A. MORALES

Cirugía cardiaca en ancianos

Cardiac surgery in the elderly

Ver artículo: página 118

Dr. Alexander Morales Erazo: Médico Internista y Geriatra, Universidad de Caldas. Docente de Geriatria, Universidad de Nariño. Maestrando en Epidemiología, Universidad CES – Universidad Mariana. Pasto (Colombia).
E-mail: alexandermoraleserazo@gmail.com

Es indudable, que con el aumento de la población geriátrica y su consiguiente transición epidemiológica, independiente de la especialidad en la cual nos desempeñemos tendremos que enfrentar los diferentes retos que plantea el anciano y abordar de forma óptima todos los aspectos que entraña la complejidad de estos pacientes, me refiero a lo estrictamente clínico y de forma adicional, la repercusión emocional, cognitiva, social y ambiental.

Si en el enfoque del paciente anciano, se pierde esta perspectiva global, los resultados finales no serán los ideales. Ésto se deriva de lo que se llamaría “la manera de enfermar del anciano”, en donde a diferencia del paciente más joven, se tiene de base los cambios fisiológicos relacionados a la edad, a los que se suman pequeñas noxas a diferentes niveles, las cuales por sí solas no representan una amenaza, pero que con su efecto aditivo explican el desenlace.

Las enfermedades crónicas no transmisibles, marcan la carga de enfermedad para la población geriátrica (1), siendo de las más frecuentes la cardiopatía isquémica. Vale la pena mencionar que 25% de la población mayor de 75 años sufre de síntomas de enfermedad cardiovascular (2). En este sentido, resulta muy interesante el artículo del Dr. Etayo y colaboradores, en el cual abordan uno de los temas quizá más mitificados en la atención del anciano, sobre el cual tradicionalmente se ha tenido una mirada sombría y que ha conducido a que sean sistemáticamente excluidos, teniendo como único argumento su edad cronológica (3). De hecho, en los años ochenta, el ser anciano ya era una contraindicación absoluta para procedimientos diagnósticos como cateterismo cardiaco, en caso de enfermedad coronaria, peor aún para los tratamientos (4). Sin embargo, esto ha cambiado y la proporción de pacientes ancianos sometidos a cirugía cardiaca aumenta año tras año. Los desarrollos tecnológicos en protección miocárdica, técnica quirúrgicas, circulación extracorpórea y anestesia, permiten hacerlo de una forma segura.

La mortalidad intrahospitalaria en ancianos sometidos a cirugía cardiaca está en el mismo rango que pacientes jóvenes (5). Se ha comparado pacientes ancianos con enfermedad coronaria inestable sometidos a cirugía de revascularización miocárdica versus tratamiento conservador, encontrando una tasa de supervivencia a tres años de 77% versus 55%, respectivamente (6, 7). Resultados similares se han expuesto para el reemplazo valvular aórtico (8). La cirugía en la válvula mitral ha sido más controvertida en el anciano, sin embargo recientes estudios indican un efecto favorable (9).

Más allá de los beneficios sobre morbilidad y mortalidad, es relevante la mejoría de los síntomas, traducida en mejoría de la calidad de vida, menos estados depresivos y mejor funcionalidad global (10).

No obstante, es un deber mencionar el otro lado de la moneda y es que estos pacientes tienen aún un alto riesgo de morbilidad, mortalidad temprana y altos costos (11-12). Esto explica la tendencia a actitudes extremadamente conservadoras. Los factores que más pesan como marcadores de malos resultados son el número de comorbilidades, en particular falla renal, ECV previa, cirugía valvular previa y pobre estado clínico (13).

Desde el punto de vista de la geriatría, tiene más valor al escoger los pacientes el concepto de “envejecimiento biológico”, que se asimila al estado funcional previo al procedimiento, el cual refleja la reserva fisiología que tiene el paciente para resistir el embate homeostático al cual es sometido con la cirugía, además de la habilidad para recuperarse y rehabilitarse.

En conclusión, la cirugía cardiaca ha mostrado ser claramente beneficiosa en ancianos, independiente de su edad cronológica, la clave está escoger bien el paciente, aplicar los protocolos completos y realizar una buena valoración funcional previa, que nos asegure que los beneficios superan los riesgos.

Referencias

1. **World Health Organization.** The Global Burden of Disease: 2004 Update. Geneva, World Health Organization, 2008.
2. **Wiedemann D, Bernhard D.** The Elderly Patient and Cardiac Surgery – A Mini-Review *Gerontology* 2010; **56**: 241–249
3. **Etayo EH, González FI, Florian MC, Chacón A.** Cirugía cardíaca en ancianos. Epidemiología, calidad de vida, y funcionalidad postoperatoria. *Acta Med Colomb* 2014; **39**: 118–123.
4. **Schettler G.** Medicina Interna. Libro de texto. Thieme, Stuttgart, Germany, 1984.
5. **Zingone B, Gatti G, Rauber E, Tiziani P, Dreas L, Pappalardo A, Benussi B, Spina A.** Early and late outcomes of cardiac surgery in octogenarians. *Ann Thorac Surg* 2009; **87**: 71–78.
6. **Mariotto A, De Leo D.** Will elderly patients stand aside for younger patients in the queue for cardiac services? *Lancet* 1999; **354**: 467–470.
7. **Shapira I, Pines A, Mohr R.** Updated review of the coronary-artery bypass grafting option in octogenarians: good tidings. *Am J Geriatr Cardiol* 2001; **10**: 199–204, quiz 204–206.
8. **Bouma BJ, van den Brink RB.** Which elderly patients with severe aortic stenosis benefit from surgical treatment? Aaid to clinical decision making. *J Heart Valve Dis* 2004; **13**: 374–38.
9. **Grossi EA, Zakow PK, Sussman M.** Late results of mitral valve reconstruction in the elderly. *Ann Thorac Surg* 2000; **70**: 1224 – 1226.
10. **Heijmeriks JA, Pourrier S.** Comparison of quality of life after coronary and/or valvular cardiac surgery in patients 1 or = 75 years of age with younger patients. *Am J Cardiol* 1999; **83**: 1129–1132.
11. **Alexander KP, Anstrom KJ.** Outcomes of cardiac surgery in patients aged 80 years or older: results from the National Cardiovascular Network. *J Am Coll Cardiol* 2000; **35**: 731–738.
12. **Peterson ED, Cowper PA.** Outcomes of coronary artery bypass graft surgery in 24,461 patients aged 80 years or older. *Circulation* 1995; **92**(9 Suppl): II85–II91.
13. **Srinivasan AK, Oo AY, Grayson AD.** Mid-term survival after cardiac surgery in elderly patients: analysis of predictors for increased mortality. *Interact Cardiovasc Thorac Surg* 2004; **3**: 289–293.

J. M. SENIOR

Síndrome coronario agudo Epidemia reconocida

Acute coronary syndrome Emerging epidemic

La enfermedad cardiovascular es una epidemia global que afecta tanto a países industrializados como a aquellos en vías de desarrollo, en los que se ha demostrado un periodo de transición epidemiológica, en el cual aun no se han eliminado las enfermedades asociadas a infecciones crónicas como la tuberculosis y la desnutrición y han aparecido las enfermedades degenerativas y crónicas (1). Sin embargo, la tendencia regional es diferente, puesto que en América, países como Canadá y Estados Unidos, han logrado disminuir la tasa de mortalidad por enfermedad coronaria en un 60%, con menores decrementos en Argentina, Brasil, Chile y Cuba (2); en Colombia no se demostró cambio significativo en ese reporte, al comparar el periodo de 1970-1972 con 1998-2000, ni en su actualización para el 2008 (3).

Los diferentes registros han demostrado que los factores de riesgo clásicos tienen impacto sobre la presentación de la enfermedad coronaria. El registro CARMELA demuestra comportamiento heterogéneo en la prevalencia de algunos factores de riesgo en siete poblaciones latinoamericanas, con cifras preocupantes

que indican comportamiento epidémico en algunas de ellas (4). El análisis del registro INTERHEART para Latinoamérica demostró que el riesgo atribuible poblacional para tres factores como obesidad abdominal, alteración de los lípidos y tabaquismo fue en conjunto de 88% (5), con disminución del riesgo asociado al consumo diario de frutas o vegetales y ejercicio regular.

La encuesta nacional de salud de 2007 en Colombia, reporta los datos de riesgo cardiovascular en adultos con el modelo de la Organización Mundial de la Salud (OMS), teniendo en cuenta la presión arterial sistólica, la glicemia, el colesterol total y el tabaquismo, ubicando a 20.25% de las mujeres y a 32.37% de los hombres mayores de 60 años con riesgo mayor a 10% en los 10 años siguientes (6). De acuerdo con el análisis de situación de salud por regiones durante el año 2010 las enfermedades del aparato circulatorio fueron la causa más frecuente de mortalidad en hombres (25.63% en este sexo y 13.04% total), por encima de las causas externas que fue la segunda, y en mujeres (32.24% en este sexo y 12.35% total), por encima de las clasificadas

Ver artículo: página 124

Dr. Juan Manuel Senior: Cardiólogo Intervencionista, Jefe de posgrado Cardiología Clínica e Intervencionista, Universidad de Antioquia, Hospital Universitario de San Vicente Fundación. Medellín (Colombia).
E-mail: mmbt@une.net.co