

Cartas al Editor

Cardiopatía isquémica crónica del anciano.
Documento de consenso. Sociedades Españolas
de Cardiología, Medicina Interna, Atención
Primaria y Geriátrica



Chronic Ischemic Heart Disease in the Elderly. Consensus
Document of the Spanish Societies of Cardiology, Internal
Medicine, Primary Care, and Geriatrics

Sr. Editor:

Queremos dar a conocer el documento publicado recientemente de forma simultánea en *Medicina Clínica*¹, *Revista Española de Geriátrica y Gerontología*² y *SEMERGEN-Medicina de familia*³. La cardiopatía isquémica crónica afecta al 5-7% de los ancianos y su abordaje exige una valoración integral de la comorbilidad, la fragilidad, el estado funcional, la polifarmacia y las interacciones medicamentosas. Estos factores son tan frecuentes e importantes para la toma de decisiones centrada en el paciente que para algunos autores justifican la necesidad de la subespecialidad de cardiología geriátrica⁴. La presentación asintomática y/o atípica es más frecuente en los mayores de 75 años y un alto porcentaje de pacientes no son capaces de realizar un nivel de ejercicio suficiente para que las pruebas de esfuerzo sean valorables. Abogamos por un tratamiento médico en la mayoría de los casos, que debe incluir modificaciones en el estilo de vida. Los fármacos frecuentemente se infrutilizan en ancianos, el cumplimiento se reduce con la edad⁵, su eficacia es menor, los efectos adversos son

más frecuentes y hay más interrupciones. El uso de estatinas no está indicado para pacientes mayores de 80 años con comorbilidad grave o expectativa de vida < 3 años, demencia moderada-grave o deterioro funcional importante⁶. Quitando esa excepción, las cifras objetivo de colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad y otras (frecuencia cardíaca, presión arterial) son similares en ancianos y en los más jóvenes, aunque en algunos casos puede ser aceptable un objetivo de presión arterial sistólica < 160 mmHg. En el anciano, la consideración de realizar o no una revascularización coronaria debe tomarse con cautela, ya que el intervencionismo y la cirugía acarrearán mayor tasa de complicaciones. Los ancianos con cardiopatía isquémica crónica presentan con frecuencia comorbilidades, fragilidad o síndromes geriátricos que limitan las posibilidades terapéuticas y empeoran el pronóstico. La mayoría presenta criterios de fragilidad, que incrementa la mortalidad 2-4 veces. También son muy frecuentes el deterioro cognitivo, que puede dificultar la adherencia al tratamiento, y la depresión, que conlleva peor pronóstico, así como otras comorbilidades (diabetes mellitus, insuficiencia renal). Es imprescindible realizar una valoración integral desde el punto de vista biopsicosocial, que incluya valoración funcional, fragilidad, función cognitiva, situación social, expectativa de vida y deseos y directrices del paciente (tabla) para sopesar la relación riesgo-beneficio y estar seguros de que el riesgo competitivo asociado a estas condiciones geriátricas no es mayor en la predicción del pronóstico que el asociado a la propia enfermedad coronaria.

Tabla

Factores geriátricos en la evaluación

	Diagnóstico	Pronóstico/plan
Comorbilidad	DM, EPOC, IR, riesgo de sangrado, etc. Síndromes geriátricos (caídas, incontinencia, etc.)	Afectan a los resultados a corto y largo plazo Mayor riesgo en pruebas diagnósticas y en tratamientos
Fragilidad	Escala de Fried <i>Clinical Frailty Scale</i> SPPB	Riesgo de enfermedad coronaria más grave Mayor morbimortalidad tras intervencionismo No implica necesariamente no realizar pruebas o tratamientos invasivos; sí implica cuidado más personalizado
Estado funcional	Índice de Katz (AVD básicas) Índice de Barthel Índice de Lawton (AVD instrumentales)	Mayor riesgo de complicaciones y muerte Si dependencia moderada-grave, priorizar acciones dirigidas a obtener calidad de vida
Estado mental	MMSE MoCA miniCog Test depresión	Independientemente asociado con morbimortalidad Seguimiento estrecho, especialmente si hay depresión
Polifarmacia	≥ 5 medicaciones crónicas	Riesgo de interacciones y falta de adherencia Riesgo de efectos adversos A veces es necesario priorizar qué fármacos son más imprescindibles para el objetivo buscado

AVD: actividades de la vida diaria; DM: diabetes mellitus; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; IR, insuficiencia renal; miniCog: *Mini-Cognitive Assessment Instrument*, test muy simple (dos preguntas y el dibujo de un reloj) para cribar deterioro cognitivo; MMSE: *Mini Mental Examination*; MoCA: *Montreal Cognitive Assessment*; SPPB: *Short Physical Performance Battery* (evalúa equilibrio, velocidad de marcha y capacidad de levantarse de una silla).

Escala de Fried: evalúa cinco criterios (pérdida involuntaria de peso, cansancio fácil, actividad física escasa, marcha lenta y fuerza muscular escasa); tres o más criterios indican fragilidad. *Clinical Frailty Scale*: escala entre 1 (robusto) y 9 (muy enfermo); incluye en la evaluación diferentes déficit, enfermedades y discapacidades. Reproducida con permiso de Martínez-Sellés et al¹.

CONFLICTO DE INTERESES

E. Abu-Assi es Editor Asociado de REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA.

Manuel Martínez-Sellés^{a,*}, Ricardo Gómez Huelgas^b,
Emad Abu-Assi^c, Alberto Calderón^d y María Teresa Vidán^e

^aSociedad Española de Cardiología (SEC), Sección de Cardiología Geriátrica, Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Universidad Europea y Universidad Complutense, Madrid, España

^bSociedad Española de Medicina Interna (SEMI), Departamento de Medicina Interna, Hospital Universitario Regional de Málaga, FIMABIS, Málaga, España

^cSociedad Española de Cardiología (SEC), Sección de Cardiopatía Isquémica y Cuidados Agudos Cardiovasculares, Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario Álvaro Cunqueiro, Vigo, Pontevedra, España

^dSociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN), Centro de Salud Rosa Luxemburgo, San Sebastián de los Reyes, Madrid, España

^eSociedad Española de Geriátrica y Gerontología, Servicio de Geriátrica, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Universidad Complutense, Madrid, España

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: mmsselles@secardiologia.es

(M. Martínez-Sellés).

On-line el 3 de junio de 2016

BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez-Sellés M, Gómez-Huelgas R, Abu-Assi E, Calderón A, Vidán MT. Cardiopatía isquémica crónica en el anciano. *Med Clin (Barc)*. 2016;146:372.e1-10.
2. Martínez-Sellés M, Gómez-Huelgas R, Abu-Assi E, Calderón A, Vidán MT. Cardiopatía isquémica crónica en el anciano. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2016;51:170-9.
3. Martínez-Sellés M, Gómez-Huelgas R, Abu-Assi E, Calderón A, Vidán MT. Cardiopatía isquémica crónica en el anciano. *Semerger*. 2016. <http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2016.02.013>.
4. Bell SP, Orr NM, Dodson JA, Rich MW, Wenger NK, Blum K, et al. What to expect from the evolving field of geriatric cardiology. *J Am Coll Cardiol*. 2015;66:1286-99.
5. Garg P, Wijeyesundera HC, Yun L, Cantor WJ, Ko DT. Practice patterns and trends in the use of medical therapy in patients undergoing percutaneous coronary intervention in Ontario. *J Am Heart Assoc*. 2014;3 [Epub ahead of print]. pii: e000882. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1161/JAHA.114.000882>
6. Gómez-Huelgas R, Martínez-Sellés M, Formiga F, Alemán Sánchez JJ, Camafort M, Galve E, et al. [Management of vascular risk factors in patients older than 80]. *Med Clin (Barc)*. 2014;143:134. e1-11.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2016.02.028>

Octogenarios: ¿demasiado ancianos para revascularización miocárdica quirúrgica?



Octogenarians: Too Old for Surgical Myocardial Revascularization?

Sr. Editor:

Felicitemos a Díez-Delhoyo et al¹ por su trabajo sobre el valor pronóstico de la puntuación SYNTAX residual (PSr) en octogenarios con síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST y aportamos algunos comentarios.

Pese a tratarse de un análisis retrospectivo, estos hallazgos indican que la PSr es un potente predictor pronóstico en estos pacientes. En su estudio incluyeron a pacientes con enfermedad multivazo y la estrategia preferida fue la revascularización percutánea de la lesión considerada culpable. La variable de valoración primaria (combinado de mortalidad total e infarto de miocardio) se comparó en función de la PSr (PSr < 8, PSr 8-20 y PSr > 20) al ingreso y a los 6 meses. Se observó que, en ambos periodos, el porcentaje de la variable primaria aumentaba significativamente según aumentaba la PSr. El principal hallazgo del estudio fue que en el análisis multivariable se observó que la PSr era el mayor predictor de la variable primaria a los 6 meses (*odds ratio* = 9,4; intervalo de confianza del 95%, 1,61-55,1; *p* = 0,013).

La elección de la estrategia de revascularización para los octogenarios es compleja por la fragilidad, las comorbilidades y la extensión de la enfermedad coronaria. Por ello es una práctica extendida revascularizar percutáneamente la lesión culpable y manejar médicamente las demás lesiones. Sin embargo, esta estrategia tiene algunas debilidades:

- Identificación de la «lesión culpable»: en muchos pacientes con enfermedad multivazo, no se puede identificar la lesión culpable. Varios estudios han mostrado que hasta un 40% de los pacientes presentan múltiples placas con criterios angiográficos de lesión culpable y que la correlación entre la lesión culpable y los cambios electrocardiográficos o ecocardiográficos es débil².

- Evolución de las «lesiones no culpables»: en la enfermedad coronaria estable, las lesiones coronarias pueden permanecer quiescentes largo tiempo. Sin embargo, tras un síndrome coronario agudo las lesiones no culpables pueden «activarse» y conducir a la aparición de eventos trombóticos a corto y medio plazo³.
- Revascularización completa: la revascularización completa se asocia con menor morbilidad, y es más fácil de obtener mediante revascularización quirúrgica que con la percutánea⁴. La PSr > 8 tras una revascularización percutánea incompleta se asocia con peor pronóstico⁵, y el estudio de Díez-Delhoyo et al¹ muestra su utilidad para pacientes octogenarios.
- Revascularización quirúrgica frente a percutánea: múltiples estudios que han comparado ambos tipos de revascularización en enfermedad multivazo incluyeron tanto a pacientes con síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST como a octogenarios, a pesar de que no hay estudios específicos. Durante más de dos décadas, numerosos estudios han comparado la revascularización quirúrgica y la percutánea (con angioplastia simple, *stents* convencionales o farmacoactivos de primera y segunda generación). En general, se han observado resultados favorables con la revascularización quirúrgica^{4,6}, especialmente en pacientes de complejidad intermedia-alta para revascularización percutánea (puntuación SYNTAX basal > 22), como serían los octogenarios.
- Revascularización quirúrgica de octogenarios: aunque la inclusión de pacientes octogenarios en los ensayos clínicos no ha sido muy amplia⁶, la evidencia reciente de varios registros del mundo real también indicaría que la revascularización quirúrgica sería una opción preferida a la revascularización percutánea para estos pacientes^{7,8}.

En conclusión, según la evidencia disponible, la revascularización quirúrgica es una opción terapéutica válida para octogenarios con síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST y enfermedad multivazo. Por ello, en ausencia de contraindicaciones específicas, la avanzada edad de los pacientes octogenarios no debería suponer un obstáculo para que puedan beneficiarse de la revascularización quirúrgica.