



Revista Clínica Española

www.elsevier.es/rce



EDITORIAL

El reto asistencial del tratamiento del infarto de miocardio en ancianos



The challenge of caring for myocardial infarction in the elderly

El diagnóstico y tratamiento del infarto agudo de miocardio en pacientes ancianos constituye un enorme reto para los sistemas públicos de salud. La serie publicada por Fernández-Bergés et al. en este número de REVISTA CLÍNICA ESPAÑOLA¹ es de indudable interés. En primer lugar, porque cuantifica la extraordinaria prevalencia que tienen actualmente los pacientes con edad superior a 75 años que sufren un infarto de miocardio. Pero, además, porque desvela que esta población recibe menor tasa de betabloqueantes, estatinas y revascularización, factores en íntima relación con el pronóstico. El artículo resalta que estos datos son una oportunidad para la mejora.

No tenemos ninguna duda de que en cualquier estrato poblacional existe siempre una oportunidad de mejora en el proceso asistencial de la cardiopatía isquémica aguda. La cuestión, por tanto, debería plantearse en cuáles son las medidas para mejorar el proceso asistencial, y en qué magnitud la aplicación de estas medidas cambia el pronóstico de los pacientes. Aplicar medidas que tienen un beneficio reconocido es difícil en los ancianos, por tratarse de una población con mayor tasa de complicaciones, ingresos más prolongados y mayor mortalidad que la población más joven². Entre las dificultades para aplicar medidas potencialmente beneficiosas está el hecho de que los pacientes ancianos se presentan frecuentemente con síntomas atípicos³ y, aunque no necesariamente tardan más en llegar al hospital, a partir de este momento todo el proceso parece ralentizarse, como ocurre por ejemplo, con el retraso en la realización del primer ECG respecto a pacientes más jóvenes⁴. Además, en la población anciana los modelos de predicción de mortalidad no se ajustan con la precisión que se obtiene en los pacientes más jóvenes, probablemente porque no se tienen en consideración variables muy importantes como la comorbilidad y la fragilidad⁵, tan prevalentes en este grupo de población. Un problema adicional es la heterogeneidad en el tratamiento de los pacientes ancianos con infarto de miocardio a nivel internacional. Por ejemplo,

en un estudio que compara datos de un hospital en Estados Unidos y otro en Suecia, en el primero se observaron mayores tasas de intervencionismo coronario percutáneo y mejor pronóstico, probablemente 2 circunstancias relacionadas⁶. Sin embargo, en las áreas donde existe un programa de tratamiento de reperfusión con angioplastia primaria en pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST, no se observan actualmente diferencias en la atención derivadas de la edad⁷. De hecho, el incremento en el intervencionismo coronario percutáneo acontecido en los últimos años, parece correlacionarse con la progresiva disminución de la mortalidad en este grupo de población, algo que se ha observado en las grandes bases de datos norteamericanas⁸. En nuestro medio, hace años demostramos que en los pacientes ancianos con infarto de miocardio y elevación del segmento ST, la angioplastia primaria parece una alternativa razonable como tratamiento de elección, por encima de la fibrinólisis^{9,10}. Sin embargo, la generalización del tratamiento con intervencionismo coronario a todo el espectro del síndrome coronario, incluyendo pacientes sin elevación del segmento ST, puede tener una dificultad en los pacientes ancianos, especialmente por la mayor tasa de complicaciones hemorrágicas que afectan negativamente al pronóstico en esta población¹¹. De hecho, un pequeño estudio en 313 pacientes con edad superior a 75 años, randomizados a una estrategia invasiva (cateterismo y revascularización en los primeros 3 días de hospitalización) versus estrategia conservadora (cateterismo solo en presencia de isquemia recurrente), no pudo demostrar diferencias significativas en el evento primario combinado a un año que consistía en muerte, infarto de miocardio, accidente cerebrovascular y reingreso hospitalario por causa cardiovascular o por sangrado severo¹². Afortunadamente, están en marcha otros ensayos clínicos en la población anciana para demostrar el posible efecto beneficioso de una estrategia invasiva versus conservadora¹³. Mientras no tengamos más información, los clínicos que atienden a la población anciana con infarto de miocardio deberán individualizar

en cada caso las mejores opciones terapéuticas, poniendo siempre en la balanza los beneficios esperados y los riesgos asumidos.

Bibliografía

1. Fernández-Bergés D, Félix-Redondo FJ, Consuegra-Sánchez L, Lozano-Mera L, Miranda-Díaz I, Durán-Guerrero D, et al. Infarto de miocardio en mayores de 75 años: una oportunidad para mejorar. Estudio CASTUO. *Rev Clin Esp*. 2015;215:195–203.
2. Chen HY, McManus DD, Saczynski JS, Gurwitz JH, Gore JM, Yarzebski J, et al. Characteristics, treatment practices, and in-hospital outcomes of older adults hospitalized with acute myocardial infarction. *J Am Geriatr Soc*. 2014;62:1451–9.
3. Grosmaître P, le Vasseur O, Yachouh E, Courtial Y, Jacob X, Meyran S, et al. Significance of atypical symptoms for the diagnosis and management of myocardial infarction in elderly patients admitted to emergency departments. *Arch Cardiovasc Dis*. 2013;106:586–92.
4. Libungan B, Karlsson T, Hirlekar G, Albertsson P, Herlitz J, Ravn-Fischer A. Delay and inequality in treatment of the elderly with suspected acute coronary syndrome. *Int J Cardiol*. 2014;176:946–50.
5. Ekerstad N, Swahn E, Janzon M, Alfredsson J, Löfmark R, Lindenberger M, et al. Frailty is independently associated with short-term outcomes for elderly patients with non-ST-segment elevation myocardial infarction. *Circulation*. 2011;124:2397–404.
6. Smith LG1, Herlitz J, Karlsson T, Berger AK, Luepker RV. International comparison of treatment and long-term outcomes for acute myocardial infarction in the elderly: Minneapolis/St Paul, MN, USA and Goteborg, Sweden. *Eur Heart J*. 2013;34:3191–7.
7. Newell MC1, Henry JT, Henry TD, Duval S, Browning JA, Christiansen EC, et al. Impact of age on treatment and outcomes in ST-elevation myocardial infarction. *Am Heart J*. 2011;161:664–72.
8. Khera S, Kolte D, Palaniswamy C, Mujib M, Aronow WS, Singh T, et al. ST-elevation myocardial infarction in the elderly-temporal trends in incidence, utilization of percutaneous coronary intervention and outcomes in the United States. *Int J Cardiol*. 2013;168:3683–90.
9. Bardají A, Bueno H, Fernández-Ortiz A, Cequier A, Augé JM, Heras M. Type of treatment and short-term outcome in elderly patients with acute myocardial infarction admitted to hospitals with a primary coronary angioplasty facility The TRIANA (Tratamiento del Infarto Agudo de miocardio en Ancianos) Registry [Article in Spanish]. *Rev Esp Cardiol*. 2005;58:351–8.
10. Bueno H, Betriu A, Heras M, Alonso JJ, Cequier A, García EJ, et al., TRIANA Investigators. Primary angioplasty vs. fibrinolysis in very old patients with acute myocardial infarction: TRIANA (Tratamiento del Infarto Agudo de miocardio en Ancianos) randomized trial and pooled analysis with previous studies. *Eur Heart J*. 2011;32:51–60.
11. Rao SV, Dai D, Subherwal S, Weintraub WS, Brindis RS, Messenger JC, et al. Association between periprocedural bleeding and long-term outcomes following percutaneous coronary intervention in older patients. *JACC Cardiovasc Interv*. 2012;5:958–65.
12. Savonitto S, Cavallini C, Petronio AS, Murena E, Antonicelli R, Sacco A, et al., Italian Elderly ACS Trial Investigators. Italian Elderly ACS Trial Investigators Early aggressive versus initially conservative treatment in elderly patients with non-ST-segment elevation acute coronary syndrome: A randomized controlled trial. *JACC Cardiovasc Interv*. 2012;5:906–16.
13. Libungan B1, Hirlekar G, Albertsson P. Coronary angioplasty in octogenarians with emergent coronary syndromes: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2014;15:349.

A. Bardají* y G. Cedié

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Tarragona Joan XXIII, IISPV, Universidad Rovira Virgili, Tarragona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: abardaji@comt.es (A. Bardají).