Rev Clin Esp. 2015;215 (Espec Congr):922

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

EA-107 - SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN PACIENTE ANCIANO. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE SUBGRUPOS DE SCASEST Y SCAEST Y PRONÓSTICO A CORTO-MEDIO PLAZO

S. Yun Viladomat[1], S. Ibars Campaña[2], T. Aiello[1], S. Valdivielso Moré[2], F. Escudero Villar[2], F. Padilla Marchán[2]

[1]Servicio de Medicina Interna. [2]Servicio de Cardiología. Hospital Universitari Mútua de Terrassa. Terrassa (Barcelona).

Resumen

Objetivos: La población global está cada vez más envejecida, cosa que se refleja en los pacientes ingresados en nuestro servicio de Cardiología. Se trata de un subgrupo de pacientes especial, con poca información dado que su inclusión en los grandes ensayos clínicos es escasa. Nuestro objetivo en este estudio es la realización de un análisis descriptivo comparativo de la población ≥ 75 años afecta de síndrome coronario agudo (SCA) con vs sin elevación de ST ingresada en nuestro servicio y la valoración pronóstica a corto – medio plazo.

Métodos: Registro prospectivo entre agosto del 2013 y abril del 2015 de los pacientes ingresados en el servicio de Cardiología por SCA ≥ 75 años. Se han comparado en los subgrupos SCAEST vs SCASEST las variables clínicas (edad, sexo y FRCV), características del SCA (tipo, estrategia terapéutica, enfermedad coronaria, Killip, FEVI, ICP y tipo de stent), tratamiento al alta y valoración de los scores de riesgo y fragilidad (GRACE al ingreso y al alta, CRUSADE, Barthel, Pfeiffer y Charlson). Se ha determinado un nuevo Score denominado GRACE modificado, que consiste en el valor de GRACE restando la aportación por edad. Por otra parte analizamos parámetros analíticos al mes del alta y aparición de eventos clínicos globales (muerte, ictus, reIAM, revascularización, ICC) al mes y al año.

Resultados: De los 394 pacientes que ingresaron por SCA el 21,8% (n = 83) eran ≥ 75 años. De ellos, un 75,9% (n = 63) se presentan con SCASEST. Comparando características de SCASEST y SCAEST, únicamente se observan diferencias significativas entre la presencia de HTA (SCAEST 90% vs SCASEST 68%, p = 0,046), DM (25 vs 58,7%, p = 0,008), práctica de ICP (90% vs 63,5%, p = 0,02) y uso de IECA-ARA II (95% vs 68,3%, p = 0,012). Curiosamente no detectamos diferencias en edad, sexo, coronariografía, Killip, FEVI, hemoglobina, creatinina, tratamiento al alta excepto IECA, scores de riesgo cardiovascular o scores de fragilidad-comorbilidad-funcionalidad. En el análisis pronóstico, no detectamos diferencias analíticas al mes (aparición anemia o disfunción renal). Respecto a los eventos al mes, no se observan diferencias entre subgrupos (20% en SCAEST y 12,7% en SCASEST), al igual que al año (SCAEST 30% vs SCASEST 33,3%). Los eventos predominantes en ambos subgrupos fueron la mortalidad global e ICC, sin diferencias significativas entre subgrupos.

Discusión: En los pacientes ancianos con SCA existe un predominio de SCASEST. Esperaríamos encontrar un mayor grado de coronariopatía, insuficiencia cardiaca, comorbilidad y eventos a corto-

medio plazo en dicho subgrupo, pero en nuestro registro no se evidencian dichas diferencias.

Conclusiones: De los pacientes ingresados por SCA en nuestro centro, un 21,8% son mayores de 75 años. Hasta más de un 75% se presentan con SCASEST. En cambio y curiosamente, dicho subgrupo (SCASEST vs SCAEST) no se asocia a mayor coronariopatía, Killip, edad, comorbilidad, anemia ni insuficiencia renal. Únicamente se observan diferencias entre HTA, DM, grado de revascularización y uso de IECA-ARA II al alta. Respecto al pronóstico, a pesar que se trata de un grupo con alto porcentaje de eventos, en cambio, no se observan diferencias significativas en el pronóstico de ambos subgrupos a corto-medio plazo. Serían necesarios registros más amplios para poder confirmar dichos resultados.

0014-2565 / © 2015, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.