



## 6010-166. PRONÓSTICO A LARGO PLAZO DE LA ANGIOPLASTIA PRIMARIA EN ANCIANOS

Helena Llamas Gómez, María José Romero Reyes, Ana Isabel Moya Martín, Francisco José Sánchez Burguillos, Sara Ballesteros Pradas, Pastor Luis Pérez Santigosa, Francisco Javier Molano Casimiro y Luis F. Pastor Torres del Servicio de Cardiología del Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** Dada la mayor expectativa de vida, el porcentaje de pacientes ancianos sometidos a una angioplastia primaria (AP) es cada vez mayor. Evaluamos el pronóstico a largo plazo de los pacientes mayores de 75 años a los que se realiza AP, comparándolo con un grupo de pacientes de entre 65 y 74 años.

**Métodos:** Estudio de cohortes retrospectivo en el que se analizaron los pacientes > 65 años a los que se les realizó AP en nuestro hospital desde 2005 hasta febrero de 2015. Clasificamos a los pacientes en 2 cohortes según la edad.

**Resultados:** Fueron incluidos 168 pacientes, de los cuales 80 (47,6%) tenían entre 65 y 74 años y 88 (52,4%) eran  $\geq$  75 años. Las características basales de ambos grupos se exponen en la tabla. En el grupo de  $\geq$  75 años había mayor proporción de mujeres y de pacientes con disfunción sistólica grave. En la AP estos pacientes presentaron mayor porcentaje de revascularización incompleta y acceso femoral con respecto a los pacientes más jóvenes. La mortalidad global a los 3 años fue del 32% en el grupo de pacientes  $\geq$  75, significativamente mayor que en el grupo de pacientes 75 años en el que fue del 14% (OR 3,7 [IC95% 1,6-8,4];  $p = 0,001$ ). Asimismo, la mortalidad por causa cardíaca fue significativamente mayor en el grupo de pacientes  $\geq$  75 años: 20 frente a 6% (OR 4,6 [IC95% 1,6-13,3];  $p = 0,002$ ). La incidencia de eventos cardiovasculares no mortales (trombosis o restenosis del *stent* e infarto de miocardio no mortal) durante el seguimiento fue baja, sin que se encontrasen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. Los principales predictores de mortalidad global en nuestro estudio fueron la presencia de disfunción sistólica del ventrículo izquierdo y el número de vasos enfermos.

	75 años (n = 80)	$\geq$ 75 años (n = 88)	Valor de la p
Sexo masculino	57 (71,3)	44 (50)	0,003
Tabaquismo activo	17 (21,3)	9 (10,2)	0,018
Hipertensión arterial	51 (63,7)	62 (70,5)	0,41

Hipercolesterolemia	44 (55)	45 (51,1)	0,13
Diabetes	35 (43,8)	34 (38,6)	0,41
FEVI 40%	12 (14,8)	24 (27,3)	0,034
IAM previo	18 (22,5)	10 (11,4)	0,062
Killip ? II	25 (32)	31 (39)	0,348
Creatinina al ingreso	0,97 (0,45)	1,11 (0,45)	0,13
Arteria descendente anterior (ADA) vaso culpable	33 (41,3)	46 (52,3)	0,23
Revascularización incompleta	33 (45,2)	46 (52,3)	0,033
Vía radial	67 (83,8)	63 (71,6)	0,008
Enfermedad multivaso	51 (63,7)	53 (60,2)	0,96
<i>Stent</i> farmacoactivo	27 (39%)	38 (48%)	0,139
Diámetro del <i>stent</i>	2,56 (1,05)	2,96 (2,9)	0,31
Longitud del <i>stent</i>	19,23 (9,6)	17,96 (8,96)	0,48
ICp > 6 horas desde el inicio del dolor	16 (25)	22 (31,9)	0,12
Tromboaspiración	35 (43,8)	31 (35,2)	0,30
ACTP otro vaso en el mismo procedimiento	8 (10)	9 (10,2)	0,92

Los datos se expresan como el número de pacientes y el porcentaje del total entre paréntesis o como media  $\pm$  desviación estándar (DE).

**Conclusiones:** A pesar de que la mortalidad global y por causa cardiaca a largo plazo de los pacientes  $\geq 75$  años sometidos a una AP es significativamente mayor que en pacientes más jóvenes, los resultados a largo plazo de esta técnica parecen aceptables en este subgrupo de pacientes, por lo que la edad no debería ser un factor limitante al acceso a la AP tras un infarto.