

Roteiro para Resolução de Valvopatia (Resolva)

Roadmap for Resolution of Valvular Heart Disease (Resolva)

Max Grinberg, Flavio Tarasoutchi, Roney Orismar Sampaio

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

Somos cardiologistas no Brasil da febre reumática prevalente como etiopatogenia da doença valvar^{1,2}, realidade diferente de países que lideram publicações científicas internacionais. É instigante!

Cuidamos de valvopatias e combinamos por rotina: 1) acurácia do exame clínico e complementar; 2) efetividade do método terapêutico; 3) segurança para o paciente; 4) impacto de custos; e 5) rigor com preceitos da ética. É o quinteto clássico!

Acompanhamos a história natural da doença por longo período de tempo após o diagnóstico da valvopatia, pois nossa conduta costuma ser expectante enquanto o paciente mantiver-se oligossintomático, mesmo quando a valvopatia for importante. É da prática!

Empenhamo-nos pela correção hemodinâmica da valvopatia grave quando surge a expressão clínica de desconfortos limitantes à boa qualidade de vida do portador de valvopatia³⁻⁶. É o estado da arte!

Declaramo-nos não aderentes a certas recomendações de intervenção “antecipada aos sintomas” e “preventiva de complicações tardias”⁷⁻⁹, embora não sejamos inflexíveis. É do médico!

Desenvolvemos assistência/pesquisa/ensino sobre tratamento, conscientes de que a maioria das propostas de resolução em valvopatia formuladas na literatura, incluindo diretrizes, é fundamentada em opinião de especialista - e não em conclusão de estudo randomizado. É fato!

Utilizamos técnicas terapêuticas que foram avaliadas pelo tempo de uso e interessamo-nos por inovações, especialmente as que revelam alto caráter progressista, como é o implante percutâneo que recém favorece o idoso com prognóstico clínico sombrio e escore de risco cirúrgico “proibitivo”. Tecnologia e bioética!

E porque nos comprometemos com a harmonia entre a pluralidade da expressão clínica da valvopatia - e

comorbidades - nos vários órgãos-alvo e a singularidade do paciente em atendimento, introduzimos a dimensão da bioética ao quinteto citado^{10,11}. É da atitude humana!

Enfim, após firmarmos os componentes valvar, extravalvar e não cardiológico da valvopatia grave, conduzimo-nos para a terapêutica com três fundamentos: 1) indissociabilidade entre tecnociência (saber e instrumental da Medicina) e atitude (interação a circunstâncias); 2) força das evidências da ciência; e 3) vigor da relação médico-paciente.

Eles dão amparo aos 04 movimentos seguintes: 1) partimos da seleção do benefício conceitual dado pelo conhecimento científico; 2) passamos pela análise de segurança para o paciente; 3) respeitamos a sua liberdade de consentimento, e assim completamos uma primeira fase, tendo a indicação terapêutica individualizada. A partir daí, ultimamos a estratégia de resolução numa segunda fase de juízo crítico: 4) transpassamos a proposição assim constituída pela mentalização de dois crivos éticos sobre o que poderá vir a ser a apreciação externa de zelo (evitar negligência) e de prudência (evitar imprudência) (Figura 1).

Denominamos a estratégia de Roteiro para Resolução de Valvopatia (RESOLVA) e os elementos essenciais da composição estão relacionados no Quadro 1.

Benefício

Conhecemos a dimensão do efeito e a estimativa de precisão do benefício e do não benefício de antibioticoprofilaxia, drogas cardioativas, fármacos não cardiológicos, indicamos reparo hemodinâmico por acesso cirúrgico convencional ou inovador (via apical, por exemplo) e estamos nos familiarizando com o implante de bioprótese via transcutânea (aórtica e mitral). É dimensão da Medicina!

Utilizamos as matrizes disponíveis moldando convergências e divergências às orientações coletivizadas, pois, as recomendações pré-moldadas, como constantes em diretrizes, servem para interação com a maioria - e não para a totalidade - das expressões do portador de valvopatia grave⁵. É a dimensão da relação médico-paciente!

Hierarquizamos a classe funcional III/IV e a disfunção ventricular esquerda como os fatores determinantes de intervenção sobre a(s) valva(s) culpada(s). É a rotina beneficente!

Postamo-nos vigilantes do segmento da literatura que traz proposição de antecipação da correção hemodinâmica de lesão valvar importante, ou seja, a de interromper a história natural em momento ainda com boa qualidade de vida e função ventricular esquerda normal^{8,9}. É a tensão pró-beneficência!

Palavras-chave

Febre reumática, doenças das valvas cardíacas/terapia/diagnóstico/prevenção e controle.

Correspondência: Max Grinberg •

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

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

Artigo recebido em 02/12/10, revisado recebido em 14/01/11, aceito em 17/01/11.

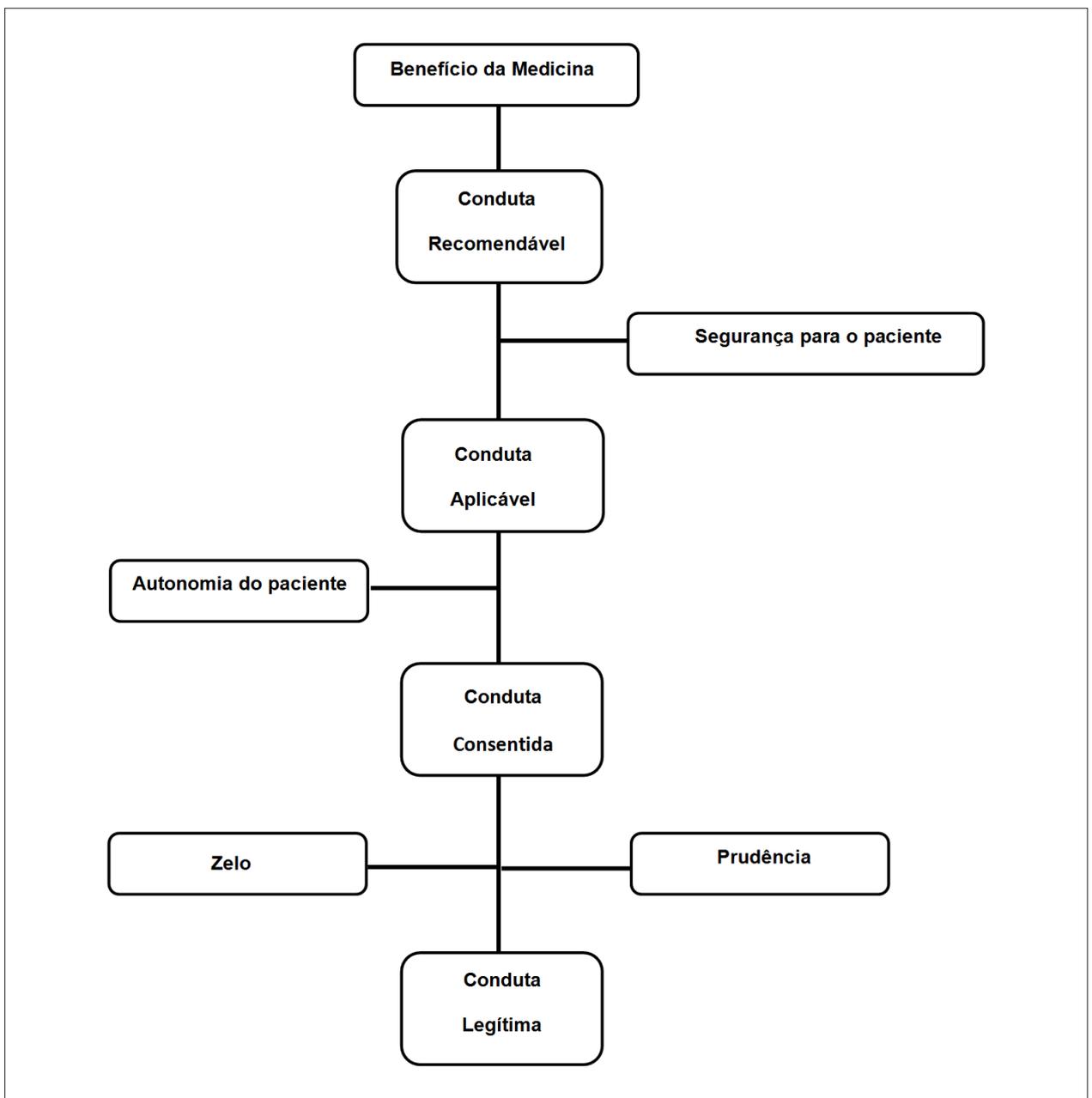


Fig. 1 - Roteiro para Resolução de Valvopatia (RESOLVA).

Por isso, fazemos reanálises costumeiras sobre antigas e recentes evidências que dão sustentação à nossa preferência por conduta clínica na classe funcional II, usando como eixo crítico condutor a noção de que ela é fase de transição para a classe funcional III. A finalidade é manter sob prova científica o nosso entendimento habitual que o benefício presumível de: 1) reversão da remodelação adaptativa; 2) evitar que sobrevenha fibrilação atrial (e anticoagulação), hipertensão arterial pulmonar e tricuspidação, durante a classe funcional II; não deve falar mais alto do que: 1) as realidades da boa qualidade de vida; 2) as possibilidades de morbimortalidade das técnicas de correção hemodinâmica da valvopatia grave.

É da significância ética da beira do leito, observamos verdades clínicas, mas, não necessariamente as vemos como certezas para o prognóstico!

Em suma, definimos a utilidade terapêutica para o momento da história natural da valvopatia (CONDUTA RECOMENDÁVEL) e a empregamos como um ponto de partida do raciocínio clínico de elaboração da estratégia individualizada.

Segurança

Porque há reais benefícios terapêuticos para o portador de valvopatia, julgamos que Segurança, na aplicação dos mesmos, é semântica mais apropriada do que Não Maleficência (a

Quadro 1 - Elementos essenciais dos componentes da estratégia RESOLVA

Benefício
Experiência coletivizada (literatura)
Diretrizes atualizadas
Trabalhos recentes pós-diretrizes
Experiência de fato vivenciada
Individual
Equipe
Segurança
Morbidade do método
Gravidade clínica da valvopatia
Influência de comorbidades
Autonomia do paciente
Autenticidade (valores pessoais)
Livre ação (procura por opiniões)
Deliberação (conhecer as opções)
Zelo
Pró-atenção
Pró-decisão
Pró-atividade
Prudência
Pró-reflexão
Pró-oportunidade
Pró-tolerância

denominação do princípio da Bioética), visto que sempre haverá adversidades admissíveis ao usufruto dos mesmos, que devem ser previstas e evitadas, na medida do possível¹².

Temos utilizado a concepção de Segurança para o portador de valvopatia como o segundo passo do desenvolvimento do raciocínio clínico. O benefício presumido é filtrado pelo olhar da morbidade relacionada, tanto a intrínseca ao método quanto a decorrente das circunstâncias de aplicação, e estabelece-se a CONDUTA APLICÁVEL.

Estamos conscientes de que as deficiências históricas da segurança da técnica operatória, por mais que tenham acontecido progressos, favorecem a nossa atitude de priorização da qualidade de vida atual, o que está intimamente ligada à eficiência dos mecanismos adaptativos à valvopatia, na definição da melhor oportunidade da resolução da disfunção valvar. Em certo sentido, a eficiência clínica do “tratamento natural” (hipertrofia concêntrica ou excêntrica) aumenta a preocupação com a segurança da intervenção terapêutica.

Outras linhas de pensamento, contudo, propõem privilegiar a qualidade de vida futura sobre a boa qualidade atual, pela confiança no bom êxito da correção hemodinâmica em classe funcional II, entendendo que a consolidação da recomendação dos métodos terapêuticos aconteceu simultaneamente à elevação do grau de segurança^{13,14}.

Reconhecemos que há uma zona cinzenta na classe funcional II próxima à manifestação da classe funcional III, onde o juízo crítico sobre realidades do caso (evolução de variáveis, como grau de dilatação ventricular e calcificação, bem como o desejo do paciente em resolver imediatamente, por exemplo) sustentaria a pertinência de uma “antecipação terapêutica”. Essa situação, onde a objetividade da propedêutica física e complementar superaria a subjetividade da anamnese, demonstra como devemos entender obrigatório, em qualquer circunstância, o profundo esclarecimento da conduta ao portador de valvopatia e a sua opinião - direito à participação na tomada de decisão, de acordo com o princípio da autonomia.

Autonomia

No exercício profissional, precisamos respeitar o que a modernidade dos códigos e leis aplicáveis à Saúde sinaliza: a sociedade contemporânea deseja a participação do cidadão nas decisões sobre a própria saúde¹⁵. Em decorrência, aplicamos o princípio da autonomia ao portador de valvopatia.

Sobre a plataforma diagnóstica da doença valvar, informamos o paciente com indicação de intervenção terapêutica sobre benefícios e filtros pela segurança para si, esclarecemos a relação risco-benefício resultante e incentivamos o diálogo sobre consentimento (ou não) com o portador de valvopatia grave.

Salvo no iminente risco de morte (conforme explícito no Código de Ética Médica), desejamos que a CONDUTA APLICÁVEL seja apreciada com autenticidade (juízo segundo os próprios valores), livre ação (chance de busca por opiniões outras) e deliberação (escolha após conhecimento das opções de utilidade) por parte do portador de valvopatia grave, assim resultando - ou não - uma CONDUTA CONSENTIDA, com ou sem ajustes em relação à CONDUTA APLICÁVEL. Observamos que há heterogeneidade de efetiva inclusão do portador de valvopatia na resolução, dependente de aspectos emocional, social e cultural.

Em resumo, apoiamos-nos no princípio da autonomia para modular as melhores evidências científicas de tratamento com particularidades pessoais do portador de valvopatia grave e estabelecemos a CONDUTA CONSENTIDA.

A experiência tem nos ensinado que vale realizar uma dupla avaliação revisora final pelo Zelo e pela Prudência, os dois preceitos da Ética mais julgados nos Conselhos de Medicina, para que a resolução seja amplamente assegurada como CONDUTA LEGÍTIMA. O que acontece é que, apenas após certas denúncias de insatisfação de resultados, tomamos consciência da utilidade da conferência ética final.

Zelo

Destacamos o exame sequencial de conformidade de conduta zelosa como imprescindível garantia de afastamento de pronunciamentos de negligência, especialmente quando há exigências clínicas de adequação de recomendação classe I/IIa ao caso. Na última etapa da estratégia RESOLVA, a reafirmação ética de Zelo faz repassar a proposição terapêutica por um crivo tripartite.

Reconfirmamos, inicialmente, o potencial do Benefício consentido e o que pode representar eventual componente não consentido. Num segundo passo, revemos o quanto

o que ficou consentido representa em grau admissível de Segurança para o portador de valvopatia. Em outras palavras, fazemos valer a autonomia do médico sobre se devemos aplicar a CONDOTA CONSENTIDA, ou nos recusar a aplicá-la. A terceira etapa da análise do Zelo faz-nos reexaminar se houve de fato a participação ativa e consciente do portador de valvopatia no processo decisório.

Em suma, aprendemos que conferir segundo o Zelo, ao final da sequência da resolução, ajuda-nos a: 1) conduzirmo-nos sob aceitável justificação - e documentação - por eventuais atalhos ao habitual, em respeito a peculiaridades (clínicas e/ou autonômicas) do portador de valvopatia grave; ou a 2) conscientizarmos-nos de que determinada vontade do portador de valvopatia grave nos faz sentir negligentes e decididos a recusar dar prosseguimento à assistência.

Prudência

À semelhança do Zelo, utilizamos o crivo da Prudência para arrematar a resolução para o portador de valvopatia grave, a fim de reafirmar salvaguarda contra a infração ética da imprudência.

Enquanto o uso do fundamento do Zelo contribui para nos precavermos de um omissivo “não praticar antiético”, a Prudência nos ajuda a aprofundar a reflexão sobre o caráter ético do comissivo “praticar de modo oportuno”.

É particularmente no contexto da dimensão de efeito classe IIb, onde há a necessidade de se assegurar da pertinência da recomendação, pois as estimativas de certeza níveis B e C (não há recomendação IIbA em diretriz de valvopatia) subentendem conflitos de evidências científicas e de opinião de especialistas. A própria semântica sugerida nas diretrizes⁵ para a aplicação de recomendação classe IIb- pode ser considerada razoável, obscura e não bem estabelecida-alerta para eventual aplicação quando a CONDOTA CONSENTIDA encaixa-se na classe IIb.

Por em prática o RESOLVA contribui para maximizar o rigor crítico sobre a relação risco-benefício na especificação da conduta terapêutica de interesse para o portador de valvopatia grave.

Caso clínico

Homem de 54 anos de idade apresenta insuficiência mitral importante associada a imagens ecocardiográficas sugestivas de degeneração mixomatosa e prolapso do folheto posterior da valva mitral. Ele não manifesta nem sintomas da cardiopatia, nem distúrbios do ritmo cardíaco, nem sinais de disfunção ventricular esquerda e de hipertensão arterial pulmonar, é fumante, tem grau moderado de enfisema pulmonar e refere nefrectomia direita causada por traumatismo.

O paciente deseja se submeter à correção da valvopatia mitral de imediato, “enquanto os pulmões estão bem”. Ele revela que o seu pai foi “operado tarde do coração” quando já tinha vários sintomas de algumas doenças e faleceu dois dias após a operação.

Benefício - A avaliação clínico-ecocardiográfica estimou em 92% a probabilidade de sucesso de tratamento cirúrgico conservador da valva mitral. De acordo com a Diretriz 2006 ACC/AHA, haveria recomendação classe IIa com nível de evidência B para o tratamento cirúrgico, considerada a expertise da equipe. Por outro lado, a rotina do serviço que

atende ao paciente é aguardar a manifestação de sintomas da valvopatia para a indicação cirúrgica.

Segurança - Uma discussão entre os membros da equipe apontou contrapontos: 1) risco operatório baixo; 2) risco de intercorrências habituais perioperatórias, com ênfase no potencial de complicações pulmonares e renais pelo enfisema pulmonar e pela nefrectomia; 3) impossibilidade de garantir a efetiva realização de uma corretiva conservação da valva mitral, apesar da expertise existente.

Autonomia do paciente - Os aspectos do risco-benefício foram informados ao paciente e uma equipe multiprofissional entendeu que ele ficou bem esclarecido sobre o aspecto imediato (risco > benefício para a qualidade de vida) e tardio (impossibilidade de precisar se haveria maior risco cirúrgico e/ou mudanças na probabilidade de conservação valvar, quando da manifestação de sintomas). Apesar disso, o paciente manteve a disposição de uma operação imediata.

Autonomia da equipe - Não houve unanimidade em relação ao atendimento da solicitação “antecipatória” do paciente.

Autonomia da instituição - O diretor do serviço manifestou-se pelo privilégio da rotina institucional de aguardar os sintomas, justificando forte conotação de justiça social vista a continuada e enorme demanda de situações clínicas avançadas exigentes de tratamento cirúrgico em curto prazo.

Negligência - A não aplicação de benefício recomendação classe I exige justificação clínica e/ou ética aprofundada para não caracterizar indícios de negligência (omissão de tratamento necessário e imprescindível) por parte da equipe. Já a orientação classe IIa - conceitualmente aplicável ao caso - transita num nível diferente de apreciação ética pois é menos afirmativa (“pode ser útil” substitui “é útil”).

Imprudência - Um eventual atendimento à solicitação do paciente não caracterizaria imprudência. Há embasamento científico para o benefício na circunstância do caso e não há risco proibitivo, o que descaracterizaria insensatez e intempestividade.

Resolução - De acordo com as reflexões guiadas pelos quesitos sequenciais do RESOLVA, o paciente foi informado e registrado em seu prontuário que a equipe resolveu manter a conduta clínica e seguimento periódico para observação da evolução clínico-laboratorial, tendo sido enfatizado que qualquer modificação do quadro clínico fosse imediatamente comunicada à equipe e que aquela determinaria a reanálise de resolução. Outrossim, a equipe comunicou ao paciente que ele tinha o direito de procurar por uma segunda opinião e eventualmente encontrar um outro serviço que aceitasse a sua posição “antecipatória” uma vez que não houve unanimidade no quesito “Autonomia da Equipe”.

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. Grinberg M. Até quando...? Possibilidades, limites, critérios. *Arq Bras Cardiol.* 2006; 87(5):e209-e12.
2. Costa LP, Domiciano DS, Pereira RMR. Características demográficas, clínicas, laboratoriais e radiológicas da febre reumática no Brasil: revisão sistemática. *Rev bras reumatol.* 2009;49(5):606-16.
3. Grinberg M. Sintomas e insatisfação: o contexto na qualidade de vida do portador de diferença valvar. *Arq Bras Cardiol.* 2007;88(1):e13-e20.
4. Grinberg M, Pomerantz PMA. Manter, conservar, trocar. *Arq Bras Cardiol.* 2006;87(3):e10-4.
5. Bonow RO, Carabello BA, Chatterjeer 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;48(3):1-148.
6. Tarasoutchi F, Grinberg M, Spina GS, Sampaio RO, Cardoso LF, Rossi EG, et al. Ten-year clinical laboratory follow-up after application of a symptom-based therapeutic strategy to patients with severe chronic aortic regurgitation of predominant rheumatic etiology. *J Am Coll Cardiol.* 2003;41(8):1316-24.
7. Alpert JS. Aortic stenosis in the 21st century. *Am J Med.* 2010;123(10):875-6.
8. Shah RV, Desai NR, O'Gara PT. Asymptomatic severe aortic stenosis: silence of the lambs? *Circulation.* 2010;122(17):1734-9.
9. Adams DH, Rosenhek R, Falk V. Degenerative mitral valve regurgitation: best practice revolution. *Eur Heart J.* 2010;31(16):1958-66.
10. Grinberg M. Manter o clássico e inovar em clínica de valvopatia: o equilíbrio pela bioética. *Arq Bras Cardiol.* 2010;95(2):e48-50.
11. Meyers C. Cruel choices; autonomy and critical care decision-making. *Bioethics* 2004;18(2):104-19.
12. Queneau P, Bannwarth B, Carpentier F, Guliana JM, Bouget J, Trombert B, et al. Emergency department visits caused by adverse drug events: results of a French survey. *Drug Saf.* 2007;30(1):81-8.
13. Bigelow JC, Herr RH, Wood JA, Starr A. Multiple valve replacement: review of five years' experience. *Circulation.* 1968;38(4):656-63.
14. Levine FH, Copeland JG. Prosthetic replacement of the mitral valve continuing assessments of the 100 patients operated upon during 1961-1965. *Circulation.* 1973;47(3):518-26.
15. Joffe S, Manocchia M, Weeks J, Cleary P. What do patients value in their hospital care? An empirical perspective on autonomy centred bioethics. *J Med Ethics.* 2003;29(2):103-8.