

Decálogo del documento de posición de fragilidad y valoración integral en Cardiología

Decalogue of the Position Paper on Frailty and Comprehensive Assessment in Cardiology

MARÍA SOLEDAD PALACIO^{1,✉}, PATRICIA BLANCO^{1, MTSAC, ✉}, GUILLERMO SUÁREZ^{1, ✉}

En el mes de marzo del corriente año fue publicado el primer documento de posición sobre fragilidad y valoración integral en Cardiología, (1) desarrollado durante el año 2024 y presentado en el 50° Congreso Argentino de Cardiología. En una reciente reunión del consejo, de la cual participaron referentes de Iberoamérica, se sintetizó el espíritu del documento en diez principios fundamentales. Este decálogo busca difundir estos conceptos claves y promover su incorporación en la práctica clínica diaria.

1. Destacar la edad biológica por sobre la cronológica y eliminar el término de “población especial”: Si bien reconocemos la influencia de la edad cronológica, el concepto edadista es solo una visión sesgada y parcial en la toma de decisiones debido a la gran heterogeneidad de la población. El impacto de la multimorbilidad, la polifarmacia, condiciones socioeconómicas entre otros factores, y los diferentes modelos de envejecimiento vascular, marcan la discordancia entre las mismas. A su vez, el término “poblaciones especiales”, acuñado durante años haciendo referencia a las personas mayores, resulta obsoleto e impreciso ya que suele ser el grupo poblacional más significativo en la epidemiología de las enfermedades cardiovasculares. (1,2)

2. Priorizar la atención centrada en la persona con un abordaje multidisciplinario: Destacamos a la persona por sobre la patología en el centro de la toma de decisiones y el rol del entorno social y de un equipo multidisciplinario en el abordaje de la atención del paciente. (1,3)

3. Realizar valoración integral basada en 5 dominios: A los dominios clásicos de la geriatría (clínico, funcional, mental y social) incorporamos el nutricional debido a su impacto en las diferentes patologías cardiovasculares y viceversa. La valoración integral permite identificar vulnerabilidades específicas y guiar intervenciones personalizadas, priorizando aquellos dominios que condicionan el pronóstico y la calidad de vida. (1)

4. Destacar el concepto de multimorbilidad sobre el de comorbilidad: La multimorbilidad, un concepto ampliado de la comorbilidad, se destaca como síndrome geriátrico dentro de la cardiogeriatría debido a su elevada asociación con eventos cardiovasculares adversos. Hace referencia a la presencia de varias enfermedades crónicas, condiciones clínicas y no clínicas en una misma persona, de manera transversal, sin dominancia e interrelación de una sobre otra. (1,4)

5. Promover la prescripción adecuada: En cardiología, es frecuente enfrentarnos a pacientes polimedicados debido a la alta prevalencia de multimorbilidad. La polifarmacia, un problema a nivel mundial, hace referencia al uso de 5 o más fármacos, sean o no recetados. Es fundamental diferenciar entre polifarmacia adecuada e inadecuada y en esta última situación, fomentar la desprescripción. Como acción a esta problemática nuestro grupo de trabajo está desarrollando un documento de Medicación Adecuada en TERapéutica cardiovascular (MATE). (1,3,5,6)

6. Reconocer la bidireccionalidad entre fragilidad y enfermedad cardiovascular: Múltiples revisiones han evaluado y documentado la relación entre fragilidad y eventos cardiovasculares adversos. Se ha demostrado que comparten factores de riesgo para el desarrollo y que se retroalimentan negativamente entre ambas entidades. A su vez, las medidas de intervención sobre cualquiera de ellas generan impacto sobre la otra. (1,7)

7. Evaluar fragilidad por acumulación de déficit (multidominio): Nuestro lineamiento es a favor de una evaluación integral ya que, si bien la fragilidad impacta en la funcionalidad, resulta en una mirada parcial del problema. Sin embargo, destacamos el rol del dominio funcional como uno de los pilares de la valoración integral y de la fragilidad por acúmulo de déficit. (1,7,8)

8. Promover intervenciones multidominio: Realizada la evaluación integral, las intervenciones deben ser sobre los diferentes dominios. Destacamos

REV ARGENT CARDIOL 2025;93:312-314. <https://doi.org/10.7775/rac.es.v93.i4.20917>

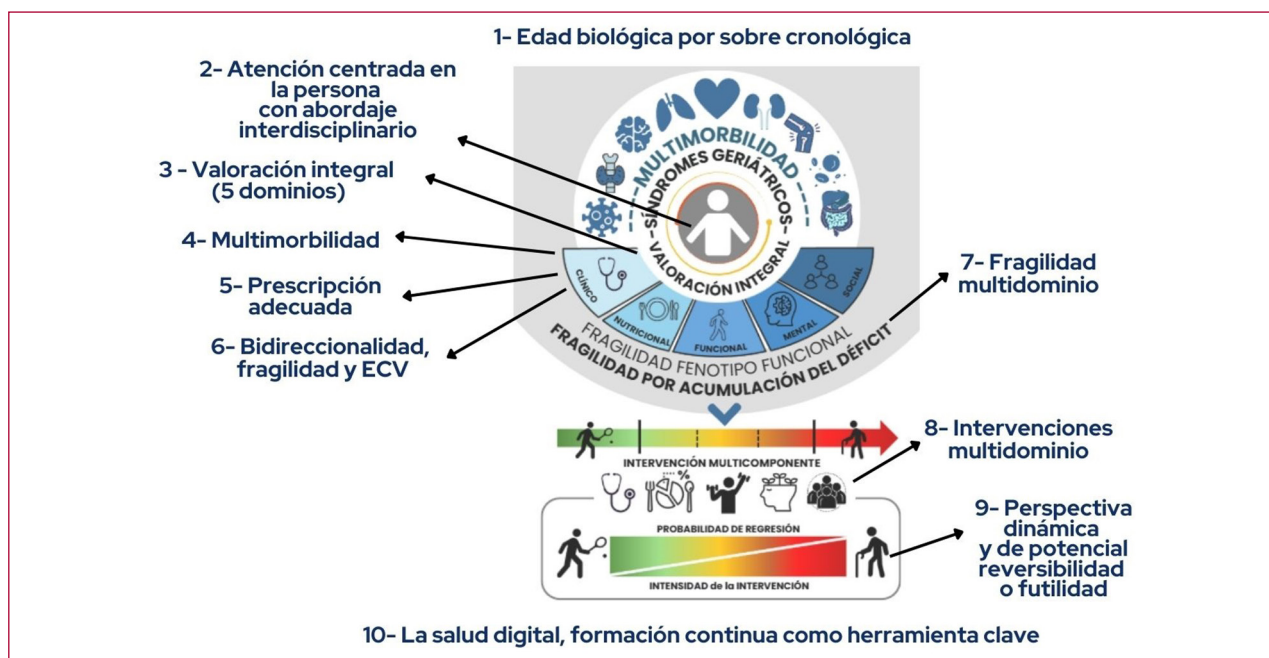
Recibido: 22/04/2025 Aceptado: 02/06/2025



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

©Revista Argentina de Cardiología

¹ Consejo de Cardiogeriatría. Sociedad Argentina de Cardiología

Gráfico central. Decálogo de la toma de posición y valoración integral en cardiología

ECV: enfermedad cardiovascular

la atención de las condiciones clínicas, polifarmacia, vacunas, la adaptación de los planes nutricionales, el ejercicio multicomponente y las intervenciones psicosociales. (1,4,6)

El acrónimo “VIDA” (Vacunación, Interacción farmacológica, Dieta, Actividad física) es el punto de partida para el diseño de un nuevo documento de posición sobre prevención y herramientas para una mejor calidad de vida.

9. Perspectiva dinámica y potencial reversibilidad y/o futilidad: Enfatizamos la necesidad de abordar el concepto “fragilidad” desde una perspectiva dinámica que contemple diferentes situaciones: pre fragilidad, fragilidad leve, moderada y grave. Cada una brinda potenciales intervenciones para su reversibilidad, ya que una detección precoz y oportuna, puede marcar diferencias en la calidad de vida.

Es esencial identificar y evitar intervenciones fútiles, incorporar cuidados paliativos y confort cuando correspondan, promover la medicina centrada en la persona mediante la adecuación terapéutica basada en los valores y preferencias del paciente y su entorno sociofamiliar, e implementar medidas preventivas. Todos ellos constituyen los pilares de una medicina centrada en la persona. (1,7,8)

10. Salud digital y formación continua como herramienta clave: Nuevas herramientas

de tecnología en salud digital deben aplicarse y ser adaptadas para la evaluación y tratamiento de la persona mayor, con el fin de brindar atención y calidad de vida.

Por último, todos los cambios enumerados no serán posibles si no incluimos a la cardiogeriatría dentro de la formación del cardiólogo y otras especialidades afines. (1,9)

Agradecimientos

Al Área de Normas y Consensos de la Sociedad Argentina de Cardiología, a los Dres. Daniel Piñero (World Heart Federation), Robinson Cuadros (Comité Latinoamericano de la Asociación Internacional de Gerontología y Geriatria), Pablo Stutzbach, Mario Spennato y Jorge Trongé (Sociedad Argentina de Cardiología), José Ángel Pérez Rivera (Sociedad Española de Cardiología), Alberto Barón y Jerson Quitián (Sociedad Colombiana de Cardiología), Yalile Nahúm (Sociedad Chilena de Cardiología), Alexandra Castillo (Sociedad Dominicana de Geriatria), Amir Gómez León Mandujano (Sociedad Mexicana de Cardiología), Adriana López (Sociedad de Geriatria y Gerontología de Chile), Matías Manzotti (Sociedad Argentina de Gerontología y Geriatria), por su valioso y desinteresado aporte.

Declaración de conflicto de Intereses

Los autores declaran que no tienen conflicto de intereses.

(Véanse formularios de conflicto de intereses de los autores en la Web).

BIBLIOGRAFÍA

1. Palacio MS, Blanco P, Suárez G, Villalba Nuñez M, Schygiel P, Tavella MJ, y cols. Documento de posición sobre fragilidad y valoración integral en Cardiología. *Rev Argent Cardiol* 2025;93 (Suplemento 1): 1-87. <https://doi.org/10.7775/rac.es.v93.s1>
2. Damluji AA, Nanna MG, Rymer J, Kochar A, Lowenstern A, Baron SJ, et al. Chronological vs Biological Age in Interventional Cardiology: A Comprehensive Approach to Care for Older Adults: JACC Family Series. *JACC Cardiovasc Interv* 2024;17:961-78. <https://doi.org/10.1016/j.jcin.2024.01.284>.
3. Birtcher KK, Allen LA, Anderson JL, Bonaca MP, Gluckman TJ, Hussain A, et al. 2022 ACC Expert Consensus Decision Pathway for Integrating Atherosclerotic Cardiovascular Disease and Multimorbidity Treatment: A Framework for Pragmatic, Patient-Centered Care: A Report of the American College of Cardiology Solution Set Oversight Committee. *J Am Coll Cardiol* 2023;81:292-317. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2022.08.754>.
4. Forman DE, Maurer MS, Boyd C, Brindis R, Salive ME, Horne FM, et al. Multimorbidity in Older Adults With Cardiovascular Disease. *J Am Coll Cardiol* 2018;71:2149-61. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2018.03.022>
5. Delara M, Murray L, Jafari B, Bahji A, Goodarzi Z, Kirkham J, et al. Prevalence and factors associated with polypharmacy: a systematic review and Meta-analysis. *BMC Geriatr* 2022;22:601. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-03279-x>. Erratum in: *BMC Geriatr*. 2022;22:742. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-03388-7>
6. Pazan F, Wehling M. Polypharmacy in older adults: a narrative review of definitions, epidemiology and consequences. *Eur Geriatr Med* 2021;12:443-52. <https://doi.org/10.1007/s41999-021-00479-3>.
7. James K, Jamil Y, Kumar M, Kwak MJ, Nanna MG, Qazi S, et al. Frailty and Cardiovascular Health. *J Am Heart Assoc*. 2024;13:e031736. <https://doi.org/10.1161/JAHA.123.031736>
8. Kim DH, Rockwood K. Frailty in Older Adults. *N Engl J Med* 2024;391:538-48. <https://doi.org/10.1056/NEJMra2301292>
9. Linn N, Goetzinger C, Regnaud JP, Schmitz S, Dessenne C, Fagherazzi G, et al. Digital Health Interventions among People Living with Frailty: A Scoping Review. *J Am Med Dir Assoc* 2021;22:1802-12.e21. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2021.04.012>.