

El infarto agudo de miocardio en el anciano

Héctor Bueno

Servicio de Cardiología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.

El infarto agudo de miocardio (IAM) en los pacientes de edad avanzada es un problema de gran magnitud. Desde el punto de vista epidemiológico se espera que la reducción en la incidencia del IAM observada en muchos países occidentales en las últimas décadas se atenúe o incluso se invierta, debido al rápido envejecimiento poblacional. Las consecuencias, en realidad, las venimos observando en las unidades coronarias y servicios de cardiología desde hace algunos años. Cada vez hay más ancianos entre los pacientes con IAM y, sobre todo, cada vez de mayor edad. Al ser la edad uno de los principales, si no el principal, determinante del pronóstico del IAM, esta tendencia está llevando o llevará a un aumento en la tasa de complicaciones y en la letalidad de los pacientes ingresados por esta enfermedad. Desde el punto de vista clínico, el manejo del IAM en los pacientes ancianos es indudablemente mucho más complejo que en los más jóvenes, lo que se debe principalmente a cuatro causas: las diferencias fisiológicas del sistema cardiovascular y de sus respuestas al estrés en la edad avanzada, la mayor prevalencia de comorbilidad asociada, la diferente respuesta a las intervenciones terapéuticas (diferentes índices beneficio/riesgo) y la ausencia de evidencias contundentes en la literatura científica respecto a la eficacia y seguridad de estas intervenciones.

La primera dificultad al hablar del IAM en el anciano es definir un punto de corte en la edad. Este problema es común a todas las patologías, y lo fue al de la propia organización de la Geriátrica como especialidad. La realidad es que no hay una edad concreta a partir de la que una persona es anciana o mayor. Los cambios físicos y fisiológicos asociados al envejecimiento se producen de manera paulatina desde la adultez en todas las personas, pero de manera individual se asocia a múltiples factores, endógenos o genéticos y exógenos, por lo que la edad en la que cada persona muestra la constelación de características que podríamos acordar como definitorias de la vejez varía enormemente. Sin embargo, aunque la selección de una edad concreta de corte para definir a una persona anciana no deja de ser un artificio, éste es necesario en aras de facilitar la comunicación y la reproducibilidad en el ámbito científico. Además, esta edad puede variar en diferentes patologías o situaciones clínicas, por lo que el aspecto esencial es establecer los criterios para determinar ese umbral. ¿A partir de qué edad debemos considerar como anciano a un paciente con IAM? Se ha trabajado con varios límites y no hay un acuerdo. Los más frecuentes son: 65, 70 y 75 años. Desde un punto de vista estadístico se debería diferenciar a los pacientes que se alejen de una manera determinada (una o dos derivaciones estándar, por ejemplo) de la media. Dado que la edad media de los pacientes hospitalizados con síndrome coronario agudo en España está en torno a los 69 años¹, y la de los que ingresan en unidades coronarias por IAM en 65², no tendría sentido definir ancianos a los pacientes mayores de 65 o de 70 años. Desde el punto de vista de la epidemiología del IAM, el criterio más frecuente de exclusión ha sido la edad superior a 74 años. Sin embargo, el criterio más importante debe ser clínico. En mi opinión, el punto de corte debe ser el que diferencie a un subgrupo de pacientes que, por motivos clínicos, deba manejarse de una forma diferente a un paciente estándar, y para el IAM éste es, probablemente, 75 años, porque aunque el riesgo de complicaciones aumenta exponencialmente con la edad, la incidencia es verdaderamente alta desde la octava década de vida. Pero, sobre todo, 75 años ha sido la edad límite superior de inclusión para la mayor parte de los ensayos clínicos tradicionales, que demostraron la eficacia de los principales tratamientos aceptados para el IAM, como la fibrinólisis o los bloqueadores beta (y de algunos de los más recientes³), lo que ha llevado a desconocer el verdadero beneficio de los tratamientos recomendados en estos pacientes.

En este número de la REVISTA ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA se publican dos artículos sobre el IAM en ancianos. El primero, de Turumbay et al⁴, podría definirse subjetivamente como realista y pesimista, porque al utilizar una metodología cuidadosa y validada previamente probablemente es un buen reflejo de la realidad que desvela, a su vez, la magnitud de la labor necesaria para mejorar la calidad de la asistencia a los pacientes ancianos con IAM y, en última instancia, su pronóstico. El trabajo navarro es uno de los escasos estudios de base poblacional sobre IAM que ha incluido pacientes de todas las edades, sin excluir a los mayores de 75 años.

Este estudio demuestra el enorme impacto que tienen los pacientes más mayores en la incidencia y, sobre todo, en la letalidad del IAM en general, tanto antes como después de la hospitalización. Así, de los 903 casos de IAM que se produjeron en Navarra en 1997, el 45% ocurrió en mayores de 75 años, que acumularon el 59% de las muertes producidas a los 28 días por esta causa. La letalidad a los 28 días del IAM en este subgrupo de pacientes ascendió al 72%, la mayor parte (más de 4 de cada 5 muertes) antes de llegar al hospital. En este sentido cabe resaltar la limitación de que sólo el 6,6% de los diagnósticos de IAM en las muertes prehospitales de los pacientes ancianos fue etiquetado como "seguro". En cualquier caso, una proporción muy alta de los pacientes muere antes de llegar al hospital y no tiene opción de beneficiarse de los enormes avances que ha habido en el tratamiento del IAM. Pero además, de los pacientes mayores de 75 años que llegaron al hospital, menos de la mitad ingresó en una unidad de cuidados intensivos, sólo uno de cada cinco recibió tratamiento de reperfusión y una menor proporción fue tratada con bloqueadores beta, presentando una mortalidad hospitalaria del 32% (40% en las mujeres).

De manera paralela, el segundo estudio, de Gallego et al⁵, podría etiquetarse como optimista. Debido al gran sesgo de selección (sólo se incluyeron a los pacientes que sobrevivieron a la fase hospitalaria, aproximadamente el 45% del total, de acuerdo al estudio navarro), encuentra una mortalidad al año de 5,7% en un pequeño grupo de 98 pacientes ancianos (> 70 años) con una tasa superior a la normal, aunque todavía baja —43%— de tratamiento de reperfusión y una alta proporción de coronariografía previa al alta (56% en total). Estos pacientes fueron dados de alta con aspirina en el 89% de los casos, bloqueadores beta en el 51%, bloqueadores del eje renina-angiotensina en el 70% y estatinas en el 56%.

A la luz de los resultados de estos estudios podríamos concluir que todavía falta mucho por hacer para mejorar la atención médica de los ancianos con IAM en España. Desde la perspectiva poblacional, el principal problema está a nivel prehospitario, y esto debe ser un toque de atención para las autoridades politicosanitarias y los servicios de atención extrahospitalaria. Desde el punto de vista hospitalario, es evidente que la utilización de la terapia más eficaz para reducir la mortalidad en el IAM, ya sea fibrinólisis o angioplastia primaria, es subóptima, y se utiliza en menos de la mitad de los pacientes. Resultados similares se objetivan para los demás tratamientos eficaces. El mensaje positivo es que el pronóstico de los afortunados ancianos que sobreviven inicialmente al IAM y reciben un tratamiento adecuado podría ser relativamente benigno. Por ello es especialmente importante investigar acerca de cuál es específicamente el mejor tratamiento del IAM en los pacientes mayores de 75 años y conseguir que la mayor parte de estos pacientes lo reciba. La Sociedad Española de Cardiología es consciente de esta necesidad y está trabajando activamente en ello⁶. Todos los esfuerzos encaminados en esa dirección son útiles y necesarios.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bueno H, Bardají A, Fernández Ortiz A, Marrugat J, Martí H, Heras M, en nombre de los investigadores del Estudio DESCARTES. Descripción del Estado de los Síndromes Coronarios Agudos en un Registro Temporal Español. Estudio DESCARTES. Rev Esp Cardiol. 2005;58:242-50.
2. Aros F, Cuñat J, Loma-Osorio A, Torrado E, Bosch X, Rodríguez JJ, López Bescos L, et al. Tratamiento del infarto agudo de miocardio en España en el año 2000. El estudio PRIAMHO II. Rev Esp Cardiol. 2003;56:1165-73.
3. Sabatine MS, Cannon CP, Gibson CM, López-Sendon JL, Montalescot G, Theroux P, et al. Addition of clopidogrel to aspirin and fibrinolytic therapy for myocardial infarction with ST-segment elevation. N Engl J Med. 2005;352:1179-89.
4. Turumbay Ranz J, Moreno Iribas C, Carmona JR, Alegría Ezquerro E, Ezpeleta I, Manrique Larralde A, et al. Diferencias en el manejo del infarto agudo de miocardio según la edad en los hospitales de Navarra. Estudio IBERICA. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2005;40(4).
5. Gallego-Page J, Navarro-González MJ, Alvadalejo-Ortiz C, Hernández Belmonte A, Aguilera Saldaña M. Manejo clínico y pronóstico de pacientes mayores supervivientes al infarto de miocardio. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2005;40(4).
6. Bardají A, Bueno H, Fernández-Ortiz A, et al. Características clínicas, tratamiento y evolución del infarto agudo de miocardio en ancianos tratados médicamente. Resultados del registro TRIANA 2. Rev Esp Cardiol. 2005;58:351-8.