

Brechas en la evidencia cardiovascular en adultos mayores de 80 años. Parte 2. Resultados de la *roundtable*: fibrilación auricular y síndromes coronarios agudos*

Gaps in Cardiovascular Evidence in Adults Over 80 Years of Age. Part 2. Roundtable Results: Atrial Fibrillation and Acute Coronary Syndromes

PATRICIA BLANCO¹, MTSAC, , MARÍA SOLEDAD PALACIO¹, MTSAC, , GUILLERMO SUÁREZ¹, MTSAC, , PABLO SCHYGIEL¹, MTSAC, ,
FEDERICO ACHILLI¹, , MAYRA VILLALBA NÚÑEZ¹, , MARÍA LAURA FLOR¹, , FERNANDO SOKN¹, MTSAC, ,
ANDRÉS AHUAD GUERRERO¹, MTSAC, , RICARDO IGLESIAS¹, MTSAC, , JORGE TRONGÉ¹, MTSAC

RESUMEN

Introducción: Las guías de práctica clínica muestran limitaciones cuando se aplican a pacientes mayores de 80 años con fibrilación auricular (FA) o síndrome coronario agudo (SCA), por su baja representación en ensayos clínicos y por la interacción entre fragilidad, multimorbilidad, polifarmacia, funcionalidad y deterioro cognitivo, factores que condicionan la proporcionalidad de las intervenciones.

Objetivos: Discutir brechas en el manejo y describir estrategias terapéuticas consensuadas para pacientes mayores de 80 años con FA o SCA mediante una metodología estructurada de consenso.

Material y métodos: Se realizó una *roundtable* presencial con 34 cardiólogos y 6 geriatras. Se analizaron escenarios clínicos de FA y SCA estratificados en tres categorías funcionales: robusto, fragilidad leve y fragilidad moderada, con discusión estructurada y votación anónima.

Resultados: Las decisiones terapéuticas variaron de manera consistente según el grado de fragilidad. En FA, la aceptación del control del ritmo en escenarios de reciente diagnóstico disminuyó con la fragilidad (66,5 % en robustos frente a 15,4 % en fragilidad moderada), incluso en presencia de deterioro cognitivo. Los betabloqueantes fueron la opción farmacológica más respaldada, con bajo apoyo para digoxina y amiodarona crónica. La confianza en los scores CHA₂DS₂-VASc y HAS-BLED fue baja y decreciente con la fragilidad. Los anticoagulantes orales directos fueron la opción preferida, aunque con menor aceptación en fragilidad moderada; el ácido acetilsalicílico no fue respaldado como alternativa. En síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (SCASEST), la aceptación de una estrategia invasiva precoz disminuyó con la fragilidad, al igual que el uso de ticagrelor. En síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST (SCACEST) sin disponibilidad de hemodinamia, la fibrinólisis fue considerada una alternativa, con mayor respaldo en infartos más extensos, y menor aceptación en fragilidad moderada.

Conclusiones: La fragilidad condicionó de manera consistente las decisiones terapéuticas consensuadas en pacientes mayores de 80 años con FA o SCA, con menor aceptación de estrategias intensivas a medida que aumentó su grado. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de incorporar la valoración integral en la toma de decisiones cardiovasculares.

Palabras clave: Fragilidad - Valoración integral en cardiología - Medicina basada en la evidencia - Fibrilación auricular - Síndromes coronarios agudos - Adultos mayores

ABSTRACT

Background: Clinical practice guidelines have limitations when applied to patients > 80 years with atrial fibrillation (AF) or acute coronary syndrome (ACS), due to their underrepresentation in clinical trials and the interplay between frailty, multimorbidity, polypharmacy, functional status, and cognitive decline—factors that influence the appropriateness of interventions.

REV ARGENT CARDIOL 2026;94:263-272. <https://doi.org/10.7775/rac.es.v94.i4.21014>

Ver artículo relacionado: Rev Argent Cardiol 2026;94:259-260. <https://doi.org/10.7775/rac.es.v94.i4.21023>

Recibido: 16/04/2026 - Aceptado: 28/05/2026

Dirección para correspondencia: Patricia Blanco. Correo electrónico: patryblanco.c@gmail.com

*Esta publicación constituye la segunda parte de los resultados de la *roundtable* nacional. Para contexto completo sobre metodología y resultados de los rounds 1-4, ver Parte 1: Rev Argent Cardiol 2025;93(3):192-201. doi: 10.7775/rac.es.v93.i3.20897



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

©Revista Argentina de Cardiología

¹Consejo de Cardiogeriatría de la Sociedad Argentina de Cardiología.

Objectives: The aim of this paper is to discuss gaps in management and to describe consensus-based therapeutic strategies for patients > 80 years with AF or ACS using a structured consensus methodology.

Methods: An in-person roundtable was held with 34 cardiologists and 6 geriatricians. Clinical scenarios for AF and ACS were analyzed and stratified into three functional categories: robust, mild frailty, and moderate frailty, with structured discussion and anonymous voting.

Results: Therapeutic decisions varied consistently with frailty category. In AF, the acceptance rate of rhythm control in newly diagnosed cases decreased with frailty (66.5% in the robust group versus 15.4% in the moderate frail group), even in the presence of cognitive decline. Beta-blockers were the most widely accepted pharmacologic option, with low support for digoxin and chronic amiodarone. Confidence in the CHA₂DS₂-VASc and HAS-BLED scores was low and decreased with frailty. Direct oral anticoagulants were the preferred option, although they were less widely accepted in cases of moderate frailty; acetylsalicylic acid was not supported as an alternative. In non-ST-segment elevation acute coronary syndrome (NSTEMI-ACS), acceptance of an early invasive strategy and the use of ticagrelor decreased with frailty. In ST-segment elevation ACS (STEMI-ACS) without access to cardiac catheterization laboratory, fibrinolytic therapy was considered an alternative, with greater support for more extensive infarcts and lower acceptance in cases of moderate frailty.

Conclusions: Frailty consistently influenced the treatment decisions reached by consensus in patients > 80 years with AF or ACS, with less acceptance of intensive strategies with higher levels of frailty. These findings underscore the need to incorporate a comprehensive assessment into cardiovascular decision-making.

Key words: Frailty - Comprehensive assessment in cardiology - Evidence-based medicine - Atrial fibrillation - Acute coronary syndromes - Older adults

INTRODUCCIÓN

En personas mayores de 80 años, la edad cronológica por sí sola no describe la reserva biológica ni anticipa la tolerancia a las intervenciones. En la práctica conviven perfiles muy heterogéneos a lo largo de un continuo clínico-funcional que incluye desde la robustez hasta escenarios de fragilidad, discapacidad y enfermedad avanzada, con impacto directo en el pronóstico y en la adecuación terapéutica. (1-4)

En este marco, la fibrilación auricular (FA) y los síndromes coronarios agudos (SCA) representan escenarios frecuentes y de alta complejidad. La extrapolación de las guías a este grupo etario es limitada por la escasa representación de pacientes frágiles en los ensayos clínicos y por la frecuente coexistencia de multimorbilidad, polifarmacia, deterioro cognitivo, caídas y dependencia, variables que condicionan el balance entre beneficio isquémico, seguridad hemorrágica y preservación funcional. (3-5)

En continuidad con la primera publicación de este método de consenso, el presente trabajo comunica los resultados correspondientes a los escenarios de FA y SCA obtenidos mediante metodología estructurada de mesas redondas (*roundtables*). (6)

OBJETIVOS

Identificar y consensuar estrategias terapéuticas para pacientes mayores de 80 años con FA o SCA, estratificados según robustez, fragilidad leve y fragilidad moderada.

MATERIAL Y MÉTODOS

La *roundtable* se llevó a cabo de forma presencial en el mes de junio de 2024 en la Ciudad de Buenos Aires, Argentina, y convocó a 40 médicos referentes con reconocida trayectoria clínica y académica, 34 cardiólogos y 6 geriatras.

El proceso metodológico se estructuró en tres etapas para abordar de manera sistemática las brechas en el conocimiento. (Figura 1)

- Identificación de brechas: En esta fase inicial, el equipo organizador de la mesa directiva del Consejo de Cardiogeriatría llevó a cabo una revisión exhaustiva de la literatura reciente y las guías de práctica clínica. Este análisis permitió identificar áreas con insuficiente evidencia en el manejo de patologías cardiovasculares en adultos mayores y elaborar una lista preliminar de lagunas en el conocimiento.

- Diseño de escenarios: En esta etapa se discutieron y analizaron la utilidad de diversas herramientas de fragilidad y las estrategias diagnósticas y terapéuticas en pacientes de más de 80 años. En los escenarios con comorbilidades se planteó que la condición era estable, sin patología terminal. Se decidió dividir a esta población en robusto, frágil leve y frágil moderado, debido a que son condiciones diferentes en cuanto a pronóstico y tratamiento. En base a los escenarios clínicos propuestos se diseñaron los diferentes *rounds*. Se envió a los médicos participantes literatura seleccionada y se diseñaron planillas de votación para registro que serían utilizadas durante la discusión.

- Mesa de discusión y consenso: Finalmente, se llevó a cabo la reunión mediante una metodología estructurada que combinó discusión abierta y luego votación anónima.

Los votos se registraron en formulario electrónico (Google Forms®) con tres opciones (Sí / Dudo / No) y se analizaron mediante planilla de cálculo, sin uso de paquetes estadísticos. Los resultados se presentan en el Anexo 1. La fuerza de cada recomendación se clasificó en cinco categorías según la distribución de porcentajes obtenida. (Tabla 1)

Todas estas etapas buscaron garantizar un enfoque integral y sistemático, orientado a generar recomendaciones prácticas para optimizar el manejo cardiovascular en personas mayores.

En cada caso el grado de recomendación se presenta en una escala, de recomendable a no recomendable (Figura 2)

RESULTADOS (Figura central)

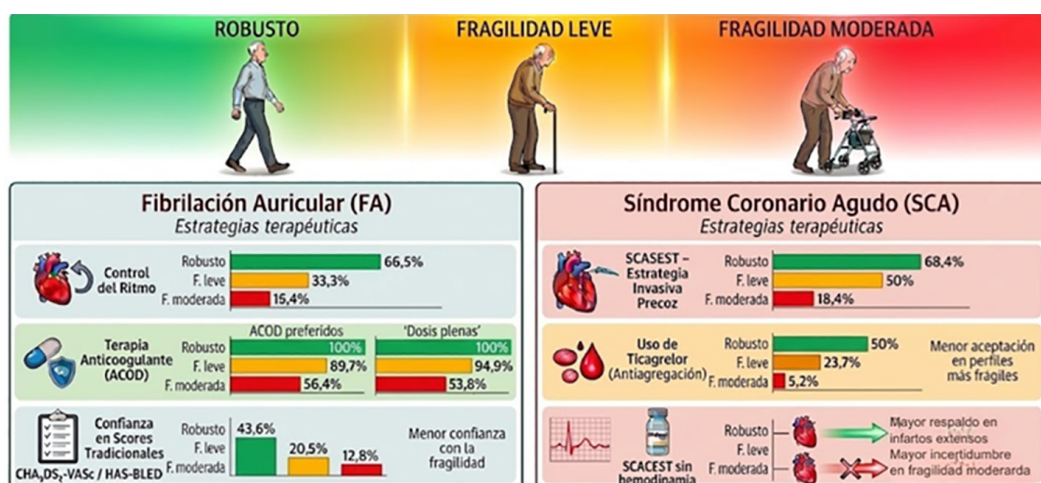
Escenarios de discusión

Round 1: Fibrilación auricular

La FA es la arritmia sostenida más frecuente en la práctica clínica y su prevalencia aumenta en forma marcada con la edad. En mayores de 80 años, la de-

Tabla 1. Categorías de fuerza de recomendación según la distribución de votos del panel

Categoría	Regla de clasificación
Recomendable	≥75 % de votos "Sí"
Podría recomendarse	50-74 % de votos "Sí" y <25 % de votos "No"
Evaluar	Ninguna opción supera el 50 %, o predomina la respuesta "Dudo"
Poco recomendable	50-74 % de votos "No" y <25 % de votos "Sí"
No recomendable	≥75 % de votos "No"

Fig. 1. Metodología de la roundtable**Fig. 2.** Grado de recomendación**Figura central.** Mayores de 80 años: la fragilidad modula la aceptación de estrategias terapéuticas en fibrilación auricular y síndrome coronario agudo

cisión entre control de frecuencia, control del ritmo y estrategia de anticoagulación debe integrar no solo los riesgos tromboembólico y hemorrágico, sino también funcionalidad, cognición, comorbilidades, carga terapéutica y objetivos de cuidado. (5)

a. Control de frecuencia vs control del ritmo (Figura 3)
En pacientes sin enfermedad cardiovascular (ECV), con fracción de eyección preservada y aurícula izquierda normal o levemente dilatada, la aceptación del control del ritmo fue del 66,5 % en pacientes robustos, del

Fig. 3. FA: Control de frecuencia vs. control del ritmo

BB: betabloqueantes; FA: fibrilación auricular; FC: frecuencia cardíaca

33,3% en fragilidad leve (28,2% de duda) y del 15,4% en fragilidad moderada (20,5% de duda).

En el mismo escenario, pero con deterioro cognitivo, la aceptación del control del ritmo mostró un patrón escalonado: 64% en pacientes robustos (30,8% de duda), 41% en fragilidad leve (36,9% de duda) y 30,8% en fragilidad moderada (17,9% de duda).

Los betabloqueantes como primera elección mostraron una aceptación del 94,9% en pacientes robustos, 92,3% en fragilidad leve y 59% en fragilidad moderada, con 28,2% de duda en este último grupo.

La digoxina como primera elección mostró baja aceptación en todos los perfiles: 7,7% en pacientes robustos, 2,5% en fragilidad leve y 5,1% en fragilidad moderada.

El uso de amiodarona en una estrategia de control del ritmo por tiempo indefinido fue aceptado por el 30,8% de los participantes para pacientes robustos, 12,8% para fragilidad leve y 7,7% para fragilidad moderada, con rechazo creciente a medida que aumentó la fragilidad. (Anexo 1)

Opinión: La mayor aceptación del control del ritmo en robustos y su marcado descenso con la fragilidad resultan concordantes con la evidencia disponible y con sus límites de aplicabilidad. El estudio EAST-AFNET 4 mostró beneficio clínico del control precoz del ritmo en pacientes con FA de reciente diagnóstico, pero con una población más joven y escasa representación de pacientes frágiles, por lo que la extrapolación al octogenario debe ser cautelosa. (5,7,8) La menor aceptación en presencia de deterioro cognitivo y el nivel de incertidumbre observado sugieren que los participantes incorporaron objetivos más amplios que el mero control sintomático, en un contexto en el que la FA se ha asociado con mayor riesgo de deterioro cognitivo y demencia aun tras ajustar por eventos cerebrovasculares manifiestos. (9) En cuanto al control de frecuencia, la alta aceptación de los betabloqueantes en robustos y frágiles leves resulta congruente con las guías, mientras que el menor

respaldo en fragilidad moderada probablemente refleja preocupación por hipotensión, bradicardia y caídas. En este subgrupo, una estrategia de control laxo de la frecuencia podría resultar una opción particularmente pertinente. (5,10) El escaso apoyo a la digoxina y el rechazo creciente a la amiodarona crónica también pueden interpretarse como una postura prudente, dado su margen terapéutico estrecho, la variabilidad en la función renal y el riesgo de toxicidad acumulativa en personas muy añosas. (5)

b. Anticoagulación (Figura 4)

La confianza en los *scores* CHA₂DS₂-VASc y HAS-BLED fue del 43,6% en pacientes robustos, 20,5% en fragilidad leve y 12,8% en fragilidad moderada, con predominio de respuestas negativas en todos los grupos.

En la elección del anticoagulante, los anticoagulantes orales directos (ACOD) mostraron una aceptación del 100% en pacientes robustos, del 89,7% en fragilidad leve y del 56,4% en fragilidad moderada. El apixabán fue la opción preferida, seguido por el rivaroxabán.

El uso de dosis plenas mostró una aceptación del 100% en robustos, 94,9% en fragilidad leve y 53,8% en fragilidad moderada; en este último grupo hubo 30,8% de duda y 15,4% de rechazo.

En estrategias de transición, la rotación desde antagonistas de la vitamina K (AVK) hacia ACOD ante tiempo en rango terapéutico (TTR) subóptimo (<70%) mostró una aceptación del 94,9% en robustos, 79,5% en fragilidad leve y 66,7% en fragilidad moderada.

El uso de ácido acetilsalicílico (AAS) como alternativa en pacientes con riesgo de caídas o sangrado mostró una aceptación muy baja en todos los grupos: 15,4% en robustos, 12,8% en fragilidad leve y 12,8% en fragilidad moderada.

Opinión: La disminución de la confianza en los *scores* CHA₂DS₂-VASc y HAS-BLED a medida que aumenta la fragilidad es esperable en este contexto,

Fig. 4. Anticoagulación

	ROBUSTO	FRÁGIL LEVE	FRÁGIL MODERADO
Los scores estiman el riesgo en pacientes con multimorbilidad y polifarmacia			
1° línea anticoagulantes directos			
Dosis plena según criterios de ajuste por drogas			
Rotar si TTR < 70 a Directos			
Aspirina como alternativa			

TTR: tiempo en rango terapéutico

ya que ambas herramientas estiman riesgo tromboembólico y hemorrágico, pero no incorporan de forma explícita variables frecuentes en el octogenario, como funcionalidad, deterioro cognitivo, carga farmacológica, dependencia o vulnerabilidad social. Sin embargo, su utilidad no desaparece en este grupo: siguen siendo un punto de partida para ordenar el riesgo y, en el caso de HAS-BLED, para identificar factores corregibles más que para contraindicar la anticoagulación. (5,8) La preferencia por ACOD, con apixaban como la opción más elegida, es consistente con la evidencia disponible y con los análisis por edad avanzada de los ensayos pivotaes, que mostraron al menos eficacia similar y un perfil de seguridad favorable frente a AVK. (5,11) La menor aceptación en fragilidad moderada podría reflejar una prudencia razonable más que un rechazo a la anticoagulación en sí misma. En pacientes ≥ 80 años considerados no elegibles para anticoagulación estándar, en el estudio ELDERCARE-AF el edoxabán 15 mg redujo los eventos tromboembólicos frente a placebo. No obstante, se trató de una población muy seleccionada, por lo que estos resultados no deben interpretarse como respaldo para reducir empíricamente la dosis de los ACOD fuera de los criterios de ajuste establecidos para cada droga. (12) En esa línea, la evidencia disponible deja dos mensajes prácticos: en pacientes no anticoagulados o con indicación de inicio, los ACOD suelen ser la estrategia preferida; en cambio, en personas frágiles estables bajo AVK con buen control, el cambio sistemático a ACOD no debe asumirse como necesariamente más seguro, como mostró el ensayo FRAIL-AF. (13,14) El escaso respaldo al AAS como alternativa fue consistente con la evidencia disponible: no constituye un sustituto eficaz de la anticoagulación para prevenir embolia en FA y expone a sangrado sin un beneficio comparable. (5,15)

Round 2: Síndrome coronario agudo

La cardiopatía isquémica sigue siendo una de las principales causas de morbilidad cardiovascular

en personas mayores. En este grupo, los SCA, tanto con elevación del segmento ST (SCACEST) como sin elevación del ST (SCASEST), suelen presentarse con mayor carga de comorbilidades, síntomas menos típicos y coexistencia frecuente de fragilidad, deterioro cognitivo y polifarmacia, factores que complejizan tanto la estratificación pronóstica como la elección entre estrategias invasivas y conservadoras. (16,17)

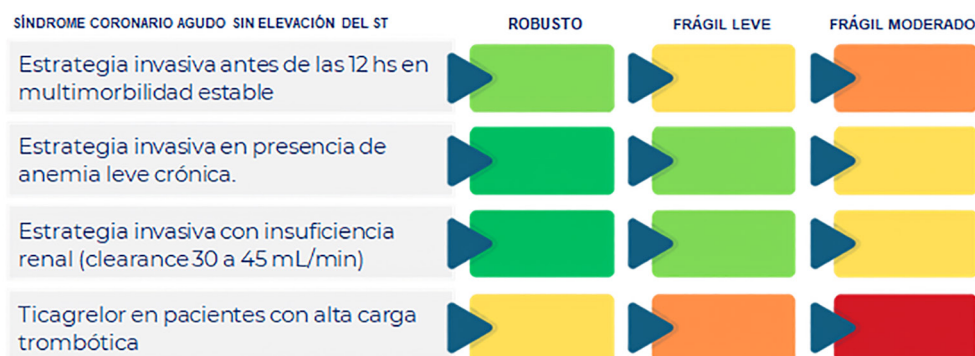
a. Estrategia en el SCASEST (Figura 5)

El 68,4 % estuvo a favor de realizar una estrategia invasiva precoz en pacientes robustos, el 50 % en fragilidad leve y el 18,4 % en fragilidad moderada, con 39,5 % de duda en este último grupo.

En el mismo escenario, ante la presencia de anemia leve crónica, el 73,7 % estuvo de acuerdo con la estrategia invasiva precoz en robustos, el 57,9 % en fragilidad leve y el 23,7 % en fragilidad moderada, con 44,7 % de duda en este último grupo. En presencia de insuficiencia renal crónica (*clearance* 30-45 mL/min), la aceptación fue de 71,1 %, 55,3 % y 21,1 %, respectivamente.

Con respecto al uso de ticagrelor, la aceptación fue del 50 % en pacientes robustos, 23,7 % en fragilidad leve y 5,2 % en fragilidad moderada.

Opinión: La menor aceptación de una estrategia invasiva precoz a medida que aumenta la fragilidad es concordante con la evidencia contemporánea y con las recomendaciones actuales de individualización. En SENIOR-RITA, realizado en pacientes de 75 años o más con SCASEST, una estrategia invasiva rutinaria no redujo el desenlace primario combinado de muerte cardiovascular o infarto no fatal a 4,1 años, aunque sí mostró una menor tasa de infarto no fatal; el beneficio global, por lo tanto, no fue concluyente y debe sopesarse frente a comorbilidad, expectativa funcional y objetivos de cuidado. (18) El metaanálisis de datos individuales de Kotanidis et al. tampoco mostró reducción de mortalidad con una estrategia invasiva en pacientes añosos, aun cuando se observó menos reinfarcto y revascularización urgente. (19) En pacientes específicamente frágiles, los datos del estudio MOSCA-FRAIL y sus

Fig. 5. Estrategia en el SCASEST

análisis posteriores refuerzan que la Clinical Frailty Scale puede modificar el balance riesgo-beneficio y que la utilidad de una estrategia invasiva disminuye a medida que aumenta la fragilidad. (20) Por eso, la menor aceptación en fragilidad moderada podría interpretarse no como una omisión injustificada, sino como una lectura prudente de un beneficio más incierto. La persistencia del mismo patrón en presencia de anemia leve o deterioro renal sugiere que, en la toma de decisiones del panel, la fragilidad pesó al menos tanto como esas comorbilidades. La escasa preferencia por ticagrelor en fragilidad leve y moderada es consistente con POPular AGE, donde el clopidogrel redujo el sangrado y fue no inferior para el desenlace clínico neto en pacientes de 70 años o más con SCASEST. (21)

b. Estrategia en el SCACEST (Figuras 6 y 7)

En ausencia de disponibilidad de Hemodinamia, el uso de fibrinolíticos en el infarto de localización inferior fue respaldado por el 81,6% en pacientes robustos, 65,8% en fragilidad leve y 23,7% en fragilidad moderada, con 39,5% de duda en este último grupo.

Los infartos inferoposterolaterales mostraron una aceptación de terapia fibrinolítica del 97,4% en robustos, 84,2% en fragilidad leve y 57,9% en fragilidad moderada. En los infartos anteriores, el 97,4% respaldó el uso de fibrinolíticos en robustos, el 94,7% en fragilidad leve y el 65,8% en fragilidad moderada.

Opinión: La mayor aceptación de la fibrinólisis en los infartos con más territorio en riesgo resulta clínicamente consistente con una mayor disposición a indicar reperusión farmacoinvasiva cuando la angioplastia primaria no está disponible en tiempo adecuado. De todos modos, la angioplastia primaria continúa siendo la estrategia preferida siempre que sea factible dentro de los tiempos recomendados. (16) En adultos mayores, la fibrinólisis exige una pesquisa estricta de contraindicaciones y una valoración especialmente cuidadosa del riesgo hemorrágico. El estudio STREAM-2 mostró que una estrategia farmacoinvasiva con media dosis de tenecteplase en pacientes de 60 años o más sin acceso oportuno a angioplastia logró una eficacia clínica

comparable a la angioplastia primaria, pero a costa de una mayor tasa de hemorragia intracraneana. (22) En consecuencia, el respaldo observado en robustos y en fragilidad leve puede interpretarse como razonable cuando no hay Hemodinamia disponible, mientras que la mayor incertidumbre en fragilidad moderada refleja adecuadamente ese costo hemorrágico potencial.

En cuanto a las estrategias antitrombóticas y al acortamiento de los tiempos de antiagregación dual, el 10,5% estuvo de acuerdo en robustos, el 18,4% en fragilidad leve y el 44,7% en fragilidad moderada.

El uso de un inhibidor del receptor P2Y12 (iP2Y12) sin AAS mostró una aceptación de 26,3% en robustos, 18,4% en fragilidad leve y 23,7% en fragilidad moderada. Ante la presencia de FA en este escenario, el uso de iP2Y12 junto a anticoagulación y sin AAS tuvo una aceptación del 78,9% en robustos, 65,8% en fragilidad leve y 31,6% en fragilidad moderada, con 42,1% de duda en esta última situación.

Opinión: El mayor acuerdo con el acortamiento de la doble antiagregación plaquetaria (DAPT) en fragilidad moderada es coherente con la creciente relevancia del riesgo hemorrágico en este subgrupo, pero requiere una formulación prudente. El ensayo MASTER DAPT demostró en pacientes con alto riesgo de sangrado que un esquema abreviado luego del primer mes post-PCI fue no inferior en eventos clínicos netos y redujo sangrado, lo que respalda estrategias más cortas en pacientes seleccionados. (23) Sin embargo, la extrapolación no debe ser automática a todo octogenario frágil con SCA: en STOPDAPT-2 ACS, específico de SCA, la estrategia de 1-2 meses de DAPT seguida de clopidogrel no alcanzó no inferioridad para el beneficio clínico neto y mostró un aumento numérico de eventos cardiovasculares, pese a reducir el sangrado. (24) Por lo tanto, los resultados del panel pueden interpretarse como consistentes con una estrategia selectiva en pacientes con alto riesgo hemorrágico y no como una regla general. La baja aceptación de monoterapia con iP2Y12 sin AAS como estrategia aislada también es consistente con que la evidencia en SCA en pacientes muy añosos sigue siendo limitada. En presencia de FA

Fig. 6. Trombolíticos en el SCACEST

SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL ST Uso de trombolíticos en polifarmacia y multimorbilidad sin descompensación HMD en:			
	ROBUSTO	FRÁGIL LEVE	FRÁGIL MODERADO
Localización inferior	▶	▶	▶
Localización inferoposterolateral	▶	▶	▶
Localización anterior	▶	▶	▶

HMD: hemodinámica

Fig. 7. Estrategias antitrombóticas en SCACEST

SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL ST	ROBUSTO	FRÁGIL LEVE	FRÁGIL MODERADO
Acortar tiempo de antiagregación	▶	▶	▶
Inhibidores de P2Y12 sin AAS	▶	▶	▶
Ante FA agregada: IP2Y12 + ACO (sin aspirina)	▶	▶	▶

AAS: ácido acetilsalicílico; ACO: anticoagulación oral; FA: fibrilación auricular; SCACEST: síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST

concomitante, la preferencia por anticoagulación oral asociada a un único inhibidor P2Y12 y sin AAS va en línea con los estudios AUGUSTUS, ENTRUST-AF PCI y PIONEER AF-PCI, que mostraron menos sangrado con esquemas duales que con triple terapia, sin una señal consistente de pérdida de eficacia isquémica. (25-27)

LIMITACIONES

Las principales limitaciones se derivan de la metodología utilizada, basada en el consenso de expertos, lo que implica que las recomendaciones reflejan la experiencia y el juicio clínico de los participantes. Aunque el grupo estuvo conformado por referentes en cardiología y geriatría, la mayoría no se dedica exclusivamente a la cardiogeriatría. Por ello, resulta necesario validar estas recomendaciones en estudios futuros que permitan confirmar y ajustar estos hallazgos en la práctica clínica. El abordaje de múltiples escenarios también limitó el tiempo de discusión.

CONCLUSIONES

En mayores de 80 años, la FA y los SCA concentran decisiones terapéuticas en las que la edad por sí sola resulta insuficiente para orientar la conducta. A lo largo de los escenarios analizados, la fragilidad emergió como un modulador consistente de la aceptación de

estrategias invasivas, del uso de antiarrítmicos y de la intensidad del tratamiento antitrombótico.

En FA, el consenso respaldó de manera sostenida a los betabloqueantes y a los ACOD, con menor apoyo al control del ritmo y a las estrategias más intensivas cuando aumentaron la fragilidad o el deterioro cognitivo. En SCA, la aceptación de la estrategia invasiva precoz y de los antiagregantes más potentes descendió con la fragilidad, mientras que la fibrinólisis fue considerada una alternativa cuando no existía acceso oportuno a Hemodinamia, con mayor respaldo en infartos de mayor territorio.

Estos hallazgos refuerzan la necesidad de incorporar la valoración integral, junto con el riesgo isquémico y hemorrágico, en la toma de decisiones cardiovasculares de las personas muy añosas. Más que reemplazar a las guías, esta *roundtable* propone un marco práctico para individualizar conductas en escenarios frecuentes en los que la evidencia sigue siendo insuficiente.

Declaración de conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

(Véase formularios de conflictos de interés de los autores en la Web).

Participantes del *roundtable* por orden alfabético:

Achilli Federico (Sanatorio Privado de Río Cuarto), Ahuad Guerrero Andrés, (Corporación Médica San Martín) Barbagelata Leandro (Hospital Italiano Buenos Aires), Barrero

Carlos (Clínica Bazterrica, Santa Isabel y ex presidente SAC), Belziti César (Hospital Italiano Buenos Aires, ex presidente de la SAC), Blanco Patricia (Hospital Naval Buenos Aires y Secretaria Científica del Consejo de Cardiogeriatría), Brenzoni Noelia (Hospital Austral), Duronto Enrique (Fundación Favaloro), Fernández Alberto (Sanatorio Modelo de Quilmes), Flor Laura (Instituto Cardiovascular del Buen Pastor), Forcada Pedro (Cardioarenales. Hospital Austral), Grancelli Hugo (Sanatorio Trinidad Palermo y ex presidente SAC), Guardiani Fernando (Clínica Olivos), Guetta Javier (CEMIC), Hershson Alejandro (Fundación Favaloro EX presidente SAC), Hidalgo Anfosso Jaime (Presidente de la SGGCH Chile), Higa Claudio (Hospital Alemán), Iglesias Ricardo (ex presidente SAC), Jara Rafael (Ex presidente SGGCH, Chile), Jauregui José Ricardo (Presidente de la Asociación Internacional de Gerontología y Geriatria (IAGG), López Adriana (Universidad de Santiago de Chile); Manzotti Matías (Hospital Alemán y presidente de SAGG), Nani Sebastián (Clínica Sagrada Familia), Nauhm Yalile (Clínica Alemana, Chile), Palacio María Soledad (Directora del Consejo de Cardiogeriatría), Pomes Iparraguirre Horacio (Director del Área de políticas de salud SAC), Pulido Juan (Hospital Gandulfo), Salvati Ana (Hospital de Clínicas y presidenta de fundación Cardiológica Argentina, ex presidenta SAC), Salzberg Simón (Hospital Fernández), Schygiel Pablo (Clínica Bessone), Sokn Fernando (Instituto Médico Adrogué), Spennato Mario (Director del Área de Consejos y normas SAC), Suarez Guillermo (Secretario Técnico del Consejo de Cardiogeriatría SAC), Swieszkowski Sandra (Hospital de Clínicas, Sanatorio Otamendi), Thierer Jorge (CEMIC y Director de la Revista Argentina de Cardiología), Trivi Marcelo (ICBA), Trongé Jorge (Miembro asesor del consejo de Cardiogeriatría y ex presidente SAC), Trossero Romina (ICBA), Villalba Núñez Mayra (CEMAR 1), Villarreal Ricardo (Sanatorio Güemes)

Agradecimientos: Laboratorio Baliarda por el apoyo logístico sin participación en el diseño, análisis ni redacción del manuscrito

BIBLIOGRAFÍA

1. Lettino M, Mascherbauer J, Nordaby M, Ziegler A, Collet JP, De-rumeaux G, et al. Cardiovascular disease in the elderly: proceedings of the European Society of Cardiology-Cardiovascular Round Table. *Eur J Prev Cardiol.* 2022;29:1412-1424. <https://doi.org/10.1093/eurjpc/zwac033>.
2. Goyal P, Kwak MJ, Al Malouf C, Kumar M, Rohant N, Damluji AA, et al. Geriatric Cardiology: Coming of Age. *JACC Adv.* 2022;1:100070. <https://doi.org/10.1016/j.jaccadv.2022.100070>.
3. Rich MW, Chyun DA, Skolnick AH, Alexander KP, Forman DE, Kitzman DW, et al. Knowledge gaps in cardiovascular care of the older adult population: a scientific statement from the American Heart Association, American College of Cardiology, and American Geriatrics Society. *Circulation.* 2016;133:2103-2122. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000380>.
4. Palacio MS, Blanco P, Suárez G, Villalba Núñez M, Schygiel P, Tavella MJ, et al. Documento de posición sobre fragilidad y valoración integral en Cardiología. *Rev Argent Cardiol.* 2025;93(Suplemento 2):1-87. <https://doi.org/10.7775/rac.es.v93.s2>
5. Van Gelder IC, Rienstra M, Bunting KV, Casado-Arroyo R, Caso V, Crijns HJGM, et al. 2024 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS. *Eur Heart J.* 2024;45:3314-3414. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehae176>.
6. Suárez G, Blanco P, Palacio MS, Schygiel P, Villalba Núñez M, Flor ML, et al. Brechas en la evidencia cardiovascular en adultos mayores de 80 años. *Rev Argent Cardiol.* 2025;93:192-201. <https://doi.org/10.7775/rac.es.v93.i3.20897>.
7. Willems S, Borof K, Brandes A, Breithardt G, Camm AJ, Crijns HJGM, et al. Systematic, early rhythm control strategy for atrial fibrillation in patients with or without symptoms: the EAST-AFNET 4 trial. *Eur Heart J.* 2022;43:1219-1230. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab593>.
8. Labadet C, Hadid C, Celano L, Militello C, Di Tommaso F, Perez Valega L y cols. Consensos de Fibrilación Auricular 2025. *Rev Argent Cardiol* 2026;94(Suplemento 3):1-128. <https://doi.org/10.7775/rac.es.v94.s3>
9. Saglietto A, Matta M, Gaita F, Jacobs V, Bunch TJ, Anselmino M. Stroke-independent contribution of atrial fibrillation to dementia: a meta-analysis. *Open Heart.* 2019;6:e000984. <https://doi.org/10.1136/openhrt-2018-000984>
10. Van Gelder IC, Groeneweld HF, Crijns HJGM, Tuininga YS, Tijssen JGP, Alings AM, et al. Lenient versus strict rate control in patients with atrial fibrillation. *N Engl J Med.* 2010;362:1363-1373. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1001337>.
11. Halvorsen S, Atar D, Yang H, De Caterina R, Erol C, Garcia D, et al. Efficacy and safety of apixaban compared with warfarin according to age for stroke prevention in atrial fibrillation: observations from the ARISTOTLE trial. *Eur Heart J.* 2014;35:1864-1872. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehu046>.
12. Okumura K, Akao M, Yoshida T, Kawata M, Okazaki O, Akashi S, et al. Low-dose edoxaban in very elderly patients with atrial fibrillation. *N Engl J Med.* 2020;383:1735-1745. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2012973>
13. Nicolau AM, Giugliano RP, Zimmerman A, Afilalo J, Gencer B, Steffel J, et al. Outcomes in Older Patients After Switching to a Newer Anticoagulant or Remaining on Warfarin: The COMBINE-AF Substudy. *J Am Coll Cardiol.* 2025;86:426-439. doi: 10.1016/j.jacc.2025.05.060.
14. Joosten LPT, van Doorn S, van de Ven PM, Köhler BTG, Nierman MCN, Koek HL, et al. Safety of switching from a vitamin K antagonist to a non-vitamin K antagonist oral anticoagulant in frail older patients with atrial fibrillation: results of the FRAIL-AF randomized controlled trial. *Circulation.* 2024;149:279-289. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.123.066485>.
15. Mitchell A, Elmasry Y, van Poelgeest E, Welsh TJ. Anticoagulant use in older persons at risk for falls: therapeutic dilemmas-a clinical review. *Eur Geriatr Med.* 2023;14:683-696. <https://doi.org/10.1007/s41999-023-00811-z>.
16. Byrne RA, Rossello X, Coughlan JJ, Barbato E, Berry C, Chieffo A, et al. 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes. *Eur Heart J.* 2023;44:3720-3826. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad191>.
17. Abdulla AD, Forman DE, Wang TY, Chikwe J, Kunadian V, Rich MW, et al. Management of acute coronary syndrome in the older adult population: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation.* 2023;147:e32-e62. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001112>.
18. Kunadian V, Mossop H, Shields C, Bardgett M, Watts P, Teare MD, et al. Invasive treatment strategy for older patients with myocardial infarction. *N Engl J Med.* 2024;391:1673-1684. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2407791>.
19. Kotanidis CP, Mills G, Bebb O, Hildick-Smith D, Hirlekar G, Milasinovic D, et al. Invasive vs conservative management of older patients with non-ST-elevation acute coronary syndrome: individual patient data meta-analysis. *Eur Heart J.* 2024;45:2052-2062. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehae151>.
20. Sanchis J, Ariza-Solé A, Abu-Assi E, Alegre O, Alfonso F, Barabés JA, et al. Geriatric conditions and invasive management in frail patients with NSTEMI. A subgroup analysis of a randomized clinical trial. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed).* 2025;78:319-326. <https://doi.org/10.1016/j.rec.2024.08.006>.
21. Gimbel M, Qaderdan K, Willemsen L, Hermanides R, Bergmeijer T, de Vrey E, et al. Clopidogrel versus ticagrelor or prasugrel in patients aged 70 years or older with non-ST-elevation acute coronary syndrome

(POPular AGE): the randomised, open-label, non-inferiority trial. *Lancet*. 2020;395:1374-1381. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30325-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30325-1).

22. Van de Werf F, Ristić AD, Averkov OV, Arias-Mendoza A, Lambert Y, Kerr Saraiva JF, et al. STREAM-2: half-dose tenecteplase or primary percutaneous coronary intervention in older patients with ST-segment-elevation myocardial infarction: a randomized, open-label trial. *Circulation*. 2023;148:753-764. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.123.064521>.

23. Valgimigli M, Frigoli E, Heg D, Tijssen J, Jüni P, Vranckx P, et al. Dual antiplatelet therapy after PCI in patients at high bleeding risk. *N Engl J Med*. 2021;385:1643-1655. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2108749>.

24. Watanabe H, Morimoto T, Natsuaki M, Yamamoto K, Obayashi Y, Ogita M, et al. Comparison of clopidogrel monotherapy after 1 to 2 months of dual antiplatelet therapy with 12 months of dual antiplatelet therapy in patients with acute coronary syndrome: the STOP-

DAPT-2 ACS randomized clinical trial. *JAMA Cardiol*. 2022;7:407-417. <https://doi.org/10.1001/jamacardio.2021.5244>.

25. Lopes RD, Heizer G, Aronson R, Vora AN, Massaro T, Mehran R, et al. Antithrombotic therapy after acute coronary syndrome or PCI in atrial fibrillation. *N Engl J Med*. 2019;380:1509-1524. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1817083>.

26. Vranckx P, Valgimigli M, Eckardt L, Tijssen J, Lewalter T, Gargiulo G, et al. Edoxaban-based versus vitamin K antagonist-based antithrombotic regimen after successful coronary stenting in patients with atrial fibrillation (ENTRUST-AF PCI): a randomised, open-label, phase 3b trial. *Lancet*. 2019;394:1335-1343. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31872-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31872-0).

27. Gibson CM, Mehran R, Bode C, Halperin J, Verheugt FWA, Wildgoose P, et al. Prevention of bleeding in patients with atrial fibrillation undergoing PCI (PIONEER AF-PCI). *N Engl J Med*. 2016;375:2423-2434. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1611594>.

ANEXO 1.

Los resultados se expresan en porcentajes (%)

FIBRILACIÓN AURICULAR									
	SI	Robusto DUDO	NO	SI	Frágil leve DUDO	NO	SI	Frágil moderado DUDO	NO
Multimorbilidad controlada, sin ECV, FVI P con AI normal a leve. FA de reciente diagnóstico. ¿Realiza control de la FC?	25,6	7,7	66,7	38,5	28,2	33,3	64,1	20,5	15,4
Ante deterioro Cognitivo ¿Realiza control del ritmo?	61,5	30,8	7,7	41	35,9	23,1	30,8	17,9	51,3
Control de FC: BB como primera elección	94,9	0	5,1	92,3	5,1	2,6	59	28,2	12,8
Control de FC: Digoxina como primera elección	7,7	25,6	66,7	2,6	15,4	82,1	5,1	20,5	74,4
Si optamos por control de RITMO: ¿utiliza amiodarona por tiempo indefinido?	30,8	25,6	43,6	12,8	41	46,2	7,7	28,2	64,1
Multimorbilidad y polifarmacia ¿Los scores estiman el riesgo de estos grupos?	43,6	20,5	35,9	20,5	28,2	51,3	12,8	30,8	56,4
¿Indica de primera línea Anti-coagulantes Directos?	100	0	0	89,7	10,3	0	56,4	30,8	12,8
¿Indica dosis plena según los criterios de ajuste de cada droga?	100	0	0	94,9	5,1	0	53,8	30,8	15,4
¿Rota con TTR < 70 AVK a directos?	94,9	0	5,1	79,5	12,8	7,7	66,7	12,8	20,5
Ante múltiples caídas ¿Considera AAS 100 mg como alternativa?	12,8	5,1	82,1	12,8	7,7	79,5	15,4	2,6	82,1
SINDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL ST									
	SI	Robusto DUDO	NO	SI	Frágil leve DUDO	NO	SI	Frágil moderado DUDO	NO
Multimorbilidad, en guardia con diagnóstico de SCASEST, estable clínicamente ¿Realiza estrategia invasiva antes de 12 horas del ingreso?	68,4	15,8	15,8	50	28,9	21,1	18,4	39,5	42,1
En contexto de anemia leve crónica, ¿realiza estrategia invasiva?	73	13,2	13,2	57,9	23,7	18,4	23,7	44,7	31,6
Con Clearance de 30 a 45 ¿realizaría estrategia invasiva?	71,1	23,7	5,3	55,3	31,6	13,2	21,1	36,8	42,1
En paciente con alta carga trombótica, ¿indicaría ticagrelor?	50	15,8	3,2	23,7	28,9	47,4	5,3	23,7	71,1
SINDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL ST									
	SI	Robusto DUDO	NO	SI	Frágil leve DUDO	NO	SI	Frágil moderado DUDO	NO
Multimorbilidad y polifarmacia, sin alteración hemodinámica, ¿indica trombolítico en un infarto inferior?	81,6	13,2	5,3	65,8	23,7	10,5	23,7	39,5	36,8
¿y si la localización es IPL?	97,4	2,6	0	84,2	15,8	0	57,9	28,9	13,2
¿Ante una localización anterior?	97,4	0	2,6	94,7	5,3	0	65,8	28,9	5,3
¿Acorta el tiempo de antiagregación?	10,5	10,5	78,9	18,4	36,8	44,7	44,7	47,4	7,9
En cualquiera de los casos ¿Usaría inhibidores de P2Y12 sin AAS?	26,3	7,9	65,8	18,4	26,3	55,3	23,7	36,8	39,5
Y si le agregamos FA: ¿inhibidores de P2Y12 únicamente + ACO?	78,9	2,6	18,4	65,8	21,1	13,2	31,6	42,1	26,3

ACO: anticoagulación; AAS: ácido acetilsalicílico; AI: aurícula izquierda; AVK: antivitaminas K; BB: betabloqueantes; ECV: enfermedad cardiovascular; FA: fibrilación auricular; FC: frecuencia cardíaca; FVI P: función ventricular izquierda preservada; IPL: inferoposterolateral; SCASEST: síndrome coronario agudo sin elevación del ST; TTR: tiempo de rango terapéutico.