



## 6037-322. ESTUDIO DE LA FRAGILIDAD EN EL PACIENTE ANCIANO CON ESTENOSIS AÓRTICA GRAVE

Pablo Enrique Solla Suárez<sup>1</sup>, Raquel del Valle Fernández<sup>2</sup>, Rocío Díaz Méndez<sup>2</sup>, Eva López Álvarez<sup>1</sup>, Isabel Pellitero Gómez<sup>2</sup>, Francisco Javier García Aranda<sup>2</sup>, Remigio Padrón Encalada<sup>2</sup>, Alberto Alperi García<sup>2</sup>, Daniel Hernández Vaquero<sup>2</sup>, Pablo Avanzas Fernández<sup>2</sup>, María Martín Fernández<sup>2</sup>, Ana Fidalgo Argüelles<sup>2</sup>, Juan José Solano Jaurrieta<sup>1</sup>, César Morís de la Tassa<sup>2</sup> y José Gutiérrez Rodríguez<sup>1</sup>, del <sup>1</sup>Hospital Monte Naranco, Oviedo (Asturias) y <sup>2</sup>Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo (Asturias).

### Resumen

**Introducción y objetivos:** Los pacientes con estenosis aórtica grave (EAS) sometidos a intervención (quirúrgica o transcáteter) con criterios de fragilidad tienen mayor riesgo de mortalidad, eventos adversos y reingresos a corto/medio plazo. Detectar situaciones de fragilidad y dependencia puede ser útil para mejorar los resultados en términos de salud. Objetivo: describir las características clínicas, funcionales, mentales y sociales de los pacientes con EAS sintomática. Analizar la prevalencia de fragilidad, dependencia funcional y deterioro cognitivo.

**Métodos:** Estudio prospectivo que incluye todos los pacientes mayores de 75 años con EAS evaluados por el equipo multidisciplinar entre el 1 de mayo de 2018 y el 30 de abril de 2019. Se evalúa: edad, sexo, capacidad funcional (índices de Lawton y Barthel), comorbilidad (número de diagnósticos previos, número de fármacos prescritos, índice de Charlson [IC<sub>h</sub>]), estado nutricional (índice de masa corporal [IMC], *Mini Nutritional Assessment* [MNA]), deterioro cognitivo (*Mini Mental State Examination* [MMSE], *Global Deterioration Scale* de Reisberg [GDS-R]), estado de ánimo (*Geriatric Depression Scale* de Yesavage [GDS-Y]), riesgo social (escala sociofamiliar de Gijón) y fragilidad (*Short Physical Performance Battery* [SPPB], *Essential Frailty Toolset* [EFT]).

**Resultados:** Se incluyen 119 pacientes (83,4 ± 4,6 años, 65,5% mujeres). Tienen 9,0 ± 3,1 diagnósticos previos, 7,0 ± 3,4 fármacos y un IC<sub>h</sub> de 2,5 ± 2,0. El IMC es 29,1 ± 5,5 (20,2% en normopeso) y el MNA 11,3 ± 1,7 (41,2% pacientes riesgo de malnutrición, 2,5% desnutrición). Situación funcional: Lawton 5,8 ± 2,0, Barthel 93,0 ± 11,7 (independientes 73,1%). Valoración mental y social: MMSE 26,7 ± 3,4 (65,2% pacientes normal, 14,5% probable deterioro y 12,7% deterioro cognitivo); GDS-R 4 ± 0,8 (74,8% sin déficit, leve 18,5%, leve-moderado 5,9%); GDS-Y 3,0 ± 2,7 (normal 73,9%, depresión leve 21% y moderada 4,2%) y escala sociofamiliar de Gijón 6,4 ± 1,9. Fragilidad: SPPB 8,7 ± 2,5 (40,7% pacientes sólidos, 41,7% prefrágiles y 17,6% frágiles) y EFT 1,3 ± 1,1 (87,3% sólidos y 12,7% frágiles).

**Conclusiones:** Los pacientes con EAS presentan importante comorbilidad, alta prevalencia de sobrepeso, y aceptable situación funcional, mental, anímica y social. La tasa de fragilidad varía entre el 17,6% y el 12,7%, en función del instrumento de evaluación utilizado. Una valoración geriátrica integral que contemple estos aspectos podría tener un papel relevante en la prehabilitación y en la toma de decisiones a la hora de tratar esta patología.