



5016-6. ¿EXISTE ALGUNA EDAD PARA CONSIDERAR FUTILIDAD EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES ANCIANOS CON *SHOCK* CARDIOGÉNICO SOMETIDOS A ANGIOPLASTIA PRIMARIA?

Adrián Gallego Navarro¹, Ramón López-Palop¹, M. Pilar Carrillo Sáez¹, María Dolores Vallés García¹, Joaquín Salinas García¹, Raúl Mario Valdesuso Aguilar¹, José Antonio Hurtado Martínez¹, Juan García de Lara¹, María Martínez Tovar², Jorge Moreno Fernández², Javier Eliseo Blanco Pacheco², Claudio Piqueras Sánchez², Eduardo Pinar Bermúdez¹ y Domingo Andrés Pascual Figal¹

¹Sección de Hemodinámica, Servicio de Cardiología y ²Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España.

Resumen

Introducción y objetivos: El *shock* cardiogénico (SC) en el infarto de miocardio a edades avanzadas se ha asociado a mortalidades tan elevadas que plantea un debate sobre la futilidad de estrategias agresivas en esta población, al no poder mejorar el pronóstico. Se desconoce si existe un punto de corte de edad a partir del que considerar el manejo conservador. Analizamos la mortalidad a 30 días de pacientes en SC en el contexto de infarto con elevación del segmento ST e indicación de angioplastia primaria con el objetivo de determinar una edad a partir de la que considerar futilidad en los tratamientos invasivos encaminados a mejorar pronóstico.

Métodos: Estudio de una cohorte consecutiva de pacientes con SC remitidos para angioplastia primaria en un centro dentro de un plan regional código infarto. Se consideró SC como una situación SCAI B o superior a la llegada a la sala de hemodinámica. Se realizó un análisis de regresión entre la edad y la mortalidad acumulada de la serie a 30 días de forma general y en presencia de parada cardiorrespiratoria previa al intervencionismo y en el infarto de localización anterior.

Resultados: En una serie de 2.464 pacientes remitidos para angioplastia primaria entre 1-1-2021 y 31-12-2024 se incluyeron 199 pacientes en SC (8,1%). Edad media: $67,5 \pm 12,7$; edad > 80 años: 20,1%; mujer: 30,2%; diabetes: 34,7%; HTA:63,8%; parada cardiaca antes del cateterismo: 25,6%. Localización anterior: 46,7%. Retraso síntomas-reperfusion: 189 ± 237 minutos. La mortalidad a 30 días fue del 41,7% (cardiaca 33,7%), 46,2% en los pacientes con IAM anterior (Tabla). Se observó un aumento en la mortalidad por edad que llegó a ser del 53% en los pacientes mayores de 80 años (Figura). En el análisis de regresión realizado, el incremento de la mortalidad con la edad mostró una distribución lineal casi perfecta $R^2 = 0,95 \pm 0,03$, $p < 0,001$ (Figura). La misma asociación lineal se observó en el subgrupo de pacientes con infarto de localización anterior $R^2 = 0,97 \pm 0,02$, $p < 0,001$ o en los pacientes con SC o parada cardiaca antes de la llegada a la sala de hemodinámica $R^2 = 0,97 \pm 0,02$, $p < 0,001$.

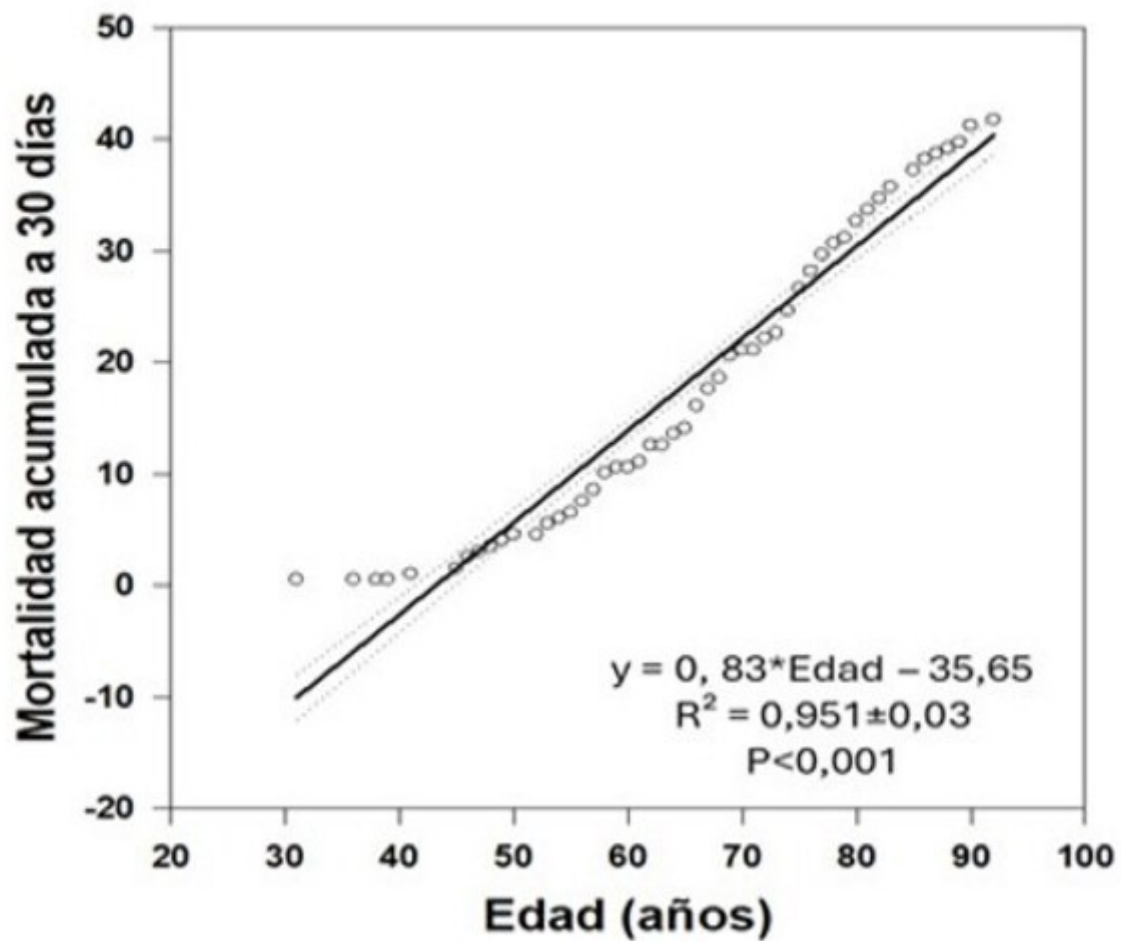
Características de la población y de los procedimientos. Mortalidad a 30 días

| Características | Pacientes en SC (N = 199) |
|-----------------|---------------------------|
|-----------------|---------------------------|

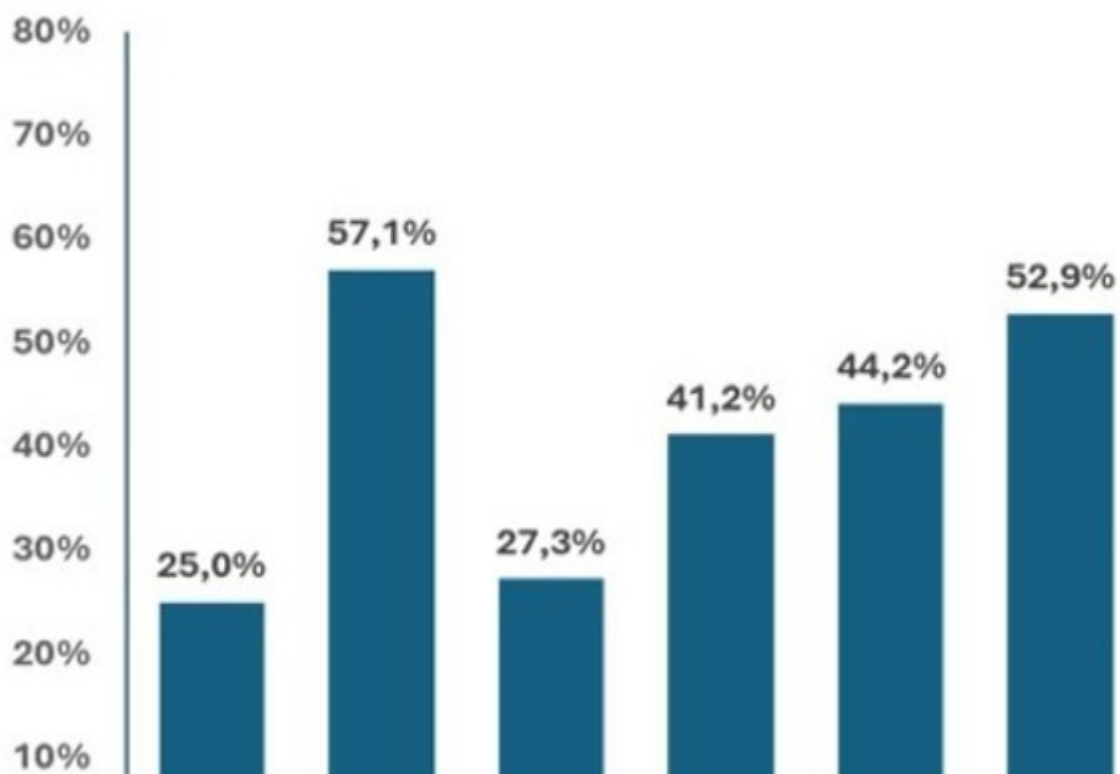
| | |
|---|-------------|
| Edad (años) | 67,5 ± 12,7 |
| Edad >80 años | 40 (20,1%) |
| Mujer | 60 (30,2%) |
| HTA | 127 (63,8%) |
| Diabetes | 69 (34,7%) |
| Dislipemia | 101 (50,8%) |
| Tabaquismo | 85 (43,7%) |
| PCR previa a ICP | 51 (25,6%) |
| IAM anterior | 93 (46,7%) |
| Realizada ICP | 181 (91%) |
| N vasos enfermos | 1,5 ± 0,8 |
| Retraso inicio síntomas-reperusión | 189,0 ± 237 |
| Mortalidad total a 30 días | 83 (41,7%) |
| Mortalidad cardiaca a 30 días | 67 (33,7%) |
| Mortalidad a 30 días en IAM anterior | 43 (46,2%) |
| Mortalidad pacientes con PCR previa a ICP | 28 (54,9%) |

SC: *shock* cardiogénico; HTA: hipertensión arterial; PCR: parada cardiorrespiratoria recuperada; ICP: intervencionismo coronario percutáneo; IAM: infarto agudo de miocardio.

Edad-Mortalidad acumulada a 30 días Recta de regresión



Mortalidad bruta a 30 días



Distribución y análisis de regresión de la mortalidad a 30 días de los pacientes en shock cardiogénico remitidos para angioplastia primaria, según la edad.

Conclusiones: La mortalidad en los pacientes octogenarios con SC remitidos para angioplastia primaria se mantiene superior al 50% sin observarse una edad de corte que permita considerar fútiles los tratamientos a realizar. Las decisiones terapéuticas deben ser individualizadas teniendo en cuenta otras variables clínicas y no solo la edad del paciente.