



7002-3. SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST EN PACIENTES MUY ANCIANOS. ¿EXISTEN DIFERENCIAS RESPECTO A LOS GRUPOS MÁS JÓVENES?

Carla Cacho Antonio¹, Alberto Cordero Fort², Teba González Ferrero¹, Marta Pérez Domínguez¹, Abel Torrelles Fortuny¹, Pablo José Antúnez Muiños¹, Adrián Cid Menéndez¹, Rosa Agra Bermejo¹, Pedro Rigueiro Veloso¹, Diego Iglesias Álvarez¹, Belén Álvarez Álvarez¹, José Ramón González Juanatey¹ y José María García Acuña¹, del ¹Complejo Hospitalario Universitario de Santiago, Santiago de Compostela (A Coruña) y ²Hospital Universitario San Juan de Alicante, San Juan de Alicante (Alicante).

Resumen

Introducción y objetivos: Los pacientes muy ancianos están escasamente representados en los ensayos clínicos aleatorizados por lo que existen pocos datos sobre su pronóstico. Las guías de práctica clínica de síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (SCASEST) abogan por que los pacientes ancianos reciban la misma estrategia terapéutica que los pacientes jóvenes.

Métodos: Estudio observacional y retrospectivo que incluye 8.771 pacientes ingresados por síndrome coronario agudo en 2 hospitales terciarios entre 2003 y 2017: 5.673 SCASEST (64,3%) y 3.098 SCACEST (35,7%). Se seleccionaron 999 pacientes con SCASEST y edades superiores a los 75 años, dividiéndose en 3 grupos según su edad: 75-80 años, 80-89 años y más de 90 años. Se realizó una regresión de Cox para determinar predictores de mortalidad. Se representaron la mortalidad y supervivencia mediante curvas de Kaplan-Meier y se utilizó el test de *log rank* para buscar diferencias de supervivencia entre los grupos. La mediana de seguimiento fue de 48 meses.

Resultados: Se observó una asociación significativa entre el sexo femenino y la edad avanzada, así como una mayor prevalencia de diabetes y dislipemia. En la fase aguda, no existieron diferencias significativas entre los 3 grupos en cuanto a aparición de insuficiencia cardíaca *de novo*, reinfarto de miocardio, insuficiencia renal aguda, ictus o mortalidad intrahospitalaria. Sin embargo, durante el seguimiento, se documentó una mortalidad mayor en los grupos de edad más avanzada. Tras un análisis multivariable, se identificaron como predictores independientes de mortalidad en el seguimiento la edad (> 90 años: HR 1,50, IC95% 1,23-1,83, $p = 0,0001$; > 80 años: HR 1,93, IC95% 1,27-2,93, $p = 0,002$) la escala GRACE (HR 1,06, IC95% 1,02-1,09, $p = 0,002$), la escala CRUSADE (HR 1,01, IC95% 1,01-1,02, $p = 0,0001$) y el tratamiento con digoxina (HR 1,38, IC95% 0,95-2,0, $p = 0,08$). Por otro lado, el tratamiento bloqueador beta (HR 0,71, IC95% 0,59-0,86, $p = 0,0001$) y la revascularización completa (HR 0,48, IC95% 0,37-0,64, $p = 0,0001$) resultaron factores protectores.



Conclusiones: Los pacientes de edad muy avanzada que ingresan por SCASEST presentan factores predictores pronósticos muy similares a los pacientes jóvenes. Las recomendaciones de las guías de práctica

clínica, como el tratamiento bloqueador beta y la revascularización coronaria, deben aplicarse también en pacientes mayores.