

HOSPITAL UNIVERSITARIO
“CELESTINO HERNÁNDEZ ROBAU”
SANTA CLARA, VILLA CLARA

CARTA AL EDITOR

ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL: UN RETO QUE DEBEN ACEPTAR LOS
CARDIÓLOGOS.

Por:

Dr. Arnaldo Rodríguez León¹, Dr. Luis M. Reyes Hernández² y Dra. Ana M. Correa Morales³

1. Especialista de I Grado en Cardiología. Hospital Universitario “Celestino Hernández Robau”. Santa Clara, Villa Clara.
2. Especialista de I Grado en Cardiología. Hospital Universitario “Celestino Hernández Robau”. Santa Clara, Villa Clara.
3. Especialista de I Grado en Laboratorio Clínico. Cardiocentro. Santa Clara, Villa Clara.

Descriptor DeCS:

ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACION

Subject headings:

DEMOGRAPHIC AGING

Señor Editor:

Hemos leído con interés el artículo “El envejecimiento poblacional. Un reto actual y futuro¹”, en el cual se destaca el aumento de la población anciana en nuestro país, particularmente elevada en Villa Clara, y la necesidad de elaborar de inmediato una estrategia que nos permita a todos los profesionales enfrentar este reto, de especial relevancia si tenemos en cuenta que dicho aumento es gradual y progresivo.

Cabría preguntarnos ahora si realmente estamos conscientes de ello. La especialidad de Cardiología –pionera en nuestra provincia en materia de proyección comunitaria–, debe aceptar el reto y conceder un espacio a los problemas de salud del anciano, pues existen poderosas razones para ello².

La primera tiene que ver con los cambios que el envejecimiento determina en el organismo humano, cambios muy amplios que el médico debe conocer para entender mejor el reto diagnóstico y terapéutico que representa enfrentarse al paciente anciano. La segunda razón, muy ligada a la anterior, sería la ignorancia en la que vive el médico cubano acerca de lo que representa la medicina geriátrica en cualquiera de sus facetas; ignorancia que tiene su origen en la ausencia absoluta de este tipo de enseñanza en los planes de estudio de pregrado.

En el caso de la Cardiología se añade otra razón fundamental y doble: Por un lado el anciano constituye, cada vez más, el prototipo de paciente que atiende el cardiólogo. Por otro, la enfermedad cardíaca, en sus diversas formas, tiende a aumentar su prevalencia e incidencia de manera notoria, en forma paralela al envejecimiento. La enfermedad cardiovascular es la principal causa de muerte por encima de los 60 años y, en mayor medida, sobre los 75. Es también la principal causa de ingreso hospitalario, así como de incapacidad funcional para este grupo de edad³.

Finalmente, una cuarta y última razón que tiene que ver con la bioética: Los ancianos son víctimas con frecuencia de una discriminación social, que tiene también su expresión en el mundo sanitario, incluidas muchas de las decisiones que afectan de modo directo la actividad

diaria del cardiólogo. Relacionado con lo anterior, existen dos situaciones específicas en las cuales quisiéramos profundizar⁴.

Primero: ¿ Cuándo operar al paciente anciano con valvulopatía, lesiones coronarias o ambas ? . Se sabe que las lesiones valvulares, especialmente la estenosis aórtica, no son infrecuentes en el paciente anciano, y que las arterias coronarias de este paciente sufren en mayor o menor medida el proceso de aterosclerosis desde edades tempranas de la vida⁵. Este es un tema realmente complejo; por ejemplo, en el Cardiocentro de Villa Clara fueron operados en el año 2000 un total de 235 pacientes, sólo 34 de ellos (14,4 %) eran mayores de 60 años; queda entonces abierta la interrogante: ¿Estaremos discriminando a los pacientes ancianos en la práctica de la intervención quirúrgica cardiovascular en la provincia de Villa Clara ? . Sabemos que esto es un gran desafío para nuestro sistema sanitario y que la edad avanzada constituye un factor de riesgo quirúrgico, pero probablemente esto se deba más a una mayor prevalencia de estados comórbidos que a un efecto intrínseco de la senectud^{6,7}.

Segundo: En relación con el anciano que sufre un infarto agudo de miocardio (IAM), ¿ es discriminado aquel que no recibe tratamiento fibrinolítico en la fase aguda ? . Los dos principales factores que han limitado la extensión de esta modalidad terapéutica al segmento anciano son: a) que la edad ha constituido un criterio de exclusión desde los primeros estudios controlados y b) un excesivo temor al riesgo de hemorragia cerebral. Sin embargo, los estudios más recientes han demostrado que el beneficio absoluto de la trombólisis en el anciano es superior a la de los individuos más jóvenes, a causa de una mortalidad espontánea superior en estos últimos. La evidencia actual sugiere que el fibrinolítico de elección es la estreptoquinasa asociada a la aspirina, y que esta combinación, al igual que en la población más joven, puede ser útil aplicarla en casos seleccionados después de las seis horas de iniciados los síntomas. El riesgo de hemorragia cerebral en las distintas series oscila entre 0,5 % y 1,4 %; además de la edad mayor de 65 años, se han identificado otros factores predictores de la misma, como son: cifras elevadas de tensión arterial al momento del ingreso, peso corporal inferior a 70 kg y la administración de activador hástico del plasminógeno (t-PA). En el Hospital "Celestino Hernández Robau" en el año 2001, de los 52 pacientes mayores de 60 años ingresados por infartos con elevación del ST, se le administró terapia fibrinolítica a 24 de ellos, para un alentador 46,1%; sin embargo, este grupo de enfermos recibe el tratamiento con más retraso que los pacientes más jóvenes, lo cual también ha sido informado por los registros de infarto españoles, como el ARIAM y el PRIAMHO^{8,9}.

Debemos insistir en que, cuando no existan contraindicaciones, se traslade al paciente de edad avanzada con infarto lo más rápidamente posible al hospital, mediante el Sistema Integrado de Urgencias Médicas (SIUM), donde se valora de inmediato la posibilidad de iniciar, desde el área extrahospitalaria, el tratamiento fibrinolítico con estreptoquinasa recombinante cubana y aspirina; es posible extender esta conducta a casos seleccionados con más de seis horas de haberse iniciado los síntomas¹⁰.

Los datos anteriores nos invitan a la reflexión, además de reconocer que en materia de atención al paciente geriátrico debemos aceptar el reto, y apoyarnos en diversas herramientas, como la Proyección Comunitaria de la Cardiología (PROCCARD) y el Diplomado de Cardiología Hospitalaria Comunitaria, a los cuales se les unirá en breve la Cardiología Virtual, con la ventaja de formar mayor número de profesionales sin afectar la actividad asistencial de los mismos.

Referencias bibliográficas

1. Bravo Repilado E. El envejecimiento poblacional. Un reto actual y futuro. *Medicentro* 2001;5(1). URL disponible en: <http://www.vcl.sld.cu/medicentro>. [Fecha de acceso 21 de enero 2002].
2. Calvet MR, Crespo D. El envejecimiento: Un enfoque multidisciplinario. Barcelona: Prous Science; 1997.
3. Sáez T, Suárez C, Blanco F, Gabriel R. Epidemiología de las enfermedades cardiovasculares en la población anciana española. *Rev Esp Cardiol* 1998;51:864-73.

4. Rivera Casado JM. Aspectos éticos de la asistencia en geriatría. En: Rozman C, ed. Medicina Interna. 13ª ed. Madrid: Mosby/Doyma Libros; 1995;1300-7.
5. Azpitarte J. Valvulopatías en el anciano: ¿cuándo operar? Rev Esp Cardiol 1998;51:3-9.
6. Azpitarte J, Alonso AM, García F, González JM, Paré C, Tello A, et al. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en valvulopatías. Rev Esp Cardiol 2000;53:1209-78.
7. Pastor LF, Antigao R, Honorato JM, Junquera CM, Navarro E, Ortigosa FJ, et al. Guías de práctica de la Sociedad Española de Cardiología en la valoración del riesgo quirúrgico del paciente cardiópata sometido a cirugía no cardíaca. Rev Esp Cardiol 2001;54:186-93.
8. Cabadés A, López Bescós L, San José J, Rojas J, Bermejo J. Asistencia al paciente con IAM en las UCIC de los hospitales españoles. El estudio PRIAMHO. Rev Esp Cardiol 1996;49 (Supl 3):114.
9. González F, Guerrero FJ, Martínez JF, Vicente J, Martín JC, Torrado E, et al. Fibrinolíticos en el proyecto ARIAM. Motivos de exclusión y complicaciones. Med Intensiva 1999;23:288-293.
10. Cabadés A, Marrugat J, Pavesi M, Loma A, Torrado E, Mancisidor X, et al. Tiempo hasta la trombólisis en el IAM: el estudio PRIAMHO. Rev Esp Cardiol 1996;49 (Supl 3):60.