

Adulto mayor con insuficiencia cardíaca: Un abordaje integral y complejo por un equipo multidisciplinario

Older adults with heart failure: A comprehensive and complex approach by a multidisciplinary team

Dr. Miguel E. Ascencio M

¹Residente de Cardiología Clínica. Centro Cardiovascular Regional Centro Occidental ASCARDIO – UCLA. Medicina Crítica. Complejo Hospitalario Universitario Dr. Luis Razetti - UDO.

El aumento de la expectativa de vida de la población y los avances en el manejo de las enfermedades cardiovasculares hacen que la gran mayoría de los pacientes que mueren por enfermedades cardíacas tengan una edad avanzada, considerando a la insuficiencia cardíaca (IC) como la etapa de convergencia de la mayoría de las enfermedades cardiovasculares.

El desarrollo de nuevas terapéuticas incluyendo asociación de medicamentos recomendados en las guías clínicas actuales de manejo de la IC que han

demostrado disminución de la mortalidad, amplían la expectativa de vida en estos pacientes, en especial en el adulto mayor ⁽¹⁾.

La IC afecta de forma primordial a pacientes de edad avanzada. Los datos de prevalencia disponibles son variables, ya que dependen de la población estudiada (población general, consultas especializadas, hospitalización de agudos) y los criterios diagnósticos aplicados (codificación administrativa, criterios exclusivamente clínicos o criterios basados en clínica más ecocardiografía) ⁽²⁾.

Considerando como criterio diagnóstico las alteraciones estructurales cardíacas relacionadas con la IC, un estudio americano demuestra que, si bien su prevalencia en la población general definida por criterios clínicos diagnósticos no alcanzaba el 2 %, un 6 % presentaba disfunción sistólica del ventrículo izquierdo, y hasta un 30 % algún grado de disfunción diastólica, siendo estas dos últimas cifras del 13 % y el 70 % respectivamente en septuagenarios. El mismo estudio muestra que la incidencia de IC es del 10 % a los 65 años y crece de forma exponencial a partir de esta edad hasta alcanzar tasas superiores al 40 % en octogenarios ⁽³⁾.

En este grupo de pacientes, la clínica puede ser atípica o poco expresiva, y los síntomas y signos pierden sensibilidad y especificidad en presencia

CORRESPONDENCIA:

Dr. Miguel E. Ascencio M.

Dirección: Prolongación de la carrera 17 con calle 12. Barrio La Feria, ASCARDIO.

Tel: +58-424 8188678.

E-mail: miguelascenciomd@gmail.com

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS DE LOS AUTORES:

Sin conflicto de interés.

Agradecimiento: A la Revista Avances Cardiológicos y ASCARDIO.

Recibido: Diciembre 06, 2022

Aceptado: Diciembre 12, 2022

de patología asociada o simplemente los cambios fisiológicos de la senescencia, por lo que sin un elevado grado de sospecha la IC puede pasar desapercibida, excepto en descompensaciones graves. Por el contrario, algunos síntomas o signos considerados clásicos de IC pueden ser secundarios a otras enfermedades y conducir a un diagnóstico erróneo si no se investigan adecuadamente las causas ⁽²⁾.

El tratamiento farmacológico de la IC en el paciente geriátrico no debería diferir del que se prescribe a pacientes más jóvenes, y así se refleja en las guías clínicas, donde ningún medicamento aparece indicado o proscrito en función de la edad del paciente. Sin embargo, faltan datos robustos de eficacia del tratamiento en pacientes ancianos, ya que las recomendaciones de mayor calidad de las guías derivan de los resultados de ensayos clínicos con una participación casi exclusiva de adultos relativamente jóvenes ⁽²⁾.

Multimorbilidad

Kastner y col. ⁽⁴⁾ realizaron una revisión sistemática y metanálisis sobre el manejo de múltiples enfermedades crónicas en adultos mayores y sus análisis de subgrupos mostraron que la combinación de intervención de manejo de casos, educación y autocontrol redujo significativamente los síntomas depresivos en adultos mayores con multimorbilidad como la depresión asociada a EPOC e insuficiencia cardíaca, o diabetes con insuficiencia cardíaca y enfermedad vascular periférica, además de reducir los niveles de Hemoglobina glucosilada en aquellos con diabetes asociada a IC. Además encontraron que las intervenciones de telemedicina o coordinación de la atención que incluían al menos educación como componente, redujeron significativamente la discapacidad relacionada con la disnea y mejoraron el funcionamiento cognitivo en pacientes con diabetes y depresión o EPOC con insuficiencia cardíaca. En dicha revisión destaca que la depresión prevalece entre las afecciones coexistentes, en especial cuando la diabetes forma parte de la multimorbilidad, y concluyen que la falta de estrategias optimizadas para el manejo de

esta última, es una indicación de que faltan guías de práctica clínica que se centren en la evaluación clínica y el manejo de la multimorbilidad, dirigidas a combinaciones frecuentes de la insuficiencia cardíaca con diabetes, EPOC y depresión, tomando en cuenta que las estrategias contra factores de riesgo específicos o centradas en las dificultades con el funcionamiento diario del paciente pueden ser más efectivas ⁽⁴⁾.

Calidad de vida

Se debe tomar en cuenta que los adultos mayores constituyen un grupo heterogéneo y es necesaria una valoración exhaustiva, especialmente de los factores que condicionan el pronóstico (cardiopatía, comorbilidad, situación funcional y datos de fragilidad) antes de tomar decisiones, sobre todo aquellas que conlleven limitación del esfuerzo terapéutico como las órdenes de no reanimar o la desactivación de desfibriladores automáticos implantables. Los ancianos con cardiopatías terminales tienen derecho a disponer de una serie de cuidados y atenciones, entre ellos no sufrir inútilmente, respeto a su libertad de conciencia, conocer su situación, opinar sobre posibles intervenciones y recibir asistencia psicoespiritual ⁽⁵⁾.

Los cuidados paliativos deben dirigirse al control de los síntomas tras el diagnóstico de la enfermedad incurable y no iniciarse únicamente en la fase de agonía. Estos cuidados están poco desarrollados en las cardiopatías y deben tenerse presentes en los ancianos con insuficiencia cardíaca avanzada. Su objetivo es conseguir el máximo bienestar para el paciente desde un punto de vista integral, mejorar su calidad de vida antes del fallecimiento y evitar el empleo de tratamientos agresivos que consumen recursos sin resultados ⁽⁵⁾.

Múltiples factores contribuyen a que el paciente anciano con insuficiencia cardíaca e incluso el médico que lo trata sean optimistas a la hora de valorar la expectativa de vida en los estadios finales de esta enfermedad. El típico paciente con IC puede ingresar en el hospital por reagudizaciones múltiples veces antes de su fallecimiento, y a diferencia de lo que ocurre con enfermedades terminales como el

cáncer, ser dado de alta con una evidente mejoría de sus síntomas, siguiendo patrones como los propuestos en la Figura 1 ⁽⁶⁾.

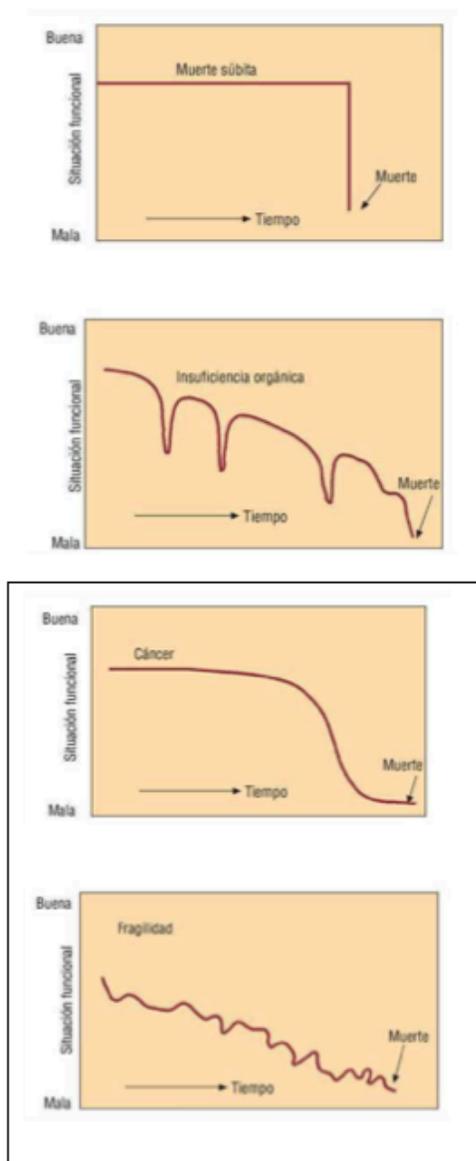


Figura 1. Distintos modelos de evolución de enfermedad hacia el final de la vida. El modelo en diente de sierra de la insuficiencia cardíaca es el que con más frecuencia se corresponde con los ancianos con insuficiencia cardíaca en fase terminal. Lunney J et al., 2002.

Los pacientes con IC tienen un pobre conocimiento de su enfermedad y su tratamiento; además, el paciente y su familia no tienen habitualmente la misma percepción de gravedad como ocurre con las enfermedades oncológicas, pese al deterioro en la calidad de vida que acompaña a los pacientes con IC. Todas estas circunstancias hacen que los pacientes en los estadios finales de insuficiencia cardíaca frecuentemente reciban terapias médicas agresivas hasta el momento de su muerte, con intubaciones, reanimaciones y otras medidas pocos días antes del fallecimiento ⁽⁷⁾.

Cuidados Paliativos

La calidad de vida de los pacientes con insuficiencia cardíaca severa suele ser mala, y la falta de formación de los profesionales que realizan cuidados paliativos en insuficiencia cardíaca es escasa. Estos cuidados deben iniciarse con el diagnóstico de la enfermedad incurable, y su necesidad aumenta a medida que la enfermedad progresa y las medidas terapéuticas curativas o prolongadoras de la vida se muestran más ineficaces. Los cuidados no deben finalizar cuando se produzca el fallecimiento del paciente, ya que incluyen el tratamiento del duelo en la familia ⁽⁸⁾.

No se debe reservar los cuidados paliativos para los últimos momentos de la vida. La agonía es la fase final de la enfermedad en la que el paciente está muy próximo a la muerte (días u horas). Sí es cierto que en esta fase los objetivos terapéuticos deben redefinirse y la situación de angustia que se crea obliga a centrar la intervención tanto en la familia como en el paciente. El objetivo en este período sigue siendo mantener al enfermo lo más confortable posible ⁽⁵⁾.

Los cuidados dirigidos a la conservación de la dignidad se deben centrar en varios aspectos como la actitud positiva del sistema sanitario frente a la enfermedad, cuidar el diálogo, demostrar interés, dar información diaria comprensible, cuidando las exploraciones y respetando el pudor; sugerir dar informaciones complejas o difíciles en presencia de algún familiar, abordando los temas de la esfera privada en un ambiente que respete la privacidad

y hacerlo desde una posición cercana ⁽⁷⁾. En este sentido es conveniente destacar la conveniencia de equipos multidisciplinares de salud que incluyan al profesional de la psicología

El paciente debe percibir que el personal sanitario comprende, respeta y siente su sufrimiento. El diálogo nos debe permitir conocer al paciente como persona. Conocer el contexto vital del paciente es fundamental en un tratamiento encaminado a la conservación de la dignidad ⁽⁹⁾.

REFERENCIAS

1. McDonagh T, Metra M, Adamo M, Gardner RS, Baumbach A, Böhm M, et al. ESC Scientific Document Group. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur Heart J*. 2021;42:3599-3726.
2. Chivite D, Franco J, Formiga F, et al. Insuficiencia cardíaca crónica en el paciente anciano. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2015;50:237-246.
3. Fischer M, Baessler A, Hense HW, Hengstenberg C, Muscholl M, Holmer S, et al. Prevalence of left ventricular diastolic dysfunction in the community. Results from a Doppler echocardiographic-based survey of a population sample. *Eur Heart J* 2003;24:320-328.
4. Kastner M, Cardoso R, Lai Y, Treister V, Hamid JS, Hayden L, et al. Effectiveness of interventions for managing multiple high-burden chronic diseases in older adults: A systematic review and meta-analysis. *CMAJ*. 2018;190:E1004-E1012.
5. Martínez M, Vidán M, López R, Rexach L, Sánchez E, Datino T, et al. El anciano con cardiopatía terminal. *Rev Esp Cardiol*. 2009;62:409-421.
6. Lunney JR, Lynn J, Hogan C. Profiles of older medicare decedents. *J Am Geriatr Soc*. 2002;50:1108-1112.
7. Martínez M, García J, Muñoz R, Serrano J, Frades E, Domínguez M, et al. Pharmacological treatment in patients with heart failure: Patients knowledge and occurrence of polypharmacy, alternative medicine and immunizations. *Eur J Heart Fail*. 2004;6:219-226.
8. Gibbs J, McCoy A, Gibbs L, Rogers A, Addington-Hall J. Living with and dying from heart failure: The role of palliative care. *BMJ J Heart*. 2002;88:36-39.
9. Chochinov HM. Dignity and the essence of medicine: The A, B, C, and D of dignity conserving care. *BMJ*. 2007;335:184-187.