

## Área clínica 1

Jueves, 7 de junio, 11.30 horas

Moderadores:

Alfonso Arias Muñoz

Isabel Pérez Millán

1

### ANÁLISIS DE LOS FACTORES DE RIESGO VASCULAR EN UNA CONSULTA DE GERIATRÍA HOSPITALARIA

Carrasco, V. H.; Rebollo, A.; Areosa, A.; Arranz, L. C.; Torres, M.; Guillén Llera, F.

Servicio de Geriatria. Hospital Universitario de Getafe. Madrid.

**Objetivo:** Identificar factores de riesgo vascular y otras variables en pacientes geriátricos que acuden a Consulta. Clasificar pacientes en función de sus necesidades asistenciales.

**Material y métodos:** Estudio prospectivo de todos los pacientes que asisten a consulta entre los meses de enero a marzo de 2001. Protocolo «ad hoc» recogiendo patologías de base, factores de riesgo, síndromes geriátricos, situación funcional, relación FR con patología cardiovascular y deterioro cognitivo y nivel de consulta más adecuado.

**Resultados:** Fueron valorados 505 pacientes, siendo mujeres un 72%.

**Patologías de base** (exceptuando factores de riesgo): osteoartritis (38%), cardiopatías (24%), ACVA residual (17%), EPOC (17%) y anemia (12%).

**Síndromes geriátricos:** Deterioro cognitivo (38%), Deterioro funcional (23%), Depresión (20%), Incontinencia (19%) y Caídas (11%).

**Situación funcional:** Más del 50% de los pacientes tenían una buena situación física y mental y sólo el 5% presentaban un deterioro severo.

**Factores de riesgo:** Un 80% de los pacientes presentaban algún factor de riesgo. HTA: 68%, Diabetes (DM): 28%. Hipercolesterolemia (HC): 23%. Se asociaron HTA y DM en el 23% y HTA y HC en el 22%. Los tres FR se asociaron en el 10% de los pacientes. Hubo fuerte correlación entre los FR y el antecedente de ACVA, cardiopatía y también con la presencia de deterioro cognitivo.

**Conclusiones:**

1. El 80% de los pacientes que acuden a una consulta de Geriatria hospitalaria presentan algún factor de riesgo.
2. La HTA es el FR más prevalente (68%).
3. Diabetes e hipercolesterolemia se encuentran presentes en el 28% y 23% de los casos.
4. Los tres FR se asocian en el 10% de los pacientes.
5. Hay fuerte correlación entre FR y antecedentes de ACVA y cardiopatía y entre FR y deterioro cognitivo.
6. Una consulta de Geriatria debería disponer de áreas específicas de, al menos, riesgo vascular, deterioro cognitivo, incontinencia, deterioro funcional y caídas.

2

### ESTUDIO PROSPECTIVO DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN UNA UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS

Fernández Martínez, N.; García Martín, R.; Carrasco Meza, V. H.; Vecino Vecino, C.; Guillén Llera, F.

Servicio de Geriatria. Hospital Universitario de Getafe. Madrid.

Rev Esp Geriatr Gerontol 2001;36(S 2):3-6

**Objetivo:** Análisis de los principales factores de riesgo vascular en los pacientes que ingresan en una Unidad Geriátrica de Agudos. Relación de los mismos con la patología motivo de ingreso.

**Material y métodos:** Estudio prospectivo sobre los pacientes que ingresan consecutivamente en la Unidad Geriátrica de Agudos del Hospital Universitario de Getafe. Se utilizan como variables: edad, sexo, mortalidad, principales factores de riesgo (DM, HTA, dislipemia), patología previa y motivo de ingreso relacionados con factores de riesgo y tratamientos empleados.

**Resultados:** De un total de 152 ingresos, 117 pacientes (77%) presentaron factor de riesgo vascular. Edad media de 83,6 años (DS  $\pm$  6,2); un 60% mujeres. La estancia media fue de 8,8 días y fallecieron el 10%.

**Factores de riesgo vascular:** El 46% padecen DM tipo 2 y el 80% HTA. Casi el 90% desconocían si padecen hipercolesterolemia.

**Motivo de ingreso:** IC (27%), Infección respiratoria (BNCO reagudizada o neumonía) (21%), ACVA (5%), ITU (12%), C. Isquémica (2%).

**Patología previa relacionada con el factor de riesgo:** IC (26%), C. Isquémica (23%), ACVA (24%), IR crónica (5%), retinopatía y/o nefropatía. Diabética (3%).

**Tratamiento previo DM:** 16% utilizan insulina, 18% ADO y 8% dieta. HTA: 48% utilizan diuréticos, 29% IECAS y 17% antagonistas del calcio, diuréticos e IECAS el 9,4%; diuréticos y antagonistas del calcio el 8%; antagonistas del calcio e IECAS el 2,5%. **Hipercolesterolemia:** El 90% no sigue ningún tratamiento.

**Tratamiento al alta:** El 70% no sufre cambios significativos en el tratamiento.

**Conclusiones:**

1. El 77% de los pacientes que ingresan en una UGA tienen algún factor de riesgo vascular.
2. Los principales factores de riesgo son: HTA (80%), y DM tipo 2 (46%).
3. La patología previa más frecuente relacionada con los factores de riesgo es: IC (26%), C. isquémica (23%) y ACVA (24%).
4. La DM están en tratamiento con insulina o ADO en proporción semejante.
5. El fármaco más empleado para HTA son los diuréticos (48%), seguido por IECAS (29%), y antagonistas del calcio (17%); la combinación la más frecuente es diuréticos e IECAS (10%).
6. Un porcentaje muy importante desconoce si padecen hiperlipemia y no siguen tratamiento (90%).

3

### PERFIL COGNITIVO Y FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

Sánchez-Guevara, A.; Alonso, P.; Gil-Gregorio, P.; Mesa, C.; Osuna, C. M.; Ribera, J. M.

Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

**Objetivo:** Conocer las modificaciones en la valoración cognitiva de una muestra de ancianos sanos en función del tiempo y los factores de riesgo cardiovascular (FRCV).

**Material y métodos:** Estudio longitudinal (período de seguimiento 10 años) de una población anciana sin deterioro cognitivo conocido y sin patología cerebrovascular asociada, incluidos en el Proyecto «Envejecer con éxito». Muestra: 108 (edad media:  $65,8 \pm 4,6$ ; mujeres 58,3%).

Se valoran las puntuaciones obtenidas en el Minimental (MMSE de Lobo): basal, 3, 5, 7 y 10 años. Se analizan cifras de tensión arterial sistólica-diafólica, cardiopatía isquémica, fracción de eyección, hipertrofia ventricular izquierda, niveles de colesterol, presencia de diabetes, existencia de hábitos tóxicos (tabaco y alcohol), utilización de antiinflamatorios no esteroideos (AINES), así como la presencia o no de síndrome depresivo.

Se constituye una base de datos SPSS para el estudio estadístico, comparación de medidas mediante t de Student, con nivel de significación del 95%, y análisis de regresión.

**Resultados:** MMSE basal:  $30,2 \pm 4$ , MMSE 3:  $30,5 \pm 3,5$ , MMSE 5:  $30,1 \pm 4,1$ , MMSE 7:  $29,8 \pm 5,3$ , MMSE 10:  $28,6 \pm 5,9$ . (MMSE basal vs MMSE 10,  $p < 0,05$ ).

Los pacientes diabéticos, hipertensos e hipercolesterolémicos presentan puntuaciones basales en el MMSE inferiores, aunque sin alcanzar significación estadística. Así mismo aquellos que tomaban AINES de forma habitual presentaban puntuaciones superiores.

**Conclusiones:**

1. Los ancianos de nuestra muestra mantienen una buena función cognitiva hasta edades avanzadas.
2. Los FRCV pueden modificar los parámetros cognitivos de dicho grupo.

#### 4

### HIPERTENSIÓN Y DETERIORO DE LA FUNCIÓN RENAL. ESTUDIO «CUIDAR EL RIÑÓN»

Guillén, F.\*; Olivares, J.\*\*; Morales-Olivas, F\*\*\*; Sánchez, J. J.\*\*\*\*

\* Hospital Universitario de Getafe. \*\* Hospital General de Alicante. \*\*\* Universidad de Valencia. \*\*\*\* Universidad Autónoma Madrid.

**Objetivo:** Estudiar la función renal mediante aclaramiento de creatinina plasmática (CRCL) a partir de la creatinina sérica (CR), en función de edad y presencia o no de hipertensión arterial (HTA).

**Material y métodos:** Estudio observacional, prospectivo, transversal y comparativo de pacientes atendidos en Atención Primaria. Obtención de la CPCL mediante calculadora preprograma a partir de la fórmula de Croc-kroft y Gault.

**Resultados:** Fueron incluidos 3.420 pacientes, de edad media 70 años. Menores de 65 años, 19,4%; 65-75: 57,3% y > 75:23,3%. El 53,8% fueron mujeres.

Hipertensos el 65,8% de la muestra. Un 40% tenían HSA, El 27,9% estaban controlados (< 140-90 mm Hg). Tratados con fármacos el 98,1%, siendo los IECAS (39,5%) el grupo más utilizado, el 26,7% tomaba más de un fármaco.

Los valores de CPCL fueron más sensibles que los de CP para medir función renal, ya que existe correlación entre edad y CPCL pero no entre edad y CP. Los niveles de CPCL disminuyen significativamente en todos los grupos según avanza la edad. Son inferiores en hipertensos que en normotensos y aún más en el caso de la HSA

**Conclusiones:**

1. La edad y la HTA originan deterioro de la función renal medida por aclaramiento de creatinina.
2. La HSA origina un mayor deterioro.
3. La edad parece ser incluso un mayor determinante que la propia HTA.
4. El aclaramiento de creatinina mediante calculadora preprograma es más sensible que la creatinina plasmática y puede ser un sencillo buen instrumento en medio comunitario para toma de decisiones terapéuticas en pacientes de edad.

*Estudio patrocinado por las Sociedades Españolas de Geriatría y Nefrología y realizado con la colaboración de Bristol Myers Squibb. Especial agradecimiento a los médicos de Atención Primaria que participaron en el estudio.*

#### 5

### VARIABILIDAD Y RITMO CIRCADIANO DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN EL ICTUS AGUDO

Abizanda Soler, P.; Luengo Márquez, C.; Romero Rizos, L.; Sánchez Jurado, P. M.; Gallego Moreno, J. A.; Estrella Cazalla, J. D.

Hospital Perpetuo Socorro. Albacete.

**Objetivos:** Describir la variabilidad y ritmo circadiano de la presión arterial Media (PAM) en el ictus agudo. Analizar si sus valores están influenciados por las características de los enfermos y si se asocian con morbimortalidad a 7 y 30 días.

**Método:** A 93 pacientes ingresados por un primer episodio de ictus se les realizó una monitorización ambulatoria de la presión arterial en las primeras 24 horas. Se describen las cifras de PAM y su variabilidad (calculada como la desviación estándar de la media de la PA en 24 horas para cada paciente) en los períodos diurno (7 a 22 horas), nocturno (22 a 7 horas) y global. Estos valores se relacionaron con la edad, sexo, historia de hipertensión arterial o diabetes, tipo de ictus, síndrome neurovascular, presencia de fibrilación auricular, administración de tratamiento hipotensor y temperatura corporal, así como con mortalidad y deterioro funcional a los 30 días (calculado con el índice de Rankin) mediante pruebas t-Student.

**Resultados:** PAM global 103,1 mmHg (DE 14,7), PAM diurna 103,9 mmHg (DE 14,5), PAM nocturna 101,8 mmHg (DE 16,1). La PAM diurna fue un 2% mayor que la nocturna ( $p < 0,05$ ). 14 pacientes (15,6%) presentaron un descenso fisiológico nocturno de la PAM mayor o igual al 10% pudiendo ser considerados «dippers». Del resto («non-dippers»), 41 casos (45,6%) presentaron un descenso nocturno de los valores de PAM inferior al 10% y 35 casos (38,91%) presentaron valores nocturnos superiores a los diurnos. El estado de «non-dipper» no se asoció a la edad, sexo, historia de hipertensión, tipo de ictus, síndrome neurovascular, fibrilación auricular, temperatura o tratamiento hipotensor. Sin embargo, todos los sujetos diabéticos (20 casos) fueron «non-dipper» ( $p < 0,05$ ). Los pacientes sin descenso fisiológico de la PAM no presentaron mayor morbimortalidad a los 30 días. La variabilidad de la PAM fue 11,1 mmHg (DE 3,6) en el período global, 10,9 mmHg (DE 3,5) en el diurno y 9,9 mmHg (DE 3,7) en el nocturno. La variabilidad en el período diurno fue un 9% superior a la del nocturno ( $p < 0,01$ ) sugiriendo una mayor hiperactividad simpática en este período. No se detectaron asociaciones con variabilidad, características de los pacientes o morbimortalidad.

**Conclusiones:** La PAM en la fase aguda de un ictus es mayor en el período diurno que en el nocturno aunque solo un 15,6% de los casos se consideran «dippers». Solo el ser diabético se asoció significativamente con la pérdida del descenso fisiológico de la PAM. La variabilidad de la PAM es también mayor en el período diurno reflejando una hiperactividad simpática. Ni la variabilidad ni el descenso fisiológico de la PAM se asocian con morbimortalidad a los 30 días.

#### 6

### INSUFICIENCIA CARDÍACA EN UNA UNIDAD DE GERIATRÍA DE AGUDOS

Arcosa Sastre, A.; Rodríguez Díaz-Regañón, I.; Conde Bejarano, C.; Carrasco Meza, V. H.; Guillén Llera, F.

Servicio de Geriatría Hospital Universitario de Getafe. Madrid.

**Objetivos:** Estudiar los precipitantes, estudios realizados y tratamiento al alta de los pacientes diagnosticados de insuficiencia cardíaca (IC).

**Material y métodos:** Se revisaron retrospectivamente 207 historias de pacientes ingresados entre noviembre del 99 hasta diciembre de 2000 en una Unidad de Geriatría de Agudos (UGA), en los que consta la IC como

diagnóstico principal. Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, factores de riesgo cardiovascular. Situación Basal (SB) según la Escala de Cruz Roja (ECR), precipitantes, estudios realizados y resultados, y el tratamiento recibido al alta. Se utilizó el programa File Maker 5.0.

**Resultados:** La edad media fue 84,5 ( $\pm$  9,96) años, de los que 71% son mujeres. Un 80,6% tiene una SB funcional < 3 según la ECR y 82% una SB mental < 2 según ECR. El 67% son hipertensos, un 30% diabéticos y un 29% tienen antecedentes de cardiopatía isquémica. El desencadenante más frecuente es la infección respiratoria (41%), en 14% una taquiarritmia y en 6% mala cumplimentación del tratamiento. En 18%, se desconoce el precipitante. Se realiza ecocardiograma en 60% de los pacientes. Entre los pacientes con ecocardiograma en 41% se demuestra una disfunción diastólica, en 28% sistólica y una disfunción mixta en 31%. La alteración valvular significativa aislada más frecuente es la insuficiencia mitral (10,5%), que en 14% se asocia a insuficiencia aórtica o tricuspídea. La estenosis aórtica significativa se describe en 9,7% de los pacientes. El fármaco más prescrito al alta es furosemida. 7,4% no reciben ningún diurético al alta. La combinación más frecuente (16%) es la de un IECA con un diurético. A esto se asocia digoxina en 13% y nitratos en 9%.

**Conclusiones:** La hipertensión arterial, la diabetes y la cardiopatía isquémica son los factores de riesgo más frecuentes. El desencadenante de la IC más prevalente es la infección respiratoria. Se objetiva disfunción diastólica pura en más de la tercera parte de los casos. Existe una elevada utilización de diuréticos al alta.

7

## PAPEL DEL TEST DE MESA BASCULANTE EN EL ESTUDIO DEL SÍNCOPE DEL ANCIANO Y NUESTRA EXPERIENCIA CON 20 CASOS

Coloma Cavero, J.; Ferro Múgica, J.; Iriarte Arotzarena, L.; Doxandabartz Ilundain, J.

Centro Bihotz. San Sebastián.

**Objetivo:** El test de mesa basculante es la exploración complementaria utilizada para el estudio de los síncope relacionados con el ortostatismo. Se trata de una prueba de provocación en la que el paciente es llevado mediante una camilla que puede ser elevada de la posición en decúbito supino a la posición próxima a la vertical. Se utilizan inclinaciones de 60°-70°. La prueba tiene una fase sin medicación en la que se mantiene al paciente inclinado durante 30-45 minutos y otra fase con administración de medicación (isoproterenol o nitroglicerina) en la que el paciente es inclinado en la mesa durante 10-15 minutos.

Con esta prueba podemos evaluar los trastornos que producen clínica sincopal en ortostatismo, es decir, la hipotensión ortostática, la disfunción autonómica, el síncope neurocardiogénico (un tipo de síncope reflejo como son el síncope miccional, la hipersensibilidad del seno carotídeo, síncope tusígeno etc.), la incompetencia cronotrópica y la taquicardia postural (POTS).

En pacientes ancianos la mesa basculante tiene las siguientes indicaciones:

1. Síncope recurrente en pacientes en los que tras realización de historia clínica, exploración física, ECG y masaje carotídeo no se objetive cardiopatía, y la ergometría y el ecocardiograma son normales.

2. Síncope recurrente en pacientes cuya cardiopatía ha sido estudiada y tratada correctamente y persisten los síncope.

**Método:** En nuestro centro hemos realizado la mesa basculante a 20 pacientes (10 mujeres y 10 hombres) mayores de 65 años, con una edad media de 72,05 años y un rango entre 66 años y 87 años. Las mujeres tienen una edad media de 72,7 años y los hombres de 71,4 años.

**Resultados:** La prueba fue positiva en 16 pacientes (ocho mujeres y ocho hombres), cinco presentaron respuesta de disfunción autonómica e hipotensión ortostática, 11 prueba positiva para síncope neurocardiogénico (nueve respuesta mixta y dos cardioinhibitoria). La prueba fue positiva en la fase sin medicación en seis pacientes (cinco con respuesta de disfunción autonómica y uno de síncope neurocardiogénico, y con medicación en 10 (cinco con nitroglicerina y cinco con isoproterenol). En cuanto a la concordancia entre el síncope espontáneo del paciente y el provocado

en la basculación; 11 pacientes lo encontraron igual (cuatro con respuesta de disfunción autonómica y siete de síncope neurocardiogénico), dos opinaban que era diferente (uno con respuesta de síncope neurocardiogénico y uno con disfunción autonómica). En tres casos los pacientes no recordaban el episodio sincopal.

8

## MEJORÍA DE LA CAPACIDAD FÍSICA EN ANCIANOS CARDÍOPATAS TRAS PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDÍACA

Ferro Mugica, J.; Coloma Cavero, J.

Centro Bihotz. San Sebastián.

**Objetivos:** Valorar mejoría obtenida en ancianos cardiopatas tras programa de as Rehabilitación Cardíaca (RC) y su comparación con grupo de edad más joven.

**Método:** Se aplica programa de RC a 43 pacientes ancianos (69,3  $\pm$  3 años). Grupo control de 43 pacientes de edad inferior (51,5  $\pm$  2).

Los pacientes realizaron un programa de tres sesiones semanales de ejercicio físico, además de estudio psicológico, sesiones de relajación, charlas orientativas sobre su enfermedad y los factores de riesgo. La cardiopatía presente más frecuente fue el infarto de miocardio, seguido de la cirugía de bypass aortocoronario, prácticamente similar en ambos grupos.

La función ventricular media fue similar en los dos grupos (FE: 57  $\pm$  8% vs 56  $\pm$  11%) con un rango entre el 40 y el 70% en ancianos y entre el 28 y el 72% en el grupo control.

**Resultados:** La capacidad de esfuerzo, medida como tiempo de esfuerzo en la ergometría (protocolo de Bruce) fue menor en los pacientes ancianos tanto al iniciar el programa de RC (441 vs 545 seg) como al finalizarlo (545 vs 667), pero en ambos grupos se obtuvo un aumento porcentual similar del tiempo de esfuerzo, en relación a su capacidad inicial: 23,6% y 23,5% en ancianos y grupo control, respectivamente. Este aumento fue más llamativo (69%) en aquellos con baja capacidad de esfuerzo inicial ( $\leq$  7 Mets).

**Conclusiones:** La realización de programas reglados de RC en cardiopatas ancianos sin disfunción ventricular severa, logra aumentos de la capacidad de esfuerzo similares a los obtenidos en pacientes más jóvenes.

El nivel de capacidad de esfuerzo alcanzado tras el programa de RC es el correcto en el sentido de permitir una calidad de vida y un nivel de actividad y autosuficiencia óptimos. Este cambio fue aun más apreciable en aquellos con menor capacidad de esfuerzo al inicio del programa.

La edad avanzada no debe ser obstáculo para la inclusión de pacientes cardiopatas en programa de RC, esperándose una mayor recuperación funcional si su capacidad de esfuerzo está limitada.

9

## TRATAMIENTO DE LA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA EN PACIENTES > 60 AÑOS EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

Álvarez Nebreda, M. L.; Pérez Tamayo, I.; Serra Rexach, J. A.; Brañas Baztán, F.; González Ramallo, V. J.; Granda Martín, M. J.; Ortiz Alonso, J.

Servicio de Geriatria. Unidad de Hospitalización a Domicilio. Servicio de Urgencias. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

**Objetivos:** Describir la evolución de los pacientes  $\geq$  de 60 años, diagnosticados de trombosis venosa profunda (TVP) y tratados con heparina de bajo peso molecular (HBPM) en una Unidad de hospitalización a domicilio.

**Método:** Se han estudiado 70 pacientes  $\geq$  60 años con TVP proximal o distal, diagnosticada por flebografía isotópica, convencional o eco-doppler, que por sus características son candidatos a ser incluidos en un programa de tratamiento en hospitalización a domicilio. Se realizó tratamiento con HBPM en régimen de 1-2 dosis / día y posteriormente se inició tratamiento con dicumarínicos de forma prolongada. Se recogieron datos acerca de su

edad, sexo, factores de riesgo de TVP, localización de la misma, días de tratamiento subcutáneo, número de controles de INR, estancia media, re-trombosis, reingresos y efectos secundarios del tratamiento. Se realizó seguimiento mediante entrevista telefónica a los tres y seis meses para recoger datos acerca de la evolución clínica.

**Resultados:** El número total de pacientes fue 70, de los cuales un 47% eran varones y un 53% mujeres. La edad media fue 73,5 años (61-89). El factor de riesgo más frecuente fue la existencia de TVP previa (28,6%) seguido de la existencia de neoplasia (17,1%). La localización de la TVP fue proximal en el 82,9% de los casos. La duración media del tratamiento subcutáneo fue de  $5 \pm 2$  días con una media de 2-3 controles de INR y una estancia media de  $9,6 \pm 3,2$  días. No se objetivó sangrado secundario al tratamiento, reingreso por retrombosis ni casos de tromboembolismo pulmonar.

**Conclusión:** El tratamiento domiciliario de la TVP con HBPM en pacientes de 60 años es una alternativa eficaz y segura, evitando el ingreso en hospitalización convencional.

## 10

### VALVULOPLASTIA MITRAL EN EL ANCIANO

*Martín, F. J.; Feijoo, R.; León, A.; Montiel, M.; Sánchez, C.; Bañuelos, C.\*; Ribera, J. M.*

Servicio de Geriátria. \* Unidad de Hemodinámica. Hospital Universitario Clínico San Carlos de Madrid.

**Objetivo:** Valorar las indicaciones y resultados inmediatos de la valvuloplastia mitral (VPM) en mayores de 65 años.

**Método:** Se revisaron 184 VPM consecutivas a lo largo de 10 años (mayo 1989-octubre 1999). Se dividieron en dos grupos; el grupo A 143 pacientes (77,71%) entre 65-74 años. El grupo B 41 pacientes (22,28%)  $\geq$  75 años.

**Resultados:** Los pacientes del grupo B se encontraban más sintomáticos (NYHA III-IV 92% vs 67%) y con peor «score» ecocardiográfico ( $9,46 \pm 1,92$  vs  $8,41 \pm 1,78$ ;  $p < 0,002$ ). La VPM fue efectiva en el 84% del grupo A y 80% del grupo B. Se alcanza un área media final de  $1,6 \text{ cm}^2 (\pm 0,41)$  vs  $1,58 \text{ cm}^2 (\pm 0,35)$ . Se detecta reducción en al menos un grado de la NYHA (New York Heart Association) en 83,5% y 88% ( $p < 0,005$ ) respectivamente. No se objetivan diferencias respecto al aumento del área ( $0,62 \text{ cm}^2$  vs  $0,64 \text{ cm}^2$ ), ni respecto a la disminución del gradiente ( $5,17 \text{ mmHg}$  vs  $5,70 \text{ mmHg}$ ) ni de la presión sistólica de la arteria pulmonar ( $9,12 \text{ mmHg}$  vs  $11,56 \text{ mmHg}$ ). No se evidencian diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos: respecto a insuficiencia mitral severa (21% vs 18%).

**Conclusiones:** En la muestra analizada no se observan diferencias respecto a los resultados inmediatos clínicos, hemodinámicos y complicaciones entre ambos grupos. La VPM es un procedimiento de elección en el tratamiento de la estenosis mitral severa sintomática, no siendo la edad un factor a considerar en el resultado final de la misma.