

Editorial

Pacientes muy ancianos seleccionados para una estrategia invasiva: ¿un subgrupo de «menor edad» con síndrome coronario agudo sin elevación del ST?

The Very Elderly Selected for Invasive Strategy: a “Younger” Subgroup With Non-ST Elevation Acute Coronary Syndromes?

Uwe Zeymer*

Klinikum Ludwigshafen und Institut für Herzinfarktforschung Ludwigshafen, Ludwigshafen am Rhein, Alemania

Historia del artículo:

On-line el 5 de agosto de 2011

La enfermedad cardiovascular es la principal causa de morbilidad y mortalidad en Europa. El número de personas ancianas en Europa aumentará en las próximas décadas. En consecuencia, el número relativo y absoluto de ancianos con síndrome coronario agudo incrementará de manera constante. Esto hace que la pregunta de cuál es la mejor estrategia terapéutica en estos pacientes sea cada vez más importante. Las guías actuales de la *European Society of Cardiology* para los pacientes con síndrome coronario agudo sin elevación del ST (SCASEST) no proporcionan ninguna recomendación definitiva acerca del enfoque que es preferible utilizar en los ancianos¹, sino que dejan la decisión en mayor o menor medida al médico encargado del tratamiento, al indicar que «las decisiones terapéuticas deben individualizarse en función de la esperanza de vida estimada, los deseos del paciente y las comorbilidades».

Un subgrupo muy importante es el de los pacientes muy ancianos. Aunque no hay un valor de corte consensuado para clasificar a los pacientes como muy ancianos, la edad > 85 años podría ser apropiada para definirlos. Generalmente se ha propuesto que las consideraciones sintomáticas, más que las pronósticas, sirvan para orientar la estrategia de tratamiento de los pacientes muy ancianos. Dado que sólo rara vez, o nunca, se incluye a las personas de edad muy avanzada en los ensayos clínicos aleatorizados, hay una enorme incertidumbre respecto a cuál es la mejor estrategia terapéutica para ellos². En el pasado, esto ha llevado a que los médicos fueran reacios a aplicar técnicas invasivas a los pacientes ancianos. Además, dado que la intervención en sí comporta un mayor riesgo de complicaciones en este grupo, se ha observado de manera universal que el uso de métodos invasivos de diagnóstico y tratamiento disminuye a medida que avanza la edad. En un análisis del *European Heart Survey for Percutaneous Coronary Intervention*³, el valor de corte de la edad para un aumento de las complicaciones fue 75 años, tras lo cual había una tendencia constante al incremento con el avance de la edad (fig. 1). En cambio, todos los estudios aleatorizados

han mostrado de manera uniforme que el efecto beneficioso de una estrategia invasiva aumenta cuando el riesgo basal es más alto, y este suele ser elevado en los pacientes muy ancianos¹. En el estudio aleatorizado TACTICS, el empleo de una estrategia invasiva se asoció a una mejora de los resultados en los pacientes ancianos con SCASEST⁴. Todo ello deja al médico encargado del tratamiento con un alto grado de incertidumbre respecto a lo que debe hacer con los pacientes muy ancianos ingresados en el hospital por un SCASEST.

El artículo de Villanueva-Benito et al⁵ publicado en REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA aporta información interesante respecto al uso y los resultados de una estrategia invasiva en pacientes muy ancianos. De una serie de 228 pacientes con SCASEST, 100 fueron tratados con una estrategia invasiva y 68, con una intervención coronaria percutánea (ICP). La supervivencia a los 2 años fue del 58% con el tratamiento invasivo, frente al 43,9% con el tratamiento conservador. Tras introducir un ajuste para los factores de confusión, la supervivencia fue significativamente mejor en el grupo de tratamiento invasivo. Estos resultados concuerdan con los nuestros en pacientes mayores de 75 años con SCASEST, en los que observamos una reducción de la mortalidad a 1 año con una estrategia invasiva⁶.

Una consideración importante es que, según la puntuación de riesgo del *Global Registry of Acute Coronary Events* (GRACE), casi todos los sujetos muy ancianos eran pacientes de riesgo moderado (20%) o incluso alto (80%), para quienes las guías actuales de la *European Society of Cardiology* recomiendan una estrategia invasiva¹. Sin embargo, es bien sabido que, paradójicamente, la tasa de pacientes a los que se aplica una estrategia invasiva disminuye a medida que aumenta el riesgo basal⁷. Ciertamente, un factor importante para decidir no aplicar una estrategia invasiva es la edad; otro factor es la presencia de comorbilidades graves. En el presente estudio, la demencia fue un factor importante para el empleo de una estrategia conservadora. Hay otros factores, como la actividad social o la inmovilidad, que no se documentaron pero tienen una enorme influencia en nuestras estrategias terapéuticas.

Otra observación interesante de este estudio fue que la ICP podía realizarse en el 68% de los pacientes muy ancianos; esta cifra no difiere de la tasa de ICP en los estudios amplios realizados en pacientes con SCASEST, como el ensayo EARLY-ACS⁸. Por otro lado, la cirugía de *bypass* arterial coronario, que generalmente se indica en alrededor del 10% de los casos de SCASEST, no se utilizó en

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

DOI: 10.1016/j.recesp.2011.04.022, Rev Esp Cardiol. 2011;64:853-61.

* Autor para correspondencia: Klinikum Ludwigshafen, Med. Klinik B, Institut für Herzinfarktforschung Ludwigshafen an der Universität Heidelberg, Bremserstr. 79, D-67063 Ludwigshafen am Rhein, Alemania.

Correo electrónico: Uwe.Zeymer@t-online.de

Full English text available from: www.revespcardiol.org

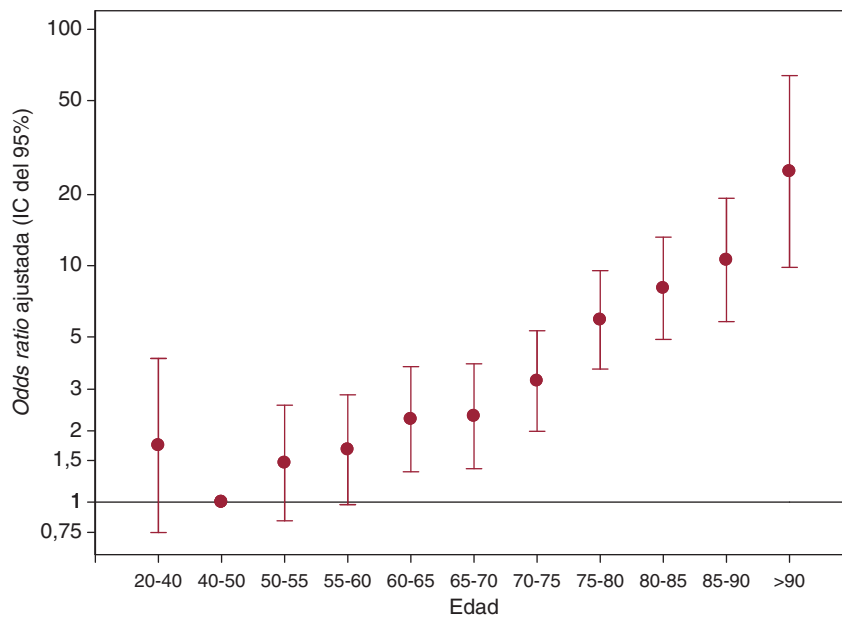


Figura 1. Aumento de la mortalidad a medida que avanza la edad de los pacientes a los que se practica una intervención coronaria percutánea en el registro *Euro Heart Survey of Percutaneous Coronary Interventions*. IC: intervalo de confianza.

ninguno de los pacientes, a pesar de que se observó enfermedad de tres vasos en el 40% de los casos. Parece que se opta por la estrategia invasiva en un intento de realizar una ICP de la lesión causal en vez de una revascularización completa. Las complicaciones intrahospitalarias como la hemorragia mayor, la necesidad de transfusión y el ictus no aumentaron en el grupo de tratamiento invasivo, mientras que hubo una tendencia no significativa a una mayor incidencia del deterioro de la función renal. Estos resultados indican que la estrategia invasiva en casos seleccionados no es nociva para los pacientes muy ancianos.

Merece destacarse el uso relativamente bajo de la terapia adyuvante recomendada en las guías, como los bloqueadores beta, los inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina/antagonistas de los receptores de la angiotensina II y las estatinas. Concretamente las estatinas, que sólo tienen unas pocas contraindicaciones, deben administrarse a casi todos los pacientes con síndrome coronario agudo. Este infratratamiento de los pacientes ancianos se ha observado también en otros análisis⁹. En consecuencia, parece haber margen de mejora respecto al tratamiento conservador de los pacientes muy ancianos con SCASEST.

En resumen, un enfoque invasivo para los pacientes muy ancianos con SCASEST parece factible y puede mejorar los resultados a medio plazo. Serán necesarios nuevos estudios para identificar el subgrupo de pacientes que puede obtener mayor beneficio con esta estrategia. Mientras tanto, a los pacientes muy ancianos con un buen estado mental y social, no se les debe negar un tratamiento invasivo únicamente en función de su edad.

BIBLIOGRAFÍA

- Bassand JP, Hamm CW, Ardissino D, Boersma E, Budaj A, Fernández-Avilés F, et al. Guidelines for the diagnosis and treatment of non-ST-segment elevation acute coronary syndromes. *Eur Heart J*. 2007;28:1598-660.
- Dodd KS, Szacynski JS, Zhao Y, Dodd KS, Szacynski JS, Zhao Y, et al. Exclusion from older patients and women from recent trials of acute coronary syndromes. *J Am Geriatr Soc*. 2011;59:506-11.
- Bauer T, Möllmann H, Weidinger F, Zeymer U, Seabra-Gomes R, Eberli F, et al. Predictors of hospital mortality in elderly patients undergoing percutaneous coronary intervention for acute coronary syndromes and stable angina. *Int J Cardiol*. 2010. doi: 10.1016/j.ijcard.2010.05.006.
- Bach RG, Cannon CP, Weintraub WS, DiBattiste PM, Demopoulos LA, Anderson HV, et al. The effect of routine, early invasive management on outcome for elderly patients with non-ST-segment elevation acute coronary syndromes. *Ann Intern Med*. 2004;141:186-95.
- Villanueva-Benito I, Solla-Ruiz I, Paredes-Galán E, Díaz-Castro O, Calvo-Iglesias JA, Baz-Alonso FE, et al. Impacto pronóstico del abordaje intervencionista en el paciente muy anciano con síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST. *Rev Esp Cardiol*. 2011;64:853-61.
- Bauer T, Koeth O, Jünger C, Heer T, Wienbergen H, Gitt A, et al.; the Acute Coronary Syndromes Registry (ACOS) Investigators. Effect of an invasive strategy on in-hospital outcome in elderly patients with non-ST-elevation myocardial infarction. *Eur Heart J*. 2007;28:2873-8.
- Yan RT, Yan AT, Tan M, Chow CM, Fitchett DH, Ervin FL, et al.; the Canadian Acute Coronary Syndromes (ACS) Registry Investigators. Age-related differences in the management and outcome of patients with acute coronary syndromes. *Am Heart J*. 2006;151:352-9.
- Giugliano RP, White JA, Bode C, Armstrong PW, Montalescot G, Lewis BS; EARLY ACS Investigators. Early versus delayed, provisional eptifibatid in acute coronary syndromes. *N Engl J Med*. 2009;360:2176-90.
- Schoenenberger AW, Radovanovic D, Stauffer JC, Windecker S, Urban P, Eberli FR, et al. Age-related differences in the use of guideline recommended medical and interventional therapies for acute coronary syndromes: a cohort study. *J Am Geriatr Soc*. 2008;56:510-6.