

SÍNDROMES CORONARIOS EN EL PACIENTE MAYOR. NUEVAS RECOMENDACIONES DE LA AHA.

Autor: Marcos García Aguado

Fecha de publicación: 19/12/2022

Patología: CI y factores de riesgo CV / Categoría: Novedades-Geriatría

Tiempo de lectura: 4 minutos.



Este post incluye opiniones de su autor. Las partes del texto subrayadas contienen enlaces a artículos publicados, u otros posts de CARPRIMARIA.

El proceso de envejecimiento cardiovascular (CV) se caracteriza por un aumento de rigidez de la aorta y grandes vasos, hipertrofia ventricular izquierda, incremento de la presión de llenado del ventrículo izquierdo al final de la diástole, deposición de colágeno en el intersticio miocárdico, la alteración de la relajación miocárdica, el deterioro de la función endotelial de las arterias, y el envejecimiento renal con disfunción tubular, disminución de reabsorción de sodio y excreción de potasio. Todo ello aumenta el riesgo de desarrollo de enfermedad coronaria, insuficiencia renal e insuficiencia cardiaca. Además, genera problemas de toxicidad farmacológica y aumenta la complejidad de los eventos cardíacos y su manejo.

Las personas de ≥ 75 años constituyen un grupo complejo, de difícil manejo en el ámbito de los síndromes coronarios agudos (SCA). Se considera que entre el 30-40% de los pacientes hospitalizados con un SCA ≥ 75 años, con una mortalidad más significativa.

Este grupo etario presenta síndromes específicos que influyen en el *pronóstico (fragilidad, deterioro cognitivo, polifarmacia, comorbilidades)* y el manejo terapéutico, además presentan cambios anatómicos coronarios más complejos. De hecho, la presencia de uno o más síndromes geriátricos puede afectar sustancialmente a la presentación clínica, el curso evolutivo, la estrategia terapéutica y su eficacia, y al pronóstico.

Es por ello por lo que debemos tener en cuenta los síndromes geriátricos (*comorbilidad, fragilidad, deterioro cognitivo, delirium, polifarmacia, discapacidad, pérdida sensorial*) y realizar una evaluación integrada de los mismos, por medio de herramientas que permitan la [valoración geriátrica integral \(VGI\)](#). Además, existe una bidireccionalidad entre los SCA y los síndromes geriátricos. Debemos realizar una medicina individualizada para detectar esos síndromes geriátricos, por ello es fundamental crear unidades multidisciplinares.

En el **hospital Universitario Puerta de Hierro de Majadahonda** hemos creado un programa transversal de cardiogeriatría, centrada en el manejo del paciente geriátrico en el ámbito de la cardiología, con un equipo formado por el **Dr. Marcos García Aguado** (*Cardiología*), **Dra. Ana Suero** (*Geriatría*) y **Dra. Blanca Carballido** (*Geriatría*), con Coordinación por el Dr. Marcos García Aguado en el ámbito cardiológico.

Se ha publicado este mes de diciembre unas [declaraciones de la American Heart Association \(AHA\)](#) sobre el manejo de los pacientes ≥ 75 años con SCA.

Resumimos los puntos más relevantes:

- Nos recuerdan las formas de presentación clínica de este grupo etario, con más frecuencia de clínica atípica, sin opresión precordial. En ≥ 75 años es más común la presencia de un único síntoma atípico: disnea súbita, estado confusional súbito o síncope. Al igual que otras patologías, debemos sospechar otras causas, más allá de las aparentes, ante eventos súbitos o cambios de la situación basal del paciente.
- Este grupo etario presenta con frecuencia insuficiencia renal crónica asociada, que se asocia a una elevación de los valores de troponina cardiaca (*que también produce la fibrosis miocárdica secundaria a la edad*). Es por ello por lo que debemos ser especialmente cuidadosos a la hora de evaluar este biomarcador, y tener muy en cuenta la evolución de sus concentraciones en el tiempo, es decir, confirmar las famosas curvas de ascensos y descensos de troponinas, y no un valor elevado sin más.
- Entre los fármacos inhibidores del P2Y12 se recomienda el uso de **clopidogrel**, por presentar un perfil hemorrágico más seguro que el **ticagrelor** y el **prasugrel**. Recordemos que la edad se asocia a un mayor riesgo hemorrágico. En cambio, en aquellos pacientes con infarto de miocardio con elevación del ST o en aquellos con una anatomía coronaria compleja, se considera razonable usar ticagrelor en vez de clopidogrel.
- Debemos ser especialmente cuidadosos con los anticoagulantes orales, buscando dosis y terapias orientadas a riesgos hemorrágicos menores. De hecho, se recomienda que los pacientes usen una triple terapia (*anticoagulación y doble antiagregación*) por un tiempo lo más breve posible, idealmente 4 semanas tras el intervencionismo percutáneo. Tras estas 4 semanas, se recomienda suprimir la aspirina e iniciar doble terapia combinada con **clopidogrel** y un anticoagulante oral

directo durante un tiempo determinado por las características individuales del paciente

- Debemos tener especial precaución con la función renal, con un seguimiento estrecho y con medidas preventivas de protección debido a un mayor riesgo de deterioro renal agudo secundario al uso de contraste.
- No se debe marginar a este grupo etario de los procedimientos invasivos coronarios percutáneos o quirúrgicos, con beneficios demostrados, de hecho, por su edad suelen ser clasificados como SCA de alto riesgo, que requieren de una estrategia invasiva temprana, con acceso radial para minimizar el riesgo hemorrágico. Ahora bien, debemos individualizar y tener en cuenta las preferencias del paciente y la VGI para decidir si intervencionismo o tratamiento conservador.
- Este grupo de población no puede ser excluida de los programas de rehabilitación cardiaca, adaptados a sus características individuales. De hecho, se insiste que la rehabilitación cardiaca contribuye a mejorar especialmente a los pacientes frágiles, aquellos que erróneamente son excluidos de esta opción. Recordemos además que la rehabilitación puede ayudar a revertir síndromes geriátricos clínicos.
- Se recomienda simplificar las terapias para facilitar la adherencia terapéutica y evitar problemas con la medicación, fundamentalmente en aquellos con dificultades cognitivas y movilidad limitada.
- Se insiste en la importancia de crear programas multidisciplinarios, con cardiólogos, cirujanos, geriatras, médicos de atención primaria, trabajadores sociales y nutricionistas.
- Debemos individualizar, y evitar caer en la realización de procedimientos inútiles. Debemos tener en cuenta la “futilidad” para la toma de decisiones, que debe ser conjunta.

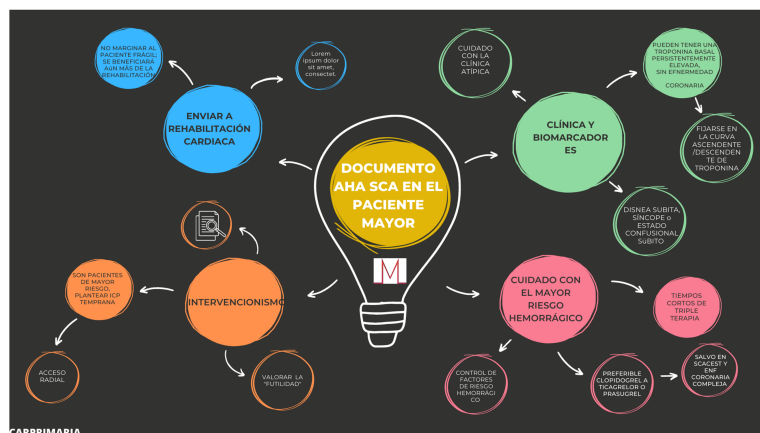


Ilustración 1. Resumen de recomendaciones del documento AHA SCA paciente mayor

REFERENCIAS

[Circulation. 2022. Dec 12.](#)