

Más allá de los 90: experiencia en código infarto

Mercedes Vicente de Vera Bueno(1), Judit Rodríguez López(1), Gil Bonet Pineda(1), Claudia Scardino(1), María Ferrero Guillem(1), Pablo Moreno Pena(1), Roberto Bejarano Arosemena(1), Esther Sanz Girgas(1) y José Luis Ferreiro Gutiérrez(1) de (1)Departamento de Cardiología. Hospital Universitario Joan XXIII, Tarragona - España

Introducción: El envejecimiento poblacional ha incrementado las activaciones de código infarto en nonagenarios. Su manejo y tratamiento puede verse condicionado por la situación funcional previa. Este trabajo tiene como objetivos; describir el perfil basal, la presentación clínica, el manejo intrahospitalario, las complicaciones agudas y la mortalidad hospitalaria de estos pacientes.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de los 66 pacientes ?90 años activados como código infarto en un centro de referencia en el periodo comprendido entre enero de 2020 y diciembre de 2025. Se analizaron variables demográficas, clínicas y evolutivas.

Resultados: La muestra presentó una edad media de 91,7 ± 1,9 años con una distribución equitativa por sexos (50% mujeres). En términos de funcionalidad, el 60,9% era independiente, con una puntuación media en el índice de Barthel de 75,4 ± 19,8 (N=33).

En cuanto a los antecedentes basales, destacaron la cardiopatía previa (75,7%), la hipertensión arterial (69,7%), el tabaquismo (50%), la dislipemia (43,9%) y la diabetes mellitus tipo 2 (33,3%). Se registraron también neoplasias (10,6%), vasculopatía periférica (6,06%) y una ausencia de accidentes cerebrovasculares previos (0%).

Al ingreso, el 80,3% fue diagnosticado de IAMCEST, presentándose un 20% en situación de Killip III-IV, mientras que el 16,7% recibió un diagnóstico definitivo distinto a síndrome coronario agudo. El manejo invasivo incluyó coronariografía en el 75,8% de los casos y angioplastia en el 74,2%, objetivándose enfermedad de un solo vaso en el 43,86%. El soporte crítico requirió drogas vasoactivas en el 21,5% de los pacientes y ventilación mecánica en el 9,38%.

El curso intrahospitalario se complicó con arritmias auriculares (27%), síndrome confusional agudo (20,6%), infecciones (7,5%) y sangrado mayor (6,1%). La mortalidad hospitalaria global alcanzó el 30%.

Conclusiones: Los nonagenarios activados como código infarto en nuestro centro presentaban pocas comorbilidades basales y un buen estado funcional, aunque solo constaba el índice de Barthel previo en el 50% de los pacientes. Se realizó angioplastia en el 75,8%. El porcentaje de activaciones erróneas es similar al del resto de grupos de edad. El hecho de que el 20% presente clínica Killip III-IV podría justificar la elevada mortalidad

hospitalaria.