



6000-156. ANÁLISIS DEL TRATAMIENTO DE REPERFUSIÓN EN OCTOGENARIOS Y SU REPERCUSIÓN PRONÓSTICA A CORTO Y LARGO PLAZO

Jaime Aboal Viñas, Pablo Loma-Orsio, Daniel Bosch, Xavier Albert, Aleix Fort, Beth Pujol, Coloma Tirón y Joan Sala del Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta, Girona y Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell (Barcelona).

Resumen

Introducción: Durante los últimos años ha aumentado el número de pacientes octogenarios tratados en fase aguda siguiendo las recomendaciones científicas.

Objetivos: conocer la repercusión del tratamiento invasivo en la mortalidad de los pacientes octogenarios con SCAEST ingresados en la unidad coronaria (UCO) comparando un periodo inicial menos invasivo y otro más reciente e invasivo.

Métodos: Registro prospectivo de pacientes ingresados en UCO por SCAEST desde el año 2004 hasta el 2011; definimos un primer periodo desde 1/2004 hasta 12/2008 y un segundo de 1/2009 a 12/2011. Se registraron variables demográficas, tratamientos recibidos y complicaciones intrahospitalarias. Se realizó seguimiento al año.

Resultados: Se registraron 172 pacientes (primer periodo 89 vs segundo 83), en el primer periodo hubo un mayor número de diabéticos (36% vs 21,7% $p = 0,04$) sin diferencias en el resto de variables. El porcentaje Killip III-IV fue de 10,1% en el primer periodo y 15,7% en el segundo ($p = 0,27$). Se objetivaron diferencias significativas entre ambos periodos en el número de pacientes tratados; primer periodo 53% (16,9% angiop primaria y 36% trombolisis) vs segundo periodo 72,3% (49,4% angiop primaria y 22,9% trombolisis) $p = 0,001$. Sin diferencias en el porcentaje de pacientes tratados con AAS, betabloqueantes, IECAS o estatinas al alta. La mortalidad intrahospitalaria fue de 11,2% vs 15,7% ($p = 0,39$). En el seguimiento al año 28% vs 31,2% ($p = 0,66$).

Conclusiones: Se ha evidenciado un progresivo incremento de ingresos de octogenarios en la UCO. A pesar del aumento de pacientes que recibieron terapia de reperfusión, no se objetivaron diferencias de mortalidad intrahospitalaria ni a largo plazo.