

# Índice Valvar & Escore Valvar. Uma nova forma de Comunicação do *continuum* da História Natural da Valvopatia

Max Grinberg e Guilherme Sobreira Spina  
São Paulo, SP

Informações da anamnese, exame físico e exames complementares qualificam e quantificam o *continuum* patológico desencadeado pela lesão valvar. Acompanhar um paciente com cardiopatia valvar, que costuma ter história natural longa, é construir um *pari-passu* de comparações. Três tipos de comportamentos fazem parte da nossa prática do dia-a-dia: 1) observação da adaptação cardiovascular, incluindo prevenção do fator etiopatogênico valvar (febre reumática ou endocardite infecciosa); 2) intervenção sobre influências modificadoras da história natural (surto reumático, endocardite infecciosa, gestação); 3) substituição da história natural por história pós-operatória.

Cada momento da avaliação valvar representa um elo entre passos precedentes e previsões sobre comportamentos seguintes. Há o momento em que o caso é tão somente um "sopro", e que pressupõe muito tempo de convivência recomendada com a história natural; há o momento da lesão valvar grave com o paciente permanecendo com boa qualidade de vida; há o momento "de fato doente" assim visto devido à manifestação de sintomas; há o momento que ultrapassou o ponto da história natural em que o cardiologista se obrigaria a recomendar intervenção sobre a essência anatômica da cardiopatia<sup>1, 2</sup>.

Sob a óptica da praticabilidade, acompanhar um portador de valvopatia é acumular respostas a quatro quesitos, cada um simbolizado por uma letra: 1) qual a gravidade anatomoclínica da lesão (V); 2) qual a repercussão sobre a função miocárdica (M); 3) qual o grau de eventual obstrução em artéria coronária (C) 4) qual o efeito sobre os níveis de pressão na artéria pulmonar (P)?

Entendemos que reunir quatro respostas sob a sigla VMCP contribui para a caracterização do momento clínico e a comunica-

ção interconsulta. Estamos propondo uma classificação 4 x 4, ou seja, ela inclui 4 variáveis, cada uma delas com 4 categorias. O VMCP representa *índice valvar* (ex: V<sub>3</sub>M<sub>2</sub>C<sub>1</sub>P<sub>2</sub>) e fundamenta o *escore valvar* (3 + 2 + 1 + 2 = 8 no caso citado) quadro I.

Nossa intenção foi definir a subdivisão em categorias com base em pontos de referência habitualmente empregados. Assim, a passagem de V2 para V3 inclui o caso na classe I de recomendação para tratamento cirúrgico conforme diretriz<sup>1</sup>. A identificação do caso como M3 ou M4 implica em influência sobre o prognóstico cirúrgico.

O escore VMCP foi aplicado a 608 valvopatas submetidos a tratamento cirúrgico entre janeiro/2002 a março/2003 em nossa instituição. A média etária foi de 48,9±17 anos, 55,3% sexo feminino, 58,7% de etiologia reumática.

O grupo com VMCP >8 teve maior tempo de internação que o grupo com escore menor ou igual a este valor (26,6±23,1 vs 20,9±18,7 dias, p=0,006) e maior tempo de internação em UTI pós operatória (8,8±19,4 vs 5,25±8,97 dias, p=0,029).

Para a mortalidade, a análise univariada demonstrou idade (p=0,005, *odds ratio* (OR)=1,03), diabetes (p=0,001, OR=1,7), história de insuficiência renal (p=0,0001, OR=9,1), hospitalização prévia por insuficiência cardíaca (ICC) (p=0,001, OR=8,9), reoperação (p=0,0009, OR=3,22) e escore VMCP>8 (p=0,001, OR=3,0). Após análise multivariada, o VMCP continuava associado à mortalidade (p=0,034, OR=1,33) após ajuste para idade, reoperação, diabetes, insuficiência renal e hospitalização por ICC.

Quanto ao tempo de internação, a análise univariada demonstrou que tempo de internação maior que 10 dias estava associado

Quadro I - Sistematização do Índice Valvar VMCP

V - Valva ou prótese	M - Miocárdio	C - Artéria coronária	P - Pressão sistólica de artéria pulmonar (pela ecocardiografia)
V1 - Lesão valvar discreta / moderada	M1 - Fração de ejeção > 60%	C1 - Artérias coronárias normais ou sem informação	P1 - PAP < 30 mmHg
V2 - Lesão valvar grave assintomática	M2 - Fração de ejeção entre 60% e 50%	C2 - Obstrução coronárias até 60%	P2 - PAP entre 30 e 60 mmHg
V3 - Lesão univalvar sintomática	M3 - Fração de ejeção entre 50% e 30%	C3 - Obstrução coronária crítica uniarterial	P3 - PAP entre 60 e 100 mmHg
V4 - Lesão sintomática multivalvar	M4 - Fração de ejeção < 30%	C4 - Obstruções coronárias críticas multarteriais	P4 - PAP > 100mmHg

Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da FMUSP  
Endereço para correspondência - Dr. Max Grinberg - Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 44 - Cep 05403-000 - São Paulo - SP  
E-mail: max@cardiol.br e grinberg@incor.usp.br  
Recebido em 28/11/2004 - Aceito em 12/01/2005

com tabagismo ( $p=0,03$ ,  $OR=1,8$ ), presença de fibrilação atrial ( $p=0,003$ ,  $OR=2,1$ ) e índice VMCP  $>8$  ( $p=0,01$ ,  $OR=1,7$ ). Após análise multivariada, o índice VMCP maior que 8 ainda estava associado a tempo de internação maior que 10 dias ( $p=0,02$ ,  $OR=1,3$ ), após ajuste para tabagismo e presença de fibrilação atrial.

Ao adotarmos um valor de 8 como linha de corte para o escore valvar, obtivemos 84% de especificidade, com valor preditivo negativo de 81% para período de internação mais prolongado que 10 dias. Os pacientes com escore valvar maior do que 8 associaram-se a maior mortalidade cirúrgica imediata ( $p=0,006$ ).

## Referências

1. American College of Cardiology/American Heart Association. Guidelines for the management of patients with valvular heart disease. *Circulation* 1998;98:1949-84
2. Edwards FH, Peterson ED, Coombs LP et al. Prediction of operative mortality after valve replacement surgery. *J Am Coll Cardiol* 2001; 37:691-974.