



6010-180. EVENTOS Y MORTALIDAD EN EL SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES ANCIANOS CON SÍNDROME DE *TAKO-TSUBO*: ¿IMPORTA LA EDAD?

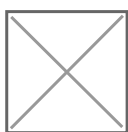
Teresa Alvarado Casas, Jorge Salamanca Vilorio, Paula Antuña Álvarez, Guadalupe Alemán Vega, Antonio Manuel Rojas González, Pablo Díez Villanueva, Río Jorge Aguilar Torres y Fernando Alfonso Manterola del Servicio de Cardiología del Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: El pronóstico del síndrome de *tako-tsubo* (STK) se ha descrito clásicamente como favorable. Sin embargo, existen pocos datos acerca del STK en pacientes ancianos. A pesar de que 65 años es la edad de corte establecida para definir este grupo de pacientes, en la práctica clínica diaria, las actitudes diagnóstico-terapéuticas pueden diferir dentro de esta cohorte de pacientes. Por ello, el objetivo de este estudio fue analizar si existen diferencias clínicas o pronósticas de los pacientes ancianos y muy ancianos con STK.

Métodos: Se estudiaron retrospectivamente a 70 pacientes con 65 o más años, ingresados en nuestro hospital terciario con diagnóstico de STK, según los criterios de la Clínica Mayo. Se dividieron en 2 grupos: ancianos (65-80 años) y muy ancianos (> 80 años) y se recogieron las variables clínicas, analíticas, electrocardiográficas, morfológicas y funcionales. En ambos grupos, se valoraron y compararon los eventos cardiovasculares y mortalidad tanto al ingreso como en la evolución.

Resultados: Se incluyó a un total de 70 pacientes, 64 fueron mujeres. El grupo de ancianos representaba el 64% de la muestra, frente al 36% de los muy ancianos. La HTA fue significativamente más frecuente en los > 80 años (84 frente a 62%; $p = 0,05$) (tabla). La forma de presentación más frecuente en ancianos y muy ancianos fue el dolor torácico (71 frente a 80%, respectivamente; $p = 0,08$) con elevación del ST (53 frente a 44%, respectivamente; $p = 0,3$), en situación Killip I (69 frente a 56%, respectivamente; $p = 0,09$). El 13% presentó algún tipo de complicación cardiovascular durante el ingreso (35% de los ancianos y 44% de los muy ancianos; $p = 0,5$) y 5 pacientes fallecieron durante el ingreso (7% de los ancianos y 8% de los muy ancianos; $p = 0,6$). En el seguimiento (mediana 23 meses, RIC 7,25-49,75), 10 pacientes fallecieron y en el análisis combinado de supervivencia y eventos, no se encontraron diferencias significativas entre los 2 grupos preespecificados ($p = 0,13$) (figura).



Funciones de supervivencia.

Análisis multivariante

EDAD	OR	p	IC95%
HTA	5,13	0,04	1,03-25,64
DM	0,75	0,74	0,13-4,07
CI previa	0,39	0,38	0,47-3,22
Forma presentación	0,57	0,08	0,30-1,09
Desencadenante	1,03	0,94	0,42-2,54
Killip ingreso	0,47	0,23	0,20-1,48
FEVI inicial	1,56	0,22	0,76-3,20

Conclusiones: El STK no está exento de complicaciones y eventos relevantes en el seguimiento de los pacientes ancianos y muy ancianos. Sin embargo no existen diferencias entre ambos grupos. Por ello consideramos que la edad no debería ser un factor influyente en la actitud diagnóstico-terapéutica en el manejo de estos pacientes.