



4027-2. MANEJO EN EL PACIENTE ANCIANO DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO Y SU INFLUENCIA EN LA MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA Y EN LA APARICIÓN DE EVENTOS CARDIOVASCULARES MAYORES EN EL SEGUIMIENTO

Inmaculada Salvador Mercader, Ildefonso Roldán Torres, José Ferrando Cervelló, Julia Seller Moya, Vicente Mora Llabata, Carlos Núñez Piles, Marta Monteagudo Viana y Rubén Fernández Galera del Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia.

Resumen

Objetivos: Los ancianos representan una proporción creciente en los pacientes (p) ingresados por síndrome coronario agudo (SCA) pero es menos probable que reciban tratamiento basado en la evidencia, lo que puede contribuir a una peor evolución. Nuestro objetivo es evaluar la influencia de la edad en el manejo del SCA, el que se realiza específicamente en el anciano y si se asocia con la mortalidad intrahospitalaria (MIH) y la aparición de eventos cardiovasculares mayores (MACE) tras el alta.

Métodos: Estudio prospectivo de cohortes en condiciones de práctica clínica habitual de p consecutivos ingresados por SCA: angina inestable (AI), infarto agudo de miocardio sin (IAMSEST) y con elevación del segmento ST (IAMCEST) y seguimiento completo a los 12 meses. Categorizamos edad en (< 65a, 65-74a, 75-84 a y ? 85a) y en ? 80a (G80) y < 80a. Analizamos comorbilidad (condiciones que se asociaron a mortalidad en análisis multivariable: insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal crónica y glucemia al ingreso > 155 mg/dl). Valoramos manejo intrahospitalario, MIH y MACE [muerte cardiovascular (CV), IAM, reingreso CV] en el seguimiento.

Resultados: Incluimos 304 p (31% mujeres) de edad media 69,7a (12,8). 22,4% AI, 47,7% IAMSEST y 29,9% IAMCEST. Comparado con los p < 65a, las *odds ratios* (OR) de MIH fueron 0,35 (0,04-3,39) para 65-74a, 2,70 (0,69-10,51) para 75-84a y 5,80 (1,30-25,96) para los p ? 85a (test de tendencia, p = 0,008). 82p (27,2%) conformaron el grupo (G80). En este se optó con menor frecuencia por una estrategia invasiva precoz (EIP) [OR = 0,30 (0,14-0,66); p = 0,005], coronariografía [OR = 0,26 (0,15-0,45); p = 0,003] y revascularización [OR = 0,32 (0,17-0,61); p = 0,001]. La MIH fue del 5,6%, mayor en G80, con [OR = 7,70 (2,62-22,65); p = 0,000]. Comparados con estos, en los ancianos en que se realizó una EIP la probabilidad de MIH fue menor [OR: 0,14 (0,03-0,70); p = 0,008]. La comorbilidad no fue significativamente mayor en G80 (34,6% vs 23,9%; p = 0,063). En el seguimiento al año, los ancianos presentaron mayor tasa de MACE [HR: 1,58 (1,01-2,45); p = 0,000].

Conclusiones: La MIH presenta una relación positiva y significativa con la edad. En los p con más de 80a, se opta por un manejo más conservador, que no parece justificarse por comorbilidad y que se asocia con mayor mortalidad. En el seguimiento, el riesgo de presentar MACE es superior en los ancianos.