

Ignacio Cruz-González^{a,◇}, Juan C. Rama-Merchan^{a,b,◇,*},
Sandra Martínez-Peralta^c, Luis López-Mesonero^c,
Javier Rodríguez-Collado^a y Pedro L. Sánchez^a

^aDepartamento de Cardiología, Hospital Universitario de Salamanca, Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca (IBSAL), Salamanca, España

^bDepartamento de Cardiología, Complejo Hospitalario de Mérida, Badajoz, España

^cDepartamento de Neurología, Hospital Universitario de Salamanca, Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca (IBSAL), Salamanca, España

◇Ignacio Cruz-González y Juan C. Rama-Merchan han contribuido por igual y deben ser considerados primer autor.

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: ramamerchan@hotmail.com
(J.C. Rama-Merchan).

On-line el 5 de octubre de 2016

BIBLIOGRAFÍA

1. January CT, Wann LS, Alpert JS, et al. 2014 AHA/ACC/HRS guideline for the management of patients with atrial fibrillation: executive summary: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on practice guidelines and the Heart Rhythm Society. *Circulation*. 2014;130:2071-2104.
2. Grysiewicz R, Gorelick PB. Incidence, mortality, and risk factors for oral anticoagulant-associated intracranial hemorrhage in patients with atrial fibrillation. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2014;23:2479-2488.
3. Vermeer SE, Algra A, Franke CL, Koudstaal PJ, Rinkel GJ. Long-term prognosis after recovery from primary intracerebral hemorrhage. *Neurology*. 2002;59:205-209.
4. Hemphill 3rd JC, Greenberg SM, Anderson CS, et al. Guidelines for the management of spontaneous intracerebral hemorrhage: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2015;46:2032-2060.
5. Holmes Jr DR, Doshi SK, Kar S, et al. Left atrial appendage closure as an alternative to warfarin for stroke prevention in atrial fibrillation: a patient-level meta-analysis. *J Am Coll Cardiol*. 2015;65:2614-2623.
6. Fahmy P, Spencer R, Tsang M, Gooderham P, Saw J. Left atrial appendage closure for atrial fibrillation is safe and effective after intracranial or intraocular hemorrhage. *Can J Cardiol*. 2016;32:349-354.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.vesp.2016.08.021>
0300-8932/

© 2016 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Selección de lo mejor del año 2016 en valvulopatía aórtica e insuficiencia cardiaca en el paciente anciano



Selection of the Best of 2016 on Aortic Valve Disease and Heart Failure in Elderly Patients

Sr. Editor:

La estenosis aórtica (EA) grave es una enfermedad de mal pronóstico que afecta fundamentalmente a ancianos. La información de la vida real en lo que respecta a su tratamiento y su pronóstico es escasa. Por este motivo son particularmente oportunos los datos del registro IDEAS¹, coordinado por la Sección de Cardiología Geriátrica de la Sociedad Española de Cardiología. Se trata de un registro multicéntrico que incluyó a 726 pacientes consecutivos con EA grave y media de edad de 77 años con 1 año de seguimiento. El tratamiento más frecuente fue el conservador (65%), seguido de la sustitución valvular aórtica (27%) y el implante transcáteter de válvula aórtica (TAVI) (8%), con supervivencias al año del 76, el 95 y el 93% respectivamente (figura). Estos datos confirman la necesidad de intervenir a los pacientes con EA grave sintomática y alertan de que frecuentemente no se realiza. Es importante señalar que, en este registro, las tasas de intervención fueron significativamente más bajas cuando se valoraba a los pacientes en centros que no eran terciarios. Hay que destacar, además, los resultados del estudio PARTNER 2², recientemente publicado. En este estudio se aleatorizó a 2.032 pacientes con EA grave y riesgo quirúrgico intermedio a TAVI (el 76,3% transfemoral, el 23,7% transtorácico) o cirugía valvular aórtica. El evento primario (mortalidad por cualquier causa o ictus incapacitante a los 2 años) fue similar en ambos grupos ($p = 0,001$ para no inferioridad). El 19,3% de los pacientes del grupo de TAVI y el 21,1% del grupo quirúrgico sufrieron un evento primario (grupo TAVI, *hazard ratio* [HR] = 0,89; intervalo de confianza del 95% [IC95%], 0,73-1,09, $p = 0,25$). Si se tiene en cuenta el abordaje, cabe destacar la reducción significativa del evento primario con el acceso transfemoral respecto a la cirugía (HR = 0,79, IC95%, 0,62-1,00; $p = 0,05$), sin diferencias significativas en el abordaje transtorácico. Otras diferencias a favor del TAVI fueron la consecución de una mayor área aórtica y menos insuficiencia renal aguda, hemorragia grave y fibrilación auricular. La cirugía asoció una menor tasa de complicaciones vasculares e insuficiencia aórtica residual. Este estudio justifica una práctica extendida en muchos grupos

españoles, caracterizada por el TAVI en pacientes ancianos con EA y riesgo intermedio.

La importancia de los factores geriátricos como funcionalidad, fragilidad, dependencia y comorbilidad de los ancianos con insuficiencia cardiaca (IC) es bien conocida³. Es de gran interés el trabajo de Vidán et al.⁴, en el que destaca la importancia de detectar la fragilidad de los pacientes ancianos que ingresan por IC pues, además de ser muy prevalente, incluso en pacientes ambulatorios que son independientes, es un predictor independiente de discapacidad y de eventos futuros, como el reingreso y la mortalidad. Datos recientes han permitido incorporar a la lista anterior la desnutrición. Un estudio reciente de Honda et al.⁵ ha demostrado que el estado nutricional es uno de los predictores pronósticos más importantes en pacientes mayores de 65 años con IC aguda. Este trabajo valida y resalta la gran utilidad de un parámetro muy sencillo de obtener, el *Geriatric Nutritional Risk Index*, que ha mostrado mejor valor pronóstico que otros índices nutricionales. Avala, además, la necesidad de incorporar este

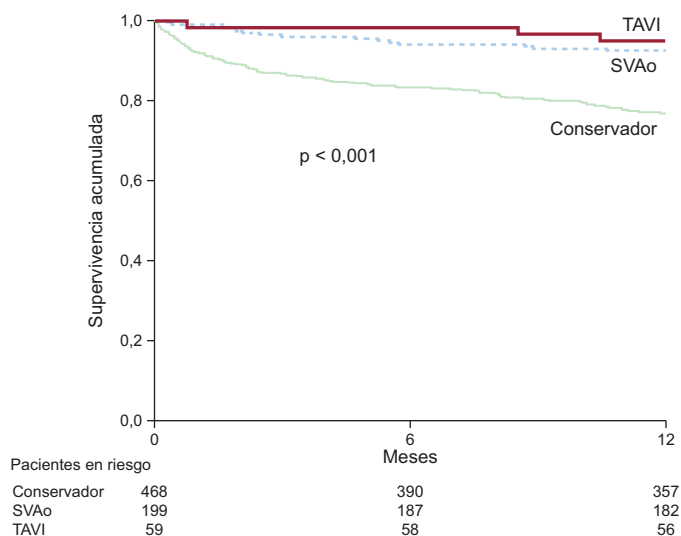


Figura. Supervivencia acumulada en el registro IDEAS¹ en función del tipo de tratamiento realizado: conservador, sustitución valvular aórtica (SVAo) o implante transcáteter de válvula aórtica (TAVI). Adaptado con permiso de González-Saldivar et al.¹.

parámetro en la evaluación y la estratificación del riesgo de los ancianos con IC.

Con respecto a los péptidos natriuréticos, cuyo interés pronóstico es bien conocido, un trabajo reciente, basado en 7 registros europeos, estudió el valor pronóstico y las razones del éxito o el fracaso en la reducción de la fracción aminoterminal del propéptido natriurético cerebral (NT-proBNP) (en valores absolutos o en porcentaje respecto al momento de ingreso) hasta las cifras objetivo al alta tras ingreso por IC aguda en pacientes mayores y menores de 75 años⁵. Los pacientes de más edad eran con más frecuencia mujeres, con IC de etiología no isquémica y fracción de eyección conservada, mayores concentraciones al ingreso y al alta de NT-proBNP y menor tasa de filtrado glomerular. La mortalidad a los 6 meses en ambos grupos fue más alta cuanto mayores fueran los valores absolutos y menor el descenso relativo de NT-proBNP, significativamente mayor en el grupo de más edad. Con cifras de NT-proBNP similares, la mortalidad fue muy parecida, independientemente de la edad. El NT-proBNP mostró valor pronóstico en la IC aguda independientemente de la edad, pero determinados factores más frecuentes en pacientes añosos (entre los que se encuentran las cifras de NT-proBNP más elevadas al ingreso, la anemia y la etiología no isquémica subyacente) dificultaron alcanzar valores más bajos y mayores reducciones del marcador al alta, con una mayor mortalidad asociada.

Pablo Díez-Villanueva^{a*}, Albert Ariza-Solé^b, Javier López^c, Héctor García-Pardo^d y Manuel Martínez-Sellés^e

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

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

^cServicio de Cardiología, Instituto de Ciencias del Corazón (ICICOR), Hospital Clínico de Valladolid, Valladolid, España

^dServicio de Cardiología, Hospital Santos Reyes, Aranda de Duero, Burgos, España

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

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: pablo_diez_villanueva@hotmail.com

(P. Díez-Villanueva).

BIBLIOGRAFÍA

- González-Saldivar H, Rodríguez-Pascual C, De la Morena G, et al. Influencia del Diagnóstico de Estenosis Aórtica Severa-Influence of the Severe Aortic Stenosis Diagnosis (IDEAS) Investigators. Comparison of 1-year outcome in patients with severe aortic stenosis treated conservatively or by aortic valve replacement or by percutaneous transcatheter aortic valve implantation (data from a multicenter spanish registry). *Am J Cardiol*. 2016;118:244-250.
- Leon MB, Smith CR, Mack MJ, et al. PARTNER 2 Investigators. Transcatheter or surgical aortic-valve replacement in intermediate-risk patients. *N Engl J Med*. 2016;374:1609-1620.
- Finn M, Green P. Influencia de la fragilidad del paciente en las enfermedades cardiovasculares. *Rev Esp Cardiol*. 2015;68:653-656.
- Vidán MT, Blaya-Novakova V, Sánchez E, Ortiz J, Serra-Rexach JA, Bueno H. Prevalence and prognostic impact of frailty and its components in non-dependent elderly patients with heart failure. *Eur J Heart Fail*. 2016;18:869-875.
- Honda Y, Nagai T, Iwakami N, et al. NaDEF investigators. Usefulness of Geriatric Nutritional Risk Index for assessing nutritional status and its prognostic impact in patients aged ≥ 65 years with acute heart failure. *Am J Cardiol*. 2016. <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjcard.2016.05.045>.
- Stienen S, Salah K, Eurlings LW, et al. Targeting N-terminal pro-brain natriuretic peptide in older versus younger acute decompensated heart failure patients. *JACC Heart Fail*. 2016. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jchf.2016.05.007>.

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2016.09.030>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2016.09.029>

0300-8932/

© 2016 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Selección de lo mejor de año 2016 en el tratamiento del síndrome coronario agudo en el paciente anciano



Selection of the Best of 2016 on the Management of Acute Coronary Syndromes in Elderly Patients

Sr. Editor:

Durante este año se han producido avances relevantes en el tratamiento del síndrome coronario agudo (SCA) del anciano. En el ensayo *After Eighty*¹ se aleatorizó a 457 pacientes con SCA sin elevación del segmento ST (SCA-EST) de edad ≥ 80 años a estrategia invasiva frente a estrategia conservadora. Se apreció una reducción del evento principal (infarto agudo de miocardio [IAM], revascularización urgente, ictus o mortalidad durante el seguimiento) en el grupo de estrategia invasiva (el 40,6 frente al 61,4%; $p < 0,0001$) (figura), sin diferencias en la incidencia de hemorragias. Algunos aspectos del estudio merecen comentario: a) de los pacientes potencialmente incluibles, solo se aleatorizó a 457/1.973 (23,2%), lo que cuestiona la extrapolabilidad de los resultados; b) no se dispone de datos sobre fragilidad y otras variables vinculadas al envejecimiento, si bien la prevalencia de comorbilidades era relativamente baja, y c) la excesiva restricción en el grupo de estrategia conservadora no parece ajustarse a la realidad clínica diaria.

El ensayo MOSCA² incluyó a 106 pacientes de edad ≥ 70 años con IAM sin elevación del segmento ST y abundantes comorbilidades (definido como al menos 2 de las siguientes:

insuficiencia renal, demencia, vasculopatía periférica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica o anemia). Se aleatorizó a los pacientes a estrategia invasiva (coronariografía sistemáticamente, $n = 52$) o conservadora (coronariografía solo en casos de isquemia recurrente o insuficiencia cardíaca durante el ingreso, $n = 54$). El objetivo principal era el combinado de mortalidad total, IAM o reingreso por causas cardíacas durante el seguimiento. La estrategia invasiva no redujo la incidencia del evento principal (razón de tasas de incidencia = 0,946; intervalo de confianza del 95% [IC95%], 0,946-1,918), aunque sí se apreció una tendencia a la reducción de la mortalidad y mortalidad o reinfarto a 3 meses, lo que indica que el peso de las comorbilidades podría diluir el beneficio de la revascularización a largo plazo. Los autores proponen explorar las tendencias del beneficio a corto plazo en estudios a mayor escala. Por otro lado, la baja tasa de revascularización en la rama invasiva (58%) podría reflejar la gravedad y la complejidad de la anatomía coronaria de estos pacientes.

El impacto pronóstico de la fragilidad en el SCA se ha confirmado en un registro³ que incluyó a 202 pacientes de 75 o más años con IAM tipo I, procedentes de 4 hospitales españoles. La fragilidad se evaluó mediante el índice SHARE-FI, que evalúa fatiga auto-percibida, apetito, lentitud, actividad física y fuerza de prensión digital. Cumplían los criterios de fragilidad 71 pacientes (35,1%). Los pacientes frágiles eran mayores y tenían más comorbilidades (índice de Charlson medio, 8,4 frente a 6,6; $p < 0,001$). Pese a presentar un perfil de mayor riesgo, con valores superiores de las escalas GRACE (154,4 frente a 141,0; $p < 0,001$) y CRUSADE (el 48,2 frente al 34,1%; $p < 0,001$), los pacientes frágiles se sometieron a