



## 5015-6. PERFIL CLÍNICO Y EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES ANCIANOS (> 75 AÑOS) CON INFARTO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL ST INCLUIDOS EN EL CÓDIGO INFARTO MADRID

Joaquín Jesús Alonso Martín<sup>1</sup>, Roberto Martín Reyes<sup>1</sup>, Fernando Alfonso<sup>1</sup>, Francisco Javier Goicolea Ruigómez<sup>1</sup>, Juan Górriz Magaña<sup>2</sup>, Manuel Jiménez Mena<sup>1</sup>, Javier López Pais<sup>2</sup> y Juan Carlos Ansedé<sup>2</sup> del <sup>1</sup>Código Infarto Madrid, Gerencia Asistencial de Atención Hospitalaria de Madrid y <sup>2</sup>Hospital Universitario de Getafe, Getafe (Madrid).

### Resumen

**Introducción y objetivos:** La edad es un factor predictor de eventos cardiovasculares en diferentes procesos médicos. El objetivo de este estudio es analizar el impacto de la edad avanzada en el perfil, resultados y mortalidad hospitalaria de los pacientes incluidos en un programa integral de reperfusión del infarto agudo de miocardio con elevación ST (IAMCEST).

**Métodos:** Análisis de la base de datos prospectiva del Código Infarto Madrid (Registro de la C. de Madrid) desde el 3-6-13 al 3-6-2015. En este periodo (2 años) se activaron 4.434 códigos, de los cuales el 25% eran de edad > 75 años. Se recogieron datos clínicos y demográficos, lugar del primer contacto con el S. Sanitario (C.S. Atención Primaria, Servicios de Emergencias Extrahospitalaria SUMMA y SAMUR (EMER), y hospitales con y sin programa de ICP primaria, tiempos y características de la reperfusión y mortalidad hospitalaria.

**Resultados:** La proporción de mujeres en el grupo de ancianos (> 75 años) fue mayor que en el grupo de pacientes más jóvenes (45,3 frente a 17%, p 0,05). Los pacientes de > 75 años, presentaron con más frecuencia un ECG que no permitió saber la localización del infarto (descenso de ST global, bloqueo de rama, estimulación por marcapasos, etc.) (14,5 frente a 10,4%, p 0,05) y tuvieron más mortalidad que los pacientes más jóvenes (11,5 frente a 3,5%, p > 0,05). En los pacientes > 75 años la demora hasta el diagnóstico (inicio dolor –realización ECG) fue significativamente superior que en los menores de 75 años y en torno a 21 min) (mediana [rango intercuartílico] 109 [50-234 min] frente a 88 min [44-195 min], p 0,05) así como el tiempo entre el diagnóstico (ECG) y la reperfusión con ICP primario (87 min [65-121 min] frente a 83 min [63-111 min], p 0,05). No hubo diferencias en el lugar del primer contacto médico del paciente (S EMER 39 frente a 35%, p = NS, Centro de Salud 20 frente a 22% p = NS) entre los mayores y menores de 75 años (tabla).

? 75 años		> 75 años		Valor p
Casos (total)	Porcentaje	Casos (total)	Porcentaje	

Mujeres	447 (2.627)	17,00%	396 (874)	45,3%	0,05
Infarto no localizable en ECG	269 (2.595)	10,40%	125 (860)	14,50%	0,05
Mortalidad	91 (2.612)	3,50%	100 (873)	11,50%	0,05
1ª atención S. EMER		35,00%		39,00%	NS
1ª atención Centro de Salud		22,00%		20,00%	NS
			Tiempo (min)	Tiempo (min)	
Tiempo dolor-ECG (mediana en minutos)	88		109		0,05
Diagnóstico ECG-Guía (mediana en minutos)	83		87		0,05

Características y tiempos en los pacientes mayores y menores de 75 años.

**Conclusiones:** Los pacientes > 75 años) con IAMCEST incluidos en el Código Infarto presentan con más frecuencia infartos no localizables, tardan más tiempo en ponerse en contacto con el sistema sanitario (unos 20 min) y en realizarse el procedimiento intervencionista. La proporción de mujeres con IAMCEST es muy superior a la del grupo de pacientes más jóvenes (45%). La mortalidad de los pacientes ancianos se triplica en relación a los menores de 75 años.