

La Densidad de Saberes Disciplinarios Motivada por la Historia Natural de Valvulopatías

Max Grinberg y Tarso Augusto Duenhas Accorsi

Instituto do Coração - InCor, São Paulo, SP - Brasil

Cuidados terciarios generan especialistas. Los especialistas se nutren de cuidados terciarios. El “multiconsultismo” no debe fragmentar la figura del médico en la conducción del caso.

Morgenstern L. Will, The real doctor please standup?

Tres de cada 4 recomendaciones para cuidar a los portadores de valvulopatía se sustentan en nivel C de evidencia¹. Es realidad que destaca el valor de la experiencia de hecho vivenciada al lado de la cama en la composición de la experiencia colectivizada en la literatura.

Pasar por las situaciones clínicas de “su paciente”, siendo “su cardiólogo”, apoyado por conocimiento propio y de colegas (presentes o con presencia por publicación), versados en saberes disciplinarios, profundizados en detalles, se multiplica en seguridad para la relación médico-paciente. El papel central educativo del al lado de la cama es el *feedback* asistencial que posibilita reconocer lo que es esencial en una mezcla de saberes para construir una firme identidad profesional (creer y poder) resolutive para las necesidades del paciente con deficiencias en válvula cardíaca².

La Cardiología del Brasil se armoniza, con ajustes, a la memoria universal sobre enfermedad valvular. En relación a los países que lideran la globalización de directrices, el estetoscopio brasileño capta un mayor número de repeticiones de ruidos cardíacos y diversidades de valvulopatía. Los varios servicios brasileños funcionan como reservorios de una infinita potencialidad de casos clínicos y centros de referencia (alta vivencia) en enfermedad valvular que dan soporte pedagógico de excelencia³.

Perspectivas de actualización de la directriz brasileña⁴ tropiezan, específicamente, en óbices financieros y, en general, en una corriente minimización de adopción que acontece con directrices nacionales, frente a la alta credibilidad de las sociedades americanas y europeas de cardiología.

Palabras clave

Enfermedad de las válvulas cardíacas/historia, servicios de salud/tendencias, cardiología/educación.

Correspondencia: Max Grinberg •

Rua Manoel Antonio Pinto, 04/21A - Paraisópolis - 05663-020 - São Paulo, SP - Brasil

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

Artículo recibido el 13/08/10; revisado recibido el 29/09/10; aceptado el 18/10/10.

La frecuencia de la etiopatogenia reumática - que trae peculiaridades a la atención de los brasileños - debe mantenerse en los próximos años⁵. El aumento de la expectativa de vida en el Brasil proyecta aumento de la lesión valvular de los añosos. Por adición, en el corto plazo, surge la perspectiva de crecimiento del número de portadores de valvulopatía incluido en una población de casi 200 millones de habitantes y distribuido, con heterogeneidad socioeconómica, por la inmensidad de los 8 millones 500 mil km² de alcance del Sistema Único de Salud⁶.

Esa renovada continuidad de expresión cualitativa y cuantitativa de las enfermedades de las valvas del corazón es razón suficiente para justificar un consecuente planeamiento en la formación del joven cardiólogo brasileño⁷. Los programas de postgrado necesitan estar estructurados para el desarrollo de *expertise* de clínica valvular que sustente buenas prácticas en una larga continuidad etárea, que va desde niños y adolescentes hasta nonagenarios.

La excelencia de las estrategias útiles y eficaces para el portador de enfermedad valvular se construye por la agregación de múltiples saberes disciplinarios. Está lo esencial de la formación profesional, donde el paciente con valvulopatía es quien se presenta con la más pedagógica propedéutica física del corazón. Están las complejidades que exigen amplia apertura de las fronteras de la fragmentación disciplinaria - asociada a la hiperespecialización -, creada por la avalancha de la masa de innovaciones científicas y tecnológicas. Métodos y normas utilizados en la especificidad de cada disciplina precisan “dialogar” al lado de la cama del portador de enfermedad valvular, y que de la intertextualidad resulte la aplicación de la mejor ecuación entre beneficio clínico y seguridad para el paciente. El cardiólogo en formación tiene que obtener la capacitación para que, una vez instado a interactuar en la historia natural de las valvulopatías, desempeñarse como moderador de la interlocución de las disciplinas, ya sea para la aplicación directa, o para la habilitación al análisis crítico de la actuación de otros, de modo individual o en equipo.

La intimidad del endocardio con la sangre circulante es el fundamento de las mutuas influencias hemodinámicas y estructurales observadas al lado de la cama del portador de valvulopatía. Por un lado, la lesión morfológica valvular causa innatas adaptaciones por hipertrofia concéntrica o excéntrica del miocardio, por otro lado, el impacto de la modificación estructural sobre la física de la circulación del sangre provoca trombos, o, aun, bacterias invaden la sangre y acrecientan danos al endocardio⁸.

La composición de disciplinas exigidas es numerosa. Por ejemplo, la conducción de una decisión terapéutica sobre una

valvulopatía que causa insuficiencia cardíaca grave asociada a la ocurrencia reciente de accidente cerebro vascular en paciente bajo anticoagulación envuelve fuerte pluralidad compuesta por cardiología, cirugía cardíaca, anestesiología, neurología, hematología e imagenología.

Destacamos 10 componentes disciplinarios:

1. *Hematología* - La prevención de tromboembolismo es lo racional para el interés del cardiólogo en adquirir familiaridad con anticoagulación. La grandeza en clínica de valvulopatía, formada especialmente por la ocurrencia de fibrilación atrial y/o presencia de prótesis metálica, se expresa por la prescripción de varfarina en cerca de 50% de las recetas emitidas en el ambulatorio de la Unidad Clínica de Valvulopatías del InCor, representando consumo de 400 mil comprimidos de 5 mg/año y realización de 250 mil análisis de INR. El cardiólogo precisa estar capacitado para: a) iniciar, orientar sobre interacciones medicamentosas y alimentarias y dar secuencia a ajustes para el control de los niveles de anticoagulación; b) conducir puente varfarina-heparina-varfarina periprocedimiento; c) reconocer precozmente y manejar complicaciones de la anticoagulación, teniendo en vista que 7,6 de cada 100 pacientes/año presentan sangrados cuando son anticoagulados, siendo 14% grandes sangrados y, en hasta 0,04% de estos pacientes, el sangrado es fatal⁹.
2. *Cirugía cardíaca* - El mal pronóstico de la historia natural de valvulopatías desencadenó el nacimiento y el desarrollo de la cirugía cardíaca. El cardiólogo tiene que adquirir *expertise* en la indicación del mejor momento para hacer cesar el curso de la remodelación cardíaca adaptativa a las anormalidades hemodinámicas y proporcionar una historia postoperatoria benéfica para la calidad de vida del paciente y/o de la función miocárdica. Como no existe iatrogenia cero, el cardiólogo precisa conocer la fase etiopatogénica del tratamiento quirúrgico, manifiesta en complicaciones inmediatas y mediatas de naturalezas esencialmente hemodinámicas e infecciosas. La mortalidad de la cirugía cardíaca valvular varía de 1,7 hasta 10,1% en la literatura, pudiendo ser mayor en presencia de mayor número de comorbilidades¹⁰.
3. *Pediatría* - La actividad reumática es manifestación del joven que nace con predisposición genética para una reacción inmunitaria autoagresiva al *Streptococcus pyogenes*. Las peculiaridades del manejo clínico de niños/adolescentes, incluyendo diagnóstico diferencial de carditis y/o artritis, dosis de fármacos, como penicilina y corticosteroides, e interacción con el responsable legal deben ser conocidas por el cardiólogo instado a controlar el portador de valvulopatía reumática en la infancia/juventud¹¹.
4. *Infectología* - El portador de valvulopatía está bajo riesgo permanente de sufrir una infección en el lugar de la alteración morfológica valvular. La formación del cardiólogo necesita proveer competencia para involucrarse en el diagnóstico diferencial de la manifestación de fiebre en presencia de valvulopatía, para sospechar de agentes infecciosos que provocan hemocultivo negativo, y pueden ser reconocidos por serología, y para conducirse frente a variadas respuestas clínicas del paciente a la antibioticoterapia¹².
5. *Neurología* - El encéfalo puede ser órgano de shock hermanado al corazón durante actividad reumática, siendo la corea de Sydenham (*Thomas Sydenham -1624-1689*) uno de los 5 criterios mayores de Jones (*Thomas Duckett Jones-1899-1954*). La embolia cerebral, consecuente al compromiso del endocardio valvular o parietal, sanguínea o por vegetación, constituye interurrencia de valvulopatía o de endocarditis infecciosa que suele agravar significativamente el cuadro clínico y traer esquelas y agravamientos de pronóstico¹.
6. *Odontología* - La encía y el alvéolo dentario son puertas de entrada tradicionales para la etiología por el grupo *viridans* de la endocarditis estreptocócica¹³. Cabe al cardiólogo contribuir para concientizar al portador de valvulopatía sobre la conveniencia de la prevención primaria y secundaria de la salud bucal. Por la frecuencia con que ocurre la concomitancia de anticoagulación y de exodoncia/endodoncia en el portador de valvulopatía, la formación del cardiólogo debe incluir el conocimiento de la combinación de técnicas que permitan conciliar la necesidad de intervención dental con la calidad de la prevención de tromboembolismo¹⁴.
7. *Imagenología* - Alteración morfológica de válvulas, aposición de trombo y vegetación, medidas de la remodelación y función cardíacas son complementos útiles para la toma de decisión en clínica de valvulopatía. Hace parte de la formación del cardiólogo adquirir vivencia en el análisis crítico de la imagen frente a los datos clínicos, de modo de atribuir jerarquía de valor clínico y capacitarse para resolver situaciones de disociación entre clínica e imagen. La ecocardiografía, al permitir la visión anatómica y el análisis funcional, ha sido un apoyo valioso - pedagógico y clínico - para la consolidación de un razonamiento clínico basado en el mayor número de evidencias recogidas del propio paciente.
8. *Obstetricia* - La edad fértil es motivo de atención peculiar por el cardiólogo que cuida de portadora de valvulopatía. Planeamiento familiar y cuidados durante el ciclo gravídico-puerperal requieren análisis de pronóstico y decisiones terapéuticas de riesgo materno-fetal^{1,10}.
9. *Gastroenterología* - Protección gástrica por medio de omeprazol hace parte de 42% de las recetas emitidas en el ambulatorio de Cardiopatías Valvulares del InCor. Además, la identificación de *Streptococcus bovis* trae alta probabilidad de presencia de un tumor intestinal (benigno o maligno) asintomático¹².
10. *Multiprofesional* - El cardiólogo precisa tener noción sobre el valor adyuvante de saberes de Enfermería, Psicología, Fisioterapia, Nutrición y Servicio Social

para la efectividad de la conducción del caso de enfermedad valvular. Al lado de la cama es el lugar donde la reunión del conocimiento multiprofesional provoca el eficiente impacto pedagógico de la interacción entre la ciencia y el carácter humano de su aplicación en la formación del cardiólogo¹⁵⁻¹⁷.

El paciente con enfermedad valvular reúne un conjunto de necesidades e influencias clínicas sobre la calidad de vida a lo largo de crónica historia natural y alta posibilidad de vivencia de historia postoperatoria. En ese contexto interdisciplinar, la formación del cardiólogo no puede dispensar contactos con lo racional histórico que llevó a la constitución de funciones especiales de orientación y fiscalización de fundamentos éticos del ejercicio de la Medicina, desempeñadas por comités de profesionales en el ambiente hospitalario. Se destacan la Comisión de Control de Infección Hospitalaria, la Comisión de

Farmacología, la Comisión de Análisis de Historias clínicas, la Comisión de Análisis de Óbitos, la Comisión de Ética Médica y la Comisión de Bioética.

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. Bonow RO, Carabello BA, Chatterjee K, Leon Jr AC, Faxon DP, Freed MD, et al. ACC/AHA 2006 Guidelines for the management of patients with valvular heart disease. *J Am Coll Cardiol*. 2006;3(3):e1-148.
2. Grinberg M. O cardiologista brasileiro em formação: diretriz e liberdade. *Arq Bras Cardiol*. 2009;92(1):e4-e5.
3. Souza MFM, Rocha FMM, Malta DC, Morais Neto OLM, Silva Jr JB. Epidemiologia das doenças do aparelho circulatório no Brasil: uma análise da tendência de mortalidade. *Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo*. 2006;16(1):48-62.
4. Pomerantzeff PM, Barbosa GV / Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretrizes de cirurgia nas valvopatias. *Arq Bras Cardiol*. 2004;82(supl.5):22-33.
5. Silva MO, Bertolami V, Finatti AAC, Jatene AD. Estudo da prevalência da febre reumática. *Rev Saúde Publ*. 1979;13(1):1-6.
6. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro; 2009.
7. Grinberg M, Accorsi TAD. Residente formado no instituto da vontade - os requisitos desejo, movimento e superação. *Arq Bras Cardiol*. 2009;93(2):42-4.
8. Wilson W, Taubert KA, Gewitz M, Lockhart PB, Baddour LM, Levison M, et al. Prevention of infective endocarditis: guidelines from the American Heart Association: a guideline from the American Heart Association Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease Committee, Council on Cardiovascular Disease in the Young, and the Council on Clinical Cardiology, Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia, and the Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Working Group. *Circulation*. 2007;116(15):1736-54.
9. Palareti G, Leali N, Coccheri S, Poggi M, Manotti C, D'Angelo A, et al. Bleeding complications of oral anticoagulant treatment: an inception-cohort, prospective collaborative study (ISCOAT). *Lancet*. 1996;348(9025):423-8.
10. Vahanian A, Baumgartner H, Bax J, Butchart E, Dion R, Filippatos G, et al. Guidelines on the management of valvular heart disease: the Task Force on the Management of Valvular Heart Disease of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J*. 2007;28(2):230-68.
11. Gerber MA, Baltimore RS, Eaton CB, Gewitz M, Rowley AH, Shulman ST, et al. Prevention of rheumatic fever and diagnosis and treatment of acute Streptococcal pharyngitis: a scientific statement from the American Heart Association Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease Committee of the Council on Cardiovascular Disease in the Young, the Interdisciplinary Council on Functional Genomics and Translational Biology, and the Interdisciplinary Council on Quality of Care and Outcomes Research: endorsed by the American Academy of Pediatrics. *Circulation*. 2009;119(11):1541-51.
12. Bayer AS, Bolger AF, Taubert KA, Wilson W, Steckelberg J, Karchmer AW, et al. Diagnosis and management of infective endocarditis and its complications. *Circulation*. 1998;98(25):2936-48.
13. Mansur AJ, Dal Bo CM, Fukushima JT, Issa VS, Grinberg M, Pomerantzeff PM. Relapses, recurrences, valve replacements, and mortality during the long-term follow-up after infective endocarditis. *Am Heart J*. 2001;141(1):78-86.
14. Neves ILI, Neves RS. Interação com a odontologia. In: Grinberg M, Sampaio RO (eds). *Doença valvar*. Barueri: Manole; 2007. p. 390-9.
15. Matte AC, Cardoso E. Aspectos nutricionais do valvopata. In: Grinberg M, Sampaio RO (eds). *Doença valvar*. Barueri: Manole; 2007. p. 400-5.
16. Romano BW. Valvopatias e suas implicações psicológicas. In: Grinberg M, Sampaio RO (eds). *Doença valvar*. Barueri: Manole; 2007. p. 406-13.
17. Matsumoto ME, Franco SS, Feltrin MIZ- Fisioterapia em pré e pós-operatório de cirurgia valvar. In: Grinberg M, Sampaio RO (eds). *Doença valvar*. Barueri: Manole; 2007. p. 414-7.