

7. Li CH. Confirmatory factor analysis with ordinal data: Comparing robust maximum likelihood and diagonally weighted least squares. *Behav Res Methods*. 2016;48:936–49.
8. Muthén LK, Muthén BO. How to use a Monte Carlo study to decide on sample size and determine power. *Struct Equ Modeling*. 2002;9:599–620.
9. Marsh HW, Balla JR, McDonald RP. Goodness-of-fit indexes in confirmatory factor analysis: The effect of sample size. *Psychol Bull*. 1988;103:391–410.
10. Ferrando PJ, Anguiano-Carrasco C. El análisis factorial como técnica de investigación en psicología. *Papeles del Psicólogo*. 2010;31:18–33.
11. Jackson DL, Gillaspay JA, Purc-Stephenson R. Reporting practices in confirmatory factor analysis: An overview and some recommendations. *Psychol Methods*. 2009;14:6–23.

Tomás Caycho-Rodríguez*

Universidad Privada del Norte, Lima, Perú

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: tomas.caycho@upn.pe

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2017.09.006>

0211-139X/

© 2017 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Valoración geriátrica antes de la implantación valvular aórtica a través de catéter en pacientes ancianos



Geriatric assessment before transcatheter aortic valve implantation in elderly patients

Sr. Editor:

A propósito del artículo de Alvarez-Fernández et al.¹, queremos contar nuestra experiencia. En nuestro hospital existe un protocolo que incluye la valoración por parte de geriatría de todos los pacientes que van a ser sometidos a la implantación de válvula aórtica transcatheter (TAVI) desde enero de 2015. En estos 27 meses hemos valorado a 260 pacientes.

La valoración que realizamos incluye: Anamnesis, antecedentes, medicación y una exploración general incluyendo constantes, IMC y saturación de oxígeno.

Evaluamos la movilidad (FAC), grado de disnea (NYHA), estado cognitivo (MMSE), estado afectivo (Yesavage), estado nutricional (screening de MNA e IMC), nivel de dependencia con índice de Barthel e índice de Lawton y fragilidad (criterios de FRIED, *clinical frailty scale*, determinación de velocidad de la marcha, fuerza de prensión, SPPB y TUG). La fragilidad y la discapacidad las delimitamos en el tiempo.

Determinamos la comorbilidad (índice de Charlson), la presencia de anemia e insuficiencia renal (analíticas recientes) o posible EPOC no diagnosticado previamente y la existencia de signos de insuficiencia cardíaca.

Realizamos además, algo muy importante para poder tomar una decisión como es una valoración de la situación social del paciente y una estimación de su supervivencia en función de las gráficas de Walter y Covinsky², datos del Instituto Nacional de Estadística y del índice PROFUND³.

Y por último indagamos sobre los deseos y preferencias del paciente y puntuamos en una escala de 0 a 5 (siendo 5 la mejor puntuación) al paciente desde el punto de vista cognitivo, funcional, nutricional, fragilidad, comorbilidad y cardiológico.

Hemos analizado los 105 primeros pacientes evaluados entre enero de 2015 y febrero de 2016, realizando una encuesta telefónica a los 4-6 meses después de la evaluación donde preguntábamos al paciente o familiar cercano sobre mejora de la calidad de vida, mejora de la disnea y supervivencia.

Obtuvimos una edad media de 80,70 (4,89), con rango entre 59 y 89 años. Predominaban las mujeres 55,23% (58/105).

La presencia de contraindicación absoluta para TAVI (esperanza de vida menor a un año) es muy poco frecuente: 1,9% (2/105). La estimación realizada por nosotros de la supervivencia de nuestros pacientes antes de someterlos a ningún procedimiento, ha sido de media 6,71 (3,12) años.

En nuestra experiencia los síntomas que presentan son: disnea 97,14% (102/105) siendo su grado de: NYHA II 31%, III 67% y IV 2%,

síncope 14,28% (15/105), dolor torácico 17,4% (18/105) y en algunos casos varios síntomas a la vez 20% (21/105).

De los 105 pacientes evaluados 4 fueron intervenidos por cirugía cardiovascular con mejoría de calidad de vida y disnea, uno está en lista de espera quirúrgica, en uno no se pudo realizar la encuesta telefónica, 11 fueron rechazados para cirugía y TAVI, 5 murieron antes de la TAVI y en un paciente se perdió el seguimiento. Se realizó la TAVI a 82 pacientes con los siguientes resultados: 3 exitos tras TAVI, mejoró la disnea en un 78,04% (mejoró en 64 y empeoró en 15) y mejoró la calidad de vida en 87,8% (mejoró en 72 y empeoró en 7).

En pacientes con EPOC, coincidimos con los autores en la dificultad de evaluar si la disnea es predominantemente de origen cardiológico o respiratorio, especialmente en aquellos con oxigenoterapia domiciliar o ingresos repetidos de causa respiratoria. En nuestra serie el 21,90% (23/105) de los pacientes tenían EPOC. De ellos 4 fueron rechazados para TAVI, uno falleció antes de la TAVI, y se realizó TAVI a 18 (78,26%) con mejora de la disnea en el 61,11% (11/18) y de calidad de vida en el 72,22% (13/18).

En determinados casos al ser hospital de referencia tenemos que evaluar enfermos en situación aguda derivados de otros hospitales, con la TAVI como última esperanza. De los 105 pacientes estudiados, 22 (20,95%) estaban hospitalizados. Estos pacientes no pueden ser evaluados de forma reglada y son los que peor pronóstico han tenido: 3 exitos antes de TAVI, 2 rechazados para TAVI, y 17 sometidos a TAVI de los que falleció uno tras el TAVI, y mejoraron la disnea un 64,7% (11/17) y su calidad de vida un 76,47% (13/17).

No existió diferencia significativa para una $p < 0,05$, en la mejora de calidad de vida y disnea entre la muestra completa, respecto a pacientes con EPOC y respecto a los hospitalizados. Sí existió diferencia significativa para $p < 0,10$.

Con alta frecuencia el comienzo de la sintomatología y los ingresos hospitalarios con las limitaciones que producen se asociaron a un cuadro depresivo en el 32% y a pérdida de peso en el 40,9%.

La estenosis aórtica es una enfermedad de la vejez en franca progresión. La sustitución valvular aórtica mediante TAVI puede mejorar la calidad de vida y la disnea. Los pacientes ancianos son muy heterogéneos por lo que hay que valorar su comorbilidad, fragilidad, dependencia, estado cognitivo, nutricional y social para determinar la intervención más adecuada. Los geriatras debemos jugar un papel primordial en la toma de decisiones en ancianos con estenosis aórtica severa y debemos formar parte de los equipos multidisciplinares que abordan a estos pacientes.

Bibliografía

1. Alvarez-Fernández B, Formiga F, de Mora-Martín M, Calleja F, Gómez-Huelgas R. Aspectos no cardiológicos de la estenosis aórtica en los más mayores. Revisión. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2017;52:87–92.
2. Walter LC, Covinsky KE. Cancer screening in elderly patients: A framework for individualized decision making. *JAMA*. 2001;285:2750–6.

3. Bernabeu-Wittel M, Ollero-Baturone M, Moreno-Gaviño L, Barón-Franco B, Fuentes A, Murcia-Zaragoza J, et al. Development of a new predictive model for polypathological patients The PROFUND index. *Eur J Intern Med.* 2011;22:311–7.

Francisco Javier Castellote Varona^{a,*},
Juan Dionisio Avilés Hernández^a, Juan García de Lara^b
y Carmen López Cánovas^a

^a *Unidad de Geriatría, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España*

^b *Unidad de Cardiología Intervencionista, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España*

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: franciscojcastellote@gmail.com
(F.J. Castellote Varona).

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2017.06.010>
0211-139X/

© 2017 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.