

A Inclusão do Escore de Risco na Tomada de Decisão em Cardiopatia Valvar

Inclusion of the Risk Score in Decision Making of Valvular Heart Disease

Ricardo Casalino e Max Grinberg

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

Resumo

Fatos clínicos e dados numéricos sustentam interpretações sobre qualidade de vida e sobrevida no portador de cardiopatia valvar. Tais dados são úteis na tomada de decisão sobre interrupção da história natural e substituição por uma história pós-correção hemodinâmica. Competência e expertise interdisciplinar são exigidas para maximizar o resultado necessário e possível. Contudo, o ideal das recomendações para a obtenção do mais alto grau de satisfação terapêutica pelo portador de cardiopatia valvar sofre a influência de um conjunto de variáveis, parte ligadas a especificações do paciente, parte decorrentes de limitações dos métodos.

O racional do escore de risco validado para marcadores múltiplos é o acréscimo de acurácia quantitativa à avaliação clínica prognóstica baseada na heterogeneidade da experiência individual e na intuição. Nesse contexto, o uso dos escores de riscos com função de prever mortalidade pós-operatória são ferramentas úteis, de fácil aplicabilidade e que nos oferece dados objetivos sobre a situação do paciente. Das ferramentas disponíveis (*EuroSCORE*, *STS score* e *Ambler Score*) e utilizadas de forma assistencial, nenhuma apresenta validação em nossa população.

Introdução

Fatos clínicos e dados numéricos sustentam interpretações sobre qualidade de vida e sobrevida no portador de cardiopatia valvar. Estes dados são úteis na tomada de decisão sobre interrupção da história natural e substituição por uma história pós-correção hemodinâmica, cirúrgica ou percutânea.

Enquanto a história natural da valvopatia – especialmente no modelo reumático predominante no Brasil – tende a uma expressão de monotonia evolutiva, a história pós-intervenção apresenta diversidade de impacto sobre a qualidade de vida e a sobrevida. Na história natural da valvopatia, a presença de sintomas se correlaciona com a perda da capacidade adaptativa miocárdica e consequentemente com a menor sobrevida dos pacientes¹.

Palavras-chave

Escore; doenças das valvas cardíacas; pontuação de propensão; probabilidade; risco.

Correspondência: Ricardo Casalino •

Rua Capote Valente, 442, Pinheiros. CEP 05409-001, São Paulo, SP – Brasil
E-mail: ricardocasalino@cardiol.br, ricardocasalino@gmail.com

Artigo recebido em 27/11/11, revisado em 28/11/11; aceite em 10/04/12.

Competência e expertise interdisciplinar são exigidas para maximizar o resultado necessário e possível. Contudo, o ideal das recomendações para a obtenção do mais alto grau de satisfação terapêutica pelo portador de cardiopatia valvar sofre a influência de um conjunto de variáveis, parte ligadas a especificações do paciente, parte decorrentes de limitações dos métodos.

O benefício conceitual, entretanto, admite gradações de sucesso face à morbidade tripartite do paciente: valvar, cardíaca não valvar e extracardíaca. Enquanto a primeira é a causa primária que objetiva a correção, as outras se combinam de acordo com especificações de cada paciente. É útil quantificá-las.

Assim a análise organizada de fatores reconhecidos cardíacos não valvares e extracardíacos forma uma dimensão da segurança à aplicação de condutas invasivas recomendáveis. A atribuição de valores matemáticos às peculiaridades de cada portador de valvopatia constrói uma gama de risco à intervenção.

Escores de risco e a tomada de decisão

O conceito de escore de risco traz dinamismo à beira do leito e estímulo à pesquisa “bumerangue”, aquela que parte como uma questão da beira do leito e retorna como um avanço das fronteiras do conhecimento tecnocientífico. Novas proposições de benefício valvar e elevação da segurança frente a certas morbidades não valvares e extracardíaca têm transformado barreiras clínicas – como o risco proibitivo – em pontes de bom êxito terapêutico. Biologia, tecnologia e matemática de mãos dadas no cenário da ciência à beira do leito do portador de valvopatia.

O racional do escore de risco validado para marcadores múltiplos é o acréscimo de acurácia quantitativa à avaliação clínica prognóstica baseada na heterogeneidade da experiência individual e na intuição. Nesse contexto, o uso dos escores de riscos com função de prever mortalidade pós-operatória é uma ferramenta útil, de fácil aplicabilidade e que nos oferece dados objetivos sobre a situação do paciente. Das ferramentas disponíveis (*EuroSCORE*, *STS score* e *Ambler Score*)²⁻⁴ e utilizadas de forma assistencial, nenhuma apresenta validação em nossa população.

Os escores servem para fundamentar esclarecimentos na comunicação médico-paciente no âmbito do binômio esperança de bom resultado/medo de mau resultado.

O rigor técnico na aplicação da intervenção pela equipe de saúde independe do valor do escore de risco do paciente, mas este é peça essencial na análise de eventuais alegações de negligência ou de imprudência por parte de paciente/familiar.

Assim, o escore de risco constrói escalas de probabilidade de insucesso e, se por um lado não invalida a recomendação do procedimento, por outro, permite projeções objetivas da individualidade sobre base coletiva.

As diretrizes vigentes das sociedades americana⁵ e europeia⁶ de valvopatia trazem inúmeras recomendações, entretanto, apenas uma delas com grau de recomendação I (dimensão do efeito) e nível de evidência A (probabilidade de certeza). Essa observação é importante, visto que a experiência na doença valvar (nível de evidência C) se torna a principal fonte de evidência para normatização de condutas em escala mundial.

Com essas considerações realizadas, nossa proposta de abordagem do paciente valvopata deve seguir o roteiro RESOLVA⁷. O primeiro estágio do roteiro seria o benefício do procedimento: conhecendo a literatura, devemos estar cientes da eficácia e utilidade de tal procedimento; a dimensão do efeito (grau de recomendação) e a probabilidade de certeza (nível de evidência) da indicação cirúrgica para o paciente. Nesse estágio não há aplicabilidade para uso dos escores.

Seguindo o roteiro, chegamos à seguinte conclusão: É indiscutível que o procedimento proposto para o valvopata é benéfico, baseado na excelência (experiência clínica e evidência científica), mas esta indicação é segura? A partir daí, chegamos ao segundo estágio: a segurança. Nesse estágio, cabe ao clínico do paciente conhecer alguns dados gerais de morbidade como fatores associados à doença de base do paciente, por exemplo: estenose aórtica sintomática apresenta risco anual de morte súbita > 1 % independente de outros fatores. Assim, a doença de base apresenta dados objetivos de morbimortalidade (doença de base dependente) que não estão associados especificamente aquele doente.

Saindo da visão da doença, o clínico agora entra na especificidade do paciente e deve ter em mente dados não relacionados especificamente com a doença em questão, mas com aquele indivíduo. Exemplificando: Portador de estenose aórtica sintomática apresenta insuficiência renal crônica e anemia importante. Nesse caso, apesar de estarmos tomando uma decisão sobre um caso de estenose aórtica sintomática, esses novos dados (doença de base independente) demonstram a importância da individualização de conduta. Ainda no item segurança, dados demográficos locais são fundamentais na tomada de decisão. Por exemplo: A mortalidade global da estenose aórtica sintomática em hospitais americanos está entre 1,2 e 5 %, mas essa é uma experiência regional, com aquela equipe específica de cirurgias, materiais disponíveis, unidade de terapia intensiva e equipe de cuidados pós-operatórios. O clínico deve ter em mente dados locais de sua instituição, conhecer os números de determinados cirurgias e respectivas equipes de cuidados no pós-operatório. A partir daí a segurança do procedimento para aquele doente pode ser estimada.

Os escores de riscos podem ter sua aplicabilidade nesse estágio, visto que, como ferramentas preditoras, estimam risco de morte e outras complicações. A principal crítica é a transformação de um risco biológico em um cálculo matemático. Pois, o que um *EuroSCORE* de 12 pontos

representa? O paciente não pode ser operado pelo risco elevado? Ou este risco em nossa instituição apresenta uma mortalidade não proibitiva? O valor do escore deve ser avaliado em um contexto geral e serve como um dado objetivo diante de inúmeras possibilidades de insucessos e incertezas.

O terceiro estágio do roteiro é a autonomia. Esse ponto considera três avaliações. Primeiro, a palavra da instituição na qual o paciente está internado e será submetido ao procedimento cirúrgico. Nessa parte, o gerenciamento de risco ocorre em função de fatores econômicos e administrativos. Em segundo lugar, a palavra da equipe com aquele caso, diante do número do escore de risco “qual a experiência da equipe”, “qual a melhor proposta diante do problema”. Neste momento, existirá por parte da equipe médica uma interpretação do valor obtido no escore de risco. Exemplificando: Paciente com estenose aórtica sintomática e *EuroSCORE* 28 não deve ser operado, pois, em nossa experiência, 100% dos casos evoluíram para óbito no pós-operatório imediato. Nesse caso, baseado na sua experiência, a equipe tem autonomia para indicar ou contraindicar um procedimento, ou seja, para diferenciar casos proibitivos dos casos possíveis e graves; o escore auxilia nesse momento. E por último, a palavra do paciente que, após ter avaliado todas as informações as quais teve acesso, deverá decidir sobre o procedimento. Em caso de impossibilidade por parte do paciente, essa ficaria a cargo de seu responsável legal.

O quarto estágio de nosso roteiro seria a ética, na qual devemos discutir dois princípios, a negligência e a imprudência. Esse ponto é interessante, pois discutiremos o aspecto filosófico da indicação cirúrgica. Devemos ter em mente que a medicina e seus conhecimentos são extremamente dinâmicos e para tal precisamos estar atualizados. Na doença valvar, essa discussão deve ser mais aprofundada, pois podemos estar diante dos extremos na vida prática diária. Um paciente com lesão valvar grave ainda sem sintomas, com estratificação baixa pelos escores de risco, pode ser acompanhado clinicamente ou essa conduta pode ser considerada uma negligência médica? Da mesma forma, operar um valvopata com altíssimo risco cirúrgico pode ser considerado uma imprudência? Essa pergunta é fácil de ser respondida conhecendo bem os casos que estariam em pauta de discussão.

No caso de baixo risco, deve ser deixado de forma clara que não existe risco cirúrgico zero e que o paciente apresenta uma lesão valvar grave com indicação de cirurgia do ponto de vista técnico. Entretanto, como ainda não apresenta sintomas, se o paciente preferir esperar, deve estar ciente do risco e da segurança de deixar sua valvopatia evoluir em prol de um risco cirúrgico baixo. No caso de alto risco cirúrgico, a justificativa do procedimento se deve a importante queda na qualidade de vida do paciente, que, apesar dos riscos, entendeu que seria imprescindível arriscar. Por isso, quando decidimos por procedimento cirúrgico, devemos pensar no objetivo do procedimento, uma vez que a relação negligência/imprudência (relação N/I) tem diferentes pesos. Em um paciente sem sintomas com alterações apenas morfológicas valvares, essa relação N/I tem um valor. Por outro lado, em pacientes extremamente sintomáticos com queda significativa em sua qualidade de vida, essa relação N/I teria um outro valor.



Conclusão

A estratificação de risco pré-operatória é fundamental na cirurgia valvar e o clínico deve seguir os passos do protocolo RESOLVA, oferecendo a melhor medicina disponível e aplicável em cada caso. Os escores de risco auxiliam na tomada de decisão e influenciam diretamente nos itens segurança e 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

Este artigo é parte de tese de Doutorado de Ricardo Casalino Sanches de Moraes pelo Instituto do Coração – InCor - FMUSP.

Referências

1. Grinberg M. Sintomas e insatisfação: o contexto na qualidade de vida do portador de diferença valvar. *Arq Bras Cardiol.* 2007;88(1):e13-20.
2. Nashef SA, Roques F, Michel P, Gauducheau E, Lemeshow S, Salamon R. European system for cardiac operative risk evaluation (EuroSCORE). *Eur J Cardiothorac Surg.* 1999;16(1):9-13.
3. O'Brien SM, Shahian DM, Filardo G, Ferraris VA, Haan CK, Rich JB, et al. The Society of Thoracic Surgeons 2008 cardiac surgery risk models: part 2—isolated valve surgery. *Ann Thorac Surg.* 2009;88(1 Suppl):S23-42.
4. Ambler G, Omar RZ, Royston P, Kinsman R, Keogh BE, Taylor KM. Generic, simple risk stratification model for heart valve surgery. *Circulation.* 2005;112(2):224-31.
5. Bonow RO, Carabello BA, Chatterjee K, de Leon AC Jr, Faxon DP, Freed MD, et al; American College of Cardiology; American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to revise the 1998 guidelines for the management of patients with valvular heart disease); Society of Cardiovascular Anesthesiologists. ACC/AHA 2006 guidelines for the management of patients with valvular heart disease: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (writing Committee to Revise the 1998 guidelines for the management of patients with valvular heart disease) developed in collaboration with the Society of Cardiovascular Anesthesiologists endorsed by the Society for Cardiovascular Angiography and Interventions and the Society of Thoracic Surgeons. *J Am Coll Cardiol.* 2006;48(3):1-148.
6. Vahanian A, Baumgartner H, Bax J, Butchart E, Dion R, Filippatos G, et al; Task Force on the Management of Valvular Heart Disease of the European Society of Cardiology; ESC Committee for Practice Guidelines. 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.
7. Grinberg M, Tarasoutchi F, Sampaio RO. Roteiro para resolução de valvopatia (Resolva). *Arq Bras Cardiol.* 2011;97(4):e86-90.