



Revista Española de Cardiología



6026-306. MANEJO TERAPÉUTICO Y PRONÓSTICO DEL SCACEST DURANTE EL PRIMER AÑO DEL CÓDIGO IAM ARAGÓN: ¿EXISTEN DIFERENCIAS ENTRE LOS JÓVENES Y LOS PACIENTES DE MAYOR EDAD?

Esther Sánchez Insa¹, Antonela Lukic Otanovic², María Lasala Alastuey¹, Ana Marcén Miravete¹, Juan Sánchez-Rubio Lezcano¹, M. del Rosario Ortas Nadal¹, José A. Diarte de Miguel¹ e Isabel Calvo Cebollero¹ del ¹Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza y ²Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

Resumen

Introducción y objetivos: La creación de planes estratégicos de Código Infarto ha demostrado aumento de la supervivencia del SCACEST. Nuestro objetivo fue evaluar las diferencias en el tratamiento y pronóstico en los pacientes más jóvenes respecto a otros grupos de edad tras su puesta en marcha en nuestra Comunidad.

Métodos: Analizamos todos pacientes incluidos en el Código IAM Aragón (CIA) durante su primer año (2015), dividiéndolos por edad en 50 y > 50 años. Comparamos supervivencia y eventos adversos mayores (MACE: reinfarcto, ACVA, hemorragia mayor y necesidad de nueva revascularización). Análisis estadístico con SPSS Statistics 19.

Resultados: De 589 SCACEST incluidos, 92 (15,6%) de 50 años. Sin diferencias entre grupos en localización del infarto o revascularización con ICP primaria pero sí hubo significativamente más activaciones erróneas del Código en los 50 años (21,9 frente a 12,6%; $p = 0,047$). De forma significativa, el grupo de jóvenes son más varones (87,9 frente a 66,7%; $p = 0,001$), debutan con menos *shock* (3,8 frente a 19,3%, $p = 0,001$), tienen mayor tasa de revascularización completa (82,1 frente a 52,3%; $p = 0,001$) y menor estancia hospitalaria ($7,64 \pm 4,4$ frente a $10,2 \pm 6,1$ días; $p = 0,001$) que los añosos. Existe mayor tasa de hemorragia en el ingreso de forma significativa en > 50 años (8,3 frente a 1%; $p = 0,011$) pero sin diferencias en otros MACE. La aparición de *shock* durante la evolución también fue significativamente mayor en los de más edad (22,8 frente a 5%; $p = 0,001$), en probable relación con mayor proporción de enfermedad multivaso (65,8 frente a 30,6%; $p = 0,001$), mayor demora entre la aceptación del caso para ICPp y su llegada a sala ($77 \pm 126,5$ frente a $49,4 \pm 38,6$ min; $p = 0,03$) y con la consecuente peor función sistólica VI en este grupo (FEVI > 50% 48,8 frente a 79,9%; $p = 0,001$). Sin diferencias en la terapia farmacológica excepto más prescripción de clopidogrel en los > 50 años (75 frente a 18,9%; $p = 0,001$). En jóvenes la mortalidad fue significativamente menor, tanto hospitalaria (1 frente a 10,3%; $p = 0,003$) como en el seguimiento medio de $6,18 \pm 3,49$ meses (3,1 frente a 11,9%; $p = 0,01$). La curva supervivencia Kaplan-Meier en el primer año de CIA muestra mayor supervivencia de forma significativa en jóvenes ($p = 0,022$).



Curva de Kaplan-Meier de supervivencia.

Características de los grupos y nivel de significación			
	? 50 años (n = 497)	50 años (n = 92)	Nivel de significación
Sexo masculino (%)	66,7	87,9	0,001
IAM anterior (%)	53,3	42,1	0,064
ICPp (%)	94,2	87,9	0,075
<i>Shock</i> al debut (%)	19,3	3,8	0,001
<i>Shock</i> durante la evolución (%)	22,8	5	0,001
Revascularización completa (%)	52,3	82,1	0,001
Reinfarto (%)	0,9	1	0,742
TVR (%)	1,9	1	0,514
ACVA (%)	2,8	1	0,325
Hemorragia (%)	8,3	1	0,011
Complicación mecánica (%)	1,8	1	0,521
FEVi > 50% (%)	48,8	77,9	0,001
Éxito sin complicaciones (%)	90,6	96	0,093
Estancia total (días)	10,18 ± 6,1	7,64 ± 4,4	0,001
Demora síntomas- PCM > 6 horas (minutos)	16,2	10,8	0,254
Síntomas-Guía (minutos)	440,7 ± 438,1	306,5 ± 342,5	0,036
Aceptación-llegada (minutos)	77 ± 126,5	49,4 ± 38,6	0,035

Llegada a sala- Guía (minutos)	33,1 ± 15,6	26,5 ± 13,4	0,003
PCM-llega	115,8 ± 94,2	104,4 ± 72,2	0,396

Conclusiones: La puesta en marcha del Código Infarto en Aragón presenta excelentes resultados en la población joven, con mayor número de pacientes libres de eventos mayores y mortalidad a un año que los pacientes de mayor edad.