

Determinantes basales de la estrategia invasiva en pacientes nonagenarios con IAMSEST

Sandra Pérez Carbayo(1), Pablo José Castaño Zarza(1), Lucía Arias Otero(1), María García de Pedro(1), Juan Lorenzo Fraile(1), Giuseppe Barberis Barcia(1), Begoña Aumente Rodríguez(1), Alberto Serna Fernández(1), Pedro Urbiola Sáez(1), Judith Calle Pérez(1), Vicente Henríquez Sánchez(1), Alberto de Ávila Neila(1), Lucía Moreno de Redrojo Cortés(1), Laura de la Fuente Blanco(1) y Ignacio Cruz González(1) de (1)Cardiología. Hospital Clínico Universitario de Salamanca, Salamanca - España

Introducción: El manejo del IAMSEST en pacientes nonagenarios representa un desafío debido a la escasez de evidencia y la elevada fragilidad asociada. Pese a que las guías recomiendan no discriminar por edad, la práctica diaria muestra una alta variabilidad. Es fundamental identificar qué características basales condicionan la realización de coronariografía en este grupo.

Métodos: Estudio retrospectivo observacional que incluyó a 73 pacientes consecutivos con IAMSEST y edad ?90 años entre enero de 2024 y diciembre de 2025. Se recogieron exhaustivamente variables demográficas, factores de riesgo cardiovascular y antecedentes patológicos. La muestra se dicotomizó según la realización o no de coronariografía (estrategia invasiva frente a conservadora). El análisis comparativo de las características se realizó mediante el test de chi-cuadrado para variables cualitativas ($p < 0,05$).

Resultados: La cohorte final incluyó 73 pacientes con una edad media de 92,5 años de los cuales el 54,8% eran varones. El perfil de comorbilidad basal fue notable: hipertensión (HTA) 94,5%, dislipemia (DL) 65,8%, enfermedad cardíaca previa 58,9%, insuficiencia renal crónica (IRC) 41,1% y diabetes mellitus (DM) 34,2%.
En cuanto a la estrategia terapéutica, 50 pacientes (68,5%) fueron sometidos a coronariografía, mientras que 23 (31,5%) manejo conservador. Al comparar ambos grupos, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas en los factores de riesgo clásicos: HTA (84% vs 82,6%; p=0,90), DM (58% vs 56,5%; p=0,91) o IRC (40% vs 43,5%; p=0,77).
Sin embargo, los pacientes en los que se optó por una estrategia conservadora presentaron una prevalencia significativamente mayor de deterioro cognitivo (34,8% vs 14%; p=0,049) y de enfermedad pulmonar crónica (47,8% vs 18%; p=0,012). Antecedentes de cardiopatía isquémica o ictus no mostraron influencia en la elección de la estrategia.

Conclusiones: En nuestra serie de pacientes nonagenarios con IAMSEST, la decisión de realizar una coronariografía podría no estar condicionada prioritariamente por el perfil de riesgo cardiovascular tradicional. Según nuestros hallazgos, la presencia de deterioro cognitivo y patología pulmonar parecen actuar como determinantes basales que podrían orientar el manejo hacia una estrategia conservadora. Estos resultados sugieren que la funcionalidad y la fragilidad podrían tener un peso relevante en la toma de decisiones, más allá de la edad cronológica.

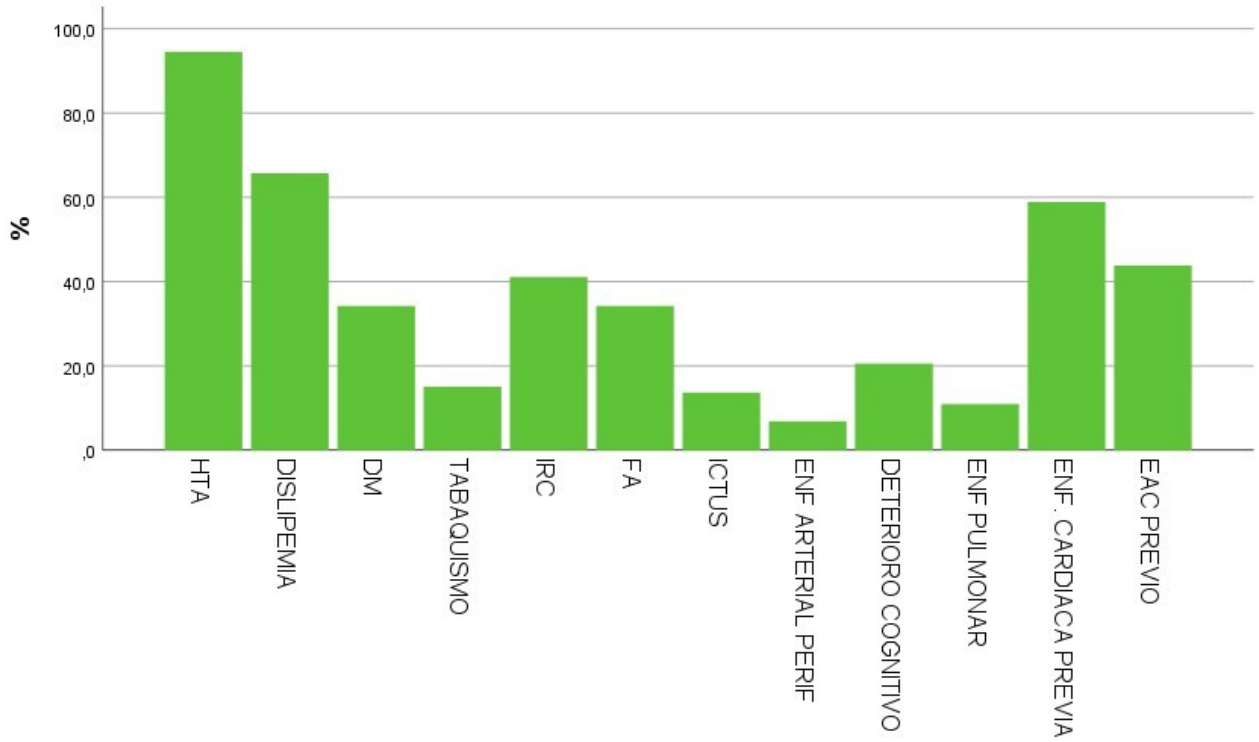


Tabla 1. Comparación de características basales y comorbilidades según la estrategia terapéutica (invasiva vs. conservadora) en pacientes nonagenarios con IAMSEST.

Variale	Con CNG n (%)	Sin CNG n (%)	p-valor
Tabaquismo (Sí)	8 (16,0%)	3 (13,0%)	0,743
HTA (Sí)	42 (84,0%)	19 (82,6%)	0,900
Diabetes Mellitus (Sí)	29 (58,0%)	13 (56,5%)	0,915
Deterioro Cognitivo (Sí)	7 (14,0%)	8 (34,8%)	**0,049**
Enfermedad Pulmonar (Sí)	9 (18,0%)	11 (47,8%)	**0,012**
IRC (Sí)	20 (40,0%)	10 (43,5%)	0,779
Dislipemia (Sí)	37 (74,0%)	15 (65,2%)	0,431
Fibrilación Auricular (Sí)	11 (22,0%)	9 (39,1%)	0,133
Ictus previo (Sí)	3 (6,0%)	3 (13,0%)	0,688
Enf. Cardiaca Previa (Sí)	27 (54,0%)	11 (47,8%)	0,628

CNG: Coronariografía; IAMSEST: Infarto agudo de miocardio sin elevación del segmento ST; HTA: Hipertensión arterial; IRC: Insuficiencia renal crónica; n: número de pacientes. Los valores de p se calcularon mediante el test de chi-cuadrado.