

COMENTÁRIO EDITORIAL



É hora de “apressar-se lentamente” (*festina lente*, em latim) na modificação do tratamento da insuficiência cardíaca?

Rui Terenas Baptista*

A síndrome de insuficiência cardíaca (IC) é a maior causa de internamento por doença cardiovascular em Portugal^{1,2}, e encontra-se em franco crescimento no Brasil³ e no continente Africano⁴. As múltiplas etiologias da síndrome de IC, incluindo a hipertensão arterial ou a diabetes, ou as suas consequências no coração, como a doença arterial coronária, acompanhadas do envelhecimento da população e o seu efeito inexorável nas válvulas e no miocárdio, levam a que a carga assistencial desta síndrome vá aumentar de forma significativa nos próximos anos⁵. Além disso, formas específicas que se encontram em países lusófonos, como a doença de Chagas no Brasil, adicionam complexidade à abordagem desta síndrome⁶. Felizmente, assistimos nos últimos anos a enormes desenvolvimentos terapêuticos, que mais uma vez revolucionaram a abordagem aos doentes com IC^{7,8}. No entanto, toda esta inovação aumenta a complexidade da sua implementação no mundo real.

RESUMO DO ARTIGO⁹

Foi justamente para tornar mais fácil a translação de toda esta evidência para a prática clínica que o American College of Cardiology (ACC) publicou a atualização de 2021 do documento intitulado “2017 ACC Expert Consensus Decision Pathway for Optimization of Heart Failure Treatment: Answers to 10 Pivotal Issues About Heart Failure With Reduced Ejection Fraction”. Este documento de 2017, cujo objetivo inicial, nas palavras dos autores do mesmo, era “ajudar os médicos a navegar num ambiente cada vez mais complexo na abordagem ao doente com IC”, é agora atualizado, seguindo a organização do artigo precedente, sendo evidenciadas as 10 questões fundamentais na IC, agrupadas em três eixos: (i) como implementar a terapêutica médica recomendada, (ii) como enfrentar os

desafios colocados na prática clínica, e (iii) como abordar aspetos relacionados com a complexidade crescente na terapêutica, comorbilidades e cuidados paliativos.

É no primeiro eixo que encontramos mais novidades relativamente ao documento de 2017, nomeadamente em relação ao sacubitril/valsartana e aos inibidores da SGLT2 (iSGLT2). No tocante ao sacubitril/valsartana, o surgimento de novos dados relativos à remodelagem inversa, à qualidade de vida e à introdução intrahospitalar em doentes naïve levaram à recomendação de que o sacubitril/valsartana é o modulador do sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA) preferido na abordagem ao doente com IC com fração de ejeção reduzida (ICFER), enquanto que os inibidores da enzima de conversão da angiotensina (IECA) ou os antagonistas do recetor da angiotensina 2 (ARA2) devem ser reservados para doentes que não podem tomar ou suportar os custos associados ao sacubitril/valsartana. Já relativamente aos iSGLT2, e tendo em consideração os resultados dos estudos DAPA-HF e EMPEROR-REDUCED10, é feita uma nova recomendação para a sua introdução nos doentes que validam os critérios de função renal, semelhante à que já era feita para os antagonistas dos recetores mineralocorticóides, salientando o seu papel fundamental no doente com ICFER. Tendo em consideração o número de fármacos recomendados atualmente, os autores salientam a relevância das visitas quinzenais durante os primeiros 3 a 6 meses para titulações sucessivas, bem como a importância da identificação dos doentes que necessitam de referência para um centro de insuficiência cardíaca avançada, através do muito bem conseguido acrónimo I-NEED-HELP.

No segundo eixo é profundamente desenvolvida a temática da implementação. São bem conhecidas as dificuldades sentidas na implementação de todas estas

* MD; PhD; Diretor do Serviço de Cardiologia do Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga; Professor Auxiliar Convidado de Patologia Torácica e Vasculiar e Investigador do iCBR, da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

inovações terapêuticas na prática clínica diária, recentemente evidenciadas pelo registo CHAMP-HF¹¹. Deste modo, este documento discute vários aspetos relacionados com este tema: na referenciação dos doentes com IC; na coordenação de cuidados e na criação das equipas de IC; no desenvolvimento de técnicas para melhorar a adesão terapêutica; na abordagem a coortes de doentes específicas; e na gestão dos custos com a medicação. Para cada um destes temas, é feita uma discussão aprofundada dos mesmos, apresentado soluções práticas para os mesmos.

Finalmente, no terceiro eixo é feita uma reflexão sobre a gestão da complexidade crescente que a abordagem contemporânea ao doente com IC exige. Neste sentido, são apresentadas 12 estratégias pragmáticas para facilitar a vida a doentes e prestadores de cuidados de saúde, desde o início imediato da terapêutica médica otimizada, à importância da avaliação cuidadosa da congestão, à relevância da titulação das doses máxima toleradas e à priorização dos fármacos com maior benefício prognóstico, entre muitas outras.

IMPLICAÇÕES PARA O MUNDO LUSÓFONO

Na área geográfica da lusofonia, a síndrome de IC segue dois padrões epidemiológicos distintos, um mais associado à doença coronária e hipertensiva em Portugal e no Brasil (neste último, não descurando a Doença de Chagas) e outro mais associado à doença hipertensiva e valvular na África subsariana. A capacitação dos

médicos que trabalham nos cuidados de saúde primários para diagnosticar e tratar o doente com IC é, portanto, fundamental, tendo em consideração a enorme prevalência da síndrome na comunidade. Infelizmente, muitos dos tratamentos para a síndrome de IC têm custos que podem não ser compatíveis com alguns dos sistemas de saúde dos países lusófonos, e como o próprio documento em discussão neste editorial refere, poderão ter que ser feitas escolhas maximizando os benefícios, se não for possível adquirir todos os fármacos recomendados. Mais uma vez, a implementação de redes de referenciação e protocolos multilaterais podem facilitar o acesso dos doentes a intervenções terapêuticas não disponíveis nos seus países de origem.

CONCLUSÕES

A síndrome de IC tornou-se um problema muito significativo de saúde pública e espera-se o seu agravamento nas próximas décadas. Apesar dos extraordinários avanços terapêuticos dos últimos anos, continuamos a assistir a uma muito lenta implementação das estratégias já disponíveis e com impacto comprovado a nível prognóstico e sintomático. Este documento tenta, de forma muito pragmática e a meu ver, muito eficaz, ser um roteiro para o médico que acompanha o doente com IC nas várias dimensões da sua abordagem, ultrapassando em larga escala as recomendações terapêuticas que naturalmente também inclui.

REFERÊNCIAS

1. Marques-Alves, P. et al. Real-world analysis of acute decompensated heart failure outcomes in Portugal. *ESC Hear. Fail.* (2020). doi:10.1002/ehf2.12599
2. Moita, B., Marques, A. P., Camacho, A. M., Neves, P. L. & Santana, R. One-year rehospitalisations for congestive heart failure in Portuguese NHS hospitals: a multilevel approach on patterns of use and contributing factors. doi:10.1136/bmjopen-2019-031346
3. Fernandes, A. D. F. et al. A 10-year trend analysis of heart failure in the less developed Brazil. *Arq. Bras. Cardiol.* 114, 222-231 (2020).
4. Morais, H. Insuficiência Cardíaca em África: Aspectos Epidemiológicos, Etiológicos, Clínicos e de Tratamento. *An. do Hosp. Mil. Princ. Super.* 2, 159-163 (2009).
5. Fonseca, C., Brás, D., Araújo, I. & Ceia, F. Heart failure in numbers: Estimates for the 21st century in Portugal. *Rev. Port. Cardiol.* 37, 97-104 (2018).
6. Issa, V. S. et al. The course of patients with Chagas heart disease during episodes of decompensated heart failure. *ESC Hear. Fail.* 8, 1460-1471 (2021).
7. Ferrari, R. et al. ARNIs: balancing "the good and the bad" of neuroendocrine response to HF. *Clin. Res. Cardiol.* (2019). doi:10.1007/s00392-019-01547-2
8. Bocchi, E. A. et al. Emerging topics in heart failure: Sodium-glucose co-transporter 2 inhibitors (sGLT2) in hf. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia* 116, 355-358 (2021).
9. Writing Committee, Maddox TM, Januzzi et al. 2021 Update to the 2017 ACC Expert Consensus Decision Pathway for Optimization of Heart Failure Treatment: Answers to 10 Pivotal Issues About Heart Failure With Reduced Ejection Fraction: A Report of the American College of Cardiology Solution Set Oversight Committee. *J Am Coll Cardiol.* 2021;77:772-810
10. Silva-Cardoso, J. et al. Cardiorenal protection with SGLT2: Lessons from the cardiovascular outcome trials. *Journal of Diabetes* 12, 279-293 (2020).
11. Greene, S. J. et al. Medical Therapy for Heart Failure With Reduced Ejection Fraction: The CHAMP-HF Registry. *J. Am. Coll. Cardiol.* 72, 351-366 (2018).