

2020 Guideline for the Management of Patients With Valvular Heart Disease (Diretriz de 2020 para o Controle de Pacientes com Doença Cardíaca Valvar)

DIRETRIZES SIMPLIFICADAS

Uma seleção de tabelas e figuras

[ACC.org/GMSVHD](https://www.acc.org/GMSVHD)



**AMERICAN
COLLEGE *of*
CARDIOLOGY**

2020 Guideline for the Management of Patients With Valvular Heart Disease (Diretriz de 2020 para o Controle de Pacientes com Doença Cardíaca Valvar)

Um Relatório do Comitê Conjunto das Diretrizes de Prática Clínica do American College of Cardiology/American Heart Association

Comissão de Redação:

Dra. Catherine M. Otto, FACC, FAHA, Copresidente
Dr. Rick A. Nishimura, MACC, FAHA, Copresidente
Dr. Robert O. Bonow, MS, MACC, FAHA
Christopher McLeod, MBCHB, PhD, FAHA
Dr. Blase A. Carabello, FACC, FAHA
Dr. Patrick T. O'Gara, MACC, FAHA†
Dr. John p. Erwin III, FACC, FAHA
Dra. Vera H. Rigolin, FACC, FAHA
Dr. Federico Gentile, FACC
Dr. Thoralf M. Sundt III, FACC, FAHA
Dr. Hani Jneid, FACC, FAHA
Dr. Annemarie Thompson
Dr. Eric V. Krieger, FACC
Dr. Michael Mack, MACC
Christopher Toly

As diretrizes do Comitê conjunto de práticas clínicas da ACC/AHA comissionaram esta diretriz para focar no diagnóstico e tratamento de pacientes adultos com doença cardíaca valvar (DCV). A diretriz recomenda uma combinação de modificações no estilo de vida e medicações que constituem componentes do GDMT. Para o GDMT e outros regimes de tratamento recomendados do medicamento, o leitor é aconselhado a confirmar as dosagens com o material para inserção de produto e a avaliar cuidadosamente as contraindicações e as interações medicamentosas.

O recurso a seguir contém tabelas e figuras da Diretriz 2020 para o tratamento de pacientes com doença cardíaca valvar. O recurso é apenas um trecho da Diretriz e a publicação completa deve ser revisada para mais tabelas e figuras, bem como contextos importantes.

2020 Guideline for the Management of Patients With Valvular Heart Disease (Diretriz de 2020 para o Controle de Pacientes com Doença Cardíaca Valvar)

Índice

Tabela de Classes de Recomendação (COR)/Nível de Evidência (LOE) Tabela	4
Lista Principal de Abreviações	5
10 principais mensagens para levar para casa	6
O que é novo em estenose aórtica	8
Tabela 14. Uma estrutura simplificada com exemplos de fatores que favorecem SAVR, TAVI, ou Palição em vez de intervenção da válvula aórtica	8
Figura 2. Momento de intervenção para EAo	10
Figura 3. Escolha de SAVR versus TAVI quando a AVR é indicada para a EAo	11
Tabela 13. Estágios da EAo	13
O que há de novo na regurgitação mitral	14
Figura 8. RM primária	14
Figura 9. RM secundária	15
Tabela 18. Estágios da RM secundária	16
O que há de novo em anticoagulação	17
Figura 1. Anticoagulação para FA em pacientes com DCV.	18

Tabela de Classes de Recomendação (COR)/Nível de Evidência (LOE)

CLASSE (FORÇA) DE RECOMENDAÇÃO	
CLASSE 1 (FORTE)	Benefício >>> Risco
Frases sugeridas para redigir recomendações: <ul style="list-style-type: none"> • É recomendado • É indicado/útil/eficaz/benéfico • Deve ser realizado/administrado/outro • Frases de Eficácia Comparativa[†]: <ul style="list-style-type: none"> - O tratamento/estratégia A é -recomendado/indicado em preferência ao tratamento B - O tratamento A deve ser escolhido em vez do tratamento B 	
CLASSE 2a (MODERADA)	Benefício >> Risco
Frases sugeridas para redigir recomendações: <ul style="list-style-type: none"> • É razoável • Pode ser útil/eficaz/benéfico • Frases de Eficácia Comparativa[†]: <ul style="list-style-type: none"> - O tratamento/estratégia A é provavelmente recomendado/indicado em preferência ao tratamento B - É razoável escolher o tratamento A em vez do tratamento B 	
CLASSE 2b (FRACO)	Benefício ≥ Risco
Frases sugeridas para redigir recomendações: <ul style="list-style-type: none"> • Pode/pode ser razoável • Pode/pode ser considerado • A utilidade/eficácia é desconhecida/pouco clara/incerta ou não está bem estabelecida 	
CLASSE 3: Sem Benefício (MODERADO)	Benefício = Risco
(Geralmente, LOE A ou B usam apenas) Frases sugeridas para redigir recomendações: <ul style="list-style-type: none"> • Não é recomendado • Não é indicado/útil/eficaz/benéfico • Não deve ser realizado/administrado/outro 	
CLASSE 3: Danos (FORTE)	Risco > Benefício
Frases sugeridas para redigir recomendações: <ul style="list-style-type: none"> • Potencialmente prejudicial • Causa dano • Associado ao excesso de morbidade/mortalidade • Não deve ser realizado/administrado/outro 	

NÍVEL (QUALIDADE) DE EVIDÊNCIA [‡]	
NÍVEL A	
<ul style="list-style-type: none"> • Evidência[‡] de alta qualidade de mais de 1 ECR • Meta-análises de ECRs de alta qualidade • Um ou mais ECRs corroborados por estudos de registro de alta qualidade 	
NÍVEL B-R	(Randomizado)
<ul style="list-style-type: none"> • Evidência[‡] de qualidade moderada de 1 ou mais ECRs • Meta-análises de ECRs de moderada qualidade 	
NÍVEL B-NR	(Não Randomizado)
<ul style="list-style-type: none"> • Evidência[‡] de qualidade moderada de 1 ou mais estudos não randomizados, estudos observacionais ou estudos de registro bem planejados e bem executados • Meta-análises de tais estudos 	
NÍVEL C-LD	(Dados Limitados)
<ul style="list-style-type: none"> • Estudos observacionais ou de registro randomizados ou não randomizados com limitações de projeto ou execução • Meta-análises de tais estudos • Estudos fisiológicos ou mecânicos em seres humanos 	
NÍVEL C-EO	(Opinião de Especialista)
<ul style="list-style-type: none"> • Consenso da opinião de especialistas com base na experiência clínica 	

COR e LOE são determinados independentemente (qualquer COR pode ser emparelhado com qualquer LOE).

Uma recomendação com LOE C não significa que a recomendação é fraca. Muitas questões clínicas importantes abordadas nas diretrizes não se prestam a ensaios clínicos. Embora os ECRs não estejam disponíveis, pode haver um consenso clínico muito claro de que um determinado teste ou terapia seja útil ou eficaz.

* O desfecho ou resultado da intervenção deve ser especificado (um desfecho clínico melhorado ou acurácia diagnóstica aumentada ou informações prognósticas incrementais).

† Para recomendações de eficácia comparativa (COR 1 e 2a; LOE A e B apenas), os estudos que apoiam o uso de verbos comparadores devem envolver comparações diretas dos tratamentos ou estratégias sendo avaliadas.

‡ O método de avaliação da qualidade está evoluindo, incluindo a aplicação de ferramentas de classificação de evidências padronizadas, amplamente utilizadas e de preferência validadas; e para revisões sistemáticas, a incorporação de um Comitê de Revisão de Evidências.

COR indica classe de recomendação; EO, opinião de especialista; LD, dados limitados; LOE, nível de evidência; NR, não randomizado; R, randomizado; e ECR, ensaios clínicos randomizados

(Atualizado em maio de 2019)

Lista Principal de Abreviações

Abreviação	Significado/Frase
AE	átrio esquerdo (atrio esquerdo)
AVA	circulação da área da válvula aórtica
AVAi	AVA indexado na área de superfície corporal
AVK	antagonista de vitamina K
AVR	substituição da válvula aórtica
CABG	ponte de safena
COR	Classe de Recomendação
CVC	Centro de válvulas abrangente
DAC	Doença Arterial Coronariana
DCV	doença cardíaca valvar
DDFVE	dimensão diastólica final do ventrículo esquerdo
DSF	dimensão sistólica final
DSFVE	dimensão sistólica final do ventrículo esquerdo
EAO	estenose aórtica
ECG	eletrocardiograma
ECR	ensaio controlado e randomizado
EM	estenose mitral
ERO	orifício regurgitante eficaz
ETE	(ecocardiografia transesofágica (ecocardiograma))
ETT	ecocardiografia transtorácica (ecocardiograma)
FA	Fibrilação atrial
FEVE	fração de ejeção do ventrículo esquerdo

Abreviação	Significado/Frase
GDMT	Gerenciamento e terapia orientados por diretrizes
IC	insuficiência cardíaca
LOE	Nível de evidência
MDT	equipe multidisciplinar
NOAC	anticoagulante oral não-vitamina K
NYHA	New York Heart Association (Associação do Coração de Nova Iorque)
RA	regurgitação aórtica
RM	regurgitação mitral
RT	regurgitação tricúspide
SAVR	substituição cirúrgica da válvula aórtica
SVM	substituição da válvula mitral
TAVI	implante transcater de válvula aórtica
TF	transfemoral
VAB	válvula aórtica bicúspide
VD	ventrículo direito (ventricular direito)
VE	ventrículo esquerdo (ventricular esquerdo)
ViV	valve-in-valve
VM	válvula mitral

10 principais mensagens para levar para casa (1 de 2)

1 Os **estágios da doença** em pacientes com cardiopatia valvar devem ser classificados (estágios A, B, C e D) com base nos sintomas, anatomia da válvula, gravidade da disfunção da válvula e na resposta do ventrículo e da circulação pulmonar.

2 Na **avaliação de um paciente com cardiopatia valvar**, os achados do histórico e do exame físico devem ser correlacionados aos resultados de testes não invasivos (ou seja, ECG, radiografia torácica, ecocardiograma transtorácico). Se houver discordância entre o exame físico e o teste não invasivo inicial, considere outros testes não invasivos (tomografia computadorizada, ressonância magnética cardíaca, teste de estresse) ou invasivos (ecocardiografia transesofágica, cateterismo cardíaco) para determinar a estratégia de tratamento ideal.

3 Para pacientes com cardiopatia valvar e fibrilação atrial (exceto para pacientes com estenose mitral reumática ou prótese mecânica), **a decisão de utilizar anticoagulação oral para prevenir eventos tromboembólicos com** antagonista da vitamina K ou um anticoagulante não antagonista da vitamina K deve ser tomada em um processo compartilhado de tomada de decisões com base na pontuação CHA2DS2-VASc. Pacientes com estenose mitral reumática ou prótese mecânica e fibrilação atrial devem ter anticoagulação oral com um antagonista da vitamina K.

4 Todos os pacientes com cardiopatia valvar grave que forem considerados para intervenção valvar devem ser avaliados por uma equipe multidisciplinar, com encaminhamento ou consulta a um **Centro Valvular Primário ou Abrangente**.

5 O **tratamento de estenose aórtica grave** com prótese transcater ou de válvula cirúrgica deve se basear principalmente em sintomas ou função sistólica ventricular reduzida. A intervenção precoce pode ser considerada se indicada por resultados de testes de exercício, biomarcadores, progressão rápida ou a presença de estenose muito grave.

10 principais mensagens para levar para casa (2 de 2)

6

As indicações para implante de válvula aórtica transcater são se expandindo como resultado de vários estudos clínicos randomizados de implantação de válvula aórtica transcater versus substituição cirúrgica de válvula aórtica. A escolha do tipo de intervenção para um paciente com estenose aórtica grave deve ser um processo compartilhado de tomada de decisões que considere os riscos e benefícios ao longo da vida associados ao tipo de válvula (mecânica versus bioprótese) e ao tipo de abordagem (transcater versus cirúrgica).

7

As indicações para intervenção na regurgitação valvar são o alívio dos sintomas e prevenção das consequências irreversíveis a longo prazo da sobrecarga de volume do ventrículo esquerdo. Os limiares para intervenção agora são mais baixos do que eram antes devido a opções de tratamento mais duráveis e riscos de procedimento mais baixos.

8

Um reparo transcater mitral de ponta a ponta é benéfico para pacientes com regurgitação mitral primária severamente sintomática que estão em risco alto ou proibitivo para cirurgia, bem como para um subconjunto selecionado de pacientes com regurgitação mitral secundária que permanecem gravemente sintomáticos, apesar do manejo e terapia orientados por diretrizes para a insuficiência cardíaca.

9

Os pacientes que apresentam refluxo tricúspide isolado sintomático grave, comumente associado a derivações do dispositivo e fibrilação atrial, podem se beneficiar de intervenção cirúrgica para reduzir os sintomas e hospitalizações recidivantes, se realizados antes do início de disfunção ventricular direita grave ou lesão de órgão final no fígado e rins.

10

A disfunção da válvula bioprótica pode ocorrer devido à degeneração dos folhetos da válvula ou trombose da válvula. O tratamento com cateter para disfunção da válvula protética é razoável em pacientes selecionados para degeneração do folheto bioprótico ou vazamento paravalvar na ausência de infecção ativa.

O QUE HÁ DE NOVO NA ESTENOSE AÓRTICA

Principais alterações nas recomendações das diretrizes para doenças cardíacas valvares	
Estenose aórtica	
2017	2020
<p>A RA cirúrgica é recomendada para pacientes sintomáticos com EAo grave (Estágio D) e pacientes assintomáticos com EAo grave (Estágio C) que atendam a uma indicação de AVR quando o risco cirúrgico é baixo ou intermediário.</p> <p style="text-align: center;">COR 1, LOE B-NR</p>	<p>Para pacientes sintomáticos com EAo grave > 80 anos de idade ou para pacientes mais jovens com expectativa de vida < 10 anos e nenhuma contraindicação anatômica à TAVI transfemoral, a TAVI transfemoral é recomendada em preferência à SAVR.</p> <p style="text-align: center;">COR 1, LOE A</p>

Tabela 14. Uma estrutura simplificada com exemplos de fatores que favorecem SAVR, TAVI ou Palição em vez de intervenção da válvula aórtica

	Favorece SAVR	Favorece TAVI	Favorece palição
Expectativa de idade/vida*	<ul style="list-style-type: none"> Idade mais jovem/expectativa de vida mais longa 	<ul style="list-style-type: none"> Idade mais avançada/menos anos esperados de vida restantes 	<ul style="list-style-type: none"> Expectativa de vida limitada
Anatomia da válvula	<ul style="list-style-type: none"> VAB Calcificação subaórtica (trato de fluxo do VE) Doença valvar reumática Anel aórtico pequeno ou grande† 	<ul style="list-style-type: none"> EAo calcificada de uma válvula trifásica 	
Preferência de válvula protética	<ul style="list-style-type: none"> Válvula bioprotética mecânica ou cirúrgica preferida Preocupação com a incompatibilidade paciente-prótese (o aumento do anel pode ser considerado) 	<ul style="list-style-type: none"> Válvula bioprotética preferida Relação favorável de expectativa de vida para durabilidade da válvula TAVI fornece área de válvula maior do que SAVR de mesmo tamanho 	
Condições cardíacas concomitantes	<ul style="list-style-type: none"> Dilatação aórtica‡ RM primária grave DAC grave exigindo revascularização do miocárdio Hipertrofia do septo exigindo miectomia FA 	<ul style="list-style-type: none"> Calcificação grave da aorta ascendente (aorta em "porcelana") 	<ul style="list-style-type: none"> Disfunção sistólica severa irreversível do VE RM grave atribuível à calcificação anular

Condições não cardíacas		<ul style="list-style-type: none"> Doença pulmonar, hepática ou renal grave Problemas de mobilidade (alto risco de procedimento com esternotomia) 	<ul style="list-style-type: none"> Sintomas provavelmente atribuíveis a condições não cardíacas Demência grave Envolvimento de moderado a grave de ≥ 2 outros sistemas orgânicos
Fragilidade	<ul style="list-style-type: none"> Não é frágil ou tem poucas medidas de fragilidade 	<ul style="list-style-type: none"> É provável que a fragilidade melhore após o TAVI 	<ul style="list-style-type: none"> Fragilidade grave improvável de melhorar após o TAVI
Risco estimado de procedimento ou cirúrgico de SAVR ou TAVI	<ul style="list-style-type: none"> SAVR de baixo risco TAVI de risco elevado 	<ul style="list-style-type: none"> TAVI de Risco baixo a médio SAVR de risco elevado a proibitivo 	<ul style="list-style-type: none"> Risco de SAVR proibitivo ($>15\%$) ou expectativa de vida pós-TAVI <1 y
Impedimentos específicos do procedimento	<ul style="list-style-type: none"> Anatomia da válvula, tamanho do anular ou a baixa altura do óstio coronário impede o TAVI O acesso vascular não permite TAVI transfemoral 	<ul style="list-style-type: none"> Cirurgia cardíaca anterior com enxertos coronários de risco Irradiação torácica anterior 	<ul style="list-style-type: none"> Anatomia da válvula, tamanho estabilizado ou altura do óstio coronário impede o TAVI O acesso vascular não permite TAVI transfemoral
Objetivos de atendimento e preferências e valores do paciente	<ul style="list-style-type: none"> Menos incerteza sobre a durabilidade da válvula Evitar intervenção repetida Menor risco de marcapasso permanente Prolongamento da vida Alívio dos sintomas Melhoria da capacidade de exercício de longo prazo e QOL Evitar complicações vasculares Aceita maior permanência no hospital, dor no período de recuperação 	<ul style="list-style-type: none"> Aceita incerteza sobre durabilidade da válvula e possível intervenção repetida Maior risco de marcapasso permanente Prolongamento da vida Alívio dos sintomas Melhor capacidade de exercício e QoL Prefere internação hospitalar mais curta, menos dor pós-procedimento 	<ul style="list-style-type: none"> O prolongamento da vida não é um objetivo importante Evite procedimentos diagnósticos ou terapêuticos fúteis ou desnecessários Evite o risco de acidente vascular cerebral processual Evite a possibilidade de marcapasso cardíaco

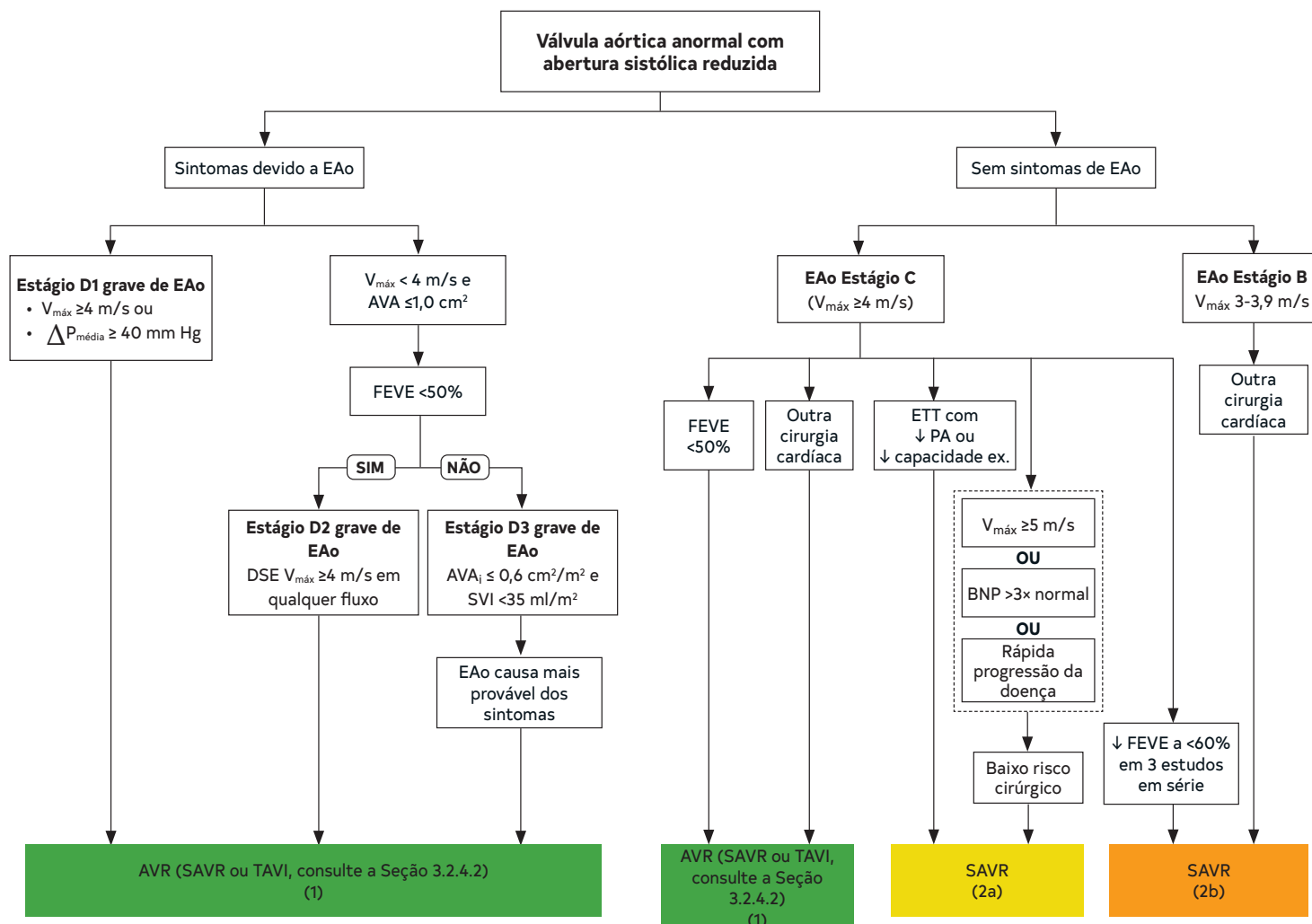
*Os anos restantes de vida esperados podem ser estimados nas tabelas de expectativa de vida atuarial dos EUA. O equilíbrio entre a expectativa de vida do paciente e a durabilidade da válvula varia continuamente ao longo da faixa etária, com válvulas mais duradouras preferidas para pacientes com uma expectativa de vida mais longa. A durabilidade da válvula bioprotética é finita (com durabilidade mais curta para pacientes mais jovens), enquanto as válvulas mecânicas são muito duráveis, mas requerem anticoagulação por toda a vida. Dados de longo prazo (20 anos) sobre os resultados com válvulas bioprotéticas cirúrgicas estão disponíveis; dados robustos sobre válvulas bioprotéticas transcater se estendem apenas a 5 anos, levando à incerteza sobre os resultados de longo prazo. A decisão sobre o tipo de válvula deve ser individualizada com base em fatores específicos do paciente que podem afetar a longevidade esperada.

†Um anel aórtico grande pode não ser adequado para os tamanhos de válvula transcater disponíveis atualmente. Com um anel aórtico pequeno ou aorta, um procedimento cirúrgico de aumento do anel pode ser necessário para permitir a colocação de uma prótese maior e evitar a incompatibilidade paciente-prótese.

‡A dilatação dos seios da aorta ou aorta ascendente pode exigir substituição cirúrgica concomitante, particularmente em pacientes mais jovens com VAB.

Modificado de Burke CR, Kirkpatrick JN, Otto CM. Objetivos do atendimento em pacientes com estenose aórtica grave. Eur Heart J. 2020;41:929-32.

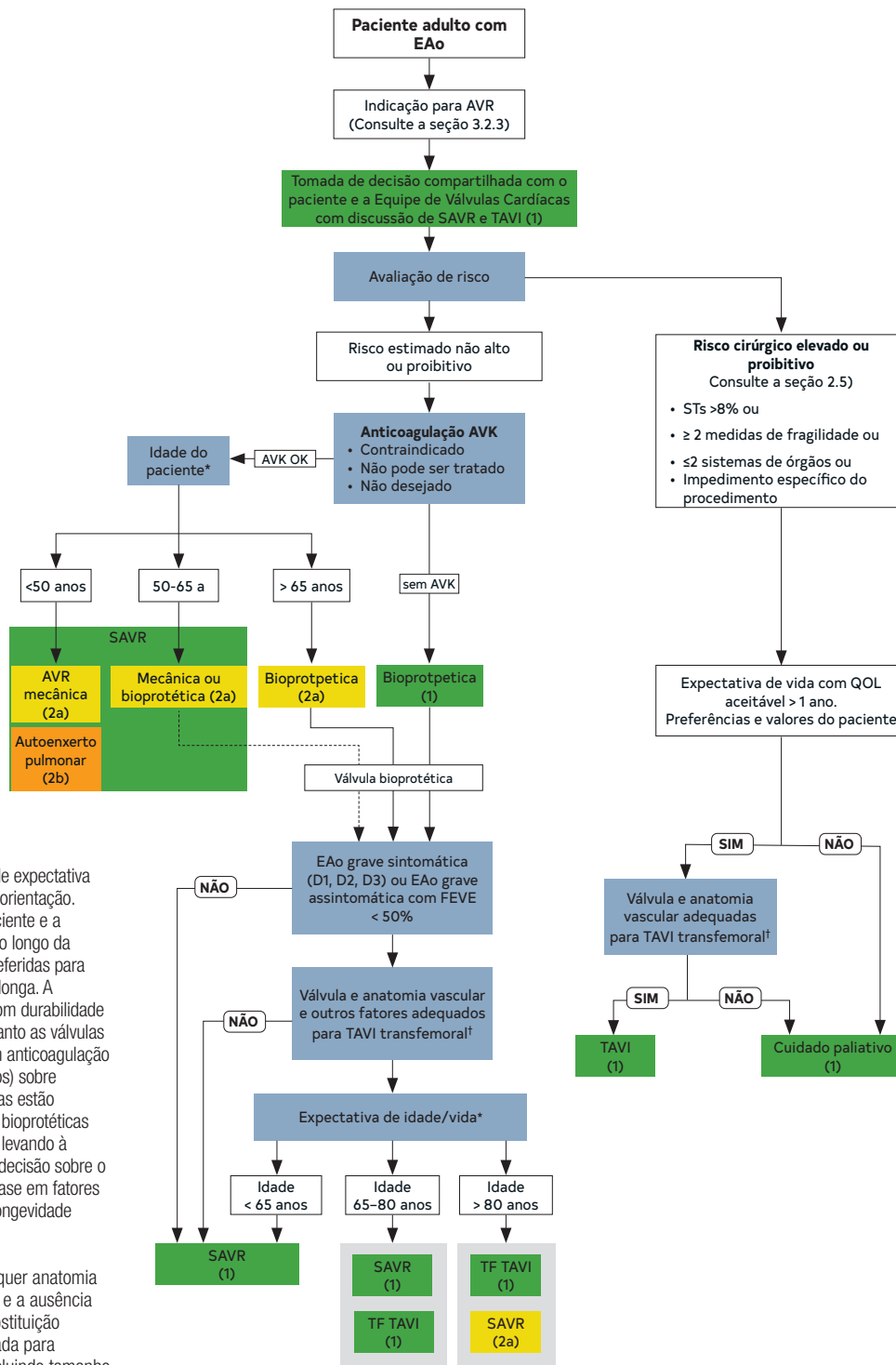
Figura 2. Momento de intervenção para EAo



As setas mostram os caminhos de decisão que resultam em uma recomendação para AVR. O monitoramento periódico é indicado para todos os pacientes nos quais a AVR ainda não está indicada, incluindo aqueles com EAo assintomática (estágio D ou C) e aqueles com EAo de baixo grau (estágio D2 ou D3) que não atendam aos critérios de intervenção. Consulte a Seção 3.2.4 para a escolha do tipo de válvula - mecânica versus bioprotética (TAVR ou SAVR) - quando a AVR for indicada.

Para a definição de estágios, consulte a Tabela 13. Estágios da EAo na página 12.

Figura 3. Escolha de SAVR versus TAVI quando a AVR é indicada para a EAo valvar.



*Idades aproximadas, com base nas tabelas de expectativa de vida atuarial dos EUA, são fornecidas para orientação. O equilíbrio entre a expectativa de vida do paciente e a durabilidade da válvula varia continuamente ao longo da faixa etária, com válvulas mais duradouras preferidas para pacientes com uma expectativa de vida mais longa. A durabilidade da válvula bioprotética é finita (com durabilidade mais curta para pacientes mais jovens), enquanto as válvulas mecânicas são muito duráveis, mas requerem anticoagulação por toda a vida. Dados de longo prazo (20 anos) sobre resultados com válvulas bioprotéticas cirúrgicas estão disponíveis; dados robustos sobre as válvulas bioprotéticas transcater se estendem por apenas 5 anos, levando à incerteza sobre resultados em longo prazo. A decisão sobre o tipo de válvula deve ser individualizada com base em fatores específicos do paciente que podem afetar a longevidade esperada.

†A colocação de uma válvula transcater requer anatomia vascular que permita a entrega transfemoral e a ausência de dilatação da raiz da aorta que exigiria substituição cirúrgica. A anatomia valvar deve ser adequada para colocação da válvula protética específica, incluindo tamanho e forma do anel, número do folheto e calcificação e altura do óstio coronário

Para a definição de estágios, consulte a Tabela 13. Estágios da EAo na página 12.

Tabela 13. Estágios de estenose aórtica

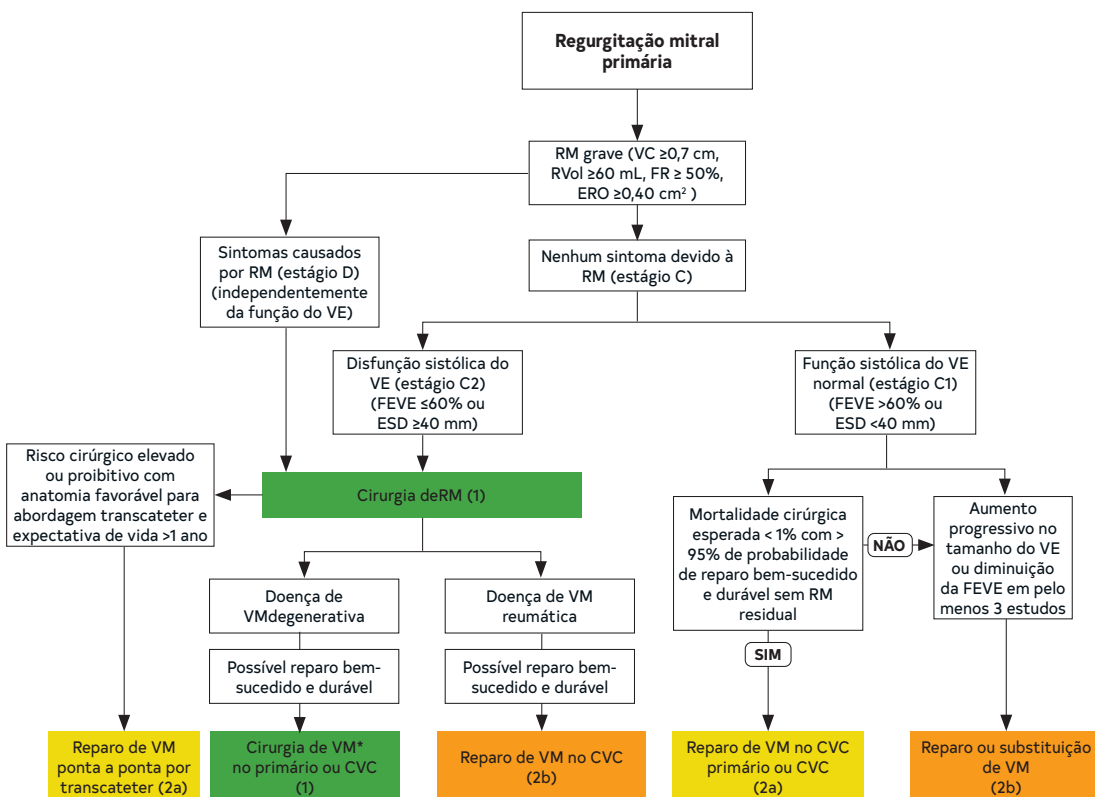
Estágio	Definição	Anatomia da válvula	Válvula hemodinâmica	Consequências hemodinâmicas	Sintomas
A	Em risco de EAo	<ul style="list-style-type: none"> VAB (ou outra anomalia da válvula congênita) Esclerose da válvula aórtica 	<ul style="list-style-type: none"> $V_{\text{máx}}$ aórtica <2 m/s com movimento normal do folheto 	Nenhum	Nenhum
B	EAo progressiva	<ul style="list-style-type: none"> Calcificação/fibrose do folheto leve a moderada de uma válvula bicúspide ou trilifólio com alguma redução no movimento sistólico ou Mudanças de válvula reumática com fusão comissural 	<ul style="list-style-type: none"> EAo leve: $V_{\text{máx}}$ aórtica 2,0-2,9 m/s ou ΔP média <20 mm Hg EAo moderada: $V_{\text{máx}}$ aórtica 3,0-3,9 m/s ou média ΔP 20-39 mm Hg 	<ul style="list-style-type: none"> Disfunção diastólica precoce do VE pode estar presente FEVE normal 	Nenhum
C: EAo grave assintomática					
C1	EAo grave assintomática	Calcificação/fibrose do folheto grave ou estenose congênita com abertura de folheto gravemente reduzida	<ul style="list-style-type: none"> $V_{\text{máx}}$ aórtica ≥ 4 m/s ou ΔP média ≥ 40 mm Hg A AVA normalmente é $\leq 1,0$ cm² (ou AVAi 0,6 cm²/m²), mas não é necessário para definir EAo grave A EAo muito grave é um $V_{\text{máx}}$ aórtico ≥ 5 m/s ou P médio ≥ 60 mm Hg 	<ul style="list-style-type: none"> Disfunção diastólica do VE Leve hipertrofia do VE FEVE normal 	<ul style="list-style-type: none"> Nenhum O teste de exercício é razoável para confirmar a situação dos sintomas
C2	EAo grave assintomática com disfunção sistólica do VE	Grave calcificação/fibrose do folheto ou estenose congênita com abertura de folheto severamente reduzida	<ul style="list-style-type: none"> $V_{\text{máx}}$ aórtica ≥ 4 m/s ou P média ≥ 40 mm Hg AVA normalmente $\leq 1,0$ cm² (ou AVAi 0,6 cm²/m²), mas não é necessário para definir EAo grave 	FEVE <50%	Nenhum

D: EAo grave sintomática					
D1	EAo de alto gradiente grave sintomática	Grave calcificação/fibrose do folheto ou estenose congênita com abertura de folheto severamente reduzida	<ul style="list-style-type: none"> • $V_{\text{máx}}$ aórtica ≥ 4 m/s ou ΔP média ≥ 40 mm Hg • AVA normalmente $\leq 1,0$ cm² (ou AVAi $\leq 0,6$ cm²/m²), mas pode ser maior com EAo/RA mistos 	<ul style="list-style-type: none"> • Disfunção diastólica do VE • Hipertrofia do VE • Hipertensão pulmonar pode estar presente 	<ul style="list-style-type: none"> • Dispneia ao esforço, redução da tolerância ao exercício ou IC • Angina de esforço • Síncope ou pré-síncope ao esforço
D2	EAo de baixo gradiente e baixo fluxo sintomática grave com FEVE reduzida	Grave calcificação/fibrose do folheto com redução severa do movimento do folheto	<ul style="list-style-type: none"> • AVA $\leq 1,0$ cm² com $V_{\text{máx}}$ aórtica em repouso < 4 m/s ou ΔP média < 40 mm Hg • A ecocardiografia de estresse com dobutamina mostra AVA $< 1,0$ cm² com $V_{\text{máx}} \geq 4$ m/s em qualquer taxa de fluxo 	<ul style="list-style-type: none"> • Disfunção diastólica do VE • Hipertrofia do VE • FEVE $< 50\%$ 	<ul style="list-style-type: none"> • IC • Angina • Síncope ou pré-síncope
D3	EAo grave de baixo gradiente sintomática com FEVE normal ou EAo grave paradoxal de baixo fluxo	Grave calcificação/fibrose do folheto com redução severa do movimento do folheto	<ul style="list-style-type: none"> • AVA $\leq 1,0$ cm² (AVA indexado $0,6$ cm²/m²) com um $V_{\text{máx}}$ aórtico < 4 m/s ou ΔP médio < 40 mm Hg E • Índice de volume de acidente vascular cerebral < 35 ml/m² • Medido quando o paciente estiver normotenso (pressão arterial sistólica < 140 mmHg) 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento da espessura relativa da parede do VE • Câmara pequena do VE com baixo volume sistólico • Enchimento diastólico restritivo • FEVE $\geq 50\%$ 	<ul style="list-style-type: none"> • IC • Angina • Síncope ou pré-síncope

O QUE HÁ DE NOVO NA REGURGITAÇÃO MITRAL

Principais alterações nas recomendações das diretrizes para doenças cardíacas valvares	
Regurgitação mitral	
2017	2020
Nenhuma recomendação equivalente de 2017.	<p>Em pacientes com RM secundária grave crônica relacionada à disfunção sistólica do VE (FEVE < 50%) que têm sintomas graves persistentes (classe II, III ou IV da NYHA) durante o tratamento com GDMT ideal para IC (estágio D), o reparo da válvula mitral transcater de ponta a ponta (TEER) é razoável em pacientes com anatomia apropriada, conforme definido na ETE e com FEVE entre 20% e 50%, DSFVE ≤ 70 mm, e pressão sistólica da artéria pulmonar ≤ 70 mm Hg.</p> <p>COR 2a, LOE B-NR</p>

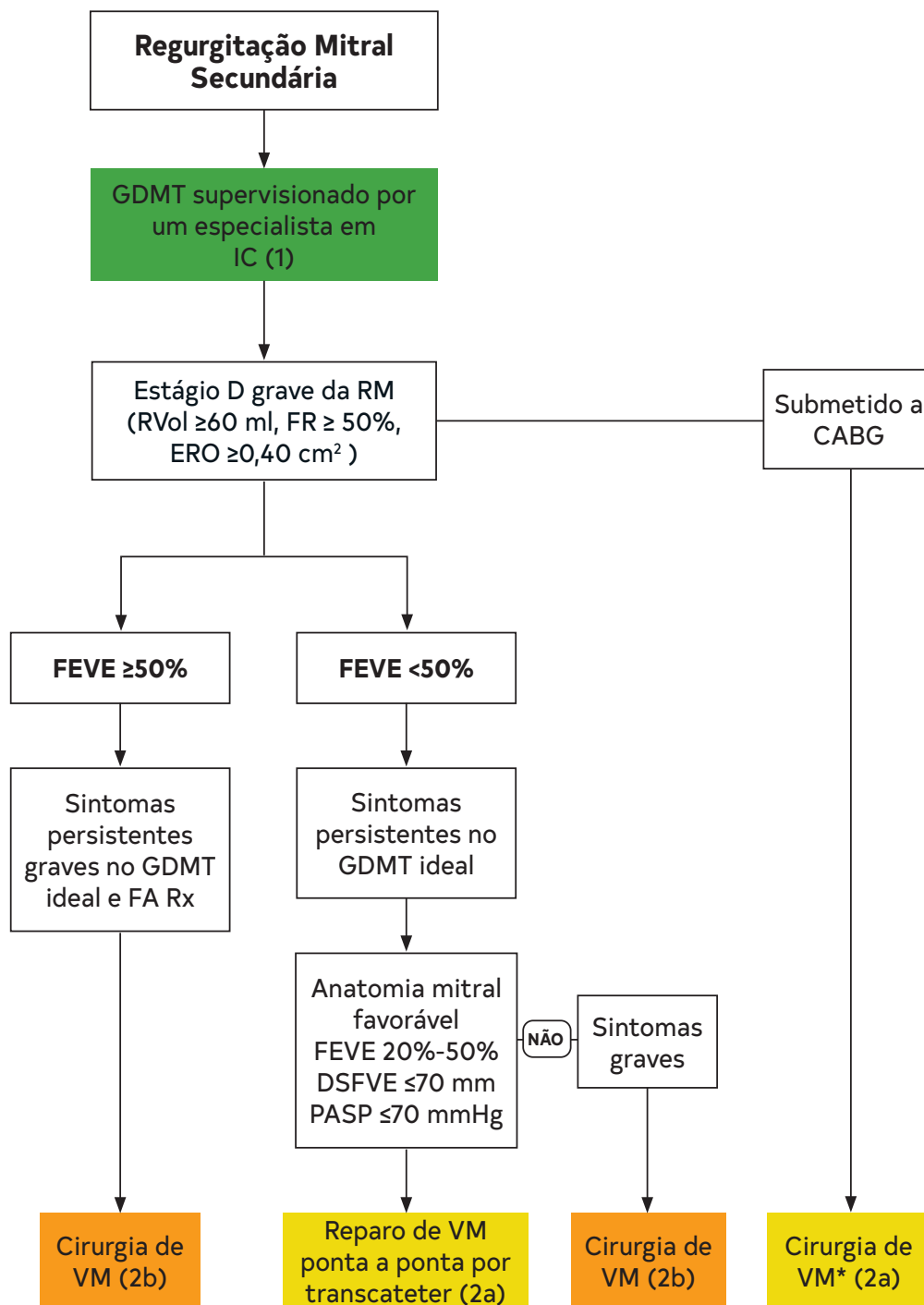
Figura 8. RM primária.



Para definição de estágios, consulte a Tabela 18. Estágios da RM secundária na página 16.

*Consulte a seção Válvula Protética (11.1.2) para escolha de substituição da válvula mitral se o reparo da válvula mitral não for possível.

Figura 9. RM secundária.



Para definição de estágios, consulte a Tabela 18. Estágios da RM secundária na página X.

*A substituição de VM com preservação de cordas pode ser razoável ao invés do reparo de anuloplastia reduzido.

Tabela 18. Estágios da RM secundária.

Estágio	Definição	Anatomia da válvula	Válvula hemodinâmica	Consequências hemodinâmicas	Sintomas
A	Em risco de RM	<ul style="list-style-type: none"> Folhetos, cordas e anel valvar normais em um paciente com DAC ou cardiomiopatia 	<ul style="list-style-type: none"> RM sem jato ou pequena área de jato central <20% LA no Doppler Pequena contração da veia <0,30 cm 	<ul style="list-style-type: none"> Tamanho normal ou levemente dilatado do VE com anormalidades fixas (infarto) ou induzíveis (isquemia) de movimento da parede regional Doença miocárdica primária com dilatação do VE e disfunção sistólica 	<ul style="list-style-type: none"> Os sintomas atribuíveis à isquemia coronariana ou IC podem estar presentes e responder à revascularização e terapia médica apropriada
B	RM progressiva	<ul style="list-style-type: none"> Anormalidades regionais de movimento da parede com amarração leve do folheto mitral Dilatação anular com leve perda de coaptação central dos folhetos mitrais 	<ul style="list-style-type: none"> ERO <0,40 cm²† Volume regurgitante < 60 ml Fração regurgitante < 50% 	<ul style="list-style-type: none"> Anormalidades regionais de movimento da parede com função sistólica reduzida do VE Dilatação do VE e disfunção sistólica atribuível à doença primária do miocárdio 	<ul style="list-style-type: none"> Os sintomas atribuíveis à isquemia coronariana ou IC podem estar presentes e responder à revascularização e terapia médica apropriada
C	RM grave assintomática	<ul style="list-style-type: none"> Anormalidades regionais de movimento da parede e/ou dilatação do VE com amarração grave do folheto mitral Dilatação mais próxima com perda grave de coaptação central dos folhetos mitrais 	<ul style="list-style-type: none"> ERO ≥0,40 cm²† Volume regurgitante ≥ 60 ml‡ Fração regurgitante ≥ 50% 	<ul style="list-style-type: none"> Anormalidades regionais de movimento da parede com função sistólica reduzida do VE Dilatação do VE e disfunção sistólica atribuível à doença primária do miocárdio 	<ul style="list-style-type: none"> Os sintomas atribuíveis à isquemia coronariana ou IC podem estar presentes e responder à revascularização e terapia médica apropriada
D	RM grave sintomática	<ul style="list-style-type: none"> Anormalidades regionais de movimento da parede e/ou dilatação do VE com amarração grave do folheto mitral Dilatação mais próxima com perda grave de coaptação central dos folhetos mitrais 	<ul style="list-style-type: none"> ERO ≥0,40 cm²† Volume regurgitante ≥ 60 ml‡ Fração regurgitante ≥ 50% 	<ul style="list-style-type: none"> Anormalidades regionais de movimento da parede com função sistólica reduzida do VE Dilatação do VE e disfunção sistólica atribuível à doença primária do miocárdio 	<ul style="list-style-type: none"> Os sintomas de IC atribuíveis à RM persistem mesmo após a revascularização e otimização da terapia médica Redução da tolerância ao exercício Dispneia ao esforço

*Vários critérios hemodinâmicos da válvula são fornecidos para avaliação da gravidade da RM, mas nem todos os critérios para cada categoria estarão presentes em cada paciente. A categorização da gravidade da RM como leve, moderada ou grave depende da qualidade e integração dos dados e da integração desses parâmetros em conjunto com outras evidências clínicas.

†A medição da área de superfície de isovelocidade proximal por ETT 2D em pacientes com RM secundária subestima a ERO verdadeira ERO por causa da forma crescente da receita proximal.

‡Pode ser menor em estados de baixo fluxo.

O QUE HÁ DE NOVO EM ANTICOAGULAÇÃO

Principais alterações nas recomendações das diretrizes para doenças cardíacas valvares	
Anticoagulação para FA em pacientes com DCV	
2017	2020
<p>É razoável usar um DOAC como alternativa a uma AVK em pacientes com FA e doença da válvula aórtica nativa, doença da válvula tricúspide ou RM e uma pontuação de CHA2DS2-VASc de 2 ou mais.</p> <p>COR 2a, LOE C-LD</p>	<p>Para pacientes com FA e doença cardíaca valvar nativa (exceto estenose mitral reumática) ou que receberam uma válvula bioprotética > 3 meses atrás, um anticoagulante oral sem vitamina K é uma alternativa eficaz à anticoagulação VKA e deve ser administrado com base no paciente Pontuação CHA2DS2-VASc.</p> <p>COR 1, LOE A</p>
<p>Nenhuma recomendação equivalente de 2017.</p>	<p>No caso de participantes com FA de início recente ≤ 3 meses após substituição da válvula bioprotética cirúrgica ou transcater, a anticoagulação com uma AVK é razoável.</p> <p>COR 2a, LOE B-NR</p>
<p>Nenhuma recomendação equivalente de 2017.</p>	<p>Em pacientes com válvulas cardíacas mecânicas com ou sem FA que precisem de anticoagulação de longo prazo com AVK para prevenir trombose da válvula, não são recomendados NOACs.</p> <p>COR 3: Harm, LOE B-R</p>

Figura 1. Anticoagulação para FA em pacientes com DCV.