

Cardiología geriátrica: ¿estamos preparados para atender al adulto mayor?

Geriatric cardiology: are we ready to assist the older adults?

Alberto Barón-Castañeda*

Servicio de Cardiología, Clínica de Marly, Clínica Universitaria Colombia, Bogotá, Colombia

La idea que la vejez está relacionada con cambios fisiopatológicos en el sistema cardiovascular data del siglo xvii, cuando sir Thomas Sydenham enunció su célebre frase: «El hombre tiene la edad de sus arterias». El envejecimiento poblacional es una realidad, en Colombia el 6.3% de la población es mayor de 65 años y la tendencia es al aumento progresivo; hay una gran cantidad de personas mayores de 85 años. Como consecuencia, la práctica de la cardiología moderna está cambiado del predominio de adultos de edad media, con enfermedad aterosclerótica, al tratamiento de pacientes de edad avanzada con todo tipo de enfermedades cardiovasculares. Los médicos nos debemos preparar para atender en forma idónea a los pacientes en edad geriátrica con problemas cardiovasculares.

Surge la pregunta: ¿se debe crear la especialidad de cardiología geriátrica? No es fácil dar una respuesta, pero es posible que, de acuerdo con la tendencia actual, esta sea la actividad principal de la mayoría de los cardiólogos¹. Quizás sea más sensato pensar que la cardiogeriatría no es una especialidad, sino una parte importante de la cardiología y de la geriatría. En el libro *Cardiología en atención primaria*, Danniell Forman describe: «La cardiología geriátrica es una subdisciplina de la cardiología orientada al estudio de la

complejidad y las características distintivas de los pacientes mayores con trastornos cardiovasculares»².

Las personas mayores tienen más probabilidad de sufrir enfermedades cardiovasculares como consecuencia de los cambios fisiológicos y patológicos que ocurren con el envejecimiento. Pueden ser cambios biológicos, como la longitud de los telómeros, la inflamación, la modificación en la estructura de las paredes vasculares y del miocardio, o la acumulación de colágeno y de calcio, cambios que disminuyen la elasticidad vascular y del corazón. La presencia de factores de riesgo y de enfermedades crónicas durante muchos años también puede afectar a la función cardiovascular³. Los cambios fisiológicos del envejecimiento determinan la vulnerabilidad de los individuos y la mayor complejidad de la enfermedad cardiovascular. Además, los síndromes geriátricos, como la multimorbilidad, la polimedición, la fragilidad, la discapacidad, la vulnerabilidad y el deterioro cognitivo, pueden influir en la fisiología, la presentación y el tratamiento de las enfermedades. Por estos motivos, la enfermedad cardiovascular en la población de mayor edad se comporta en forma diferente que en las poblaciones más jóvenes. La tasa de mortalidad asociada a la enfermedad cardiovascular es elevada. Asimismo, las enfermedades

Correspondencia:

*Alberto Barón-Castañeda

E-mail: albertobaronc@gmail.com

0120-5633 / © 2021 Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Publicado por Permanyer. Este es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Fecha de recepción: 16-03-2021

Fecha de aceptación: 19-03-2021

DOI: 10.24875/RCCAR.M21000045

Disponible en internet: 29-07-2021

Rev Colomb Cardiol. 2021;28(3):200-202

www.rccardiologia.com

cardiovasculares en las personas mayores son precursoras de declive funcional, debilidad, pérdida de la independencia y discapacidad.

Con el paso de los años, la prevalencia de las enfermedades cardiovasculares aumenta en una manera exponencial. Algunos ejemplos son la enfermedad coronaria y cerebrovascular, la hipertensión arterial, las arritmias y las valvulopatías⁴. Se puede decir que la enfermedad cardiovascular es una enfermedad del envejecimiento. Hay enfermedades que son características de la población geriátrica, como la estenosis aórtica degenerativa y la disfunción del nodo sinusal.

El 75% de los pacientes mayores de 65 años presenta comorbilidad y su prevalencia aumenta con la edad. Las enfermedades más frecuentes son la hipertensión arterial, la diabetes *mellitus*, la enfermedad cerebrovascular, la enfermedad vascular periférica, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la apnea obstructiva del sueño, la enfermedad renal crónica, la enfermedad hepática, la enfermedad vascular, la enfermedad tumoral, la demencia, la depresión y la desnutrición. La comorbilidad se asocia con deterioro en la calidad de vida y con mayor mortalidad⁵. Se debe optimizar el manejo de la comorbilidad para lograr la estabilidad cardiológica.

La valoración de los cardiópatas mayores debe ser integral; además de la evaluación de los síntomas y de los signos cardiovasculares, la historia clínica debe incluir componentes clínicos, sociales, financieros y psicológicos del envejecimiento. En forma ideal, se debe incluir la valoración geriátrica integral, nutricional y farmacológica. Se recomienda utilizar escalas de fragilidad⁶ y recordar que algunas maniobras simples, como evaluar la fuerza al apretar la mano o la velocidad de la marcha, son útiles para juzgar la capacidad funcional. Se deben evaluar el estado cognitivo, la frecuencia de caídas, la depresión y la incontinencia urinaria.

La evaluación de los síntomas no es una tarea fácil, ya que pueden ser atípicos; algunos ejemplos son la enfermedad coronaria que se manifiesta con disnea, náuseas o diaforesis, o la insuficiencia cardiaca con confusión, irritabilidad y alteraciones gastrointestinales. Los síntomas pueden estar atenuados como consecuencia de una actividad física reducida, y en muchos casos la valoración es muy difícil debido a dificultades en la comunicación por déficit sensorial o alteración de la función mental. La información de los familiares es de ayuda.

Trabajamos en la época de la medicina basada en la evidencia, pero esa práctica profesional es difícil en

este grupo etario. La evidencia usada para elaborar las guías de práctica clínica por lo general no incluye a mayores⁷, y el manejo puede ser diferente debido a su comorbilidad. También se debe tener en cuenta la esperanza de vida cuando se define el tratamiento a seguir.

El manejo farmacológico igualmente es complicado, pues el envejecimiento modifica la farmacocinética de muchos fármacos. El riesgo de reacciones adversas farmacológicas es de tres a cinco veces mayor en los longevos, y estas son una causa frecuente de hospitalización y de muerte durante la estancia hospitalaria. Las reacciones adversas graves son más frecuentes con los medicamentos psicotrópicos y cardiovasculares. El efecto hipotensor de algunos fármacos puede exacerbar síntomas de hipotensión ortostática y además puede ser causa caídas y de deterioro de la función mental, y como consecuencia puede llevar a restringir la movilidad de los pacientes.

Con la finalidad de evitar errores en la prescripción de medicamentos en los adultos mayores se han desarrollado criterios fáciles de aplicar, como los STOPP/START⁸, que idealmente se deben evaluar antes de prescribir una formulación. En general se debe iniciar con la mitad de la dosis mínima recomendada e ir titulando lentamente hasta conseguir el efecto deseado, prescribir el mínimo número de fármacos posible y revisarlos con frecuencia para detectar fármacos repetidos. Se deben eliminar los fármacos innecesarios y los de eficacia dudosa. Es prudente comprobar si hay errores de cumplimiento, advertir e interrogar con frecuencia sobre el desarrollo de efectos secundarios, y conocer las interacciones más frecuentes.

El riesgo de complicaciones por procedimientos y por cirugía cardiovascular es mayor en los longevos. Sin embargo, a pesar de los riesgos, se pueden tener resultados muy buenos en pacientes mayores sometidos a procedimientos⁹.

Como conclusión, la cantidad de personas longevas con enfermedades cardiovasculares está en aumento. En su atención es muy importante tener en cuenta su comorbilidad y los síndromes geriátricos, en especial el estado de fragilidad y las expectativas de sobrevivida.

Bibliografía

1. Dodson JA, Matlock DD, Forman DE. Geriatric cardiology: an emerging discipline. *Can J Cardiol.* 2016;32:1056-64.
2. Forman DE, Fleg JL, Wenger NK. Enfermedad cardiovascular en las personas mayores. En: Zipes DP, Libby P, Bonow RO, Mann DL, Tomaselli GF, Braunwald E, editores. *Cardiología en atención primaria.* 11.^ª ed. Madrid: Elsevier España; 2019. p. 590-703.

3. Vogeli C, Shields AE, Lee TA, Gibson TB, Marder WD, Weiss KB, et al. Multiple chronic conditions: prevalence, health consequences, and implications for quality, care management, and costs. *J Gen Intern Med.* 2007;22:391-5.
4. Jackson CF, Wenger NK, Jackson CF, Wenger NK. Cardiovascular disease in the elderly. *Rev Esp Cardiol.* 2011;64:697-712.
5. Sánchez-García E. Historia cardiológica. Comorbilidad. Aspectos farmacológicos. En: Díez-Villanueva P, editor. *Manual de cardiopatía en el paciente anciano.* Madrid: IMC; 2018. p. 17-24.
6. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2001;56:M146-56.
7. Watts G. Why the exclusion of older people from clinical research must stop. *BMJ.* 2012;344:e3445.
8. Delgado-Silveira E, Muñoz-García M, Montero-Errasquin B, Sánchez-Castellano C, Gallagher PF, Cruz-Jentoft AJ. Prescripción inapropiada de medicamentos en los pacientes mayores: los criterios STOPP/START. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2009;44:273-9.
9. 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.