

Insuficiencia cardiaca en el anciano y valoración geriátrica

Sr. Editor:

He leído con interés el artículo de Miró O et al¹ «Factores pronósticos a corto plazo en los ancianos atendidos en urgencias por insuficiencia cardiaca aguda», en el que resaltan la importancia de la valoración funcional del anciano con insuficiencia cardiaca. Quisiera realizar una reflexión sobre distintos aspectos de la valoración del anciano con insuficiencia cardiaca.

La valoración geriátrica² es la técnica básica que empleamos los profesionales sensibilizados con la atención al anciano. Se fundamenta en conocer los aspectos clínicos, funcionales, cognitivos, afectivos y sociales del anciano tanto en situación basal como en el momento en que acude con un problema de salud. Se puede realizar con instrumentos de cribado en unos 15 min.

La valoración geriátrica se ha demostrado útil en diferentes medios asistenciales², entre ellos servicios de urgencias hospitalarias, y diferentes afecciones, entre ellas la insuficiencia cardiaca³. Vienen usándola de forma permanente geriatras y, cada vez más, internistas y médicos de familia en diferentes servicios asistenciales^{2,3}, y no casi exclusivamente en residencias y centros geriátricos como afirman los autores.

Existen múltiples factores que pueden repercutir en el pronóstico de insuficiencia cardiaca en los ancianos y no aparecen reflejados en el artículo: polifarmacia, adherencia al tratamiento⁴, problema social⁵, *delirium* y el estado depresivo, cognitivo⁶ y funcional en el momento de acudir a urgencias.

Llama la atención respecto a los pacientes incluidos en el análisis que, pese a la alta media de edad (80 ± 7 años), la proporción de demencia sea muy baja (6,3%), cuando en mayores de 65 años con insuficiencia cardiaca hasta el 56% tiene deterioro cognitivo⁶. Este hecho puede ser secundario a un infradiagnóstico de demencia o a que los ancianos con demencia acuden a urgencias por insuficiencia cardiaca en menor proporción.

Los autores mencionan que no se incluyeron variables nutricionales y antropométricas que pudieran haber aportado más información sobre la fragilidad del paciente anciano. Sin embargo, los criterios más aceptados de fragilidad (Fried LP, 2001) requieren al menos tres de los siguientes factores: pérdida de peso, lentitud en deambulación, baja actividad física, sensación de agotamiento y escasa fuerza de prensión manual. En ancianos con enfermedad coronaria o insuficiencia cardiaca severa, la prevalencia de fragilidad es del 50%, y la fragilidad incrementa la mortalidad y el riesgo cardiovascular⁷.

Todas estas variables relacionadas con el pronóstico de la insuficiencia cardiaca en el anciano frágil están insuficientemente estudiadas y deberían tener mayor abordaje en la práctica clínica, más aún cuando se ha objetivado que los fármacos actuales para el tratamiento de la insuficiencia cardiaca diastólica en mayores de 80 años pueden no estar asociados a mejora de la supervivencia⁸.

La Sociedad Cardiovascular Canadiense y la Sociedad Francesa de Cardiología recomiendan en el paciente anciano con insuficiencia cardiaca realizar valoración geriátrica, cribado de fragilidad, valorar *delirium*, depresión, deterioro cognitivo y adherencia al tratamiento y derivar al geriatra a los ancianos frágiles⁹.

En resumen, la valoración geriátrica es fundamental en el manejo del paciente anciano en urgencias y en el anciano frágil con insuficiencia cardiaca. Los equipos multidisciplinares pueden contribuir a mejorar el manejo del paciente anciano con insuficiencia cardiaca.

Francisco Javier Castellote Varona
Unidad de Geriátrica. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.
Murcia. España.

BIBLIOGRAFÍA

1. Miró O, Llorens P, Martín-Sánchez FJ, Herrero P, Pavón J, Pérez-Durá MJ, et al. Factores pronósticos a corto plazo en los ancianos atendidos en urgencias por insuficiencia cardiaca aguda. *Rev Esp Cardiol*. 2009;62:757-64.

2. Stuck AE, Siu AL, Wieland GD, Adams J, Rubenstein LZ. Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. *Lancet*. 1993;342:1032-6.
3. Formiga F, Chivite D, Casas S, Manito N, Pujol R. Valoración funcional en pacientes ancianos ingresados por insuficiencia cardiaca. *Rev Esp Cardiol*. 2006;59:740-2.
4. Hope CJ, Wu J, Tu W, Young J, Murray D. Association of medication adherence, knowledge, and skills with emergency department visits by adults 50 years or older with congestive heart failure. *Am J Health Syst Pharm*. 2004;61:2043-9.
5. Rodríguez-Artalejo F, Guallar-Castillón P, Herrera MC, Otero CM, Chiva MO, Ochoa CC, et al. Social network as a predictor of hospital readmission and mortality among older patients with heart failure. *J Card Fail*. 2006;12:621-7.
6. Cacciatore F, Abete P, Ferrara N, Calabrese C, Napoli C, Maggi S, et al. Congestive heart failure and cognitive impairment in an older population. Osservatorio Geriatrico Campano Study Group. *J Am Geriatr Soc*. 1998;46:1343-8.
7. Afilalo J, Karunanathan S, Eisenberg MJ, Alexander KP, Bergman H. Role of frailty in patients with cardiovascular disease. *Am J Cardiol*. 2009;103:1616-21.
8. Tehrani F, Phan A, Chien CV, Morrissey RP, Rafique AM, Schwarz ER. Value of medical therapy in patients >80 years of age with heart failure and preserved ejection fraction. *Am J Cardiol*. 2009;103:829-33.
9. Arnold JMO, Liu P, Demers C, Dorian P, Giannetti N, Haddad H, et al. Canadian Cardiovascular Society consensus conference recommendations on heart failure 2006: Diagnosis and management. *Can J Cardiol*. 2006;22:23-45.