

Atuação Multidisciplinar na Assistência de Pacientes com Insuficiência Cardíaca em Meio à Pandemia: Lições Aprendidas

Lessons Learned by a Multidisciplinary Heart Failure Clinic In The Midst Of A Pandemic

Jefferson Luís Vieira,¹ Maria Gyslane Vasconcelos Sobral,¹ Raquel Sampaio Florêncio,¹ Viviane Moreira Alves,¹ Glauber Gean Vasconcelos,¹ Germana Porto Linhares Almeida,¹ Laura Leite da Escóssia Marinho,¹ Juliana Rolim Fernandes,¹ Juan Alberto Cosquillo Mejia,¹ João David de Souza Neto¹

Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart,¹ Fortaleza, CE - Brasil

Resumo

Além das mortes causadas pela COVID-19, diversos países observaram também um aumento no número total de mortes por doenças cardiovasculares durante a pandemia em comparação com o mesmo período dos anos anteriores. A presença de insuficiência cardíaca (IC) no contexto da COVID-19 identifica um subgrupo de manejo complexo e pode representar tanto um fator de risco para pior evolução infecciosa quanto uma complicação cardiovascular grave causada pelo vírus SARS-CoV-2. O doente com IC avançada necessita de seguimento médico e multidisciplinar periódico e rigoroso, idealmente realizado através de visitas presenciais. No entanto, diante do redimensionamento no quadro de profissionais e das medidas de isolamento e distanciamento social, as estratégias de telemedicina se fortaleceram como importantes aliadas no manejo de pacientes com IC. No presente documento, relatamos a breve experiência da unidade de IC avançada e transplante cardíaco do Hospital de Messejana, referência no combate à COVID-19 no Ceará, com o monitoramento prioritariamente remoto em detrimento da consulta presencial entre março e julho de 2020.

Artigo

Um ano após a notificação do primeiro caso da doença do novo coronavírus (COVID-19) no Brasil, em 26 de fevereiro de 2020, já contamos com o alarmante registro de 10.517.232 casos e quase 255 mil óbitos no país.¹ Além das mortes causadas pela COVID-19, diversos países observaram também um aumento no número total de mortes por doenças cardiovasculares durante a pandemia em comparação com o mesmo período dos anos anteriores. De acordo com um estudo recente realizado por pesquisadores da Universidade Federal de Minas Gerais, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, do Hospital Alberto Urquiza Wanderley e da Sociedade Brasileira de Cardiologia, o número de mortes por doenças cardiovasculares no Brasil aumentou até 132% durante a pandemia.²

Palavras-chave

Insuficiência Cardíaca; Telemedicina; Coronavírus.

Correspondência: Jefferson Luís Vieira •

Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart - Avenida Frei Cirilo, 3480. CEP - 60846-285, Messejana, Fortaleza, CE - Brasil
E-mail: jefvieira@yahoo.com.br
Artigo recebido em 28/04/2021, revisado em 19/05/2021, aceito em 18/06/2021

DOI: <https://doi.org/10.36660/abchf.20210012>

Aproximadamente 20 a 30% dos pacientes hospitalizados por COVID-19 apresentam alguma forma de injúria miocárdica, evidenciada pela elevação nas concentrações de troponina.³ Esse grupo de indivíduos apresenta pior prognóstico, mesmo após ajuste para fatores de risco relevantes e gravidade da doença. Etiologias importantes de injúria miocárdica na COVID-19 incluem infarto do miocárdio, cardiomiopatia de estresse, miocardite e lesão direta pelo coronavírus 2 causador da síndrome respiratória aguda grave (SARS-CoV-2), além de condições não cardíacas como embolia pulmonar e sepse.⁴ A presença de insuficiência cardíaca (IC) nesse contexto identifica um subgrupo de manejo complexo e pode representar tanto um fator de risco para pior evolução infecciosa quanto uma complicação cardiovascular grave causada pelo SARS-CoV-2.⁵

No campo do transplante de coração, também há evidência de pior prognóstico da COVID-19 em indivíduos transplantados,⁶ embora essa diferença não tenha sido observada em uma pequena série de casos nacional.⁷ Ainda que a Comissão de Infecção em Transplantes da Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (COINT/ABTO) autorize o uso de todas as vacinas aprovadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária em transplantados de órgãos sólidos, não dispomos de dados sobre a eficácia das vacinas nessa população, visto que indivíduos imunocomprometidos foram excluídos dos ensaios clínicos existentes.

De acordo com as recomendações da Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda, o doente com IC avançada necessita de acompanhamento médico e multidisciplinar periódico e rigoroso, idealmente realizado através de educação presencial, com reforços, entrega de material escrito e seguimento regular.⁸ No entanto, diante das medidas de isolamento e distanciamento social determinadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), as estratégias de telemedicina, incluindo telemonitorização e consultas virtuais, vêm se fortalecendo como importante aliadas no manejo da IC.^{9,10} Além de reduzirem os riscos de exposição desnecessária ao vírus, esses programas auxiliam em orientações preventivas, identificação de pacientes sob risco de descompensação, difusão de informações acuradas através de plataformas de ensino e acesso à opinião de especialistas em locais remotos.

Desde o início da pandemia, o Hospital de Messejana tornou-se um dos centros de referência no enfrentamento à pandemia da COVID-19 no estado do Ceará. O aumento na taxa de internações por COVID-19 ao longo de 2020 foi associado ao redimensionamento de leitos direcionados

Comunicação Breve

exclusivamente para pacientes com a infecção e também ao surgimento de novas atribuições aos profissionais de saúde. Normalmente, nosso serviço de IC avançada e transplante cardíaco conta com uma equipe composta por seis cardiologistas, seis cirurgiões e seis enfermeiras, além da equipe multidisciplinar que inclui psicóloga, assistente social, nutricionista e fisioterapeutas dedicados(as) exclusivamente aos cuidados de pacientes com IC e transplante cardíaco. Devido ao redimensionamento de leitos e do quadro de profissionais para o cuidado de pacientes com COVID-19, adotamos o acompanhamento prioritariamente remoto via contato telefônico para os pacientes com IC e transplantados entre os dias 26 de março e 03 de julho de 2020. Esse seguimento ocorreu de segunda a sexta-feira, no horário de 7 a 13 horas, tendo sido realizado por duas das seis enfermeiras que se revezavam em turnos. Nesse período, nossas enfermeiras realizaram o seguimento de 361 pacientes com IC e 143 transplantados. Para fins de comparação, nesse mesmo período de 2019, havíamos atendido 972 pacientes, com uma média de 322 ± 29 pacientes por mês ao longo do ano. Durante as ligações, os pacientes foram questionados a respeito de seu estado clínico e da adesão terapêutica, além de receberem orientações sobre medidas não farmacológicas como restrição hídrica e salina, dieta, horário das medicações, entre outros. Caso algum sinal de descompensação fosse identificado, a equipe médica era, então, consultada para que as devidas medidas fossem tomadas. Todos os pacientes foram encorajados a entrar em contato telefônico com o ambulatório caso surgisse alguma dúvida ou tivessem algum sintoma novo.

Durante o seguimento remoto, observamos uma redução na proporção de internações de pacientes em acompanhamento ambulatorial por IC, de 24% em 2019 para 12% em 2020. Por outro lado, houve um aumento relativo de 10 para 20% na taxa de hospitalização de pacientes transplantados em acompanhamento ambulatorial no mesmo período. Esse achado pode ser explicado pelo grande número de procedimentos pelos quais transplantados recentes têm que se submeter nos primeiros meses e anos após o transplante, incluindo biópsias endomiocárdicas e terapias imunossupressivas de resgate, que dificilmente podem ser realizados fora do ambiente hospitalar. Não observamos diferença no percentual de óbitos entre os registros de 2019 e de 2020; entretanto, ao analisarmos exclusivamente os indivíduos que foram hospitalizados, encontramos 2,6 vezes mais óbitos em 2020, especialmente entre os pacientes com IC, que tiveram um aumento de 4 para 19% entre 2019 e 2020. Entendemos que esse aumento de mortalidade entre os pacientes hospitalizados possa ser explicado pela priorização de indivíduos com doença mais grave para internação e, portanto, de pior prognóstico.

Embora o acompanhamento telefônico já faça parte da rotina assistencial e de pesquisa da maioria das unidades de IC do país há muito tempo, essa é a primeira vez em mais de 20 anos que a nossa equipe multidisciplinar recorreu prioritariamente ao monitoramento remoto em detrimento à consulta presencial. Acreditamos que os

benefícios do telemonitoramento não possam ser julgados somente por seu impacto sobre mortalidade e morbidade, mas que também devam ter como objetivo a melhoria no acompanhamento de medidas não farmacológicas, que envolvem realização de atividade física, redução de peso e regulação da ingestão hídrica e salina. Naturalmente, ainda existem muitas barreiras técnicas para a implementação de outros serviços de telemedicina no Ceará, incluindo capacidade adequada de acesso à internet (tanto do provedor quanto do paciente), capacidade cognitiva dos pacientes para lidar com os aplicativos apropriados, capacidade de memória e qualidade da imagem de dispositivos mais antigos etc.

De qualquer forma, apesar da gravidade do contexto atual, as perspectivas em relação à telemedicina no país são positivas, tendo se tornado uma ferramenta crítica no enfrentamento à pandemia e na potencialização do alcance dos serviços de saúde. Vale ressaltar, no entanto, que a atividade da telemedicina no Brasil foi sancionada através da Lei de nº 13.989/20 de forma excepcional e com validade somente enquanto durar a pandemia.^{9,11} Contudo, considerando os resultados favoráveis no Brasil e no mundo, acreditamos que a regulamentação definitiva da telemedicina é apenas uma questão de tempo.

Contribuição dos autores

Concepção e desenho da pesquisa: Vieira JL, Mejia JAC, Souza Neto JD; Obtenção de dados: Vieira JL, Sobral MGV, Florêncio RS, Alves VM; Vasconcelos GG, Almeida GPL, Marinho LLE, Fernandes JR, Souza Neto JD; Análise e interpretação dos dados: Vieira JL, Sobral MGV, Florêncio RS; Redação do manuscrito: Vieira JL; Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante: Vieira JL, Alves VM, Vasconcelos GG, Almeida GPL, Marinho LLE, Fernandes JR, Mejia JAC, Souza Neto JD.

Aprovação ética e consentimento informado

Este artigo não contém estudos com humanos ou animais realizados por nenhum dos autores.

Potencial conflito de interesse

Não há conflito com o presente artigo

Fontes de financiamento

O presente estudo não teve fontes de financiamento externas.

Vinculação acadêmica

Não há vinculação deste estudo a programas de pós-graduação.

Referências

1. worldometers.info [Internet]. Delaware: Worldometers.info; 2021 [cited 2021 Feb 27]. Available from: <https://www.worldometers.info/coronavirus/>.
2. Brant LCC, Nascimento BR, Teixeira RA, Lopes MACQ, Malta DC, Oliveira GMM, et al. Excess of Cardiovascular Deaths During the COVID-19 Pandemic in Brazilian Capital Cities. *Heart*. 2020;106(24):1898-905. doi: 10.1136/heartjnl-2020-317663.
3. Lala A, Johnson KW, Januzzi JL, Russak AJ, Paranjpe I, Richter F, et al. Prevalence and Impact of Myocardial Injury in Patients Hospitalized with COVID-19 Infection. *J Am Coll Cardiol*. 2020;76(5):533-46. doi: 10.1016/j.jacc.2020.06.007.
4. Sandoval Y, Januzzi JL Jr, Jaffe AS. Cardiac Troponin for Assessment of Myocardial Injury in COVID-19: JACC Review Topic of the Week. *J Am Coll Cardiol*. 2020;76(10):1244-58. doi: 10.1016/j.jacc.2020.06.068.
5. Goldraich LA, Silvestre OM, Gomes E, Biselli B, Montera MW. Emerging Topics in Heart Failure: COVID-19 and Heart Failure. *Arq Bras Cardiol*. 2020;115(5):942-4. doi: 10.36660/abc.20201081.
6. Aslam S, Danziger-Isakov L, Luong ML, Husain S, Silveira FP, Grossi P, et al. Guidance from the International Society of Heart and Lung Transplantation regarding the SARS CoV-2 pandemic [Internet]. Addison: International Society for Heart and Lung Transplantation (ISHLT); 2021 [cited 2021 Feb 27]. Available from: https://www.isHLT.org/isHLT/media/documents/SARS-CoV-2_Guidance-for-Cardiothoracic-Transplant-and-VAD-center.pdf.
7. Soriano RVM, Rossi Neto JM, Finger MA, Santos CC. Covid-19 in Heart Transplant Recipients in São Paulo: A Case Series. *Arq Bras Cardiol*. 2021;116(2 Suppl 1):1-3. doi: 10.36660/abc.20200722.
8. Rohde LEP, Montera MW, Bocchi EA, Clausell NO, Albuquerque DC, Rassi S, et al. Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda. *Arq Bras Cardiol*. 2018;111(3):436-539. doi: 10.5935/abc.20180190.
9. Garcia MVF, Garcia MAF. Telemedicine, Legal Certainty, and COVID-19: Where are we? *J Bras Pneumol*. 2020;46(4):e20200363. doi: 10.36416/1806-3756/e20200363.
10. Freitas AF Jr, Silveira FS, Conceição-Souza GE, Canesin MF, Schwartzmann PV, Bernardes-Pereira S, et al. Emerging Topics in Heart Failure: The Future of Heart Failure: Telemonitoring, Wearables, artificial Intelligence and learnIng in the Post-Pandemic Era. *Arq Bras Cardiol*. 2020;115(6):1190-2. doi: 10.36660/abc.20201127.
11. Brasil. Lei nº 13.989, de 15 de abril de 2020. Dispõe sobre o uso da telemedicina durante a crise causada pelo coronavírus (SARS-CoV-2) [Internet]. Brasília, DF, Diário Oficial da União, 2020 Apr 16 [cited 2021 Feb 27]. Available from: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-13-989-de-15-de-abril-de-2020-252726328>.

