

Programa da Clínica de Insuficiência Cardíaca

HOSPITAL SÃO FRANCISCO XAVIER

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE LISBOA OCIDENTAL

INÊS ARAÚJO

A importância de um programa estruturado

- ✓ *A implementação das recomendações não é imediata nos doentes com IC em ambulatório*
- ✓ *Poucos doentes com IC são seguidos por um especialista em IC (provavelmente apenas os mais graves)*
- ✓ *Cerca de metade dos doentes internados são tratados em Serviços de Medicina Interna*
- ✓ *O tratamento dos doentes na altura da alta hospitalar é muito variável, dependendo do médico assistente*



Necessárias medidas que vão para além do tratamento médico de “rotina”

Necessidade de estandardizar o tratamento da IC a nível hospitalar de forma a melhorar a adesão em especial durante a fase vulnerável

2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure

Multidisciplinary interventions recommended for the management of chronic heart failure

Recommendations	Class ^a	Level ^b
It is recommended that HF patients are enrolled in a multidisciplinary HF management programme to reduce the risk of HF hospitalization and mortality. ^{309,314,315,316}	I	A
Self-management strategies are recommended to reduce the risk of HF hospitalization and mortality. ³⁰⁹	I	A
Either home-based and/or clinic-based programmes improve outcomes and are recommended to reduce the risk of HF hospitalization and mortality. ^{310,317}	I	A
Influenza and pneumococcal vaccinations should be considered in order to prevent HF hospitalizations. ^{315,316}	IIa	B

© ESC 2021

Table II Important characteristics and components in a heart failure management programme

Characteristics

1. Patient/person-centred³¹⁸
2. Multidisciplinary
3. The focus of the programme should be flexible and include:
 - prevention of disease progression
 - symptom control
 - maintaining patients in their preferred place of care for end-stage heart failure
4. Competent and professionally educated staff
5. Encourage patient/carer engagement in the understanding and management of their condition

Components

1. Optimized management; lifestyle choices, pharmacological, and devices
2. Patient education, with special emphasis on self-care and symptom management
3. Provision of psychosocial support to patients and family caregivers
4. Follow-up after discharge (clinic; home visits; telephone support or telemonitoring)
5. Easy access to healthcare, especially to prevent and manage decompensation
6. Assessment of (and appropriate intervention in response to) an unexplained change in weight, nutritional and functional status, quality of life, sleep problems, psychosocial problems or other findings (e.g., laboratory values)
7. Access to advanced treatment options; supportive and palliative care

© ESC 2021

Pre-discharge management and criteria for discharge

Develop a careful plan that provides:

- a. schedule for up-titrating and monitoring of pharmacological therapy**
- b. need and timing for review for device therapy**
- c. who will see the patient and when**

Patients should be:

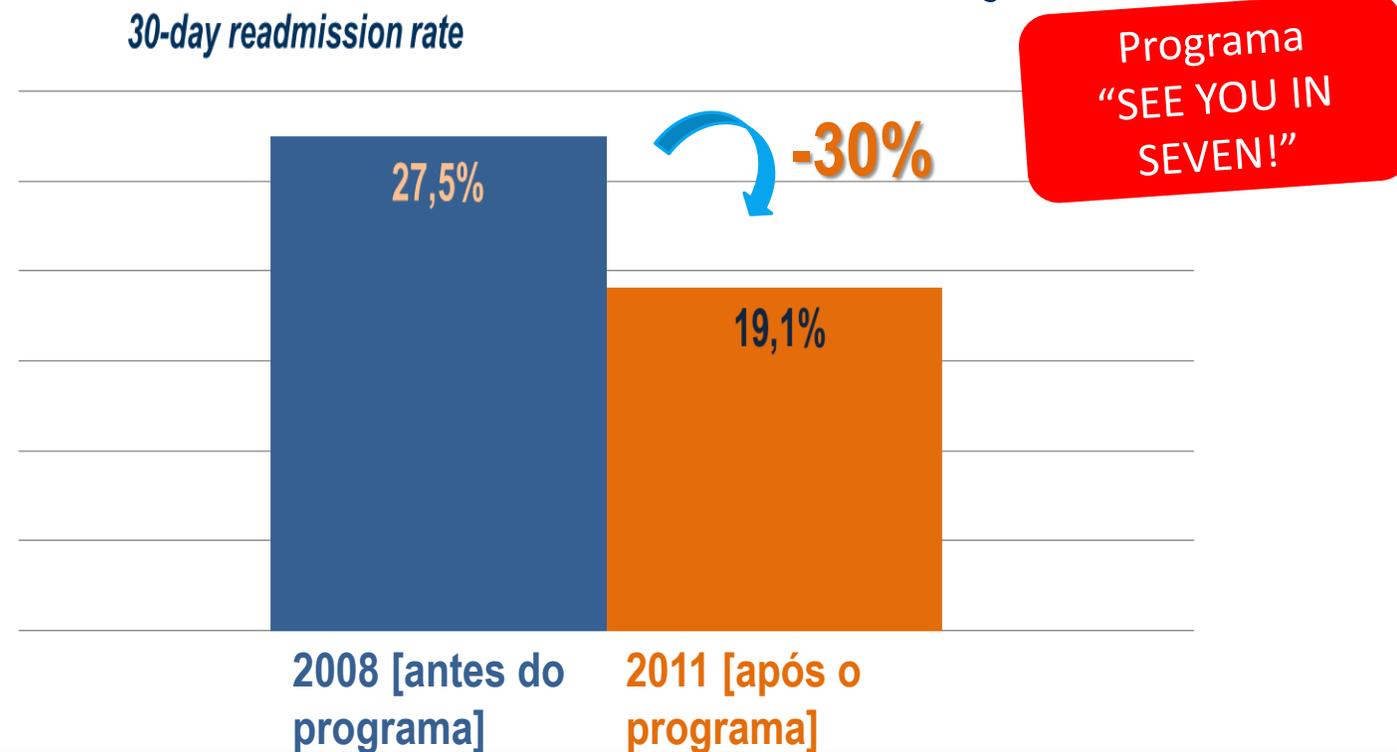
- enrolled in a disease management program
- seen by their **general practitioner within 1 week of discharge**
- seen by the hospital cardiology team within 2 weeks of discharge (if feasible)



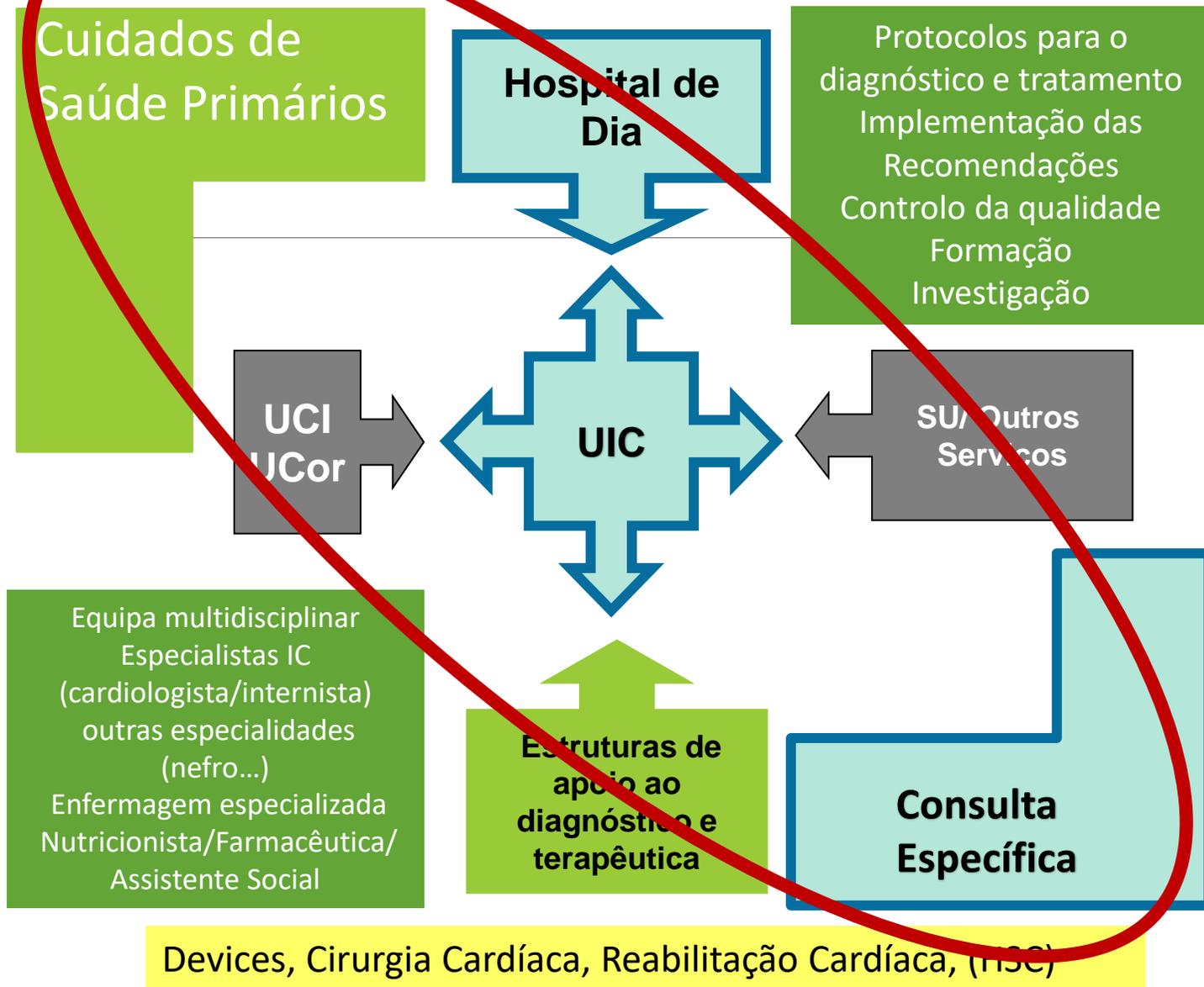
Cuidados de transição
Fase vulnerável

Pós-alta hospitalar

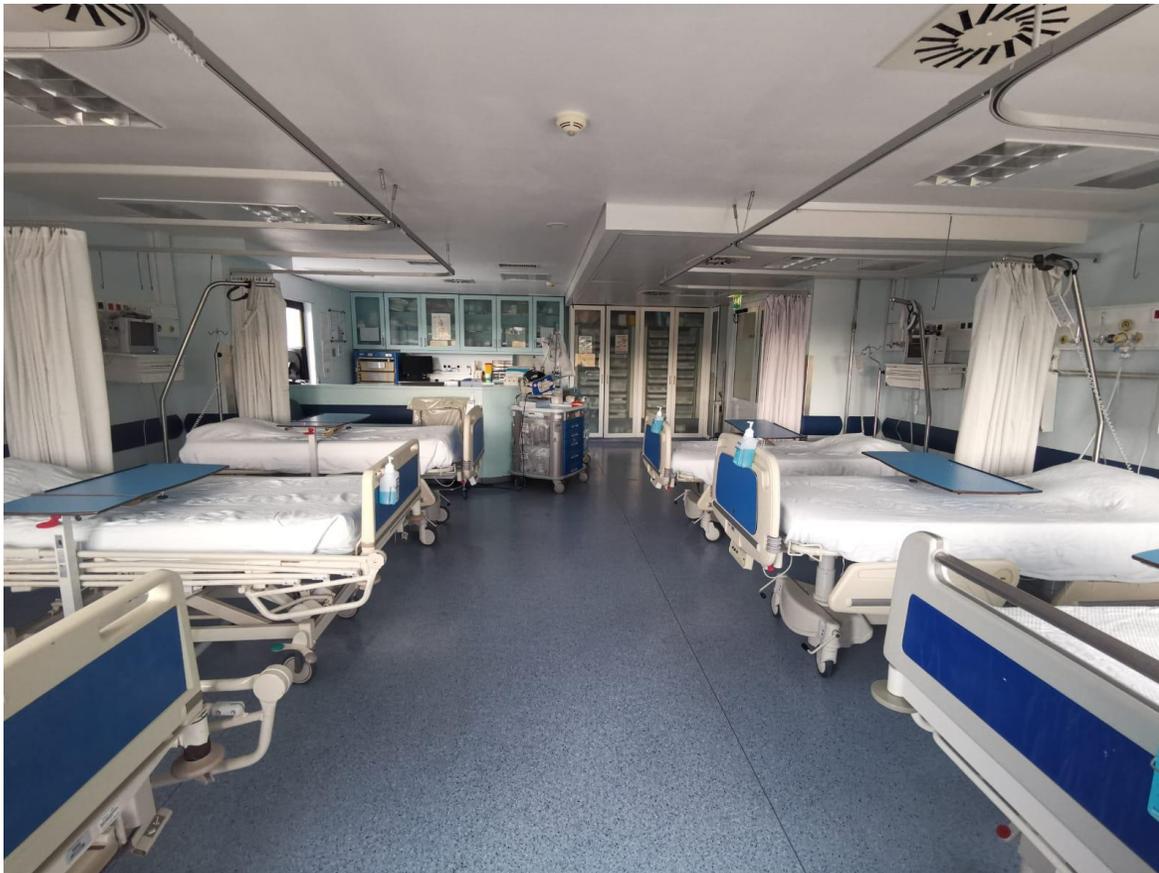
A taxa de reinternamento por IC aos 30 dias reduz à medida que aumentam as reavaliações ao 7º dia pós alterações



A estrutura



A Unidade de Insuficiência Cardíaca



Entrou em funcionamento a 31/01/2012

6 Camas

1 Cardiologista

4 Internistas

6-7 Internos (Cardiologia, Med Int, MGF..)

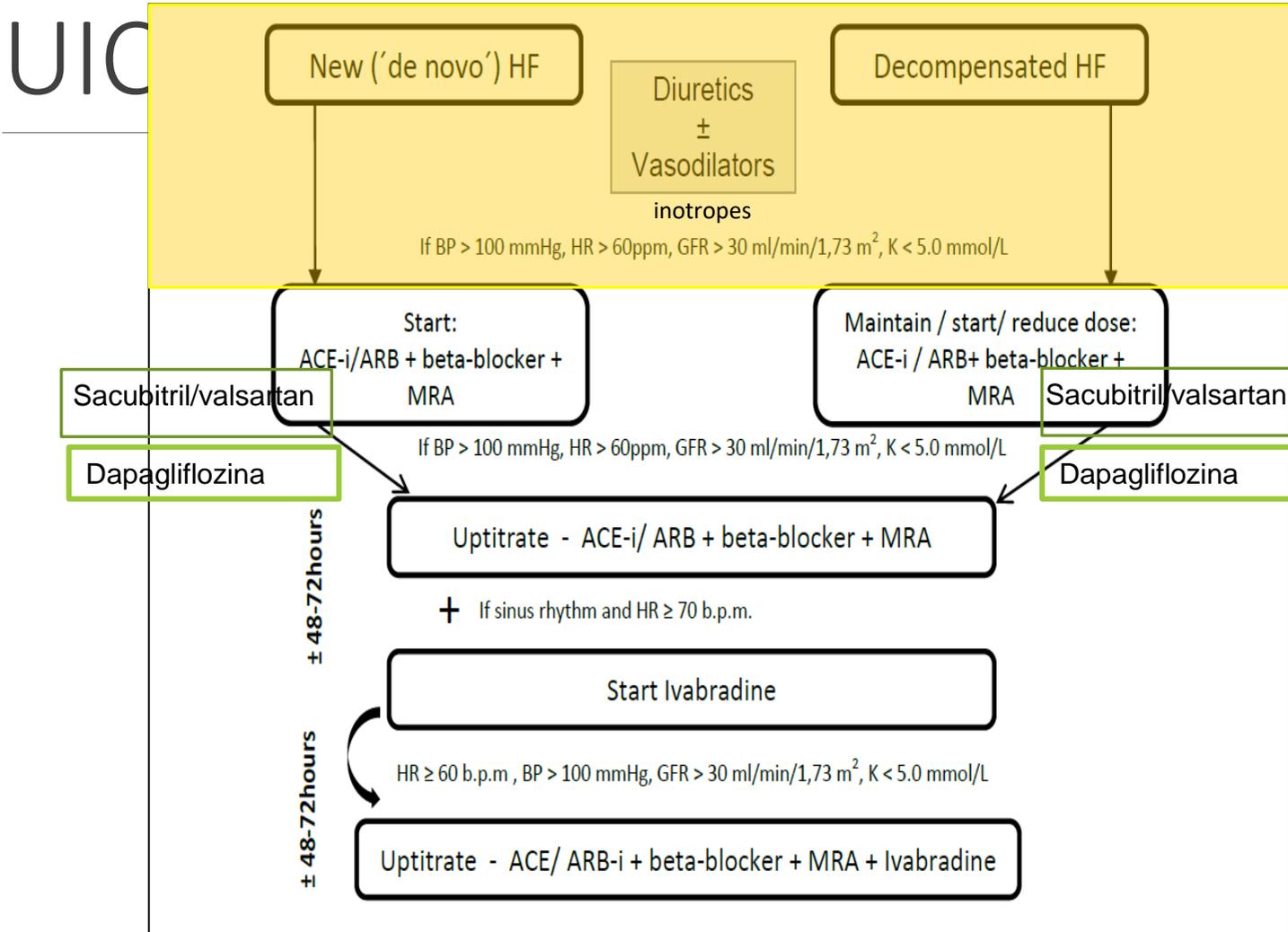
Enfermagem especializada

(1 coordenadora + 2 enfermeiros/turno)

Monitorização invasiva e não-invasiva
conectada a uma estação central.

Protocolos de Diagnóstico e Tratamento de
acordo com as recomendações da ESC

Otimizar antes da alta hospitalar
IC com FEVE reduzida e ligeiramente reduzida



Fase de Estabilização

INICIAR terapêutica IC crónica

Relatório da Alta hospitalar enviada para o CS

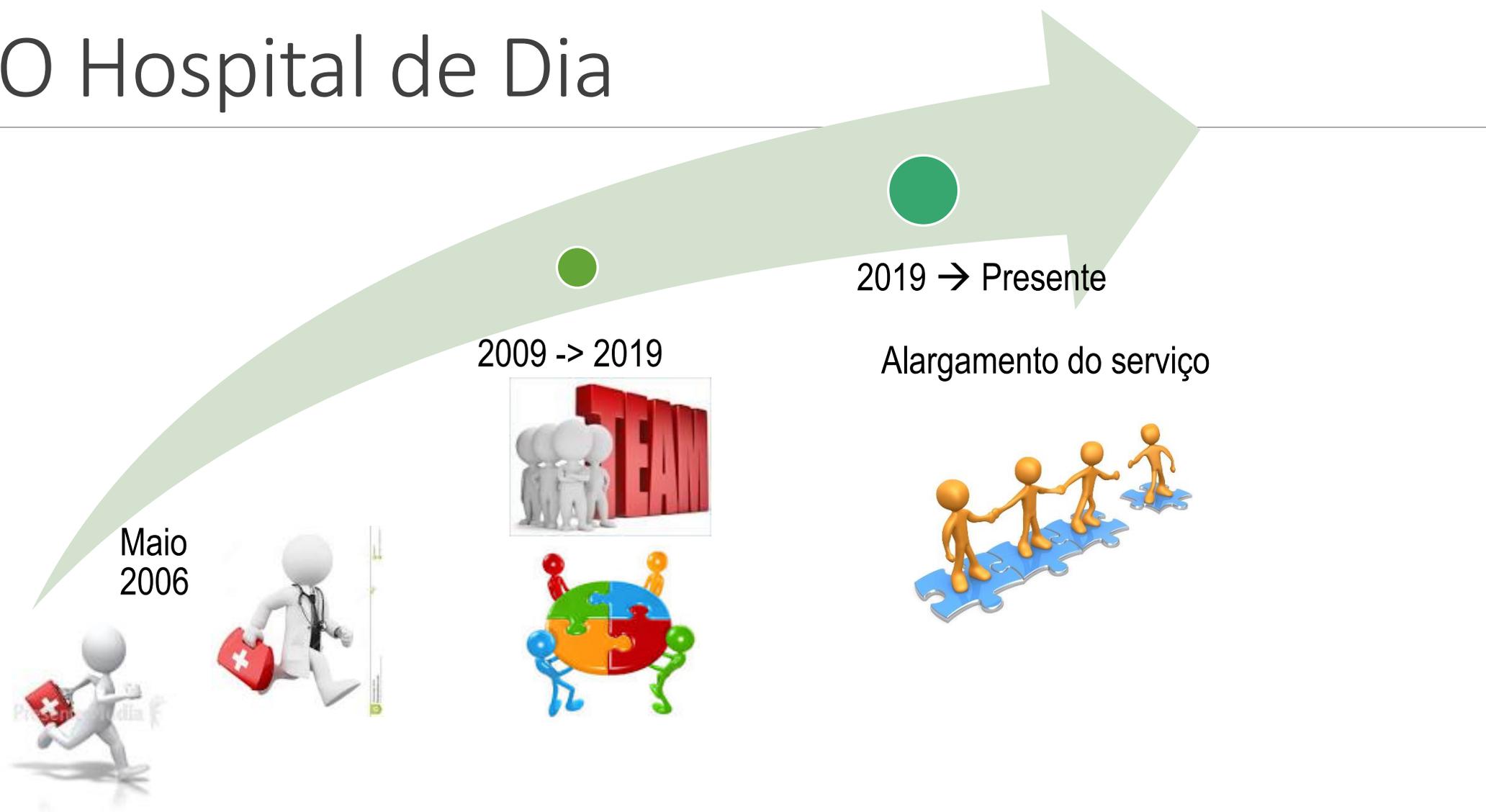
1ª Reavaliação Médica: 7 a 14 dias após a alta em regime de Hospital de Dia

UIC - Protocolos

- Protocolo de Reabilitação Fase I
- Ensinos ao doente e à Família
- Protocolos de análises de entrada, diárias e alta
- Rastreio da Ferropénia (à alta)
- Rastreio dos Distúrbios Respiratórios do Sono
 - Apneialink Plus/SAMOA
- Teste de 6 min de marcha no dia da alta



O Hospital de Dia



Maio
2006



2009 -> 2019

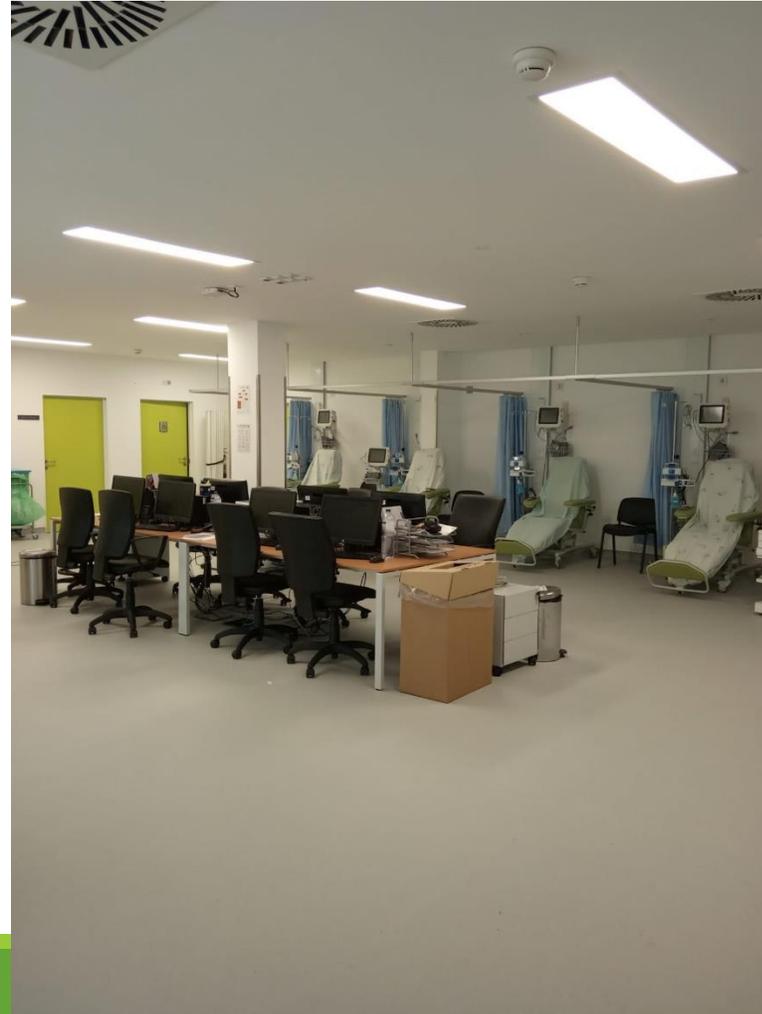


2019 → Presente

Alargamento do serviço



O Hospital de Dia



- 10 cadeirões
- Monitorização não invasiva
- Possibilidade de realização de fármacos em perfusão ev

O Hospital de Dia

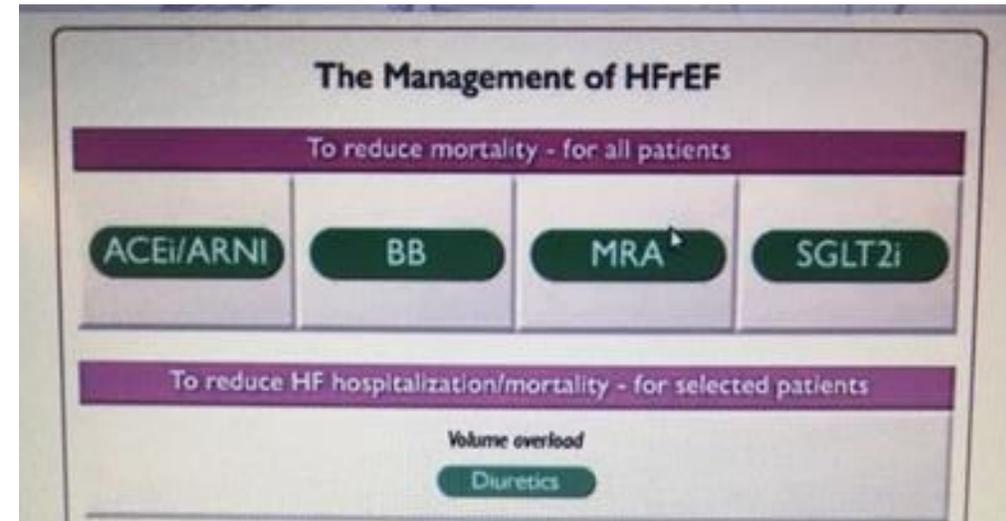
Reavaliação entre 7 -10 dias:

- **ENSINO (Folheto; regime terapêutico; padrão alimentar; padrão de exercício; padrão de repouso; auto-vigilância; complicações)**
- Avaliação Gestão/ Adesão ao Regime terapêutico (RT)
- Aplicação da Escalas de Autocuidado
- Avaliação de sinais vitais, peso, perímetro abdominal, perímetro tornozelo direito
- Avaliação clínica/analítica (hemograma + ureia+ creatinina + PCR + NTproBNP)
- Reajuste de medicação
- Consulta de Conciliação Terapêutica

O Hospital de Dia

Titulação de terapêutica:

- 4 Pilares modificadores de Prognóstico (HFrEF e HFmrEF)
- Patirómero / Zircônio de sódio (Protocolo)



O Hospital de Dia

Em caso de DESCOMPENSAÇÃO:

- Ensino
- Avaliação Gestão/ Adesão ao Regime terapêutico
- Aplicação das Escalas de Autocuidado e Qualidade de Vida
- Avaliação de sinais vitais, peso inicial e final, perímetro abdominal, perímetro tornozelo direito
- Avaliação clínica/analítica
- Reajuste de medicação
- **Administração de terapêutica farmacológica (aplicação de protocolos)**

O Hospital de Dia

Levosimendan

Critérios:

- Administração prévia no internamento (UIC)
- Pré-Transplante ou Paliativo
- Em Classe NYHA III / IV
- Doentes com Fração de Ejeção do Ventrículo Esquerdo (FEVE) < 35%
- Prova de marcha de 6 min no dia anterior
- TAS > 80mmHg
- Prescrição prévia no processo clínico



O Hospital de Dia

Programa de Telemonitorização

- Empresa própria
- **Enfermeira (triagem)**
- **Contacto médico**
- **Parâmetros avaliados (TA, FC, Peso, SatO2)**

A Consulta

- Realizada às terças-feiras, entre 8h-13h
- 1 assistente e 4 internos em formação em 4 gabinetes em simultâneo
- ECG a todos os doentes

Elos da Insuficiência Cardíaca

ARS LVT | ACES Lisboa Ocidental e Oeiras | Centro
Hospitalar Lisboa Ocidental

**CAMINHOS
PARA A
HUMANIZAÇÃO**

Dores & problemas

Prevalência Nacional Insuficiência Cardíaca –
4,3%

(based on Epica study)



Diagnóstico difícil - Clínica não
Patognomónica
Sub-diagnósticada



Realidade atual: Diagnóstico de IC em
3 unidades do ACES Oeiras
(USF Oeiras/São Julião/Conde oeiras)

Age Segment	HFPrevalence	Estimation, nº of pts with HF (total 3 uni)
0-25 Y	0,03%	4
25-49 Y	1,36%	221
50-59 Y	2,93%	180
60-69Y	7,63%	478
70-74 Y	12,67%	312
75-79 Y	12,67%	276
>= 80 Y	16,14%	523
Total (n)		1994



Apenas 25% dos doentes (499 pax) com
diagnostico codificado de IC

Melhorar o índice de suspeição da doença nos CSP*, para diagnóstico precoce, referenciação hospitalar correta, tratamento otimizado precocemente e inclusão do doente em programa multidisciplinar de manejo de IC.

Objetivos identificados

1º

Melhoria do índice de suspeição da doença e diagnóstico diferencial, através de implementação de formação (médicos/enfermeiros) – implementação guidelines

2º

Elaboração de critérios de referenciação e estabelecimento circuito de referenciação específico:

CONSULTA IC Set-Nov 2015: 1 dte



10 dtes Set-Nov 2016

3º

Inclusão dos doentes em programa multidisciplinar de manejo de IC partilhado por hospital/CSP

Protocolo de Articulação com os CSP



Protocolo de Articulação entre ACES de Lisboa Ocidental e Oeiras/Clínica de Insuficiência Cardíaca do CHLO

Centro Hospitalar Lisboa Ocidental – Hospital São Francisco Xavier

Serviço de Medicina do HSFX

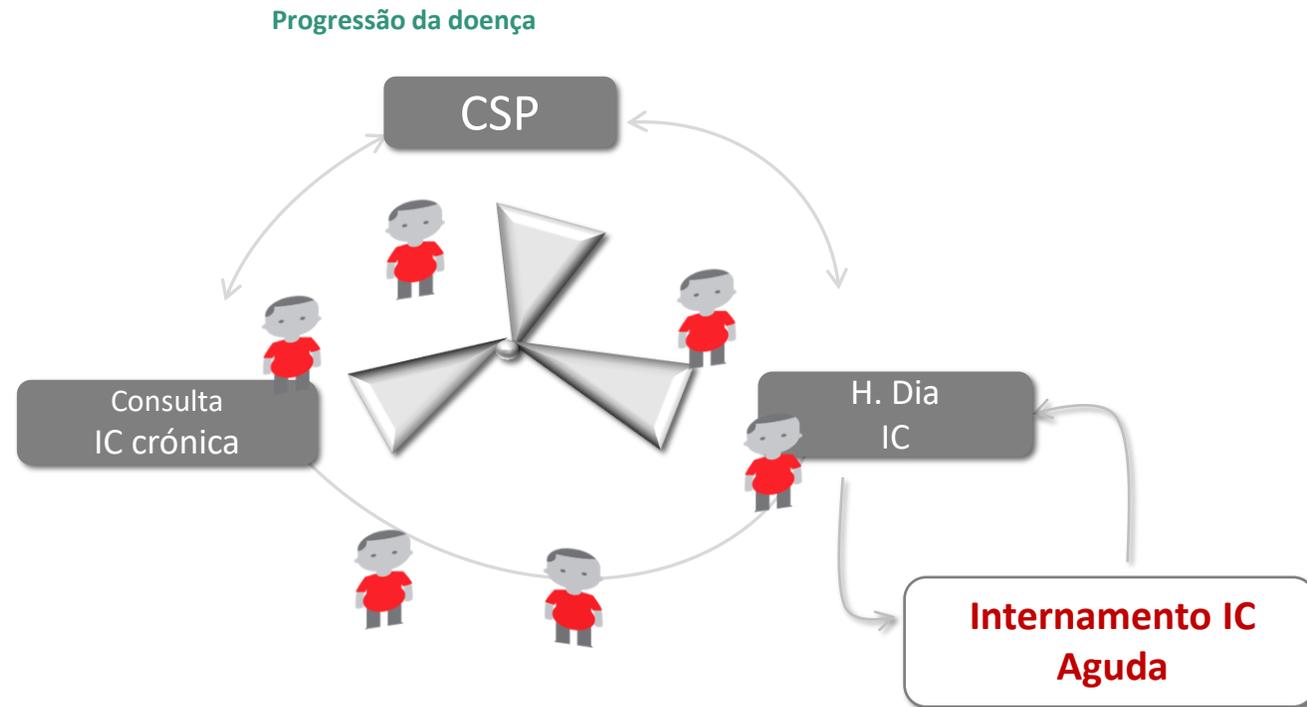
Diretora: Professora Doutora Cândida Fonseca

Coordenadora da Clínica de IC (UIC/HDia/ Consulta Externa): Professora Doutora Cândida Fonseca

Assistentes: Dra. Catarina Rodrigues, Dra. Célia Henriques, Dra. Inês Araújo

Enfermeiros Chefes / Coordenadores: Célia Osana, Fátima Figueira / Lúcia Fernandes, Susana Quintão

O doente no Programa da Clínica de IC



Ligação estruturada à Nefrologia

- Equipa específica de apoio à Clínica de IC
- Grupo Whatsapp

Investigação

Ensaio multicêntricos

Em follow-up:

- ZEUS (ziltivekimab na redução de eventos CV)

Em recrutamento:

- HERMES (ziltivekimab na IC FEVE preservada)

○ Investigação do Serviço

- Bases de dados do Serviço (UIC, HDEM e Consulta)

Investigação – Artigos publicados (últimos 3 anos)

LEVOSIMENDAN WITH OTHER INOTROPES OR VASOPRESSORS: SHOULD YOU COMBINE THEM? Cunha GJL, Rocha BML, Gomes RV, Ferraz M, Fernandes L, Morais R, Campos L, Araújo I, Fonseca C. Am J Emerg Med. 2020 Dec;38(12):2723-2726.

DAPAGLIFLOZIN IN A REAL-WORLD CHRONIC HEART FAILURE POPULATION: HOW MANY ARE ACTUALLY ELIGIBLE? Maltês S, Cunha GJL, Rocha BML, Presume J, Guerreiro R, Henriques C, Rodrigues C, Araújo I, Fonseca C. Cardiology. 2021;146(2):201-206.

PALLIATIVE CARE IN HEART FAILURE: CHALLENGING PROGNOSTICATION. Egídio de Sousa I, Pedroso A, Chambino B, Roldão M, Pinto F, Guerreiro R, Araújo I, Henriques C, Fonseca C. Cureus. 2021;13(9):e18301.

PROGNOSTIC IMPACT OF POTASSIUM LEVELS AT ADMISSION IN ACUTE HEART FAILURE PATIENTS. AN EXPLORATORY ANALYSIS. Guerreiro R, Maltês S, Cunha G, Rodrigues C, Henriques C, Araújo I, Fonseca C. Rev Port Cardiol. 2022;41(7):599-600.

PREDICTING PROGNOSIS IN INTERNAL MEDICINE: A SHORT AND LONG-TERM MORTALITY COMPARISON ANALYSIS. Guerreiro R, Henriques C, Trevas S, Gouveia C, Roldão M, Egídio de Sousa I, Faria C, Pimenta G, Araújo I, Fonseca C. Cureus. 2022;14(1):e21734.

SLEEP-DISORDERED BREATHING PATTERNS IN HOSPITALIZED PATIENTS WITH ACUTE HEART FAILURE ACROSS THE ENTIRE SPECTRUM OF EJECTION FRACTION. Maltês S, Cunha GJL, Rocha BML, Guerreiro R, Duarte J, Morais R, Henriques C, Rodrigues C, Araújo I, Fonseca C. Sleep Breath. 2022;26(3):1281-1286.

CO-ADMINISTRATION OF ALBUMIN AND FUROSEMIDE IN ACUTE HEART FAILURE WITH DIURETICS RESISTANCE. Fernandes J, Costa R, Guerreiro R, Bonifácio D, Rodrigues A, Henriques C, Branco P, Araújo I, Fonseca C. Acta Med Port. 2023; 36(3):193-201

DIURETIC-RESISTANT HEART FAILURE AND THE ROLE OF ULTRAFILTRATION: A PROPOSED PROTOCOL. Gomes da Silva F, Calça R, Rita Martins A, Araújo I, Aguiar C, Fonseca C, Branco P. Rev Port Cardiol. 2023:S0870-2551(23)00164-6

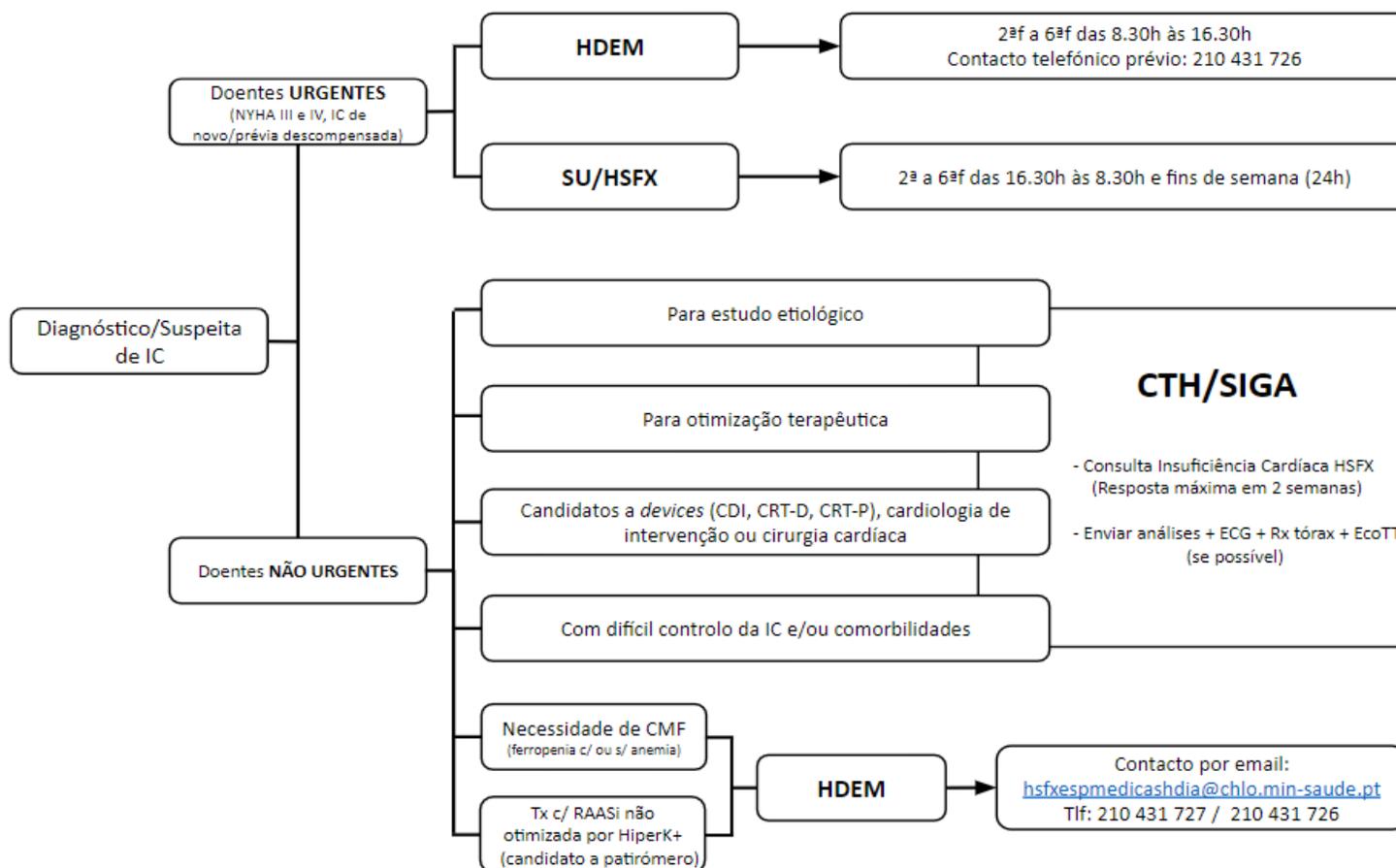
REAL-LIFE DATA ON READMISSIONS OF WORSENING HEART FAILURE OUTPATIENTS IN A HEART FAILURE CLINIC. Inácio H, De Carvalho A, Gamelas De Carvalho J, Maia A, Durão-Carvalho G, Duarte J, Rodrigues C, Araújo I, Henriques C, Fonseca C. Cureus. 2023;15(2):e35611

ACUTE KIDNEY INJURY PATTERNS IN ACUTE HEART FAILURE: THE PROGNOSTIC VALUE OF WORSENING RENAL FUNCTION AND ITS TIMING. Presume J, Cunha GJL, Rocha BML, Landeiro L, Trevas S, Roldão M, Silva MI, Madeira M, Maltês S, Rodrigues C, Araújo I, Fonseca C. Rev Port Cardiol. 2023 Feb 23:S0870-2551(23)00110-5

Formação

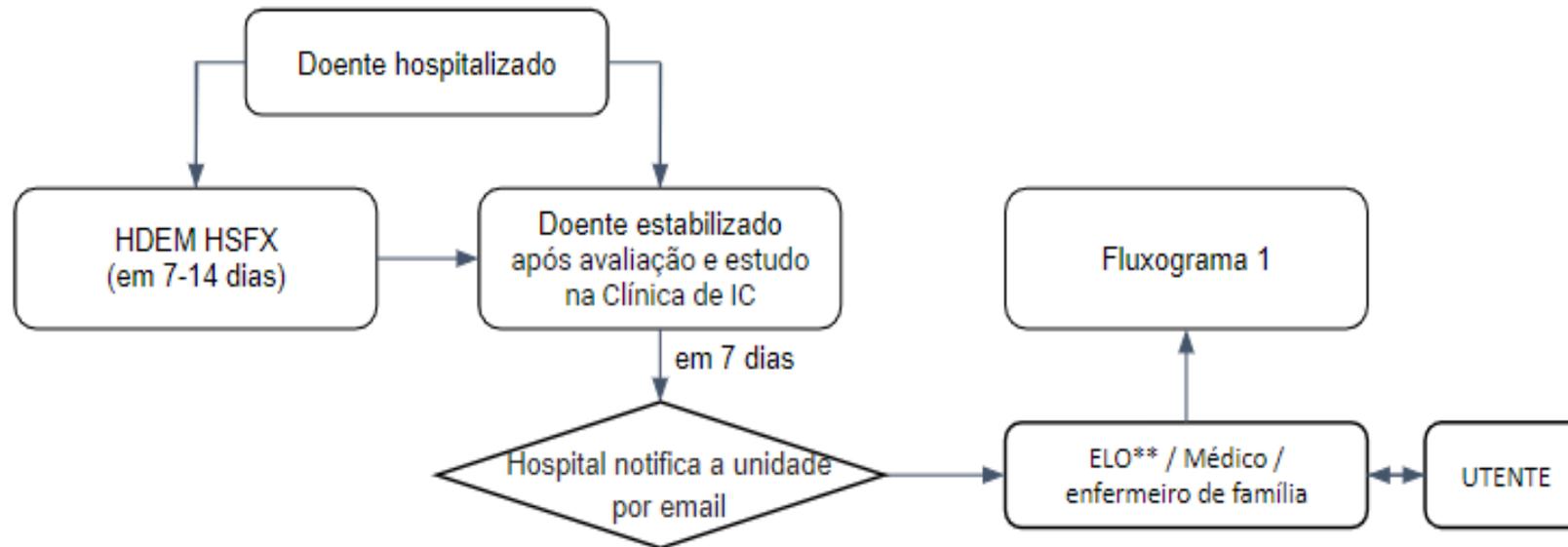
- Internos do Complementar de Medicina Interna, Cardiologia, MGF
- Alunos do 4º e 6º Anos de Medicina da Nova Medical School
- Enfermeiros
- Médicos de Medicina Geral e Familiar

Referenciação à Clínica de IC



964469883

Retorno aos CSP



Plataforma Integra

<https://bialive.pt/comunidade/formacao-medica-continua/integra>

The screenshot displays the website's interface. At the top, the browser address bar shows the URL. The website header includes the 'integra' logo and navigation links for 'Unidades Locais de Saúde' and 'Eventos Passados'. A secondary navigation menu lists: '01 — Quem somos', '02 — Missão e Visão', '03 — Objetivos', '04 — Eventos Passados', and '05 — Patrocínios científicos'. The main content area features a dark blue background with the word 'INTEGRA' in large white letters, followed by the tagline 'Integrating primary and secondary healthcare services'. A decorative graphic of blue and green 3D cubes is positioned on the right. A 'Feedback' button is visible on the right edge. The footer contains a circular logo, the word 'Índice', and a partial navigation menu with '01 — Quem somos', '02 — Missão e Visão', and '03 — Objetivos'. A 'screenrec' watermark is present on the left side of the page.

“Não basta apenas lutar para aumentar os anos de vida do paciente, é necessário que se acrescente vida aos anos que ainda lhe resta.”

Silva MAD in Porto CC. Doenças do Coração. 1998:36-42