

EXPERIÊNCIA DA CRIAÇÃO DE UNIDADE VASCULAR EM HOSPITAL PRIVADO

**Cristiano Pederneiras Jaeger, Rafael Luiz Rech,
Daniel Souto Silveira, Euler Roberto Fernandes Manenti**

Instituto de Medicina Vascular – Hospital Mãe de Deus

Introdução

As inúmeras similaridades de que compartilham a doença cerebrovascular (DCV) e a doença arterial coronariana (DAC), especialmente no âmbito de suas manifestações agudas, têm levantado indagações interessantes a respeito do manejo dos pacientes com acidente vascular cerebral (AVC) e síndromes coronarianas agudas (SCA)

A sobreposição dos fatores de risco, há muito conhecida, já indicava semelhanças entre essas duas entidades, estando no papel principal o diabetes melitus, a hipertensão arterial, o tabagismo, a dislipidemia e a história familiar de doença vascular aterosclerótica.

A partir do surgimento do conceito fisiopatogênico atual de ambas as síndromes, que transita pela inflamação arterial, disfunção endotelial, ruptura de placa aterosclerótica, com formação de trombo e embolização distal, houve grande aproximação entre o AVC isquêmico e a SCA. Mais recentemente, a idéia de uma “pan-arterite”, que explica a concomitância da exacerbação aguda de um quadro coronariano seguida de um AVC isquêmico e vice-versa, agrupa ainda mais essas síndromes e indica a necessidade de conhecimento pleno de ambas aos trombocardiologistas e neurologistas vasculares. Em 1986, iniciava-se a era da fibrinólise na cardiologia para o tratamento de reperfusão do infarto agudo do miocárdio (IAM) com supradesnivelamento do segmento ST, com a publicação do estudo GISSI 1, no periódico *The Lancet* (1). Desde então, o cardiologista que atende pacientes com exacerbação aguda da DAC vem manuseando de modo aguçado esta terapêutica e acompanhando o seu uso, assim como suas complicações, que não são infrequentes, nem tampouco irrelevantes. Na década de 90, a terapia de reperfusão mecânica do IAM com angioplastia primária e o implante de endopróteses vasculares coronarianas passou a fazer parte da rotina do cardiologista, dividindo com a fibrinólise o espaço para o manejo da fase aguda do IAM. Tornava-se então, este especialista, um profundo conhecedor de complicações tanto hemorrágicas, que variavam desde pequenos hematomas até hemorragia intracerebral fatal, quanto vasculares, fossem periféricas, incluindo o abscesso, a perfuração e o pseudoaneurisma de artéria femoral, ou coronarianas, como a dissecação, a re-trombose aguda e o fenômeno de não-refluxo (*no-reflow*). Após a publicação do estudo NINDS (*The National Institute of Neurological Disorders and Stroke – rtPA Stroke Study Group*) no *New England Journal of Medicine* (2), em 1995, a terapia de reperfusão com fibrinólise endovenosa para o AVC isquêmico agudo passou a ser realidade, e esta, juntamente com a recente introdução da terapia endovascular com fibrinólise intra-arterial e angioplastia primária e de resgate de artérias cerebrais, foi a prova de que não só os fatores de risco ou a fisiopatologia do AVC isquêmico eram semelhantes aos das SCA, mas seu tratamento também seguia os mesmos rumos: a reperfusão.

Sob o aspecto da prevenção secundária, tanto em âmbito intra-hospitalar quanto fora do hospital, as necessidades são muito semelhantes para ambas as síndromes, desde o uso de antiplaquetários, anticoagulantes e estatinas até a necessidade de um agressivo controle dos fatores de risco para doença aterosclerótica.

Outro fato interessante diz respeito a uma parcela significativa de casos de AVC, (em torno de 20 a 30%) que se deve

a cardioembolismo e aortoembolismo. Destes, muito se atribui à fibrilação atrial, condição esta há tempos já apresentada aos cardiologistas e atualmente muito em voga, dado aos recentes avanços nas técnicas percutâneas de ablação da dita arritmia.

Questionamos: onde estes pacientes devem ser tratados?

As Unidades de Dor Torácica, difundidas em maior escala na década de 90, já se mostraram efetivas para um melhor atendimento dos pacientes com dor no peito, obtendo, mediante abordagem sistematizada e atendimento padronizado, redução da liberação inadvertida de pacientes com evento coronariano agudo e redução da internação hospitalar inapropriada de pacientes de baixo risco, minimizando assim custos hospitalares (3). Da mesma forma, as Unidades de AVC, ainda em menor número, também têm demonstrado efetividade no manejo de pacientes com AVC agudo (4). No entanto, vistas estas semelhanças, parece clara e lógica a idéia da união destes dois centros de tratamentos, especialmente em hospitais gerais que atendam ambas as patologias, em uma única área física, sob o rótulo de UNIDADE VASCULAR. No que diz respeito ao manejo da fase aguda, o paciente parece receber uma abrangência maior à sua doença vascular sistêmica, manifesta naquele momento em um sítio localizado; do ponto de vista de custos hospitalares, as vantagens parecem ser ainda maiores. Contudo, a quebra de paradigmas é uma barreira muito difícil de ser superada em razão de uma série de motivos, que vão desde insegurança e medo até incompetência.

Sugerimos a criação de equipes vasculares multidisciplinares envolvendo cardiologistas, neurologistas, cirurgiões cardíacos, cirurgiões vasculares, neurocirurgiões, cardiologistas intervencionistas, radiologistas intervencionistas, neurorradiologistas, neurorradiologistas intervencionistas, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos e neuropsicólogos, tratando pacientes com doença vascular aguda, seja cardíaca, cerebral ou periférica em uma mesma unidade, uma UNIDADE VASCULAR.

Implementando protocolos

Seguindo este modelo, desenvolvemos, junto ao Sistema de Saúde Mãe de Deus, a criação da UNIDADE VASCULAR MÃE DE DEUS, inaugurada na prática em 28 de novembro de 2002 e que hoje, no início de 2006, permanece em contínuo crescimento e aprimoramento técnico, científico e assistencial. Acreditamos que o fato de este projeto ter sido desenvolvido em um hospital privado proporcionou maior cobrança à equipe médica junto à direção hospitalar, ao corpo clínico e até mesmo à comunidade médica porto-alegrense e gaúcha. Isso, sem dúvida, fortaleceu o grupo, que, por conseguinte, pôde demonstrar o sucesso do projeto.

Durante esse período, realizamos o atendimento de mais de 1500 pacientes com dor torácica e aproximadamente 700 pacientes com AVC agudo junto à emergência o Hospital Mãe de Deus. Com atendimentos clínicos sistematizados embasados em protocolos científicos que, uma vez implementados, com treinamento das equipes médica e de enfermagem do setor de emergência hospitalar, foram revisados periodicamente e seguidos na prática. O atendimento intra-

hospitalar multidisciplinar, com a elaboração de uma alta hospitalar qualificada, com sumário específico e o encaminhamento para grupos de reabilitação cardíaca e de abandono de tabagismo também foram marcos de destaque na Unidade Vascular Mãe de Deus ao longo do seu desenvolvimento.

Indicadores de qualidade assistencial

Desta forma, foi possível alcançarmos índices de qualidade assistencial, como por exemplo, os tempos porta-ECG (15 minutos), porta-agulha (35 minutos) e porta-balão (109 minutos) próximos dos limites internacionalmente aceitos como ideais, recomendados pelas diretrizes norte-americanas para o manejo do infarto agudo do miocárdio (IAM) com supradesnivelamento persistente do segmento ST (até 10, 30 e 90 minutos, respectivamente)(5). Também conseguimos nestes 3 anos alcançar uma taxa de 83,5% para a realização de terapia de reperfusão do IAM, valor este superior ao de registros norte-americanos consagrados como o TIMI 9 (*Thrombolysis in Myocardial Infarction* – 9) (6) e o NRMI (*National Registry of Myocardial Infarction*) (7), onde tais índices foram, respectivamente, 75% e 76%. Atendendo a uma população de pacientes “aparentemente menos graves” do que descrevem os registros NRMI e CRUSADE (*Can Rapid Risk Stratification of Unstable Angina Patients Suppress Adverse Outcomes with Early Implementation of ACC/AHA Guidelines*) (8), atingimos taxas de mortalidade nas SCA com e sem supra de ST menores, de maneira significativa, do que os mesmos registros (3,8% x 11,7% – $p=0,0022$ e 1,1% x 4,5% – $p=0,0007$, respectivamente).

Desenvolvemos a maior experiência nacional com o uso de fibrinolítico para o tratamento do AVC isquêmico agudo, com 82 pacientes tratados de novembro de 2002 a até dezembro de 2005, obtendo uma elegibilidade para a terapia fibrinolítica de 12%, que supera em muito as melhores casuísticas internacionais, como, por exemplo, o registro CASES (*Canadian Activase Stroke Effectiveness Study*) (9), com 2%. Isto só foi possível graças ao comprometimento da equipe multidisciplinar, com destaque especial à enfermagem, radiologia e neurovascular, na busca da redução dos tempos porta-médico, porta-tomografia e porta-agulha. A taxa de mortalidade de 16% dos pacientes com AVC agudo submetidos a fibrinólise na Unidade Vascular Mãe de Deus, semelhante à de centros norte-americanos (17% nos 312 pacientes do estudo NINDS (2) e 13,4% na metanálise de Starkman *et al.* com 2639 pacientes), assim como a ocorrência de 5,3% de sangramento cerebral sintomático (6,4% no NINDS e 5,2% na metanálise de Starkman *et al.*) e a redução na escala do NIHSS da chegada em relação à alta hospitalar (razão de chances de 4 na casuística do grupo e 2,2 no estudo NINDS) demonstram a seriedade do trabalho do grupo no Hospital Mãe de Deus.

Desenvolvimento científico

Desde março de 2004, realizamos semanalmente reunião administrativa, visando o aprimoramento do projeto vascular, e uma reunião científica, com a apresentação de casos clínicos, artigos científicos e novidades na área das doenças vasculares. Com um banco de dados estruturado, pudemos desenvolver trabalhos científicos, que foram publicados em revistas médicas especializadas e apresentados em congressos regionais, nacionais e internacionais (*5th Scientific Forum on Quality of Care and Outcomes Research in Cardiovascular Disease and Stroke* e *5th World Stroke Congress*, ambos em 2004), com alguns destaques especiais, como o melhor tema-livre em cardiologia clínica do XIV Congresso da Sociedade de Cardiologia do Rio Grande do Sul, em 2003, e melhor tema-livre do V Congresso Brasileiro de Doenças Cerebrovasculares, em 2005.

A pesquisa clínica multicêntrica internacional também foi um foco das atenções do grupo. Com um centro de pesquisas estruturado e dispondo de uma enfermeira de qualidade e pesquisa e de uma médica coordenadora de pesquisa, participamos, nesse período, de inúmeros protocolos (EVEREST, OASIS 5, OASIS 6, CLARITY-TIMI 28), ORGIN, ABEST, SAINT II, PREVAIL) e obtivemos índices de randomizações acima da média nacional. Ainda em fase de inclusão, estamos participando dos estudos SHINE, TRITON, PROFESS e PROCORALAM, e aguardando aprovações dos comitês de ética em pesquisa (nacional ou hospitalar); iniciaremos em breve a participação nos estudos DRIVE, SAUDRIX DR1602, EQUINOX e CADUET.

E agora: quem deve tratar os pacientes com AVC agudo?

O AVC é uma doença complexa, de apresentação variável, conforme o território comprometido, com fisiopatogênias diferentes, variáveis etiológicas por vezes múltiplas em um mesmo paciente, obrigando o *expert* a integrar a fisiopatogenia com os resultados dos exames de imagem, a fim de compreender o evento e programar de modo adequado o manejo. Nesta faceta da doença não restam dúvidas de que o eleito é o neurologista vascular. Além disso, um diagnóstico acurado do AVC e uma idéia prognóstica pela escala do NIHSS são fundamentais para a eleição de um paciente à terapia fibrinolítica e de novo, neste item, deve haver a liderança do neurologista vascular com experiência em fibrinólise. Entretanto, as inúmeras complicações em pacientes com AVC agudo são rotinas para os cardiologistas provenientes de unidades coronarianas. Estes se deparam frequentemente com arritmias atriais e ventriculares, hipotensão grave e por vezes refratária, insuficiência cardíaca descompensada, pneumonias de aspiração, crises hipertensivas graves ultrapassando os limites tolerados pós-AVC, entre outros. Em pacientes que recebem terapia fibrinolítica, os problemas se iniciam com o início infusão, desde hipotensão até sangramentos de todo tipo, causados pela medicação. Para tal manejo, ninguém melhor do que especialistas que usam fibrinolíticos desde 1986! Outro dado fundamental diz respeito à maior causa de mortalidade em pacientes recuperando-se de um AVC: a doença arterial coronariana; daí a necessidade de um seguimento cardiológico após o evento. Portanto, os médicos seguidores do acompanhamento desse paciente devem ter profundos conhecimentos quanto ao manejo ideal dos parâmetros fisiológicos da fase aguda, à eleição de métodos adequados de investigação complementar e principalmente à interpretação de seus resultados e limitações. Devem conhecer o tratamento ideal da pressão arterial, dislipidemia e obesidade; saber indicar adequadamente uma endarterectomia, escolher o antiadesivo plaquetário adequado, julgar a necessidade de anticoagulação e manejá-la conforme as diretrizes atuais. Além disso, devem conhecer a respeito do prognóstico e acompanhar a reabilitação física, cognitiva e psicológica de tais pacientes.

Essa discussão gerou a publicação de um editorial no periódico *Stroke* de novembro de 2003, intitulado “AVC isquêmico é mais bem manejado por neurologistas” (10). Nesse artigo, enfatizava-se a necessidade de dois perfis de médicos que necessariamente deveriam participar de uma equipe de atendimento a pacientes com AVC isquêmico agudo: (A) um médico com amplo conhecimento da anatomia e fisiologia cerebrais e da circulação cerebral intra e extracraniana, capaz de reconhecer sinais e sintomas sutis em pacientes com AVC isquêmico agudo e de identificar e detalhar o diagnóstico diferencial dos subtipos de AVC, bem como outros diagnósticos neurológicos; conhecedor da recuperação e reabilitação de pacientes com AVC isquêmico. (B) Um médico competente e com experiência na monitorização e tratamento de anormalidades cardiovasculares e cardiopulmonares agudas e crônicas, familiarizado com as complicações potenciais em pacientes com AVC isquêmico e em como preveni-las e tratá-las de acordo, caso ocorram. Como é descrito no referido editorial, o médico tipo-A deve ser um neurologista, porém, eventualmente, um internista bem treinado poderia ocupar esta posição. A elegibilidade do médico tipo-B não deve ser dada pelo seu diploma de especialista ou residência, mas por sua experiência, treinamento e competência nas situações descritas, afirma o autor. Acreditamos que o médico tipo-A deva ser, de modo invariável, um neurologista e, de preferência, um neurologista vascular, uma vez que apenas estes profissionais possuem tais credenciais, principalmente no que diz respeito à avaliação clínico-neurológica associada à interpretação de exames de imagem cerebral. Em relação ao médico tipo-B, concordamos com o autor, Dr. Louis Caplan, a respeito da pouca importância de um título de especialista. No entanto, cremos e enfatizamos que o cardiologista, e, preferencialmente, o trombo cardiologista, é o profissional dotado das qualidades e experiência descritas para tal perfil.

Conclusão

Por fim, acreditamos que o espaço físico adequado para a estruturação de uma UNIDADE VASCULAR modernamente equipada, associado à atuação de uma equipe multidisciplinar capacitada, seja

num hospital público ou privado, pode proporcionar o atendimento de pacientes com doenças vasculares agudas com extrema rapidez, salvando mais vidas e com menor custo.

Referências Bibliográficas:

1. GISSI-1. Gruppo Italiano per lo Studio della Streptochinasinell'Infarto miocardico Effectiveness of intravenous thrombolytic treatment in acute myocardial infarction. *The Lancet* 1986;1:397-401.
2. The National Institute of Neurological Disorders and Stroke – rt-PA Stroke Study Group. Tissue Plasminogen Activator for Acute Ischemic Stroke. *N Engl J Med.* 1995;333;1581-7
3. Bassan R. Síndrome Coronariana Aguda nas Unidades de Dor Torácica. 1ª edição. Ed. Atheneu, 2000.
4. European Stroke Initiative. Recommendations for Stroke Management. *Cerebrovascular Diseases.* 2000;10(suppl.3):1-34.
5. Antmann E. ACC/AHA Guidelines for the Management of patients with acute myocardial infarction with ST segment elevation. *Circulation.*2004;110:588-636.
6. Bahit MC, Cannon CP, Antman EM, Murphy SA, Gibson CM, McCabe CH, Braunwald E, TIMI 9 Trial and TIMI 9 Registry. Thrombolysis in Myocardial Infarction. Direct comparison of characteristics, treatment, and outcomes of patients enrolled versus patients not enrolled in a clinical trial at centers participating in the TIMI 9 Trial and TIMI 9 Registry. *Am Heart J.* 2003;145(1):109-17
7. NRMI (National Registry of Myocardial Infarction) data impacts care on many different levels. *Healthc Benchmarks.* 2002;9(3):27, 29-31.
8. Bhatt DL et al. CRUSADE: early invasive Management of ACS patients improve slightly, higher-risk patients still overlooked. *JAMA* 2004; 292:2096-2104.
9. Hill MD, Buchan AM. The Canadian Activase for Stroke Effectiveness Study (CASES): Inerim Results. *Stroke.* 2001;32:323-a.
10. Caplan L. Stroke is best managed by neurologists. *Stroke.*2003;34:2763