



Revista Colombiana de Cardiología

www.elsevier.es/revcolcar



EDITORIAL

Identificar la fragilidad en pacientes con enfermedad cardiovascular: ¿opción u obligación?



Identifying fragility in patients with cardiovascular diseases: An option or an obligation?

Lina M. Toledo-Franco

Servicio de Medicina Interna, Fundación Cardioinfantil-Instituto de Cardiología, Bogotá, Colombia

Recibido el 21 de julio de 2015; aceptado el 22 de julio de 2015

A medida que la población envejece, crece el número de pacientes con múltiples comorbilidades asociadas a enfermedades cardíacas, y estas se presentan en estados más avanzados de severidad. En nuestro medio, además, la consulta por enfermedades cardiovasculares ocurre tarde, hecho que se traduce en una dificultad adicional en cuanto a la toma de decisiones de manejo en comparación con pacientes más jóvenes.

Sin embargo, la edad no puede usarse como criterio independiente para evaluar el pronóstico y la utilidad de pruebas diagnósticas y terapéuticas en pacientes ancianos teniendo en cuenta la gran variabilidad del estado funcional de este grupo etario. Muchos se benefician del manejo intensivo e incluso han mostrado mayor sobrevida que los jóvenes, con mejor calidad de vida, disminución de síntomas y prevención de eventos graves.

A razón de lo anterior, es pertinente realizar una evaluación objetiva e individual de los pacientes con miras a determinar el plan de manejo más apropiado. Reconocer aquellos con mayor riesgo por su baja reserva fisiológica, permitirá, en cierto modo, predecir los resultados de procedimientos invasivos tanto diagnósticos como terapéuticos.

Hasta el momento no existe una escala universal validada o incluso una lista para determinar quién es candidato para procedimientos invasivos o por el contrario, debe continuar manejo médico exclusivo dado el alto riesgo de complicaciones. Se tienen a disposición ciertos criterios que ayudan a tomar una decisión consciente y avalarla desde el punto de vista médico y legal. Estos criterios incluyen comorbilidades y su control, soporte social, funcionalidad, estado cognitivo, fragilidad y voluntad del paciente; este último aspecto debe tenerse en cuenta y hacer parte fundamental desde el inicio de la evaluación. Así mismo, el paciente debe conocer todas las posibilidades y contar con soporte familiar para expresar su opinión al equipo médico tratante. Bien lo afirmó Fonnegra¹ en un trabajo anterior de la revista: «*el rechazar manejo y aceptar la muerte es también una opción disponible*», en cuyo caso el paciente debe continuar con el soporte y el manejo médico, aunque las expectativas y el pronóstico cambien.

En cuanto a otros criterios, estos se han evaluado en diferentes escalas y se han aplicado a pacientes con enfermedades cardíacas para determinar el riesgo y los desenlaces posibles. Se ha demostrado que la funcionalidad (capacidad para realizar de manera independiente las actividades básicas de la vida diaria: moverse, comer, bañarse, vestirse e ir al baño), el estado cognitivo y la fragilidad son determinantes en el pronóstico de las enfermedades cardiovasculares y deben tenerse en cuenta al momento de decidir

Correo electrónico: linamariat@hotmail.com

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rccar.2015.07.008>

0120-5633/© 2015 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

la conducta a seguir. Tanto la dependencia funcional como el deterioro cognitivo disminuyen el beneficio del manejo invasivo de estos pacientes. Así mismo, se ha comprobado en múltiples estudios que los pacientes con fragilidad tienen mayor riesgo de desarrollar enfermedad cardiovascular y, además, son más susceptibles a complicaciones e incluso a la muerte, permanecen más tiempo hospitalizados y son más dependientes luego de su egreso.

Fragilidad se define como un síndrome geriátrico dado por la incapacidad para adaptarse a circunstancias estresantes tanto internas como externas (disminución de reserva y resistencia), y que se manifiesta como descompensación al enfrentarse a condiciones patológicas con aumento de riesgo de eventos adversos. Parte de la fisiopatología se explica por el aumento de los marcadores inflamatorios que a su vez se manifiestan con síntomas como fatiga y anorexia. Igualmente, se ha evidenciado aumento de hormonas catabólicas en relación con las anabólicas, así como de marcadores metabólicos como glucemia en ayunas, insulina, triglicéridos y colesterol, que bien se sabe, incrementan el riesgo de enfermedad cardiovascular.

En la actualidad, los criterios de Fried et al.² son los más empleados en la evaluación de estos pacientes. Estos incluyen pérdida de peso (más de 5 kg en 6 meses), percepción de fragilidad (baja energía en la última semana durante más de 3 días), disminución de fuerza del puño (medida con dinamómetro ajustado para el género), marcha lenta (3 m en segundos ajustado para género y estatura), y actividad física disminuida. Un puntaje de 1 a 2 indica prefragilidad o riesgo de presentar fragilidad a futuro. Con más de 3 criterios positivos se hace el diagnóstico.

Algunos autores se oponen al uso de los criterios de Fried, ya que sustentan que hay muchos otros factores que desempeñan un papel importante en la fragilidad, como se mencionó anteriormente, y que no aparecen en esta escala (resistencia a la insulina, obesidad, cambios hormonales y sarcopenia, entre otros). Existen otras herramientas que incluyen más elementos, pero su uso en la práctica clínica diaria es infrecuente debido a la complejidad de algunos de sus criterios.

Para facilitar esta evaluación a los no geriatras, se han buscado criterios más sencillos como el de la velocidad de la marcha, ya que se ha demostrado riesgo independiente para mortalidad cardiovascular y de toda causa, así como de morbilidad en pacientes con enfermedad coronaria o que son candidatos a cirugía cardíaca. Se evalúa el tiempo para caminar a velocidad normal en una distancia de 6 m y se clasifica de la siguiente manera: la marcha lenta mayor de 6 s y menor de este tiempo, es normal (1 m/s). Es probable

que esta sea la manera más indicada para el clínico no geriatra de encontrar pacientes con mayor riesgo en la práctica diaria; una vez se detectan estos pacientes, se continúa con una evaluación detallada y se buscan intervenciones que permitan disminuir las consecuencias a largo plazo.

Finalmente, antes de efectuar cualquier tipo de procedimiento, conviene evaluar si este mejorará la calidad de vida del paciente (p. ej., le aportará a la capacidad de jugar con sus nietos que es su prioridad), o si permitirá adicionar o mantener la independencia del mismo. En el caso del paciente geriátrico, más que la sobrevida, se busca mejorar o mantener lo que es importante para cada caso, y evitar el sufrimiento innecesario.

Cabe recalcar, como se ha explicado en detalle, que la evaluación de fragilidad es multidimensional, y por eso no existe una escala definida para su realización. En lo posible y preferiblemente, debe ser hecha por un geriatra como parte del denominado «*heart team*» en los centros donde hay disponibilidad, en especial, si se tienen en cuenta procedimientos de alta complejidad (p. ej., cirugía de corazón y aorta complejas, implante de válvulas percutáneas, o uso de dispositivos y desfibriladores implantables), si bien se debe considerar en cualquier paciente adulto mayor en quien se quiera evaluar pronóstico y tomar decisiones de intervenciones invasivas o continuar con manejo médico óptimo.

Bibliografía

1. Fonnegra I. Permitir una muerte oportuna es una opción. *Rev Colomb Cardiol*. 2014;21:e1.
2. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al., Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001;56:M146-56.

Bibliografía recomendada

- Afilalo J, Alexander KP, Mack MJ, Maurer MS, Green P, Allen LA, et al. Frailty assessment in the cardiovascular care of older adults. *J Am Coll Cardiol*. 2014;63:747-762.
- Chen M. Fragility and cardiovascular disease: potential role of gait speed in surgical risk stratification in older adults. *J Geriatr Cardiol*. 2015;12:44-56.
- Matsuzawa Y, Konishi M, Akiyama E, Suzuki H, Nakayama N, Kiyokuni M, et al. Association between gait speed and a measure of fragility and risk of cardiovascular events after myocardial infarction. *J Am Coll Cardiol*. 2013;61:1964-1972.
- Taramaso M, Pozzoli A, Buzzatti N, Alfieri O. Assessing operative risk and benefit in elderly patients with heart valve disease. *Eur Heart J*. 2013;34:2788-2791.