



Beneficio del tratamiento extrahospitalario precoz en el SCACEST en pacientes mayores de 65 años versus adultos jóvenes reperfundidos con trombolisis.

A. SANJUÁN LINARES. MJ. GARCIA-OCHOA BLANCO. I. CASADO FLOREZ. CG. BARRA ELGUETA. E. CORRAL TORRES

SAMUR-Protección Civil. Ciudad de Madrid

Objetivos:

Valorar el beneficio (reperusión clínica) y efectos deletéreos (mortalidad y hemorragia) de la terapia trombolítica extrahospitalaria en una cohorte de pacientes mayores de 65 años con SCACEST respecto a una cohorte pacientes más jóvenes

Métodos:

Estudio retrospectivo analítico. De una cohorte de 225 pacientes (2003-2011) se identificaron 51 pacientes de 65 años o más, que presentaban síntomas SCACEST de menos de 2 horas de evolución y recibieron terapia trombolítica extrahospitalaria con tecneteplase.

Variables: epidemiológicas, factores de riesgo coronario, tiempo dolor-aguja, puerta-aguja reperusión clínica, infarto abortado, pico de CPK, arteria implicada en el infarto, vasos afectados, distancia del trombo en el árbol coronario, hemorragias, éxitus. Estadística Medidas centrales y de dispersión, variables cuantitativas, tablas de frecuencia para variables cualitativas, contraste de hipótesis: t Student, Chi2 y análisis de supervivencia univariante $p < 0.05$. SPSS v17. Confidencialidad de datos.



Resultados:

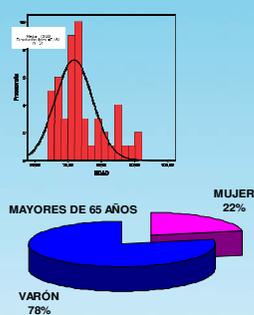
n=225 pacientes

*Los antecedentes de **HTA** y **no tabaquismo** están asociadas estadísticamente al grupo anciano ($p=0.05$ y $p=0.00$ respectivamente) así como el **sexo femenino** **21.6% vs.8.7%** ($p=0.01$).*

*No se encuentran diferencias para otros antecedentes ni tampoco en el tiempo de dolor-aguja de ambos grupos (**60 minutos (IQR: 33m) vs. 60 minutos (IQR: 29m)**) ($p=0.67$).*



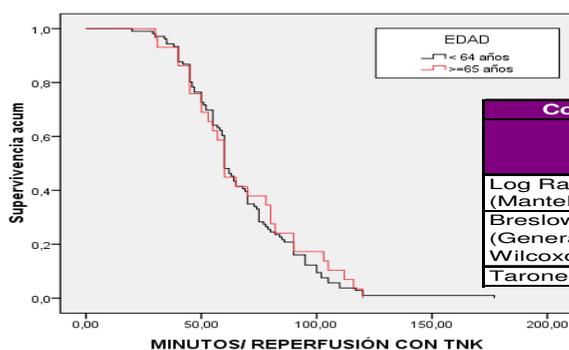
174 pacientes



51 pacientes

*Hay asociación en el grupo anciano con la posición del trombo en el árbol coronario, encontrándose en un **60,8% en posición proximal vs. 38.7%** $p=0.020$. Está asociada significativamente la enfermedad de los tres vasos y dos vasos al grupo anciano (**13.7% y 25.5% vs. (p=0.038) 5.2% y 13.3%** ($p=0.037$) respectivamente.)*

*No hay diferencia significativa en la frecuencia encontrada para el éxito trombolítico (**56.9% vs. 61.8%** $p=0.52$) ni en el número de **infartos abortados (25.5% vs. 23.7%** $p=0.79$) Si hay diferencias en cuanto al pico de **CPK 1043 (IQR: 2131) vs. 1391 (IQR: 2491)** $p=0.019$.*



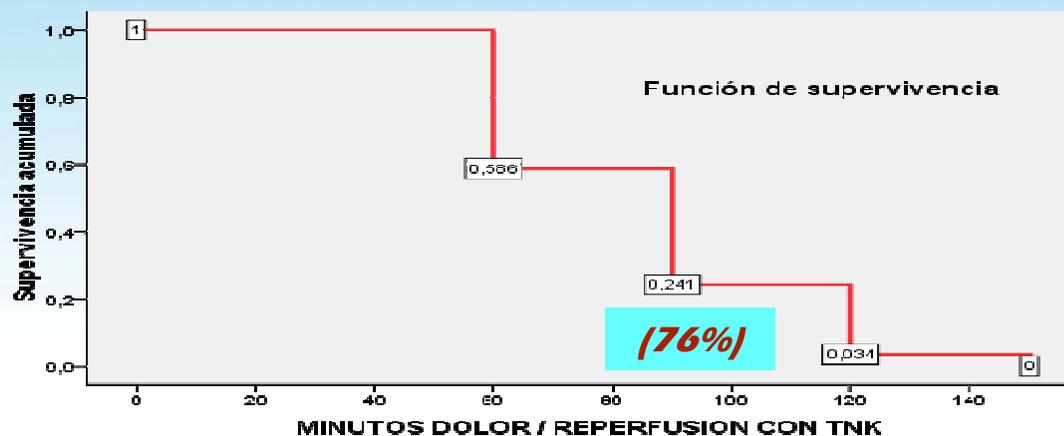
Comparaciones globales			
	Chi-cuadrado	gl	Sig.
Log Rank (Mantel-Cox)	,185	1	,667
Breslow (Generalized Wilcoxon)	,008	1	,927
Tarone-Ware	,078	1	,780

*La tasa de mortalidad en las primeras 24 horas es del **20%** (**3/15 pacientes**) para los mayores de **75 años** disminuyendo a **8,3%** para el periodo de edad de **65 a 75 años**, **1,9%** entre los de **55 a 64 años** y solo el **0,8%** para el grupo menor a **55**.*

*Se detecto dos casos de hemorragia leves (gingivorragia y hemartros) en jóvenes. El tiempo medio de puerta-aguja es de **34 minutos** (DE: 13m)*



Con el análisis de supervivencia podemos observar que la probabilidad que tiene un individuo de reperfundir cuando la intervención terapéutica extrahospitalaria se realiza antes de los 90 minutos desde el inicio del dolor, es del **76% siendo el intervalo de 30 a 60 minutos donde se acumula la mayor densidad de pacientes reperfundidos.**



Conclusiones:

Nuestro estudio muestra idéntico beneficio para reperusión clínica e infartos abortados en ambos grupos de edad.

Aunque de forma global, se eleva la mortalidad en el grupo mayor de 75 años, sin embargo, en nuestro estudio, la terapia trombolítica no influye en absoluto en esta diferencia, y es posible que esa mortalidad precoz esté mas relacionada con el daño isquémico que con los efectos deletéreos de la terapia fibrinolítica, dado que no hubo ningún evento mayor en ninguno de los grupos.

“Los ensayos concluyen que la edad por sí sola no debe afectar a la decisión de administrar tratamiento fibrinolítico en pacientes sin contraindicación”