



COMENTÁRIO EDITORIAL

Perspetiva para a melhoria do tratamento da insuficiência cardíaca – um contributo local



An approach to improving heart failure management – A local contribution

Cândida Fonseca^{a,b}

^a Unidade de Insuficiência Cardíaca, Serviço de Medicina III, Hospital de S. Francisco Xavier, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Lisboa, Portugal

^b NOVA Medical School, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal

Disponível na Internet a 30 de maio de 2017

A insuficiência cardíaca é um problema crescente de saúde pública. Cerca de 26 milhões de indivíduos em todo o mundo vivem atualmente com insuficiência cardíaca, o que é comparável com os 32 milhões que vivem com cancro e os 34 milhões com VIH/SIDA¹. A prevalência estimada da insuficiência cardíaca na população europeia é de cerca de 2%, a qual aumenta abruptamente com a idade a partir da sétima década de vida. De facto, mais de 80% dos insuficientes cardíacos têm 65 anos ou mais. É também a primeira causa de hospitalização após os 65 anos na Europa, bem como nos Estados Unidos².

Estima-se que o número de doentes com insuficiência cardíaca virá a duplicar até 2030 devido ao envelhecimento da população, bem como ao tratamento mais eficiente quer das doenças cardíacas que terminam na insuficiência cardíaca quer da própria síndrome, condicionando uma procura em crescendo dos cuidados médicos e das instituições de saúde³.

Por outro lado, a epidemiologia da insuficiência cardíaca parece estar a mudar. Uma revisão sistemática recente

relata uma prevalência global estável na última década, de 11,8% no idoso com 60 ou mais anos, sendo a insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada globalmente mais prevalente do que a insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (4,9 e 3,3% respetivamente). Enquanto a primeira está a aumentar, a segunda terá decrescido ligeiramente no século XXI⁴.

Apesar dos avanços dos últimos 30 anos no desenvolvimento de novas moléculas, bem como de novas modalidades não farmacológicas de terapêutica, eficazes no tratamento da insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida, os doentes com insuficiência cardíaca apresentam, após um primeiro internamento, um elevado risco de re-hospitalização precoce e morte. São críticos nos primeiros 30-60 dias após a alta hospitalar. Cerca de um em cada quatro doentes com mais de 65 anos será readmitido aos 30 dias e cerca de metade até aos seis meses após a alta⁵⁻⁷. A insuficiência cardíaca compromete dramaticamente a sobrevida e a qualidade de vida de doentes e cuidadores, bem como o orçamento para a saúde dos países desenvolvidos. Estima-se que os custos aumentem em cerca de duas vezes e meia até 2030³. A hospitalização representa cerca de 60-80% dos gastos com a síndrome.

Por outro lado, admite-se que a maioria dos reinternamentos possam ser evitados com a melhoria da qualidade dos

DOI do artigo original:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.repc.2016.10.011>

Correio eletrónico: mcandidafonseca@gmail.com

<http://dx.doi.org/10.1016/j.repc.2017.05.001>

0870-2551/© 2017 Sociedade Portuguesa de Cardiologia. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos os direitos reservados.

cuidados hospitalares, nomeadamente pré-alta, e dos cuidados de transição, na fase pós-alta imediata^{3,6,8-11}. Assim, desde 2010, e no âmbito de um programa de redução da re-hospitalização, taxas de reinternamento excessivas passaram a originar penalizações financeiras para os hospitais americanos. Outros países optaram pela bonificação das instituições com melhores indicadores nesta área.

Também em Portugal, a assistência à insuficiência cardíaca deverá constituir uma prioridade no programa nacional de saúde, para todos os níveis de cuidados¹². Todos, doentes, profissionais de saúde e decisores, deverão estar sensibilizados para a síndrome e preparados para enfrentar a epidemia, nas suas várias vertentes.

Mais do que em medidas punitivas, a estratégia deve assentar na investigação clínica continuada, em registos multicêntricos nacionais, no conhecimento dos dados da vida real, essenciais para que possamos estabelecer indicadores e padrões de qualidade baseados na evidência e capazes de refletir uma melhoria na morbimortalidade dos doentes. É neste contexto que se insere o trabalho de Irène Marques et al. publicado neste número da revista¹³.

Os autores analisam uma população de doentes internados consecutivamente num serviço de medicina interna de um hospital terciário, universitário, que se propõe implementar uma clínica de insuficiência cardíaca dotada de um programa multidisciplinar de manejo da síndrome, numa perspetiva de melhoria da assistência médica prestada aos seus doentes.

As clínicas de insuficiência cardíaca, estruturas organizacionais dotadas de programas de manejo integrado da síndrome, assentes em equipas multidisciplinares, têm provas dadas na melhoria da morbimortalidade e são uma recomendação de classe IA da Sociedade Europeia de Cardiologia¹⁴.

Certos de que o modelo a implementar não será único, mas deverá antes responder às necessidades locais, os autores procuram avaliar desvios e identificar áreas para melhoria.

De entre os resultados deste estudo, salientamos alguns aspetos de especial interesse. Esta população internada em serviço de medicina interna é mais idosa (idade média 79 anos) e constituída predominantemente por mulheres (62,5%), com múltiplas comorbilidades – apesar de subestimadas no estudo –, com fração de ejeção preservada (70,5%). Estes doentes são diferentes dos incluídos nos ensaios clínicos e nos registos oriundos de serviços de cardiologia e unidades especializadas em Portugal, bem como na Europa, onde são mais novos, preponderantemente homens e com fração de ejeção deprimida^{15,16}. Esta população está assim, em conformidade com os relatos de muitos autores, de que a maioria dos doentes com insuficiência cardíaca são idosos com múltiplas comorbilidades e fração de ejeção preservada, e que são mais habitualmente internados em serviços de medicina interna.

Um terço dos doentes morreu ou foi re-hospitalizado ao ano, a atestar do prognóstico a longo prazo da insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada tão mau quanto o da insuficiência cardíaca com fração de ejeção deprimida, contrariando o mito de que a primeira tem melhor prognóstico^{17,18}. A mortalidade intra-hospitalar (7,9%) foi tão elevada quanto a da insuficiência cardíaca com fração de ejeção deprimida, bem como a taxa de reinternamento

ao ano (34,3%), esta mais elevada do que a reportada no *ESC heart failure long-term registry*, a sugerir possível margem para melhoria¹⁹.

A reavaliação pós-alta em consulta da especialidade quando existiu (e apenas 62% dos doentes, no decorrer de um ano) foi tardia, bem para além das duas semanas preconizadas pelas recomendações internacionais. Não há referência a reavaliação em cuidados primários, também preconizada nas recomendações europeias, no espaço de uma semana pós-alta¹⁴.

Ainda que o internamento seja um evento indesejável e deletério, na evolução do doente com insuficiência cardíaca, oferece um momento privilegiado para reequacionar o doente e otimizar a terapêutica, mas representa apenas o início da trajetória. As recomendações preconizam a referenciação destes doentes de maior risco a um programa de manejo integrado da síndrome, sendo que, na Europa, apenas 26 países reportaram ter programas de manejo integrado da insuficiência cardíaca em mais de 30% dos seus hospitais e, mesmo quando existe, nem sempre é devidamente utilizado^{14,20}. A integração no fluxo destes doentes dos vários níveis dos cuidados de saúde, nomeadamente dos cuidados primários, é outro aspeto fundamental para a prestação adequada de cuidados aos doentes com insuficiência cardíaca, aspeto que carece de implementação quer na Europa quer entre nós¹⁴.

É tentador admitirmos que as diferenças nas taxas de mortalidade e reinternamento entre os diferentes países europeus, objetivamente inferiores em alguns países do sul, como a Itália, e sobretudo do norte da Europa, possam estar relacionadas com o acesso facilitado a redes e programas de manejo integrado da insuficiência cardíaca, já tradicionalmente aí implementados²⁰⁻²³.

A organização destes programas deve ser encorajada, pelo que aguardamos com o maior interesse os resultados da clínica de insuficiência cardíaca que I. Marques et al. se propõem implementar no seu hospital.

Concordamos com a necessidade de estudos/registos multicêntricos nacionais, abrangendo serviços de cardiologia, bem como de medicina interna, geriatria, urgência e emergência, de forma a melhor caracterizarmos a pandemia e implementarmos redes nacionais de tratamento dos doentes com insuficiência cardíaca, adequadas às necessidades. Será necessário um esforço organizativo a todos os níveis, local, bem como nacional¹². Chegou a hora de partilharmos experiências, de coordenarmos esforços em programas de perceção, formação, estratégia organizacional e política, para melhorarmos o tratamento da insuficiência cardíaca em Portugal¹².

Conflito de interesses

O autor declara não haver conflito de interesses.

Referências

1. Ambrosy AP, Fonarow GC, Butler J, et al. The global health and economic burden of heart failure: lessons learned from hospitalized heart failure registries. *J Am Coll Cardiol*. 2014;63:1123-33.

2. Mozaffarian D, Benjamin EJ, Go AS, et al. Heart disease and stroke statistics-2015 update: A Report from the American Heart Association. *Circulation*. 2015;131:e29-322.
3. Heidenreich PA, Albert NM, Allen LA, et al. Forecasting the impact of heart failure in the United States: a policy statement from the American Heart Association. *Circ Heart Fail*. 2013;6:606-19.
4. Van Riet EE, Hoes AW, Wagenaar KP, et al. Epidemiology of heart failure and ventricular dysfunction in older adults over time. A systematic review. *Eur J Heart Fail*. 2016;18:242-52.
5. Heidenreich PA, Sahay A, Kapoor JR, et al. Divergent trends in survival and readmission following a hospitalization for heart failure in the Veterans affairs health care system, 2002 to 2006. *J Am Coll Cardiol*. 2010;56:362-8.
6. Desai AS, Stevenson LW. Rehospitalization for heart failure. Predict or prevent? *Circulation*. 2012;126:501-6.
7. Chen J, Ross JS, Carlson MD, et al. Skilled nursing facility referral and hospital readmission rates after heart failure or myocardial infarction. *Am J Med*. 2012;125:100-10.
8. Kociol RD, Peterson ED, Hammill BG, et al. National Survey of hospital strategies to reduce heart failure readmissions: findings from the Get with the Guidelines-Heart Failure registry. *Circ Heart Fail*. 2012;5:680-7.
9. Cowie MR, Lopatin YM, Saldarriaga C, et al. The Optimize Heart Failure Care Program: Initial lessons from global implementation. *Int J Cardiol*. 2017;236:340-4.
10. Madigan EA, Gordon NH, Fortinsky RH, et al. Rehospitalization in a national population of home health care patients with heart failure. *Health Serv Res*. 2012;47:2316-38.
11. Van Walraven C, Bennett C, Jennings A, et al. Proportion of hospital readmissions deemed avoidable: a systematic review. *CMAJ*. 2011;183:E391-402.
12. Fonseca C, Brito D, Cernadas R, et al. Pela melhoria do tratamento da insuficiência cardíaca em Portugal – documento de consenso. *Rev Port Cardiol*. 2017;36:1-8.
13. Marques I, Abreu S, Bertão MV, et al. Characteristics and outcomes of heart failure hospitalization before implementation of a heart failure clinic: the PRECIC study. *Rev Port Cardiol*. 2017;36:431-8.
14. Ponikowsky 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 Heart J*. 2016;37:2129-200.
15. Fonseca C, Araújo I, Marques F, et al. A closer look at acute heart failure: putting Portuguese and European data in perspective. *Rev Port Cardiol*. 2016;35:291-304.
16. Maggioni AP, Anker SD, Dahlstrom U, et al. Are hospitalized or ambulatory patients with heart failure treated in accordance with European Society of Cardiology guidelines? Evidence from 12,440 patients of the ESC Heart Failure Long-Term Registry. *Eur J Heart Fail*. 2013;15:1173-84.
17. Desai AS, Claggett B, Pfeffer MA, et al. Influence of hospitalization for cardiovascular versus noncardiovascular reasons on subsequent mortality in patients with chronic heart failure across the spectrum of ejection fraction. *Circ Heart Fail*. 2014;7:895-902.
18. Schmidt M, PilgaardUlrichsen S, Pedersen L, et al. Thirty-year trends in heart failure hospitalization and mortality rates and the prognostic impact of co-morbidity: a Danish nationwide cohort study. *Eur J Heart Fail*. 2016;18:490-9.
19. Crespo-Leiro MG, Anker SD, Maggioni AP, et al., on behalf of the Heart Failure Association (HFA) of the European Society of Cardiology (ESC). European Society of Cardiology Heart Failure Long-Term Registry (ESC-HF LT): 1-year follow-up outcomes and differences across regions. *Eur J Heart Fail*. 2016;18:613-25.
20. Seferovic PM, Stoerk S, Filippatos G, et al. Organization of heart failure management in European Society of Cardiology member countries: survey of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology in collaboration with the Heart Failure National Societies/Working Groups. *Eur J Heart Fail*. 2013;15:947-59.
21. Tavazzi L, Senni M, Metra M, et al. Multicenter prospective observational study on acute and chronic heart failure: one-year follow-up results of IN-HF (Italian Network on Heart Failure) outcome registry. *Circ Heart Fail*. 2013;6:473-81.
22. Strömberg A, Martensson J, Fridlung B, et al. Nurse-care heart failure clinics improve survival and self-care behaviour in patients with heart failure. Results from a prospective, randomised trial. *Eur Heart J*. 2003;24:1014-23.
23. McDonagh TA, Blue L, Clark AL, et al. European Society of Cardiology Heart Failure Association Standards for delivering heart failure care. *Eur J Heart Fail*. 2011;13:235-41.