

COMENTÁRIO EDITORIAL



Internamento por insuficiência cardíaca – tempo de mudança?

Manuel B. Campelo*

A insuficiência cardíaca (IC) é uma síndrome amplamente conhecida, com uma prevalência que continua crescente, de aproximadamente 1-2% da população adulta dos países desenvolvidos, subindo para cerca de 10% em pessoas com idade acima dos 70 anos (1). No que diz respeito ao mundo lusófono, e a título de exemplo, em Portugal, a prevalência global da IC crónica na população adulta foi estimada no estudo EPICA em 4,36%, atingindo o valor de 16,14% acima dos 80 anos (2); considerando a situação no Brasil, os números parecem igualmente pouco animadores (3, 4).

A IC é a principal causa de internamento nos EUA e na Europa, representando 1% a 2% de todas as admissões (5), sendo que cerca de 30% desses doentes irão necessitar de reinternamento dentro de 60 a 90 dias (5). Estes dados mostram o enorme custo global que o internamento por IC impõe aos prestadores de cuidados de saúde. Embora os avanços do tratamento tenham melhorado o prognóstico de muitos doentes com IC nas últimas décadas, o internamento continua a ser um dos preditores mais fortes de aumento da mortalidade (5).

É nesta realidade sombria que publicação de Holtenberg e colaboradores (6) se insere. Trata-se de um documento do ACC, relativo ao internamento por IC, que não pretende ser uma nova linha de orientação, mas antes um complemento das linhas de orientação existentes, procurando informar os clínicos em áreas onde a evidência possa ser menos robusta ou com dados mais limitados.

Nesse plano estratégico foi adotada uma metodologia que denominam “conhecimento acionável” e que coloca ênfase num objetivo de tornar a informação clínica mais acessível e amigável. Nesse sentido, o ACC tem evoluído a partir de documentos isolados para o desenvolvimento de “conjuntos de soluções” (grupos de atividades, políticas, aplicações móveis ou outras ferramentas, muito

relacionadas entre si, para transformar e melhorar os cuidados de saúde cardíaca). Este artigo (Fluxogramas de Decisão de Consenso de Peritos, Expert Consensus Decision Pathways, ECDP) pretende ser um componente chave desses “conjuntos de soluções”. Não se pretende dar “uma resposta única”, antes encorajar os clínicos a pôr questões sempre que definem um plano de tratamento para os doentes.

O documento ficou estruturado em 5 “nós”: Admissão, Avaliação de Trajetória, Ponto de Transição, Alta e Primeira Consulta Pós-Alta. Em cada um destes nós são discriminados os objetivos e as atividades correspondentes. Na Admissão é dado principal relevo a dois temas: alívio da congestão e otimização dos fármacos recomendados nessa fase, não esquecendo as comorbilidades e a avaliação inicial dos fatores de risco. Na Avaliação de Trajetória, são propostos três grandes tipos de trajetória, dependentes da evolução clínica e analítica do doente, que orientarão diferentes estratégias durante o internamento e após a alta: 1. Melhoria progressiva, 2. Estacionário após melhoria inicial e 3. Sem melhoria / agravamento; são referenciadas, com intenção prática, as medidas mais adequadas a cada fase. No Ponto de Transição dá-se ênfase, sobretudo, à passagem para a medicação oral, ou para medidas terapêuticas adicionais, tendo em vista as situações de resposta menos favorável.

Abordando a Alta Hospitalar, chama-se a tenção da importância da nota de alta e de um esquema (“focused handoff”) que facilite o acesso rápido a informação clínica mais relevante, que na consulta externa, que em eventuais futuros reinternamentos. O último nó, a Primeira Consulta Pós-Alta, merece igualmente atenção: é dado destaque a avaliação cuidadosa nos primeiros dias ou semanas, conforme a situação, com propostas de “checklist” de apoio e de

*Centro Hospitalar Universitário de S. João, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

medidas recomendadas. Não é esquecida a questão do declínio clínico que pode acontecer nalguns doentes apesar da terapêutica otimizada; é abordada a questão de avaliação para medidas mais avançadas, nomeadamente a transplantação cardíaca, ou, noutra vertente, toda a problemática envolvendo o acesso a cuidados paliativos. Ao longo do texto vai sendo chamada ainda a atenção para a necessidade da abordagem multidisciplinar: além do médico experiente e do enfermeiro especialista, deverão fazer parte da equipa outros profissionais das áreas da farmácia, assistência social, psiquiatria, fisioterapia e nutrição. Este documento, não pretende aplicar novas linhas de orientação ou

novas modalidades terapêuticas, mas, e mais do que isso, uma estratégia estruturada de avaliação do doente com internamento por IC, desde a admissão hospital até à primeira consulta após a alta. Terá, como principal objetivo, evitar ou retardar o mais possível, um eventual reinternamento. Não deverá ser interpretado de forma “fundamentalista”, acrítica, mas antes adaptado às condições sociais, políticas e económicas de cada realidade nacional ou local.

Em conclusão, estamos perante uma proposta com uma abordagem feliz e pragmática desta situação clínica, com potencial para aplicação na prática clínica, que me parece de leitura obrigatória para os profissionais de saúde ligados ao seguimento de doentes com IC,

REFERÊNCIAS

1. Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, et al. 2016 ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC). Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur J Heart Fail.* 2016;18:891-975.
2. Ceia F, Fonseca C, Mota T, et al. Prevalence of chronic heart failure in Southwestern Europe: the EPICA study. *Eur J Heart Fail.* 2002;4:531-9.
3. Bocchi E, Arias A, Verdejo H et al. The reality of heart failure in Latin America. *J Am Coll Cardiol.* 2013;62(11):949-58.
4. Albuquerque D, Neto JD, Bacal F et al. I Brazilian Registry of Heart Failure - Clinical Aspects, Care Quality and Hospitalization Outcomes. *Arq Bras Cardiol.* 2015;104(6):433-42.
5. Cowie M, Lopatin Y, Saldarriaga C, et al. The Optimize Heart Failure Care Program: Initial lessons from global implementation. *Int J Cardiol.* 2017;1;236:340-344.
6. Hollenberg S, Stevenson L, Ahmad T, et al. 2019 ACC Expert Consensus Decision Pathway on Risk Assessment, Management, and Clinical Trajectory of Patients Hospitalized With Heart Failure: A Report of the American College of Cardiology Solution Set Oversight Committee. *J Am Coll Cardiol.* 2019;15;74(15):1966-2011.