

Insuficiência cardíaca aguda: desafios e oportunidades em Medicina Interna

Acute heart failure: challenges and opportunities in Internal Medicine

Sofia Lourenço

A Revista Portuguesa de Medicina Interna publica neste número um artigo de revisão sobre os avanços mais recentes na área da Insuficiência Cardíaca Aguda.¹ Esta entidade, sendo uma das nossas companheiras habituais na urgência, no internamento, nas unidades de cuidados intensivos, no terreno pré-hospitalar ou em qualquer outro por onde nós internistas vamos desenvolvendo a nossa actividade, é, talvez estranhamente, uma das menos estudadas das patologias que tratamos.

De facto, durante muitos anos, foi considerada apenas como uma desagradável intercorrência na história natural da insuficiência cardíaca crónica, acreditando-se que, embora necessitasse de terapêutica dirigida e eventual internamento, após a sua resolução seguia-se o retorno à situação basal do doente. Foi preciso chegarmos ao século XXI para que o estudo OPTIME viesse demonstrar que estes doentes têm elevadas taxas de reinternamento e mortalidade aos 60 dias.² Estes resultados obrigaram quer os clínicos quer os investigadores a redireccionar o seu interesse para esta síndrome.

Muitos são os estudos clínicos randomizados que incidem sobre a insuficiência cardíaca crónica, envolvendo no seu conjunto milhares de doentes, e dos que resulta evidência científica sólida no que diz respeito ao diagnóstico, tratamento e prognóstico. Não deixa de ser sintomático que só recentemente as *guidelines* tenham incluído a insuficiência cardíaca aguda nas suas recomendações.^{3,4} Esta realidade prende-se com o facto de o conhecimento neste campo resultar de pequenos estudos não controlados, opiniões de consenso e estudos retrospectivos, fazendo com que a maioria das recomendações se fique por uma evidência de classe B ou C.

Certo é que, como internistas, habituamo-nos há muito a não nos deixarmos deslumbrar pelas medicações quase *a la carte* propostas nestas recomendações.

Talvez porque a média etária dos nossos doentes está muitas vezes acima dos 70 anos, porque muitas vezes as suas capacidades económicas ficam muito aquém das que são exigidas pelo conjunto de terapêuticas preconizadas (e tranquilize-se quem temeu aqui uma nova consideração sobre a crise económica) ou porque o apoio comunitário necessário é muitas vezes escasso, sabemos que os doentes reais que tratamos são muitas vezes bem diferentes daqueles que os estudos espelham. E é por isso que continuamos a confiar nas nossas velhas e potentes armas: a história clínica e exame objectivo cuidados e rigorosos, apoiados num conjunto racional de exames complementares de diagnóstico. Estas são as bases que nos permitem delinear uma estratégia terapêutica o mais adequada possível (baseada numa ponderação racional entre as *guidelines* e o bom senso clínico) e coordenar o cuidado destes doentes, por vezes em conjunto com a cardiologia, a nefrologia ou qualquer outra especialidade que se imponha numa perspectiva de interdisciplinidade.

Mas, como internistas, somos também, por inerência, curiosos e conhecedores do inestimável valor do conhecimento científico. E se nosso é o grande *pool* destes doentes cabe-nos uma quota parte da responsabilidade na construção de bases que permitam a evolução do conhecimento nesta área. Por outras palavras, talvez seja nossa uma quota parte da responsabilidade no campo da investigação clínica nesta área.

Somos maioritariamente clínicos e a investigação tem sido, para a maior parte de nós, uma disciplina que contemplamos de bem longe, até porque, por imperativos que todos conhecemos, muita da nossa energia se consome na actividade assistencial. Nos últimos anos têm sido feitos alguns esforços para desenvolver a nossa capacidade noutras áreas. Basta para isso olhar para os últimos programas do Internato Complementar que exigem aos jovens internos

um mínimo de actividade científica a par da actividade assistencial. Longe de abdicar da nossa vocação clínica talvez seja chegado o tempo de começarmos a colocar questões reais e que sabemos pertinentes. “Como trato mais depressa a dispneia deste doente”, “como sei se este doente tem probabilidade elevada de ser reinternado”, “como sei se este doente pode ir com segurança para casa ou se devo interná-lo ...”. Estas e muitas outras não são questões exotéricas de cientistas (mais ou menos loucos) que vivem fechados em laboratórios mas questões que são as nossas de todos os dias. Se conseguirmos desenvolver as nossas aptidões na área da investigação clínica somos provavelmente os agentes ideais para potenciar os projectos de investigação que faltam nesta como em tantas outras áreas. Esta é uma janela de oportunidades infinitas. Cabe-nos abri-la. ■

Bibliografia

1. Almeida S, Menezes Falcão L. Novas tendências no diagnóstico, terapêutica e prognóstico da insuficiência cardíaca aguda. *Rev Med Int* 2011;18(4):246-258.
2. Cuffe MS, Califf RM, Adams KF et al. Short-term intravenous milrinone for acute exacerbation of chronic heart failure: a randomized controlled trial. *JAMA* 2002; 287: 1541-1547.
3. Nieminen MS, Bohm M, Cowie MR et al: Executive summary of the guidelines on the diagnosis and treatment of acute heart failure: The Task Force on Acute Heart Failure. of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J* 2005; 26:384-416.
4. Adams KF, Lindenfeld J, Arnold J et al: Executive summary: HFSA 2006 comprehensive heart failure practice guideline. *J Card Fail* 2006; 12:10-38.