

Carta científica

Selección de lo mejor del año 2017 sobre valoración geriátrica en la estenosis aórtica del paciente anciano

Selection of the Best of 2017 in Geriatric Assessment of Elderly Patients With Aortic Stenosis

Sr. Editor:

La valoración de la edad biológica en el anciano con estenosis aórtica significativa (EAS), también llamada «severa», ha suscitado un interés creciente en los últimos años. En los últimos meses se ha

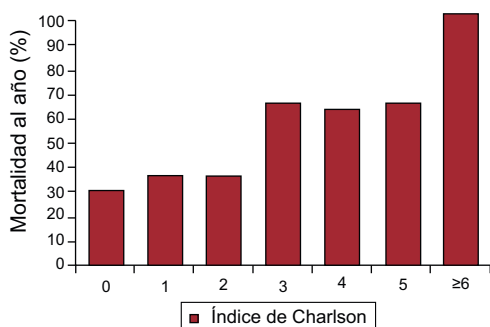


Figura 1. Mortalidad al año en función del grado de comorbilidad. Adaptado con permiso de Bernal et al.³.

consolidado el papel pronóstico de la fragilidad en estudios de mayor tamaño.

Shimura et al.¹ analizaron el impacto pronóstico de la *Clinical Frailty Scale* (CFS) en 1.215 pacientes sometidos a implante percutáneo de válvula aórtica (TAVI) del registro *Optimized CathEter vAlvular iNtervention* (OCEAN-TAVI). La CFS es una herramienta semicuantitativa que clasifica a los sujetos en 9 categorías, del 1 (robusto) al 9 (enfermedad terminal). En este trabajo, la mortalidad al año aumentó progresivamente con las categorías de la CFS.

La información comparativa de las diferentes escalas de fragilidad es muy escasa. Afilalo et al.² compararon el rendimiento de 7 escalas de fragilidad (criterios de Fried, Fried+, CFS, *Short Physical Performance Battery*, escala de Bern, test de Green y *Essential Frailty Toolset* [EFT]) para predecir la mortalidad al año en 1.020 pacientes con EAS sometidos a cirugía de sustitución de válvula aórtica o TAVI. El EFT, que incluye velocidad para levantarse de una silla, valoración cognitiva (*Mini Mental State Examination*), hemoglobina y albúmina sérica, mostró el mejor rendimiento predictivo entre las diferentes herramientas analizadas.

De igual modo que en los pacientes octogenarios, se han descrito buenos resultados a corto plazo en nonagenarios sometidos a TAVI, aunque hay controversia sobre el pronóstico a medio plazo y el impacto de comorbilidad, fragilidad y otras variables vinculadas al envejecimiento en la evolución funcional y la calidad de la vida. En un subestudio³ de los registros PEGASO e IDEAS, se analizó el impacto en el tratamiento y el pronóstico de la

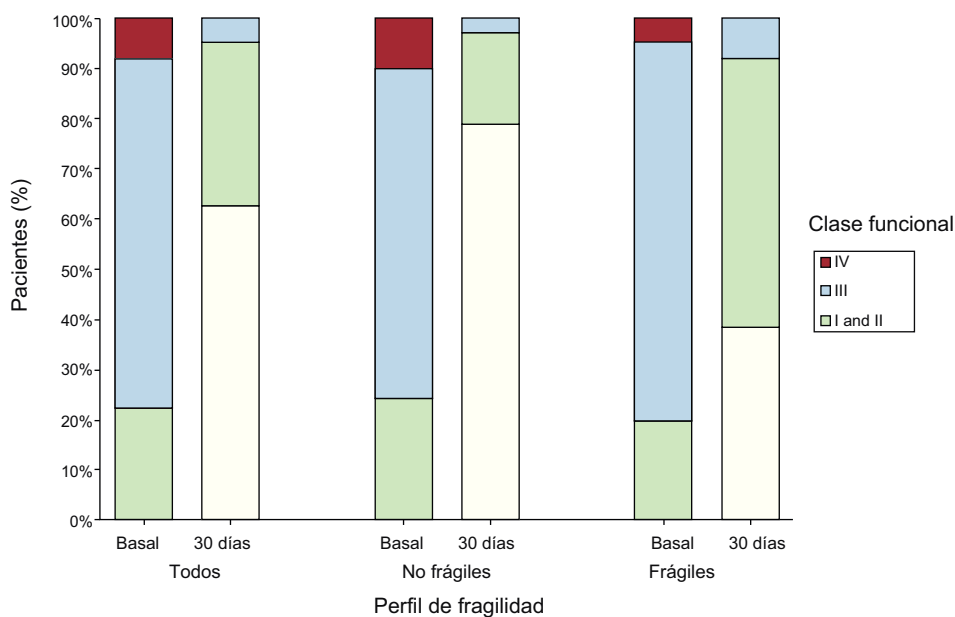


Figura 2. Evolución de la clase funcional tras un procedimiento de TAVI en la población total y los pacientes no frágiles y frágiles. Porcentaje de pacientes en cada grado de clase funcional antes y después del procedimiento en función del perfil de fragilidad. TAVI: implante percutáneo de válvula aórtica. Adaptado con permiso de Okoh et al.⁴.

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:
<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2017.10.002>

<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2017.10.001>

0300-8932/© 2017 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

comorbilidad en nonagenarios con EAS (n = 177). El 31,6% tenía un bajo grado de comorbilidad (Índice de Charlson [IdC] < 3). El abordaje fue conservador en el 84,7%. Se apreció una fuerte asociación entre el IdC y la mortalidad al año, especialmente marcada a partir de IdC ≥ 3 (figura 1). A pesar de ello, la estrategia terapéutica no estuvo significativamente condicionada por el grado de comorbilidad.

Por otro lado, Okoh et al.⁴ analizaron el impacto de la fragilidad en el pronóstico y la evolución funcional en 75 nonagenarios sometidos a TAVI. La fragilidad se valoró mediante un índice basado en la fuerza de prensión dactilar, la velocidad de la marcha, la albúmina y las actividades básicas de la vida diaria (FS). El estado de salud se valoró basalmente y a los 30 días (*Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire*). Un total de 30 pacientes (40%) cumplieron criterios de fragilidad (FS $\geq 3/4$). La fragilidad se asoció con mayor mortalidad a los 30 días y a los 2 años. Resulta interesante que la situación funcional mejorara de manera significativa solo en los pacientes sin criterios de fragilidad (figura 2).

Bagiinsky et al.⁵ han estudiado recientemente la incidencia de *delirium* tras un procedimiento de TAVI y su impacto pronóstico. De los 141 pacientes analizados, 29 presentaron *delirium* en los primeros 4 días tras el procedimiento. La aparición de *delirium* se asoció con la vía de acceso transapical y una mayor cantidad de contraste durante el procedimiento, así como con la presencia de fragilidad. Los pacientes con *delirium* sufrieron mayor mortalidad a los 30 días y al año. Esta asociación persistió tras ajustar por características basales.

Finalmente, el papel de la rehabilitación cardíaca en el anciano frágil con EAS también ha sido motivo de análisis. Tarro et al.⁶ estudiaron a 135 pacientes mayores de 70 años sometidos a cirugía o TAVI. Se realizó prueba de marcha de 6 min, y se evaluó asimismo la situación funcional (índice de Barthel), el riesgo de caídas (escala de Morse) y la comorbilidad (índice CIRS-CI). Se realizó un programa intensivo de rehabilitación durante 3 meses. A pesar de que los pacientes sometidos a TAVI tenían mayor grado de comorbilidad, discapacidad y riesgo de caídas que los quirúrgicos, toleraron menos carga de trabajo y requirieron con mayor frecuencia un entrenamiento específico. No se apreciaron complicaciones relacionadas con la rehabilitación y se observó una mejoría funcional en ambos grupos tras la realización del programa, con lo que se concluye que la rehabilitación es factible y segura y puede contribuir a la mejoría sintomática de estos pacientes tras el procedimiento.

Por lo tanto, los datos más recientes consolidan claramente el papel de la valoración geriátrica del anciano con EAS, ya que

contribuye decisivamente a identificar a los pacientes con mayor beneficio pronóstico, sintomático y en términos de calidad de vida tras la intervención. Optimizar la atención al anciano frágil con EAS y evitar la futilidad probablemente sean de los aspectos con mayor margen de mejora actualmente.

Eva Bernal^a, Albert Ariza-Solé^{b,*}, Pablo Díez-Villanueva^c, Antoni Carol^d, Rafael Romaguera^a y Manuel Martínez-Sellés^e

^aServicio de Cardiología, Hospital Universitari Germanas Trias i Pujol, Badalona, Barcelona, España

^bServicio de Cardiología, Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

^cServicio de Cardiología, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España

^dServicio de Cardiología, Hospital Moisès Broggi, Sant Joan Despí, Barcelona, España

^eServicio de Cardiología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, CIBERCV, Universidad Complutense, Universidad Europea, Madrid, España

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: aariza@bellvitgehospital.cat (A. Ariza-Solé).

BIBLIOGRAFÍA

1. Shimura T, Yamamoto M, Kano S, et al; OCEAN-TAVI Investigators. Impact of the clinical frailty scale on outcomes after transcatheter aortic valve replacement. *Circulation*. 2017;135:2013–2024.
2. Afzal J, Lauck S, Kim DH, et al. Frailty in Older Adults Undergoing Aortic Valve Replacement: The FRAILTY-AVR Study. *J Am Coll Cardiol*. 2017;70:689–700.
3. Bernal E, Ariza-Solé A, Bayés-Genís A, et al. Management of nonagenarian patients with severe aortic stenosis: the role of comorbidity. *Heart Lung Circ*. 2017. <http://dx.doi.org/10.1016/j.hlc.2017.02.033>. pii: S1443-9506(17)30313-X. Consultado 28 sep 2017.
4. Okoh AK, Chauhan D, Kang N, et al. The impact of frailty status on clinical and functional outcomes after transcatheter aortic valve replacement in nonagenarians with severe aortic stenosis. *Catheter Cardiovasc Interv*. 2017. <http://dx.doi.org/10.1002/ccd.27083>. Consultado 28 sep 2017.
5. Bagiński M, Kleczynski P, Dziewierz A, et al. Incidence of postoperative delirium and its impact on outcomes after transcatheter aortic valve implantation. *Am J Cardiol*. 2017;120:1187–1192.
6. Tarro Genta F, Tidu M, Bouslenko Z, et al. Cardiac rehabilitation after transcatheter aortic valve implantation compared to patients after valve replacement. *J Cardiovasc Med (Hagerstown)*. 2017;18:114–120.