

La cardiología geriátrica

Geriatric cardiology

Luis A. Lasses-y-Ojeda

Servicio de Cardiología Geriátrica, Departamento de Consulta Externa, Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México

A partir de la mitad del siglo xx veíamos venir el incommensurable destino de la humanidad: el envejecimiento poblacional. Hoy, el destino nos ha rebasado.

Algunos grupos de profesionales de la salud nos hemos dado a la tarea de investigar enfermedades prevalentes y estudiarlas a fondo en personas de edad avanzada.

Todo inicia con la invención de la palabra «geriatria» (de *geron* [viejo] y *iatrikos* [tratamiento médico]) por Ignatz Leo Nascher. La geriatria se derivó del *geronte*, un grupo de hombres mayores de 60 años que dirigía el consejo legislativo (*gerousia*) de Atenas. Nascher escribió un libro, publicado en 1914, titulado *Geriatría: las enfermedades de la vejez y su tratamiento*. Fue contemporáneo de Sir William Osler, quien fue notablemente ageista al afirmar que los hombres mayores de 40 años eran relativamente inútiles, y los hombres mayores de 60 años se consideraban absolutamente inútiles, y el cloroformo no era una mala idea para este grupo de edad¹. Por otra parte, la gerontología es una disciplina científica que estudia el envejecimiento, la vejez y el adulto mayor bajo la perspectiva biológica, psicológica y social. Entre sus objetivos más importantes destacan: a) la promoción y el fomento de un estilo de vida saludable para un envejecimiento activo; b) la prevención de los daños a la salud; c) el estudio de los procesos intergeneracionales y de la familia; d) la

implementación de estrategias de intervención; e) garantizar la calidad y la accesibilidad a los servicios de salud gerontológicos; y f) la implementación de estrategias de cambio en seguridad social y políticas públicas².

El transcurso del envejecimiento tiene consecuencias en el desarrollo y en el empeoramiento de enfermedades crónicas y degenerativas. Como el propio término define, es el declive de los procesos fisiológicos y anatómicos que acrecientan y empeoran la evolución de múltiples padecimientos, los cuales determinan la vulnerabilidad de los individuos y la mayor complejidad de las enfermedades cardiovasculares. A partir de estas premisas se ha desarrollado el concepto de «envejecimiento saludable», que se define como el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permita el bienestar en la vejez. La capacidad funcional consiste en tener los atributos que permiten a todas las personas ser y hacer lo que para ellas es importante³.

¿Pero en qué momento se es viejo? Considerando que el proceso fisiológico inicia a los 34 años, no es factible reflexionarlo de esta manera. Personalmente creo que, debido a la heterogeneidad del envejecimiento, no se debe considerar a un individuo como anciano solo por la edad cronológica, sino por la presentación de los llamados síndromes geriátricos, que hablan de un desgaste progresivo de las funciones

Correspondencia:

Luis A. Lasses-y-Ojeda
E-mail: alasses@yahoo.com

Fecha de recepción: 08-05-2024
Fecha de aceptación: 16-08-2024
DOI: 10.24875/ACM.24000092

Disponible en internet: 04-08-2025
Arch Cardiol Mex. 2025;95(3):141-143
www.archivoscardiologia.com

1405-9940 / © 2024 Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. 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/>).

orgánicas y no necesariamente van acordes con el tiempo, aunque son más frecuentes después de los 65 años. No obstante, la Organización Mundial de Salud considera al individuo mayor de 60 años como una persona en edad geriátrica. La importancia de esto estriba en los grupos poblacionales actuales, pues en 2020 el número de personas de 60 años y más superó al de niños menores de 5 años.

En el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez de México iniciamos el milenio con la apertura del primer servicio formal de cardiología geriátrica en el mundo, así como con el primer curso de alta especialidad de esta estirpe, acreditado por la Universidad Nacional Autónoma de México.

Así, el día primero de enero del año 2000 partimos las expectativas y rompimos paradigmas en el diagnóstico, el tratamiento y la investigación de las enfermedades cardiovasculares de los enfermos de edad muy avanzada.

El cardiólogo geriatra debe estar capacitado para diagnosticar, detectar e influir en los síndromes geriátricos, de los cuales destacan la fragilidad, la discapacidad, la incontinencia, las caídas, la inestabilidad, los trastornos del sueño, las úlceras por presión, la depresión, la ansiedad, la sarcopenia, las deficiencias nutricionales, los déficits sensoriales, la vulnerabilidad, el deterioro cognitivo, el *delirium*, la multimorbilidad, la polifarmacia, las interacciones medicamentosas, la red de apoyo familiar y la adherencia al tratamiento. Todos ellos pueden influir en la fisiología, la presentación y el manejo de las enfermedades en general, pero sobre todo de las cardiovasculares, siendo por sí mismas precursoras del declive funcional, la debilidad, la pérdida de la independencia y la discapacidad. Esto conlleva que dichos padecimientos se comporten de forma distinta que en las poblaciones de pacientes más jóvenes, y también que la tasa de mortalidad asociada a las enfermedades cardiovasculares sea mucho más elevada en el grupo de personas de edad avanzada.

La prevalencia de las enfermedades cardiovasculares aumenta de manera exponencial con el transcurso de la edad. Así, la disfunción del nodo sinusal, patologías arteriales como la enfermedad vascular periférica, la coronaria, la aórtica y la cerebrovascular, la hipertensión arterial, las arritmias y las valvulopatías como la estenosis aórtica degenerativa, podrían considerarse como enfermedades habituales del envejecimiento.

Un porcentaje muy alto de los mayores de 65 años tendrán alguna comorbilidad, aumentando su prevalencia con el devenir de los años. Las más abundantes son la hipertensión arterial, la diabetes *mellitus*, la

enfermedad cerebrovascular, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la apnea obstructiva del sueño, la enfermedad renal crónica, la enfermedad hepática, la enfermedad vascular periférica, la enfermedad tumoral, la demencia, la depresión y la desnutrición. La comorbilidad se asocia con deterioro en la calidad de vida y con mayor mortalidad.

El abordaje de las enfermedades cardiovasculares en los adultos mayores no es simple. No optimizar el diagnóstico y el tratamiento de la comorbilidad conlleva un protocolo de estudio incompleto e inadecuado para lograr el perfeccionamiento de los tratamientos encaminados a alcanzar una mejor calidad de vida y, consecuentemente, quizá, una mayor sobrevivencia. Además, las personas mayores pueden encontrarse en diferentes escenarios: en la comunidad (ya sea que acuden a consulta externa o aquellos que permanecen en sus domicilios por inmovilidad), en residencias de estancia prolongada, en unidades de cuidados agudos o en hospitalización. Esta situación se escapa de las manos del cardiólogo que atiende solo consulta, solo hospitalización o ambas. Por ello, se requiere trabajar con un equipo multidisciplinario entrenado en atención de alta especialidad en cardiología geriátrica. Lo ideal es incluir cardiólogos entrenados en atención geriátrica, geriatras entrenados en enfermedades cardiovasculares, cirujanos cardiovasculares, nefrólogos, paliativistas, personal de enfermería y profesionales de trabajo social, nutrición, odontología, rehabilitación y psicología, entre otros. Las características principales de este equipo son la capacidad de comunicación, la organización en la atención y la participación en la toma de decisiones consensuadas. Incluir profesionales de diferentes ramas de la atención a la salud ayuda a combatir el «edadismo», que se entiende como la discriminación por motivos de la edad, ayudando a empoderar al paciente y su familia, para que las enfermedades cardiovasculares no sean una limitante para continuar una vida digna.

El expediente médico no solo debe incluir componentes clínicos, sino también elementos sociales, financieros y psicológicos del envejecimiento. En forma ideal, se debe incluir la valoración geriátrica integral, nutricional y farmacológica. Se recomienda utilizar escalas de fragilidad 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.

La evaluación de los síntomas no es una labor sencilla, ya que suelen ser atípicos. Así, por ejemplo, la enfermedad arterial coronaria se puede manifestar solo

con disnea, náuseas o diaforesis, o la insuficiencia cardíaca 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 del estado mental. La información de los familiares es un gran apoyo.

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 mayores, 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 y la farmacodinamia 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. El cardiólogo geriatra no solo deberá tener conocimiento profundo de la farmacología, sino también estudiar las sustancias de herbolaria a menudo utilizadas en este grupo de pacientes y que pueden interactuar con los medicamentos utilizados en el tratamiento de las enfermedades cardiovasculares. Cabe mencionar que 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 o posprandial, y además puede ser causa de caídas y de deterioro de la función mental, y como consecuencia restringir la movilidad de los pacientes. Con la finalidad de evitar errores en la prescripción de medicamentos en los adultos mayores se han desarrollado unos criterios aplicados por expertos y que idealmente se deben considerar antes de prescribir un fármaco. En general, se debe establecer el mínimo número de fármacos posible y revisarlos con frecuencia. Hay que 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 habituales.

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 unos resultados muy buenos en pacientes mayores sometidos a procedimientos invasivos.

En conclusión, la cantidad de personas ancianas con enfermedades cardiovasculares se encuentra en aumento. En su atención es muy importante tener en cuenta la comorbilidad y los síndromes geriátricos, en especial el estado de fragilidad y las expectativas de sobrevida. Los programas de entrenamiento en cardiología deben incluir el aprendizaje en tópicos relacionados con el envejecimiento y la atención en las personas mayores. Los cardiólogos, independientemente de su alta especialidad en intervencionismo, ecocardiografía o cuidados críticos, requieren educación médica continua relacionada con esta población, que conforma la mayoría de sus pacientes. De igual manera, los geriatras requieren entrenamiento adicional en enfermedades cardiovasculares porque son quienes proveen atención clínica en el domicilio, las unidades de agudos o las residencias de larga estancia. La integración de equipos multidisciplinarios de atención cardiovascular debe estar presente en todas las instituciones. La atención centrada en la persona mayor es el presente, no es el futuro. Con esto, todos participaremos en la construcción de comunidades amigables con el envejecimiento.

Referencias

1. Petscareinf. Historia de la geriatría: el nacimiento, el desarrollo. 2024. Disponible en: <https://petscareinf.com/article/historia-de-la-geriatria-el-nacimiento-el-desarrollo/3233>. 9
2. Zarebski G, Marconi A, Serrani D. Inventario de factores psíquicos protectores en el envejecimiento – FAPPREN. Presentación de la versión abreviada FAPPREN (VA). Rev Arg Gerontol Geriatr. 2021;35:17-29.
3. Zarebski G. Hacia el Decenio del Envejecimiento Saludable. Cambios de paradigmas gerontológicos: avances y retrocesos. PROCAM. Programa de Actualización en Cuidados del Adulto Mayor. Sociedad Argentina de Gerontología y Geriatria. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2020.