



Revista Española de Cardiología



6036-468. IMPACTO DEL MANEJO INVASIVO DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL ST SOBRE LA MORTALIDAD EN EL PACIENTE ANCIANO

Óscar González Fernández, Ángel Manuel Iniesta Manjavacas, Sandra Ofelia Rosillo Rodríguez, Isabel Antorrena Miranda, Carlos Antonio Álvarez Ortega, Ricardo Mori Junco, Inés Ponz de Antonio y José Luis López Sendón del Servicio de Cardiología del Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Resumen

Introducción: El SCASEST es la forma de presentación más frecuente de cardiopatía isquémica (CI) en el anciano. La escasa evidencia a favor del tratamiento (tto) invasivo, y la presencia de comorbilidades, han llevado a un menor uso de la revascularización en estos pacientes (p).

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de los p. con edad $\geq$ 80 años ingresados en un hospital terciario, que presentaron un SCASEST durante el 2012, con el objetivo principal de determinar la mortalidad global a un año en función del tipo de estrategia empleada (cateterismo vs tto conservador). Así mismo, se analizaron la mortalidad cardiovascular, nuevo infarto agudo de miocardio (IAM), ictus y hemorragia mayor.

Resultados: Se analizaron 119 p, edad $84,6 \pm 3,5$ años, 57,1% varones. Se realizó coronariografía en el 60,5%, con intervencionismo coronario percutáneo en 79,5% de los casos (revascularización completa 46,6%). Respecto a la edad, factores de riesgo cardiovascular y comorbilidades (CI previa, neumopatía grave, insuficiencia renal y neoplasia activa) no se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos. Se estudió el grado de dependencia de los p: 79,8% independientes (Barthel 100), 11,8% semidependientes (40-95) y 8,4% dependientes ($\leq$ 40), observándose que en los independientes se optó con más frecuencia por tto invasivo (70,5%, 35,7% y 10% respectivamente, $p = 0,01$). No hubo diferencias en el tto en aquellos p. con elevación de troponina I (68,1%) ni con disfunción ventricular. La mortalidad global a un año fue menor en los que recibieron tto invasivo (12,9% vs 50%; $p = 0,01$). La mortalidad cardiovascular también fue menor en dicho grupo (7,5% vs 40,5%; $p = 0,01$), así como los eventos cardiovasculares totales (23,3% vs 56,5%; $p = 0,01$). No se encontraron diferencias al año en la incidencia de IAM (11,9%), ictus (1,8%) ni hemorragias mayores (4,6%). Un mayor grado de dependencia se asoció de forma significativa a mayor mortalidad total, mortalidad cardiovascular e incidencia de eventos. Hubo tendencia a una menor mortalidad en los casos con revascularización completa (15,6% vs 31,3%; NS).

Características basales de los pacientes en función de la estrategia terapéutica

	Tratamiento invasivo (n = 73)	Tratamiento conservador (n = 46)	p

Edad (años)	84,1 ± 3,4	85,3 ± 3,6	NS
Varones (%)	56,2	58,7	NS
Hipertensión arterial (%)	89,0	89,1	NS
Dislipemia (%)	46,6	43,5	NS
Diabetes (%)	42,5	30,4	NS
Fumador (%)	1,4	6,4	NS
Exfumador (%)	29,2	27,7	NS
Cardiopatía isquémica previa (%)	42,5	50	NS
ICP previa (%)	27,4	26,7	NS
By-pass previo (%)	6,8	4,3	NS
Neoplasia activa (%)	6,8	6,5	NS
Insuficiencia renal (%)	20,5	21,7	NS
Neumopatía grave (%)	19,2	30,4	NS
Independencia (%)	91,8	60,9	0,01
Semidependencia (%)	6,8	19,6	
Dependencia (%)	1,4	19,6	
FEVI (%)	49,8 ± 14,0	46,07 ± 14,5	NS

Conclusiones: La estrategia invasiva se asoció a una menor mortalidad total y cardiovascular al año, así como a una menor tasa de eventos, en los p ancianos con SCASEST. Un mayor grado de dependencia se relacionó con la aparición de eventos adversos.