

Artículo Original

Intervenciones coronarias percutáneas en pacientes muy ancianos referidos por enfermedad coronaria sintomática.**Percutaneous coronary interventions in very elderly patients referred for symptomatic coronary disease.**

Adolfo Ferrero Guadagnoli, Alejandro E Contreras, Miguel A Ballarino, Carlos R Leonardi, Jonathan Miara, Renzo Nuñez, Eduardo J Brenna

Hospital Privado Universitario de Córdoba. Córdoba, Argentina.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Recibido el 15 de Enero de 2018

Aceptado después de revisión

el 28 de Febrero de 2018

www.revistafac.org.arLos autores declaran no tener
conflicto de intereses**Palabras clave:**Intervenciones coronarias.
Angioplastia. Ancianos.
Síndrome coronario agudo.**Keywords:**Coronary interventions.
Angioplasty. Elderly.
Coronary syndrome.

RESUMEN

La población anciana está en aumento, presenta elevado riesgo cardiovascular y de sufrir síndromes coronarios agudos. El mejor tratamiento ante este cuadro, no se conoce precisamente ya que esta población fue sistemáticamente excluida de estudios clínicos. **Objetivo:** evaluar resultados obtenidos en pacientes ancianos sometidos a tratamiento percutáneo de su patología coronaria sintomática.

Material y métodos: analizamos 63 pacientes consecutivos >85 años sometidos a intervención coronaria percutánea. Se dividieron 3 grupos clínicos (angor inestable, Infarto agudo C/ST o Infarto agudo S/ST) y el seguimiento en 2 grupos (hospitalización hasta el mes posterior y al año).

Resultados: edad promedio de 87.5 (D.E 3), 66.7% mujeres y 33.3% hombres. 33.3% Infarto agudo C/ST, 38% con infarto agudo S/ST y 28.7% con angina inestable. Realizamos en promedio 1.3 (D.E 1) ICP. Acceso radial en 36%. Complicaciones relacionadas al procedimiento fueron 24% IRA o reagudización de una falla preexistente y el 2% requirió diálisis. El 12% de sangrado mayor, 5% de IAM peri procedimiento. No hubo accidentes cerebrovasculares. La mortalidad cardiovascular global fue 17% durante la internación y al mes (siendo 5%, 13%, y 33% respectivamente para angor inestable, Infarto agudo S/ST o Infarto agudo C/ST) y del 20% al año. La internación promedio fue 5.44 días (D.E 6).

Conclusión: El síndrome coronario agudo en ancianos puede ser tratado de forma invasiva con riesgos aceptables. La edad cronológica no debería ser el mayor condicionante en la decisión del tratamiento invasivo.

Percutaneous coronary interventions in very elderly patients referred for symptomatic coronary disease.

ABSTRACT

The elderly population is increasing and has a high cardiovascular risk. This population has been systematically excluded from clinical trials. So much so, the evidence about the best treatment to offer them is unknown.

Methods: We analyzed data from 63 consecutive patients > 85 years who underwent percutaneous coronary intervention in order to obtain the results for those patients who were offered percutaneous treatment for their symptomatic coronary disease. They were divided into 3 clinical groups (unstable angina, NSTEMI or STEMI) and for monitoring into 2 groups (hospitalization until the first month and up to 1 year).

Results: The average age of patients was 87.5 (SD 3), 66.7% men and 33.3% women. 33.3% presented with STEMI, 38% with NSTEMI and 28.7% with unstable angina. There were 1.3 (SD 1) PCI performed on average. Radial access was 36%. Complications related to the procedure were 24% acute renal failure or preexisting failure worsening, and 2% required dialysis. 12% of major bleeding, 5% periprocedural MI. There were no strokes. The overall cardiovascular mortality was 17% during hospitalization in up to one month (with 5%, 13% and 33% respectively for unstable angina, NSTEMI or STEMI) and 20% at one year. The average hospital stay was 5.44 days (SD 6).

Conclusions: Acute coronary syndrome in the elderly can be treated invasively with acceptable risks. The chronological age should not be the main determining factor in the decision of invasive treatment.

INTRODUCCIÓN

Con el incremento de la expectativa de vida, la población anciana está en progresivo aumento. Según el Censo del 2010, la Argentina presenta un 10,2% de personas ≥ 65 años cuando en el año 1970 las mismas eran 7%¹. La edad avanzada en si misma representa uno de los mayores factores de riesgo cardiovasculares y la enfermedad coronaria es la causa más frecuente de muerte en los ancianos². Este contexto pone en evidencia la necesidad de implementar un tratamiento efectivo dedicado a los pacientes ancianos que presentan enfermedad coronaria. Sin embargo, se conoce poco sobre el manejo y los resultados del tratamiento de la enfermedad coronaria en este grupo etario ya que estos pacientes han sido sistemáticamente excluidos de los estudios clínicos³.

Esta población representa un doble desafío, por un lado, son un grupo de alto riesgo de la intervención coronaria⁴ debido a un perfil de alto riesgo dado por las comorbilidades asociadas, fragilidad física, polifarmacia, una alta carga isquémica debido a enfermedad coronaria de múltiples vasos y la significativa calcificación de los vasos coronarios, pero por el otro lado, también podrían beneficiarse con una intervención coronaria percutánea, por lo que el equilibrio riesgo-beneficio deber ser cuidadosamente tenido en cuenta⁵.

El presente estudio en pacientes "muy ancianos" (>85 años) tiene como objetivo evaluar los resultados de la angioplastia coronaria en nuestro Hospital en el subgrupo de pacientes llamados por nosotros muy ancianos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, observacional y descriptivo para el cual se obtienen datos de la base de datos informática del servicio de hemodinámica y cardioangiología de nuestro Hospital y de sus respectivas historias clínicas. Se extrajeron datos de los pacientes consecutivos que han sido sometidos a angioplastia coronaria y que sean mayores de 85 años al momento del procedimiento. Los pacientes seleccionados fueron subdivididos según el modo de presentación clínica en: infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAM C/ST), infarto agudo de miocardio sin elevación del segmento ST (IAM S/ST) y ángor inestable (AI).

A los pacientes se le diagnosticó IAM C/ST, IAM S/ST según la tercera definición universal de infarto de miocardio en 2012⁶. El grupo con AI está constituido por pacientes "ambulatorios" con angina de reciente comienzo (≤ 2 meses) o que progresa en el último tiempo (≤ 2 meses) a pesar del uso de al menos dos agentes antianginosos y que podría o no tener isquemia demostrable en una prueba no invasiva positiva como la ecocardiografía de estrés o gammagrafía de perfusión miocárdica.

Las decisiones de procedimiento, incluyendo el sitio de acceso, el uso de la farmacoterapia adyuvante y el tipo de stent fueron a discreción del operador. Para los pacientes sometidos en 'etapas' a procedimientos, por lo que regresaron

para una intervención coronaria percutánea (ICP) electiva después de haber tenido el vaso culpable previamente tratados, sólo se incluyó el episodio índice.

Todos los pacientes sometidos a ICP recibieron heparina en una dosis de 80 mg/kg, aspirina, ticlopidina o clopidogrel en conformidad con las directrices vigentes. Los pacientes que recibieron stents fármaco-activos recibieron 1 año de doble antiagregación mínima.

El seguimiento se dividió en 2: evolución intrahospitalaria hasta los 30 días posteriores y desde allí hasta el año. A todos los pacientes se les indicó y se los instruyó sobre la terapia estándar de prevención secundaria al alta según lo recomendado por las directrices vigentes.

Los eventos adversos que se presentaron en el periodo seguimientos a la angioplastia fueron la mortalidad hospitalaria que se definió como la aparición de la muerte durante la fase hospitalaria tras el procedimiento, a los 30 días y al año. La misma se definió como de causa cardíaca cuando la muerte se produjo por arritmias, complicaciones mecánicas (ruptura del miocardio o compromiso valvular severo) o insuficiencia cardíaca refractaria. Las otras causas fueron definidas como no cardiogénicas.

El re-infarto de miocardio (R-IAM) se define como la presencia de al menos dos de los siguientes tres, cambios en el ECG, dolor precordial (u otro equivalente anginoso) o elevación de biomarcadores, después de la ICP.

El accidente cerebrovascular (ACV) se definió como una pérdida permanente de la función neurológica (incluyendo coma) causada por un evento vascular isquémico o hemorrágico constatado por tomografía o resonancia magnética de cerebro.

La insuficiencia renal aguda (IRA) después del procedimiento se definió como oliguria (producción de orina menor de 30ml/h) o anuria asociados con un aumento diario de la creatinina sérica y nitrógeno ureico en sangre de 0,1mg/dl y 0.10mg/dl, respectivamente, o la necesidad de hemodiálisis o diálisis peritoneal en cualquier momento después de la intervención coronaria y hasta los 10 días posteriores.

Los pacientes se consideraron tabaquistas por presentar hábito tabáquico actual o pasado. No se distinguió por cantidad.

Se llamó pacientes hipertensos (HTA) a aquellos con historia previa de hipertensión arterial sistémica o medicado para dicha patología. Pacientes con presión mayor a 140 mmHg.

Se llamó pacientes dislipémicos (DLP) a aquellos con antecedente previo de hipertrigliceridemia, hipercolesterolemia o ambas. Resultados de laboratorio de triglicéridos mayor a 150 mg/dL y colesterol mayor a 200 mg/dL.

Se consideró pacientes diabéticos (DBT) a todo aquel paciente con antecedente previo de diabetes o medicado con insulina o algún hipoglucemiante.

El sangrado mayor se definió como la necesidad de transfusión de al menos 2 unidades de sangre después del procedimiento.

TABLA 1.

Características generales de la población.

| | ANGOR INESTABLE | | IAM S/ST | | IAM C/ST | | GLOBAL | |
|-------------|-----------------|-------|----------------|-------|-----------------|-------|-----------------|-------|
| Total Ptes | 18 | | 24 | | 21 | | 63 | |
| Edad | 86.5(DE2,2) | | 88 (DE3) | | 88.2(DE3) | | 87.5(DE3) | |
| Mujeres | 13 | 72,0% | 15 | 62,5% | 14 | 67,0% | 42 | 66,7% |
| Hombres | 6 | 33,0% | 9 | 37,5% | 7 | 33,0% | 22 | 33,3% |
| Hta | 17 | 94,0% | 21 | 88,0% | 15 | 68,0% | 53 | 84,0% |
| Tabq | 2 | 11,0% | 11 | 46,0% | 9 | 43,0% | 22 | 35,0% |
| DLP | 14 | 77,0% | 11 | 46,0% | 9 | 43,0% | 34 | 54,0% |
| DBT | 5 | 27,0% | 9 | 38,0% | 4 | 19,0% | 18 | 29,0% |
| Insulina | 0 | 0,0% | 2 | 8,0% | 2 | 10,0% | 4 | 6,0% |
| IRC | 5 | 27,0% | 6 | 25,0% | 3 | 14,0% | 14 | 22,0% |
| Creat | 1.06 (D.E 0,40) | | 1.12(DE 0,42) | | 1,03 (D.E 0,25) | | 1.12 (D.E 0,42) | |
| HB | 11.5 (D.E 3,3) | | 12.2 (DE 1,93) | | 12.2 (D.E 2,32) | | 12.2 (D.E 1,9) | |
| Epoc | 0 | 0,0% | 4 | 17,0% | 3 | 14,0% | 7 | 12,0% |
| ACV isq | 1 | 5,0% | 1 | 4,0% | 1 | 5,0% | 3 | 5,0% |
| ICP previa | 6 | 33,0% | 2 | 8,0% | 3 | 14,0% | 11 | 17,0% |
| FA previa | 4 | 24,0% | 4 | 17,0% | 3 | 14,0% | 11 | 17,0% |
| IAM previo | 10 | 55,0% | 6 | 25,0% | 2 | 10,0% | 18 | 29,0% |
| ICD | 6 | 33,0% | 6 | 25,0% | 1 | 5,0% | 13 | 21,0% |
| CCV | 2 | 11,0% | 4 | 17,0% | 1 | 5,0% | 7 | 12,0% |
| CABG | 2 | 11,0% | 3 | 13,0% | 1 | 5,0% | 6 | 10,0% |
| R valvula | 0 | 0,0% | 1 | 4,0% | 0 | 0,0% | 1 | 2,0% |
| MP | 2 | 11,0% | 3 | 13,0% | 1 | 5,0% | 6 | 10,0% |
| AAS | 16 | 88,0% | 14 | 58,0% | 8 | 38,0% | 38 | 60,0% |
| Estatinas | 8 | 44,0% | 6 | 25,0% | 1 | 5,0% | 15 | 24,0% |
| Clopi | 4 | 22,0% | 5 | 21,0% | 0 | 0,0% | 9 | 14,0% |
| ACO | 2 | 11,0% | 2 | 8,0% | 0 | 0,0% | 4 | 6,0% |
| Fey VI pre | 54% (D.E 12) | | 56,4% (D.E 11) | | 57 % (D.E 12) | | 56,4% (D.E 11) | |
| Fey VI post | 53% (D.E 14) | | 52% (DE13) | | 47,7% (D.E 13) | | 52% (D.E 13) | |
| Sinusal | 17 | 94,0% | 19 | 79,0% | 18 | 86,0% | 54 | 85,0% |
| FA post | 2 | 11,0% | 4 | 17,0% | 1 | 5,0% | 7 | 12,0% |
| BCRD | 0 | 0,0% | 3 | 13,0% | 0 | 0,0% | 3 | 5,0% |

AAS: aspirina; ACO: anticoagulantes orales; ACV isq: accidente cerebrovascular isquémico; BCRD: bloqueo completo de rama derecha; CABG: Cirugía de By Pass coronario; CCV: Cirugía cardiovascular; Clopi: clopidogrel; Creat: creatinina; DBT: diabetes Mellitus; DLP: dislipemia; Epoc: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; FA: fibrilación auricular crónica; FEY VI pre: fracción de eyección del ventrículo izquierdo previa al evento; FEY VI post: fracción de eyección del ventrículo izquierdo posterior al evento; HB: hemoglobina; HTA: hipertensión arterial sistémica; IAM: infarto agudo de miocardio; ICD: insuficiencia cardiaca descompensada; ICP: intervención coronaria percutánea; IRC: insuficiencia renal crónica; MP: Marcapasos cardiaco; Ptes: pacientes; R valvular: reemplazo de válvula cardiaca; Tabq: tabaquismo.

Los cálculos estadísticos se realizaron con el sistema estadístico Infostat (Universidad Nacional de Córdoba, 2014, versión libre). Las variables categóricas se expresaron como porcen-taje y las continuas como media y rango.

RESULTADOS

De enero de 1994 a junio de 2016 se realizaron en nuestro centro angioplastias coronarias a 63 pacientes mayores de 85 años con una edad promedio de 87.5 (D.E 3), 66.7% mujeres y 33.3% hombres. El 33.3% se presentó con IAM C/ST (anterior 57%; inferior 29% Lateral 14 %). El 38% se presentó con IAM S/ST y el 28.7% fueron enviados por AI.

En cuanto a los factores de riesgo cardiovasculares (Tabla 1) conocidos al momento de la realización de la ICP se

observó que el 84% presentaba HTA, el 29% era DBT y de estos usaba insulina el 6%. Había un 29% de pacientes con infarto de miocardio (IAM) previo, 17% de pacientes con ICP previas como así también 10% de revascularizados por vía quirúrgica (By Pass coronario).

El 54% se encontraba en ritmo sinusal, el 12% presentaba fibrilación auricular y 10% tenían colocado un marcapaso y presentaban ritmos asociados a los mismos.

En la coronariografía el 10% presentaba enfermedad significativa de tronco de coronaria izquierda, el 52% de descendente anterior, el 40% de coronaria derecha y el 30% de circunfleja. El número de vasos con compromiso significativo ($\geq 70\%$ de obstrucción) en promedio fue 1.9 (D.E 1), el número de ICP realizadas en promedio fue 1.3 (D.E 1). La vía

TABLA 2.

Intervención coronaria percutánea.

| | ANGOR INESTABLE | | IAM S/ST | | IAM C/ST | | GLOBAL | |
|------------------------|-----------------|--------|-------------|--------|-------------|-------|-------------|-------|
| TCI | 1 | 5,0% | 2 | 8,0% | 3 | 14,0% | 6 | 10,0% |
| DA | 16 | 88,0% | 18 | 75,0% | 18 | 86,0% | 52 | 83,0% |
| CX | 8 | 44,0% | 12 | 50,0% | 10 | 48,0% | 30 | 48,0% |
| CD | 13 | 72,0% | 16 | 67,0% | 11 | 52,0% | 40 | 63,0% |
| Nº de vasos | 1.9 (D.E 0,94) | | 1.9 (D.E 1) | | 1.9 (D.E 1) | | 1.9 (D.E 1) | |
| Nº de ICP | 1.3% (D.E 0,58) | | 1.3 (D.E 1) | | 1.4 (D.E 1) | | 1.3 (D.E 1) | |
| Nº de Stent | 1.15% (0,76) | | 1.2 (D.E 1) | | 1.4 (D.E 1) | | 1.2 (D.E 1) | |
| Sang > | 3 | 16,0% | 2 | 8,0% | 2 | 10,0% | 7 | 12,0% |
| IRA | 4 | 22,0% | 4 | 17,0% | 7 | 33,0% | 15 | 24,0% |
| Dialisis | 1 | 5,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 2,0% |
| ACV isq post | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |
| ACV hem post | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |
| IAM Post | 1 | 5,0% | 0 | 0,0% | 2 | 10,0% | 3 | 5,0% |
| Muerte CV Hosp/30 días | 1 | 5,0% | 3 | 13,0% | 7 | 33,0% | 11 | 17,0% |
| Muerte CV 1 año | 1 | 5,0% | 4 | 16,0% | 8 | 38,0% | 13 | 20,0% |
| AAS alta | 18 | 100,0% | 23 | 96,0% | 19 | 91,0% | 61 | 97,0% |
| Clopi/ticlo alta | 18 | 100,0% | 24 | 100,0% | 20 | 95,0% | 62 | 98,0% |
| Estatinas alta | 17 | 94,0% | 24 | 100,0% | 20 | 95,0% | 61 | 97,0% |
| BB alta | 17 | 94,0% | 22 | 92,0% | 20 | 95,0% | 59 | 93,0% |
| IECA/ARA alta | 17 | 94,0% | 23 | 96,0% | 20 | 95,0% | 60 | 95,0% |
| Diureticos alta | 13 | 72,0% | 15 | 63,0% | 18 | 86,0% | 46 | 73,0% |
| Días de int | 2.6 (D.E 3,24) | | 5.4 (D.E 6) | | 8.2 (D.E 9) | | 5.4 (D.E 6) | |

AAS: aspirina; ACV isq: accidente cerebrovascular isquémico; ACV hem: accidente cerebrovascular hemorrágico; ARA: Antagonistas de los receptores de angiotensina; BB: bloqueantes beta adrenérgicos; CD: coronaria derecha; Clopi: clopidogrel; CV: cardiovascular; CX: coronaria circunfleja; DA: coronaria descendente anterior; Hosp: hospitalizado; IAM: infarto agudo de miocardio; IECA: antagonistas de la enzima de conversión; Int: internación; IRA: insuficiencia renal crónica; IRC: insuficiencia renal crónica; MP: Marcapasos cardiaco; N°: numero; Sang >: sangrado mayor; TCI: tronco coronario izquierdo; Ticlo: ticlopidina

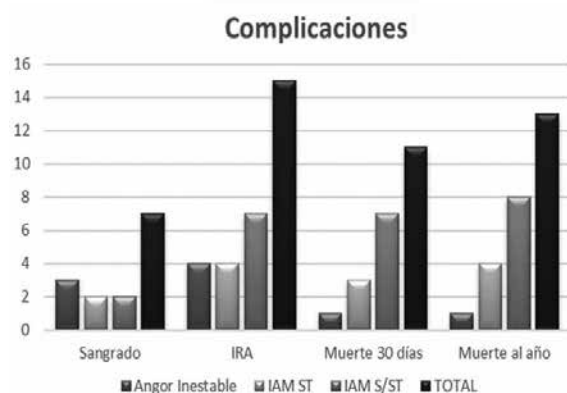


FIGURA 1.

Abreviaturas: IRA: insuficiencia renal crónica; SCA S/ST: síndrome coronario agudo sin desviación del segmento ST; SCA C/ST: síndrome coronario agudo con desviación del segmento ST.

de acceso fue radial en 36% de los casos (Tabla 2) practica que fue siendo más frecuente a partir del año 2011 y llegar al 95% en los años 2015 y 2016.

En lo que respecta a las complicaciones (Figura 1) relacionadas al procedimiento podemos decir que 24% de los pacientes desarrollaron IRA o reagudización de una falla preexistente

te y el 2% requirió diálisis. El 12% de los pacientes presentó sangrado mayor. El 5% presentó un IAM peri procedimiento durante la internación. No hubo accidentes cerebrovasculares isquémicos o hemorrágicos peri procedimiento.

La tasa de mortalidad cardiovascular global fue 17% durante la internación y al mes (siendo 5%, 13%, y 33% respectivamente si se considera el modo de presentación ya sea esta AI, IAM S/ST o IAM C/ST) y del 20% al año.

El tiempo de internación promedio fue 5.4 días (D.E 6).

DISCUSIÓN

En la práctica clínica diaria, es habitual que en pacientes de edad avanzada se opte por el tratamiento médico o conservador en lugar de ICP⁷. Esto es, en parte, debido a que esta población tiene muchos desafíos, como pueden ser una presentación clínica atípica y de aparición más tardía, mayor probabilidad de tener enfermedades concomitantes, deterioro cognitivo, fragilidad física, polifarmacia, y una enfermedad coronaria más compleja (múltiples vasos, tortuosidad y calcificación significativa) y con mayor carga isquémica⁸. Muchas veces se piensa que estos desafíos disminuyen los beneficios y aumentan el riesgo de complicaciones del tratamiento invasivo. En consecuencia, el tratamiento de los

pacientes de edad muy avanzada ha sido tradicionalmente más conservador de lo que las guías recomiendan, con acceso sub-óptimo a la angiografía y revascularización temprana e incluso al tratamiento médico óptimo⁹. Sin embargo, existe una fuerte evidencia de que los pacientes de alto riesgo obtienen beneficio de las ICP, lo que debería bajar el umbral a la hora de decidir estrategias invasivas más agresivas en este grupo etario de indudable alto riesgo¹⁰.

Actualmente la ICP primaria y realizada dentro los tiempos recomendados es la terapéutica preferida para pacientes que presentan un IAM C/ST. Los pacientes muy ancianos que presentan IAM C/ST y son sometidos ICP tienen menor tasa de morbilidad y de mortalidad comparados con aquellos tratados con tratamiento médico o trombolíticos¹¹. En nuestra casuística la mortalidad intrahospitalaria de los pacientes con IAM C/ST fue de 33% todas de causa cardiovascular y debidas a insuficiencia cardiaca refractaria. Esta mortalidad es similar a la reportada por otros estudios en los cuales se incluyen pacientes octogenarios y nonagenarios (edad promedio de 88 años) como el nuestro¹². Las complicaciones sucedieron en el 20%, relacionadas al procedimiento fueron 2% de sangrado mayor, 10% de IAM peri procedimiento y, IRA 33%.

En el caso de los pacientes muy ancianos que presentan un IAM S/ST la situación es similar en cuanto a que los mismos reciben una terapéutica sub-óptima compara con las recomendaciones actuales¹². Sin embargo, este subgrupo de paciente se beneficia en términos de mortalidad y sobre todo de morbilidad cuando son tratados con revascularización percutánea y más aún cuando esta es complementada con tratamiento médico óptimo¹³. El estudio CRUSADE observó, en pacientes ancianos similares a los nuestros, una menor mortalidad intrahospitalaria en pacientes que se someten a estrategia invasiva¹⁴. Otro estudio reciente basado en datos del Nationwide Inpatient Sample mostró que, en comparación con un enfoque conservador inicial, una estrategia invasiva precoz en pacientes octogenarios con un IAM S/ST se asoció con una menor mortalidad intrahospitalaria, accidente cerebrovascular isquémico agudo, hemorragia intracraneal, hemorragia gastrointestinal, y a una menor duración del tiempo de internación¹⁵. En nuestra experiencia los pacientes ancianos con este síndrome presentaron 13% de mortalidad durante la internación con 6% de complicaciones globales de las cuales relacionadas al procedimiento fueron sangrado mayor 8% e IRA 17%.

La Sociedad Europea de Cardiología, Colegio Americano de Cardiología y la Asociación Americana del Corazón recomiendan que el tratamiento de los pacientes de edad avanzada sea basado en lo individual, con un correcto balance entre riesgo y beneficio teniendo en cuenta la isquemia y el riesgo de sangrado, la esperanza de vida, comorbilidades incluyendo la función cognitiva, la calidad de vida y los deseos del paciente antes de decidir sobre la estrategia de tratamiento apropiado^{16,17,18}.

En el subgrupo de pacientes que se les realizó electivamente ICP porque presentaban AI las complicaciones fueron bajas 6% (las más frecuentes: insuficiencia renal 22% y

sangrado mayor el 16%) y la mortalidad de 1 solo paciente el cual se complicó con sangrado retroperitoneal, y su muerte fue debida a shock séptico derivado de una infección asociada a respirador. Estudios que comparan la estrategia invasiva versus la conservadora en estos pacientes concluyen que existe una mejoría en la angina, calidad de vida¹⁹ y mayor reducción absoluta en mortalidad²⁰.

En lo que respecta al stent a elegir cuando se tratan lesiones coronarias de los pacientes ancianos podemos decir, que como en el resto de los pacientes, el beneficio de usar stents fármaco-activos está dado por la menor tasa de revascularización del vaso tratado y menor infarto agudo de miocardio en el seguimiento, aunque parece no haber un impacto importante en términos de mortalidad y accidente cerebro vasculares²¹.

Una mención aparte merece la prevención de complicaciones en estos pacientes ya que las misma impactan en la sobrevida. Con este propósito los últimos 5 años usamos el abordaje radial en todos nuestros pacientes (salvo que la misma no esté disponible) y eso permitió una reducción notable del sangrado asociado al sitio de acceso a tal punto que en ningún caso presentaron un sangrado mayor los tratados con esta técnica.

Las **limitaciones** de este estudio son las propias de aquellos de carácter observacional y retrospectivo, por lo que está latente la posibilidad de sesgo de selección y la posibilidad que no se hayan eliminado por completo los factores de confusión. Otra importante limitación es el número de pacientes incorporados durante un largo periodo lo que representa una muestra pequeña. Pero creemos que ante la falta de datos provenientes de grandes estudios randomizados los estudios observacionales como el nuestro adquieren un gran valor aportando evidencia.

El estudio se realizó siguiendo las recomendaciones actuales para investigación humana y regulaciones legales. Dado que la información del estudio se obtuvo de la revisión de los registros médicos sin informar los datos de identificación del paciente, no se requirió el consentimiento informado de los pacientes.

CONCLUSIÓN

El síndrome coronario agudo en población anciana reviste suma gravedad, y puede tratarse en forma invasiva con riesgos aceptables. La edad cronológica no debería ser el mayor condicionante en la decisión del tratamiento invasivo.

BIBLIOGRAFIA

1. Censos Nacionales de Población, Familias y Viviendas 1970. Censo Nacional de Población y Viviendas 1980 y 1991. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001 y 2010. Disponible en: www.indec.gov.ar/censos_total_pais.asp?id_tema_1=2&id_tema_2=41&id_tema_3=135&t=0&s=0&c=2010. Consultado 01/09/2016.
2. Kung HC, Hoyert DL, Xu J, et al. Division of vital statistics. deaths: final data for 2005. National vital statistics reports. Natl Vital Stat Rep 2008; 56: 1-120.