



**LIV Jornadas SOLACI**  
Ciudad de Panamá



# Enfermedad Coronaria en el paciente octogenario: Cirugía vs. Angioplastia

- ❑ *Dr. Humberto A. Bassani Molinas*  
*Cardioangiólogo Intervencionista*
- ❑ *Fellow del Hospital Italiano de Buenos Aires*
- ❑ *Jefe de Hemodinamia de la Red ENDOVASCULAR de Alta Complejidad Cardiovascular*
  - ❑ *Staff del Hospital Público Bernardino Rivadavia de la Ciudad de Buenos Aires*
- ❑ *Presidente de la Asociación de Cardioangiólogos Intervencionistas de Buenos Aires (ACIBA)*



# ¿QUÉ NOS DICE LA EVIDENCIA EN LA POBLACIÓN GENERAL?

## RESULTADOS DE LOS GRANDES TRIALS

### NOBLE (NEJM 2016)

Diseño	RCT · 1201 pts · 9 centros
Población	EAC de tronco + score SYNTAX ≤ 22
Seguimiento	5 años
MACE ATC	29% vs. CABG 19% (p=0.007)
IM no fatal	Mayor con ATC
Revasc. repetida	Mayor con ATC (17% vs. 10%)
Mortalidad	Sin diferencia significativa
Conclusión	CABG superior en MACE a 5 años

### EXCEL (NEJM 2016)

Diseño	RCT · 1905 pts · 126 centros
Población	EAC de tronco + SYNTAX ≤ 32
Seguimiento	5 años
MACE a 3a	ATC 15.4% vs. CABG 14.7% (no inf.)
MACE a 5a	ATC 22% vs. CABG 19.2% (p=0.13)
ACV	Menor con ATC a corto plazo
IM periprocedimiento	Mayor con CABG (def. UDPB)
Conclusión	No inferioridad a 3 años; diferencias a 5a



# ¿QUÉ NOS DICE LA EVIDENCIA EN LA POBLACIÓN GENERAL?

## RESULTADOS DE LOS GRANDES TRIALS

### COMBAT (Lancet 2021)

Diseño	RCT · 600 pts · 2 centros (Corea)
Población	EMV ( $\geq 2$ vasos) con Disfunción VI
Intervención	ATC-FFR guiado vs. CABG
Seguimiento	5 años
Punto 1°	MACE: ATC 19.6% vs. CABG 17.6%
No inferioridad	Demostrada (margen 10%)
Mortalidad	Similar entre grupos
Conclusión	ATC-FFR no inferior a CABG en FE reducida

### FAME 3 (NEJM 2021)

Diseño	RCT · 1500 pts · 48 centros
Población	EMV (3 vasos), SIN tronco
Intervención	ATC-FFR vs. CABG
Seguimiento	1 año → 3 años
MACE a 1 año	ATC 10.6% vs. CABG 6.9% (p=0.001)
No inferioridad	NO demostrada
Revasc. urgente	Mayor con ATC (5.9% vs. 3.9%)
Conclusión	CABG superior en EMV a 3 vasos



# ¿QUÉ NOS DICE LA EVIDENCIA EN LA POBLACIÓN GENERAL?

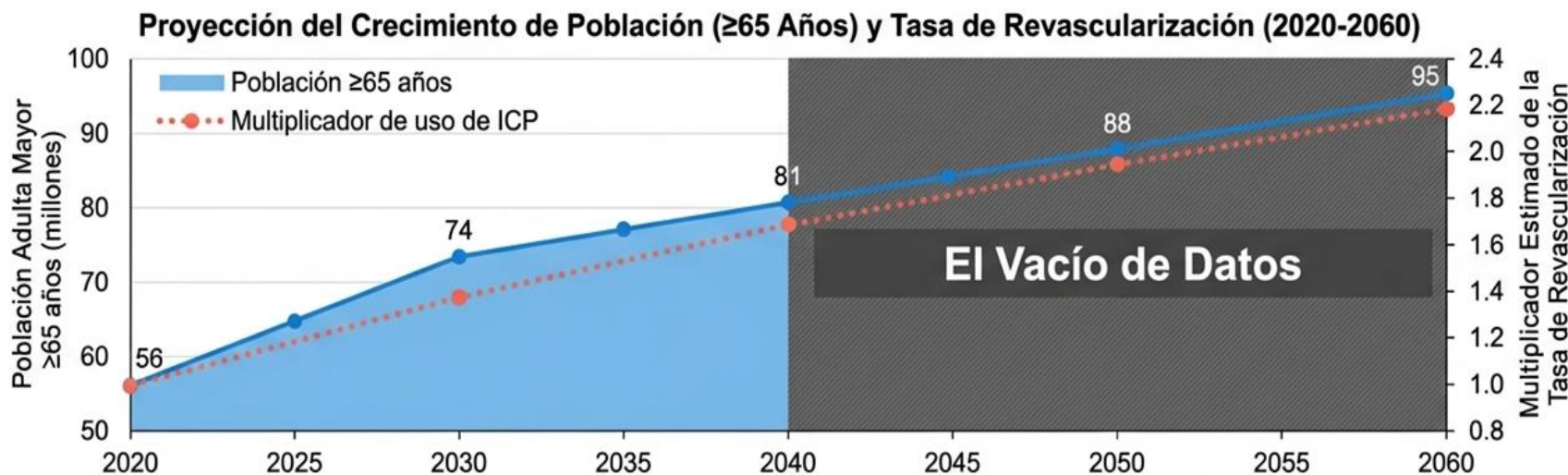
## RESULTADOS DE LOS GRANDES TRIALS

Trial	Anatomía	Estrategia	Seguim.	Resultado
<b>NOBLE</b>	Tronco ± SYNTAX≤22	ATC vs CABG	5 años	<b>CABG superior (MACE)</b>
				superioridad
				superior
				superior

**⚠ Mensaje clave:**  
*En enfermedad de tronco o multivaso, la elección ATC vs. CABG depende del score SYNTAX, la función ventricular y la anatomía. La superioridad de CABG en lesiones complejas es consistente.*



## EL CAMBIO DEMOGRÁFICO QUE CHOCA CON EL VACÍO DE EVIDENCIA



**147 Millones**

de octogenarios en el mundo  
(1.9% de la población global).

**30-40%**

de las hospitalizaciones por síndrome coronario  
agudo (SCA) ocurren en pacientes ≥75 años.



# ¿ENCONTRAMOS EVIDENCIA SUFICIENTE EN OCTOGENARIOS?

## Anatomía de la Subrepresentación:

NOBLE

EXCEL

COMBAT

FAME 3

### La realidad epidemiológica

- Los mayores de 80 años representan el **15–20%** de los síndromes **coronarios agudos**
- La prevalencia de EC significativa en  $\geq 80$  años es **2–3 veces mayor** que en pacientes de 60–70 años.

RCT pivotaes, este grupo constituye menos del **5% de la muestra**.



**LIV Jornadas SOLACI**  
Ciudad de Panamá



**1. ¿ES IGUAL EL RESULTADO EN PACIENTES MÁS JÓVENES  
QUE EN OCTOGENARIOS?**

**1. ¿ENTONCES TENEMOS QUE GUIARNOS EN LOS  
ESTUDIOS PIVOTALES?**



Característica	≥ 80 años
Anatomía	Enfermedad difusa, calcificación severa
SYNTAX	Intermedio-alto (frecuente)
FEy	Mayor prevalencia de disfunción sistólica
Riesgo quirúrgico (EuroSCORE II)	5–15% o más
Fragilidad (escala Fried)	Presente en 30–50%
Comorbilidades (HTA, DM, IRC)	≥ 3 comorbilidades en la mayoría
Mortalidad CABG (30 días)	~5–10% (registros)
Mortalidad ATC (30 días)	~2–4% (SCA)
Pronóstico a largo plazo	Incierto / expectativa de vida limitada



## Aterrizando en los Octogenarios: El Metaanálisis Definitivo

Resultados de 14 estudios y 17,942 pacientes octogenarios con enfermedad de tronco o multivaso (Kirov et al.).



Tasas más bajas en CRM

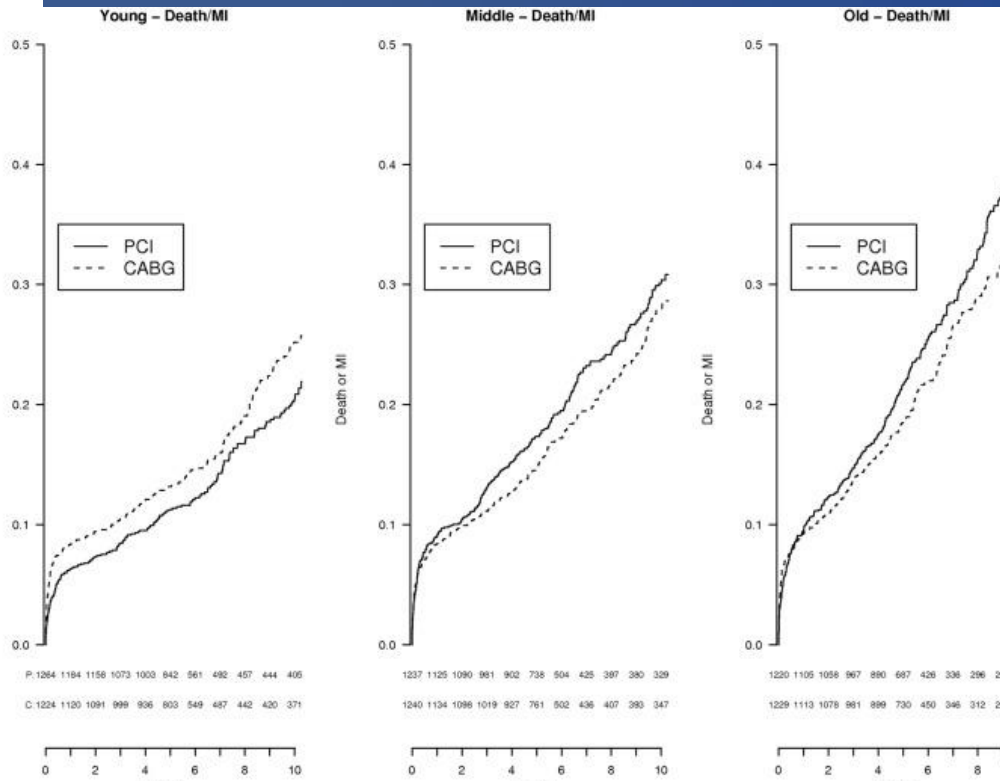
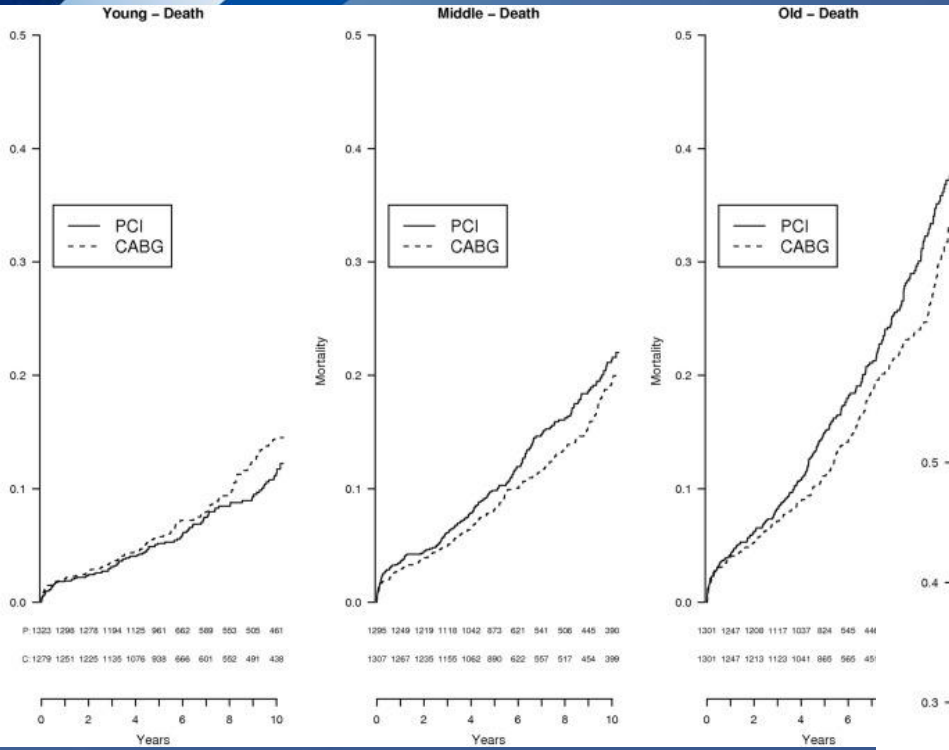


Tasas más bajas en ATC



Sin diferencia significativa en octogenarios

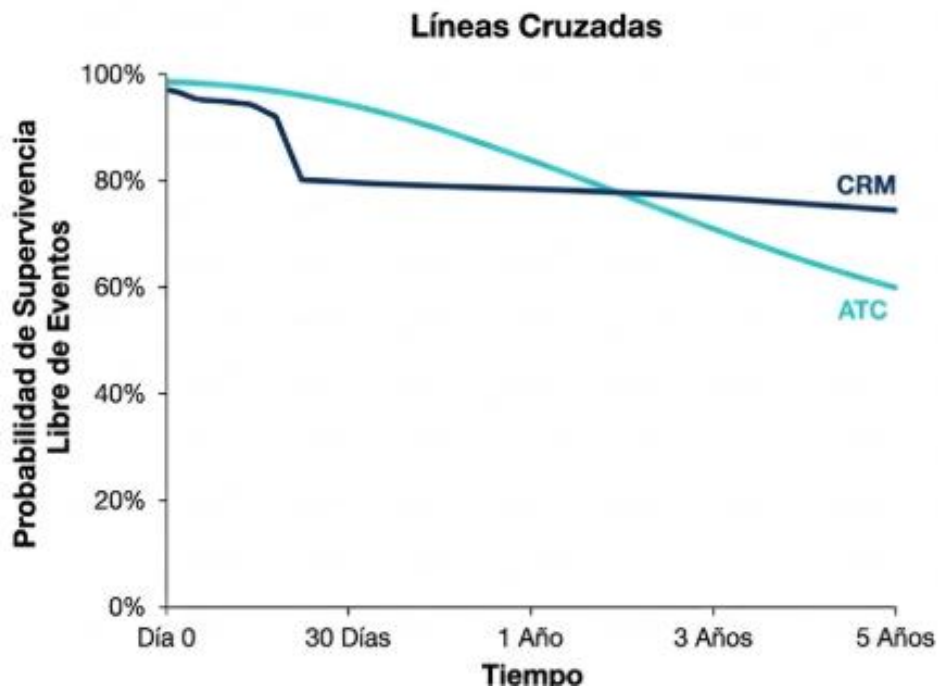
**PARECERÍA QUE A MAYOR EDAD- MAYOR BENEFICIO CON CRM**





## ¿ES UN BENEFICIO QUE LLEGA A VERSE REALMENTE?

### El Trade-off Temporal: Sobrevivir a la Intervención



**Día 0-30:** Beneficio claro de la ATC. La CRM conlleva un alto riesgo de mortalidad perioperatoria.

**El Punto de Inflexión:** Si el octogenario sobrevive el riesgo inicial de la cirugía, cosecha una ventaja sostenida a largo plazo.

**El Dilema Clínico:** ¿Tiene el paciente >80 años la esperanza de vida biológica suficiente para capitalizar el beneficio a 5 años de la CRM?



**LIV Jornadas SOLACI**  
Ciudad de Panamá



POSTURA DEL CONSENSO JACC Y ACC/AHA

“Los pacientes mayores se benefician de la revascularización en igual o mayor medida que los pacientes más jóvenes. La edad cronológica por sí sola nunca debe ser una contraindicación.”

*Accurate risk-assessment requires moving beyond chronologic age to patient-centered goals of care.*



## Los 3 “Factores X” Geriátricos en la Revascularización

### Fragilidad (Frailty)



Multiplica exponencialmente el riesgo de eventos adversos posquirúrgicos, prolonga la estancia en UCI y predice fuertemente la mortalidad. Inclina drásticamente la balanza hacia la ATC.

### Deterioro Cognitivo



Dificulta la obtención del consentimiento informado, la participación en rehabilitación cardíaca y la adherencia estricta a la doble antiagregación plaquetaria (DAPT).

### Multimorbilidad



La disfunción renal previa, la enfermedad pulmonar obstructiva y el riesgo hemorrágico elevado se combinan para elevar el riesgo perioperatorio general de la cirugía.

**Estas variables clínicas y biológicas alteran radicalmente las puntuaciones de riesgo tradicionales (ej. SYNTAX, STS Score).**



## REDEFINIENDO EL ÉXITO CLÍNICO: ¿QUÉ IMPORTA MÁS?

### Métricas Tradicionales

Mortalidad por todas las causas  
MACE (MACCE)  
Supervivencia absoluta a 10 años  
Permeabilidad angiográfica perfecta

### Métricas Geriátricas (AHA)

Independencia funcional preservada  
Tiempo de vida libre de hospitalizaciones  
Alivio sostenido de los síntomas (angina)  
Calidad de vida (QoL) diaria

Una **REVASCULARIZACIÓN "INCOMPLETA"** puede ser un Éxito Clínico para un paciente frágil, con la cual permanece asintomático



## JACC / AHA-ACC 2021 — Recomendaciones para Pacientes $\geq 80$ años

### Clase I

Niv. B-NR

#### Evaluación geriátrica integral

Todos los pacientes  $\geq 75-80$  años con indicación de revascularización deben recibir evaluación de fragilidad, estado funcional, cognición y expectativa de vida antes de la decisión terapéutica.

### Clase I

Niv. B-NR

#### Discusión con Heart Team multidisciplinario

La decisión entre ATC y CABG en octogenarios debe ser tomada por un Heart Team que incluya cirujano cardíaco, cardiólogo intervencionista y, cuando corresponda, geriatra.

### Clase IIa

Niv. B-R

#### ATC como estrategia preferida en alto riesgo quirúrgico

En pacientes  $\geq 80$  años con score SYNTAX bajo-intermedio y riesgo quirúrgico alto (EuroSCORE II  $\geq 5\%$  o STS  $\geq 4\%$ ), la ATC es razonable como estrategia inicial.

### Clase IIa

Niv. C-EO

#### CABG en pacientes seleccionados sin fragilidad severa

CABG puede ser razonable en octogenarios con anatomía compleja (SYNTAX alto) y sin fragilidad severa, siempre que el riesgo quirúrgico sea aceptable y el paciente entienda los objetivos del tratamiento.

### Clase IIb

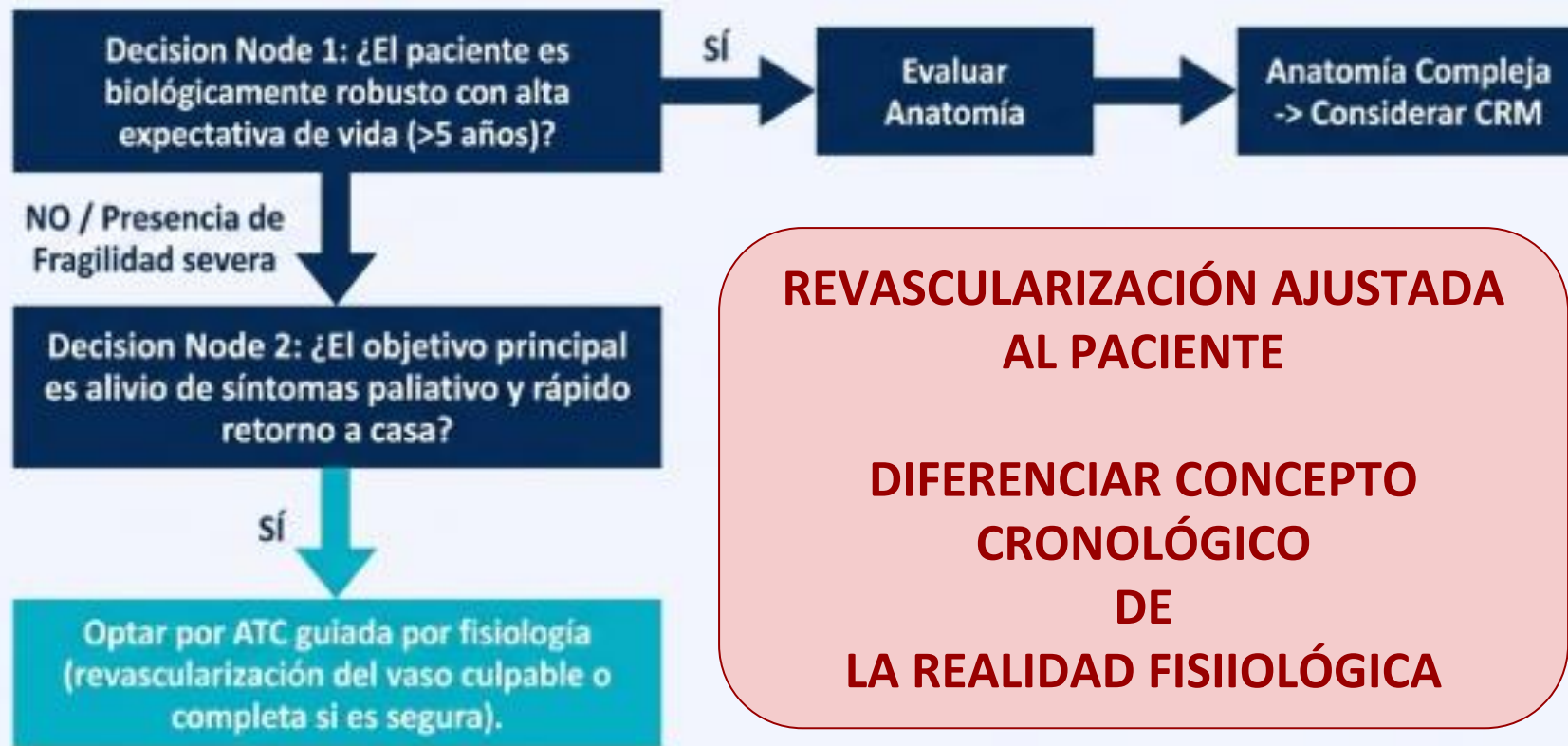
Niv. C-EO

#### Revascularización en IAMCEST primario

La ICP primaria es la estrategia de reperfusión de elección en octogenarios con IAMCEST, con beneficio de mortalidad documentado incluso en muy ancianos. El tratamiento conservador puede considerarse cuando la expectativa de vida es muy limitada.



# El Algoritmo de Decisión Geriátrica Integrado



**REVASCULARIZACIÓN AJUSTADA  
AL PACIENTE**

**DIFERENCIAR CONCEPTO  
CRONOLÓGICO  
DE  
LA REALIDAD FISIOLÓGICA**



## TAKE HOME MESSAGES

1. En los grandes ensayos clínicos, la población octogenaria se encuentra subrepresentada. Mientras la **anatomía coronaria** dicta la técnica posible, la **evaluación geriátrica** integral debe dictar la estrategia clínica final.
2. El Acto de Equilibrio: La a ATC protege la supervivencia a 30 días y preserva iguales resultados a corto plazo. La CRM ofrece durabilidad, pero exige que el paciente octogenario tenga la condición para superar un acto quirúrgico.
3. Priorizar la **calidad de vida** y objetivos a la hora de elegir **revascularización completa vs. incompleta**.