

Prevalencia y pronóstico del infarto de miocardio silente en ancianos

Prevalence, predisposing factors, and prognosis of clinically unrecognized myocardial infarction in the elderly.

Sheifer S, Gersh B, Yañez D y col. *J Am Coll Cardiol* 2000; 35:119-126.

Objetivo

1) Determinar la prevalencia de infarto de miocardio silente (IAM-S) en ancianos, 2) identificar factores de riesgo, 3) establecer su pronóstico en relación al infarto de miocardio reconocido (IAM-R).

Diseño

Estudio de cohorte prospectivo para análisis de mortalidad de IMS y R (Cardiovascular Health Study) y estudio transversal a partir de los datos al ingreso a la cohorte: análisis de factores asociados con casos prevalentes* de IAM-S y R.

Lugar

Se realizó en 4 centros de referencia zonales, en Estados Unidos.

Pacientes

A partir de los integrantes de la cohorte (5888 pacientes > 65 años, la mayoría sin enfermedad cardiovascular al ingreso) se identificaron 201 pacientes con IAM-S y 700 con IAM-R (casos prevalentes).

Evaluación de factores pronósticos:

Se definió como IAM-S aquellos pacientes que presentaban ondas Q patológicas en el electrocardiograma de inclusión a la cohorte, sin diagnóstico previo de IM referido por los pacientes. Se evaluaron los factores asociados con IAM-S. Se analizó la mortalidad de los 3 grupos (IAM-S, IAM-R y no IAM). El análisis multivariado se ajustó por edad, sexo, factores de riesgo coronario, insuficiencia cardíaca y reconocimiento o no del IAM.

Medición de resultados principales

El punto final primario fue mortalidad total, los puntos finales secundarios: muerte cardiovascular y no cardiovascular. Las fuentes de información fueron los certificados de defunción, reportes médicos-forenses y entrevistas. El seguimiento promedio fue de 4.8 años.

Resultados principales

Al momento de la inclusión 901 pacientes presentaron IAM, de los cuales el 22.3% fueron silentes. Los factores que se asociaron de manera independiente con la presencia de IAM-S fueron ausencia de síntomas de angina e insuficiencia cardíaca. Otras variables asociadas fueron: mayor edad, mayor tensión arterial sistólica y sexo femenino. La mortalidad de los pacientes con IAM-S fue significativamente mayor que aquellos sin historia de IAM, (12% vs 21.4%, $p < 0.01$) y similar a los pacientes con IAM-R (25.4% vs 21.4% $p = 0.24$). Los pacientes con IAM-S presentaron menor mortalidad cardiovascular, mayor mortalidad no cardiovascular y similar mortalidad total en relación a IAM-R. Los predictores asociados con mortalidad fueron: edad, sexo masculino, insuficiencia cardíaca, diabetes, y percepción del propio estado de salud. El reconocimiento o no del IAM no agregó información pronóstica.

Conclusiones

En la población de ancianos, los IAM-S constituyen una proporción significativa de todos los IAM. La asociación entre IAM-S y la ausencia de angina e insuficiencia cardíaca puede reflejar alteraciones neurológicas, aunque también podría representar sesgo de diagnóstico. La mortalidad del IAM-S es similar a la de los IAM diagnosticados.

Fuente de financiamiento: National Heart, Lung, and Blood Institute.

COMENTARIO

En los ancianos, el infarto agudo de miocardio puede presentarse de maneras atípicas como por ejemplo insuficiencia cardíaca, confusión, síncope, etc.¹ En estudios previos se observó una prevalencia de IAM-S de 30-43.5%.², mayor que en este estudio. En estudios observacionales previos de infarto en ancianos,³ las presentaciones atípicas fueron frecuentes, aunque el electrocardiograma conservó su valor diagnóstico. A pesar de su peor pronóstico, los ancianos recibieron menos tratamiento (aunque presentan mayor reducción del riesgo absoluto). A pesar de que hay mucho publicado sobre el IAM-R, no existe suficiente información pronóstica de IAM silentes, particularmente en ancianos.

En este estudio, el diagnóstico de IAM-R se basó en el autorreporte, lo que puede introducir un sesgo de información en el diagnóstico (clasificación incorrecta). En un estudio previo,⁴ el autorreporte de IAM en ancianos presentó una sensibilidad de 51% y una especificidad de 98%. En relación al diagnóstico de IAM-S, se incluyeron pacientes con IAM-S prevalentes. Los casos incidentes* con mortalidad temprana y los IAM no Q no están representados en este estudio, subestimando la frecuencia de IAM-S y sobrestimando su pronóstico en cuanto a sobrevida (sesgo de incidencia-prevalencia).*

En relación a los factores asociados a IMS, el análisis fue de tipo transversal, no pudiendo con este diseño establecerse relaciones causales. En relación a la ausencia de angina como factor asociado a IAM-S, podría estar relacionado con sesgo de diagnóstico (los pacientes con angina reciben mayor seguimiento y tests complementarios diagnósticos aumentando los IAM-R).

En el análisis de mortalidad, el seguimiento fue completo, a 6 años. El IAM-S presentó similar pronóstico que el IAM-R, tomando en cuenta otras variables pronósticas. Los pacientes con IAM-S presentaban peores perfiles de factores de riesgo pero menor mortalidad cardiovascular (estudio no diseñado para evaluar causas específicas de muerte).

En conclusión, el IAM-S en ancianos presenta similar pronóstico que el IAM-R. El diagnóstico de IAM-S brinda información pronóstica, pero no es clara su estratificación de riesgo o si estos pacientes se benefician con diferentes tratamientos. Dada la prevalencia de IAM-S y su pronóstico, y el potencial beneficio con el tratamiento de la enfermedad coronaria, quedaría por evaluar la costoeffectividad del rastreo de IAM silente en ancianos.

*Ver glosario

Dr. Daniel C. Ferrante

Cardiólogo. Clínica Suizo Argentina.

Referencias

1. Maheshwari A; Laird-Fick HS; Cannon LA Acute MI. Age-related presentations and treatment options. *Geriatrics* 2000 Feb;55(2):32-4, 37-40
2. Nadelman J, Frishman WH, Ooi WL, y cols. Prevalence, incidence and prognosis of recognized and unrecognized myocardial infarction in persons aged 75 years old or older: the Bronx Aging Study. *Am J Cardiol* 1990; 66: 533-7.
3. Herlitz J; Hartford M; Dellborg M; Karlson BW Optimal treatment after acute myocardial infarction in the elderly. *Drugs Aging* 1995 Mar;6(3):181-91
4. O'Donnell CJ; Glynn RJ; Field TS; Averback R; Satterfield S; Friesenger GC 2nd; Taylor JO; Hennekens CH. Misclassification and under-reporting of acute myocardial infarction by elderly persons: implications for community-based observational studies and clinical trials. *J Clin Epidemiol* 1999 Aug;52(8):745-51