Rev Esp Cardiol. 2023;76(Supl 1): 784

Revista Española de Cardiología

8. SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN PACIENTES NONAGENARIOS, INDIVIDUALIZANDO LA ESTRATEGIA TERAPÉUTICA Y ASISTENCIAL

Ester Mínguez de la Guía, Macarena López Vázquez, Nuria Vallejo Calcerrada, Sonia Cebrián López, Pablo Valentín García, Alicia Prieto Lobato, Marta Cubells Pastor, Álvaro Pinar Abellán, Sara Díaz Lancha, Laura Expósito Calamardo, Raquel Ramos Martínez, Isabel López Neyra, Francisco Manuel Salmerón Martínez, Jesús María Jiménez Mazuecos y Miguel José Corbi Pascual

Cardiología. Hospital General de Albacete, Albacete, España.

Resumen

Introducción y objetivos: La incidencia y la prevalencia de síndrome coronario agudo (SCA) aumenta con la edad. La escasa representación de los pacientes (p) ancianos nonagenarios en los ensayos clínicos dificulta el manejo y la toma de decisiones en este grupo de población.

Métodos: Análisis retrospectivo de un total de 59 p con edad mayor o igual a 90 años ingresados en la unidad de cuidados críticos cardiovasculares (UCIC) de nuestro hospital con diagnóstico de SCA entre los años 2012 y 2022. El objetivo principal es analizar las características basales e intrahospitalarias de los pacientes ingresados por SCA en una UCIC.

Resultados: De los p incluidos más de la mitad (54,2%) eran varones con una edad media de 91 años. El 93,4% tenían hipertensión arterial (HTA), mientras que el 22,4% y el 39% diabetes mellitus (DM) y dislipemia (DLP). El 5,1% y el 8,5% eran fumadores y exfumadores respectivamente. El 10,2% presentaba antecedentes de cardiopatía isquémica (CI) y la mayoría (79,7%) no tenían antecedentes de fibrilación auricular (FA). El motivo de ingreso principal fue el síndrome coronario agudo con elevación del ST (SCACEST) y en clase Killip II, siendo la localización más frecuente anterior y anteroseptal (41,4%). La arteria más frecuentemente responsable fue la arteria descendente anterior (40,7%). La estrategia de revascularización elegida fue la angioplastia percutánea (84,7%) por acceso radial (78%) con implante de *stent* mecánico en la mayoría (85,2%). El tiempo medio de revascularización fue de 3 horas, recibiendo Adiro y Clopidogrel la mayoría, el riesgo hemorrágico fue alto (GRACE 208). La fracción de eyección del ventrículo izquierdo media al ingreso fue del 42%. Durante el ingreso un 3,6% presentó complicaciones TIMI mayores, el 3,4% requirió intubación orotraqueal. Durante el ingreso el 15,3% de los p presentó FA paroxística, presentándola el 5,1% al alta. Un 7,8% fallecieron durante su estancia.

Características de los pacientes con edad mayor o igual a 90 años ingresados en UCIC con SCA

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Edad	59	90	98	91,66	1,844

GRACE score	4	146	313	208,25	75,062
CRUSADE score	4	42	70	50,00	13,466
Tiempo clínica-arteria abierta (minutos)	46	0,0	1440,0	279,891	282,8319
Glucemia al ingreso	55	80	354	164,96	62,025
Creatinina (mg/dl)	58	0,61	2,61	1,2943	0,44353
CroKcroft	58	18,0	96,0	48,393	19,7062
Hemoglobina (g/l)	57	8,80	16,50	12,8298	1,89256
HbA1c	41	4,7	38,1	6,629	5,0915
Cifras LDL	49	36	165	86,20	27,762
Cifras HDL	49	17	91	49,71	15,801
Pico de TnTUS	58	162	10.000	5.232,57	3.532,142
Pico CK total	58	36	6.043	1.671,45	1.561,463
FEVI inicial	58	20,00	65,00	42,4138	12,11065
FEVD inicial	56	20,00	60,00	53,3929	10,74951
N válido (según lista)	1				

FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; FEVD: fracción de eyección del ventrículo derecho.

Conclusiones: La mayoría de pacientes ingresaron por un SCACEST. En la mayoría se llevó a cabo una ICP precoz (3 horas). A pesar del alto riesgo hemorrágico, la tasa de complicaciones y la mortalidad intrahospitalaria fue baja. Esto puede estar explicado por una selección de pacientes con menor riesgo. Por lo tanto la edad no debería excluir la estrategia percutánea precoz ni el ingreso en UCIC, es necesario más estudios para seleccionar de forma adecuada la estrategia en los p nonagenarios con SCA.