



5005-4. EL ANCIANO CON ENFERMEDAD MULTIVASO TIENE MENOS REVASCULARIZACIÓN DE LAS ARTERIAS NO RESPONSABLES DEL INFARTO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST Y UN PEOR PRONÓSTICO A LARGO PLAZO

Antonia Pomares Varó¹, M. Pilar Carrillo Sáez¹, Alfonso Freites Esteves¹, M^a Araceli Frutos García¹, Diego Cazorla¹, Francisco Ribes Tur¹, Maria Juskova¹ y Ramón López-Palop²

¹Hospital Universitario de San Juan, San Juan de Alicante (Alicante). ²Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Resumen

Introducción y objetivos: La revascularización de los vasos no culpables del infarto con elevación del ST (No-ARI) se asocia a mejores resultados que el manejo conservador en la enfermedad multivaso. El anciano tiene un peor pronóstico y existe siempre una tendencia a ser más conservador en su tratamiento. Se analiza el manejo diferencial del anciano en cuanto a la revascularización de los No-ARI y sus posibles consecuencias a largo plazo.

Métodos: Se incluyó una serie consecutiva de pacientes multivaso tratados con angioplastia primaria dentro de un programa código infarto. Se comparó el pronóstico de los pacientes > 75 años con y sin revascularización de la No-ARI con los pacientes más jóvenes y los condicionantes de la revascularización de la No-ARI.

Resultados: 451 pacientes tratados con angioplastia primaria presentaron enfermedad multivaso. Se realizó revascularización percutánea de la No-ARI durante el ingreso en 345 pacientes (37,5). En 28 pacientes (3,1%) no pudo realizarse por fallecer en las primeras horas del infarto. En 3 (0,3%) se realizó revascularización quirúrgica. Edad media: 65 ± 12 años. Retraso inicio síntomas-reperusión: 331 ± 372 minutos. Sexo femenino: 80 (18%), diabetes 144 (32%), shock antes de la angioplastia primaria: 45 (10%), parada extrahospitalaria: 28 (6%), localización anterior: 187 (41%). Se obtuvo un seguimiento medio de 29,4 ± 19 meses. Tras ajustar por el resto de las variables, la edad > 75 años se asoció a una significativa menor revascularización de la No-ARI. La supervivencia al año de los ancianos sin revascularización de la No-ARI fue inferior al 50%.

Variables asociadas al tratamiento de la arteria no culpable del infarto. Análisis uni y multivariante

Distribución de variables según tratamiento de la No-ARI. Análisis univariante

Análisis multivariante. Predictores de revascularización de las No-ARI

Tratada No tratada p

N (%)	N (%)				OR	IC95%	p
Edad > 75	73 (21)	47 (46)	0,005				
Mujer	58 (17)	22 (21)	0,27	Edad > 75	0,40	0,23-0,69	0,001
Diabetes	94 (27)	50 (49)	0,001	Mujer	1,03	0,53-2,02	0,93
Hipertensión	198 (57)	80 (78)	0,005	Diabetes	0,65	0,39-1,11	0,11
Shock o PCR	31 (9)	36 (35)	0,005	Hipertensión	0,53	0,29-0,95	0,034
Infarto previo	30 (9)	29 (28)	0,005	Shock o PCR	0,17	0,09-0,32	0,0005
Revasc. previa	32 (9)	31 (30)	0,005	Infarto previo	0,46	0,22-1,20	0,12
Ictus previo	20 (6)	13 (13)	0,005	Revasc. previa	0,33	0,16-0,69	0,003
Mortalidad	43 (12)	58 (56)	0,005	Ictus previo	0,12	0,22-1,205	0,12

PCR: parada cardiaca extrahospitalaria; No-ARI: arterias no responsable del infarto.



Supervivencia según el grupo de edad y la realización o no de revascularización de la arteria no responsable del infarto.

Conclusiones: Los pacientes ancianos reciben un menor tratamiento de las No-ARI después del infarto tratado con angioplastia primaria. Los pacientes ancianos con enfermedad multivaso y tratamiento aislado de la arteria responsable del infarto tienen un pronóstico ominoso a largo plazo.