



5002-5. EMPLEO DE ESTATINAS EN OCTOGENARIOS DESPUÉS DE UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Lourdes Vicent Alaminos¹, Albert Ariza Solé², Pablo Díez Villanueva³, Oriol Alegre Canals², Juan Sanchis Forés⁴, Ramón López Palop⁵, Francesc Formiga Pérez², Violeta González Salvado⁶, Héctor Bueno Zamora⁷, Francisco Marín Ortuño⁸, Cinta Llibre Pallarés⁹, Joan Isaac Llaó Ferrando², María Teresa Vidán Astiz¹, Emad Abu-Assi¹⁰, Jaime Aboal Viñas¹¹, Francisco Fernández Avilés¹² y Manuel Martínez Sellés¹², del ¹Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, ²Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet del Llobregat (Barcelona), ³Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, ⁴Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, ⁵Hospital Universitario San Juan de Alicante, San Juan de Alicante (Alicante), ⁶Complejo Hospitalario Universitario de Santiago, Santiago de Compostela (A Coruña), ⁷Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, ⁸Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar (Murcia), ⁹Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Badalona (Barcelona), ¹⁰Hospital Universitario Álvaro Cunqueiro, Vigo (Pontevedra), ¹¹Hospital Universitario Doctor Josep Trueta, Girona y ¹²Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: Las estatinas son uno de los pilares del tratamiento de los pacientes después de un síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (SCASEST) pero los pacientes ancianos están infrarrepresentados en los ensayos clínicos. Nuestro objetivo fue describir el uso y determinar el impacto pronóstico de las estatinas en pacientes muy ancianos después de un SCASEST.

Métodos: Registro prospectivo en 44 hospitales. Todos los pacientes de edad \geq 80 años que fueron dados de alta después de un ingreso por SCASEST fueron incluidos.

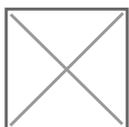
Resultados: De un total de 535 pacientes, 523 recibieron el alta y son el objetivo de este estudio. La edad media fue $84,2 \pm 4,0$ años y 200 (38,2%) eran mujeres. El nivel de LDL medio fue $88,2 \pm 33,0$ mg/dl. Antes del ingreso, 282 pacientes (53,4%) recibían tratamiento con estatinas, y 182 de estos tenía un LDL colesterol > 70 mg/dl. Un total de 474 pacientes (90,6%) recibió estatinas al alta hospitalaria. Los pacientes que no recibieron estatinas eran mayores, más frágiles y se sometieron a coronariografía/revascularización menos frecuentemente que aquellos que fueron tratados con estatinas (tabla). Durante el seguimiento (media $202,3 \pm 59,9$ días) 51 pacientes murieron (9,5%). Aunque los pacientes que no recibieron estatinas tenían mayor mortalidad (figura), a los 6 meses de seguimiento el tratamiento con estatinas no se asoció de manera independiente con menor mortalidad (HR 0,79; intervalo de confianza al 95% 0,30-2,11, $p = 0,65$, ni con una reducción en el objetivo combinado de muerte-reingresos (HR 0,89; intervalo de confianza al 95% 0,52-1,55, $p = 0,69$).

Características basales y variables relacionadas con la hospitalización según el tratamiento con estatinas

Total (n = 523)	Estatinas al alta (N = 474)	No estatinas al alta (N = 49)	p
-----------------	--------------------------------	----------------------------------	---

Edad (años)	84,2 ± 4,0	84,1 ± 4,0	85,5 ± 4,1	0,02
Dislipemia	333 (64,0)	311 (65,6)	22 (47,8)	0,02
Ictus previo	80 (15,4)	78 (16,5)	2 (4,4)	0,01
Enfermedad coronaria previa	185 (35,6)	174 (36,7)	11 (23,9)	0,11
No coronariografía durante el ingreso	119 (22,8)	100 (21,1)	19 (38,8)	0,01
Revascularización durante el ingreso	286 (72,4)	273 (57,6)	13 (26,5)	0,05
LDL-c (mmol/l)	88,4 ± 33,0	88,4 ± 33,0	86,6 ± 33,3	0,78
HDL-c (mmol/l)	43,3 ± 13,3	43,3 ± 13,3	41,1 ± 15,1	0,38
Colesterol total (mmol/l)	154,8 ± 39,5	154,8 ± 39,5	152,2 ± 44,2	0,71
Ácido acetilsalicílico	471 (90,1)	440 (92,8)	31 (63,3)	0,01
Clopidogrel	339 (64,8)	327 (69,0)	12 (24,5)	0,01
Bloqueadores beta	377 (72,1)	361 (76,2)	16 (32,7)	0,01
Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina/Antagonistas de los receptores de angiotensina II	372 (71,1)	354 (74,7)	18 (36,7)	0,01
Ezetimiba	29 (5,5)	27 (5,7)	2 (4,1)	0,62
Fragilidad según la escala FRAIL				
Frágil	136 (26,5)	114 (24,4)	22 (47,8)	0,01
Prefrágil	198 (38,5)	183 (39,1)	15 (32,6)	

Sólido	180 (35,0)	171 (36,5)	9 (9,61)	
Índice de Barthel	89,7 ± 18,0	90,2 ± 17,1	83,9 ± 25,6	0,03
Índice de comorbilidad de Charlson	2,4 ± 1,8	2,4 ± 1,9	2,3 ± 1,5	0,81



Curvas de Kaplan-Meier de los eventos mortalidad y la mortalidad/reingresos durante el seguimiento, después de la estratificación mediante el tratamiento con estatinas al alta.

Conclusiones: La mayoría de los octogenarios que presentan un SCASEST recibían estatinas previamente al ingreso, aunque el nivel de LDL colesterol estaba frecuentemente por encima de 70 mg/dl. Los octogenarios que no fueron tratados con estatinas tenían un perfil de mayor riesgo con fragilidad y comorbilidad. Las estatinas no se asociaron de manera independiente con un mejor pronóstico a 6 meses.