



EDITORIAL

Toma de decisiones en el paciente de edad muy avanzada con cardiopatía: más allá de los índices de riesgo cardiológicos



Decision making in the patient of very advanced age with heart disease. Beyond cardiology risk scores

María Teresa Vidán

Servicio de Geriatria, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

La evaluación del riesgo es importante para una aproximación precisa al pronóstico individual del paciente, no solo para la comunicación con él y su familia sino sobre todo, para todo el proceso de toma de decisiones clínicas. Sin embargo, en la práctica clínica común recibe menos atención que el aprendizaje de las técnicas diagnósticas y los tratamientos de la enfermedad.

La evaluación cardiológica correcta del síndrome coronario agudo exige una valoración del riesgo de que ocurran nuevos eventos isquémicos severos o incluso la muerte. Existe evidencia científica de que el tratamiento agresivo en estos casos modifica el pronóstico, y que este efecto es con frecuencia dependiente del riesgo. Así los pacientes con mayor riesgo, entre los que están los ancianos, son los que más se benefician de tratamientos antitrombóticos más potentes y estrategias invasivas de revascularización más precoces. Sin embargo, muchas de las condiciones que se asocian a un mayor riesgo de nuevos eventos isquémicos aumentan también el riesgo de sangrado, lo que implica la necesidad de una estricta valoración y la toma de decisiones individualizada¹. De aquí deriva la importancia de la evaluación de riesgo en los casos de síndrome coronario agudo, no solo de forma cualitativa sino también cuantitativa utilizando los distintos *scores* o escalas de riesgo. Por otra parte, a la hora de evaluar la validez externa de un *score* de riesgo es esencial conocer la población de la cual se deriva. Los modelos que utilizan registros clínicos que incluyen pacientes consecutivos son, en general, más aplicables a los pacientes de la vida real que los que fueron estudiados en pacientes de ensayos clínicos, que normalmente excluyen a los pacientes de alto riesgo como ancianos o enfermos con comorbilidades.

En este contexto, hay que reseñar la oportunidad del trabajo de Gómez Talavera et al.² que quieren responder a la pregunta de si los *scores* tienen también utilidad en los pacientes muy ancianos para estratificar el riesgo habitual en el síndrome coronario agudo. Para ello evalúan algunos de los *scores* más utilizados en

pacientes más jóvenes. El TIMI *score* es una escala semicuantitativa que deriva de la cohorte de un ensayo aleatorizado con heparina no fraccionada versus enoxaparina, validada posteriormente en población de ensayos clínicos y estudios observacionales como predictor de muerte o infarto a los 28 días. El GRACE *score* fue desarrollado sin embargo a partir de un registro observacional internacional que incluyó a más de 20.000 pacientes y que aporta una aproximación de riesgo cuantitativa a 6 meses del evento primario^{3,4}.

Los autores muestran mediante un análisis retrospectivo, que la escala de GRACE desarrollada y validada para la población más joven, puede ser útil en la población nonagenaria para identificar pacientes de alto riesgo a corto plazo, en los que habría que plantearse tratamientos agresivos evitando la discriminación solo por razones de edad.

Merece también un comentario el hecho de que en esa misma población estudiada, la escala no resulte útil para predecir los resultados a 6 meses. Además de la baja potencia estadística como causa principal sugerida por los autores, la heterogeneidad del proceso de envejecimiento y el gran abanico de situaciones clínicas que pueden presentar los ancianos, hacen muy difícil que cualquier índice pronóstico basado solo en parámetros de una enfermedad específica, pueda predecir con precisión el riesgo de mortalidad a largo plazo. Aspectos importantes como la situación funcional, la presencia de fragilidad u otros síndromes geriátricos, que determinan el pronóstico del anciano con cardiopatía^{5,6} no son evaluados en estos índices y pueden condicionar su expectativa de vida de forma más determinante que muchos factores propios de la enfermedad específica.

En los últimos años se han desarrollado también múltiples índices pronósticos generales, no basados en una sola enfermedad, para predecir el riesgo de muerte en las personas mayores, en distintos periodos de tiempo entre 6 meses y 9 años⁷. Ninguno de ellos sin embargo, es perfecto como para ser utilizado de forma única y extensa en la práctica clínica diaria. Además, ninguno hace una estimación de la expectativa de vida individual, parámetro mucho más útil a la hora de tomar decisiones médicas, y de más fácil comprensión para pacientes y familiares que el riesgo de muerte. Las guías clínicas incorporan cada vez con más frecuencia la

Véase contenido relacionado en DOI:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2013.05.002>

Correo electrónico: maite.vidan@salud.madrid.org

expectativa de vida como factor esencial a tener en cuenta en el balance riesgo-beneficio de distintas pruebas diagnósticas y tratamientos, sin embargo hasta la fecha este parámetro sigue siendo difícil de precisar a nivel individual, especialmente en los muy ancianos. La mayoría de los índices pronósticos no incluyen factores como la fragilidad, el deterioro cognitivo, la velocidad de la marcha o el soporte social, con importante valor pronóstico en el anciano.

A la espera de que la investigación progrese en este campo y seamos capaces de cuantificar el riesgo del paciente que tenemos delante, con su proceso agudo y su propio contexto, los médicos que tratamos ancianos deberemos tomar decisiones clínicas completando la información de los *scores* específicos, con aproximaciones cualitativas a la expectativa de vida según sexo, raza y edad, añadiendo datos importantes sobre comorbilidad y funcionalidad. Son estos últimos factores los predictores más fuertes y consistentes de mortalidad en el anciano y una correcta valoración geriátrica es esencial para apreciarlos adecuadamente. Esta aproximación nos permite al menos identificar los extremos del espectro, así por ejemplo, los enfermos con insuficiencia respiratoria crónica y necesidad de oxígeno continuo, los que están en un programa de diálisis, aquellos con insuficiencia cardíaca grado III-IV de la NYHA, o los que (en situación médica estable) no son capaces de caminar una manzana y necesitan ayuda para el baño, tienen una expectativa de vida muy por debajo de la media para su edad. Los que por el contrario, no tienen comorbilidad importante y mantienen autonomía tienen muchas probabilidades de vivir más que la media⁸. El

tiempo en el que se espera el beneficio de la terapia evaluada, el tipo de beneficio esperado y los deseos del paciente completarán el conjunto de consideraciones en la compleja tarea de tratar a un anciano con cardiopatía, más allá de tratar una cardiopatía en el paciente mayor.

Bibliografía

1. Moscucci M, Fox KA, Cannon CP, Klein W, López-Sendón J, Montalescot G, et al. Predictors of major bleeding in acute coronary syndromes: The Global Registry of Acute Coronary Events (GRACE). *Eur Heart J*. 2003;24:1815-23.
2. Gómez Talavera S, Núñez Gil I, Vivas D, Ruiz Mateos B, Viana Tejedor A, Martín García A, et al. Síndrome coronario agudo en nonagenarios: evolución clínica y validación de las principales escalas de riesgo. *REGG*. 2014;49:3-4.
3. Singh M, Reeder GS, Jacobsen SJ, Weston S, Killian J, Roger VL. Scores for postmyocardial infarction risk stratification in the community. *Circulation*. 2002;106:2309-14.
4. National Institute for Health and Clinical Excellence. Unstable angina and NSTEMI: the early management of unstable angina and non-ST-segment-elevation myocardial infarction. London: NICE 2010 [consultado 20 Nov 2013]. Disponible en: <http://www.guidance.nice.org.uk/CG94/NICEGuidance/pdf/English>
5. Afíalo J, Karunanathan S, Eisenberg MJ, Alexander KP, Bergman H. Role of frailty in patients with cardiovascular disease. *Am J Cardiol*. 2009;103:1616-21.
6. Sánchez E, Vidán MT, Serra JA, Fernández-Avilés F, Bueno H. Prevalence of geriatric syndromes and impact on clinical and functional outcomes in older patients with acute cardiac diseases. *Heart*. 2011;97:1602-6.
7. Yourman LC, Lee SJ, Schonberg MA, Widera EW, Smith AK. Prognostic indices for older adults: A systematic review. *JAMA*. 2012;307:182-92.
8. Lee SJ, Lindquist K, Segal MR, Covinsky KE. Development and validation of a prognostic index for 4-year mortality in older adults. *JAMA*. 2006;295:801-8.