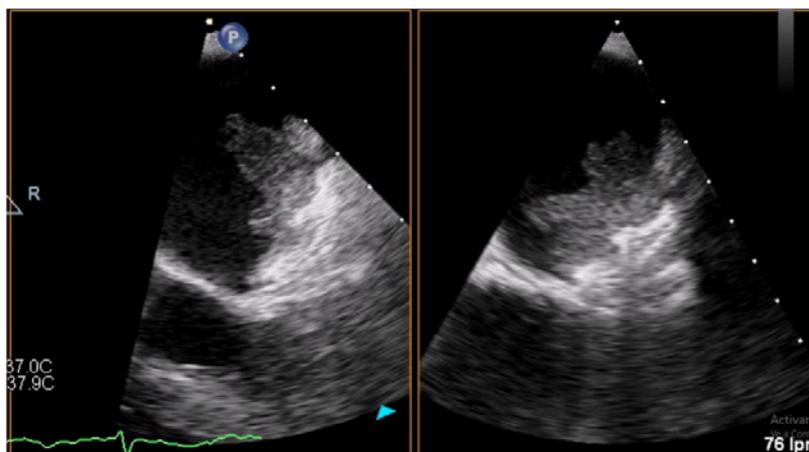
Ingreso en A. Digestivo por Hemorragia digestiva baja con anemia grave. Cambio por Apixaban al alta y se decide cierre de orejuela. Ingreso para Cierre de Orejuela. Episodio de parestesias autolimitado el día del ingreso. Se inserta dispositivo Amulet. Al alta doble anti agregación

Un mes después de colocación de dispositivo, ingresa por Ictus isquémico, se realiza Ecocardiograma-Traneseofágico(ETE) objetivándose trombosis precoz de dispositivo de Cierre de Orejuela izquierda. Se inicia anticoagulación con HPBM induciéndose plaquetopenia con anticuerpos antiplaquetarios positivos, se cambia tratamiento a Fondaparinux. Complicaciones posteriores: melenas por proctosigmoiditis actínica con necesidad de transfusión ,tromboembolismo pulmonar bilateral que requiere inicio de Acenocumarol. Al alta sin melenas(autolimitadas) y niveles aceptables de hemoglobina, anticoagulada con Acenocumarol. En ETE de control al mes en el que se objetiva resolución del trombo.

Interés

El dispositivo del cierre de Orejuela izquierda es una herramienta terapéutica novedosa en los últimos años para aquellos pacientes con FA con contraindicaciones absolutas para la anticoagulación. Una de las posibles complicaciones de estos dispositivos es la trombosis. En la literatura actual se describe una incidencia de 3.7% de trombosis con alto riesgo de embolismo. Se encuentran en estudio factores que pueden incrementar este fenómeno (Al dilatada, episodios previos de trombosis, implantación profunda del dispositivo).

La trombosis de Dispositivo de cierre de Orejuela es una complicación poco común pero asociada con un alto riesgo embólico por lo que debe ser tratada con anticoagulación urgentemente.



CASO 18

TRIPLE TERAPIA ANTITROMBÓTICA EN PACIENTE CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO Y FIBRILACIÓN AURICULAR. PACIENTE DE MUY ALTO RIESGO ISQUÉMICO, PERO DE EDAD MUY AVANZADA

Javier Martínez Díaz, José Rozado Castaño, Andrea Aparicio Gavilanes, David Ledesma Oloriz, Rodrigo Fernández Asensio, Noemí Barja González

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo

Antecedentes

Mujer de 85 años, con HTA y Dislipemia como únicos factores de riesgo cardiovascular. Antecedente cardiológico de flutter auricular atípico paroxístico anticoagulado con apixabán.

Descripción

La paciente acude a Urgencias de nuestro centro por dos episodios de opresión centrotorácica de características típicas en reposo y de 1 hora de duración. En la analítica destaca elevación de marcadores de daño miocárdico con curva isquémica (TnT 74->65 y Ck 336->289), y en el ECG se aprecia aplanamiento del segmento ST con T negativas en V4-V6. Ingresa con diagnóstico de Síndrome Coronario Agudo sin Elevación de segmento ST tipo IAM, iniciándose doble antiagregación con AAS y clopidogrel, junto con cambio de anticoagulación a heparinas de bajo peso molecular a dosis de mg/kg/12 horas.

Se realiza ETT, con FEVI conservada sin alteraciones de contractilidad y coronariografía, que evidencia estenosis del 90% en arteria circunfleja como única lesión significativa (Figura 1), procediéndose a revascularización percutánea e implante de stent farmacoactivo en porción proximal de arteria circunfleja.

Interés

Se trata por tanto de una paciente de 85 años con alto riesgo trombótico y necesidad de anticoagulación por antecedente de flutter auricular atípico y también de antiagregación por SCASEST tipo IAM. No obstante, su riesgo hemorrágico calculado por la escala HAS-BLED es de 4 y por PRECISE-DAPT de 27, compatibles ambos resultados con alto riesgo hemorrágico. En ese contexto, se decide, en base a resultados de estudio AUGUSTUS, alta con triple terapia antitrombótica desescalando la misma de la siguiente manera: al completar 2 semanas desde el inicio de la triple terapia suspender AAS 100 mg. Posteriormente se mantendrá con doble terapia durante 12 meses, suspendiéndose en ese momento clopidogrel; manteniendo como tratamiento crónico la anticoagulación con apixabán. Destacar que, en este ingreso, se evidenció deterioro de función renal respecto a sus basales, lo cual junto con su edad, 85 años, y su peso (57) obligó a modificar la dosis de apixabán a 2,5 mg/12 horas.

CASO 19**“TODO ESTO TE DARÉ... A LOS 83”**

Miguel Soroa Ortuño, Noemí Barja González, Alejandro Junco Vicente, Javier Cuevas Pérez, Marcel Gabriel Almendarez Lacayo, Esmeralda Capín Sampredro.

Hospital Central Universitario de Asturias (HUCA), Oviedo

Antecedentes

Varón de 83 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y dislipemia. Además, presenta una enfermedad renal crónica con filtrado glomerular de 40 mL/min, un ictus sin secuelas y una isquemia de miembros inferiores que precisó amputación supracondilea a nivel del miembro inferior derecho en 2018. A pesar de ello, el paciente vive solo y con ayuda de una prótesis y muletas realiza vida activa e independiente. No presenta deterioro cognitivo. Como historia cardiológica presenta una fibrilación auricular paroxística anticoagulada con Rivaroxaban 15 mg al día y una estenosis aórtica moderada.

Descripción e Interés

El paciente acude a Urgencias por dolor en miembros superiores con cortejo vegetativo y disnea. Al a exploración está bien perfundido, con crepitantes y un soplo holosistólico aórtico con segundo ruido disminuido. En el ECG, ritmo sinusal y signos de isquemia aguda difusa con descenso generalizado del ST y ascenso en aVR y V1. En el ecocardiograma se evidencia una estenosis aórtica severa con un ventrículo izquierdo hipertrófico y una FEVI del 43% con hipocinesia más marcada inferolateral. En la coronariografía lesión severa de tronco coronario izquierdo (TCI), lesión crítica en circunfleja distal siendo este un vaso de escaso calibre y árbol coronario derecho con lesión severa en descendente posterior. Pico de Troponina T de 3384 ng/L. Se presenta en SMQ decidiéndose revascularización de TCI e implante de TAVI. Se realiza en un procedimiento, vía femoral derecha, sin complicaciones, siendo alta domiciliaria 5 días después. Respecto al tratamiento antitrombótico se pauta AAS 100 mg 3 meses, clopidogrel 75 mg durante 1 año y se mantiene rivaroxaban 15 mg indefinidamente. A pesar de la edad y las comorbilidades, el paciente era robusto y totalmente independiente, por lo que se optó por un manejo intervencionista con excelente resultado.

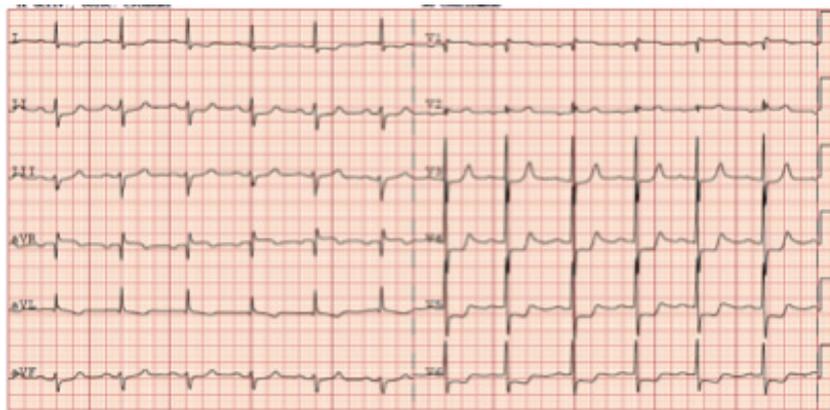


IMAGEN 1. ECG. RITMO SINUSAL A 75 LPM, QRS ESTRECHO CON EJE DESVIADO A LA IZQUIERDA, DESCENSO DEL ST DIFUSO CON ASCENSO EN AVR Y V1. QTC 475 MS.

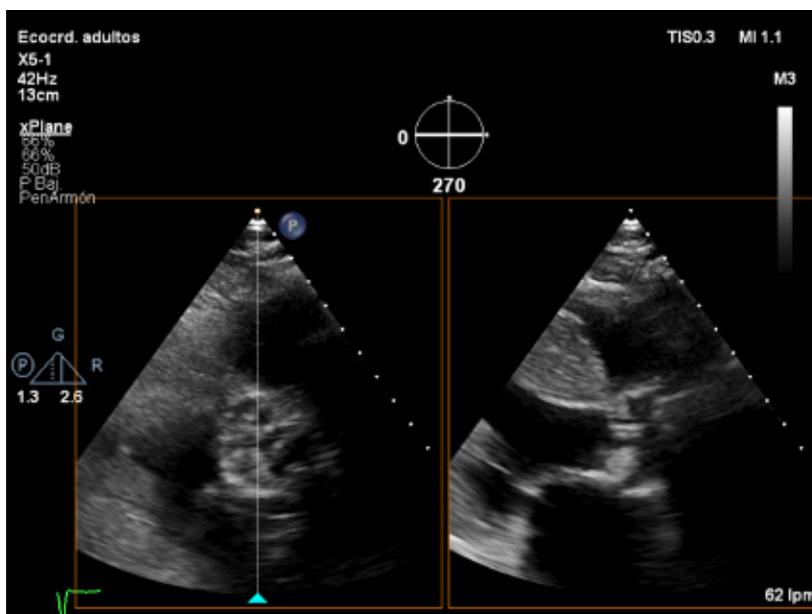


IMAGEN 2. ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO. XPLANE A NIVEL DEL EJE CORTO DE LA VÁLVULA AÓRTICA. SE APRECIA UNA VÁLVULA AÓRTICA ESTENÓTICA SEVERAMENTE CALCIFICADA.



**COMUNICACIONES
Y CASOS CLÍNICOS
GERIÁTRICA 2021**

COMUNICACIÓN 1

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN ANCIANA QUE INGRESA POR INSUFICIENCIA CARDIACA EN UNA UNIDAD DE AGUDOS DE GERIATRÍA

Patricia Victoria Cancelo Reyero, Laura Samaniego Vega, Aurea Álvarez Abella, Eva M^a López Álvarez, José Gutiérrez Rodríguez, Ana Sanz González

Área de Gestión Clínica de Geriatría del Hospital Monte Naranco – Oviedo

Objetivos

Conocer las características de la población anciana que ingresa por insuficiencia cardiaca en una unidad de agudos.

Método

Estudio epidemiológico longitudinal y prospectivo, con pacientes mayores de 85 años que ingresaron en una unidad de agudos de geriatría por insuficiencia cardiaca desde el 1 de abril al 30 de junio de 2021.

Variables de estudio

Edad; sexo; enfermedades más prevalentes; tipo de cardiopatía; NYHA, principales valores analíticos y tratamiento al ingreso; estancia hospitalaria y mortalidad hospitalaria.

Resultados

241 pacientes fueron incluidos (66% mujeres, edad media $90\pm 3,9$, el 23,7% estaba institucionalizado, IB previo $67,8\pm 29,4$).

Variables clínicas

DM tipo 2 29%, HTA 85,1%, dislipemia 44,8%, hiperuricemia 19,1%, patología tiroidea 19,9%, fibrilación auricular 62,7%, hipertensión pulmonar 13,7%, anemia 66,8%, EPOC 17,4%, SAHOS 2,9%, enfermedad renal crónica 62,2%, cáncer 21,2%, arteriopatía periférica 7,5%, Ictus 21,2%, demencia 17%, depresión 28,6%, NYHA II 14,5% y III 38,6% al ingreso. Cardiopatía: 23,2% hipertensiva, 23,7% isquémica y 20,7% valvular.

Tratamiento domiciliario

Diuréticos 82,2%, antialdosterónicos 12%, beta-bloqueantes 40,7%, inhibidores de la enzima convertidor de angiotensina 12%, antagonistas de receptores de angiotensina II 23,7%, sacubitrilo-valsartan 1,7%, digital 8,7%, amiodarona 2,1%, otros antiarrítmicos 1,2%, nitritos/vasodilatadores 18,3%, calcioantagonistas 14,1%, ivabradina 0,8%, estatinas 30,7%, antiagregantes 29,9%, anticoagulantes 51,5%, antivitamina K 24,5%, anticoagulantes orales de acción directa 19,9% y heparinas de bajo peso molecular 7,1%.

Analíticamente presentaron: hemoglobina $11,7\pm 2,2$, linfocitos $1160,3\pm 787,8$, NT-proBNP $9328,4\pm 12234,1$, Na $137,6\pm 8,1$, K $4,3\pm 0,6$, urea $80,8\pm 39,3$, Cr $1,4\pm 0,6$ y FGe $45,3\pm 19,8$, ferritina $196,8\pm 428,7$, hierro $47,7\pm 31,4$, proteínas totales $63\pm 6,6$ y albúmina $36,4\pm 4,1$.

Tuvieron una estancia media de $9,8\pm 5,2$ días y una mortalidad del 13,3%.

Conclusiones

Los pacientes ingresados por IC en nuestra unidad de agudos de geriatría son mujeres con dependencia leve previo ingreso; elevada comorbilidad, destacando HTA, Fibrilación auricular, anemia y enfermedad renal crónica; con una estancia media de 9,8 días y una mortalidad de 13,3%.

COMUNICACIÓN 2

PREVALENCIA DE SÍNDROMES GERIÁTRICOS EN UNA POBLACIÓN ANCIANA INGRESADA POR INSUFICIENCIA CARDIACA

Aurea Álvarez Abella, Laura Samaniego Vega, Patricia Victoria Cancelo Rejero, Eva M^a López Álvarez, José Gutiérrez Rodríguez, Ana Sanz González

Área de Gestión Clínica de Geriátria del Hospital Monte Naranco - Oviedo

Objetivos

Conocer la prevalencia de síndromes geriátricos en la población anciana que ingresa en una unidad de agudos de geriatría por insuficiencia cardiaca.

Método

Estudio epidemiológico longitudinal y prospectivo en el que se incluyeron a todos los pacientes mayores de 85 años que ingresaron en una unidad de agudos de geriatría con diagnóstico de insuficiencia cardiaca desde el 1 de abril al 30 de junio de 2021.

Variables de estudio

VALORACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL: Mini Nutritional Assessment SF.

FUNCIONALES: Índice de Barthel en el mes previo al ingreso y durante el ingreso. Índice de Lawton en el mes previo al ingreso.

FRAGILIDAD: Criterios de Fried y SPPB durante el ingreso.

MENTALES: Test de Pfeiffer y escala de depresión geriátrica de Yesavage (versión abreviada).

Resultados

241 pacientes fueron incluidos (66% mujeres, edad media $90\pm 3,9$, el 23,7% estaba institucionalizado, IB previo $67,8\pm 29,4$ y al ingreso $48,4\pm 28,6$. Presentaban una puntuación media en el Índice de Lawton de $1,9\pm 2,1$, Test de Pfeiffer $3,8\pm 2,8$, Mini Nutritional Assesment $8,5\pm 2,6$, Fried $2,7\pm 1,1$, SPPB $2,6\pm 2,6$ y en la escala de depresión de Yesavage $5,1\pm 3,1$.

Respecto a la situación funcional en las actividades básicas de la vida diaria previas al ingreso el 29% eran independientes, 31,5% presentaba dependencia leve, 24,5% moderada y 14,9% grave.

Se objetivó que el 11,2% presentaba buena situación nutricional, el 60,6% estaban en riesgo de malnutrición y el 28,2% desnutridos.

Encontramos polifarmacia en el 21,2% de los pacientes.

En cuanto a la situación de fragilidad, el 2,5% eran robustos, el 49,8% prefragiles y el 47,7% frágiles.

Conclusiones

La población mayor de 85 años que ingresa por insuficiencia cardiaca presenta en un porcentaje no despreciable de desnutrición y dependencia leve para las actividades básicas de la vida diaria, elevada fragilidad, elevado riesgo nutricional y un deterioro cognitivo al ingreso al menos moderado.

COMUNICACIÓN 3

ESTIMACIÓN DEL ESTADO ADIPOMUSCULAR MEDIANTE ECOGRAFÍA COMO POTENCIAL MARCADOR DE FRAGILIDAD EN PACIENTE MAYORES CON ESTENOSIS AÓRTICA GRAVE SINTOMÁTICA

Marta Fernández ¹, Pablo E. Solla ^{1,3}, Jorge E. Herrera ¹, Ruth Álvarez ², Eva M. López ¹, José Gutiérrez ^{1,3}

1. Área de Gestión Clínica de Geriátría. Hospital Monte Naranco. (Oviedo - Asturias) **2.** Área de Gestión Clínica del Corazón. Hospital Universitario Central de Asturias. (Oviedo - Asturias) **3.** Instituto de Investigación Sanitaria del Principado de Asturias. (Oviedo - Asturias)

Introducción

La fragilidad condiciona resultados adversos en los pacientes mayores con Estenosis Aórtica(EAo) grave tras el reemplazo valvular(RVAo).

Alteraciones en el tejido muscular y graso han sido identificados como mecanismos fisiopatológicos desencadenantes de fragilidad. La estimación del estado adipomuscular podría ser de utilidad en la detección de pacientes frágiles.

Objetivos

Estudiar el estado adipomuscular estimado mediante ecografía a nivel del cuádriceps y su relación con fragilidad, en pacientes mayores con EAo grave sintomática.

Material y métodos

Estudio prospectivo, incluyendo pacientes de 75 o más años derivados desde Cardiología a una consulta especializada de Geriátría para una Valoración Geriátrica Integral previa al RVAo.

Variables: características basales (demográficas, cardiológicas, comorbilidad, funcionalidad en actividades Instrumentales-AIVD- y Básicas-ABVD- de la vida diaria (índices Lawton, Barthel respectivamente), estados nutricional y mental. Fragilidad mediante Short Physical Performance Battery(SPPB).

Determinación muscular y grasa mediante ecografía de partes blandas.

Resultados

n=40, edad:83,25±4,51, mujeres:60,0%. IMC: 30,04±4,37. EuroSCORE-II:3,50±3,23, FEV1p:97,5%, NYHA>III:41,2%, HTA:75,0%, DL:55,5%, anemia:52,5%, FA:27,5% DM:25,0%, IC:32,5%, IAM:27,5%, ERC:22,5%, I.Charlson abreviado: 2,35±1,70 (comorbidos:57,5%). Lawton:5,18±2,37 (independientes:40,0%), Barthel 89,88±15,42 (independientes:62,5%), MNA-SF 11,20±2,13 (desnutrición:7,5%), MMSE 26,18±5,83 (deterioro cognitivo:15,0%). SPPB: 8,10±2,49, frágiles (0-6):20,0%. Masa muscular (28,86±6,20 mm), masa adiposa (12,11±8,48 mm), índice masa muscular/masa adiposa (3,80±3,31).

| | Frágiles | Robustos | p |
|-------------------------------------|------------|------------|-------|
| Masa muscular (mm) | 28,98±6,81 | 28,83±6,15 | 0,539 |
| Masa adiposa (mm) | 13,78±4,20 | 11,69±1,63 | 0,951 |
| Índice masa muscular / masa adiposa | 2,25±0,76 | 4,17±3,59 | 0,008 |

Conclusiones

Los pacientes frágiles con EAo grave sintomática de nuestra población muestran un índice músculo/adiposo significativamente inferior respecto a los pacientes robustos. Su determinación puede ser de utilidad en la detección de pacientes vulnerables previamente al RVAo.

COMUNICACIÓN 4

DETERMINACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL DEL PACIENTE MAYOR CON ESTENOSIS AÓRTICA GRAVE SINTOMÁTICA: UN ESCENARIO DE GRAN INCERTIDUMBRE

Jorge E. Herrera¹, Pablo E. Solla^{1,2}, Marta Fernández¹, Natalie Burgos¹, Eva M. López¹, José Gutiérrez^{1,2}

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

Introducción

La estenosis aórtica (EAo) es la valvulopatía más frecuente en la población anciana y su tratamiento consiste en el reemplazo valvular aórtico (RVAo) quirúrgico (Qx) o percutáneo (RVAT). La desnutrición es una situación clínica frecuente que asocia una mayor mortalidad y morbilidad tras el procedimiento.

Existen diferentes herramientas de cribado nutricional, como el Controlling Nutritional Status (CONUT), el Mini Nutritional Assessment - Short Form (MNA-SF) y el Geriatric Nutritional Risk Index (GNRI).

Objetivo

Describir el estado nutricional de una población de pacientes mayores de 75 años con EAo grave sintomática susceptibles de ser sometidos a recambio valvular y analizar las diferencias en el estado nutricional en función de la herramienta de cribado nutricional utilizada.

Método

Estudio observacional, longitudinal y prospectivo que incluye 191 pacientes mayores de 75 años con EAo grave sintomática que podrían beneficiarse de RVAo mediante Qx/RVAT, valorados entre el 01/05/2018-31/08/2019. Se incluyeron variables socio-demográficas, clínicas, funcionales, cognitivas y valoración nutricional mediante: CONUT, MNA-SF y el GNRI.

Resultados

Edad media de 83.7±4.2 años, 63.9% mujeres. I. Barthel 92.4±12.6, I. Lawton 5.5±2.3, Short-Physical-Performance-Battery 8.51±2.5, una media de Minimental State Examination 26.3±3.9, IMC 29.1±4.7, albúmina 4.3±0.4 g/dl. Con estado nutricional adverso mediante CONUT 62.8%, mediante MNA 36.4% y mediante GNRI 4.2% Concordancia de estado nutricional normal del 24.4% entre CONUT-MNA-SF, 63.6% MNA-SF-GNRI, 36.1% CONUT-GNRI. Correlación CONUTvsMNA-SF: kappa=0.002, MNA-SFvsGNRI kappa=-0.002 y CONUTvsGNRI kappa=-0.006.

Conclusión

Se objetivaron diferencias en función del instrumento de valoración utilizado, encontrando una prevalencia de estado nutricional normal que difería entre 63.6%-95.8%.

Existe muy baja correlación estadística en la determinación del estado nutricional entre los instrumentos utilizados.

Parecen por tanto necesarios estudios que comparen el impacto de las diferentes herramientas de valoración nutricional sobre los resultados de salud de estos pacientes posterior al recambio valvular.

| | |
|------------------------------------|------|
| CONUT | |
| Normal | 37.2 |
| Riesgo desnutrición leve | 56.4 |
| Riesgo desnutrición moderado-grave | 6.4 |
| MNA-SF | |
| Normal | 63.6 |
| Riesgo desnutrición | 33.7 |
| Desnutrición | 2.7 |
| GNRI | |
| Sin riesgo | 95.8 |
| Riesgo leve | 1.8 |
| Riesgo elevado | 2.4 |

TABLA 1. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN ESTRATOS DE ESTADO NUTRICIONAL SEGÚN EL INSTRUMENTO DE VALORACIÓN UTILIZADO.

COMUNICACIÓN 5

IMPLANTE DE PRÓTESIS AÓRTICA PERCUTÁNEA EN NONAGENARIOS. ¿UNA BUENA OPCIÓN TERAPÉUTICA?

Ruth Álvarez², Natalie Bencosme¹, Jorge E. Herrera¹, Marta Fernández¹, Pablo E. Solla^{1,3}, José Gutiérrez^{1,3}

1. Área de Gestión Clínica de Geriatría. Hospital Monte Naranco. (Oviedo - Asturias) 2. Área de Gestión Clínica del Corazón. Hospital Universitario Central de Asturias. (Oviedo - Asturias) 3. Instituto de Investigación Sanitaria del Principado de Asturias. (Oviedo - Asturias)

Introducción

Con el aumento de la esperanza de vida se ha incrementado de manera significativa el número de pacientes nonagenarios que presenta una alta incidencia de estenosis aórtica severa, en su mayoría sintomáticas. El implante de prótesis aórtica percutánea (TAVI) es una opción terapéutica.

Material y métodos

Se recogen de forma prospectiva los pacientes en los que se realiza implante de TAVI desde diciembre de 2007 hasta septiembre de 2019. Se dividen en dos grupos según su edad, seleccionando a los pacientes con más de 90 años en la fecha del implante. Se revisan las características basales, complicaciones intra-procedimiento y mortalidad durante el seguimiento.

Resultados

En nuestro centro se han realizado 48 implantes de TAVIs en pacientes nonagenarios que representan un 7,11 % sobre el total de implantes de TAVI (n= 675). Presentan un seguimiento medio global de 2,8 años (SD:2,47). Los nonagenarios respecto al resto de pacientes el 85,7 % vs el 55 % son mujeres (p=0,01). El gradiente máximo es 92,3 vs 79,90 mmHg (p:0,004). Sin diferencias significativas en la vía de abordaje. Respecto a las complicaciones intraprocedimiento 34,15 % vs 26,66 % (p:0,29). La mortalidad a los primeros 30 días es de 8,33% vs 4,29% (p:0,19). El análisis de supervivencia de Kaplan-Meier global presenta una Hazard Ratio obtenida es de 2,03 con IC al 95 % 1,2 a 3,4. (p=0,007). Si analizamos únicamente la mortalidad durante el primer año la HR obtenida es de 1,53 con IC al 95 % de 0,9 a 2,6.

Conclusiones

El implante de TAVI en nonagenarios representa un porcentaje no despreciable de los pacientes sometidos a implante de TAVI. Los datos ecocardiográficos apuntan a que presentan valvulopatías más severas y evolucionadas, sin diferencias significativas en las tasas de complicaciones intraprocedimiento, ni en la mortalidad durante el primer año.

| | Nonagenarios (n= 48) | Resto de pacientes (n=627) | Valor P |
|--|-------------------------|-------------------------------|---------|
| Sexo femenino, % | 85,7% | 55% | 0,01 |
| Datos preintervención | | | |
| Gradiente máximo | 92,4 (±25,9) | 79,9 (±24,8) | 0,0042 |
| AVA | 0,61 (±0,14) | 0,69 (±0,28) | 0,12 |
| Euroscore II, % | 12,9 % | 11,51 % | 0,38 |
| Datos intraprocedimiento | | | |
| Vías acceso | | | 0,8 |
| Femoral derecha | 78,1% | 76,4% | |
| Femoral izquierda | 14,5% | 16,5% | |
| Subclavia izquierda | 4,9% | 4,7% | |
| Otras | 2,5 % | 2,4 % | |
| Gradiente pico-pico final | 3,8 (±4,6) | 5,5 (±8,4) | 0,11 |
| Complicaciones intraprocedimiento | 34,2 % | 26,6% | 0,49 |
| Mortalidad a 30 días | 8,33 % | 4,29 % | 0,19 |

COMUNICACIÓN 6

MORTALIDAD EN FUNCIÓN DEL MANEJO TROMBOPROFILÁCTICO DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR

Jorge E. Herrera¹, Natalie Burgos¹, Marta Fernández¹, Elena Valle¹, Eva M. López¹, José Gutiérrez^{1,2}

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

Introducción

La fibrilación auricular (FA) es la arritmia más frecuente en el paciente anciano. Se relaciona con aumento de la mortalidad, ictus y de insuficiencia cardíaca.

Para prevenir fenómenos tromboembólicos, se recomienda realizar tromboprofilaxis mediante anticoagulación oral (ACO) con los antagonistas de la vitamina K (AVK) o anticoagulantes de acción directa (ACOD)

Objetivos

Estudiar la mortalidad en función del manejo trombo profiláctico de la fibrilación auricular

Métodos

Estudio prospectivo, incluye 126 pacientes ≥ 75 años con FA que recibían anticoagulación, del 11 de Noviembre de 2019 al 1 de Abril del 2020.

Se recogieron variables demográficas, cardiológicas, comorbilidades, funcionalidad en actividades básicas de la vida diaria y situación cognitiva. Tipo y dosis de anticoagulación, complicaciones asociadas y mortalidad hospitalaria, al mes, seis meses y al año.

Resultados

El 76% estaba anticoagulado, 64.8 % eran mujeres con edad media de $87,7 \pm 3,7$ años y un Índice de Barthel medio de $64,33 \pm 27,4$, el 32,2% tenía deterioro cognitivo. De las comorbilidades destacaron: cardiopatía valvular (35,2%), cardiopatía hipertensiva 44,5%, cardiopatía isquémica 19,5%, EPOC 23,4%, arteriopatía periférica 20,3%, anemia 32,8%, ictus isquémico 6,3% e ictus hemorrágico 2,4%.

Se observó mortalidad hospitalaria del 7% relacionada significativamente con los pacientes con deterioro cognitivo ($p < 0,001$), mortalidad al primer mes del 7,8% con significativa relación con ERC ($p < 0,001$), cardiopatía valvular y anemia ($p < 0,001$) y finalmente mortalidad a los 6 meses de 21,1% relacionada significativamente con un bajo índice de Barthel, deterioro cognitivo y anemia ($P < 0,001$)

Conclusiones

Los hallazgos de nuestra muestra de pacientes sugieren una estrecha relación entre el deterioro funcional, cognitivo, anemia y ERC como determinantes de mortalidad los primeros 6 meses en los pacientes ancianos con fibrilación auricular.

COMUNICACIÓN 7

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES FRÁGILES INGRESADOS POR INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA

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

Hospital Universitario de Burgos

Introducción

La fragilidad está presente en los pacientes con insuficiencia cardiaca (IC), con una prevalencia de más del 70% en mayores de 80 años.

Objetivo

El objetivo es detectar las características clínicas de la población frágil ingresada por insuficiencia cardiaca aguda (ICA).

Material y Métodos

Se realizó un estudio observacional y transversal. Se incluyeron todos los pacientes con ICA, con independencia de edad, que ingresaron en Cardiología en nuestro centro entre julio y diciembre de 2020. Se realizó una valoración geriátrica integral, clasificando a los pacientes en frágiles (≥ 3 puntos) o no frágiles (0-2 puntos) según la escala FRAIL. Se recogieron las variables clínicas habituales y se estudiaron las diferencias entre los grupos.

Resultados

Se incluyeron 97 pacientes. La edad media fue 75 años, 41 tenían menos de 75 años (42,3%) y hubo 37 mujeres (38,1%). 51 (52,6%) pacientes tenía IC como nuevo diagnóstico. El resto de características clínicas se muestran en la tabla 1. Los pacientes frágiles eran significativamente mayores, presentaban peor calidad de vida (medida mediante la escala Minnesota); tenían mayor dependencia (medida por la escala Barthel) y eran más frecuentemente diagnosticados de IC previa (59,6%vs 36,0%; $p=0,020$). Sin embargo, la comorbilidad no era mayor (es alta si obtienen ≥ 3 puntos en la escala Charlson). En cuanto a la estimación pronóstica, los pacientes frágiles presentaban peores puntuaciones en escala MAGGIC. La miocardiopatía dilatada isquémica fue más frecuente entre los frágiles (21,3%vs. 6,0%; $p=0,027$). Sin embargo, el tratamiento al alta entre los dos grupos fue similar, al igual que el porcentaje de implante de dispositivos y el tratamiento durante el ingreso.

Conclusiones

Los pacientes frágiles ingresados por ICA presentan unas características clínicas y geriátricas de especial riesgo. Siendo, el manejo de este grupo especialmente complejo. Sin embargo, esto no motivó un menor uso del tratamiento neurohormonal ni de la terapia con dispositivos durante el ingreso.

| | Frágiles (N=47) | No frágiles (N=50) | P |
|--------------------------------------|------------------------|---------------------------|------------------|
| Varones | 29 (61,7%) | 31 (62,0%) | 0,976 |
| Edad (años) | 80±9,10 | 70±12,63 | <0,001 |
| HTA | 41 (87,2%) | 35 (70,0%) | 0,039 |
| DM tipo 2 | 16 (34%) | 15 (30%) | 0,670 |
| FEVI (%) | 46,80±16,35 | 43,32±15,84 | 0,291 |
| Escala NYHA II, III o IV | 26 (55,3%) | 17 (34,0%) | 0,035 |
| Terapia con dispositivos | 1 (2,1%) | 2 (4,0%) | 0,594 |
| Duración de ingreso (días) | 8±4,22 | 9±4,99 | 0,991 |
| Ferrotterapia durante ingreso | 12 (25,5%) | 18 (36,0%) | 0,265 |
| Inotrópicos durante ingreso | 7 (14,9%) | 6 (12,0%) | 0,676 |
| IECA al alta | 19 (40,4%) | 20 (30,0%) | 0,966 |
| BB al alta | 39 (83%) | 40 (80,0%) | 0,706 |
| Antialdosterónico al alta | 17 (36,2%) | 23 (46,0%) | 0,326 |
| Sacubitril/Valsartán al alta | 12 (25,5%) | 15 (30,0%) | 0,624 |
| Diuréticos al alta | 43 (91,5%) | 40 (80,0%) | 0,108 |
| Escala Minnesota | 59,53±12,37 | 40,92±13,35 | <0,001 |
| Dependencia | 27 (58,7%) | 9 (18,0%) | <0,001 |
| Escala MAGGIC | 23,46±4,94 | 18,90±5,60 | <0,001 |
| Comorbilidad alta | 30 (63,8%) | 26 (52%) | 0,239 |

TABLA 1

BB: beta-bloqueante; DM: diabetes mellitus; FA: fibrilación auricular; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; HTA: hipertensión arterial; IECA: inhibidor del enzima convertidor de angiotensina

COMUNICACIÓN 8

IMPORTANCIA DE UNA VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL EN PACIENTES INGRESADOS POR INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA

Lara Aguilar Iglesias, Ana María Merino Merino, María Jesús García Sánchez, Ana Isabel Santos Sánchez, Ruth Sáez de la Maleta Ubeda, José Ángel Pérez Rivera
Hospital Universitario de Burgos

Introducción

La situación de fragilidad y principales síndromes geriátricos están muy presentes en los pacientes con insuficiencia cardiaca (IC), afectando a su tratamiento y autocuidados.

Objetivo

El objetivo es conocer la prevalencia de fragilidad y principales síndromes geriátricos en la población.

Material y Métodos

Se realizó un estudio observacional y transversal en el que se incluyeron todos los pacientes con insuficiencia cardiaca aguda (ICA), con independencia de su edad, que ingresaron en nuestro centro entre julio y diciembre de 2020. Además de las variables habituales, se realizó una valoración geriátrica completa mediante las escalas FRAIL, Minnesota, Barthel, SPPB, Charlson y MAGGIC.

Resultados

Se incluyeron 97 pacientes. Las características basales se resumen en la tabla 1. En cuanto al tipo de IC, 46 (47,4%) pacientes presentaron IC con FEVI reducida, 10 (10,3%) IC con FEVI intermedia y 41 (42,3%) IC con FEVI preservada. De los pacientes con FEVI reducida, 4 (8,7%) estaban con tratamiento neurohormonal óptimo previo. 51 pacientes (52,6%) tenían IC como nuevo diagnóstico. Con respecto a la valoración geriátrica, 47 (48,5%) pacientes eran frágiles, 33 (34%) prefrágiles y 17 (17,5%) no mostraban indicios de fragilidad según la escala FRAIL. Según la escala SPPB, 68 (70,1%) pacientes eran frágiles frente a 29 (29,9%) no frágiles. En relación a la escala Charlson, 56 (57,7%) tenían comorbilidad alta, 16 (16,5%) baja y 25 (25,8%) no presentaban comorbilidad. Según la escala Barthel, 60 (61,9%) pacientes eran independientes frente a 2 (2,1%) que tenían dependencia moderada. En las escalas Minnesota y MAGGIC, las medias fueron 49,94±15,87 puntos y 21,03±6,28 puntos respectivamente.

Conclusiones

La prevalencia de los principales síndromes geriátricos, especialmente la fragilidad, es muy elevada en nuestra población de pacientes con ICA no seleccionados por edad. Sería de interés el uso de estas escalas de forma rutinaria en estos pacientes, ya sea un primer episodio o reagudizaciones.

| Variables | N=97 | Variables | N=97 |
|---|---------------|--|-------------------|
| Edad (años) | 75±11,9 | Duración del ingreso (días) | 9±4,61 |
| Varones | 60 (61,9%) | NT-proBNP al ingreso (pg/ml) | 9426±110224,80 |
| Hipertensión | 76 (78,4%) | NT-proBNP al alta (pg/ml) | 4863,43 ± 6741,10 |
| Diabetes mellitus tipo 2 | 31 (32,0%) | ST-2 al ingreso (ng/ml) | 90,93 ± 68,05 |
| EPOC | 11 (11,3%) | ST-2 al alta (ng/ml) | 51,70 ± 39,34 |
| Enfermedad arterial coronaria | 24 (24,7%) | IECAS al alta | 39 (40,2%) |
| FA | 46 (47,4%) | BB al alta | 79 (81,4%) |
| FEVI (%) | 45,03 ± 16,10 | Antidosteroónico al alta | 40 (41,2%) |
| Escala NYHA II, III o IV | 43 (44,3%) | Inhibidor de SGLT2 al alta | 22 (22,7%) |
| IC por valvulopatía | 24 (24,7%) | Sacubitril/valsartán al alta | 27 (27,8%) |
| IC por taquimiocardiopatía | 29 (29,9%) | Diurético al alta | 83 (85,6%) |
| Miocardiopatía dilatada isquémica previa | 13 (13,4%) | Dosis de diurético al alta (mg/24h) | 62,65 ± 33,55 |

TABLA 1

BB: beta-bloqueante; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; FA: fibrilación auricular; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; IC: insuficiencia cardiaca; IECA: inhibidor de enzima convertidora de angiotensina.

COMUNICACIÓN 9

LA MUJER ANCIANA CON INSUFICIENCIA CARDIACA: ANÁLISIS DE UNA UNIDAD ESPECIALIZADA

David Abella Vallina, Ester Sánchez Corral, Beatriz Fernández González, Estela Ruiz Melgosa, José Ángel Pérez Rivera
Hospital Universitario de Burgos

Introducción

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

Objetivo

Nuestro objetivo es analizar las características de esta población.

Material y Métodos

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

Resultados

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

Conclusiones

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

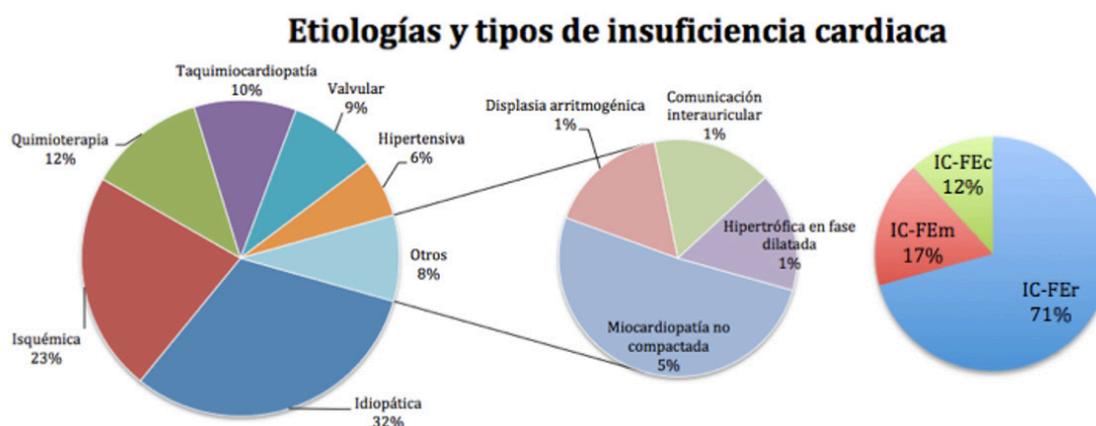


FIGURA 1. ETIOLOGÍAS MÁS COMUNES DE LAS MIOCARDIOPATÍAS DE LAS PACIENTES DE LA MUESTRA, ASÍ COMO SU DISTRIBUCIÓN EN FUNCIÓN DE LA FRACCIÓN DE EYECCIÓN. ABREVIATURAS: IC-FEc: INSUFICIENCIA CARDIACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN CONSERVADA ($>50\%$). IC-FEm: INSUFICIENCIA CARDIACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN INTERMEDIA ($40-50\%$). IC-FER: INSUFICIENCIA CARDIACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN REDUCIDA ($<40\%$).

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

TABLA 1. TRATAMIENTOS ADMINISTRADOS EN LAS PACIENTES DE LA MUESTRA, DESGLOSANDO LAS DOSIS DE LOS FÁRMACOS PRINCIPALES SEGÚN DOSIS BAJA, MEDIA O ALTA. ABREVIATURAS: ACOD: ANTICOAGULANTES ORALES DIRECTOS; ARA-II: ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE LA ANGIOTENSINA II; ARNI: INHIBIDORES DE LA NEPRILISINA Y LA ANGIOTENSINA; IECA: INHIBIDORES DE LA ENZIMA CONVERTIDORA DE ANGIOTENSINA; iSGLT-2: INHIBIDORES DEL COTRANSPORTADOR DE SODIO-GLUCOSA TIPO 2.

COMUNICACIÓN 10

INFECCIÓN POR COVID-19, UN DISTRACTOR MÁS PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD CORONARIA EN EL PACIENTE ANCIANO

Javier Martínez Díaz, Andrea Aparicio Gavilanes, David Ledesma Olóriz, Antonio Adeba García, Yvan Rafael Persia Paulino, Ana Ayesta López

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Principado de Asturias

Antecedentes

Mujer de 78 años, presenta hipertensión arterial y dislipemia a tratamiento con valsartán 160 mg y atorvastatina 20 mg respectivamente como únicos factores de riesgo cardiovascular.

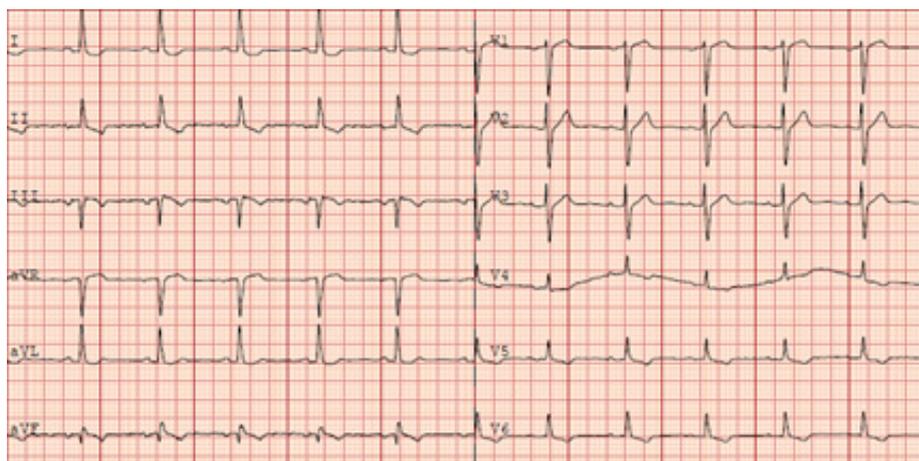
Como antecedente de interés, alta reciente en otro centro por neumonía bilateral grave por COVID-19. Fue valorada por cardiología por dolor torácico y elevación de Troponina I ultrasensible con pico de 874 ng/L (límite superior de normalidad 60 ng/L). Tras ecocardiograma con FEVI conservada y sin asinergias, se etiquetó el cuadro como daño miocárdico agudo secundario a neumonía por COVID-19.

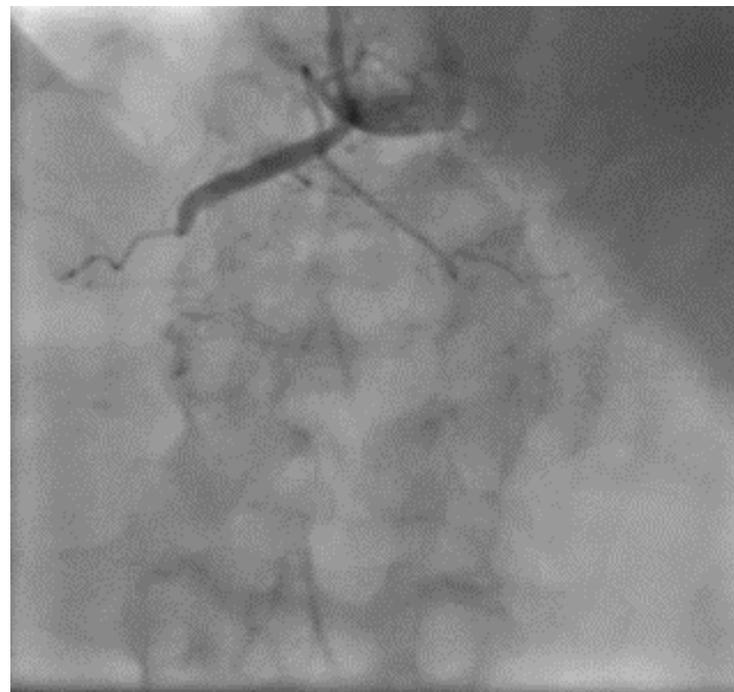
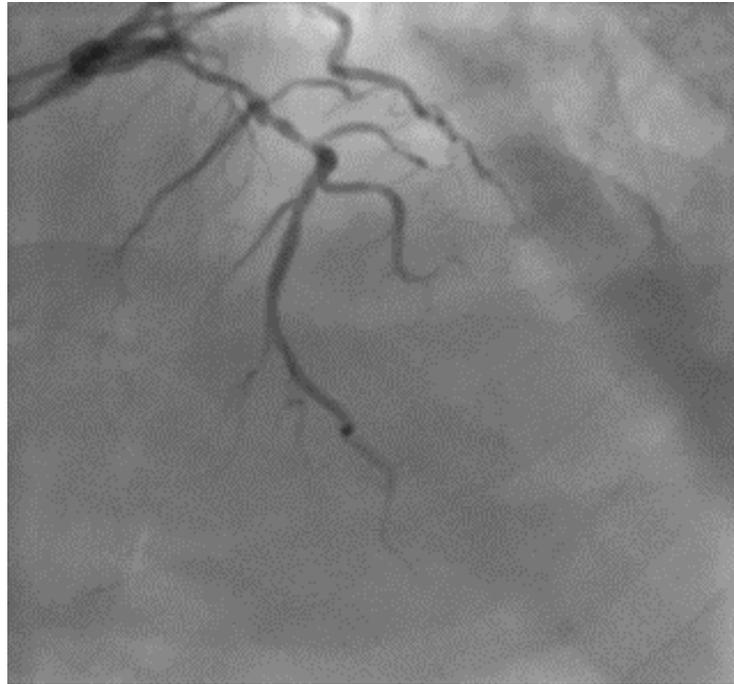
Descripción

Acude a nuestro centro 1 mes después del alta por dolor torácico, descrito como opresión precordial con irradiación a mandíbula, que desde hace meses relacionaba con los esfuerzos, presentando el último episodio en reposo. La exploración es anodina, y en las pruebas complementarias destaca una Troponina T ultrasensible elevada (144->132 ng/L), y ECG a la llegada (Imagen 1) con ritmo sinusal, ondas Q en III y aVf, con T negativa en derivaciones inferiores y laterales bajas. Se decide ingreso como IAMSEST, realizándose coronariografía que evidencia lesión significativa en descendente anterior proximal (Imagen 2) y oclusión en coronaria derecha media (Imagen 3): se realiza angioplastia e implante de stent en ambas lesiones con buen resultado y evolución posterior, que permite el alta.

Interés

El diagnóstico de la enfermedad coronaria supone un reto ante pacientes del perfil presentado: mujer y anciana; a lo que además y debido a la pandemia por COVID-19 se ha sumado el distractor de la neumonía grave por COVID-19, que, como en nuestro caso, puede llevar a un diagnóstico erróneo de daño miocárdico o en ocasiones miocarditis. Mantener un alto grado de sospecha diagnóstica ante estos casos es fundamental para que patologías como la enfermedad coronaria no reciban un manejo diferente al esperable si no presentaran tales antecedentes.





COMUNICACIÓN 11

VARIABLES PREDICTIVAS DE CALIDAD DE VIDA EN ANCIANOS SOMETIDOS A IMPLANTE VALVULAR AÓRTICO TRANSCATÉTER O CIRUGÍA ABIERTA

Miguel Leiva Gordillo¹, Magali Gonzalez-Colaço Harmand², Beatriz Grandal Leiros², Francisco Ignacio Bosa Ojeda²

1. Hospital de Denia, Denia. 2. Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, Tenerife

Introducción

La estenosis aórtica es la valvulopatía más frecuente en mayores de 75 años, disponiéndose del tratamiento percutáneo (TAVI) o quirúrgico. En el paciente anciano el objetivo debe ir dirigido tanto a aumentar la supervivencia como, principalmente, a mejorar la calidad de vida.

Objetivo

Evaluar la capacidad predictiva de la Valoración Geriátrica Integral (VGI) en pacientes ancianos candidatos a reparación quirúrgica o con TAVI como factor pronóstico sobre la calidad de vida postintervención.

Material y Métodos

Estudio observacional prospectivo donde se recogieron 80 pacientes desde septiembre de 2018 a febrero de 2020 a los que se realizó una VGI preintervención incluyendo:

- Valoración de los síndromes geriátricos
- Fragilidad mediante Frail
- Calidad de vida EuroQoL 5D 5L
- Valoración funcional medida por Katz e instrumental por Lawton
- Cribado cognitivo MMSE
- Índice de comorbilidad de Charlson
- Escalas de riesgo quirúrgico Euroscore-I y II.

A todos los pacientes se les realizó una entrevista basal previa a la intervención y una evaluación pronóstica al año tras la intervención.

Resultados

La edad media fue de 81,6 años, 55% eran mujeres. 57 pacientes (71,3%) fueron sometidos a TAVI.

Los síndromes geriátricos más prevalentes fueron polifarmacia, incontinencia urinaria y dolor habitual. Eran frágiles el 32,5% de la muestra.

La calidad de vida media preintervención es de 72,16 puntos en la EVA, siendo la fragilidad inicial la variable que más influye en la calidad de vida registrada al año.

Conclusiones

En el paciente anciano las escalas clásicas de riesgo quirúrgico no son válidas para una evaluación pronóstica, siendo la calidad de vida el factor evolutivo más importante. La valoración de la fragilidad incluida en una valoración geriátrica integral se demuestra como una herramienta válida para seleccionar a los pacientes que más se benefician de una mejoría postintervención.

COMUNICACIÓN 12

TAQUICARDIA DE DIFÍCIL CONTROL Y ANGINA

David Ledesma Olóriz, Javier Martínez Díaz, Andrea Aparicio Gavilanes, Ana Ayesta Lopez, Raul Ludeña Martínez-Tesorero, Antonio Adeba García

Caso Clínico

Paciente que acude a urgencias por dolor torácico y palpitaciones

Antecedentes personales

- Mujer de 85 años, buen apoyo familiar.
- Hipertensión, DL y DM 2. Nunca fumadora
- Prótesis mecánica mitral desde 2014
- Fibrilación auricular permanente CHADSVSC 7
- Ictus cardioembólico.
- ERC IV FG de 22

Tratamiento: Sintrom, Metformina, Bisoprolol 5 mg, omperazol, Besitran

Descripción

A su llegada, electrocardiograma con Fibrilación auricular a 160 lpm. Analítica con filtrado de 23 y TroponinaT máxima de 104 por lo que se decide ingreso. Durante su estancia en planta se objetiva FA de difícil control farmacológico con perfil de síndrome de bradicardia-taquicardia por lo que se decide implantar marcapasos VVI. También se realizó coronariografía que mostró ateromatosis difusa sin lesiones significativas, atribuyéndose el ángor a angina hemodinámica con IAM tipo 2 asociado.

Posteriormente aumentamos el tratamiento con bisoprolol llegando a la dosis máxima sin conseguirse control, por lo que se decidió iniciar digoxina a dosis bajas; con esto se consiguió control de frecuencia, pero la paciente desarrollo sintomatología digestiva por intoxicación de digoxina, por lo que se decide alta sin digoxina y con 10 mg de bisoprolol, con frecuencias medias en torno a 110.

Valorada posteriormente en consultas se observa en holter abmualtorio FC media de 120 con rachas más rápidas y clínica de ángor, por lo que se solicita consulta con electrofisiología para valorar ablación de nodo Auriculoventricular.

Interés

El interés de este caso radica en el manejo de un tipo de paciente cada vez más frecuente, el anciano con FA de mal control y enfermedad renal crónica. En muchas ocasiones se mezclan diferentes fármacos antiarrítmicos con potenciales efectos secundarios, como hipotensión, cuadros digestivos e incluso bloqueos avanzados de la conducción. En esta paciente la ablación permitirá el control de frecuencia y de los episodios de ángor así como evitar la iatrogenia secundaria a los tratamientos antiarrítmicos.

COMUNICACIÓN 13

EFECTO PROTECTOR DE LAS ESTATINAS EN OCTOGENARIOS INGRESADOS POR COVID19

Carla Jiménez Martínez, Victoria Espejo Bares, Verónica Artiaga de la Barrera, Cecilia Marco Quirós, Elia Pérez Fernández, Ana Isabel Huelmos Rodrigo

Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid

Introducción

Se ha evaluado repetidamente cuáles son los factores de mal pronóstico para la infección por SARS COV₂ en la población general. Sin embargo, no existen apenas estudios que examinen dichos factores en una población exclusivamente anciana.

Objetivo

El objetivo del estudio fue analizar qué variables demográficas, factores de riesgo cardiovascular y otras comorbilidades se asociaron a un aumento de la mortalidad intrahospitalaria en una población envejecida.

Material y Métodos

Se realizó un estudio de cohortes retrospectivo unicéntrico incluyendo un total de 258 pacientes ≥80 años con ingreso hospitalario por COVID-19, diagnosticados mediante reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR) positiva para SARS-CoV-2, entre el 1 de Marzo y el 31 de Mayo de 2020. Se consideró que las diferencias eran estadísticamente significativas cuando $p < 0.05$.

Resultados

La mortalidad intrahospitalaria por COVID19 en pacientes ≥80 años (media 85.17+-4.40) durante la primera ola fue del 35.7%. El sexo masculino (RR 1.58 [1.12-2.23]; $p=0.01$) fue el único factor asociado a mayor mortalidad intrahospitalaria. Por otro lado, el sexo femenino (RR 0.63 [0.45-0.90]; $p=0.01$), la diabetes (RR 0.59 [0.39-0.89]; $p=0.013$) y el tratamiento previo al ingreso con estatinas (RR 0.50 [0.33-0.75]; $p=0.001$) se asociaron a una menor mortalidad intrahospitalaria. La mortalidad de los pacientes que tomaban previamente estatinas fue del 25.6% mientras que la de aquellos que no las tomaban fue del 45.7%, mostrando diferencias estadísticamente significativas ($p=0.001$). La hipertensión arterial, la obesidad, la edad, la enfermedad cardiovascular y un mayor índice de CHARLSON no mostraron influencia sobre la mortalidad intrahospitalaria.

Conclusión

El tratamiento con estatinas previo al ingreso por COVID19 en octogenarios se asoció a una disminución de la mortalidad intrahospitalaria en la primera ola.

| | Población ≥80 años ingresada por COVID19 (n=258) | RR IC 95% | p |
|----------------------------|--|-------------------------|--------------|
| Edad | 85.17 +- 4.40 | 1.02 [0.99-1.06] | 0.25 |
| Sexo masculino | 134/258 = 51.90% | 1.58 [1.12-2.23] | 0.01 |
| Sexo femenino | 124/258 = 48.10% | 0.63 [0.45-0.90] | 0.01 |
| Hipertensión | 215/258 = 83.30% | 0.95 [0.62-1.46] | 0.815 |
| Diabetes | 86/258 = 33.33% | 0.59 [0.39-0.89] | 0.013 |
| Obesidad | 57/258 = 22.10% | 1.24 [0.87-1.79] | 0.235 |
| Enfermedad cardiovascular* | 85/258 = 32.90% | 1.14 [0.81-1.60] | 0.453 |
| CHARLSON | 2.93 +- 2.65 | | |
| CHARLSON 1 punto | 43/258 = 16.7% | 1.25 [0.70-2.23] | 0.458 |
| CHARLSON 2 puntos | 174/258 = 67.4% | 1.12 [0.69-1.84] | 0.642 |
| Estancia hospitalaria | 9.62 +- 8.34 | | |
| Mortalidad | 92/258 = 35.70% | | |

(*) Infarto agudo de miocardio, fibrilación auricular o insuficiencia cardíaca.

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS, FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR E ÍNDICE DE COMORBILIDADES EN PACIENTES OCTOGENARIOS INGRESADOS CON COVID-19 EN RELACIÓN A LA MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA.

| | Población ≥80 años ingresada por COVID19 (n=258) | Tratamiento previo con estatinas (n=129) | Sin tratamiento previo con estatinas (n=129) | RR IC 95% | p |
|------------------------------|--|--|--|--------------------------|---------------|
| Mortalidad intrahospitalaria | 92/258 = 34.6% | 33/129 = 25.6% | 59/129 = 45.70% | 0.50 [0.33-0.75]* | 0.001* |

(*) Ajustado por los siguientes factores de confusión: sexo, CHARLSON, hipertensión arterial, diabetes y enfermedad cardiovascular.

TABLA 2. MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA EN POBLACIÓN OCTOGENARIA CON Y SIN TRATAMIENTO PREVIO AL INGRESO CON ESTATINAS.

COMUNICACIÓN 14

ABORDAJE DEL PACIENTE ANCIANO TRAS UN EVENTO CARDIOVASCULAR

Eugenia Zambrano Medina, Rosa Fernández Olmo, Miguel Puentes Chiachio, Javier Torres Llergo, Magdalena Carrillo Bailen, Juan Carlos Fernández Guerrero

Servicio de Cardiología Hospital Universitario de Jaén

Introducción

Existe una tendencia a ser más conservadores en el tratamiento de los pacientes ancianos que han sufrido un evento cardiovascular (CV), tanto en el momento agudo como en el seguimiento en prevención secundaria. Las guías de práctica clínica nos indican, que debemos conseguir objetivos, al igual que en los paciente jóvenes, teniendo en cuenta la fragilidad y la comorbilidad asociada. El objetivo de nuestro trabajo, fue analizar el abordaje de los pacientes ancianos que habían sufrido un evento CV.

Métodos

Estudio observacional retrospectivo, incluyendo de forma consecutiva, a todos (n103) los pacientes mayores o igual a 75 años que habían ingresado por un evento CV en la planta de cardiología, desde Enero-Diciembre de 2019.

Resultados: Edad media 82,5+/-5 años, 40,8% mujeres y puntuación media en el cuestionario Barthel 77,2. En el 40,8% de los pacientes, no se realizó revascularización y el 50,5% presentaron complicaciones durante el ingreso [30% insuficiencia cardíaca(IC)](Tabla1). Al alta, 11,7% fueron derivados a rehabilitación cardíaca, el 64% recibió doble terapia antiagregante y el 57,9% estatinas de alta intensidad. En el seguimiento(24,4 meses), se observó que en el 55,1% de los pacientes se suspendió la doble terapia antiagregante a los 12 meses (21,7%>12 meses), cLDL medio fue de 60mg/dl(51%<70 mg/dl;30%<55 mg/dl), el 70,7% habían tenido seguimiento por cardiología y el 24,5% habían suspendido algún tratamiento(mayor frecuencia antihipertensivos). El 53,1% reingresaron por enfermedad CV(48% por IC, 21,1% angina, 13,3% IAM, 7,7% Ictus y 9,9% fibrilación auricular), 18,4% por sangrado, 28% por anemia y el 20% falleció.

Conclusiones

En nuestra serie se observó, que un alto porcentaje de pacientes ancianos son tratados de forma conservadora en el momento agudo y que la mitad presentan complicaciones durante el ingreso hospitalario, con un abordaje subóptimo en prevención secundaria así como un pronóstico sombrío en el seguimiento.

| | |
|-----------------------|-----------------|
| Edad | 82,5 +/- 5 años |
| Mujer | 40,8 % |
| HTA | 91,3 % |
| Dislipemia | 52,4 % |
| Tabaquismo activo | 5,8 % |
| Fibrilación auricular | 23,3 % |
| ERC (FG < 60 ml/min) | 39 % |
| EAP | 12,6 % |
| Ictus | 22,3 % |
| EPOC | 22,3 % |
| Sangrados | 3,9 % |
| Anemia | 27,2 % |
| Depresión | 13,6 % |

| | |
|--|--------------------|
| Ansiedad | 17,5 % |
| Parkinson | 3,9 % |
| Deterioro Cognitivo | 12,6 % |
| Cáncer | 9,7 % |
| Otras patologías | 75,7 % |
| Barthel (ingreso) | 77,2 +/- 22 puntos |
| Número de fármacos | 10,8 (4 - 23) |
| SCACEST | 23,3 % |
| Revascularización | 59,2 % |
| Fracción de eyección conservada | 65,7 % |
| Enfermedad multivaso (si) | 61,8 % |
| Complicaciones durante el ingreso (si) | 50,5 % |

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS BASALES

COMUNICACIÓN 15

DIFERENCIAS EN EL VALOR PRONÓSTICO DEL PATRÓN DE ESTIMULACIÓN TRAS TERAPIA DE RESINCRONIZACIÓN CARDIACA EN FUNCIÓN DE LA EDAD

Juan Asensio Nogueira¹, Ricardo Salgado Aranda², Francisco Javier García Fernández¹, Francisco Javier Martín González¹, Ester Sánchez Corral¹, José Ángel Pérez Rivera¹

1. Hospital Universitario de Burgos (Burgos), 2. Hospital Clínico San Carlos (Madrid)

Introducción

Existe poca evidencia sobre si el patrón electrocardiográfico tras la terapia de resincronización cardiaca (TRC) es un factor pronóstico, y si la edad tiene impacto sobre este factor.

Objetivo

Determinar si la presencia de una morfología concreta en 3 derivaciones del electrocardiograma (Rs en V₁, Qr en aVL ó rS en DI) se relaciona con eventos clínicos tras la TRC en función de la edad.

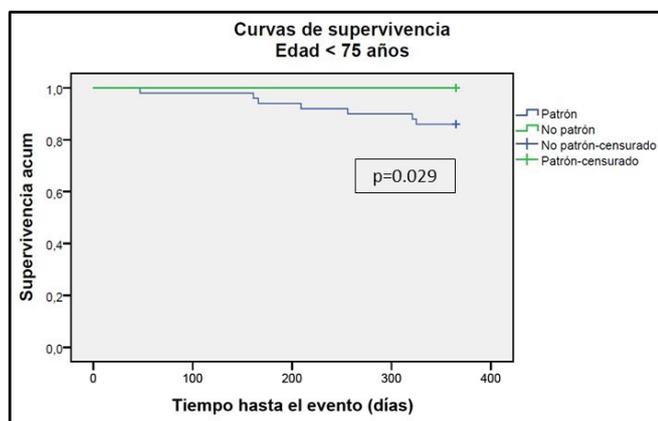
Material y métodos: se incluyeron de forma consecutiva todos los pacientes con dispositivos de TRC desde el enero de 2012 hasta abril del 2019 (n=111). Definimos como objetivo principal un combinado compuesto por muerte por cualquier causa y hospitalización por insuficiencia cardiaca al año. Se realizó un análisis de supervivencia utilizando el método de Kaplan-Meier estratificando por edad.

Resultados

Los pacientes mayores de 75 años (26.1%, n=29) tenían significativamente mayor tasa de hipertensión arterial, fibrilación auricular (FA) y tratamiento con diurético y estatinas, y menor tasa de tratamiento con antagonistas de la aldosterona y triple terapia neurohormonal. La duración del QRS tras la TRC fue significativamente mayor en pacientes mayores de 75 años (p=0.006). Un 39% (n=32) y un 37.9% (n=11) de los pacientes menores y mayores de 75 años respectivamente presentaron alguno de los patrones electrocardiográficos seleccionados. Los pacientes que presentaron cualquiera de estos patrones presentaron menor incidencia del objetivo principal en el grupo de menores de 75 años (p=0.029), pero no en el grupo de mayores de 75 años (p=0.237) (figura 1).

Conclusiones

La presencia de los patrones seleccionados tras TRC se asocia a menor incidencia de eventos en pacientes menores en 75 años, pero no en mayores de 75 años. Posiblemente esto se deba a diferencias en la duración del QRS tras la TRC y a una mayor tasa de FA en mayores.



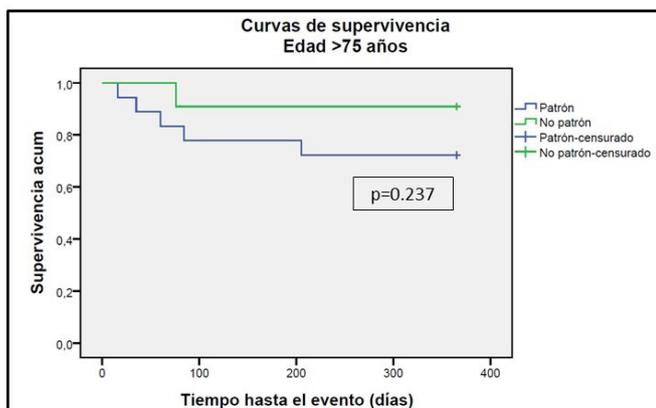


Figura 1. Curvas de supervivencia (Kaplan-Meier)

| | Grupo ≤75 años (n= 82) | Grupo >75 años (n=29) | Significación estadística (p-valor) |
|--|--|--|-------------------------------------|
| Sexo femenino | 20 (24.4) | 5 (17.2) | 0.428 |
| Hipertensión arterial | 38 (46.3) | 22 (75.9) | 0.006 |
| Diabetes Mellitus | 37 (45.1) | 11 (37.9) | 0.502 |
| Obesidad | 17 (20) | 2 (6.9) | 0.089 |
| Tabaquismo/Exataquismo | 41 (50) | 10 (34.5) | 0.15 |
| Fibrilación auricular | 25 (30.5) | 15 (51.7) | 0.041 |
| Tipo de cardiopatía Miocardiopatía isquémica Miocardiopatía no isquémica | 29 (35.8) 52 (64.2) | 15 (51.7) 14 (48.3) | 0.133 |
| Motivo del implante ICFér sintomática con QRS ancho FEr y necesidad de estimulación DVI secundaria a estimulación | 73 (89) 8 (9.8) 1 (1.2) | 20 (69) 8 (27.6) 1 (3.4) | 0.012 0.019 0.438 |
| Clase funcional I II III IV | 10 (12.2) 42 (51.2) 26 (31.7) 4 (3.6) | 1 (3.4) 12 (41.4) 16 (55.2) 0 (0) | 0.175 0.362 0.025 0.226 |
| FEVI preimplante (%) | 28±14 | 30±13 | 0.481 |
| Antagonistas de la aldosterona | 43 (52.4) | 7 (24.1) | 0.008 |
| Triple tratamiento neurohormonal | 37 (45.1) | 6 (20.7) | 0.026 |
| Diuréticos | 47 (57.3) | 24 (82.8) | 0.014 |
| Morfología QRS basal BRI BRD | 73 (89) 7 (8.5) | 24 (82.8) 4 (13.8) | 0.382 0.415 |
| Duración QRS postimplante (mseg) | 139+44 | 152+42 | 0.006 |
| QRS postimplantes ≤ 130 mseg | 23 (28) | 4 (13.8) | 0.124 |
| Porcentaje de estimulación | 95±15 | 96±12 | 0.205 |
| Tipo de dispositivo de TRC CRT-D CRT-P | 81 (98.8) 1 (1.2) | 29 (100) 0 (0) | 0.55 |
| Tipo de electrodo del VI Monopolar Bipolar Tetrapolar | 4 (4.9) 14 (17.1) 63 (76.8) | 2 (6.9) 6 (20.7) 21 (72.4) | 0.679 0.663 0.634 |
| Localización del electrodo del VI Lateral Posterolateral Otra localización | 45 (54.9) 22 (26.8) 9 (11) | 12 (41.4) 14 (48.3) 0 (0) | 0.211 0.034 0.063 |

COMUNICACIÓN 16

RIESGO EMBÓLICO Y HEMORRÁGICO. ¿CUÁNDO ASUMIR LOS RIESGOS DE ANTICOAGULACIÓN?

Rosario Flaño Lombardo¹; Virginia Pérez Ramírez²

1. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla; 2. Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla

Antecedentes

Exponemos el caso de un paciente de 84 años de edad, con mieloma múltiple IgA Kappa estadio III, ECOG 3, ACV isquémico y FA con CHA₂DS₂ VASc 8 p anticoagulada con Dabigatran 110 mg c/12 h hasta Marzo donde, ante episodio de rectorragia con anemización en el contexto de angiodisplasia de colon y debido a HAS BLEED 5p, se considera no asumible el riesgo hemorrágico suspendiéndose tratamiento anticoagulante, y programándose cierre de orejuela.

Último Ecocardiograma realizado en junio, con hipertrofia ventricular izquierda moderada y dilatación de aurícula izquierda severa.

Descripción

El paciente acude a la Unidad de Cardiología para realización de Ecocardiograma previo a procedimiento de cierre de orejuela donde se objetivan como hallazgos más destacables: aumento del grosor miocárdico (septum 16 mm, PP 17mm) con patrón tisular moteado sugerente de amiloidosis cardíaca (no descrito en Eco previa de Junio) y dos imágenes sugestivas de trombo en aurícula izquierda, de 15x18 mm en foramen oval y de 20x21 mm en orejuela izquierda, muy móviles; por lo que se cursa ingreso, para valorar actitud.

Interés

Habitualmente tenemos claro que ante toda FA con CV >1 es necesaria la anticoagulación, más todavía si existen trombos auriculares¹, pero, en este caso, el elevado riesgo hemorrágico que condicionó la retirada previa de anticoagulación, la situación basal del paciente y la presencia de ACV isquémico, hacen difícil la decisión. Por otra parte, la presencia de trombos intraauriculares clásicamente se ha considerado contraindicación del uso de NACO, no existiendo en la actualidad indicación en ficha técnica³, aunque existen varios metaanálisis que sugieren similares resultados y seguridad al acenocumarol^{2,4}.

Finalmente, pese al reto de tomar la decisión de anticoagular y de decidir la estrategia para hacerlo, se decidió de manera conjunta con la familia, el inicio de anticoagulación con Apixabán 2.5 mg c/12H, NACO con menor tasa de hemorragia digestiva⁵, aportándose cita en 3 meses para nueva ETE y plantear, de nuevo, cierre de orejuela.

Bibliografía:

- 1) Hindricks G, Potpara T, Dagres N, Arbelo E, Baxx JJ, Blomstöm-Lundqvist C, et al. 2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS): The Task Force for the diagnosis and management of atrial fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association (EHRA) of the ESC. *Eur Heart J*. 2021; 42(5):373-498.
- 2) Camilli M, Lombardi M, Del Bouno MG, Chiabrando JG, Vergallo R, Nicolì G, et al. Direct oral anticoagulants vs. Vitamin K antagonists for the treatment of left ventricular thrombosis: a systematic review of the literature and meta-analysis. *Eur Heart J Cardiovasc Pharmacother*. 2021;7(3): e21-5.
- 3) De Junio de F de P 18. Criterios y recomendaciones generales para el uso de nuevos anticoagulantes orales (NACO) en la prevención del ictus y la embolia sistémica en pacientes con fibrilación auricular no valvular [internet]. Svhta.net [citado el 17 de Septiembre de 2021]. Disponible en: [http://www.svhta.net/recursos/2013-06/CRITERIOS_NACO_\(AEMPS\).pdf](http://www.svhta.net/recursos/2013-06/CRITERIOS_NACO_(AEMPS).pdf)
- 4) Lip GYH, Hammerstingl C, Marin F, Cappato R, Meng IL, Kirsch B, et al. Left atrial thrombus resolution in atrial fibrillation or flutter. Results of prospective study with rivaroxaban (X-TRA) and retrospective observational registry providing baseline data (CLOT-AF). *Am Heart J*. 2016;178:126-34.
- 5) López-López JA, Sterne JAC, Thom HHZ, Higgins JPT, Hingorani AD, Okoli GN, et al. Oral anticoagulants for prevention of stroke in atrial fibrillation: systematic review, network meta-analysis, and cost effectiveness analysis. *BMJ*. 2017;359:j5058

COMUNICACIÓN 17

LA ANTICOAGULACIÓN EN EL ANCIANO: UN DOLOR DE CABEZA

Pilar Roquero Giménez; María Martínez-Avial Silva; Clemencia de Rueda Panadero; Luis Flores Sánchez de León; Pablo Díez-Villanueva; Fernando Alfonso Manterola

Hospital Universitario de La Princesa

Antecedentes

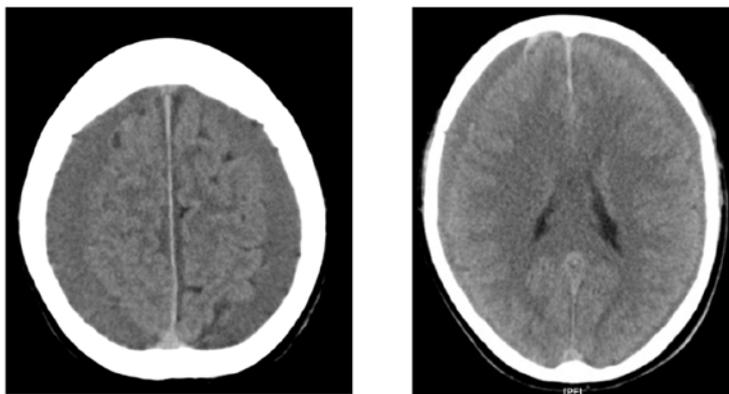
Varón de 88 años, hipertenso, diabético y dislipémico con antecedentes de enfermedad renal crónica (filtrado glomerular 50 mL/min), bloqueo auriculoventricular de primer grado y bloqueo de rama derecha. En seguimiento por Atención Primaria por palpitaciones, diagnosticándose de fibrilación auricular paroxística CHA₂DS₂-VASc 4 en marzo 2020 decidiendo anticoagulación con anti-vitamina K (AVK).

Descripción

A los 20 días de iniciar el tratamiento con acenocumarol, acude a Urgencias por cefalea biparietal opresiva constante de 72 horas de evolución, que le despierta por la noche, sin focalidad neurológica pero acompañada de somnolencia y náuseas. A la exploración neurológica, presenta lateralización en la maniobra de Unterberger, sin otras alteraciones. Ante los datos de alarma, se solicita TC craneal donde se objetiva hematoma subdural bilateral subagudo, con signos de resangrado reciente produciendo efecto masa con desplazamiento de la línea media de unos 4-5 mm y signos incipientes de herniación subfalcial (imágenes 1 y 2). Análíticamente sin anemia, infradosificación de acenocumarol (INR 1,5) y sin deterioro reciente de la función renal. Se decide intervención quirúrgica con trépanos bilaterales, con evacuación de colección hemática subdural a gran presión. Presenta una excelente evolución clínica y radiológica. Al alta, sin anticoagulación.

Interés

La hemorragia intracraneal (HIC) es considerada como uno de los efectos adversos más temibles de la terapia anticoagulante en los pacientes con fibrilación auricular (FA), con una mortalidad de hasta el 50%. Los anticoagulantes de acción directa (ACOD) han demostrado disminuir la incidencia de dicha complicación (1) por lo que se recomiendan de inicio en la FA, especialmente en personas mayores, en las que han demostrado eficacia y seguridad, y también en pacientes con antecedente de HIC con AVK. Respecto al momento de reiniciar la anticoagulación, es importante considerar la evolución clínica y de las pruebas de imagen, siendo fundamental el abordaje multidisciplinar con Neurocirugía y Atención Primaria (2)(3).



Bibliografía:

1. Ruff CT, Giugliano RP, Braunwald E, Hoffman EB, Deenadayalu N, Ezekowitz MD, et al. Comparison of the efficacy and safety of new oral anticoagulants with warfarin in patients with atrial fibrillation: A meta-analysis of randomised trials. *Lancet*. 2014;383(9921):955–62.
2. Tomaselli GF, Mahaffey KW, Cuker A, Dohesh PP, Doherty JU, Eikelboom JW, et al. 2020 ACC Expert Consensus Decision Pathway on Management of Bleeding in Patients on Oral Anticoagulants: A Report of the American College of Cardiology Solution Set Oversight Committee. *J Am Coll Cardiol*. 2020;76(5):594–622.
3. Hindricks G, Potpara T, Dagres N, Bax JJ, Boriani G, Dan GA, et al. 2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). *Eur Heart J*. 2021;42(5):373–498.

**REUNIÓN 2020 Y 2021
DE CARDIOLOGÍA GERIÁTRICA Y
CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS
DE ANTICOAGULACIÓN**

