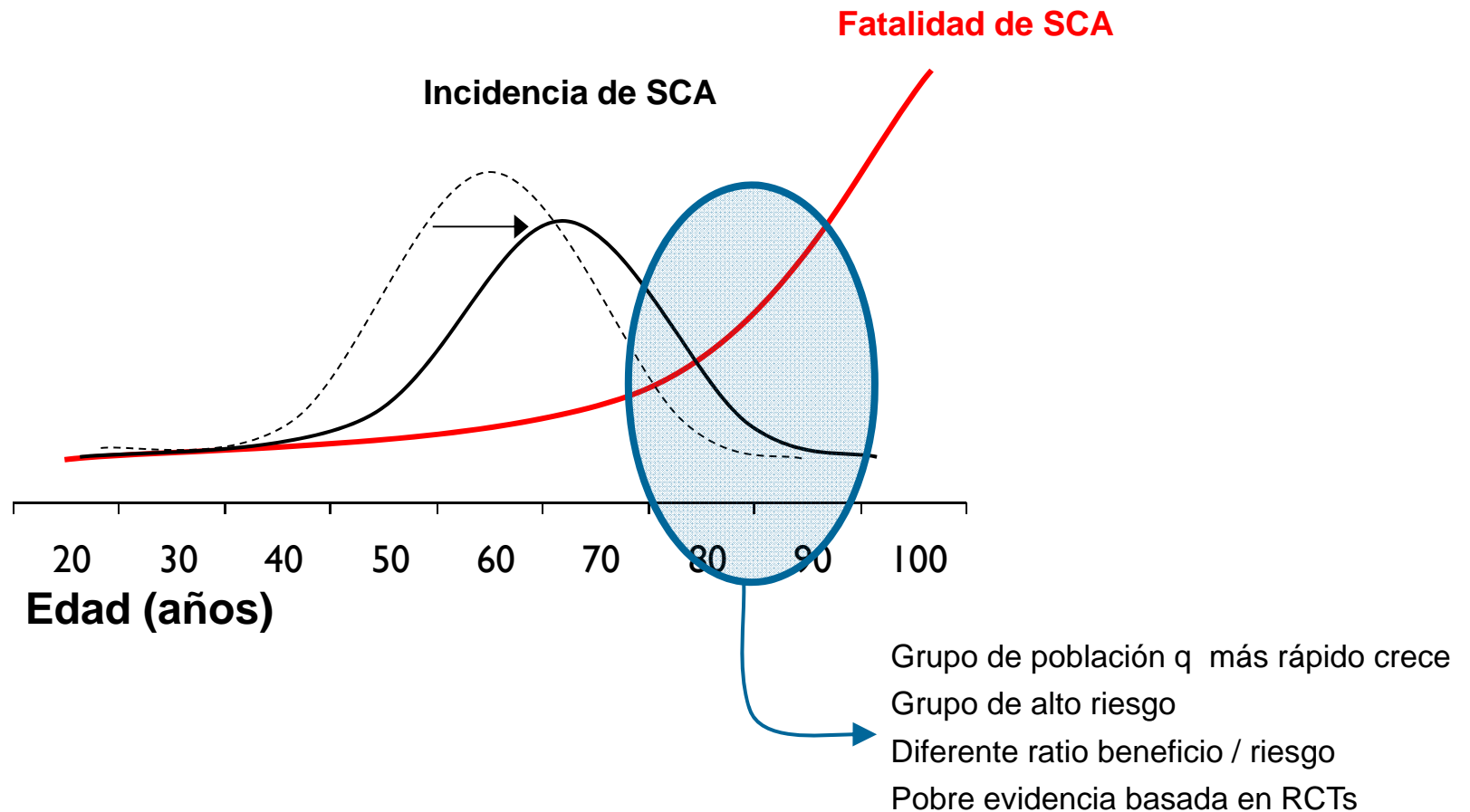




El anciano con SCA: toma de decisiones y complicaciones específicamente geriátricas

Maite Vidán
Servicio de Geriátria
Hospital General Universitario “Gregorio Marañón”
Madrid

Epidemiología e implicaciones clínicas del envejecimiento en los SCA



Demografía

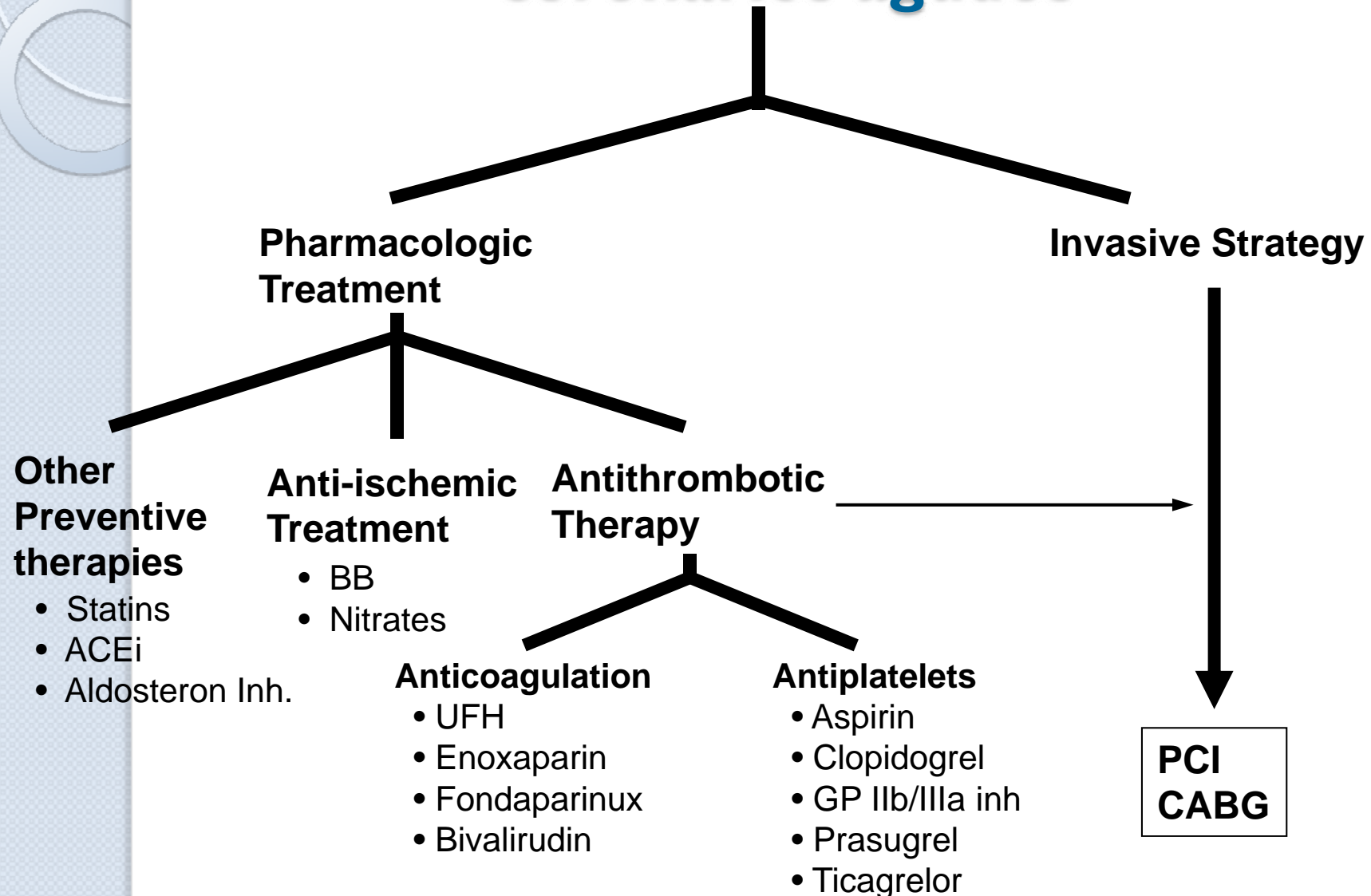
Esperanza de vida a las distintas edades	Hombres	Mujeres
75 años	10.91	13.25
80 años	8.05	9.67
85 años	5.8	6.6
90 años	4.07	4.5
95 años	3.00	3.05

A los 80 a:

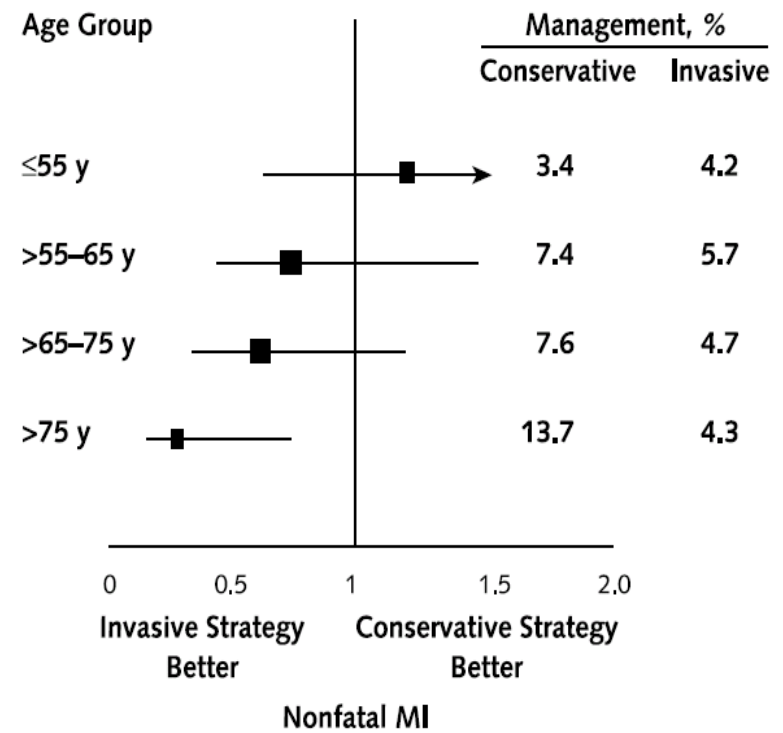
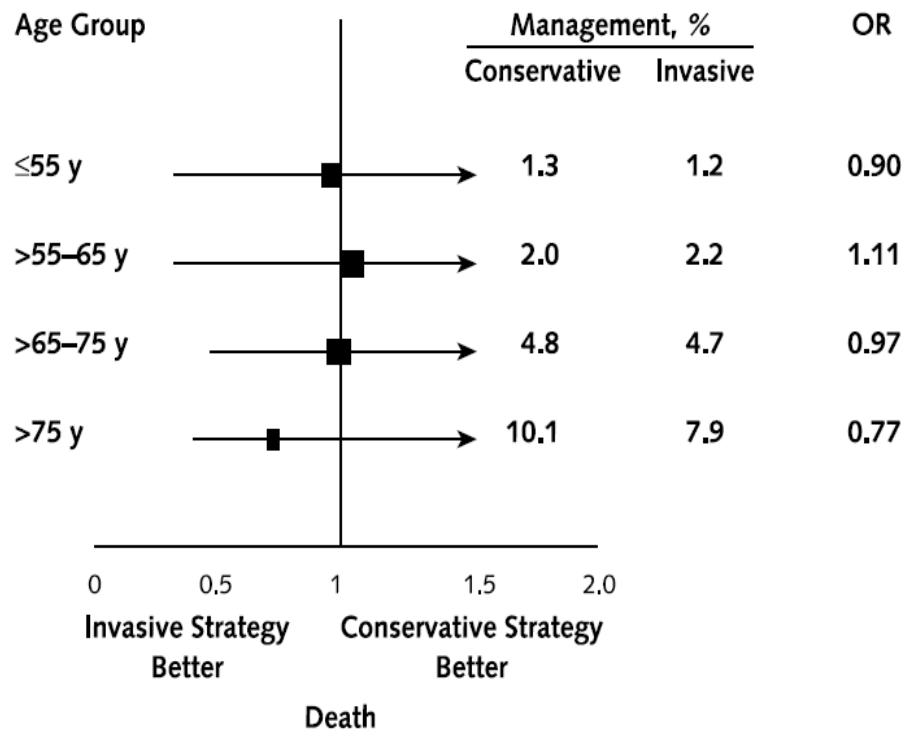
10% morirá en 2 años

> 50% vivirá una década más

Tratamiento de los síndromes coronarios agudos



Invasive strategy in older patients with NSTEMI ACS



Cómo manejar el SCA en el anciano

- En general, no muchas decisiones específicamente cardiológicas

Recommendations for elderly patients

Recommendations	Class ^a	Level ^b
Because of the frequent atypical presentation, elderly patients (>75 years) should be investigated for NSTEMI-ACS at low level of suspicion	I	C
Treatment decisions in the elderly (>75 years) should be made in the context of estimated life expectancy, co-morbidities, quality of life, and patient wishes and preferences.	I	C
Choice and dosage of antithrombotic drugs should be tailored in elderly patients to prevent the occurrence of adverse effects.	I	C
Elderly patients should be considered for an early invasive strategy with the option of possible revascularization, after careful weighing up of the risks and benefits.	IIa	B

Alto nivel de sospecha

Decisión Terapéutica en contexto de:

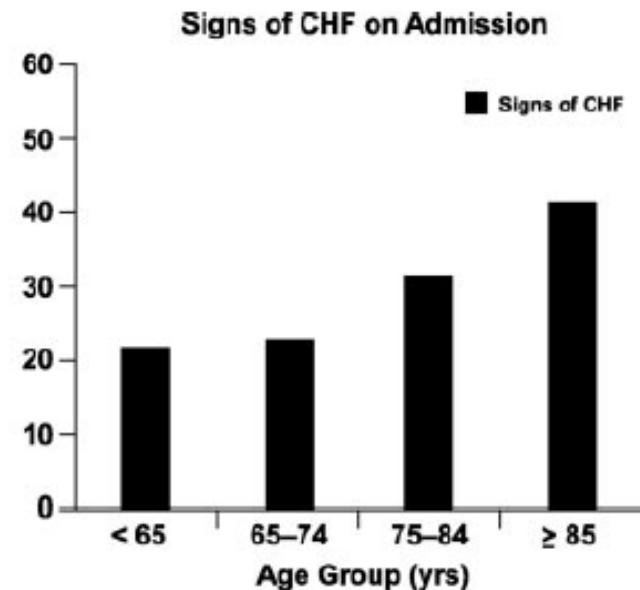
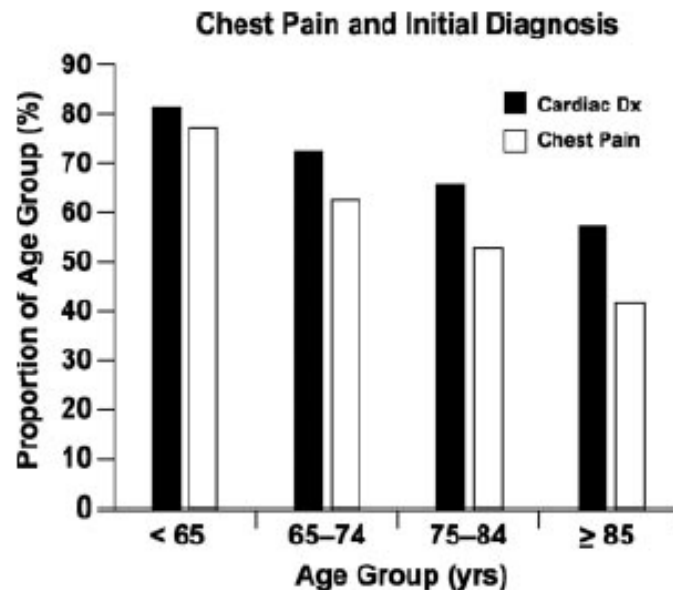
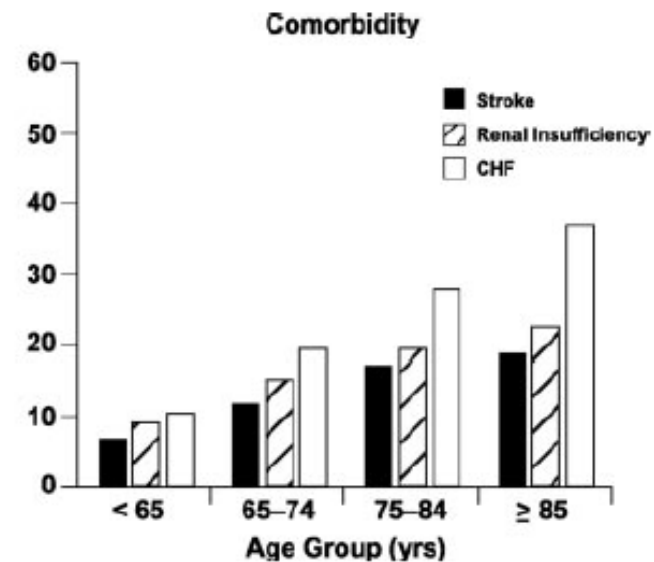
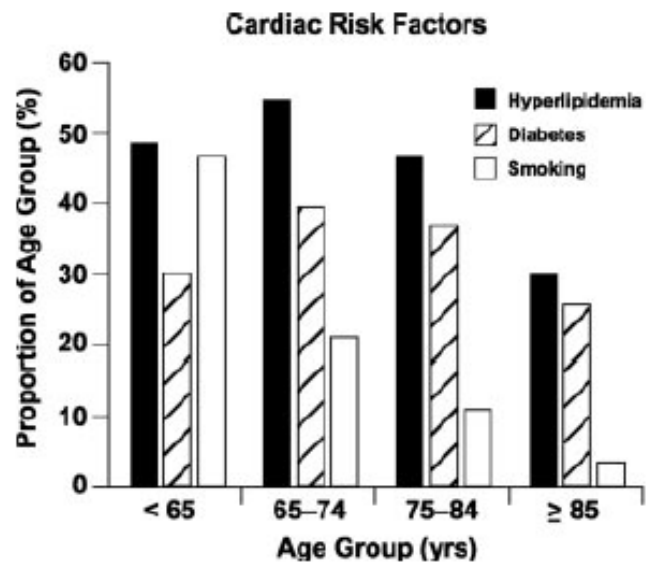
Expectativa de vida
Co-morbilidad
QoL y Preferencias

Cuidado con las dosis de antitrombóticos

Considerar riesgos / beneficios de estrategia invasiva

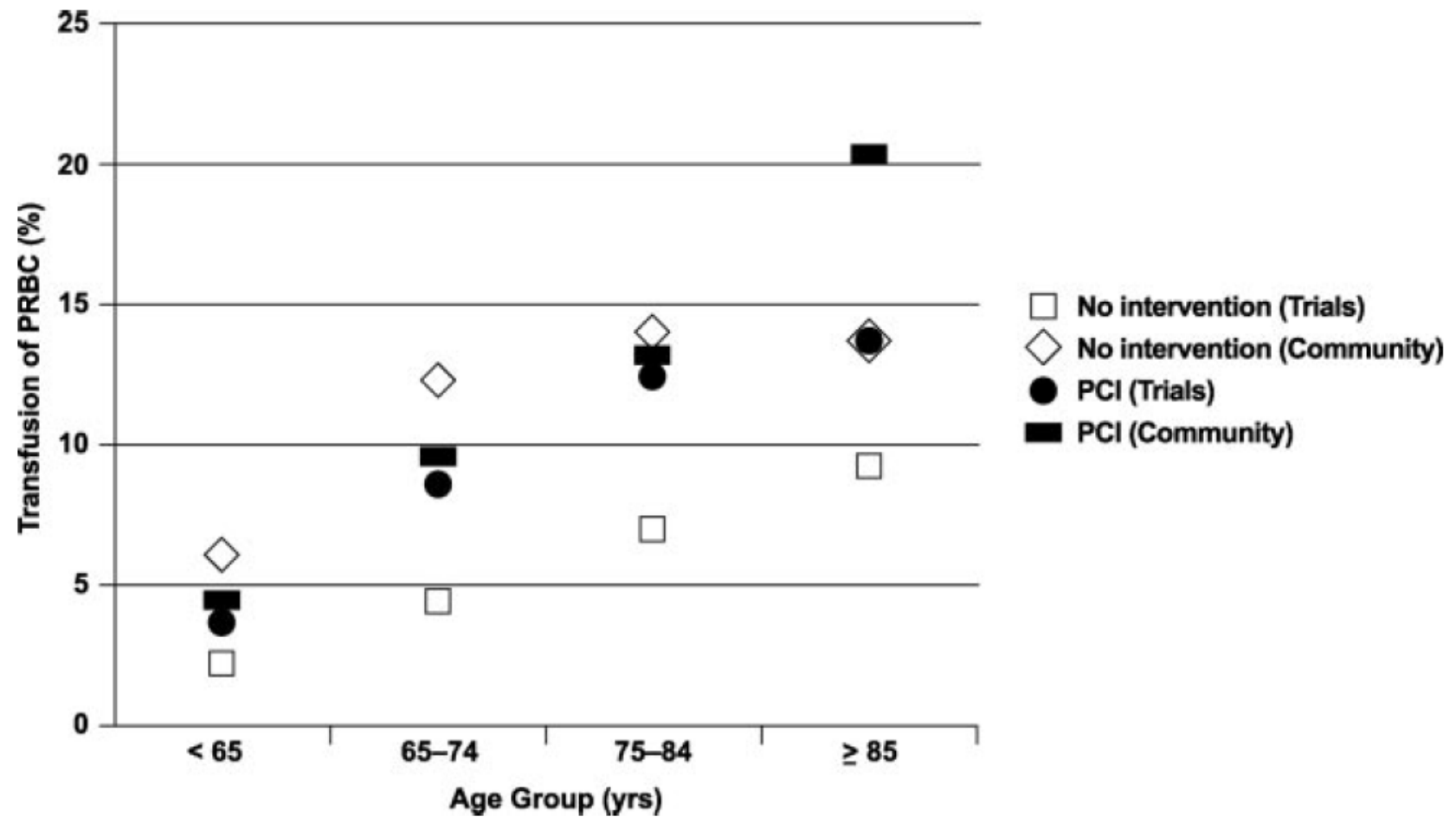
Hamm CH *Eur Heart J* 2011; 32(23):2999-3054.

¿Qué ocurre en el mundo real?



¿Qué ocurre en el mundo real?

Complicaciones hemorrágicas





Ejemplos de casos

- **Caso I**: mujer de 80 años,
- DM, Ámputación MII, By-pass Ao-coronario hace 3 años
- Empiema crónico en LII, portadora de cateter (8 meses)
- Cognitivamente bien, silla de ruedas por amputación.
Vive con familia, buen apoyo
- Ingresada por insuf respiratoria, infiltrado en pulmón derecho: infección resp +/- ICC
- Día 2: malestar, náuseas y disnea. ECG: FA no presente al ingreso y descenso ST (>2mm) en cara lateral, TrT: 46



Ejemplos de casos

- **Caso II:** varón de 85 años,
- DM, HTA, hipercolesterolemia
- Deterioro cognitivo leve
- Ingresos por Fx de cadera tras caída accidental con anemia importante e IR ligera no conocida previamente.
- En pre-operatorio dolor torácico prolongado con descenso del ST y elevación de troponinas



```
graph TD; A([ESTUDIO Y TRATAMIENTO BASADO EN LA ENFERMEDAD]) --> B([MEDICINA CENTRADA EN EL PACIENTE]);
```

**ESTUDIO Y TRATAMIENTO
BASADO EN LA ENFERMEDAD**

**MEDICINA CENTRADA EN
EL PACIENTE**

Perspective
MARCH 1, 2012

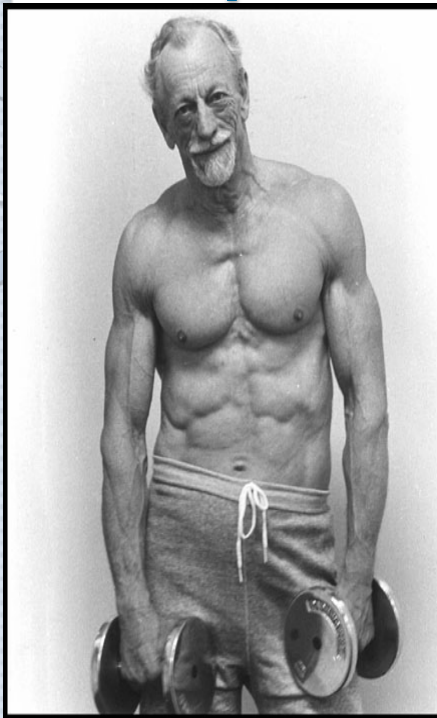
**Goal-Oriented Patient Care — An Alternative Health
Outcomes Paradigm**

David B. Reuben, M.D., and Mary E. Tinetti, M.D.

¿ Por qué la aproximación tradicional no es óptima ?

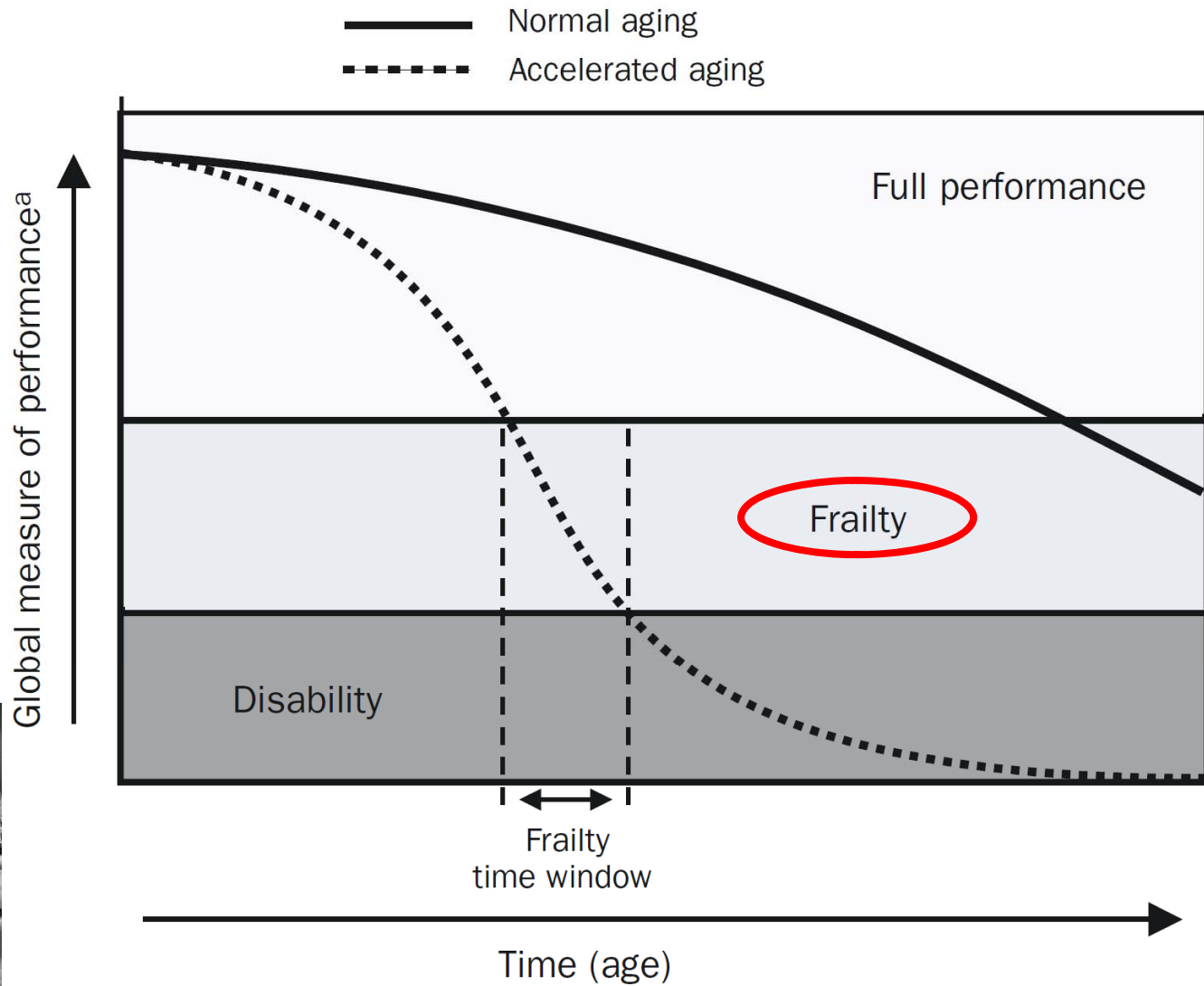
- **Menor consistencia** entre fisiopatología y clínica
- **Síntomas comunes** en el anciano: dolor, mareo, fatiga.....pueden ser debidos a varias enfermedades, discapacidad física, fact entorno o sociales..
- Interpretación de las **pbas diagnósticas** más complicada con la edad
- Mayor abanico de **preferencias** en el objetivo primario del tratamiento:
 - Supervivencia,
 - Confort
 - Función física /Función cognitiva
- Participación de **familiares** en la toma de decisiones (especialmente si el paciente no es competente)

Concepto de Fragilidad



- Physicians know frailty when they see it
- Frailty does not fit into classical practice pattern
- Until recently diagnosing frailty was most subjective
- Frailty is an avoidable condition

Trajectories of health and functioning



Criterios Fried de Fragilidad

<p>1. Pérdida de peso involuntaria ¿Ha perdido más de 4 kilos y medio de peso de forma involuntaria en el último año?</p>	NO	SÍ
<p>2. Estado de ánimo decaído En la última semana ¿cuántos días ha sentido que todo lo que hacía era un esfuerzo? En la última semana ¿cuántas veces no ha tenido ganas de hacer nada?</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>3. Velocidad de la marcha Según la altura y sexo ¿El paciente tarda igual o más de lo indicado en caminar 4,6 m?</p> <p>Altura Tiempo</p> <p>♂ ≤173cm..... ≥ 7 s >173cm..... ≥ 6 s ♀ ≤159cm..... ≥ 7 s >159cm..... ≥ 6 s</p>	NO	SÍ

Raramente (<1 día)
 Pocas veces (1-2 días)
 Ocasionalmente (3-4 días)
 La mayor parte del día (5-7 días)

4. Actividad Física

El paciente realiza semanalmente menos o igual de la actividad física indicada?

♂ : <383 kcal/semana (pasear ≤ 2:30 horas/semana)
 ♀ : < 270 kcal/semana (pasear ≤ 2 horas/semana)

NO SÍ

5. Debilidad muscular

Según el índice de masa corporal y sexo ¿la fuerza de prensión de la mano es menor o igual a la indicada?

IMC	♂	DIM	IMC	♀	DIM
< 24:	.....	≤29 kg	< 23:	.....	≤17 kg
24.1-26:	.....	≤30 kg	23.1-26:	.....	≤17.3 kg
26.1-28:	.....	≤30 kg.	26.1-29:	.....	≤18 kg
>28:	.....	≤32 kg	>29:	.....	≤ 21 kg

NO SÍ

*IMC: índice de masa corporal
 DIM: Dinamometría manual*

Diagnóstico de fragilidad: si el paciente cumple 3 o más criterios de la zona no sombreada. Aclaración criterio 2. es criterio positivo si y sólo si la respuesta a los dos ítems está en la zona no sombreada.

Medidas objetivas de fragilidad y mortalidad

Grip strength (n=14)

Lowest quarter

2

3

Highest quarter

Walking speed (n=5)

Lowest quarter

2

3

Highest quarter

Chair rise time (n=5)

Lowest quarter

2

3

Highest quarter

Summary hazard ratio (95% CI)

1.67 (1.45 to 1.93)

1.28 (1.16 to 1.40)

1.15 (1.07 to 1.24)

1.00

2.87 (2.22 to 3.72)

1.77 (1.45 to 2.17)

1.38 (0.99 to 1.92)

1.00

1.96 (1.56 to 2.46)

1.40 (1.18 to 1.66)

1.24 (1.08 to 1.42)

1.00

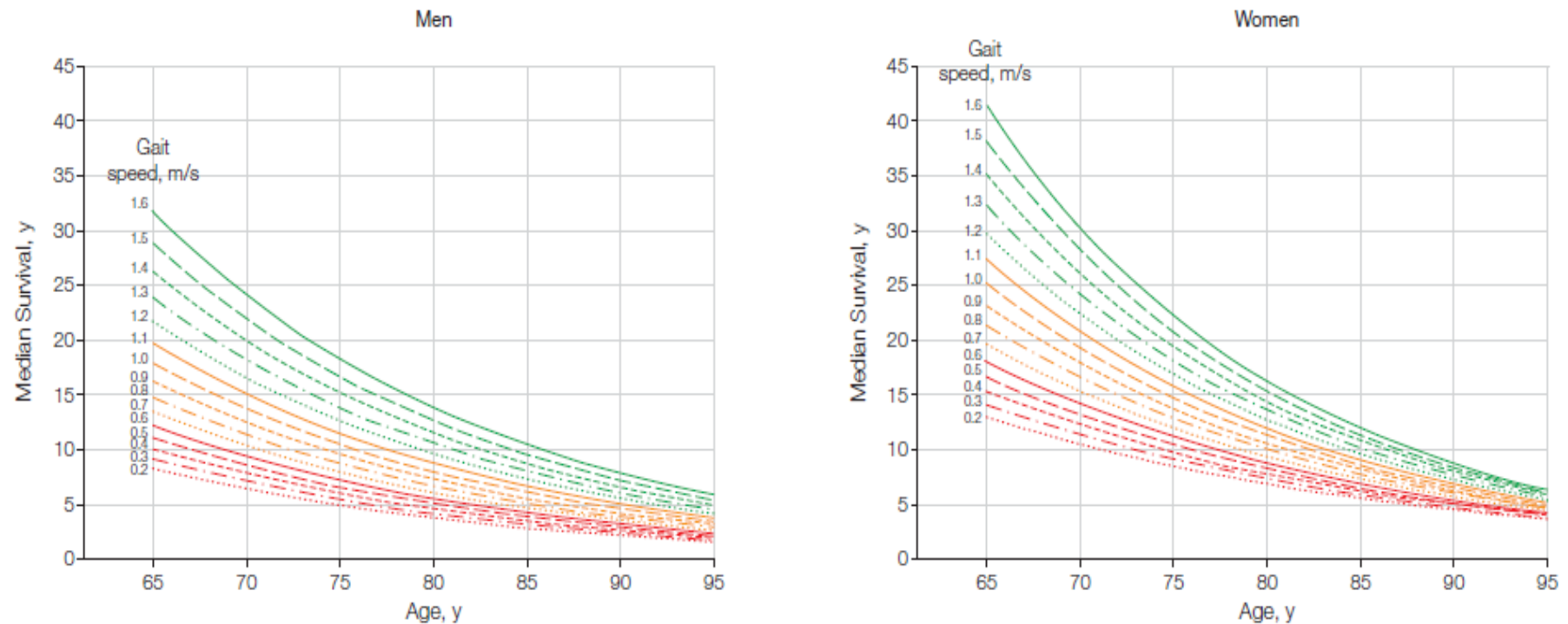


Hazard ratio of mortality

Más allá de la comorbilidad

Gait Speed and Survival in Older Adults

Figure 2. Predicted Median Life Expectancy by Age and Gait Speed

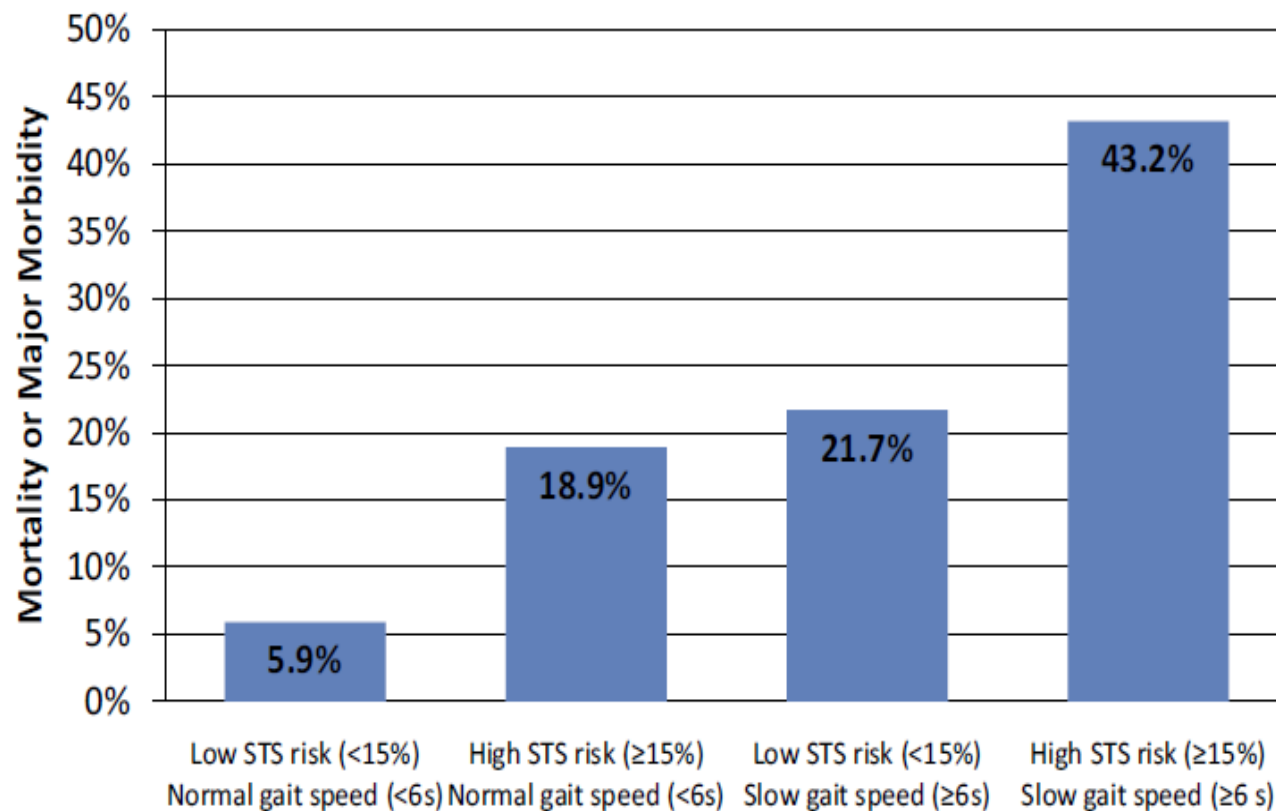


A PDF of enlarged graphs is available at <http://www.jama.com>.

Velocidad de la marcha y cirugía cardíaca

Gait Speed as an Incremental Predictor of Mortality and Major Morbidity in Elderly Patients Undergoing Cardiac Surgery

(J Am Coll Cardiol 2010;56:1668-76)



Velocidad de la marcha en ancianos con C. Isquémica

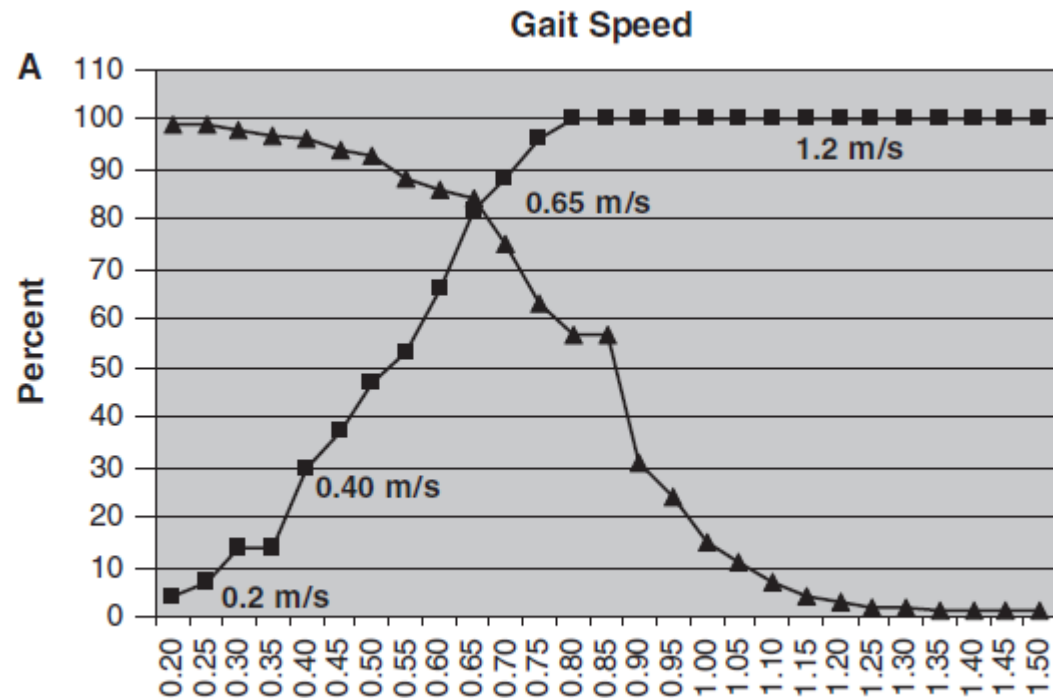
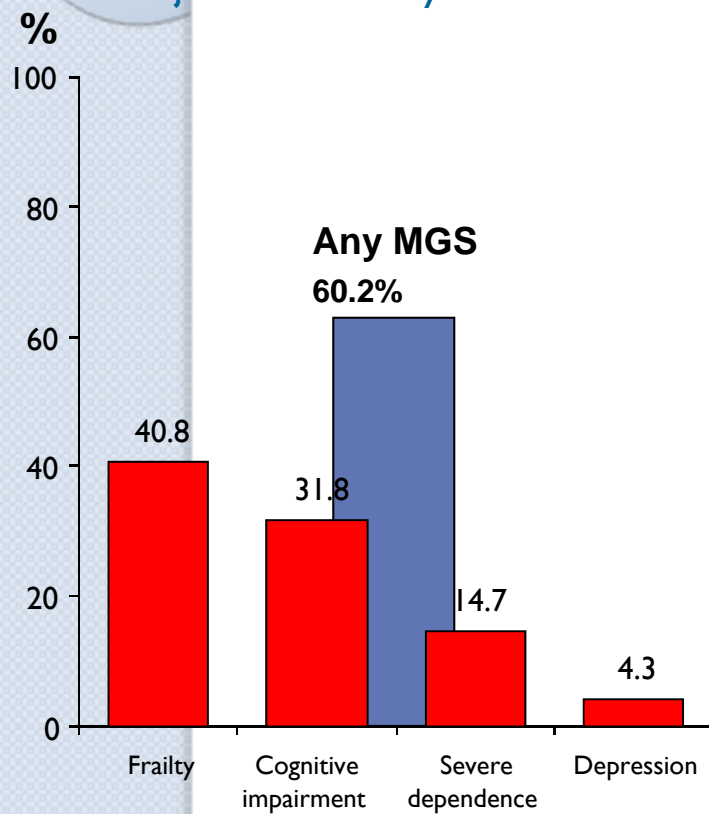


Table 4. Logistic Regression Point Estimates for 6-Month Survival

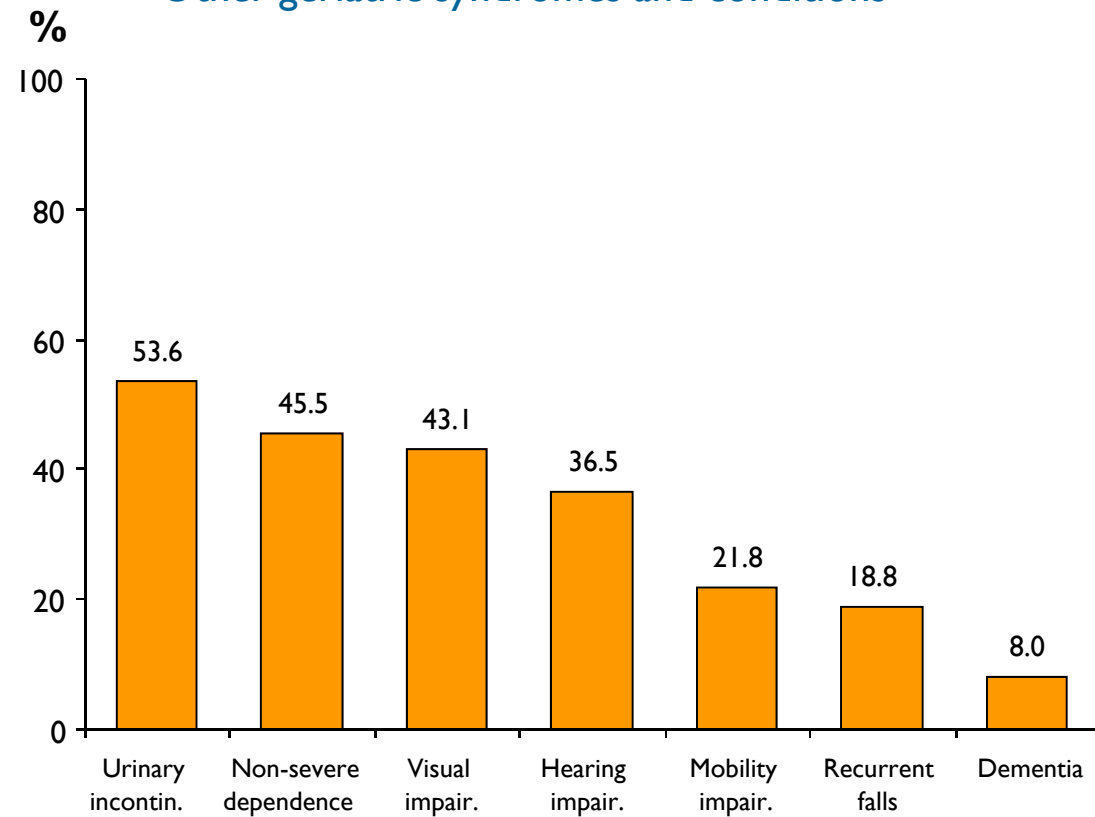
Variable	Overall (N = 309)	Composite A Frailty* (n = 84; 27%)	Composite B Frailty† (n = 194; 63%)	Gait Speed Frailty Group (≤ 0.65 m/s) (n = 156; 50%)
Death, n (%)	28 (9.1)	10 (11.9)	22 (11.3)	22 (14.1)
Odds ratio (95% confidence interval)				
Crude‡	—	2.4 (0.9–6.4)	1.8 (0.6–5.4)	4.2 (1.5–12.2)
Adjusted§	—	1.9 (0.6–6.0)	1.4 (0.3–5.6)	4.0 (1.1–13.8)

Prevalence of geriatric syndromes and conditions in patients admitted to one Cardiology Department

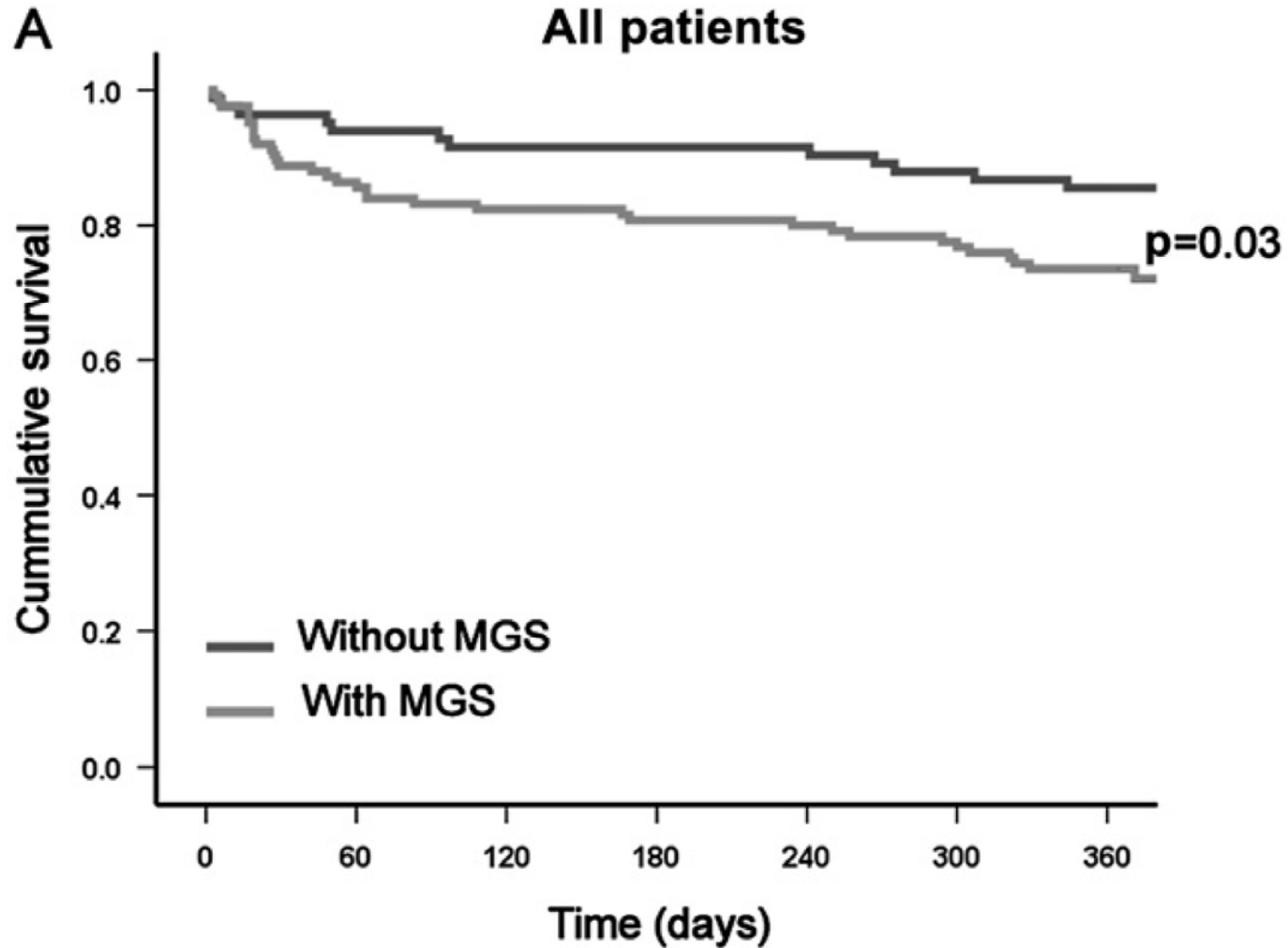
Major Geriatric Syndromes



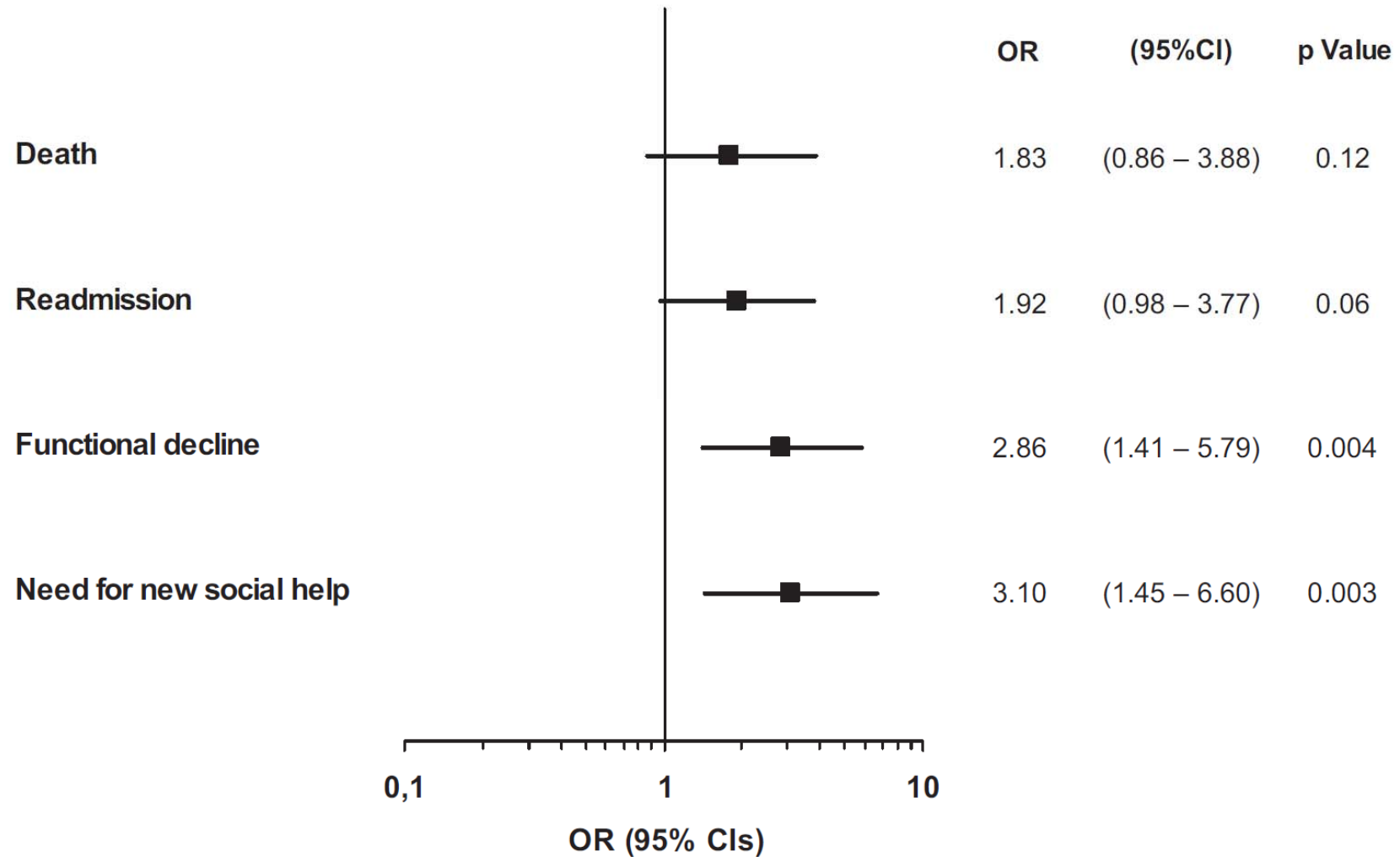
Other geriatric syndromes and conditions



Impact of MGS on 1-year mortality



Independent* impact of MGS on clinical and functional outcomes at 12 months



* Adjusted for age, comorbidity and cause of admission



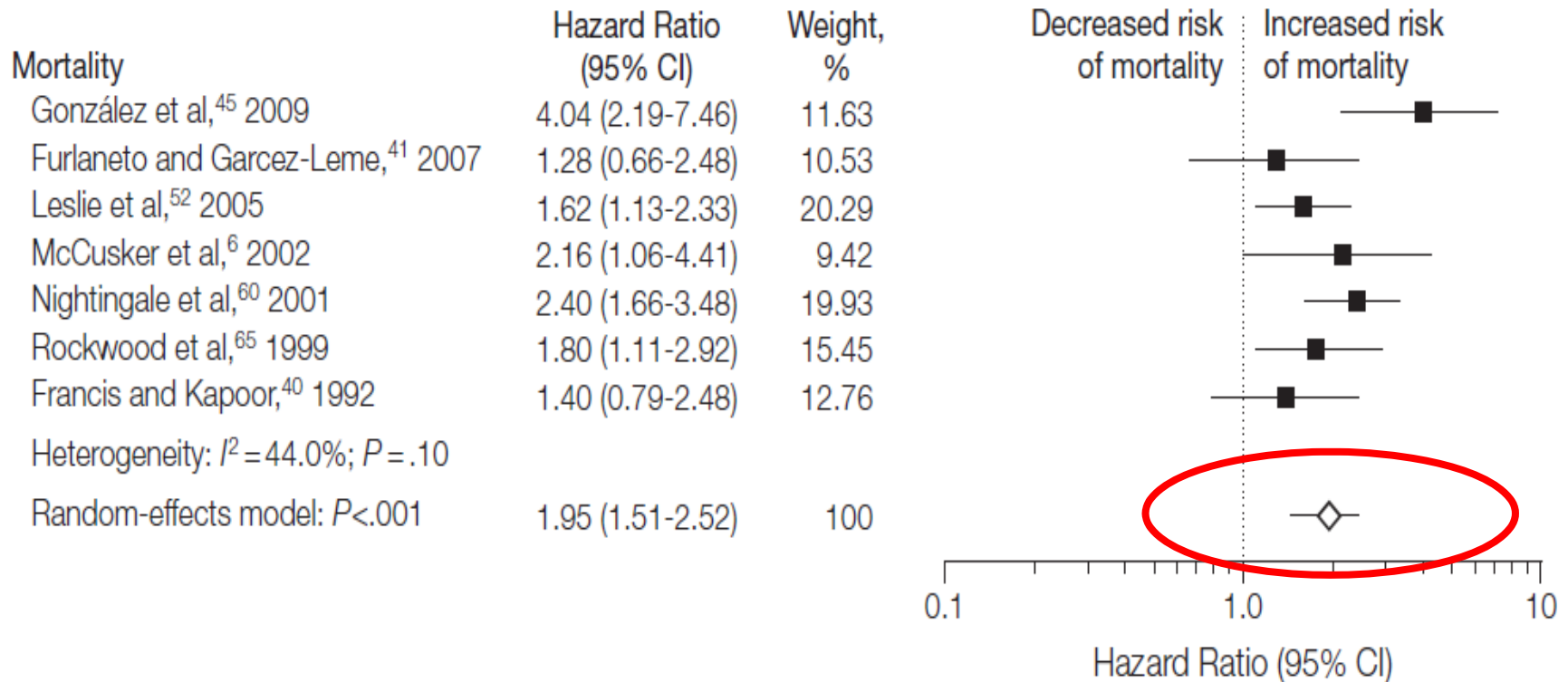
Principales complicaciones en el anciano con SCA

- Deterioro de la función renal
- Sangrado

- **Delirium**
- **Deterioro funcional**
 - Con frecuencia no registrados
 - Asociación independiente con mal pronóstico
 - Muy relacionados con la calidad de cuidados
 - Prevenibles

Importancia del delirium

Figure 2. Primary Analyses



Conclusion This meta-analysis provides evidence that delirium in elderly patients is associated with poor outcome independent of important confounders, such as age, sex, comorbid illness or illness severity, and baseline dementia.

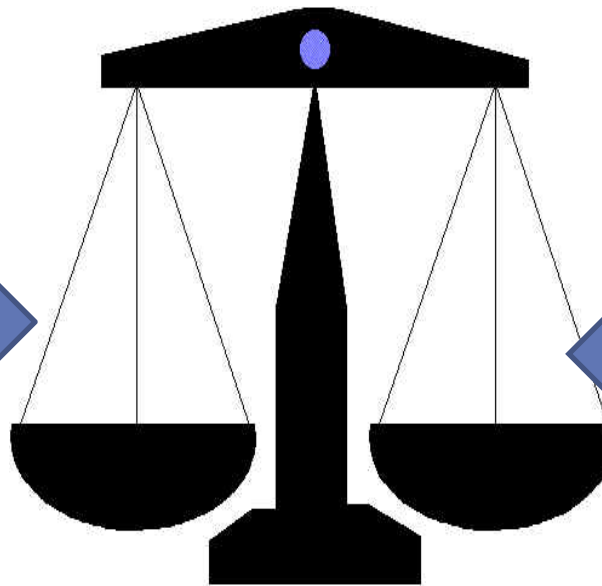
¿ Qué valorar en la toma de decisiones ?

**Expectativa
de vida**

**Mayor
beneficio tto
agresivo**

**Buena
función
previa**

Preferencias



Comorbilidad

I Renal

Anemia

ACV

Riesgo sangrado

**Deterioro
funcional (No Rev)**

Det cognitivo

Criterios Fragilidad

Riesgo Delirium



Cómo tratar a los ancianos con SCA y síndromes geriátricos

- Toma de decisiones más cuidadosa y personalizada:
incluir en la valoración parámetros de la “Valoración Geriátrica”
- Trabajo en equipo con otros especialistas, enfermería...
 - Otros objetivos no cardiológicos a corto plazo
 - Prevención del delirium
 - Prevención de la pérdida de funcionalidad
 - Prevención de la progresión de la dependencia

Cómo tratar a los ancianos con SCA y síndromes geriátricos

- En general, no muchos cambios en la decisiones cardiológicas
- Trabajo multidisciplinario con otros especialistas
 - Establecer objetivos no cardiológicos a corto plazo
 - Prevención del delirium
 - Reducir la inmovilidad
 - Reducir el uso de sondas y catéteres
 - Evitar anemia y alt hidroelectrolíticas
 - Evitar hipotensión severa o brusca
 - Evitar medicación de riesgo: anticolinérgicos, sedantes....
 - Respetar
 - Ritmo de sueño: horario medicación, ruido, luces..
 - Reorientación: reloj, calendario. Gafas, familia....



Conclusiones

- El anciano con SCA requiere una valoración más cuidadosa de los síntomas y del riesgo/beneficio de las pruebas diagnósticas e intervenciones
- Además de la expectativa de vida, la comorbilidad y las preferencias del paciente, otros factores más específicamente geriátricos como la existencia de fragilidad o la funcionalidad, deben ser evaluados ya que influyen en el pronóstico
- Las variables de medida de medida de estos aspectos geriátricos deberían incluirse en ensayos clínicos y registros



MUCHAS GRACIAS