

Angina inestable en el anciano: ¿están justificadas las diferencias en las estrategias diagnósticas y terapéuticas? El concepto del «viejo joven» y el «viejo viejo»

Cándido Martín Luengo

Servicio de Cardiología. Hospital Universitario. Universidad de Salamanca. Salamanca.

La angina inestable es una forma clínica de isquemia miocárdica aguda que produce un creciente aumento en el número de ingresos hospitalarios e induce una morbimortalidad por infarto de miocardio o muerte del 6-8% en el siguiente año al diagnóstico¹. La edad media de los pacientes afectados de este síndrome coronario agudo es ligeramente variable, según los centros, pero se advierte un progresivo incremento en el número de pacientes con edad avanzada. Curiosamente, en la mayoría de los ensayos clínicos los pacientes con edades superiores a los 75 años son excluidos, también a la mayoría no se les evalúa desde el punto de vista pronóstico y, por último, son claramente menores las pruebas no invasivas e invasivas empleadas para evaluar el perfil de riesgo de estos pacientes. Todo ello resulta sorprendente porque, con independencia de otras variables, la edad avanzada representa un factor de riesgo independiente en la angina inestable y, sin embargo, se la considera como una limitación para otras exploraciones y actuaciones terapéuticas.

Precisamente en este número de la Revista, Raúl Moreno et al² aportan un interesante estudio sobre el manejo de la angina inestable, en el que demuestran cómo a los pacientes con edades superiores a los 70 años se les practicaron un menor número de exploraciones angiográficas tras una prueba de esfuerzo prealta positiva para isquemia miocárdica. Las razones de un menor empleo de técnicas invasivas y no invasivas en la valoración del paciente de edad avanzada pueden ser múltiples y diversas. Sin duda, un primer elemento de importancia puede ser la capacidad del hospital para llevar a cabo procedimientos angiográficos y de revascularización.

Curiosamente, en centros terciarios como en el que se ha elaborado el trabajo de Moreno et al, se dispone de una unidad de hemodinámica e intervencionismo coronario muy activa y, sin embargo, la edad fue un predictor de un menor número de angiografías coronarias. Por tanto parece obvio que ésta no es la única razón para explicar las diferentes actuaciones entre distintas edades.

Otras posibles explicaciones de una actitud más conservadora en ancianos son los peores resultados de las intervenciones que en los más jóvenes, la comorbilidad asociada, el mayor riesgo de la cirugía y la angioplastia y un planteamiento meramente sintomático de la enfermedad, pues la lógica supervivencia reducida que tienen los pacientes octogenarios no invita a sentar indicaciones con carácter pronóstico a medio y largo plazo. Pero, sin lugar a dudas, las razones más poderosas que limitan en la práctica clínica las indicaciones de exploraciones complementarias en pacientes ancianos son las que se relacionan con la presencia de una comorbilidad mayor, de una enfermedad coronaria más difusa, que condiciona los resultados de las eventuales terapéuticas revascularizadoras, y de un mayor riesgo en este tipo de intervenciones.

En términos generales, una revascularización menos completa y eficaz y un mayor número de efectos adversos son más frecuentes, globalmente, tanto con angioplastia coronaria transluminal percutánea (ACTP) como con cirugía de bypass en pacientes con edades superiores a los 70 años. Si bien es cierto que existen estas diferencias con los más jóvenes, también es cierto que existen diferencias en los resultados de acuerdo con la franja de edad de los ancianos^{3,4}. En este sentido hay que destacar que las diferencias con los menores de 70 años, en los resultados de técnicas de revascularización, se han observado fundamentalmente en pacientes octogenarios.

No obstante, como en la población anciana la prevalencia de cardiopatía isquémica sintomática aumenta, y debido a que los pacientes afectados de este proceso tienen cada vez una edad más avanzada, es a su vez mayor el número de pacientes con angina inestable y

Correspondencia: Dr. C. Martín Luengo.
Servicio de Cardiología. Hospital Universitario.
P.º San Vicente, 58-182. 37007 Salamanca.

edad superior a los 70 años que son sometidos a ACTP o cirugía de bypass⁵.

Aunque la mayoría de los pacientes (80%) con angina inestable se estabilizan inicialmente con tratamiento médico⁶, cerca de la mitad requerirán un estudio angiográfico, bien por recurrencia de los síntomas o por aparición de isquemia inducida en pruebas realizadas previamente al alta para evaluar el riesgo⁷.

Teniendo en cuenta que la prueba de esfuerzo suele ser, en la mayor parte de los centros, el método utilizado para estimar el riesgo antes del alta hospitalaria del paciente con angina inestable, debería establecerse en cada caso no sólo detectar la isquemia miocárdica, sino también estimar la severidad de la misma y la incapacidad física.

Una prueba de esfuerzo positiva no es necesariamente un factor predictivo de eventos coronarios y de mortalidad⁸. No todas las pruebas de esfuerzo positivas tienen la misma significación clínica y pronóstica, y resulta poco riguroso interpretarlas todas por igual. Deben evaluarse en función del grado de isquemia y de la capacidad funcional para generar grupos de bajo, medio y alto riesgo. Una prueba severa con valor predictivo se considera aquella que presenta un descenso del segmento ST en el primer estadio, una elevación del segmento ST, una disminución de la presión arterial con isquemia, la aparición de taquiarritmias ventriculares, la presencia una isquemia extensa (más de 5 derivaciones) o que se prolonga más de cinco minutos tras el esfuerzo, y una capacidad funcional reducida, menos de 4 METS. Adicionalmente, un estudio con imágenes isotópicas mejora la especificidad y la sensibilidad⁹.

Assumiendo el perfil clínico de los pacientes ancianos y los peores resultados de las técnicas de revascularización, debería establecerse el grado de riesgo a través de otras variables, además del test de esfuerzo, como edad, comorbilidad, calidad de vida y biología del paciente.

La pregunta que surge del trabajo Moreno et al² es si el paciente anciano con prueba de isquemia positiva debe ser tratado de manera diferente a los más jóvenes. La respuesta, en principio, debe ser negativa, pero con matizaciones. Los objetivos son los mismos, pero es lógico considerar otras variables entre las cuales cabe destacar, además del grado de isquemia y la capacidad funcional, el nivel de edad y la comorbilidad asociada. No es lo mismo un anciano con 72 años que otro de 84 años, y no es lo mismo un anciano con una importante comorbilidad asociada que otro sin ella; tampoco es lo mismo una prueba de esfuerzo con isquemia en el segundo minuto que otra con isquemia en el noveno minuto. Tras la prueba de esfuerzo, los pacientes pueden ser evaluados en cuanto al grado de riesgo. Los pacientes mayores con perfil de alto riesgo deben ser, salvo excepciones, tratados más agresivamente, incluyendo angiografía y una eventual re-

vascularización. Los pacientes de bajo riesgo deben ser tratados médicamente, y los pacientes de riesgo intermedio deben ser evaluados con pruebas complementarias que determinen el grado de isquemia (isótopos) y la función ventricular (ecocardiograma/ventriculografía isotópica) y, de acuerdo con los resultados, establecer las indicaciones de angiografía y revascularización.

La menor práctica de una angiografía coronaria en pacientes ancianos que tras una angina inestable han realizado una prueba de esfuerzo con isquemia puede estar relacionada, fundamentalmente, con tres condiciones. Primera, es obvio que el anciano tiene una esperanza de vida menor y no se contempla con la misma intensidad la necesidad de reducir el riesgo a medio y largo plazo. Segunda, los procedimientos angiográficos presentan más complicaciones, y tercera, las técnicas de revascularización tienen peores y más limitados resultados y, sin duda, se asocian a un riesgo mayor en el anciano. Sin embargo, ninguna de estas condiciones deberían ser determinantes para establecer indicaciones de una angiografía coronaria o de una revascularización en el anciano. En relación con las indicaciones de carácter pronóstico, es necesario destacar que el riesgo de angina inestable en el primer año del episodio agudo es superior en los ancianos y, por consiguiente, las medidas para reducir el riesgo no deben plantearse a medio plazo, sino con el objetivo de disminuir la morbimortalidad en el año siguiente al accidente coronario agudo.

Si bien las eventuales complicaciones de una angiografía coronaria son discretamente superiores en los ancianos, esto no justifica de manera alguna una actitud conservadora, pues está bien establecido que el riesgo de estos pacientes es superior y puede reducirse tras intervenciones de revascularización.

En relación con el riesgo de la angioplastia/stent en el anciano, aun siendo más elevado el grado de complicaciones mayores (muerte, infarto de miocardio y cirugía urgente) en los pacientes con edades superiores a los 70 años, sin embargo, estas diferencias sólo parecen significativas en el grupo de octogenarios y son iguales entre los menores de 80 y de 70 años. Precisamente en los octogenarios también es mayor la mortalidad a un año, pero no son superiores los eventos coronarios (infarto no fatal y necesidad de revascularización). No obstante, el grado de complicaciones graves en los pacientes mayores de 80 años, aun siendo más frecuentes que en los más jóvenes, no son elevadas (4,5%) y pueden ser asumibles en pacientes octogenarios con un perfil de riesgo elevado, en especial por la mejoría clínica obtenida y una más que aceptable supervivencia tardía³.

Por lo anteriormente expuesto, en los pacientes octogenarios debería racionalizarse con más precisión el tratamiento con ACTP/stent e indicarse particularmente en pacientes de alto riesgo y, de manera especial, en

aquellos pacientes con alto riesgo para revascularización quirúrgica¹⁰.

La cirugía de revascularización también conlleva una morbimortalidad mayor en los ancianos, pero de la misma manera que sucede con la angioplastia, también en la cirugía los resultados son significativamente diferentes según la edad de los ancianos. La morbimortalidad de la cirugía es sensiblemente mayor en los octogenarios y la mortalidad hospitalaria oscila de manera amplia entre un 6 y un 24%¹¹. Pero con los datos de Medicare, recogidos entre 1987 y 1990, sobre más de 24.000 pacientes con edad superior a los 80 años, se encontró una mortalidad hospitalaria del 11,5% y al año de 19,3%¹². Por ello, resulta de la mayor importancia clínica conocer los datos sobre morbimortalidad en cada medio quirúrgico antes de sentar una indicación quirúrgica en pacientes octogenarios.

Finalmente, un aspecto de sumo interés en las consideraciones diagnóstico-terapéuticas de los pacientes ancianos es la cuantificación de una comorbilidad asociada, que, en muchos casos, puede tener mayor impacto pronóstico que la propia edad¹³. Por ello, a la hora de tomar una decisión terapéutica agresiva deben considerarse estos factores para decidir la conveniencia del procedimiento. Un anciano de más de 80 años que tiene asociados varios elementos de comorbilidad, como diabetes mellitus, hipertensión arterial, infarto de miocardio previo, arteriopatía de los miembros inferiores, accidente isquémico cerebral, insuficiencia renal, enfermedad pulmonar e insuficiencia cardíaca, etc., dibuja un perfil de muy alto riesgo ante cualquier procedimiento revascularizador y, probablemente prohibitivo, para la cirugía de revascularización.

En definitiva, en ancianos menores de 80 años las actuaciones deberían ser, de manera general, semejantes a las de los más jóvenes en función de los buenos resultados y la baja incidencia de complicaciones. En octogenarios deberían plantearse las cosas de forma individualizada. Sin duda, en un octogenario con angina de pecho recurrente y no controlable con tratamiento médico debería practicarse una angiografía coronaria y, según los resultados, decidir una terapéutica revascularizadora si es posible. La elección de una u otra técnica estará en función de la naturaleza de los vasos, de las posibilidades y necesidades de una revascularización completa, de otra funcionalmente eficaz (tratamiento de la arteria causante de la angina) y de la probabilidad de una satisfactoria actuación sobre las posibles arterias tratables. En pacientes asintomáticos pero con un test de isquemia de mal pronóstico debería plantearse una revascularización, reservando la vía quirúrgica para aquellos con lesión multivaso y función ventricular significativamente deprimida o tronco izquierdo significativo, pero con un riesgo quirúrgico aceptable de acuerdo con sus variables clínicas. Una ACTP/stent debe indi-

carse en pacientes con lesiones tratables y alto o prohibitivo riesgo quirúrgico, en pacientes con vasos causantes de la angina tratables y en aquellos con lesiones multivaso y función sistólica no significativamente deprimida.

En conclusión, entre el grupo de pacientes ancianos con angina inestable existen diferencias importantes en los resultados de las diversas actuaciones terapéuticas revascularizadoras. Destaca de forma sobresaliente la «frontera clínica» que se establece entre pacientes octogenarios y aquellos que son menores. Mientras en los pacientes con edades comprendidas entre 70 y 79 años, con menor comorbilidad y mejor biología, los resultados son parecidos a los de edades inferiores, en los mayores de 80 años sucede todo lo contrario, de manera que podríamos agrupar a los pacientes ancianos como «viejos jóvenes» y «viejos viejos» a la hora de tomar decisiones terapéuticas agresivas, pero en ningún caso deberían excluirse los más viejos en la evaluación pronóstica mediante un test de isquemia, tras estabilizarse la angina de pecho inestable porque un buen número de ellos, con riesgo elevado, podrán todavía beneficiarse de actuaciones terapéuticas más agresivas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lincoff AM, Tchong JE, Califf RM, Kereiakes DJ, Kelly TA, Timmis GC et al. Sustained suppression of ischemic complications of coronary intervention by platelet GP IIb/IIIa blockade with abciximab: one-year outcome in the EPILOG trial. *Circulation* 1999; 99: 1951-1958.
2. Moreno R, García E, Cantalapiedra JL, Ortega A, López de Sá E, López-Sendón et al. Manejo de la angina inestable: la edad avanzada continúa siendo un predictor independiente de manejo más conservador tras la estratificación pronóstica mediante prueba de esfuerzo. *Rev Esp Cardiol* 2000; 53: 911-918.
3. Abizaid AS, Mintz GS, Abizaid A, Saucedo JF, Mehran R, Pichard A et al. Influence of patient age on acute and late clinical outcomes following Palmaz-Schatz coronary stent implantation. *Am J Cardiol* 2000; 85: 338-343.
4. Christenson JT, Simonet F, Schmuziger M. The influence of age on the outcome of primary coronary artery bypass. *J Cardiovasc Surg* 1999; 40: 333-338.
5. Peterson ED, Jollis JG, Bechuck JD, DeLong ER, Muhlbaier LH, Mark DB et al. Changes in mortality after revascularization in the elderly: the national Medicare experience. *Ann Intern Med* 1994; 121: 919-927.
6. Hillis WS. The continuing debate: conservative or interventional therapy for unstable coronary artery disease. *Am J Cardiol* 1997; 80: E51-E54.
7. Yeghiazarians Y, Braunstein JB, Askari A, Stone PH. Unstable angina pectoris. *N Engl J Med* 2000; 342: 101-114.
8. Prody PG, Graboyes TB, Lown B. Prognosis of medically-treated patients with coronary disease with profound ST depression during exercising testing. *N Engl J Med* 1981; 305: 1111-1116.
9. Stratmann HG, Tamesis BR, Younis LT, Wittry MD, Amato M, Miller DD. Prognostic value of pre-discharge dipyridamole technetium 99m sestamibi myocardial tomography in dedicatedly treat-

- ted patients with unstable angina. *Am Heart J* 1995; 130: 734-740.
10. Morrison DA, Bies RD, Sacks J. Coronary angioplasty for elderly patients with «high risk» unstable angina: short-term outcomes and long survival. *J Am Coll Cardiol* 1997; 29: 330-344.
 11. Ko W, Gold JP, Lazzaro R, Zelano JA, Lang S, Isom OW et al. Survival analysis of octogenarian patients with coronary artery disease managed by elective coronary artery bypass surgery versus conventional medical treatment. *Circulation* 1992; 86: 926-931.
 12. Curtis JJ, Wallis JT, Boley TM, Schmaltz RA, Demmy TL, Salam N. Coronary revascularization in the elderly: determinants of operative mortality. *Ann Thoracic Surg* 1994; 58: 1069-1072.
 13. Thompson RC, Holmes DR Jr, Gersh BJ, Bailey KR. Predicting early and intermediate-term outcome of coronary angioplasty in the elderly. *Circulation* 1993; 88: 1579-1587.