



6011-127. IAMCEST EN NONAGENARIOS: CADA VEZ MÁS FRECUENTE... ¿CANDIDATOS A TRATAMIENTO INVASIVO?

Javier Borrego Rodríguez¹, Pedro Luis Cepas Guillén², Julio César Echarte Morales¹, Eduardo Flores-Umanzor², Andrea Fernández Valledor², Paula Menéndez Suárez¹, Sara Vázquez², Xavier Freixa², Tomás Benito González¹, Salvatore Brugaletta², J. Ignacio Iglesias Gárriz¹, Ander Regueiro², Armando Pérez de Prado¹, Manel Sabaté² y Felipe Fernández Vázquez¹, del ¹Complejo Asistencial Universitario de León, León y ²Hospital Clínic, Barcelona.

Resumen

Introducción y objetivos: Los pacientes nonagenarios (> 90 años) son cada vez más frecuentes en nuestra práctica clínica diaria dado el aumento de la esperanza de vida. Si bien la intervención coronaria percutánea (ICP) es un tratamiento bien establecido para el infarto de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST); en pacientes muy ancianos, y concretamente nonagenarios, este tratamiento es rechazado en un porcentaje elevado por parte de médicos y familiares al ser considerada un tratamiento invasivo. Nuestro objetivo es evaluar las características clínicas, el abordaje adoptado y el pronóstico de pacientes nonagenarios con IAMCEST.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo donde se evaluó a todos los pacientes mayores de 90 años que ingresaron por IAMCEST en 2 hospitales entre los años 2006 y 2018. No hubo criterios de exclusión. Se recogieron datos demográficos, clínicos y de procedimiento. Se evaluó la mortalidad intrahospitalaria y al año de seguimiento.

Resultados: Se incluyeron 167 pacientes (edad media 91,9 años). El cateterismo emergente se realizó en el 60% de nuestros pacientes y la ICP en el 50% (n = 83). El uso de *stent* convencional fue preponderante (76%). La revascularización exitosa del vaso responsable se logró en el 91% de los pacientes. En general, la mortalidad hospitalaria fue del 22%, aumentó hasta el 32% a los 6 meses y hasta el 41% en el seguimiento a 1 año. La mortalidad hospitalaria fue menor en el grupo de PCI que en el grupo conservador (12 frente a 32%, p < 0,01). La mortalidad a un año también fue menor en el grupo PCI que en el grupo conservador (28 frente a 54%, p < 0,01). El análisis multivariable identificó complicaciones mecánicas (OR ajustada: 9,25, IC95%: 3,6-23,5, p < 0,01), clase Killip (III/IV) (OR ajustada: 4,22, IC95%: 2,05-8,66, p < 0,01) y PCI (OR ajustada: 0,52; IC95%: 0,28-0,98, p < 0,05) como predictores independientes de mortalidad por todas las causas al año.

Eventos intrahospitalarios, y al primer año. Resultados

All Patients (N = 167)	Medical treatment (n = 84)	PCI treatment (n = 83)	p
---------------------------	-------------------------------	---------------------------	---

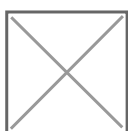
In-hospital Outcomes

Death	37 (22)	27 (32)	10 (12)	0,001
Recurrent MI	7 (4)	3 (4)	4 (5)	0,72
Major or clinically relevant bleeding	1 (0,6)	1 (1)	0 (0)	1
Stroke	1 (0,6)	0 (0)	1 (1)	0,49
Mechanical complications	13 (8)	8 (10)	5 (6)	0,56
Killip Class > II	43 (52)	25 (30)	18 (22)	0,22
Severe ventricular dysfunction (LVEF < 30%)	31 (19)	20 (23)	11 (13)	0,07

Follow-up Outcomes

1- year all-cause death	68 (41)	45 (54)	23 (28)	0,001
Recurrent MI	13 (15)	11 (9)	2 (3)	0,01
Stroke	4 (3)	1 (1)	3 (4)	0,6
Major or clinically relevant bleeding	7 (5)	3 (4)	4 (5)	1

Values are n (%) or mean $\pm$ DE. LVEF: left ventricular ejection fraction.



PCI frente a tratamiento médico. Mortalidad en el primer año.

Conclusiones: Los nonagenarios ingresados por IAMCEST han aumentado progresivamente en nuestra práctica clínica diaria. La PCI puede ser una estrategia terapéutica válida en esta cohorte de alto riesgo. Los pacientes que recibieron tratamiento médico presentaban mayor grado de dependencia. El compromiso hemodinámico (Killip III/IV), la presencia de complicaciones relacionadas con el IAM, y la revascularización temprana parecen estar relacionados con el pronóstico de estos pacientes.