

15 de julho de 2020

<http://justnews.pt/noticias/telemonitorizacao-na-insuficiencia-cardiaca-os-doentes-vivem-mais-tempo-e-fora-do-hospital>



Telemonitorização na insuficiência cardíaca: 2 anos a «diminuir a taxa de hospitalizações»

Afonso Nunes Ferreira

Interno do 5.º ano de Formação específica em Cardiologia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte - Hospital de Santa Maria (CHULN-HSM)

Na última década, temos testemunhado o crescimento exponencial da telemedicina, permitindo a monitorização à distância de inúmeros dados fisiológicos, descentralizando os doentes dos hospitais e prevenindo atempadamente uma potencial descompensação da doença.

No caso particular da insuficiência cardíaca (IC), a monitorização de parâmetros como a tensão arterial, peso, ritmo cardíaco ou mesmo a monitorização invasiva da pressão da artéria pulmonar ou impedância intratorácica pode ter impacto na prevenção de descompensações línicas, evitando internamentos hospitalares e morte precoce.

Efetivamente, as recomendações e documentos de consenso mais recentes espelham a importância de monitorização invasiva da pressão na artéria pulmonar e monitorização dos dados de dispositivos cardíacos (CDI, CRT-D) para redução de hospitalizações e mortalidade em doentes com IC.

No entanto, no que diz respeito à monitorização remota não invasiva, existe ainda falta de informação para recomendar a sua prática no acompanhamento ambulatorio dos doentes com IC. Diferentes estudos têm demonstrado resultados contraditórios referentes (1) ao impacto prognóstico da monitorização não invasiva de doentes com IC, (2) ao melhor modelo a utilizar e (3) aos doentes com IC que dela podem beneficiar.

Em 2018, o estudo TIM-HF 2(1) veio renovar a discussão da telemonitorização não invasiva na IC, demonstrando uma redução na mortalidade por qualquer causa e redução da percentagem de dias perdidos por morte precoce ou hospitalizações cardiovasculares não planeadas nos 12 meses de seguimento. Por outras palavras, os doentes vivem mais tempo, com maior qualidade e fora do hospital.



A nossa experiência (no Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte - Hospital de Santa Maria) com a telemonitorização não invasiva cumpriu o seu 2.º aniversário desde a inclusão do primeiro doente. Neste projeto, incluímos doentes com IC com risco elevado de novas descompensações, nomeadamente, os doentes com fração de ejeção reduzida (< 40%) e com hospitalizações nos 12 meses prévios à sua inclusão no programa de seguimento.

Desta forma, facultamos aos doentes mais vulneráveis uma maior e personalizada vigilância clínica 24 h/dia, 7 dias/semana. Com a medição de tensão arterial, frequência cardíaca, peso, saturação periférica de oxigénio, temperatura, bioimpedância e eletrocardiograma, tem sido possível diminuir a taxa de hospitalizações e mortalidade por qualquer causa em 73% quando comparado com o tratamento standard dos doentes com IC.

Cumulativamente, temos verificado uma redução do número de dias perdidos por hospitalizações ou morte precoce com um benefício preponderante da telemonitorização. Num ano, um doente com acompanhamento por telemonitorização perde, em média, 5,6 dias por admissões hospitalares/morte precoce, um número significativamente menor quando comparado com 48,8 dias no seguimento standard, ou 12,4 dias num programa de seguimento clínico específico de doentes com IC (protocolo RICAHTeam(2)).

Na minha opinião, o sucesso de um programa de telemonitorização não invasiva para acompanhamento de doentes com IC baseia-se em dois pilares estruturais: seleção dos doentes e solidez da equipa. A seleção dos doentes que mais beneficiam de uma vigilância ativa e contínua deverá ser minuciosa, de modo a oferecer o programa aos doentes mais vulneráveis, numa fase mais avançada da doença e nos quais uma vigilância clínica diária permite titular a terapêutica modificadora de prognóstico e evitar descompensações clínicas.

Por outro lado, a solidez da equipa prima pela sua capacidade de gestão, interpretação e resposta aos bio-sinais detetados. A verdadeira criação de valor em telemonitorização não está na medição remota de bio-sinais, mas sim na interpretação desses sinais e personalização da orientação precoce da terapêutica. Para isso, uma equipa motivada e com conhecimento dos doentes é indispensável para o sucesso do programa.

Com estes resultados favoráveis de um programa inovador de seguimento de doentes com IC, respondemos a muitas perguntas, mas encontramos outras tantas que continuamos a procurar esclarecer. Durante quanto tempo devemos seguir estes doentes? Devemos oferecer este programa a todos os doentes ou devemos ter critérios restritos na sua inclusão? Qual o ponto de equilíbrio na balança custo-benefício?

Os bio-sinais dos doentes devem ficar restritos a avaliação por parte da equipa de IC ou deverão ser disponibilizados a todos os profissionais de saúde?

Para responder a estas e outras perguntas, continuamos empenhados em continuar o programa digital, numa era digital, de acompanhamento de cada vez mais doentes com esta patologia, visando a diminuição das hospitalizações, a melhoria da sua qualidade de vida e a redução na mortalidade.

Referências:

1. Koehler F, Koehler K, Deckwart O, et al. Efficacy of telemedical interventional management in patients with heart failure (TIM-HF2): a randomised, controlled, parallel-group, unmasked trial. *Lancet*. 2018;392(10152):1047-1057. doi:10.1016/S0140-6736(18)31880-4.
2. Agostinho JR, Gonçalves I, Rigueira J, et al. Protocol-based follow-up program for heart failure patients: Impact on prognosis and quality of life. *Rev Port Cardiol*. 2019;38(1):755-764. doi:10.1016/j.repc.2019.03.006.



Artigo publicado na edição de maio/agosto de 2020 da [revista Coração e Vasos](#).