

EDITORIAL

Ancianos con síndrome coronario agudo sin elevación del ST en urgencias: ¿cuál es la mejor estrategia de manejo?

Older patients with non-ST-segment elevation myocardial infarction in the emergency department: What approach is best?

Mireia Puig Campmany, María Teresa Álvarez Albarrán

La cardiopatía isquémica es una causa importante de consulta en urgencias y origina una morbimortalidad significativa en los ancianos. De manera similar a lo que sucede con otras patologías en esta población, el síndrome coronario agudo (SCA) supone un reto diagnóstico y terapéutico¹⁻⁴.

La evaluación del anciano con SCA es complicada por muchos factores⁵. En primer lugar, recoger la historia clínica puede ser difícil, por problemas sensoriales asociados, demencia o *delirium*. Además, pueden aparecer presentaciones atípicas y el dolor torácico puede estar ausente. Se ha observado que solo el 40% de los pacientes mayores de 85 años con SCA sin elevación del ST (SCASEST) y el 57% con SCA con elevación del ST (SCACEST) tienen dolor torácico como síntoma principal⁶. Contrariamente, el síntoma principal del SCA en el anciano es muy a menudo la disnea (49%), la sudoración (26%), las náuseas y vómitos (24%) o el síncope (19%)⁶. Por tanto, la presencia de estos síntomas, aun sin dolor torácico, deben alertar sobre un posible SCA en ausencia de otras causas evidentes.

Las guías insisten en la realización de un electrocardiograma (ECG) inmediato a la llegada a urgencias para la detección precoz del SCA. Pero el ECG no es diagnóstico en el 43% de los pacientes mayores de 85 años con SCASEST y, en cambio, en el 35% de los mayores de 85 años con SCACEST, el ECG muestra un bloqueo de rama izquierda que dificulta el diagnóstico⁷. En el anciano son más frecuentes las alteraciones electrocardiográficas basales, con lo que es preciso revisar ECG antiguos siempre que sea posible, así como recordar que aquellos que sufren algún episodio agudo (infección, agudización de una comorbilidad) tienen riesgo de presentar un SCA como complicación.

La detección de troponinas con métodos de alta sensibilidad ayuda en el diagnóstico. Sin embargo, deben considerarse otras causas de elevación de troponina distintas del SCA, como la insuficiencia renal crónica, la insuficiencia cardiaca, la crisis hipertensiva, la taquicardia, el embolismo pulmonar, la enfermedad vascular renal, la contusión miocárdica, la miocardiopatía de tako-tsubo y la miocarditis, entre otras. Obtener un

diagnóstico adecuado es crucial, puesto que en estas entidades el paciente no se beneficia de una estrategia terapéutica invasiva que, por otro lado, comporta riesgos⁸.

Además de las dificultades en el diagnóstico, existen incertidumbres sobre el tratamiento⁷. Las comorbilidades asociadas complican el manejo, y una sensibilidad aumentada a los fármacos añade riesgos. El 40% de los mayores de 80 años requieren supervisión de su medicación, de manera que cuando el cuidado domiciliario se vuelve inestable, aumenta el riesgo de problemas de salud relacionados con la medicación. Por otro lado, las guías recomiendan frente al SCASEST un tratamiento con estrategia invasiva dentro de las 48 horas de la presentación en todos los pacientes de alto riesgo (depresión persistente del ST, angina recurrente, insuficiencia cardiaca, arritmias, baipás o intervención previa), independientemente de la edad. Pero la población geriátrica está escasamente representada en los ensayos clínicos (menos del 9% de los pacientes incluidos eran mayores de 75 años)⁷.

Los registros internacionales nos dicen que, en realidad, los ancianos con SCA reciben con menor frecuencia de lo recomendado un tratamiento invasivo o fármacos adecuados^{7,9}. Se postula que la edad, las comorbilidades, la fragilidad y la polifarmacia son percibidas por los médicos tratantes como un mayor riesgo de complicaciones y una disminución del beneficio derivados del tratamiento invasivo. La falta de ensayos que comparen el manejo conservador y una estrategia invasiva específicos en la población anciana contribuye a este hecho, y todos estos factores influyen en la decisión de un manejo más conservador¹⁰.

El estudio After Eighty fue el primer trabajo aleatorizado específicamente diseñado para la población anciana con SCASEST, y halló evidencias de que en pacientes mayores de 80 años, una estrategia invasiva es superior a una estrategia conservadora en la reducción de eventos (infarto agudo de miocardio, necesidad de revascularización urgente, ictus o muerte por cualquier causa), sin más complicaciones hemorrágicas^{10,11}. Los autores, sin embargo, observan que en muy ancianos (mayores

Filiación de las autoras: Servicio de Urgencias, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Institut d'Investigació Biomèdica Sant Pau, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España.

Autora para correspondencia: Mireia Puig Campmany. Servicio de Urgencias. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. C/ Sant Quintí, 87. 08025 Barcelona, España.

Correo electrónico: mpuig@santpau.cat

Información del artículo: Recibido: 2-4-19. Aceptado: 6-42019. Online: 9-5-2019.

Editor responsable: Óscar Miró.

de 90 años) el beneficio de la estrategia invasiva no es claro. En este trabajo hubo una adecuada selección inicial, que excluía pacientes con inestabilidad hemodinámica, expectativa de vida inferior a 12 meses, comorbilidad importante, enfermedad neoplásica diseminada o mental, demencia grave u otros procesos que causaran dependencia, que probablemente influyen en los buenos resultados de la rama de tratamiento invasivo.

El estudio que presentan Lorente *et al.*¹² en este número de EMERGENCIAS es un interesante trabajo observacional, cuyo objetivo fue describir los factores asociados al ingreso en unidades de críticos (UC) en una serie de ancianos no seleccionados con SCA, a partir de un registro realizado en 44 hospitales españoles (LONGEVO-SCA). Los autores observan que únicamente un tercio de los pacientes mayores de 80 años con SCASEST diagnosticados en un servicio de urgencias hospitalario (SUH) ingresaron en UC, y estos presentaban más criterios de riesgo, pero también una menor fragilidad que los ingresados en plantas de hospitalización convencional. Los que ingresaron en UC recibieron más frecuentemente una estrategia invasiva (coronariografía 91,3 vs 70,4%), aunque no observaron diferencias en el pronóstico a los 6 meses entre los dos grupos.

El trabajo no puede explicar (no era su objetivo) las razones del manejo más conservador en el grupo de pacientes más frágiles y cómo se realizó la toma de decisiones. Apuntan, como ya se ha comentado, a una probable percepción de riesgo superior con el manejo invasivo por parte de los médicos responsables. Expresan una probable limitación por sesgo de selección en el registro LONGEVO-SCA, que incluyó a todos los pacientes mayores de 80 años incluso con comorbilidades graves, con SCASEST definido como presencia de dolor en el pecho con cambios electrocardiográficos sugestivos de isquemia miocárdica o marcadores elevados de daño miocárdico. No todos los ancianos, pues, presentaban elevación de troponinas, y fue un criterio de exclusión la imposibilidad de obtener una evaluación geriátrica¹².

El trabajo de Lorente *et al.* aporta sin duda resultados novedosos, y tiene el valor de ser una serie importante de pacientes ańosos, en un ámbito en que existe escasa evidencia científica, y en nuestro entorno. Los autores, asimismo, concluyen que es necesario optimizar la estratificación del riesgo y el manejo en pacientes ancianos para conseguir los mejores resultados.

Sus resultados apoyan las recomendaciones actuales en el manejo del SCA en el anciano¹³. Estas incluyen: mantener un grado de sospecha alto en los SUH frente a presentaciones atípicas y aun en ausencia de dolor torácico o alteraciones electrocardiográficas típicas; realizar un diagnóstico meticuloso, excluyendo otras enfermedades agudas que cursen con alteraciones electrocardiográficas y elevación de troponinas; una evaluación concomitante de otras enfermedades agudas o crónicas reagudizadas que puedan complicar el manejo; y una valoración de los riesgos de la farmacoterapia a utilizar, teniendo en cuenta la complejidad de la medicación y

los riesgos potenciales en función de la comorbilidad, combinada con conciliación de medicamentos. Finalmente, es preciso recordar la recomendación de seguir estrategias invasivas en pacientes de riesgo, independientemente de la edad, aun cuando los ancianos estén poco representados en los ensayos clínicos.

Pero para obtener el mejor resultado es preciso individualizar las decisiones clínicas y basarlas en una evaluación integral de los pacientes y no en su edad. En el SCA, y en general en los procesos agudos en los ancianos, la recomendación es incorporar una evaluación geriátrica integral (EGI) en el SUH, a ser posible durante la valoración inicial, que incluya la situación funcional y cognitiva previa a la consulta y si existe fragilidad^{13,14}. La EGI precoz debe servir para determinar las necesidades del paciente y guiar las decisiones clínicas. Es imprescindible también incluir las preferencias del paciente y recordar que los objetivos terapéuticos muy a menudo son mantener una adecuada capacidad funcional y cognitiva. En definitiva, para un manejo adecuado de los pacientes ancianos, los SUH deben transformarse progresivamente para ofrecer una atención integral y multidisciplinar. En la literatura encontramos distintos modelos organizativos que se han mostrado eficaces^{15,16}.

Finalmente, para dilucidar el manejo más adecuado del SCASEST en la amplia heterogeneidad de la población anciana, es fundamental continuar investigando. Estudios observacionales como el de Lorente *et al.* son muy útiles y es preciso incluir ancianos en futuros ensayos clínicos para conocer los riesgos y los beneficios reales de las distintas estrategias.

Conflicto de intereses: Las autoras declaran no tener conflictos de interés en relación con el presente artículo.

Contribución de las autoras: Todas las autoras han confirmado su autoría en el documento de responsabilidades de autor, acuerdo de publicación y cesión de derechos a EMERGENCIAS.

Financiación: Las autoras declaran la no existencia de financiación en relación al presente artículo.

Responsabilidades éticas: Todas las autoras han confirmado el mantenimiento de la confidencialidad y respeto de los derechos de los pacientes en el documento de responsabilidades del autor, acuerdo de publicación y cesión de derechos a EMERGENCIAS.

Artículo encargado con revisión interna por parte del Comité Editorial

Bibliografía

- Supervía A, Pallàs O, Clemente C. Características diferenciales de las intoxicaciones en los pacientes ancianos atendidos en un servicio de urgencias. *Emergencias*. 2017;29:335-8.
- Miró O, Brizzi BN, Aguiló S, Alemany X, Jacob J, Llorens P, et al. Perfil de los pacientes ancianos atendidos en urgencias por caídas (Registro FALL-ER): magnitud del problema y posibilidades de mejora en los servicios de urgencias hospitalarios. *Emergencias*. 2018;30:231-40.
- Lozano-Polo L, Puig-Campmany M, Herrera-Mateos S, Mateo-Roca M, Santos-Rodríguez JA, Benito-Vales S. Diagnóstico en urgencias del embolismo pulmonar en ancianos: adherencia a las guías y valor del dímero-D corregido por edad. *Emergencias*. 2018;30:321-7.
- García-Lamberechts EJ, Martín-Sánchez FJ, Julián-Jiménez A, Llopis F, Martínez-Ortiz de Zárate M, Arranz-Nieto MJ, et al. Modelo de riesgo a 30 días en los pacientes ancianos con infección y síndrome de respuesta inflamatoria sistémica atendidos en los servicios de urgencias. *Emergencias*. 2018;30:241-6.
- Nickel C, Bellou A, Conroy S. *Geriatric Emergency Medicine*. Basilea: Springer International Publishing Switzerland; 2018.

- 6 Alexander KP, Newby KL, Armstrong PW, Cannon CP, Gibler WB, Rich MW, et al. Acute coronary care in the elderly, part II: ST-segment-elevation myocardial infarction. A scientific statement for healthcare professionals from the American Heart Association Council on Clinical Cardiology: in collaboration with the Society of Geriatric Cardiology. *Circulation*. 2007;115:2570-89.
- 7 Alexander KP, Newby KL, Cannon CP, Armstrong PW, Gibler WB, Rich MW, et al. Acute coronary care in the elderly, part I: Non-ST-segment-elevation acute coronary syndromes. A scientific statement for healthcare professionals from the American Heart Association Council on Clinical Cardiology: in collaboration with the Society of Geriatric Cardiology. *Circulation*. 2007;115:2549-69.
- 8 Alquézar A, Ordóñez J, Jaffe A. Cuarta definición universal del infarto de miocardio: ¿cambiará la práctica de la Medicina de Urgencias y Emergencias? *Emergencias*. 2019;31:55-7.
- 9 Magid DJ, Masoudi FA, Vinson DR, van der Vlugt TM, Padgett TG, Tricomi AJ, et al. Older emergency department patients with acute myocardial infarction receive lower quality of care than younger patients. *Ann Emerg Med*. 2005;46:14-21.
- 10 Psaltis PJ, Nicholls SJ. Management of acute coronary syndrome in the very elderly. *Lancet*. 2016;387:1029-30.
- 11 Tegn N, Abdelnoor M, Aaberge L, Endresen K, Smith P, Aakhus S, et al. Invasive versus conservative strategy in patients aged 80 years or older with non-ST-elevation myocardial infarction or unstable angina pectoris (after eighty study): an open-label randomised controlled trial. *Lancet*. 2016;387:1057-65.
- 12 Lorente V, Ariza-Solé A, Jacob J, Formiga F, Marín F, Martínez-Sellés M, et al. Criterios de ingreso en unidades de críticos del paciente anciano con síndrome coronario agudo desde los servicios de urgencias hospitalarios de España. Estudio de cohorte LONGEVO-SCA. *Emergencias* 2019;31:154-60.
- 13 Geriatric Emergency Department Guidelines Task Force. Geriatric emergency department guidelines. *Ann Emerg Med*. 2014;63:e7-25.
- 14 Shenvi CL, Platts-Mills TF. Managing the elderly emergency department patient. *Ann Emerg Med*. 2019;73:302-7.
- 15 Conroy SP, Ansari K, Williams M, Laithwaite E, Teasdale B, Dawson J, et al. A controlled evaluation of comprehensive geriatric assessment in the emergency department: the "Emergency Frailty Unit". *Age Ageing*. 2014;43:109-14.
- 16 Puig M, Ris J, Blázquez M, Benito S. Development of a comprehensive, multidisciplinary program of care for frailty in an emergency department. *Eur Ger Med*. 2019;10:37-46.