



4039-2. INTERROGANTES EN EL MANEJO DEL INFARTO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST EN EL PACIENTE ANCIANO

Albert Ariza Solé, Marcos Ñato Bengoa, Victoria Lorente Tordera, José Carlos Sánchez Salado, Guillermo Sánchez Elvira, Pedro Moliner Borja, Joan Antoni Gómez Hospital y Ángel Cequier Fillat del Hospital Universitario de Bellvitge, Hospitalet de Llobregat (Barcelona).

Resumen

Introducción y objetivos: Existe poca información sobre el manejo óptimo de los pacientes con IAMEST de edad avanzada. El ensayo TRIANA, el principal estudio referido a este estrato poblacional, apreció un beneficio del ICP primario en este escenario, aunque la validez externa de sus hallazgos podría ser una de sus limitaciones. El objetivo fue analizar características basales, procedimientos realizados y evolución intra y extrahospitalaria los pacientes ≥ 75 años ingresados por IAMEST.

Métodos: Se incluyeron de forma prospectiva 1.395 pacientes consecutivos ingresados por IAMEST en la Unidad Coronaria, entre octubre 2009 y abril 2012. De ellos, 250 (17,9%) tenían edad ≥ 75 años. Comparados con el resto, los ancianos eran con mayor frecuencia mujeres (43,2% vs 16,2%), diabéticos (35,2% vs 23,3%) hipertensos (72,4% vs 50,0%) y tenían mayor porcentaje de vasculopatía periférica (13,2% vs 6,7%), AVC previo (14,6% vs 4,5%), ICC previa (4% vs 0,6%), fibrilación auricular (13,2% vs 1,7%), broncopatía (25,6% vs 11,9%), neoplasias (14,0% vs 5,4%) demencia (3,2% vs 0,6%), antecedentes de hemorragia (5,6% vs 2,4%) e insuficiencia renal (59,3% vs 9,5%). Los ancianos tenían peor situación hemodinámica (Killip $> I$ 30,4% vs 15,2%) y peor función ventricular (FEVI 46,9% vs 50,6%).

Resultados: El porcentaje de reperfusión en fase aguda fue similar (90,4% vs 90,0%). Los ancianos presentaron mayor mortalidad intrahospitalaria (8,0% vs 2,4%) y durante el seguimiento (HR 5,54 IC95% 3,54-8,65, fig.). En comparación con los del estudio TRIANA, los pacientes de nuestra serie fueron similares en edad (media 80,8 vs 81a) y sexo (varones 56,8% vs 56,5%). Nuestros pacientes tenían más antecedentes de ICC (4% vs 1,5%) vasculopatía periférica (13,2% vs 10,4%) y peor situación hemodinámica (Killip $> I$ 30,4% vs 18%). La mortalidad global al año fue superior en los pacientes de nuestra serie (26,4% vs 22%), siendo la mayoría de causa no cardíaca. (59,5%).

4039-2.tif

Conclusiones: Los pacientes de nuestra serie tienen un perfil de riesgo superior a los pacientes del ensayo TRIANA. Presentaron con frecuencia marcadores de fragilidad que suelen constituir criterio de exclusión en los ensayos clínicos. A pesar de una elevada tasa de reperfusión, la mortalidad global fue elevada, en su mayor parte de causa no cardíaca. El manejo óptimo de este estrato poblacional continúa teniendo algunas lagunas de conocimiento.