



Revista Española de Cardiología



6035-458. MANEJO ACTUAL DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL ST EN EL ANCIANO: DIFERENCIAS ENTRE LO RECOMENDADO Y LA PRÁCTICA REAL

Ángel Manuel Iniesta Manjavacas, Óscar González Fernández, Sandra Ofelia Rosillo Rodríguez, Isabel Antorrena Miranda, Inés Ponz de Antonio, Ricardo Mori Junco, Carlos Antonio Álvarez Ortega y José Luis López Sendón del Servicio de Cardiología del Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Resumen

Introducción: El SCASEST es una patología con manejo estandarizado según las actuales guías de práctica clínica. Sin embargo, las características diferenciales del anciano (comorbilidades, menor expectativa de vida, dependencia) modifican la estrategia terapéutica con estos pacientes (p).

Objetivos y métodos: Estudio observacional retrospectivo para analizar el estado actual del tratamiento del SCASEST en una cohorte de ≥ 80 años ingresados en un hospital terciario durante el año 2012.

Resultados: Se incluyeron 119 p (79% ingresados en cardiología, 14,3% en medicina interna, 1,7% en geriatría). La edad media fue $84,6 \pm 3,5$ años, 57,1% varones. El 45,4% tenían cardiopatía isquémica previa (27,1% con intervencionismo percutáneo, 5,9% revascularización quirúrgica), un 21% insuficiencia renal crónica, 23,5% neumopatía grave y 6,7% neoplasia activa. Se valoró el grado de dependencia de los mismos: 79,8% independientes (Barthel 100), 11,8% semidependientes (40-95) y 8,4% dependientes (≤ 40). En cuanto a la gravedad según la clasificación de Killip, el 79,8% eran Killip I, 5,9% II, 11,8% III y 2,5% IV. Se realizó coronariografía en 73 p. (60,5%), mostrando un 5,5% enfermedad de tronco, 34,2% afectación de arteria descendente anterior proximal y 79,5% afectación de otros vasos; 54,8% enfermedad multivaso. Tuvieron intervencionismo coronario percutáneo el 79,5% (revascularización completa 46,6%), con implantación de *stents* en el 76,7% (41,1% algún *stent* farmacoactivo). Al alta recibieron doble antiagregación 68 p. (79,5% del grupo de tratamiento invasivo y 21,7% de conservador; $p 0,01$). Respecto a la edad, factores de riesgo cardiovascular y comorbilidades asociadas no se encontraron diferencias significativas entre los p con cateterismo y el resto. Sin embargo, en los p. independientes se llevó a cabo con más frecuencia una estrategia invasiva: 70,5%, vs 35,7% en semidependientes y 10% en dependientes ($p 0,01$). La función ventricular tras el episodio y la presencia de elevación de troponina I tampoco se relacionaron con el manejo elegido.

Conclusiones: La independencia para las actividades de la vida diaria es el factor decisivo a la hora de optar por un manejo invasivo en los ancianos con SCASEST. A pesar de las recomendaciones sobre doble antiagregación, esta se reserva en su mayoría para los p. con revascularización percutánea.