

## Carta al Editor

**Sigue siendo necesaria la valoración geriátrica integral de los pacientes con bajo riesgo quirúrgico candidatos a TAVI*****Comprehensive geriatric assessment is still needed in TAVI candidates at low surgical risk*****Sr. Editor:**

Como hemos podido leer con interés en el artículo de Gutiérrez et al.<sup>1</sup>, la valoración geriátrica integral (VGI) es el procedimiento diagnóstico que se emplea en pacientes ancianos para conocer la situación general de salud más allá de los diagnósticos clínicos. Esta VGI consta de una evaluación del estado funcional, las capacidades cognitivas y el marco social, y permite elaborar un plan de cuidados personalizados y adaptados a cada paciente anciano. La VGI se ha demostrado útil también como marcador pronóstico y herramienta de monitorización y seguimiento en este sector etario. Dentro de la VGI se incluye el cribado de los síndromes geriátricos, como el deterioro cognitivo y funcional, las alteraciones sensorio-perceptivas, la incontinencia o la fragilidad. Esta última ha sido la punta de lanza de la cardiogeriatría y se ha demostrado su utilidad como factor pronóstico en los pacientes ancianos candidatos a procedimientos intervencionistas como el implante percutáneo de válvula aórtica (TAVI).

En este sentido, la medición de la fragilidad ha ayudado a la hora de elegir la mejor opción terapéutica para los pacientes con elevado riesgo quirúrgico, siendo los más frágiles los mejores candidatos a procedimientos menos invasivos frente a los tratamientos cardiocirúrgicos convencionales. Sin embargo, nos encontramos en una fase de evolución de las indicaciones terapéuticas que invita a la reflexión. Con las recientes publicaciones, como el ensayo clínico PARTNER 3, que señalan que los pacientes con riesgos quirúrgicos bajo y moderado pueden beneficiarse del TAVI con la misma eficacia que la cirugía convencional<sup>2</sup>. ¿Sigue siendo necesaria la valoración de la fragilidad en los ancianos que no tengan alto riesgo quirúrgico? La respuesta solo puede ser que sí, por diferentes motivos: en primer lugar, las escalas de medición de riesgo quirúrgico que se emplean antes del TAVI no miden adecuadamente la funcionalidad, aun cuando la Organización Mundial de la Salud dice que la funcionalidad es el primer parámetro de la calidad de vida en el anciano y la evidencia científica demuestra su valor como marcador pronóstico en pacientes geriátricos, incluidos los ancianos con enfermedad cardiaca. En segundo lugar, el pronóstico estimado por las escalas de riesgo quirúrgico circunscriben su valor a efectos de morbimortalidad, pero no determinan calidad de vida, una vez más determinada por la funcionalidad del paciente. Por último, la VGI ya ha demostrado su valor pronóstico en ancianos con alto riesgo quirúrgico candidatos a un TAVI. Se puede suponer que los

que tengan un menor riesgo quirúrgico tendrán una menor carga de comorbilidad, pero no por ello se hace menos necesaria una evaluación de los condicionantes propios del paciente geriátrico: ya que son la funcionalidad y la independencia cotidiana, así como las expectativas del paciente y la familia, lo que constituye la clave de los planes terapéuticos. Por lo tanto, si no sabemos cómo se desenvuelve el anciano en su medio, cómo influyen el deterioro cognitivo en su día a día o con qué red de cuidados contará al alta, no conocemos en realidad cuál sería la mejor opción de tratamiento para nuestros pacientes.

Por ello, nos felicitamos con la aprobación de nuevas indicaciones que abogan por tratar produciendo el menor daño posible, pero en el caso del paciente anciano y del inseparable binomio que lo acompaña: «función-salud», debemos apostar por una valoración general previa y no limitada al riesgo quirúrgico. En este sentido, los equipos cardiológicos multidisciplinares que incluyen a geriatras en sus filas pueden aportar esa calidad adicional para optimizar la atención en los ancianos ya que, más allá del acto intervencionista *per se*, pueden ayudar a minimizar el deterioro funcional ligado al ingreso, controlar las descompensaciones de la comorbilidad o asegurar la continuidad de cuidados al alta.

Magali González-Colaço Harmand<sup>a,\*</sup>, Miguel Leiva Gordillo<sup>b</sup>,  
Myriél López Tatis<sup>c</sup> y Francisco Ignacio Bosa Ojeda<sup>b,d</sup>

<sup>a</sup>Unidad de Hospitalización a Domicilio/OrtoGeriatría, Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna, Santa Cruz de Tenerife, España

<sup>b</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna, Santa Cruz de Tenerife, España

<sup>c</sup>Geriatría, Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Salamanca, España

<sup>d</sup>Facultad de Medicina, Universidad de La Laguna, San Cristóbal de La Laguna, Santa Cruz de Tenerife, España

\* Autor para correspondencia:

Correos electrónicos: [magaligch@hotmail.com](mailto:magaligch@hotmail.com),  
[mgonhar@gobiernodecanarias.org](mailto:mgonhar@gobiernodecanarias.org)  
(M. González-Colaço Harmand).

On-line el 17 de enero de 2020

**BIBLIOGRAFÍA**

- Gutiérrez J, Avanzas P, Solla P, Díaz R, Solano JJ, Morís C. Valoración geriátrica integral de pacientes mayores con estenosis aórtica grave: utilidad en la detección de problemas y planificación de intervenciones. *Rev Esp Cardiol.* 2020;73:336–338.
- Mack MJ, Leon MB, Thourani VH, et al. Transcatheter aortic-valve replacement with a balloon-expandable valve in low-risk patients. *N Engl J Med.* 2019;380:1695–1705.

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2019.09.019>

<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2019.12.023>

0300-8932/© 2020 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.