



REVISIÓN

Aspectos no cardiológicos de la estenosis aórtica en los más mayores. Revisión

Baldomero Álvarez-Fernández^{a,*}, Francesc Formiga^b, Manuel de Mora-Martín^c, Fernando Calleja^d y Ricardo Gómez-Huelgas^e

^a Geriatria, Servicio de Medicina Interna, Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga, España

^b Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitari de Bellvitge, IDIBELL, Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

^c Servicio de Cardiología, Instituto Biomédico de Málaga (IBIMA), Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga, España

^d Servicio de Cirugía Cardiovascular, Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga, España

^e Servicio de Medicina Interna, Instituto Biomédico de Málaga (IBIMA), Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 10 de mayo de 2016

Aceptado el 2 de junio de 2016

On-line el xxx

Palabras clave:

Estenosis aórtica

Implante valvular aórtico transcathéter

Anciano

Fragilidad

Keywords:

Aortic stenosis

Transcatheter aortic valve implantation

Elderly

Fragility

R E S U M E N

La estenosis aórtica (EA) es la valvulopatía más frecuente en el anciano. El tratamiento es el reemplazo valvular bien por cirugía abierta o en los casos de pacientes de alto riesgo quirúrgico o inoperables mediante *transcatheter aortic valve implantation* (TAVI). Sin embargo, alrededor del 40% de los ancianos tratados con TAVI presentan malos resultados por falta de mejoría clínica o muerte. Esta revisión analiza los aspectos no cardiológicos de los pacientes con EA que pueden ayudar a responder a 3 preguntas clave: 1) ¿la sintomatología que presenta el paciente se debe exclusivamente a la EA o existen otros factores o comorbilidades que puedan justificarla o acrecentarla?; 2) ¿qué posibilidades de mejoría del estado de salud y calidad de vida tiene el paciente si se hace el reemplazo valvular?, y 3) ¿en qué medida podemos disminuir el riesgo de que el reemplazo sea fútil?

© 2016 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Non-cardiac aspects of aortic stenosis in the elderly: A review

A B S T R A C T

Aortic stenosis (AS) is the most frequent valve disease in the elderly population. Treatment is valve replacement either by open surgery, or in the case of patients at high surgical risk, by TAVI (Transcatheter Aortic Valve Implantation). However, almost 40% of patients who have undergone TAVI show poor health outcomes, either due to death or because their clinical status does not improve. This review examines the non-cardiac aspects of patients with AS, which may help answer three key questions in order to evaluate this condition pre-surgically: 1) Are the symptoms presented by the patient exclusively explained by the AS, or are there other factors or comorbidities that could justify or increase them?, 2) What possibilities for improvement of health status and quality of life has the patient after the valve replacement?, and 3) How can we reduce the risk of a futile valve replacement?

© 2016 SEGG. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Con alguna excepción, la estenosis aórtica (EA) solo produce síntomas (disnea, síncope y angina) cuando ya es severa, y en estos casos, la mortalidad es muy elevada, habiéndose comunicado cifras

del 50% a los 2-3 años y del 88,4% a los 5 años, con una supervivencia media de 1,8 años¹. El tratamiento es el reemplazo valvular, bien por cirugía abierta o por vía percutánea (*transcatheter aortic valve implantation* [TAVI])². La TAVI solo está indicada en pacientes con un riesgo quirúrgico alto o inoperables, habiendo demostrado reducir la mortalidad, las rehospitalizaciones y los ictus frente al tratamiento médico en estos casos³. En pacientes con riesgo quirúrgico medio o bajo se recomienda la cirugía abierta², aunque algunos estudios recientes muestran beneficios de la TAVI frente

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: balvarez@t2v.com (B. Álvarez-Fernández).

a la cirugía en pacientes de riesgo quirúrgico intermedio^{4,5}, por lo que esta recomendación actualmente está en revisión

En los pacientes ancianos con EA avanzada es básico realizar una adecuada selección de los pacientes para decidir qué técnica emplear, o incluso, si el reemplazo valvular se puede considerar fútil². Esta es una cuestión nada fácil si tenemos en cuenta que la mayoría de los pacientes con EA severa son pacientes ancianos con importante comorbilidad asociada⁶ y unos condicionantes funcionales, cognitivos y sociales de fragilidad que los pueden hacer muy vulnerables a cualquier situación de estrés. En este sentido, se conoce que un porcentaje próximo al 40% de los pacientes a los que se les ha realizado TAVI han tenido unos pobres resultados de salud, ya sea por mortalidad o porque no ha mejorado su estado de salud (funcional, cognitivo ni social)^{3,7}. Haciendo referencia a este grupo de pacientes en los que la TAVI resulta fútil, Leon et al. los denominan cohorte C⁸.

Así, un escenario posible es que el procedimiento incrementa la supervivencia de pacientes que mantengan una mala calidad de vida. Por lo tanto, para definir la eficacia de la TAVI debería incluirse, además de la supervivencia, otras medidas del estado de salud, como la calidad de vida, la mejora funcional y la ausencia de rehospitalización⁹. Arnold et al.¹⁰ realizaron una propuesta global para identificar los parámetros que definen un resultado pobre de salud tras el reemplazo valvular atendiendo a 3 aspectos: muerte dentro del margen de supervivencia estimada si no se hubiera intervenido, una puntuación inferior a 45 puntos en el Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire tras el reemplazo, o presentar un descenso de 10 puntos o más en el mismo cuestionario tras la intervención.

Por todo ello, debemos profundizar en el conocimiento de los aspectos no cardiológicos asociados a la EA. El objetivo de esta revisión es intentar contestar 3 preguntas que nos parecen cruciales a la hora de evaluar al paciente con EA como son: 1) ¿la sintomatología que presenta el paciente se debe exclusivamente a la EA o existen otros factores o comorbilidades que puedan justificarla o acrecentarla?; 2) ¿qué posibilidades de mejoría del estado de salud y calidad de vida tiene el paciente si se hace el reemplazo valvular?, y 3) ¿en qué medida podemos disminuir el riesgo de que el reemplazo tenga pobres resultados?

¿La sintomatología que presenta el paciente se debe exclusivamente a su estenosis aórtica o existen otros factores o comorbilidades que puedan justificarla o acrecentarla?

La sintomatología de la EA severa viene encuadrada por 3 pilares fundamentales: disnea, síncope y angina. Hay que tener en cuenta que la presentación de la angina puede ser muy atípica en el paciente de edad avanzada, sobre todo en el muy anciano (mayores de 80 años) y pluripatológico, como son frecuentemente los pacientes con criterios de TAVI. Igualmente, la disnea y los síncope pueden ser síntomas asociados a muy distintas patologías en estos pacientes. La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), la diabetes y la polifarmacia figuran entre las más importantes.

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), cuya prevalencia en los pacientes con EA está en torno al 25%¹¹, se ha descrito en distintos estudios como un factor determinante de mayor morbimortalidad en los pacientes a los que se les ha realizado reemplazo valvular¹¹⁻¹⁵. La valoración del paciente con EA y EPOC requiere de una cuantificación de esta última, cosa difícil en este tipo de pacientes ya que las pruebas funcionales respiratorias (PFR), en muchos casos, presentan serias dificultades

de realización en este grupo poblacional. En algunos casos, la realización de una pletismografía pulmonar puede ayudar, ya que analiza volúmenes que han demostrado estar relacionados con el pronóstico de la TAVI, como son la capacidad vital y la capacidad pulmonar total¹⁵. Es obligado realizar un estudio preoperatorio de la función respiratoria en los pacientes propuestos para reemplazo valvular, entre otras cosas, porque hasta un 39% de los pacientes con EA sin sospecha de enfermedad pulmonar presentan unas PFR indicativas de enfermedad pulmonar moderada-severa¹⁶. Sin embargo, un aspecto muy importante a tener en cuenta es que se ha descrito una mejoría sustancial de la PFR en los pacientes a los que se les reemplazó la válvula¹⁶, lo que nos plantea serias dudas sobre la utilidad de dichas pruebas desde una perspectiva pronóstica.

Otros aspectos que pueden resultar relevantes a la hora de cuantificar la EPOC son la dependencia continua al oxígeno y la distancia que puede caminar el paciente en 6 min, factores ambos muy relacionados con el mal pronóstico tras realizar TAVI^{15,17,18}. Hasta ahora no existe acuerdo sobre qué punto de corte en el test de la marcha en 6 min determina la posible futilidad de realizar un reemplazo valvular. Dvir et al.¹⁷ pusieron una distancia menor de 50 m, pero parece que una distancia inferior a 100 m se asocia a escaso beneficio de la TAVI¹⁸.

Lo que parece evidente es que la sintomatología de la EA y la de la EPOC son muy parecidas y, en muchos casos, es difícil de valorar qué síntomas corresponden a cada una de las patologías. En este sentido, Dvir et al.¹⁷ indican que los niveles de **peptidos** natriuréticos cerebral y la actualización de las PFR puedan orientarnos. Si persisten dudas, se puede optar por realizar una valvuloplastia con balón; si se objetivara mejoría sintomática, orientaría a que el reemplazo valvular puede ser útil¹⁷.

Diabetes

La diabetes se ha mostrado como una variable relacionada con la morbimortalidad de los pacientes con reemplazo valvular¹⁹⁻²², aunque algún trabajo reciente lo pone en duda²³.

De cualquier forma, lo que es evidente es la relación existente entre diabetes y complicaciones cardíacas en el paciente anciano, y a su vez, la relación que existe entre diabetes, patología cardíaca y estado funcional en este grupo de edad. El consenso sobre el tratamiento de la diabetes tipo 2 en el anciano²⁴ hace especial mención a esta relación y a la alta prevalencia de hipoglucemias en los mayores de 80 años cuando se pretende un control glucémico estricto que, en muchos casos, no tiene sentido atendiendo al estado funcional, cognitivo y social, y a la supervivencia estimada del paciente. Llama la atención este consenso sobre la sintomatología atípica que presenta la hipoglucemia en este grupo de edad que tiene menor percepción de los síntomas autonómicos y neuroglucopépicos que los pacientes de menor edad, predominando el déficit funcional (asociado no solo a hipoglucemia, sino también a neuropatía) y otros síntomas como caídas, confusión y cansancio²⁴. Este cortejo sintomático en un anciano con EA puede inducir una sobreestimación de la severidad de la valvulopatía.

Polifarmacia

Los ancianos con EA presentan con frecuencia una elevada carga de comorbilidad y de polifarmacia⁶. Debemos tener presente que más del 70% de los pacientes mayores de 80 años en la comunidad están polimedcados y hasta un 69% presenta alguna prescripción inapropiada²⁵. Las reacciones adversas a medicamentos (RAM) en la población anciana que vive en la comunidad ascienden al 35% y son responsables de hasta un 30% de los ingresos de pacientes mayores. Esta población tiene especial riesgo de RAM por los cambios farmacocinéticos y farmacodinámicos que se producen en el envejecimiento. Además, muchas RAM se manifiestan con

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5043839>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5043839>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)