

18/03/2015

Nota técnica 07/2015

Cateterismo cardíaco em portador de doença coronariana estável

SOLICITANTE : Cláudia Helena Batista, da 3ª Unidade Jurisdicional do Juizado Especial de Belo Horizonte

NÚMERO DO PROCESSO: 901633167.813.002

SOLICITAÇÃO/ CASO CLÍNICO

“Requisito informações técnicas a este Núcleo, em nome da Juíza Cláudia Helena Batista, da 3ª Unidade Jurisdicional do Juizado Especial de Belo Horizonte, acerca dos autos nº 901633167.813.0024, em que são partes C.R.N.C. e UNIMED BELO HORIZONTE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, no prazo de 48 horas.

Envio o relatório abaixo:

Trata-se de Ação Ordinária ajuizada por C.R.N.C. em face da UNIMED -COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO . Alega a parte autora que aderiu ao contrato de prestação de serviços médico-hospitalar e de diagnóstico e terapia celebrado entre a Ré e a Câmara de Dirigentes Lojistas de Virginópolis em 07/08/1996, há 19 anos, e conforme recomendações médicas, precisa fazer exame designado CATETERISMO. O procedimento não foi liberado pela ré.

A parte ré negou a realização do cateterismo, tendo em vista que não há cobertura contratual para tal. O contrato foi firmado entre as partes em 1996 e por essa razão é também chamado de “plano não regulamentado”. Sendo assim, as cláusulas contratadas regulam-se pelos seus exatos termos e há entre elas expressa exclusão de cobertura desse material.

Decido

Antes de decidir, em atendimento à Recomendação 31/2010 do CNJ, estou requisitando, nesta data, informações técnicas, com prazo de 48 horas, sobre o pedido inicial, por meio eletrônico, ao Núcleo de Avaliações de Tecnologias em Saúde – NATS no endereço natstj@nats.hc.ufmg.br, para que esclareça:

1) Há evidência científica quanto à eficácia, efetividade, necessidade e segurança da realização do cateterismo?

2) Existe urgência em tal procedimento?

3) Existiria outra alternativa para o paciente?

4) Existe protocolo clínico do SUS para este material?

Aguardem-se as informações, no prazo de 48 horas”

CONTEXTO

SOBRE A DOENÇA E SEU TRATAMENTO

A doença arterial coronariana (DAC) caracteriza-se pela insuficiência de irrigação sanguínea no coração por meio das artérias coronárias. Em geral, placas ateroscleróticas causam obstrução do fluxo sanguíneo. Essa obstrução diminui a chegada do oxigênio ao coração, o que leva a sintomas de dor torácica, mau funcionamento cardíaco e até mesmo infarto e morte¹.

As doenças cardiovasculares lideram os índices de morbidade e mortalidade no Brasil e no mundo, sendo a DAC a causa de um grande número de mortes e de gastos em assistência médica².

Tratar a DAC, sobretudo em fases iniciais da doença, permite melhorar a função do coração, evitar lesões definitivas, aumentar a vida e sua qualidade. Inúmeras intervenções são realizadas no tratamento da DAC, incluindo medicamentos, mudança nos hábitos, suplementação nutricional e exercício físico regular. Em algumas situações, são necessários procedimentos cirúrgicos, seja por via percutânea (cateterismo com angioplastia e implante de *stents*) ou por via toracotomia (abertura do tórax e confecção de enxertos vasculares nas coronárias)¹.

O tipo de tratamento a ser selecionado irá depender de fatores inerentes ao paciente (por ex. idade, hábito de fumar, diabetes), da sintomatologia, do grau de disfunção miocárdica causada pela doença e da anatomia coronariana.

SOBRE CATETERISMO CARDÍACO (CINECORONARIOGRAFIA OU ANGIOGRAFIA CORONÁRIA OU ESTUDO HEMODINÂMICO)

O Cateterismo Cardíaco --- também conhecido como Cinecoronariografia ou Angiografia Coronária ou Estudo Hemodinâmico --- é um exame invasivo que pode ser realizado de forma eletiva, para confirmar a presença de obstruções das artérias coronárias ou avaliar o funcionamento das valvas e do músculo cardíaco. É importante especialmente quando está sendo proposto algum tratamento cirúrgico das coronárias, seja por angioplastia seja por cirurgia aberta¹.

É considerado o método mais acurado para diagnóstico de lesões coronarianas obstrutivas. Testes invasivos também têm uma razoável indicação em pacientes de alto risco para doença arterial coronária e com resultados dos testes não invasivos conflitantes ou não claramente diagnosticados, ou, ainda, naqueles pacientes com profissões de risco populacional, como, por exemplo, pilotos de aviões, bombeiros e atletas profissionais¹.

É um procedimento seguro, quando feito por profissionais experientes. Complicações do procedimento são incomuns, ocorrendo em menos de 1% dos casos. Dentre essas, valem ressaltar as relacionadas ao sítio de punção, reações alérgicas, piora da função dos rins e eventos neurológicos. A mortalidade é inferior a 0,1%³.

AValiação DA SOLICITAÇÃO

Com base nos relatórios e exames apresentados (Anexos 1 a 3), evidenciam-se

- 1) O autor tem fatores de risco significativos para doença coronariana, a saber a faixa etária e o histórico de hipertensão arterial. Combinadas, podem representar risco de 10-15% de eventos coronarianos em 10 anos⁴. Não foi mencionado se ele apresenta fatores de risco adicionais, como elevação do colesterol, diabetes, sedentarismo e história familiar.
- 2) O teste diagnóstico não-invasivo de cintilografia tomográfica miocárdica perfusional tem sensibilidade de 87-89% e especificidade de 73-75% para o diagnóstico de DAC. No caso do autor, o teste é nitidamente positivo, indicando

alta probabilidade da doença. Além disso, denota comprometimento grave pela extensão da área atingida (paredes apical, ínfero-lateral e anterior do ventrículo esquerdo) e pela piora acentuada da função cardíaca durante o esforço (em repouso, a medida de função do ventrículo esquerdo é normal, 53%, e após estresse farmacológico, cai para níveis subnormais, 27%)⁵.

3) Não há elementos sobre a sintomatologia atual do autor, nem sobre o tratamento atual. Não está claro se todas as alternativas farmacológicas e não farmacológicas foram ou estão sendo empregadas.

4) Apesar do autor apresentar um quadro compatível com DAC estável assintomática ou oligossintomática, estima-se, pelos fatores de risco e testes diagnósticos já realizados, alta probabilidade de eventos coronarianos futuros^{1,3}.

Em relação aos questionamentos apresentados:

1) Há evidência científica quanto à eficácia, efetividade, necessidade e segurança da realização do cateterismo?

Sim. O exame de cateterismo cardíaco é o método de escolha para avaliação da terapêutica no caso em questão¹.

2) Existe urgência em tal procedimento?

Não há elementos nos relatórios apresentados que justifiquem que o procedimento deva ser executado com urgência.

3) Existiria outra alternativa para o paciente?

Sim. Em caso de impossibilidade na realização do exame, poderia ser tentado o tratamento farmacológico otimizado, que tem desfechos positivos, mesmo em casos como o do autor¹.

4) Existe protocolo clínico do SUS para este exame?

]Sim. Esse exame está disponível para usuários do SUS em vários hospitais de Minas Gerais.

CONCLUSÃO

Está indicada a realização de cateterismo cardíaco nesse paciente com provável diagnóstico de DAC e alto risco para eventos coronarianos futuros. Não está configurada urgência na realização desse procedimento, pois se trata de doença estável. O exame se encontra disponível no SUS.

REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretriz de Doença Coronária Estável. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 2014; 103(2 Supl 2), 1-59.
2. Teich V, Araujo D. Estimativa de custo da síndrome coronariana aguda no Brasil. Rev Bras Cardiol. 2011;24(2):85-94
3. Tavakol M, Ashraf S, Brener S J. Risks and Complications of Coronary Angiography: A Comprehensive Review. Global Journal of Health Science, 2011; 4(1), 65-93.
4. Goff D C, Lloyd-Jones, D M, Bennett, G, et al. 2013 ACC/AHA guideline on the assessment of cardiovascular risk: A report of the American college of cardiology/American Heart Association task force on practice guidelines. Circulation 2014, 129, 49-76.
5. Hendel RC, Berman DS, Di Carli MF, et al. ACCF/ASNC/ACR/AHA/ASE/SCCT/SCMR/SNM 2009 appropriate use criteria for cardiac radionuclide imaging: a report of the American College of Cardiology Foundation Appropriate Use Criteria Task Force, the American Society of Nuclear Cardiology, the American College of Radiology, the American Heart Association, the American Society of Echocardiography, the Society of Cardiovascular Computed Tomography, the Society for Cardiovascular Magnetic Resonance, and the Society of Nuclear Medicine. Circulation. 2009; 119(22):e561-87.

CLÍNICA MÉDICA

Geraldo Henrique P. Kleinsorge
CREMIMG 15.998

Av. Afonso Pena, 3111 - 15o. Andar - Funcionarios
Tels. (031) 3221.2377 - 3221.2700 - 3024.0029
CEP. 30130.008 - Belo Horizonte - MG

CELSON RODRIGUES NUNES COELHO

Relatório

O Sr. [REDACTED] apresenta a propositiva cardiológica, alterada a eletrografia miocárdica de perfusão, evidenciando extenso comprometimento coronariano em parede anterior, apical e inferolateral do ventrículo esquerdo. Sendo imperioso o exame de cineangiogramiografia para definição dos blocos de A, B e para tratamento. — 11 —

Belo Horizonte, 04/03/2015

Geraldo Henrique P. Kleinsorge
CREMIMG 15.998



Anexo 2 – Relatório de médico assistente AC


A UNIMED

Paciente [redacted]

[redacted] habituais e ausência de frotas
Tem teste eletrocardiográfico
inclusivo com alterações eletrocardiográficas
em repouso e arritmia
irregular em período anterior. ...
há exames laboratoriais
resistentes e suficiente para

ALAMEDA DA SERRA 217 - VILA DA SERRA - NOVA LIMA / MG
3289-5042 / 3289-5271

indício de estudo hemodinâmico.
(A neoplasia coronária)



Anexo 3 – Cintilografiamiocárdica do paciente CRN

PACIENTE: Sr. [REDACTED] 78 anos
CLÍNICA: DR. GERALDO HENRIQUE PEREIRA KLEINSORGE 02/03/2015
R:284272

CINTILOGRAFIA TOMOGRÁFICA PERFUSIONAL MIOCÁRDICA

Estudo tomográfico realizado em gama-câmara de alta resolução com duplo detector retangular, sob sincronização com eletrocardiograma, após a injeção endovenosa do radiofármaco, em repouso e no pico do estresse. As imagens foram analisadas e apresentadas em cortes tomográficos nos planos coronal, sagital e horizontal longo e mapas polares.

Radiofármaco: Sestamibi - ^{99m}Tc
Dose: 15mCi (repouso/estresse)

RELATÓRIO:

Estresse:

Os cortes tomográficos e as imagens polares analisadas, realizados após esforço físico em esteira rolante, demonstram uma distribuição heterogênea do radiofármaco, apresentando hipocaptação nas paredes apical, infero-lateral e anterior do ventrículo esquerdo.
Fração de ejeção pós-estresse: **27%**

Repouso:


O estudo do repouso evidencia melhora da concentração relativa do radiofármaco na região descrita.
Fração de ejeção em repouso: **53%**

Gated - SPECT:

A análise das imagens obtidas sob sincronização com o eletrocardiograma evidencia hipomotilidade com déficit de espessamento sistólico na parede apical e discinesia da parede septal do ventrículo esquerdo, estando a fração de ejeção reduzida, em grau moderado, no estudo de estresse.
Aumento da cavidade ventricular esquerda. TID = 1,5.

CONCLUSÃO:

- Cintilografia Miocárdica Perfusional em repouso e pós-esforço físico evidenciando hipoperfusão transitória, compatível com comprometimento isquêmico, nas paredes apical, infero-lateral e anterior do ventrículo esquerdo, de grande extensão e acentuada severidade.
- Déficit contrátil das paredes apical e septal do ventrículo esquerdo, além de função global do ventrículo esquerdo reduzida, em grau moderado, no estudo de estresse.
- Presença de dilatação isquêmica transitória (doença multivascular? isquemia subendocárdica?).
- Nota-se ainda um aumento da cavidade ventricular esquerda (miocardiopatia dilatada?).


Dra. Herika Martins Mendes Vasconcelos
Medicina Nuclear - CRM/MG 33894
Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia