

INSUFICIENCIA CARDÍACA EN EL ADULTO MAYOR.

DESAFÍOS DIAGNÓSTICOS Y DE SEGUIMIENTO.

Dr. Rafael Porcile

Director científico del Centro de Investigación y Prevención de Enfermedades
Cardiovasculares. CIPREC.

Director del departamento de cardiología de la Universidad Abierta Interamericana. UAI.

La insuficiencia cardíaca (IC) constituye uno de los principales desafíos de la cardiología contemporánea. Su prevalencia aumenta progresivamente con la edad y, en consecuencia, el cardiólogo se enfrenta cada vez con mayor frecuencia a pacientes de edad avanzada que presentan simultáneamente IC, multimorbilidad, deterioro funcional, alteraciones cognitivas, sarcopenia, desnutrición y fragilidad.

Esta problemática adquiere mayor relevancia en 2026. La evidencia contemporánea confirma que la fragilidad y la IC mantienen una relación bidireccional: la fragilidad aumenta el riesgo de desarrollar IC y, una vez establecida la enfermedad cardíaca, contribuye al deterioro funcional, las hospitalizaciones y la mortalidad. Las estimaciones de prevalencia son variables según la población y el instrumento utilizado, pero la fragilidad puede afectar a una proporción considerable de los pacientes con IC.

El primer desafío es diagnóstico. Disnea, fatiga, intolerancia al ejercicio, debilidad, pérdida de peso, reducción de la movilidad y disminución de la capacidad para realizar actividades cotidianas pueden ser interpretadas como manifestaciones de IC, pero también como expresiones de fragilidad. El trabajo original señala acertadamente que en los adultos mayores los síntomas clásicos de IC pueden presentar menor sensibilidad y especificidad debido a la senescencia y a la coexistencia de múltiples enfermedades.

Por esta razón, el diagnóstico de IC en el adulto mayor no debería basarse exclusivamente en la presencia o ausencia de síntomas aislados. Debe integrar historia clínica, examen físico, electrocardiograma, ecocardiografía, péptidos natriuréticos, función renal, hemograma, metabolismo del hierro y evaluación de las principales comorbilidades. El BNP y el NT-proBNP continúan siendo herramientas fundamentales, aunque su interpretación debe realizarse considerando edad, función renal, obesidad, fibrilación auricular y otras condiciones que pueden modificar sus concentraciones.

Pero el diagnóstico cardiovascular no es suficiente. En el adulto mayor con IC es imprescindible incorporar una evaluación geriátrica multidimensional. La fragilidad no debe entenderse simplemente como sinónimo de edad avanzada ni como una consecuencia inevitable del envejecimiento. Es un síndrome clínico caracterizado por una reducción de la reserva fisiológica y una mayor vulnerabilidad frente a factores estresantes. Su identificación permite anticipar deterioro funcional, hospitalizaciones, complicaciones terapéuticas y pérdida de independencia.

Este concepto modifica profundamente la práctica cardiológica. Dos pacientes con la misma edad, fracción de eyección y clase funcional pueden tener pronósticos y necesidades terapéuticas radicalmente diferentes si uno conserva independencia, fuerza muscular y capacidad cognitiva y el otro presenta fragilidad avanzada, sarcopenia, deterioro cognitivo y dependencia para las actividades básicas.

La medicina cardiovascular moderna debe, por lo tanto, avanzar desde un modelo centrado exclusivamente en la enfermedad hacia un modelo centrado en la persona. La declaración científica de la American Heart Association publicada en 2026 enfatiza precisamente esta necesidad: el manejo del adulto mayor con IC debe contemplar fragilidad, multimorbilidad, polifarmacia, función cognitiva y física, necesidades sociales y objetivos individuales del paciente.

Esta transformación resulta particularmente importante frente al desarrollo de nuevas terapias. La IC con fracción de eyección reducida dispone actualmente de un tratamiento

farmacológico altamente eficaz, basado en inhibidores del sistema reninaangiotensina/neprilisina, betabloqueantes, antagonistas de los receptores mineralocorticoides e inhibidores SGLT2. Estos últimos han ampliado su indicación a prácticamente todo el espectro de la fracción de eyección, con reducción de hospitalizaciones y beneficios cardiovasculares demostrados.

Sin embargo, la existencia de una terapia eficaz no significa que todos los pacientes deban recibirla de manera idéntica. El adulto mayor frágil puede presentar hipotensión, insuficiencia renal, alteraciones electrolíticas, riesgo de caídas, desnutrición y polifarmacia. Por ello, la estrategia terapéutica debe ser individualizada. La evidencia contemporánea no justifica excluir sistemáticamente a los pacientes frágiles del tratamiento basado en guías, pero sí obliga a evaluar cuidadosamente tolerabilidad, objetivos terapéuticos y expectativa de beneficio.

En este contexto, el concepto de “dosis máxima tolerada” adquiere mayor importancia que el de “dosis máxima teórica”. El objetivo debe ser proporcionar el mayor beneficio clínico posible con el menor riesgo de efectos adversos. En determinados pacientes será necesario comenzar con dosis bajas, realizar una titulación más lenta y efectuar controles clínicos y bioquímicos frecuentes. Los inhibidores SGLT2 constituyen un ejemplo de terapias particularmente atractivas en este escenario debido a su eficacia transversal en la IC y a un perfil de tolerabilidad generalmente favorable, aunque siempre debe vigilarse el estado de volumen, la función renal y el riesgo individual de eventos adversos.

Otro aspecto fundamental es la rehabilitación. La fragilidad no debe ser considerada un diagnóstico meramente descriptivo. El ejercicio, el entrenamiento de fuerza, el mantenimiento de la movilidad, la intervención nutricional y la prevención de caídas forman parte de una estrategia terapéutica integral. El objetivo no es únicamente reducir mortalidad, sino preservar independencia, capacidad funcional y calidad de vida. Las recomendaciones contemporáneas destacan la necesidad de combinar el tratamiento cardiovascular con intervenciones biopsicosociales centradas en el paciente.

La polifarmacia constituye otro desafío. El paciente mayor con IC suele recibir múltiples medicamentos para hipertensión, diabetes, enfermedad coronaria, fibrilación auricular, enfermedad renal y otras comorbilidades. La incorporación de cada nuevo fármaco debe acompañarse de una revisión periódica de toda la prescripción. En determinados pacientes, deprescribir puede ser tan importante como prescribir. La decisión debe considerar expectativa de vida, objetivos del paciente, riesgo de eventos adversos y beneficio clínico esperado.

Finalmente, debe reconocerse que la IC y la fragilidad forman parte de un círculo vicioso. La IC reduce la capacidad de ejercicio, favorece la pérdida de masa muscular y aumenta la dependencia; la fragilidad, a su vez, reduce la reserva fisiológica, dificulta la adherencia terapéutica y aumenta la vulnerabilidad frente a las descompensaciones. Interrumpir este círculo requiere una intervención precoz y multidisciplinaria.

El principal aporte del trabajo de Arrieta Bettin es haber señalado, ya en 2022, una cuestión que hoy ocupa un lugar central en la cardiología geriátrica: no todo cansancio es insuficiencia cardíaca y no toda limitación funcional es simplemente consecuencia de la edad. La evaluación contemporánea exige distinguir IC, fragilidad, sarcopenia, discapacidad y comorbilidad, pero también reconocer que pueden coexistir y potenciarse.

Actualmente, el desafío ya no consiste únicamente en prolongar la supervivencia del paciente con IC. Consiste en lograr que esa supervivencia se acompañe de funcionalidad, autonomía y calidad de vida. El futuro de la cardiología del adulto mayor deberá integrar cardiología, geriatría, rehabilitación, nutrición, enfermería y cuidados paliativos cuando corresponda. La fragilidad debe incorporarse de manera sistemática a la evaluación cardiovascular, no como una variable secundaria, sino como un determinante clínico fundamental para decidir cómo, cuánto y hasta dónde tratar.

La medicina cardiovascular del futuro será, necesariamente, una medicina más personalizada. En el adulto mayor con insuficiencia cardíaca, tratar el corazón seguirá siendo esencial, pero comprender a la persona será indispensable.