

Insuficiencia cardíaca

La revista *European Heart Journal* ha publicado "[Insuficiencia cardíaca en mayores: epidemiología, mecanismos y tratamiento](#)", que revisa la epidemiología, aspectos sobre las alteraciones fisiopatológicas y el tratamiento farmacológico, considerando la edad de los pacientes, un aspecto que no suele tenerse en cuenta en las actuales recomendaciones sobre la insuficiencia cardíaca, a pesar de la variación según edad en la eficacia, seguridad y tolerabilidad del tratamiento.

La mediana de la prevalencia de la insuficiencia cardíaca en Europa es del 1,9 % [rango intercuartílico 1,4%-3,4%], oscilando entre el 1,2% de España y el 3% de Estonia, con una tasa de mortalidad al año del 14,5%. La prevalencia aumenta con la edad, junto a la carga de comorbilidades, lo que hace que la multimorbilidad sea común entre los adultos mayores con insuficiencia cardíaca.

El envejecimiento biológico, conlleva diversas alteraciones fisiopatológicas sistémicas y locales que afectan al miocardio. Estos cambios comprometen la homeostasis energética cardíaca y promueven la pérdida y la disfunción celular, aumentando el riesgo de insuficiencia cardíaca. Los fármacos en investigación se centran en estas alteraciones fisiopatológicas:

- Fármacos que activan la autofagia y la restauración de la proteostasis, debido a que la alteración de éstas conlleva una peor eliminación de las proteínas dañadas.
- Fármacos dirigidos a la disfunción mitocondrial, que causa pérdida de eficiencia energética del corazón donde el corazón mayor pierde eficiencia energética.
- Tratamientos dirigidos al estrés oxidativo, así como la senescencia celular, hematopoyesis clonal de potencial indeterminado y de bajo grado o inflamación asociada al envejecimiento.

Consideraciones prácticas en el paciente mayor

El tratamiento farmacológico de la insuficiencia cardíaca en este grupo de edad sigue siendo el recomendado por las guías (inhibidores del sistema renina-angiotensina-aldosterona, betabloqueantes, antagonistas del receptor de mineralocorticoides (ARM) y los inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa 2 (iSGLT2), sin embargo debe realizarse una individualización del tratamiento debido a que:

- La polifarmacia y la fragilidad obligan a introducir los tratamientos de forma más lenta y con vigilancia estrecha.
- La hipotensión y la insuficiencia renal limitan con frecuencia las dosis.
- Las terapias con dispositivos (DAI, resincronización) requieren valorar cuidadosamente la esperanza de vida y las comorbilidades.
- La planificación anticipada de cuidados y el enfoque paliativo deben integrarse antes en este grupo de edad.

Se incluye una tabla que muestra la eficacia comparada de los cuatro pilares de tratamiento de la insuficiencia cardíaca entre pacientes jóvenes y mayores.