

## Estenosis Aórtica en el Adulto Mayor: Perspectiva Brasileña

Max Grinberg y Tarso Augusto Duenhas Accorsi

Instituto do Coração (InCor) do HCFMUSP, São Paulo, SP - Brasil

### El cardiólogo brasileño, cada vez más geriatra

Dado el progresivo cambio previsto en la pirámide demográfica brasileña hacia la forma de trapecio, en virtud del aumento de la proporción de adultos mayores (fig. 1), la historia natural de la estenosis aórtica (EAo) aterosclerótica tiende a ganar relevancia médico-social.

### El nuevo adulto mayor brasileño

Escenario previsto para 2025: 30 millones de brasileños adultos mayores, con expectativa promedio de vida de 76 años, el 3% con EAo aterosclerótica, es decir, cerca de 50 casos para cada cardiólogo.

Se trata de un cambio en el perfil del brasileño portador de valvulopatía. Tradicionalmente, se asocia la deficiencia valvular del brasileño a “joven reumático”, lo que produce consecuencias significativas sobre la fuerza de trabajo de la nación<sup>1</sup>.

Ese incremento a la comorbilidad de jubilados promoverá impacto en las políticas de sostenimiento con respecto a la longevidad, así como en la asistencia-investigación-docencia, impacto éste que implica materias-primas tales como: estado del arte, recomendaciones de directrices, resultados de estudios multicéntricos, valores del paciente único e infraestructura proporcionada por el sistema de salud.

### Estatuto del adulto mayor

Se necesita presentar algunas partes de la Ley nº 10741/2003:

Art. 1º Se instituye el Estatuto del Adulto Mayor, destinado a regular los derechos asegurados a las personas con edad igual o superior a 60 (sesenta) años.

Art. 10. §1º II – El derecho a la libertad comprende opinión y expresión.

Art. 17. Al adulto mayor que se encuentra en el dominio de sus facultades mentales se asegura el derecho de optar por el

tratamiento de salud considerado más favorable, a su juicio.

Párrafo único. Al no estar el adulto mayor en condiciones de proceder a la elección, ésta será hecha:

I – por el curador, cuando de la interdicción del adulto mayor;

II – por los familiares, cuando de la no existencia de un curador responsable del adulto mayor o cuando el curador existe pero no se lo encuentra en tiempo suficiente;

III – por el médico, al inminente riesgo de vida y al no haber tiempo suficiente para la consulta al curador o a la familia;

IV – por el médico, al no haber curador o familiar conocido, caso en que el hecho se deberá comunicar al Ministerio Público.

### Destacques

Presentamos diez aspectos de la EAo que más se observan en el adulto mayor, si comparado al paciente más joven:

- 1) Etiopatogenia de la aterosclerosis;
- 2) Coronariopatía asociada;
- 3) Comorbilidad que influye tanto sobre el pronóstico de vida como sobre el transoperatorio;
- 4) Heterogeneidad de inclusión en el vínculo médico-paciente;
- 5) Complejidad médico-social para la toma de decisión;
- 6) Mayor riesgo en prueba funcional de autodeclarados asintomáticos;
- 7) Morbilidad y mortalidad transoperatorias crecientes a cada década de vida;
- 8) Mayor dimensión clínica del riesgo para cirugía no-cardíaca;
- 9) Participación de cuidador en la anamnesis y en el consentimiento;
- 10) Menos datos en la literatura.

### Síntoma: ¿anamnesis o prueba?

La mayor longevidad del brasileño resultará en el incremento de la identificación de EAo leve o moderada como “hallazgo de auscultación” o “hallazgo ecocardiográfico” anterior a la manifestación subjetiva.

El aumento de la velocidad pico, la aceleración del gradiente transvalvular anual y la densificación cálcica<sup>2</sup> señalan el agravamiento de la lesión aórtica e incluyen el envejecimiento del endocardio valvular en la lista de causas de insuficiencias de tipo cerebrovascular, coronaria o cardíaca diastólica.

Correspondencia: Max Grinberg •

Rua Manoel Antonio Pinto, 4, ap. 21A – Paraisópolis - 05663-020 – São Paulo, SP - Brasil

E-mail: grinberg@incor.usp.br, max@cardiol.br

Artículo recibido el 25/08/08; revisado recibido el 11/09/08;

aceptado el 11/09/08.

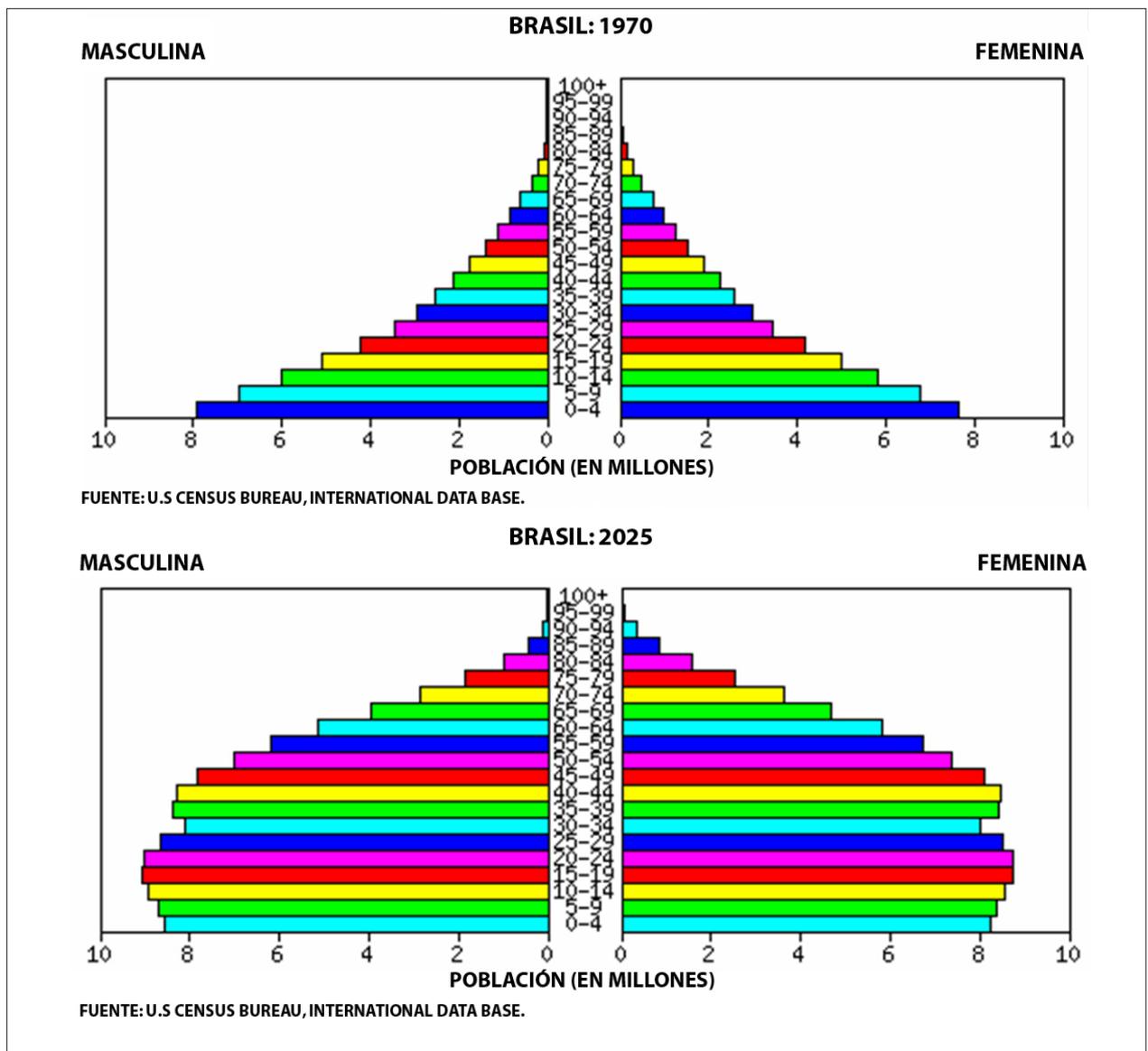


Figura 1 - Cambio de la pirámide poblacional brasileña de acuerdo con el año de 1970 para la forma trapezoide prevista para 2025.

Para algunos autores<sup>3</sup>, la subjetividad en la anamnesis del estado asintomático y sintomático del adulto mayor se muestra una apreciación reduccionista del indicador para la toma de decisión. Dichos autores alegan la posibilidad del adulto mayor declararse asintomático, ya sea por estar limitado en la actividad, ya sea porque disimula los síntomas para no someterse a la cirugía valvular<sup>4</sup>. En este sentido, recomiendan la objetividad de un marcador técnico para garantizar que el paciente con EAo sea *truly asymptomatic* al alcanzar el 80% de la frecuencia cardíaca predicha sin manifestar síntomas<sup>3</sup>.

Adjetivaciones cualitativas o cuantitativas no se adecuan al asintomático, so pena de que análisis físicos fuera de las habitualidades del adulto mayor produzcan un batallón de “sanos sintomáticos”.

No se debe confundir la autoevaluación por parte del adulto mayor con la evaluación en otro nivel de correlación clínico-hemodinámica, por medio de incrementos externos a la sobrecarga existente y útil para previsión de mayor o menor proximidad de evento clínico. Suponerse falsedad declaratoria puede parecer una invasión a la privacidad. Asimismo, hay que resaltar que el fundamento para el reemplazo de la válvula aórtica está en la manifestación no inducida de síntomas a través de métodos científicos (clase I, nivel B) para todos los grupos de edad<sup>5</sup>.

Es cuestionable el real beneficio –no exento de riesgos y dificultades de verificación en el adulto mayor– para fundamentar la terapéutica. No se estimula la indicación de la prueba de esfuerzo, tampoco que se la establezca como criterio para efectuarse el reemplazo valvular (clase IIb)<sup>5</sup>.

### Calidad de vida para el adulto mayor

Comportamientos propios del adulto mayor con EAo interfieren en la autoapreciación de la calidad de vida. El paciente puede estar asintomático y a la vez insatisfecho con pérdidas decurrentes de la obediencia a restricciones físicas; puede también sentirse limitado en su independencia para tomar decisiones personales y profesionales, a causa de la perspectiva del síntoma a cualquier momento<sup>6</sup>.

No resulta raro, entonces, que la información prestada por el cuidador sobre que el paciente piensa acerca de la significación de su vida y sus motivaciones no coincida con la información expuesta por el propio adulto mayor. Ello es un aspecto a tomarse en consideración en el raciocinio clínico, tanto como los cambios biopsicosociales del envejecimiento y sus efectos nosológicos o farmacológicos sobre el discernimiento del adulto mayor.

### Muerte súbita

Hace más de setenta años se destacaron muerte inesperada y muerte por insuficiencia como eventos de la EAo<sup>7</sup>.

Para mil pacientes con EAo, se estima que la muerte súbita incide sobre 3-10, habitualmente en el estado de portador sintomático. Los pocos casos asociados a asintomáticos traen dudas respecto a la eventual no revelación de síntoma<sup>8</sup>.

Se destacan tres aspectos: primero, a la no comunicación sobre la posibilidad de muerte súbita se contraponen su explícita revelación desde la Internet; el segundo reside en el hecho de que prevenir muerte súbita no constituye criterio aislado para operar el paciente asintomático (clase III); el tercero se resume en el comentario de Eugene Braunwald<sup>9</sup>: “[...] El tratamiento quirúrgico es la causa más común de muerte súbita en pacientes asintomáticos con estenosis aórtica [...]”.

### Idealidad de la prótesis valvular

La calcificación aterosclerótica impide el aprovechamiento de la conservación valvular y apunta hacia el no cumplimiento de los atributos de idealidad de prótesis<sup>10</sup>.

Recomendamos la bioprótesis al adulto mayor –práctica que completa 40 años en nuestra institución, orientados por tendencia universal actual–, lo que corresponde a recomendaciones clase I/IIa. Hay que resaltar la conveniencia de evitar la anticoagulación en esa clase de paciente, ya sea por el mayor riesgo de hemorragia desde anomalías anatómicas, ya sea por la mayor posibilidad de intervenciones quirúrgicas.

### Prevención por estatina

Existe la posibilidad de interferencia en el proceso activo celular y molecular asociado a lesión endotelial, inflamación y acumulación de lípidos de la EAo del adulto mayor. La hipercolesterolemia se revela factor admitido de riesgo, junto al tabaquismo, hipertensión arterial sistémica y diabetes.

Son cinco las observaciones más importantes con respecto a la desaceleración de la progresión hemodinámica desde la acción antilipídica y antiinflamatoria de estatinas:

- 1) Estudios retrospectivos apuntan efecto benéfico.
- 2) El estudio prospectivo Saltire evidenció la ineficacia.
- 3) El estudio prospectivo Raave reveló beneficio a pacientes con hipercolesterolemia.
- 4) El estudio prospectivo Astronomer tiene conclusiones previstas para diciembre de 2008.
- 5) El estudio prospectivo Seas ya permitió observar: a) ausencia de beneficio de la asociación simvastatina-ezetimibe en la progresión de la EAo y b) atención al aspecto de no-maleficencia por el diagnóstico de cáncer (9,9% vs. 7,0%,  $p = 0,03$ ) y muerte relacionada (4,1% vs. 2,5%,  $p = 0,05$ ).

En resumen, hasta el momento, se debe considerar el uso de estatina sólo para las indicaciones ya aceptadas.

### ¿Tratamiento clínico o quirúrgico?

Esa toma de decisión, para el caso del adulto mayor, resulta compleja en virtud de:

- 1) Definición del grado importante de EAo;
- 2) Ausencia de síntomas significa observación atenta tanto de los síntomas como de la función ventricular izquierda;
- 3) Perspectivas de influencia farmacológica antilipídica y antiinflamatoria en la progresión hemodinámica;
- 4) Presencia de síntomas y/o reducción de la función ventricular justifican la corrección quirúrgica a corto plazo;
- 5) Definición sobre la realidad de las arterias coronarias;
- 6) Alta probabilidad de puntaje múltiple en el score de riesgo operatorio;
- 7) Perspectivas de aprovechamiento del beneficio de la corrección hemodinámica, en virtud de consecuencias físicas y mentales del envejecimiento;
- 8) Opinión propia del adulto mayor/cuidador;
- 9) Fuerte necesidad de cirugía no cardíaca;
- 10) Perspectivas de la técnica percutánea de implante de prótesis.

### Potencial Conflicto de Intereses

Declaro no haber conflicto de intereses pertinentes.

### Fuentes de Financiación

El presente estudio no tuvo fuentes de financiación externas.

### Vinculación Académica

No hay vinculación de este estudio a programas de postgrado.

## Referencias

1. Spina GS, Guilherme L. Febre Reumática. In: Grinberg M, Sampaio RO (eds.). Doença valvar. Barueri (SP): Ed. Manole; 2006. p. 333-45.
2. Otto CM. Valvular aortic stenosis: disease severity and timing of intervention. *J Am Coll Cardiol.* 2006; 47: 2141-51.
3. Lung B, Gohlke-Bärwolf C, Tornos P, Tribouilloy C, Hall R, Butchart E, et al. Recommendations on the management of the asymptomatic patient with valvular heart disease. *Eur Heart J.* 2002; 23: 1252-66.
4. Chizner MA, Pearle DL, deLeon AC Jr. The natural history of aortic stenosis in adults. *Am Heart J.* 1980; 99: 419-24.
5. Bonow RO, Carabello BA, Chatterjee K, de Leon AC Jr, Faxon DP, Freed DP, et al. ACC/AHA 2006 guidelines for the management of patients with valvular heart disease. *J Am Coll Cardiol.* 2006; 48: e1-e148.
6. Grinberg M. Sintomas e insatisfação: o contexto na qualidade de vida do portador de doença valvar. *Arq Bras Cardiol.* 2007; 88: e13-e20.
7. Contratto AW, Levine SA. Aortic stenosis with special reference to angina pectoris and syncope. *Ann Intern Med.* 1937; 10: 1636-53.
8. Pellikka PA, Nishimura RA, Bailey KR, Tajik AJ. The natural history of adults with asymptomatic hemodynamically significant aortic stenosis. *J Am Coll Cardiol.* 1990; 15: 1012-7.
9. Braunwald E. On the natural history of severe aortic stenosis. *J Am Coll Cardiol.* 1990; 15: 1018-20.
10. Harken DE, Soroff HS, Taylor WJ, Lefemine AA, Gupta SK, Lunzer S. Partial and complete prostheses in aortic insufficiency. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 1960; 40: 744-62.