



## 4008-4. EL CÓDIGO INFARTO EN EL ANCIANO: CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES DE UNA POBLACIÓN SIEMPRE DE ALTO RIESGO

José María Gómez Sansano<sup>1</sup>, Emilio Galcerá Jornet<sup>1</sup>, Juan Miguel Ruiz Nodar<sup>1</sup>, David Ramos Alzamora<sup>2</sup>, Pascual Bordes Siscar<sup>1</sup>, Javier Pineda Rocamora<sup>1</sup>, José Valencia Martín<sup>1</sup> y Vicente Mainar Tello<sup>1</sup> del <sup>1</sup>Hospital General Universitario de Alicante y <sup>2</sup>Hospital General Universitario de Elche, Elche (Alicante).

### Resumen

**Introducción y objetivos:** Los pacientes  $\geq 75$  años constituyen un subgrupo de elevado riesgo en el escenario del infarto agudo de miocardio (IAM). Presentan consideraciones especiales en cuanto a los síntomas, las comorbilidades asociadas, el riesgo de complicaciones y el manejo al que se someten. El objetivo de este estudio fue analizar las características diferenciales de la población anciana en un programa de código infarto (CI).

**Métodos:** Registro prospectivo consecutivo de los pacientes remitidos para angioplastia primaria durante el año 2014 (N = 518) realizando un análisis comparativo de las características de la activación del CI, el manejo y la evolución posterior entre los pacientes de edad  $\geq 75$  años (N = 116, 22%) (rango 75-90) y los de  $< 75$  años.

**Resultados:** Los pacientes ancianos presentan una mediana de retraso entre el inicio de los síntomas y el primer contacto médico similar a la de los  $< 75$  años (93 frente a 78 minutos;  $p = 0,44$ ). En los mayores, el tiempo entre el primer contacto médico y la activación del código infarto fue de 40 minutos, y desde el primer contacto hasta la reperusión de 135 minutos, mientras que en los  $< 75$  años fue de 31 minutos ( $p = 0,014$ ) y 123 minutos ( $p = 0,005$ ) respectivamente. Entre los  $\geq 75$  años, la tasa de pretratamiento con doble antiagregación fue similar a la de los más jóvenes (80% frente a 73%;  $p = 0,14$ ) si bien se usó más clopidogrel (63% frente a 45%;  $p = 0,003$ ). El acceso radial fue el electivo pero en menor porcentaje que en los más jóvenes (72% frente a 86%;  $p < 0,001$ ). Se detectó más enfermedad multivaso (55% frente a 42%;  $p = 0,021$ ) y la estancia fue más prolongada (6 frente a 4 días;  $p < 0,001$ ). La mortalidad al alta fue similar (8,6 frente a 5,5%;  $p = 0,21$ ). En el seguimiento a medio plazo (mediana 9 meses) los ancianos mostraron peor pronóstico con mayor tasa de reingreso por causa cardiovascular (13% frente a 5%,  $p = 0,025$ ), mayor índice de sangrados (9% frente a 4%,  $p = 0,046$ ) y tendencia a mayor mortalidad (13% frente a 7%;  $p = 0,085$ ).

**Conclusiones:** La población anciana con infarto presenta mayores retrasos en la activación del código infarto lo que genera mayor tiempo entre primer contacto médico y reperusión, y mayor tiempo de isquemia que en la población más joven. El pronóstico de esta población es peor, con tendencia a mayor mortalidad y más necesidad de reingreso por causa cardíaca en el medio plazo.