

Itinerario para Resolución de Valvulopatía (Resolva)

Max Grinberg, Flavio Tarasoutchi, Roney Orismar Sampaio

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

Somos cardiólogos en el Brasil de la fiebre reumática prevalente como etiopatogenia de la enfermedad valvular^{1,2}, realidad diferente de países que lideran publicaciones científicas internacionales. ¡Es instigador!

Cuidamos valvulopatías y combinamos por rutina: 1) precisión del examen clínico y complementario; 2) efectividad del método terapéutico; 3) seguridad para el paciente; 4) impacto de costos; y 5) rigor con preceptos de la ética. ¡Es el quinteto clásico!

Acompañamos la historia natural de la enfermedad por largo período de tiempo después del diagnóstico de la valvulopatía, pues nuestra conducta suele ser expectante mientras el paciente se mantenga oligosintomático, aun cuando la valvulopatía sea importante. ¡Es de la práctica!

Nos empeñamos en la corrección hemodinámica de la valvulopatía grave cuando surge la expresión clínica de disconfort limitante de la buena calidad de vida del portador de valvulopatía³⁻⁶. ¡Es el estado de la arte!

Nos declaramos no adherentes a ciertas recomendaciones de intervención “anticipada a los síntomas” y “preventiva de complicaciones tardías”⁷⁻⁹, aunque no seamos inflexibles. ¡Es del médico!

Desarrollamos asistencia/investigación/enseñanza sobre tratamiento, conscientes de que la mayoría de las propuestas de resolución en valvulopatía formuladas en la literatura, incluyendo directrices, está fundamentada en opinión de especialista - y no en conclusión de estudio randomizado. ¡Es un hecho!

Utilizamos técnicas terapéuticas que fueron avaladas por el tiempo de uso y nos interesamos por innovaciones, especialmente las que revelan alto carácter progresista, como es el implante percutáneo que recién favorece al año con pronóstico clínico sombrío y score de riesgo quirúrgico “prohibitivo”. ¡Tecnología y bioética!

Y porque nos comprometemos con la armonía entre la pluralidad de la expresión clínica de la valvulopatía - y

comorbilidades - en los varios órganos-blanco y la singularidad del paciente en atención, introducimos la dimensión de la bioética quinteto citado^{10,11}. ¡Es de la actitud humana!

En fin, después afirmamos los componentes valvular, extravalvular y no cardiológico de la valvulopatía grave, nos conducimos en la terapéutica con tres fundamentos: 1) indisociabilidad entre tecnociencia (saber e instrumental de la Medicina) y actitud (interacción a circunstancias); 2) fuerza de las evidencias de la ciencia; y 3) vigor de la relación médico-paciente.

Ellos le dan amparo a los 4 movimientos siguientes: 1) partimos de la selección del beneficio conceptual dado por el conocimiento científico; 2) pasamos por el análisis de seguridad para el paciente; 3) respetamos su libertad de consentimiento, y así completamos una primera fase, teniendo la indicación terapéutica individualizada. A partir de ahí, ultimamos la estrategia de resolución en una segunda fase de juicio crítico: 4) pasamos la proposición así constituida por la mentalización de dos filtros éticos sobre lo que podrá venir a ser la apreciación externa de celo (evitar negligencia) y de prudencia (evitar imprudencia) (Figura1).

Denominamos la estrategia de Itinerario para Resolución de Valvulopatía (RESOLVA) y los elementos esenciales de la composición están relatados en el Cuadro 1.

Beneficio

Conocemos la dimensión del efecto y la estimativa de precisión del beneficio y del no beneficio de antibióticoprofilaxis, drogas cardioactivas, fármacos no cardiológicos, indicamos reparación hemodinámica por acceso quirúrgico convencional o innovador (vía apical, por ejemplo) y estamos familiarizándonos con el implante de bioprótesis vía transcatéter (aórtica y mitral). ¡Es dimensión de la Medicina!

Utilizamos las matrices disponibles moldeando convergencias y divergencias a las orientaciones colectivizadas, pues, las recomendaciones premoldeadas, como constantes en directrices, sirven para interacción con la mayoría - y no para la totalidad - de las expresiones del portador de valvulopatía grave⁵. ¡Es la dimensión de la relación médico-paciente!

Jerarquizamos la clase funcional III/IV y la disfunción ventricular izquierda como los factores determinantes de intervención sobre la(s) válvula(s) culpada(s). ¡Es la rutina benéfica!

Nos colocamos vigilantes del segmento de la literatura que trae proposición de anticipación de la corrección hemodinámica de lesión valvular importante, o sea, la de interrumpir la historia natural en momento aun con buena calidad de vida y función ventricular izquierda normal^{8,9}. ¡Es la tensión pro-beneficencia!

Palabras clave

Fiebre reumática, enfermedades de las válvulas cardíacas/terapia/diagnóstico/prevención y control.

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 02/12/10, revisado recibido el 14/01/11, aceptado el 17/01/11.

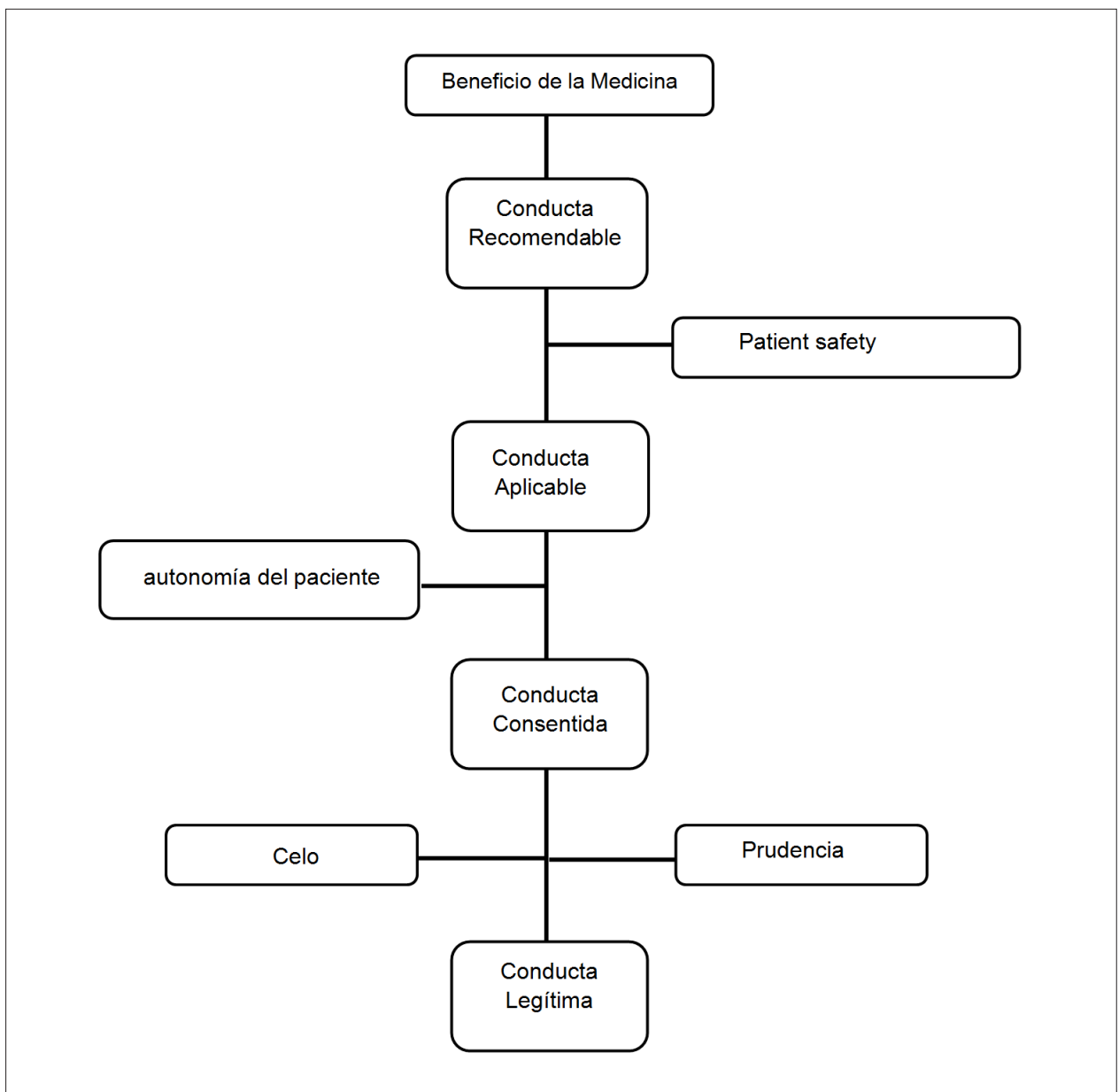


Fig. 1 - Resolución de Valvulopatía (RESOLVA).

Por eso, hacemos reanálisis habituales sobre antiguas y recientes evidencias que dan sustentación a nuestra preferencia por conducta clínica en la clase funcional II, usando como eje crítico conductor la noción de que ella es fase de transición hacia la clase funcional III. La finalidad es mantener bajo prueba científica nuestro entendimiento habitual de que el beneficio presumible de: 1) reversión de la remodelación adaptativa; 2) evitar que sobrevenga fibrilación atrial (y anticoagulación), hipertensión arterial pulmonar y tricuspidezación, durante la clase funcional II; no debe hablar más alto que: 1) las realidades de la buena calidad de vida; 2) las posibilidades de morbilidad de las técnicas de corrección hemodinámica de la valvulopatía grave.

¡Es de la significación ética del lado de la cama, observamos verdades clínicas, pero, no necesariamente las vemos como certezas para el pronóstico!

En suma, definimos la utilidad terapéutica para el momento de la historia natural de la valvulopatía (CONDUCTA RECOMENDABLE) y la empleamos como un punto de partida del razonamiento clínico de elaboración de la estrategia individualizada.

Seguridad

Porque hay reales beneficios terapéuticos para el portador de valvulopatía, juzgamos que Seguridad, en la aplicación de

Cuadro 1 - Elementos esenciales de los componentes de la estrategia RESOLVA

Beneficio
Experiencia colectivizada (literatura)
Directrices actualizadas
Trabajos recientes post directrices
Experiencia de hecho vivenciada
Individual
Equipo
Seguridad
Morbilidad del método
Gravedad clínica de la valvulopatía
Influencia de comorbilidades
Autonomía del paciente
Autenticidad (valores personales)
Libre acción (búsqueda de opiniones)
Deliberación (conocer las opciones)
Celo
Pro-atención
Pro-decisión
Pro-actividad
Prudencia
Pro-reflexión
Pro-oportunidad
Pro-tolerancia

los mismos, es semántica más apropiada que No Perjuicio (la denominación del principio de la Bioética), visto que siempre habrá adversidades admisibles al usufructo de los mismos, que deben ser previstas y evitadas, en la medida de lo posible¹².

Hemos utilizado la concepción de Seguridad para el portador de valvulopatía como el segundo paso del desarrollo del razonamiento clínico. El beneficio presumido es filtrado por el mirar la morbilidad relacionada, tanto la intrínseca al método cuanto la decurrente de las circunstancias de aplicación, y se establece la CONDUCTA APLICABLE.

Estamos conscientes de que las deficiencias históricas de la seguridad de la técnica operatoria, por más que haya habido progresos, favorecen nuestra actitud de priorización de la calidad de vida anual, lo que está íntimamente ligado a la eficiencia de los mecanismos adaptativos a la valvulopatía, en la definición de la mejor oportunidad de la resolución de la disfunción valvular. En cierto sentido, la eficiencia clínica del “tratamiento natural” (hipertrofia concéntrica o excéntrica) aumenta la preocupación con la seguridad de la intervención terapéutica.

Otras líneas de pensamiento, con todo, proponen privilegiar la calidad de vida futura sobre la buena calidad actual, por la confianza en el buen éxito de la corrección hemodinámica en clase funcional II, entendiendo que la consolidación de

la recomendación de los métodos terapéuticos aconteció simultáneamente a la elevación del grado de seguridad^{13,14}.

Reconocemos que hay una zona gris en la clase funcional II próxima a la manifestación de la clase funcional III, donde el juicio crítico sobre realidades del caso (evolución de variables, como grado de dilatación ventricular y calcificación, así como el deseo del paciente de resolver inmediatamente, por ejemplo) sustentaría la pertinencia de una “anticipación terapéutica”. Esa situación, donde la objetividad de la propedéutica física y complementaria superaría la subjetividad de la anamnesis, demuestra como debemos entender obligatorio, en cualquier circunstancia, el profundo esclarecimiento de la conducta al portador de valvulopatía y su opinión - derecho a la participación en la toma de decisión, de acuerdo con el principio de la autonomía.

Autonomía

En el ejercicio profesional, precisamos respetar lo que la modernidad de los códigos y leyes aplicables a la Salud señala: la sociedad contemporánea desea la participación del ciudadano en las decisiones sobre su propia salud¹⁵. En consecuencia, aplicamos el principio de la autonomía al portador de valvulopatía.

Sobre la plataforma diagnóstica de la enfermedad valvular, informamos al paciente con indicación de intervención terapéutica sobre beneficios y filtrados por su propia seguridad, aclaramos la relación riesgo-beneficio resultante e incentivamos el diálogo sobre consentimiento (o no) con el portador de valvulopatía grave.

Salvo en el inminente riesgo de muerte (según está explícito en el Código de Ética Médica), deseamos que la CONDUCTA APLICABLE sea apreciada con autenticidad (juicio según los propios valores), libre acción (posibilidad de búsqueda de otras opiniones) y deliberación (elección después de conocimiento de las opciones de utilidad) por parte del portador de valvulopatía grave, resultando así - o no - una CONDUCTA CONSENTIDA, con o sin ajustes en relación a la CONDUCTA APLICABLE. Observamos que hay heterogeneidad de efectiva inclusión del portador de valvulopatía en la resolución, dependiente de aspectos emocionales, sociales y culturales.

En resumen, nos apoyamos en el principio de la autonomía para modular las mejores evidencias científicas de tratamiento con particularidades personales del portador de valvulopatía grave y establecemos la CONDUCTA CONSENTIDA.

La experiencia nos ha enseñado que vale la pena realizar una doble evaluación revisora final por el Celo y la Prudencia, los dos preceptos de la Ética más juzgados en los Consejos de Medicina, para que la resolución sea ampliamente asegurada como CONDUCTA LEGÍTIMA. Lo que sucede es que, apenas después de ciertas denuncias de insatisfacción de resultados, tomamos conciencia de la utilidad de la verificación ética final.

Celo

Destacamos el examen secuencial de conformidad de conducta celosa como imprescindible garantía de apartamiento de pronunciamientos de negligencia, especialmente cuando hay exigencias clínicas de adecuación de recomendación

clase I/IIa al caso. En la ultimación de la estrategia RESOLVA, la reafirmación ética de Celso hace pasar la proposición terapéutica por un filtro tripartito.

Reconfirmamos, inicialmente, el potencial del Beneficio consentido y lo que puede representar eventual componente no consentido. En un segundo paso, revemos cuanto lo que quedó consentido representa en grado admisible de Seguridad para el portador de valvulopatía. En otras palabras, hacemos valer la autonomía del médico sobre si debemos aplicar la CONDUCTA CONSENTIDA, o negarnos a aplicarla. La tercera etapa del análisis del Celso nos hace reexaminar si hubo de hecho la participación activa y conciente del portador de valvulopatía en el proceso decisorio.

En suma, aprendemos que verificar según el Celso, al final de la secuencia de la resolución, nos ayuda a: 1) conducirnos bajo aceptable justificación - y documentación - por eventuales atajos a lo habitual, respecto a peculiaridades (clínicas y/o autonómicas) del portador de valvulopatía grave; o a 2) concientizarnos de que determinada voluntad del portador de valvulopatía grave nos hace sentir negligentes y decididos a rechazar dar proseguimiento a la asistencia.

Prudencia

A semejanza del Celso, utilizamos el filtro de la Prudencia para rematar la resolución para el portador de valvulopatía grave, a fin de reafirmar salvaguarda contra la infracción ética de la imprudencia.

Mientras el uso del fundamento del Celso contribuye a precavernos de un omisivo “no practicar antiético”, la Prudencia nos ayuda a profundizar la reflexión sobre el carácter ético del comisivo “practicar de modo oportuno”.

Es particularmente en el contexto de la dimensión de efecto clase IIb, donde existe la necesidad de asegurarse de la pertinencia de la recomendación, pues las estimativas de certeza niveles B y C (no hay recomendación IIbA en directriz de valvulopatía) subyacentes conflictos de evidencias científicas y de opinión de especialistas. La propia semántica sugerida en las directrices⁵ para la aplicación de recomendación clase IIb- puede ser considerada razonable, oscura y no bien establecida-alerta para eventual aplicación cuando la CONDUCTA CONSENTIDA se encaja en la clase IIb.

Poner en práctica el RESOLVA contribuye a maximizar el rigor crítico sobre la relación riesgo-beneficio en la especificación de la conducta terapéutica de interés para el portador de valvulopatía grave.

Caso clínico

Hombre de 54 años de edad presenta insuficiencia mitral importante asociada a imágenes ecocardiográficas sugestivas de degeneración mixomatosa y prolapso de la valva posterior de la válvula mitral. No manifiesta ni síntomas de cardiopatía, ni disturbios del ritmo cardíaco, ni señales de disfunción ventricular izquierda y de hipertensión arterial pulmonar, es fumante, tiene grado moderado de enfisema pulmonar y refiere nefrectomía derecha causada por traumatismo.

El paciente desea someterse a corrección de la valvulopatía mitral de inmediato, “mientras los pulmones están bien”. Revela que su padre fue “operado tarde del corazón” cuando ya tenía varios síntomas de algunas enfermedades y falleció dos días después de la operación.

Beneficio - La evaluación clínico-ecocardiográfica estimó en 92,0% la probabilidad de éxito de tratamiento quirúrgico conservador de la válvula mitral. De acuerdo con la Directriz 2006 ACC/AHA, habría recomendación clase IIa con nivel de evidencia B para el tratamiento quirúrgico, considerada la experiencia del equipo. Por otro lado, la rutina del servicio que atiende al paciente es aguardar la manifestación de síntomas de la valvulopatía para la indicación quirúrgica.

Seguridad - Una discusión entre los miembros del equipo señaló contrapuntos: 1) riesgo operatorio bajo; 2) riesgo de interurrencias habituales perioperatorias, con énfasis en el potencial de complicaciones pulmonares y renales por el enfisema pulmonar y por la nefrectomía; 3) imposibilidad de garantizar la efectiva realización de una correctiva conservación de la válvula mitral, a pesar de la experiencia existente.

Autonomía del paciente - Los aspectos del riesgo-beneficio fueron informados al paciente y un equipo multiprofesional entendió que él mismo quedó bien esclarecido sobre el aspecto inmediato (riesgo > beneficio para la calidad de vida) y tardío (imposibilidad de precisar si habría mayor riesgo quirúrgico y/o cambios en la probabilidad de conservación valvular, al momento de la manifestación de síntomas). A pesar de eso, el paciente mantuvo la disposición para una operación inmediata.

Autonomía del equipo - No hubo unanimidad en relación a la atención de la solicitud “anticipatoria” del paciente.

Autonomía de la institución - El director del servicio se manifestó por el privilegio de la rutina institucional de aguardar los síntomas, justificando fuerte connotación de justicia social vista la continuada y enorme demanda de situaciones clínicas avanzadas exigentes de tratamiento quirúrgico a corto plazo.

Negligencia - La no aplicación de beneficio recomendación clase I exige justificación clínica y/o ética profunda para no caracterizar indicios de negligencia (omisión de tratamiento necesario e imprescindible) por parte del equipo. Ya la orientación clase IIa - conceptualmente aplicable al caso - transita en un nivel diferente de apreciación ética pues es menos afirmativa (“puede ser útil” substituye “es útil”).

Imprudencia - Una eventual atención a la solicitud del paciente no caracterizaría imprudencia. Hay base científica para el beneficio en la circunstancia del caso y no hay riesgo prohibitivo, lo que no caracterizaría insensatez e intemperividad.

Resolución - De acuerdo con las reflexiones guiadas por los puntos sucesivos del RESOLVA, el paciente fue informado y registrado en su historia clínica que el equipo resolvió mantener la conducta clínica y seguimiento periódico para observación de la evolución clínica y de laboratorio, habiendo sido enfatizado que cualquier modificación del cuadro clínico fuese inmediatamente comunicada al equipo y que aquella determinaría el reanálisis de la resolución. Otrosí, el equipo le comunicó al paciente que tenía el derecho de buscar una segunda opinión y eventualmente encontrar otro servicio que

Punto de Vista

aceptase su posición “anticipatoria” una vez que no hubo unanimidad en el rubro “Autonomía del Equipo”.

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 post grado.

Referencias

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, Pomerantzeff PMA. Manter, conservar, trocar. *Arq Bras Cardiol.* 2006;87(3):e10-4.
5. 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;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.