

Estenose Aórtica no Idoso: Perspectiva Brasileira

Aortic Stenosis in the Elderly: A Brazilian Perspective

Max Grinberg e Tarso Augusto Duenhas Accorsi

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

O cardiologista brasileiro, cada vez mais geriatra

Com a progressão prevista da pirâmide demográfica brasileira para a forma de trapézio, pelo aumento da proporção de idosos (fig. 1), a história natural da estenose aórtica (EAo) aterosclerótica tende a ganhar relevância médico-social.

O novo idoso brasileiro

Cenário para 2025: 30 milhões de brasileiros idosos, com expectativa média de vida de 76 anos, 3% com EAo aterosclerótica, cerca de 50 casos para cada cardiologista.

Trata-se de uma mudança no perfil do brasileiro portador de valvopatias. Tradicionalmente, associa-se deficiência valvar do brasileiro a “jovem reumático”, com conseqüências significativas sobre a força de trabalho da nação¹.

Esse acréscimo à comorbidez de aposentados promoverá impacto nas políticas de sustentação à longevidade e na assistência-pesquisa-docência, envolvendo matérias-primas tais como: estado da arte, recomendações de diretrizes, resultados de estudos multicêntricos, valores do paciente-uno e infra-estrutura proporcionada pelo sistema de saúde.

Estatuto do idoso

Vale apresentar algumas partes da Lei nº 10741/2003:

Art. 1º É instituído o Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos.

Art. 10. §1º II – O direito à liberdade compreende opinião e expressão.

Art. 17. Ao idoso que esteja no domínio de suas faculdades mentais é assegurado o direito de optar pelo tratamento de saúde que lhe for reputado mais favorável.

Parágrafo único. Não estando o idoso em condições de proceder à opção, esta será feita:

I – pelo curador, quando o idoso for interdito;

Palavras chave:

Estenose da valva aórtica / etiologia, idoso, Brasil.

II – pelos familiares, quando o idoso não tiver curador ou este não puder ser contactado em tempo hábil;

III – pelo médico, quando ocorrer iminente risco de vida e não houver tempo hábil para consulta a curador ou familiar;

IV – pelo próprio médico, quando não houver curador ou familiar conhecido, caso em que deverá comunicar o fato ao Ministério Público.

Destaques

Apresentamos dez aspectos da EAo que são mais observados no idoso do que no paciente mais jovem:

- 1) Etiopatogenia aterosclerótica;
- 2) Coronariopatia associada;
- 3) Comorbidade influente no prognóstico de vida e transoperatório;
- 4) Heterogeneidade de inclusão no vínculo médico-paciente;
- 5) Complexidade médico-social para tomada de decisão;
- 6) Maior risco em teste funcional de autodeclarados assintomáticos;
- 7) Morbidade e mortalidade transoperatórias crescentes a cada década de vida;
- 8) Maior dimensão clínica do risco para operação não-cardíaca;
- 9) Participação de cuidador na anamnese e no consentimento;
- 10) Menos dados na literatura.

Sintoma: anamnese ou teste?

A maior longevidade do brasileiro trará crescente identificação de EAo discreta ou moderada como “achado de ausculta” ou “achado ecocardiográfico” precedendo a manifestação subjetiva.

O aumento da velocidade de pico, a aceleração do gradiente transvalvar anual e a densificação cálcica² sinalizam o agravamento da lesão aórtica e incluem o envelhecimento endocárdico valvar na relação de causas de insuficiências vascular-cerebral, coronária ou cardíaco-diafórica.

Para alguns autores³, a subjetividade pela anamnese do estado assintomático e sintomático do idoso é uma apreciação reducionista de indicador para tomada de decisão. Alegam a possibilidade de o idoso declarar-se assintomático ou por estar limitado na atividade ou porque dissimula para não se

Correspondência: 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

Artigo recebido em 25/08/08; revisado recebido em 11/09/08; aceito em 11/09/08

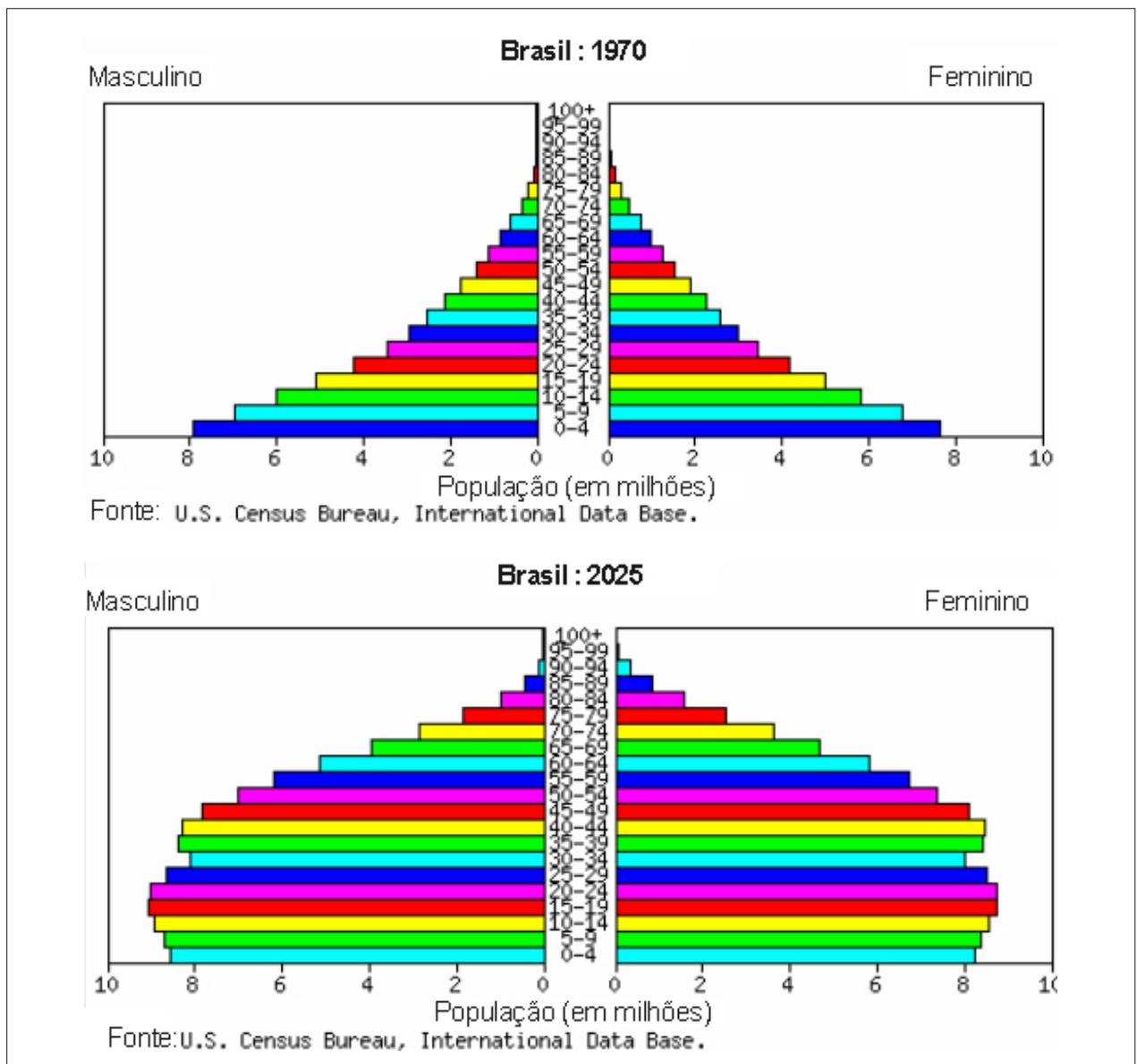


Fig 1 - Mudança da pirâmide populacional brasileira conforme 1970 para a forma trapezóide prevista para 2025.

submeter à operação valvar⁴. Recomendam a objetividade de um marcador técnico para garantir que o paciente com EAO é *truly asymptomatic* quando atinge 80% da frequência cardíaca predita sem manifestar sintomas³.

Adjetivações qualitativas ou quantitativas não cabem no assintomático, sob pena de análises físicas fora das habitualidades do idoso criarem um batalhão de “sadios sintomáticos”.

Não se deve confundir auto-avaliação pelo idoso com avaliação em outro nível de correlação clínico-hemodinâmica, por meio de acréscimos externos à sobrecarga existente e útil para antevisão de maior ou menor proximidade de evento clínico. Supor falsidade declaratória pode soar como invasão de privacidade. Ressalte-se que o fundamento para a substituição da valva aórtica é a manifestação de sintomas

não-induzida por métodos científicos (classe I, nível B) para todas as faixas etárias⁵.

É questionável o real benefício – não isento de riscos e dificuldades de cumprimento no idoso – para fundamentar a terapêutica. A indicação do teste de esforço, por um lado, e tê-lo como critério para desencadeamento de substituição valvar, por outro, não são estimulados (classe IIb)⁵.

Qualidade de vida para o idoso

Comportamentos próprios do idoso com EAO influenciam a auto-apreciação da qualidade de vida. Ele pode estar assintomático e insatisfeito com perdas advindas da obediência a restrições físicas, e sentir-se contido na sua independência para decisões pessoais e profissionais pela perspectiva do

Ponto de Vista

sintoma a qualquer momento⁶.

Não é raro que a informação prestada pelo cuidador sobre o que o paciente pensa sobre a significação da sua vida e suas motivações não seja cioncidente com a exposta pelo próprio idoso. É um viés a ser considerado no raciocínio clínico, tanto quanto as modificações biopsicossociais do envelhecimento e os efeitos nosológicos ou farmacológicos sobre o discernimento do idoso.

Morte súbita

Morte inesperada e morte por insuficiência cardíaca foram destacadas há mais de setenta anos como eventos da EAo⁷.

Em 1.000 pacientes com EAo, estima-se que a morte súbita ocorra em 3-10, habitualmente no estado de portador sintomático. Os poucos casos associados a assintomáticos trazem dúvidas quanto à eventual não-revelação de sintoma⁸.

Destacam-se três aspectos:

a) a não-comunicação sobre a possibilidade de morte súbita tem tido contraponto na sua explícita revelação na internet;

b) prevenir morte súbita não constitui critério isolado para operar o assintomático (classe III);

c) comentário de Eugene Braunwald⁹: “[...] O tratamento cirúrgico é a causa mais comum de morte súbita em pacientes assintomáticos com estenose aórtica [...]”.

Idealidade da prótese valvar

A calcificação aterosclerótica impede o usufruto da conservação valvar e acena com o não-preenchimento dos atributos de idealidade de prótese¹⁰.

Recomendamos a bioprótese ao idoso, prática que completa quarenta anos em nossa instituição, tendência universal atual e que no idoso corresponde a recomendações classe I/IIa. Ressalte-se a conveniência de evitar a anticoagulação no idoso pelo maior risco de hemorragia a partir de anomalias anatômicas e pela maior chance de intervenções cirúrgicas.

Prevenção por estatina

Há possibilidade de interferência no processo ativo celular e molecular associado a lesão endotelial, inflamação e acúmulo de lípidos da EAo do idoso. A hipercolesterolemia é fator admitido de risco, junto com tabagismo, hipertensão arterial sistêmica e diabetes.

Sobressaem cinco observações sobre desaceleração da progressão hemodinâmica pela ação antilipídica e antiinflamatória de estatinas:

1) Estudos retrospectivos sinalizam efeito benéfico.

2) O estudo prospectivo Saltire concluiu pela ineficácia.

3) O estudo prospectivo Raave apontou benefício a pacientes com hipercolesterolemia.

4) O estudo prospectivo Astronomer tem conclusões previstas para dezembro de 2008.

5) O estudo prospectivo Seas já permitiu observar:

a) ausência de beneficência da associação sinvastatina-ezetimibe na progressão da EAo e

b) alerta sobre o quesito não-maleficência pelo diagnóstico de câncer (9,9% vs. 7,0%, $p = 0,03$) e morte relacionada (4,1% vs. 2,5%, $p = 0,05$).

Em suma, até o momento, o uso de estatina deve ser considerado apenas para as indicações já acolhidas.

Tratamento clínico ou cirúrgico?

Essa tomada de decisão no idoso é complexa e individualizada, em razão de:

1) Definição do grau importante de EAo;

2) Ausência de sintomas significa observação cuidadosa quanto a sintomas e função ventricular esquerda;

3) Perspectivas de influência farmacológica antilipídica e antiinflamatória na progressão hemodinâmica;

4) Presença de sintomas e/ou rebaixamento da função ventricular justificam correção cirúrgica em curto prazo;

5) Definição sobre a realidade das artérias coronárias;

6) Alta probabilidade de pontuação múltipla no escore de risco operatório;

7) Perspectivas de usufruto do benefício da correção hemodinâmica, em razão de conseqüências físicas e mentais do envelhecimento;

8) Opinião própria do idoso/cuidador;

9) Forte necessidade de operação não-cardíaca;

10) Perspectivas da técnica percutânea de implante de prótese.

Potencial Conflito de Interesses

Declaro não haver conflito de interesses pertinentes.

Fontes de Financiamento

O presente estudo não teve fontes de financiamento externas.

Vinculação Acadêmica

Não há vinculação deste estudo a programas de pós-graduação.

Referências

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.