

Cartas al Editor

Enfermedad cardiovascular en el anciano: comentario

Cardiovascular Disease in the Elderly: Comment

Sra. Editora:

Hemos leído con interés la revisión de Jackson et al¹ acerca de la enfermedad cardiovascular en el anciano. Una importante conclusión que se extrae de él es la ausencia de soporte científico de las estrategias terapéuticas utilizadas en esta población, debido a la frecuente exclusión de los ancianos de los test clínicos. Este hecho se repite de forma general en las distintas enfermedades mencionadas en la revisión y, en particular, en el infarto de miocardio (IM). En el apartado referente a esta entidad, los autores resumen las particularidades de la fibrinólisis (FL) y la intervención coronaria percutánea (ICP) en este grupo etario. Atendiendo a nuestras recientes comunicaciones sobre el tema^{2,3}, queremos aportar una serie de comentarios.

En primer lugar, la elegibilidad para un tratamiento de reperfusión depende de forma crucial del tiempo de evolución del IM en el momento de presentación, su riesgo basal y la aparición de complicaciones. Todos estos factores están influidos por la edad^{4,5}. La demora en la presentación aumenta con la edad, favorecida por una percepción disminuida del dolor, deterioro cognitivo, comorbilidades («distractores») o limitaciones sociales⁶. Esta demora es notablemente mayor en registros comunitarios (pacientes de 75 o más años) que en test clínicos (4,7 frente a 2,1 h)^{7,8}. Sin embargo, incluso en estos la edad avanzada se asocia tanto a demora de presentación como a mayor riesgo de complicaciones⁸.

Por otro lado, los autores hacen referencia a las hemorragias intracraneales (HIC) secundarias a FL. A pesar de que la HIC es un hecho catastrófico, la muerte por otras causas continúa siendo el evento adverso más común en ancianos con IM; en concreto, hay una elevada frecuencia de complicaciones eléctricas y mecánicas (rotura de pared libre, *shock* cardiogénico). En el análisis de 706 pacientes de 75 o más años con IM, la rotura de pared libre fue más frecuente entre los tratados con FL (17,1%) que en los sometidos a ICP (4,9%) e incluso en quienes no recibieron reperfusión (7,9%)⁹. La FL, de hecho, podría tener un efecto deletéreo en los muy ancianos. Entonces, ¿cómo orientar su manejo? Lenderink T et al¹⁰ mostraron la utilidad de una serie de variables, la mayoría de ellas disponibles en el momento de admisión, para predecir la mortalidad precoz. Con ellas elaboraron y validaron un modelo de riesgo, especialmente calibrado para pacientes ancianos, que podría proponerse como herramienta adicional para escoger la mejor aproximación terapéutica. No obstante, la decisión final seguirá haciéndose individualizadamente, orientada a ofrecer el mejor resultado y la alternativa más humanista de una enfermedad grave, con complicaciones frecuentes y letales. Además, el

principio de autonomía del paciente (respeto por sus preferencias) debe tener un hueco en nuestras decisiones, y su deseo de no someterse a procedimientos invasivos se considera específicamente en las guías de práctica clínica^{4,5}.

Amelia Carro*, Rachel Bastiaenen y Juan Carlos Kaski

Cardiovascular Sciences Research Centre, St. George's University, Londres, Reino Unido

* Autor para correspondencia:
Correo electrónico: achevia@gmail.com (A. Carro).

On-line el 17 de noviembre de 2011

BIBLIOGRAFÍA

- Jackson CF, Wenger NK. Enfermedad cardiovascular en el anciano. Rev Esp Cardiol. 2011;64:697-712.
- Carro A, Kaski JC. Myocardial infarction in the elderly. Aging Dis. 2011; 2:116-37.
- Carro A, Bastiaenen R, Kaski JC. Age related issues in reperfusion of myocardial infarction. Cardiovasc Drugs Ther. 2011;25:139-48.
- Van de Werf F, Bax J, Betriu A, Blomstrom-Lundqvist C, Crea F, Falk V, et al.; ESC Committee for Practice Guidelines (CPG). Management of acute myocardial infarction in patients presenting with persistent ST-segment elevation: the Task Force on the Management of ST-Segment Elevation Acute Myocardial Infarction of the European Society of Cardiology. Eur Heart J. 2008;29:2909-45.
- Kushner FG, Hand M, Smith Jr SC, King 3rd SB, Anderson JL, Antman EM, et al. 2009 focused updates: ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction (updating the 2004 guideline and 2007 focused update) and ACC/AHA/SCAI guidelines on percutaneous coronary intervention (updating the 2005 guideline and 2007 focused update) a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. J Am Coll Cardiol. 2009;54:2205-41.
- Yarzebski J, Goldberg RJ, Gore JM, Alpert JS. Temporal trends and factors associated with extent of delay to hospital arrival in patients with acute myocardial infarction: the Worcester Heart Attack Study. Am Heart J. 1994;128:255-63.
- Goldberg RJ, Yarzebski J, Lessard D, Gore JM. Decade-long trends and factors associated with time to hospital presentation in patients with acute myocardial infarction: the Worcester Heart Attack Study. Arch Intern Med. 2000;160: 3217-23.
- Ottesen MM, Kober L, Jorgensen S, Torp-Pedersen C. Determinants of delay between symptoms hospital admission in 5978 patients with acute myocardial infarction. Eur Heart J. 1996;17:429-37.
- Bueno H, Martínez-Sellés M, Pérez-David E, López-Palop R. Effect of thrombolytic therapy on the risk of cardiac rupture mortality in older patients with first acute myocardial infarction. Eur Heart J. 2005;26:1705-11.
- Lenderink T, Hernández AV, Boersma E, Martínez-Sellés M, Juárez M, Sánchez PL, et al. Prediction of 30-day mortality in older patients with a first acute myocardial infarction. Cardiology. 2000;115:1-9.

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:
DOI: [10.1016/j.recesp.2011.05.001](https://doi.org/10.1016/j.recesp.2011.05.001)

doi:[10.1016/j.recesp.2011.09.003](https://doi.org/10.1016/j.recesp.2011.09.003)

Desnutrición y pronóstico en insuficiencia cardíaca

Undernourishment and Prognosis in Heart Failure

Sra. Editora:

Nos ha resultado muy interesante leer el artículo de Bonilla-Palomas et al¹ «Influencia de la desnutrición en la mortalidad a

largo plazo de pacientes hospitalizados por insuficiencia cardíaca», en el que los autores analizan el estado nutricional (EN) y su influencia en el pronóstico de pacientes tras un ingreso agudo por insuficiencia cardíaca (IC). El papel del EN en el pronóstico de la IC también ha sido estudiado por nuestro grupo con un seguimiento similar (mediana, 26,7 meses) en pacientes ambulatorios². Los resultados de ambos estudios indican que los pacientes bien nutridos tienen una supervivencia

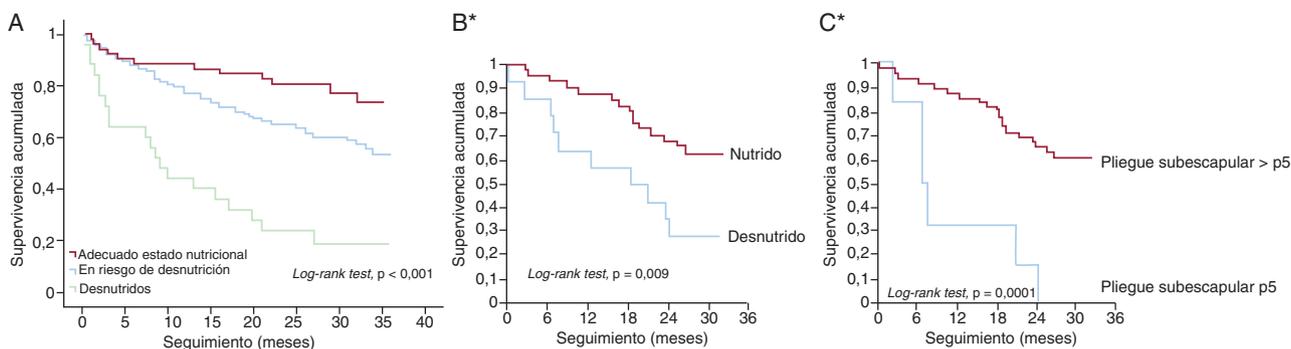


Figura 1. Curvas de supervivencia de Kaplan-Meier de la población de Bonilla-Palomas et al, clasificada según la encuesta *Mini Nutritional Assessment* (A) y de la población de Gastelurrutia et al según la combinación de marcadores de desnutrición (B*) y según el pliegue subescapular (C*).

*Tomado de Gastelurrutia P et al² con permiso de Elsevier.

acumulada estadísticamente mayor que los pacientes desnutridos (fig. 1).

La definición de desnutrición es heterogénea, pues hay distintos métodos con que evaluar el EN y no hay uno que sea patrón de referencia. El *Mini Nutritional Assessment* (MNA), como señalan los autores, es un método diseñado para proporcionar una valoración rápida y sencilla del EN. Sin embargo, frecuentemente los pacientes con IC no están eurolémicos durante su evolución³, y el MNA cuenta entre sus ítems con el índice de masa corporal (IMC), que incluye el peso. En los pacientes hiperhidratados se daría un error por exceso de peso, el cual varía en función del grado de retención de líquidos y las dosis de diuréticos en los pacientes congestivos. Por lo tanto, nos parece más adecuado utilizar un método que valore el EN sin incluir el peso. En nuestro trabajo, se utilizó una definición de desnutrición que combina dos o más marcadores nutricionales de entre los más utilizados en la literatura (albúmina, linfocitos totales, pliegue tricípital [PT], pliegue subescapular [PS] y perímetro muscular del brazo) por debajo del umbral de normalidad^{4,5}.

En el estudio de Bonilla-Palomas et al¹, los marcadores albúmina y PT se estudiaron como posibles predictores de mortalidad en un análisis multivariable y se eliminaron del modelo. Sin embargo, se incluyeron como variables continuas, en lugar de categóricas como sí se hizo con el MNA (desnutrido/no desnutrido). En nuestro estudio, de los parámetros incluidos, guardaron significación estadística con la mortalidad los linfocitos y el PS por debajo de la normalidad. Al incluirlos en el análisis multivariable, el PS permaneció en el modelo junto con la clase funcional de la *New York Heart Association* y la edad. La determinación del PS es muy sencilla y rápida, y puede servir para cribar a los pacientes con IC de peor pronóstico. Estos resultados deben ser confirmados por estudios más potentes.

Es importante conocer el tipo de desnutrición que sufren estos pacientes y la utilización de parámetros que permitan conocer el aspecto proteico de la desnutrición (albúmina-proteína visceral o perímetro muscular del brazo-proteína muscular), el aspecto calórico (pliegues subcutáneos) y el estado inmunitario (linfocitos) puede ser de gran utilidad para una mejor comprensión de este fenómeno y permitiría plantearse estrategias de intervención. Ambos estudios están realizados teniendo en cuenta la mortalidad por cualquier causa. Sería interesante estudiar si estos resultados se mantienen al realizar los análisis en función del tipo de mortalidad, especialmente la mortalidad de origen cardiaco. En

este sentido, nuestro grupo está realizando un test clínico de mayor tamaño que intentará dar respuesta a estas preguntas (NCT01396824).

Coincidimos con Bonilla-Palomas et al¹ y el editorial que acompaña al artículo⁶ en que la valoración del EN debería formar parte de la evaluación integral de los pacientes con IC. Son necesarios estudios estadísticamente potentes que permitan evaluar el efecto de posibles estrategias de intervención en los pacientes desnutridos con IC.

Paloma Gastelurrutia^{a,*}, Josep Lupón^{b,c} y Antoni Bayes-Genis^{a,b,c}

^aInstitut d'Investigació Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona, España

^bServicio de Cardiología, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona, España

^cDepartamento de Medicina, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: pgastelurrutia@gmail.com (P. Gastelurrutia).

On-line el 22 de octubre de 2011

BIBLIOGRAFÍA

- Bonilla-Palomas JL, Gámez-López AL, Anguita-Sánchez MP, Castillo-Domínguez JC, García-Fuertes D, Crespin-Crespin M, et al. Influencia de la desnutrición en la mortalidad a largo plazo de pacientes hospitalizados por insuficiencia cardiaca. *Rev Esp Cardiol*. 2011;64:752-8.
- Gastelurrutia P, Lupón J, Domingo M, Ribas N, Noguero M, Martínez C, et al. Usefulness of body mass index to characterize nutritional status in patients with heart failure. *Am J Cardiol*. 2011 Jul 26 [Epub ahead of print].
- Gastelurrutia P, Nescolarde L, Rosell-Ferrer J, Domingo M, Ribas N, Bayes-Genis A. Bioelectrical impedance vector analysis (BIVA) in stable and non-stable heart failure patients: a pilot study. *Int J Cardiol*. 2011;146:262-4.
- Finestone HM, Greene-Finestone LS, Wilson ES, Teasell RW. Malnutrition in stroke patients on the rehabilitation service and at follow-up: prevalence and predictors. *Arch Phys Med Rehabil*. 1995;76:310-6.
- Brynningsen PK, Damsgaard EM, Husted SE. Improved nutritional status in elderly patients 6 months after stroke. *J Nutr Health Aging*. 2007;11:75-9.
- Coats AJ. Insuficiencia cardiaca crónica, estado nutricional y supervivencia. *Rev Esp Cardiol*. 2011;64:743-4.

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:
DOI: [10.1016/j.recesp.2011.03.009](https://doi.org/10.1016/j.recesp.2011.03.009)

doi:[10.1016/j.recesp.2011.09.001](https://doi.org/10.1016/j.recesp.2011.09.001)