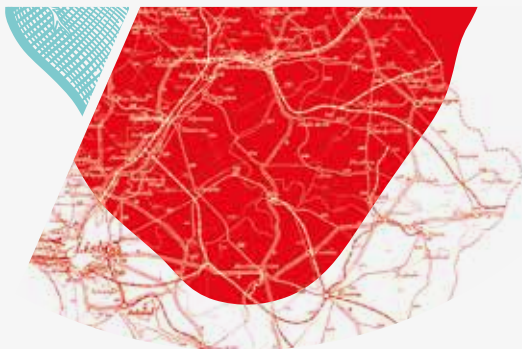




PRIORIDADES
PARA A MELHORIA DA
SAÚDE CARDIOVASCULAR
DOS PORTUGUESES

INSUFICIÊNCIA CARDÍACA
MORTE SÚBITA



Sociedade Portuguesa de
CARDIOLOGIA



PRIORIDADES

PROPOSTAS DE MELHORIA DA SAÚDE CARDIOVASCULAR DOS PORTUGUESES

INSUFICIÊNCIA CARDÍACA MORTE SÚBITA

Posição da Sociedade Portuguesa de Cardiologia, com base no trabalho de um grupo de peritos – pontos-chave a focar junto do público, da tutela e dos profissionais de saúde.

//
**INSUFICIÊNCIA
CARDÍACA**

Ana Camacho
Aurora Andrade
Brenda Moura
Cândida Fonseca
Carlos Aguiar
Cristina Gavina
Daniel Ferreira
David Prieto
Diogo Cavaco
Dulce Brito
E. Infante de Oliveira
Fátima Franco Silva
Francisco Bello Morgado
Gonçalo Freitas Coutinho
João Morais
Jorge Mimoso
José Ferreira Santos
Marco Costa
Maria da Graça Castro
Maria José Loureiro
Marisa Peres
Ricardo Fontes-Carvalho
Rui Baptista
Rui Cernadas
Sara Gonçalves
Susana Costa

//
**MORTE
SÚBITA**

Adelina Pereira
Aníbal Albuquerque
Cristina Gavina
Daniel Ferreira
Diogo Cavaco
E. Infante de Oliveira
Filipa Barros
Francisco Moscoso Costa
Gonçalo Freitas Coutinho
Hélder Pereira
João Morais
Jorge Mimoso
Jorge Santos Ferreira
José Ferreira Santos
Luís Basto
Marco Costa
Nuno Bettencourt
Pedro Pulido Adragão
Pedro Silva Cunha
Raquel Mota Garcia
Ricardo Fontes-Carvalho
Rui Baptista
Sílvia Monteiro
Sofia Almeida
Victor Sanfins



INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

UMA PRIORIDADE PARA A MELHORIA
DA SAÚDE CARDIOVASCULAR
DOS PORTUGUESES

Posição da Sociedade Portuguesa de Cardiologia, com base no trabalho de um grupo de peritos – pontos-chave a focar junto do público, da tutela e dos profissionais de saúde.

SUMÁRIO EXECUTIVO

Introdução

A Insuficiência Cardíaca (IC) é uma síndrome clínica complexa, caracterizada pela presença de sintomas (fadiga, dispneia, ortopneia) e de sinais (distensão venosa jugular, ferveres pulmonares, edema maleolar) causados por defeitos na estrutura e/ou função cardíacas, e que resultam na redução do débito cardíaco ou, em alternativa, na sua manutenção à custa de pressões de enchimento ventriculares elevadas que levam ao desenvolvimento de congestão.

A IC constitui um grave problema de saúde pública e, hoje em dia, provavelmente será o mais sério problema na medicina cardiovascular, associando-se a elevadas taxas de morbilidade e mortalidade, afetando maioritariamente indivíduos acima dos 65 anos. Dado o aumento substancial de incidência nos últimos anos e o seu previsível crescimento nos próximos, a IC é por alguns considerada como uma espécie de pandemia, uma vez que afeta aproximadamente 26 milhões de indivíduos em todo o mundo.

Afetando cerca de 400 mil portugueses, a IC acarreta um peso muito grande nos custos para o Estado, chegando a representar 405 milhões de euros por ano.

Por estes motivos, a Sociedade Portuguesa de Cardiologia elegeu a IC como um dos seus objetivos prioritários a médio/longo prazo. Esta publicação reúne as propostas e recomendações efetuadas por um grupo de peritos, reunidos a convite da Sociedade Portuguesa de Cardiologia, relativamente às estratégias a adotar junto de três eixos fundamentais: o público, a tutela e os profissionais de saúde.

O papel do público

Apesar de não haver cura para muitos dos casos de IC, grande parte destes pode ser prevenida e a maioria dos doentes pode ser tratada eficientemente, com vista a melhorar a sua qualidade de vida e a sua sobrevivência.

De uma forma simples é possível resumir estas medidas e recomendar:

- I. Um estilo de vida saudável, controlando a prevalência de obesidade na população, através de medidas tais como implementação do exercício físico, associado a uma alimentação adequada e respetivo controlo do peso;
- II. Controlo adequado da pressão arterial para valores de acordo com as recomendações europeias;
- III. Tratamento da diabetes de maneira a controlar os níveis de glicose no sangue através de dieta, exercício e medicação, sempre com supervisão médica;
- IV. Abolição do consumo de tabaco e redução do consumo de álcool para os valores recomendados;
- V. Controlo adequado dos níveis de colesterol de acordo com os valores recomendados pela Sociedade Europeia de Cardiologia.

O cidadão comum deve ser alertado para sinais e sintomas que o coloquem de sobreaviso, tendo sempre em linha de conta o próprio e frequentemente o agregado familiar em que o cidadão é muitas vezes também cuidador.

O papel da tutela e decisores na área da saúde

Apesar das repercussões de natureza económica e social que a IC representa em Portugal, esta entidade tem recebido pouca atenção por parte dos decisores políticos.

Assim, a IC deve constar da lista de prioridades do Plano Nacional de Saúde, o que implicaria definir uma estratégia de abordagem para o problema. Da mesma forma, a IC deveria ter um lugar de destaque no Programa Nacional para as Doenças Cérebro-cardiovasculares permitindo, deste modo, um melhor conhecimento da realidade nacional.

No documento são apresentadas propostas que, pela sua natureza, certamente terão um grande impacto:

- I. Colocar a IC como objetivo no chamado “pacote da prevenção”.
- II. Criar condições para um diagnóstico precoce, nos Cuidados de Saúde Primários, de forma a evitar que a IC seja diagnosticada apenas após o primeiro internamento por episódio agudo; o acesso a biomarcadores específicos (peptídeos natriuréticos) é uma medida simples, mas de grande impacto.
- III. Definir indicadores de desempenho que abranjam o diagnóstico da IC nos cuidados de saúde primários.

O papel da comunidade médica

Existe a necessidade de desenvolver uma rede de organização de cuidados que obedeça a um plano nacional de ação no qual se incluem as Normas de Orientação Clínica de Diagnóstico e Tratamento. Assim, propõe-se a criação de uma rede hierárquica regional de cuidados da IC que coopere em todos os seus níveis e que tenha critérios de referência objetivos para cada um dos níveis.

Paralelamente à implementação de cuidados de forma hierárquica é indispensável proceder-se a um recenseamento dos cuidados em IC, de forma a mapear a capacidade instalada, e a planear a organização dos cuidados de IC a nível regional e nacional. Este recenseamento deverá recolher dados respeitantes a recursos humanos (médicos e outros profissionais dedicados à IC) e tecnológicos existentes.

Um dos aspetos fundamentais sublinhado pelo grupo de peritos é a importância a dar à formação dos vários profissionais de saúde que lidam, de forma direta e indireta, com a IC, de forma a melhorar a sensibilização dos profissionais para a relevância da IC. Estas ações de formação devem ser ajustadas, nas suas forma e conteúdo, ao público-alvo. É consensual que Portugal deverá caminhar para a criação de centros de referência para IC avançada ajustados à demografia e à distribuição geográfica nacional.

PREVENÇÃO DA MORTE SÚBITA CARDÍACA

UMA PRIORIDADE PARA A MELHORIA
DA SAÚDE CARDIOVASCULAR
DOS PORTUGUESES

Posição da Sociedade Portuguesa de Cardiologia, com base no trabalho de um grupo de peritos – pontos-chave a focar junto do público, da tutela e dos profissionais de saúde.

SUMÁRIO EXECUTIVO

Introdução

As doenças cardiovasculares (DCV) permanecem como a principal causa de morte a nível global. Estima-se que 25% ocorrem sob a forma de morte súbita (a que ocorre no espaço de uma hora após início de sintomas, de forma inesperada e não traumática).

As doenças cardíacas mais frequentemente associadas a morte súbita cardíaca (MSC) são a doença coronária (75% dos casos), cardiomiopatias, doença valvular cardíaca, outras situações que se associem a insuficiência cardíaca/disfunção ventricular esquerda e também as doenças eléctricas primárias (WPW, síndrome de Brugada, QT longo). A distribuição das causas de MSC varia com idade (doença coronária mais frequente depois dos 35 anos). De referir que cerca de 50% das vítimas não tem qualquer patologia diagnosticada.

A elevada incidência, a potencial perda de anos de vida e o carácter repentino dos eventos em causa fazem com que a MSC tenha um profundo impacto social e económico. Por estes motivos, a Sociedade Portuguesa de Cardiologia elegeu a prevenção da MSC como um dos seus objetivos prioritários a médio/longo prazo. Esta publicação reúne as propostas e recomendações efetuadas por um grupo de peritos,

reunidos a convite da Sociedade Portuguesa de Cardiologia, relativamente às estratégias a adotar junto de três eixos fundamentais: o público, a tutela e os profissionais de saúde.

O papel do público

Numa situação de paragem cardio-respiratória (PCR) o público tem um papel essencial como elemento ativador da cadeia de sobrevivência.

No contexto da prevenção da MSC e seu enquadramento com o público, o painel de peritos propôs:

- I. Criação de uma campanha de divulgação junto do público. Esta medida assentaria em dois pilares fundamentais:
 - Estudos de mercado junto da população de modo a determinar o grau de conhecimento/sensibilidade da comunidade sobre o tema;
 - A escolha de duas a três mensagens-chave sucintas, incluindo a ideia base de que a MSC é potencialmente evitável e que a reanimação é um dever cívico de cada cidadão;
- II. Alargamento da formação em suporte básico de vida e desfibrilhação automática externa (DAE) a grupos específicos da população;
- III. Criação de um módulo educacional para familiares de doentes com insuficiência cardíaca e síndrome coronária aguda hospitalizados.

O papel da tutela e decisores na área da saúde

Cabe aos organismos que tutelam a saúde em Portugal legislar e tomar decisões que devem afetar de forma positiva a morbilidade e mortalidade associadas às DCV, dentro as quais a MSC assume um papel de especial relevo.

No contexto da prevenção da MSC e seu enquadramento junto dos organismos da tutela, o painel de peritos propôs:

- I. A realização de um estudo sobre a epidemiologia da MSC em Portugal (com a recolha de toda a informação sobre casos de PCR reportados ao INEM, incluindo informação demográfica, resposta dada no local, sucesso de manobras de reanimação, encaminhamento hospitalar, eventual inserção em centros de cuidados continuados e desfecho do episódio. Numa fase inicial, realizado num número limitado de centros (estudo piloto);
- II. Melhorar a informação recolhida no âmbito dos cuidados primários de saúde, através da inclusão do estudo da função ventricular, incluindo o cálculo da fração de ejeção (FEj), um dos mais importantes fatores de risco para MSC;

- III. Avaliação do cumprimento das normas da Direção Geral de Saúde no que diz respeito à implantação de cardioversores desfibriladores (CDI);
- IV. Criação de condições para a implementação de um programa nacional de DAE, atribuindo ao INEM os meios necessários para uma maior dedicação a este projeto.

O papel da comunidade médica

Os médicos têm o papel mais importante na prevenção da MSC através da identificação, avaliação e seguimento adequado dos indivíduos em risco.

No contexto da prevenção da MSC e seu enquadramento com a comunidade médica, o painel de peritos propôs:

- I. Enfatizar a noção de que prevenir a doença cardiovascular é também prevenir a morte súbita cardíaca
- II. Criação da “Via Verde da disfunção ventricular esquerda” - avaliação cardiológica realizada em tempo útil (prazo máximo de um mês após diagnóstico), dos doentes aos quais seja detetada disfunção ventricular esquerda
- III. Criação do “Cartão amarelo/vermelho do ECG” - Das várias patologias subjacentes à MSC, algumas podem ser detetadas através da simples análise de ECG convencional. A proposta passa pela criação de um pequeno cartão com uma face amarela e outra vermelha, nas quais estejam representados exemplos de padrões eletrocardiográficos potencialmente associados a MSC. A identificação de um dos padrões eletrocardiográficos presentes na face vermelha (ex: S. Brugada, WPW, QT longo, miocardiopatia hipertrófica) implicaria referência rápida para um serviço de Cardiologia, enquanto que a identificação do padrão da face amarela (ex: bloqueio completo de ramo esquerdo) implicaria uma referência mais eletiva.
- IV. Acompanhamento de familiares de vítimas. A MSC tem uma forte componente hereditária e familiar pelo que o seguimento, por cardiologista, de familiares de vítimas de MSC pode possibilitar o diagnóstico dessas patologias, permitindo a instituição de terapêutica adequada e podendo contribuir para a prevenção de casos adicionais de morte súbita.
- V. Criação de um sistema “Alerta síncope” - A síncope pode ser indicador de risco acrescido de MSC. O “Alerta síncope” consistiria na chamada de atenção aos médicos de MGF e Medicina Interna para a necessidade de referenciar os doentes com síncope de etiologia não esclarecida para uma Consulta de Cardiologia.



**PRIORIDADES
PARA A MELHORIA
DA SAÚDE
CARDIOVASCULAR
DOS PORTUGUESES**

**INSUFICIÊNCIA
CARDÍACA
MORTE SÚBITA**



//

Sociedade Portuguesa de Cardiologia
Sede Lisboa

Campo Grande 28, 13º
1700-093 Lisboa
(+351) 21 797 06 85 / 21 781 76 30
www.spc.pt



Sociedade Portuguesa de
CARDIOLOGIA