

CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO
Curso de Medicina

Henrique José Alvim do Amaral Calaça

AVALIAÇÃO DE PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA
ADMITIDOS EM UM HOSPITAL SECUNDÁRIO

São Paulo
2019

Henrique José Alvim do Amaral Calaça

**AVALIAÇÃO DE PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA
ADMITIDOS EM UM HOSPITAL SECUNDÁRIO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Medicina do Centro Universitário
São Camilo, orientado pela Prof.^a Ma. Maria
Luiza Galoro Corradi, como requisito parcial
para obtenção do título de Médico.

São Paulo

2019

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Padre Inocente Radrizzani

Calaca, Henrique Jose Alvim do Amaral

Avaliação de pacientes com insuficiência cardíaca admitidos em um hospital secundário / Henrique Jose Alvim do Amaral Calaca. -- São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2019.

31 p.

Orientação de Maria Luiza Galoro Corradi

Trabalho de Conclusão de Curso de Medicina (Graduação), Centro Universitário São Camilo, 2019.

1. Insuficiência Cardíaca 2. Epidemiologia 3. Hospitais 4. Cardiopatias
I. Corradi, Maria Luiza Galoro II. Centro Universitário São Camilo III. Título

CDD: 616.12

Henrique José Alvim do Amaral Calaça

**AVALIAÇÃO DE PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA
ADMITIDOS EM UM HOSPITAL SECUNDÁRIO**

São Paulo, 30 de Agosto de 2019

Professor Orientador (Ma. Maria Luiza Galoro Corradi)

Professor Examinador (Nome)

CALAÇA, H.J.A.A. **Avaliação de pacientes com insuficiência cardíaca admitidos em um hospital secundário**. 2019. 27 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) - Centro Universitário São Camilo, São Paulo, 2019.

Introdução: A insuficiência cardíaca pode ser interpretada como a via final da maior parte das doenças que afetam o coração, com diversos fatores de risco que influenciam em sua fisiopatologia e contribuem para descompensações da doença, tornando o seu manejo clínico complexo e desafiador. **Objetivos:** Elaborar um perfil clínico e epidemiológico dos pacientes com insuficiência cardíaca descompensada de acordo com a etiologia da descompensação e analisar o desfecho clínico dentre os diferentes grupos etiológicos encontrados. **Métodos:** Estudo retrospectivo, observacional realizado no Hospital Geral de Carapicuíba. Os pacientes foram reunidos em seis grupos, conforme etiologia de descompensação e foram comparados de acordo com dados coletados. Realizou-se análise por meio do ANOVA e Teste Exato de Fisher. Obteve-se significância estatística por meio de p valor $< 0,10$. **Conteúdo:** Foram analisados 123 prontuários eletrônicos de pacientes admitidos entre 2016 e 2018. A maior causa de descompensação da doença foi a má aderência ao tratamento (32,5%). Além disso, foi responsável por maior tempo de internação (13,5 dias) e número de óbitos (6). **Conclusão:** Otimizando-se os cuidados e o acompanhamento desses pacientes pode haver um importante impacto sobre a incidência, complicações e frequência de descompensações.

Palavras-chave: Insuficiência Cardíaca. Epidemiologia. Hospitais. Cardiopatias.

CALAÇA, H.J.A.A. **Evaluation of patients with heart failure admitted to a secondary Hospital.** 2019. 27 f. Final Paper (Graduation in Medicine) - Centro Universitário São Camilo, São Paulo, 2019.

Introduction: Heart failure can be interpreted as the final pathway of most diseases that affect the heart, with several risk factors that influence its pathophysiology and contribute to the decompensation of the disease, making clinical management of the disease complex and challenging. Objectives: To develop a clinical and epidemiological profile of patients with decompensated heart failure according to the etiology of decompensation and to analyze the clinical outcome among the different etiological groups found. Methods: Retrospective, observational study performed at Carapicuíba General Hospital. Patients were collected in six groups according to etiology of decompensation and were compared according to data collected. ANOVA and Fisher's Exact Test were performed. Statistical significance was obtained by means of p value <0.10. Content: We analyzed 123 medical records of patients admitted between 2016 and 2018. The greatest cause of decompensation was the poor adherence to treatment (32.5%). In addition, it was responsible for longer hospitalization time (13.5 days) and number of deaths (6). Conclusion: Optimizing the care and follow-up of these patients can have an important impact on the incidence, complications and frequency of decompensation.

Keywords: Heart Failure; Epidemiology; Hospitals; Cardiopathy.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 OBJETIVOS.....	11
3 MÉTODOS	12
3.1 Tipo de Estudo e Local de Pesquisa	12
3.2 Critérios de Inclusão e Exclusão	12
3.3 Análise Estatística	13
3.4 Aspectos Éticos.....	14
4 RESULTADOS.....	15
5 DISCUSSÃO	21
6 CONCLUSÃO	25
REFERÊNCIAS.....	27
ANEXOS.....	30
ANEXO A.....	30
ANEXO B.....	31

1 INTRODUÇÃO

A insuficiência cardíaca (IC) pode ser interpretada como o estágio final da maior parte das doenças que têm como alvo o coração (BOCCHI et al., 2009). A história natural da IC possui classicamente duas fases de atividade: (1) Fase Crônica, na qual há estabilidade clínica e hemodinâmica na maior parte do tempo; e (2) Fase Aguda, marcada por descompensações e frequentes internações hospitalares, possuindo grande impacto socioeconômico e prognóstico (VILLACORTA et al., 1998).

Dentre suas principais etiologias, destacam-se a doença isquêmica miocárdica, hipertensão arterial sistêmica, doença de chagas, as cardiopatias hipertrófica, dilatada e restritiva e as valvulopatias (BITTENCOURT et al., 2014).

São considerados fatores de risco para o desenvolvimento de IC o tabagismo, obesidade, idade avançada e, inclusive, entidades não cardíacas como a doença pulmonar obstrutiva crônica, apneia do sono e o diabetes mellitus (MENTZ; FELKER, 2013).

Devido ao grande número de etiologias, que resultam em IC (BOCCHI et al., 2009), estudos epidemiológicos nacionais são dificultosos e onerosos (LESSA, 2001). Dessa forma, dados epidemiológicos não são facilmente encontrados e acabam sendo mais estudados a partir da literatura internacional. No Brasil, os estudos que avaliam de forma compreensiva e prospectiva as características demográficas, clínicas e prognósticas de pacientes admitidos com diagnóstico clínico de IC são escassos. (ALBUQUERQUE et al., 2015).

Atualmente estima-se que mais de 23 milhões de pessoas em todo o mundo sejam portadoras da doença (ROHDE et al., 2018). De acordo com o DATA-SUS, apenas no ano de 2012 houve 26.694 óbitos por IC no Brasil. Nesse mesmo ano, 21% das 1.137.572 internações hospitalares por doenças do aparelho circulatório foram secundárias à IC. Isso demonstra que, apesar de dados epidemiológicos brasileiros não serem perfeitamente conhecidos, a IC é uma síndrome de grande importância no cenário da saúde, seja ela a brasileira ou de outros países.

A transição demográfica pela qual o Brasil perpassa influencia diretamente a prevalência da IC. Dados da atual Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca documentam um aumento da prevalência de acordo com a faixa etária (ROHDE et al., 2018). Aumento esse, que progride de 1%, na faixa etária entre 55 a 64 anos, até 17,4% nos indivíduos acima de 85 anos (BLEUMINK et al., 2004).

Dados obtidos pelo DATASUS, referentes ao período de 2017, mostram que, no Estado de São Paulo, do valor total gasto com pacientes que possuem o diagnóstico de Insuficiência Cardíaca (R\$74.484.871,24), 90% foi empregado em serviços hospitalares. Isso se deve ao fato de que, além dos gastos empregados em uma primeira admissão, quase 50% de todos os pacientes com esse diagnóstico serão readmitidos dentro de 90 dias após a alta hospitalar, aumentando expressivamente os gastos em saúde com esses doentes (ALBUQUERQUE et al., 2015).

A maior parte dessas readmissões hospitalares se deve a quadros de IC descompensada, necessitando intervenções terapêuticas imediatas (BOCCHI et al., 2009).

De acordo com um estudo multicêntrico europeu de 2017 que envolveu 15.828 pacientes, as principais causas de descompensação aguda e, consequentemente, reinternação são: síndrome coronariana aguda, infecção, fibrilação atrial e hipertensão (ARRIGO et al., 2017).

A New York Heart Association (NYHA) definiu parâmetros que permitem a classificação da Insuficiências Cardíaca em quatro grupos funcionais (I, II, III e IV), de acordo com a intensidade dos sintomas apresentados pelos pacientes – classe I, se refere a ausência de sintomas durante atividades cotidianas; classe II, sintomatologia desencadeada durante as atividades habituais; classe III, sintomatologia desencadeada por atividades menos intensas do que as cotidianas; e, por fim, a classe IV engloba os sintomáticos em repouso (PEREIRA et al., 2012). Essa classificação possui boa correlação com o prognóstico e qualidade de vida de cada paciente (BOCCHI et al., 2009).

Existe uma associação entre a classificação funcional da NYHA com os gastos dos serviços de saúde, isto é, quanto mais avançada a classificação, maior

será a sintomatologia e pior o seu prognóstico, gerando elevação dos gastos destinados aos cuidados desses pacientes. Acrescenta-se que pacientes com classificações menos favoráveis estão mais suscetíveis a descompensações e reinternações (ROHDE et al., 2018).

Além da classificação funcional, os pacientes são avaliados quanto ao perfil hemodinâmico no momento da admissão, para essa avaliação utiliza-se o Perfil Hemodinâmico de Stevenson que subdivide os indivíduos em quatro perfis clínico-hemodinâmicos: Perfil A (perfusão adequada e ausência de congestão pulmonar – “quente e seco”); Perfil B (perfusão adequada e presença de congestão pulmonar – “quente e úmido”); Perfil C (perfusão periférica prejudicada e presença de congestão pulmonar – “frio e úmido”); e Perfil L (perfusão periférica prejudicada e ausência de congestão pulmonar “frio e seco”) (MW et al., 2009).

Por fim, apesar dos avanços terapêuticos voltados à IC, a doença ainda é considerada grave (ROHDE et al., 2018). De acordo com o Estudo Framingham, mesmo com todos os recursos empregados na abordagem à doença, a mortalidade ainda chega a 50% em 5 anos a partir do seu diagnóstico (HO,1993; TAVARES et al., 2004).

2. OBJETIVOS

Elaborar um perfil clínico dos pacientes admitidos com insuficiência cardíaca descompensada ou que receberam tal diagnóstico durante a internação hospitalar.

Avaliar parâmetros clínicos, hemodinâmicos e laboratoriais dos pacientes no momento da admissão hospitalar.

Comparar as principais etiologias de descompensação, correlacionando-as de acordo com aspectos clínicos, laboratoriais.

Analisar o desfecho clínico dentre os diferentes grupos etiológicos encontrados.

3. MÉTODOS

3.1 Tipo de Estudo e Local de Pesquisa

Trata-se de um estudo retrospectivo, descritivo e observacional, envolvendo 132 pacientes com Insuficiência Cardíaca admitidos no período de janeiro de 2016 a janeiro de 2018 no Hospital Geral de Carapicuíba.

A avaliação foi realizada mediante a consulta de prontuários eletrônicos dos pacientes que foram admitidos no período referido.

O estudo foi desenvolvido no Hospital Geral de Carapicuíba (HGC), um Hospital Secundário que presta atendimento de média complexidade a munícipes da região abrangida pelo DRS I, constituída por uma população estimada de 500 mil habitantes.

O Hospital tem 241 leitos, sendo 20 leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de adultos, 13 leitos de UTI neonatal e 6 de UTI pediátrica. Conta com Pronto-Socorro referenciado, maternidade de alto risco, serviço de hemodiálise e ambulatório de especialidades médicas. Foi acreditado pela Organização Nacional de Acreditação – ONA - nível II, em 2013, sendo reacreditado em maio de 2018. Trata-se de hospital de ensino desde 2010, administrado por Organização Social de Saúde (OSS), sendo campo de estágio para o curso de medicina do Centro Universitário São Camilo.

3.2 Critérios de Inclusão e Exclusão

Foram incluídos pacientes que atenderam os seguintes critérios: pacientes admitidos com CIDs de Insuficiência Cardíaca (I.50), Insuficiência Cardíaca Congestiva (I.50.0), Insuficiência Cardíaca Não Especificada (I.50.9) ou que receberam algum desses diagnósticos durante a internação hospitalar, independente do perfil hemodinâmico e da classe funcional, de ambos os sexos e idade maior do que 18 anos, no período de janeiro de 2016 a janeiro de 2018. Totalizando 132 pacientes.

Foram excluídos deste estudo pacientes pediátricos (menores do que 18 anos de idade), pacientes que não possuíam o diagnóstico de Insuficiência Cardíaca, Insuficiência Cardíaca Congestiva, Insuficiência Cardíaca Não Especificada, prontuários incompletos (com mais de 4 variáveis ausentes), totalizando 9 pacientes.

Todos os prontuários eletrônicos dos pacientes incluídos foram avaliados a partir das seguintes variáveis: sexo, idade, etiologia primária da insuficiência cardíaca, fator(es) desencadeante(s) da descompensação, comorbidades associadas e tempo de internação. Foram, ainda, avaliados de acordo com o Perfil Hemodinâmico de Stevenson e Classificação Funcional da New York Heart Association (NYHA).

Laboratorialmente realizou-se análise dos valores séricos, colhidos na admissão do paciente no serviço, de: hemoglobina, hematócrito, ureia, creatinina (clearance de creatinina) e proteína c reativa. Também foram incluídos os valores de pressão arterial sistólico e diastólico e de frequência cardíaca dos pacientes desde a admissão no serviço.

Por fim, as principais etiologias de descompensação de insuficiência cardíaca foram separadas em seis grandes grupos: má aderência ao tratamento medicamentoso, causas infecciosas, síndrome coronariana aguda, crises hipertensivas, arritmias e causas não identificáveis.

3.3 Análise Estatística

A análise estatística foi realizada pelo software Stata, versão 15,1. Análise de dados feita por meio de ANOVA e teste exato de Fisher, considerando significância estatística por meio de p valor $<0,10$, levando em consideração a comparação entre os 6 grupos etiológicos.

A descrição da amostra foi realizada segundo média e desvio padrão para variáveis quantitativas e frequência absoluta e relativa para qualitativas. A descrição inicial teve como intuito descrever características da amostra total, em um segundo

momento, realizada descrição aprofundada, considerando diferenças de acordo com a causa da internação.

Para verificar fatores associados à internação por má adesão medicamentosa e por infecção, foram propostos dois modelos de regressão logística não ajustado, ou seja, modelos simples que não considera independência das variáveis. Esta opção foi tomada considerando o tamanho amostral. Neste momento, considerou-se significativo valor $p < 0,05$.

3.4 Aspectos Éticos

Estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário São Camilo, sob o parecer consubstanciado de número 3.172. 456.

4. RESULTADOS

Foram avaliados ao todo 123 prontuários eletrônicos de pacientes atendidos em nosso serviço.

A média de idade da amostra estudada foi de 68 ± 10 anos, sendo 61,79% do sexo feminino.

A Pressão arterial média apresentada na admissão foi de 141,23 mmHg na Pressão Arterial Sistólica e 84 mmHg na Pressão Arterial Diastólica.

A frequência cardíaca média na admissão foi de 88 Batimentos por Minuto.

Em relação à presença de Insuficiência Cardíaca prévia à descompensação, 121 pacientes já tinham esse diagnóstico (98,37%) e 2 pacientes não possuíam (1,63%).

De acordo com a classificação funcional da New York Heart Association, a classe funcional mais frequente foi a classe III, com 60 pacientes (49,2%) , seguida da classe II com 40 pacientes (32,8%) , da classe IV com 18 pacientes (14,8%) e por último pacientes com classe funcional I com 4 pacientes (3,3%).

A partir do Perfil Hemodinâmico de Stevenson, o Perfil com maior número de indivíduos foi o Perfil B, abrangendo 103 pacientes (84,4%), seguido do Perfil C com 14 pacientes (11,5%), do perfil A com 4 pacientes (3,3%) e do perfil L, o qual obteve apenas 1 paciente (0,8%).

A fração de ejeção média dos pacientes a partir de análise de Ecocardiogramas Transtorácicos realizados, foi de 38,3%.

Considerando as etiologias de descompensação, observou-se como causa mais frequente “Má adesão medicamentosa”(32,5%), seguida de causas não identificáveis (31,7%). O grupo “Etiologias infecciosas” correspondeu a 20 pacientes (16,26%), “Síndrome Coronariana Aguda” 11 pacientes (8,94%), Arritmias 7 pacientes (5,69%) e por último “Crises Hipertensivas” com 6 pacientes (4,88%).

Em relação ao desfecho clínico da Internação Hospitalar, 114 indivíduos (92,7%) obtiveram alta hospitalar com melhora clínica, enquanto 9 pacientes (7,3%) foram a óbito durante o período de internação (**Tabela 1**).

Tabela 1 - Características de pacientes admitidos com diagnóstico principal de Insuficiência Cardíaca. São Paulo, 2018.

	Média	%	DP
Total de pacientes*	123	100	
IDADE	68,17	-	10,68
SEXO*			
Feminino	76	61,79	
Masculino	47	38,21	
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	141,23	-	32,37
PRESSÃO ARTERIAL DIASTÓLICA	84,04	-	18,42
FREQUÊNCIA CARDÍACA NA ADMISSÃO	88	-	22,84
IC prévia*			
Não	2	1,63	
Sim	121	98,37	
NYHA*			
I	4	3,3	
II	40	32,8	
III	60	49,2	
IV	18	14,8	
PERFIL*			
A	4	3,3	
B	103	84,4	
C	14	11,5	
L	1	0,8	
FRAÇÃO DE EJEÇÃO	38,3	-	10,1
CAUSA*			
Má adesão medicamentosa	40	32,52	
Etiologias infecciosas	20	16,26	
Síndrome coronariana aguda	11	8,94	
Crise hipertensiva	6	4,88	
Arritmias	7	5,69	
Causas não identificáveis	39	31,71	
EVOLUÇÃO CLÍNICA			
Alta – Melhora	114	92,7	
Óbito	9	7,3	

*Dados reportados em frequência absoluta e relativa (n., %).

Uma vez que as causas de descompensação da insuficiência cardíaca foram divididas em grandes grupos tornou-se possível avaliar diferentes parâmetros referentes a cada um desses grupos.

O grupo “má adesão medicamentosa” destaca-se por ter apresentado o maior tempo de internação hospitalar (13,5 dias) e o maior número de óbitos (6 óbitos) dentre todos os outros grupos.

O grupo “crise hipertensiva” detém os maiores valores de pressão arterial sistólica e diastólica, 193,1mmHg e 113,7mmHg, respectivamente.

Por fim o grupo “arritmias” apresenta o menor tempo de internação hospitalar (6 dias), seguido por “crise hipertensiva” (7 dias) e etiologias infecciosas (7,9 dias) – **(Tabela 2)**.

Tabela 2- Relação entre etiologias da descompensação e parâmetros demográficos, clínicos e laboratoriais observados.

	Má adesão medicamentosa		Etiologias infecciosas		Síndrome coronariana aguda		Crise hipertensiva		Arritmias		Não Identificáveis		pvalue
	Média	%	Média	%	Média	%	Média	%	Média	%	Média	%	
IDADE	69,4	9,6	66,8	10,1	66,9	12,8	58,5	17,8	70	6,7	69,2	10,4	0,262
SEXO*													
Feminino	27	35,5	12	15,8	6	7,9	5	6,6	3	3,9	23	30,3	0,687
Masculino	13	27,7	8	17	5	10,6	1	2,1	4	8,5	16	34	
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA NA ADMISSÃO	141,7	29,7	135,2	28	147,7	32,3	193,1	13,4	184	30,9	136,3	32,5	0,005
PRESSÃO ARTERIAL DIASTÓLICA NA ADMISSÃO	84,6	14,9	78,3	19	84,3	16,3	113,7	4,9	109,4	13,8	81,9	19,8	0,006
FREQUÊNCIA CARDÍACA NA ADMISSÃO	91,9	22,5	78,4	19,1	84,1	7,7	101,3	42,4	89,7	24,5	87,7	23	0,213
PERFIL HEMODINÂMICO													
A	1	25	0	0	0	0	0	0	0	0	3	75	0,226
B	35	34	19	18,5	7	6,8	4	3,9	7	6,8	31	30,1	
C	3	21,4	1	7,1	4	28,6	2	14,3	0	0	4	28,6	
L	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
FRAÇÃO DE EJEÇÃO	38,2	8,5	35,7	10,1	34,7	7,6	42,2	17,1	42,3	8,2	39,4	11,6	0,439
HEMOGLOBINA (Hb)	13	2,1	14,1	2,2	15,2	7,6	11,4	2,3	12,6	2,2	12,6	2,2	0,063
HEMATÓCRITO (Ht)	40	6,3	43,2	7	38,6	5,8	36,3	5,6	39	6,9	38,6	7,1	0,131
PCR	39,2	56,3	16	18,9	35,8	65,3	25	48,8	19,2	12,8	31,5	38,1	0,564
NYHA*													
I	1	25	0	0	0	0	2	50	1	25	0	0	0,135
II	11	27,5	6	15	4	10	0	0	2	5	17	42,5	
III	23	38,3	10	16,7	4	6,7	3	5	3	5	17	28,3	
IV	5	27,8	4	22,2	3	16,7	1	5,6	1	5,6	4	22,2	
MÉDIA DO TEMPO DE INTERNAÇÃO	13,5	9,5	7,9	6,2	8,2	5,6	7	4,9	6	4,5	9,8	8,2	0,037
EVOLUÇÃO CLÍNICA													
Alta – Melhora	34	29,8	20	17,5	9	7,9	5	4,4	7	6,1	39	34,2	0,018
Óbito	6	66,7	0	0	2	22,2	1	11,1			0	0	

*Dados reportados em frequência absoluta e relativa, média e desvio padrão (n., %).

Por meio de modelos de regressão logística foi possível observar que pacientes internados por má adesão medicamentosa apresentaram chance de ficar internado por mais de 10 dias 2,56 maior que pacientes internados por outras causas (**Tabela 3**).

Tabela 3 – Fatores associados à internação hospitalar por má adesão medicamentosa e por etiologia infecciosa (associada distintamente) em pacientes com insuficiência cardíaca. São Paulo. 2018.

		Má adesão medicamentosa		Etiologia infecciosa	
		OR	p valor	OR	p valor
IDADE	<59 anos	Ref		Ref	
	60 anos ou mais	1.8	0.284	0.85	0.788
SEXO*	Feminino	1.44	0.367	0.91	0.857
	Masculino	Ref		Ref	
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	<120	Ref		Ref	
	≥120	1.68	0.312	1.54	0.52
PRESSÃO ARTERIAL DIASTÓLICA	<80	Ref		Ref	
	≥80	1.35	0.447	0.61	0.313
FREQUÊNCIA CARDÍACA PERFIL	Variação média	1.01	0.196	0.97	0.04
	A	Ref		Ref	
	B	1.54	0.711	2.94	0.313
	C	0.82	0.88	-	
FRAÇÃO DE EJEÇÃO	<49%	Ref		Ref	
	41-49%	1.32	0.699	2.71	0.386
	>41%	1.33	0.659	2.46	0.403
HEMOGLOBINA (Hb)	≥15	Ref		Ref	
	<15	0.74	0.55	0.4	0.101
HEMATÓCRITO (Ht)	≥37	Ref		Ref	
	<37	1.12	0.781	0.27	0.045
PCR	Menor 5	Ref		Ref	
	Maior ou igual a 5	1.22	0.731	0.81	0.767
NYHA*	I	Ref			
	II	1.14	0.915		
	III	1.86	0.599		
	IV	1.15	0.91		
TEMPO DE INTERNAÇÃO	Menos de 10 dias	Ref		Ref	
	10 dias ou mais	2.56	0.018	0.86	0.694

*Devido a distribuição amostral, não é possível observar diferenças segundo infecção.

5. DISCUSSÃO

A descompensação da insuficiência cardíaca é um grande problema de saúde pública, sendo importante fator de morbidade e mortalidade dos pacientes, havendo a necessidade de uma avaliação abrangente dessa patologia e das suas peculiaridades.

Sabe-se que a prevalência de IC é diretamente proporcional a faixa etária, sendo mais comum a partir de 60 anos de idade (BARRETTO et al., 1998). Neste estudo encontrou-se uma média de idade 68 ($\pm$ 10 anos), coincidindo com os resultados encontrados em outros estudos (ROHDE et al., 2018; HO, 1993; FONAROW, 2003).

Assim como o observado em estudos nacionais e internacionais, o sexo feminino possui a maior representatividade dentre as internações hospitalares por IC (ALBUQUERQUE et al., 2015; FONAROW, 2003; NOGUEIRA; RASSI; CORRÊA, 2010; BARRETTO et al., 1997; BARRETTO et al., 1998; HEART FAILURE IN INTERNAL MEDICINE DEPARTMENTS, 2002).

Um ponto importante a ser abordado é o fato de que 98,37% dos pacientes já possuíam o diagnóstico de IC previamente a descompensação. Esse dado corrobora com o fato de que a IC é uma doença de elevada prevalência e é principalmente influenciada por comorbidades, sejam elas cardiovasculares ou não (ALBUQUERQUE et al., 2015; MANGINI et al., 2008; MUZZARELLI et al., 2010).

Além da significativa prevalência, a IC apresenta alta morbimortalidade, que durante seu curso evolui com piora progressiva da qualidade de vida e dos sintomas, aumentando o número de internações hospitalares por descompensações da doença (KRUMHOLZ et al., 1997). Estudos demonstram que após a alta hospitalar cerca de 30% dos pacientes serão reinternados pela doença em 30 dias e até 50% em 90 dias (WRAY et al., 1995; GOODING; JETTE, 1985). Por conta das reinternações, até 25% dos pacientes morrem nos 3 primeiros meses de seguimento (GOODING; JETTE, 1985).

Pacientes portadores de IC são classificados de acordo com a Classificação Funcional da New York Heart Association (NYHA) e Perfil Hemodinâmico. Observado o perfil clínico das admissões deste estudo e considerando-se a classificação da NYHA é possível afirmar que os pacientes avaliados se apresentavam, em sua maioria, com importante sintomatologia prévia, visto que se enquadravam predominantemente nas classes III e IV. Esses achados concordam com outros estudos e justificam-se, visto que pacientes que apresentem sintomatologias mais exuberantes são mais propensos a descompensações (HEART FAILURE IN INTERNAL MEDICINE DEPARTMENTS, 2002; SERRANO; HERNANDEZ, 2004).

Já em relação ao Perfil Hemodinâmico de Stevenson, verificou-se neste estudo que a maioria dos pacientes se encontravam em estados de congestão pulmonar com perfusão periférica adequada. Esse cenário coincide com o observado em outros estudos (ALBUQUERQUE et al., 2015; LLORENS et al., 2008; MW et al., 2009; NOHRIA et al., 2003; SHAH et al., 2001).

É importante acrescentar que pacientes que se apresentam com elevada congestão tendem a ter maior risco de morte e, também, mais episódios de descompensação, tornando essencial que o médico saiba reconhecer e tratar pacientes neste estado (GHEORGHIADÉ et al., 2006).

Avaliando as diferentes causas responsáveis pela descompensação da insuficiência cardíaca, a má aderência medicamentosa destaca-se como a principal etiologia, sendo encontrada, em nossa observação, em 32,5% dos casos. Esse dado concorda com um importante estudo que avaliou as etiologias mais frequentes de descompensação de IC, no qual a má aderência medicamentosa foi responsável por 30% dos casos (ALBUQUERQUE et al., 2015). Além disso, observou-se que, dentre todas as etiologias, esse foi o grupo em que os pacientes apresentaram maior sintomatologia, tempo de internação e de óbitos.

Sobre o exposto acima é fundamental perceber a importância que a má adesão medicamentosa possui sobre a insuficiência cardíaca uma vez que ao aumentar a morbimortalidade, incide diretamente sobre os gastos em saúde. A dimensão do problema é ainda mais notável quando consideramos dados da

OMS que relatam que aproximadamente 50% dos pacientes portadores de doenças crônicas não tomam os medicamentos conforme prescrição médica (BROWN; BUSSELL, 2011).

De acordo com estudos e diretrizes, existem três grandes fatores responsáveis pela falta de adesão terapêutica (ALBUQUERQUE et al., 2015; FONAROW, 2003; BROWN; BUSSELL, 2011). Esses fatores podem ser relacionados aos pacientes (abandono por efeitos colaterais e subestimação do tratamento), aos profissionais de saúde (prescrição incorreta dos medicamentos, instrução ineficiente ao paciente, comunicação ineficaz quanto aos efeitos adversos e prestação do cuidado por diferentes médicos) e, por fim, ao próprio sistema de saúde (dificuldade de acesso às medicações, falta de acompanhamento longitudinal e limitação do tempo de consultas) (BROWN; BUSSELL, 2011).

Na maior parte dos casos, atribui-se a falta de aderência ao paciente. Entretanto, esse conceito é equivocado, visto que até metade dos pacientes não recebem orientações corretas sobre o uso das medicações (ALBUQUERQUE et al., 2015). Além disso, segundo um dos maiores levantamentos de IC aguda já realizados no mundo, apenas 24% dos pacientes internados por IC descompensada são instruídos de maneira adequada na alta hospitalar (FONAROW, 2003).

Ainda sobre o tema, foi demonstrado que em até 40% dos casos há um desacordo entre as condutas médicas e o recomendado pelas diretrizes relacionadas ao manejo da insuficiência cardíaca (ALBUQUERQUE et al., 2015).

Por fim, dada a importância da adequada terapêutica medicamentosa, a atual Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca recomenda que pacientes internados por IC descompensada tenham seguimento clínico especializado após a alta hospitalar (ROHDE et al., 2018). Propõem-se que os retornos sejam realizados em até 2 semanas, mas admite-se que cada instituição se adeque a sua realidade visando sempre o melhor seguimento possível. A diretriz ainda reforça que devam ser realizadas atividades que, além de facilitar o acesso ao sistema de saúde, promovam aconselhamento financeiro e

emocional ao paciente, aprimorando os índices educacionais sobre doença. (RHODE et al., 2018).

6. CONCLUSÃO

A partir das estatísticas apresentadas e discutidas, conclui-se que: A maioria dos pacientes que internaram por Insuficiência Cardíaca descompensada é composta por idosos.

O sexo feminino englobou o maior número de pacientes.

A maioria dos pacientes que internam por IC descompensada possuem IC prévia e, no momento da admissão, encontram-se predominantemente em perfis hemodinâmicos que refletem congestão (perfis B e C de Stevenson).

A má aderência ao tratamento medicamentoso foi o grupo com maior número de pacientes, maior sintomatologia de base, maior número de óbitos e maior tempo de internação hospitalar.

As estatísticas e discussões apresentadas reforçam a necessidade de aprimorar os cuidados relacionados a prevenção e manejo da insuficiência cardíaca, sendo mandatória a criação de estratégias eficazes que visem melhorar qualitativamente o atendimento e acompanhamento dos pacientes.

A educação dos pacientes deve ser ativamente abordada, dada a grande representatividade da má adesão ao tratamento como causa de descompensação da doença.

Por esses motivos, deve-se compreender que a terapêutica da doença não ocorre apenas em âmbito hospitalar, como também depende de uma equipe interdisciplinar, com abordagem longitudinal de todos os fatores de risco relacionados ao surgimento e evolução da doença.

Otimizando-se os cuidados e acompanhamento desses pacientes pode haver um importante impacto sobre a incidência da doença, suas complicações e a frequência de descompensações. Dessa forma haverá uma diminuição na morbimortalidade, nos gastos em saúde e, ainda mais importante, um aprimoramento da qualidade de vida dos portadores de IC.

Por tratar-se de estudo realizado em Hospital Geral de ensino vinculado ao Curso de Medicina do Centro Universitário São Camilo e Residência Médica do SUS-SP , propõe-se, baseando-se nos resultados encontrados e discutidos e em concordância com a atual Diretriz Brasileira de IC aguda, que os pacientes internados por IC sejam avaliados precocemente por equipe interdisciplinar contribuindo com o ensino e educação de alunos e médicos residentes em participarem ativamente na assistência e instrução do paciente e familiares durante o planejamento terapêutico e de alta, além do seguimento ambulatorial após a alta hospitalar.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Denilson Campos de et al. I Registro Brasileiro de Insuficiência Cardíaca - aspectos clínicos, qualidade assistencial e resultados da internação. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v.104, n.6, p. 433-442, jun. 2015.

ARRIGO, Mattia et al. Precipitating factors and 90-day outcome of acute heart failure: a report from the intercontinental GREAT registry. **European Journal of Heart Failure**, v. 19, n. 2, p. 201-208, feb. 2017.

BARRETTO, A. C. et al. Insuficiência cardíaca em grande hospital terciário de São Paulo. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 71, n. 1, p. 15-20, 1998.

BARRETTO, A. C. et al. Tratamento medicamentoso da insuficiência cardíaca em hospital terciário de São Paulo. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 69, n. 6, p. 375-9, 1997.

BITTENCOURT, Marcelo, et al. Importância do diagnóstico etiológico na insuficiência cardíaca idiopática. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.27, n.2, p. 128-130, mar./abr. 2014.

BLEUMINK, Gysèle S. et al. Quantifying the heart failure epidemic: prevalence, incidence rate, lifetime risk and prognosis of heart failure: the rotterdam study. **European heart journal**, v. 25, n. 18, p. 1614-1619, 2004.

BOCCHI, Edimar Alcides et al. III Diretriz brasileira de insuficiência cardíaca crônica. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 93, n. 1, p. 3-70, 2009.

BROWN, Marie T.; BUSSELL, Jennifer K. Medication adherence: WHO cares?. In: **Mayo clinic proceedings**. Elsevier, v.86, n.6, p. 304-314, 2011.

FONAROW, Gregg C. The Acute Decompensated Heart Failure National Registry (ADHERE): opportunities to improve care of patients hospitalized with acute decompensated heart failure. **Reviews in Cardiovascular Medicine**, v. 4, p. S21-30, 2003.

GHEORGHIADÉ, Mihai et al. Congestion in acute heart failure syndromes: an essential target of evaluation and treatment. **The American journal of medicine**, v. 119, n. 12, p. S3-S10, 2006.

GOODING, Judith; JETTE, Alan M. Hospital readmissions among the elderly. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 33, n. 9, p. 595-601, 1985.

HEART FAILURE IN INTERNAL MEDICINE DEPARTMENTS. La insuficiencia cardíaca en los servicios de medicina interna (estudio SEMI-IC). **Medicina Clínica**, v. 118, n. 16, p. 605-610, mai. 2002.

HO, Kalon KL et al. A epidemiologia da insuficiência cardíaca: o estudo de Framingham. **Revista do Colégio Americano de Cardiologia**, v. 22, n. 4 Suplemento 1, p. A6-A13, 1993.

KRUMHOLZ, Harlan M. et al. Readmission after hospitalization for congestive heart failure among Medicare beneficiaries. **Archives of internal medicine**, v. 157, n. 1, p. 99-104, 1997.

LESSA, Ínes et al. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica e da insuficiência cardíaca no Brasil. **Rev Bras Hipertens**, v. 8, n. 4, p. 383-92, 2001.

LLORENS, P. E. R. E. et al. Perfil clínico del paciente con insuficiencia cardiaca aguda atendido en los servicios de urgencias: Datos preliminares del Estudio EAHFE (Epidemiology Acute Heart Failure Emergency). **Emergencias**, v. 20, n. 3, p. 154-63, 2008.

MANGINI, Sandrigo et al. Insuficiência cardíaca descompensada na unidade de emergência de hospital especializado em cardiologia. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 90, n. 6, p. 433-40, 2008.

MENTZ, Robert J.; FELKER, G. Michael. Noncardiac comorbidities and acute heart failure patients. **Heart failure clinics**, v. 9, n. 3, p. 359-367, 2013.

MUZZARELLI, Stefano et al. Predictors of early readmission or death in elderly patients with heart failure. **American heart journal**, v. 160, n. 2, p. 308-314, 2010.

MW, Montera et al. II Diretriz brasileira de insuficiência cardíaca aguda. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 93, n. 3, p. 2-65, 2009.

NOGUEIRA, Patrícia Resende; RASSI, Salvador; CORRÊA, Krislainy de Sousa. Perfil epidemiológico, clínico e terapêutico da insuficiência cardíaca em hospital terciário. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 95, n. 3, p. 392-8, 2010.

NOHRIA, Anju et al. Clinical assessment identifies hemodynamic profiles that predict outcomes in patients admitted with heart failure. **Journal of the American College of Cardiology**, v. 41, n. 10, p. 1797-1804, 2003.

PEREIRA, Danielle Aparecida Gomes et al. Capacidade funcional de indivíduos com insuficiência cardíaca avaliada pelo teste de esforço cardiopulmonar e classificação da New York Heart Association. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 19, n. 1, p. 52-56, 2012.

ROHDE, Luis Eduardo Paim et al. Diretriz brasileira de insuficiência cardíaca crônica e aguda. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 111, n. 3, p. 436-539, 2018.

SERRANO, Aylen Vanessa Ospina; HERNANDEZ, German Gamarra. Características clínicas y epidemiológicas de la insuficiencia cardiaca en el Hospital Universitario Ramón Gonzalez Valencia de Bucaramanga, Colombia. **Revista Salud UIS**, v. 36, n. 3, 2004.

SHAH, Monica R. et al. Hemodynamic profiles of advanced heart failure: association with clinical characteristics and long-term outcomes. **Journal of cardiac failure**, v. 7, n. 2, p. 105-113, 2001.

TAVARES, Leandro Reis et al. Epidemiologia da insuficiência cardíaca descompensada em Niterói: Projeto EPICA-Niterói. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 82, n. 2, p. 121-4, 2004.

VILLACORTA, H. et al. Evolução intra-hospitalar e seguimento pós-alta de pacientes idosos atendidos com insuficiência cardíaca congestiva na unidade de emergência. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 70, n. 3, p. 167-71, 1998.

WRAY, Nelda P. et al. Seleção de pares doença-desfecho para monitorar a qualidade do atendimento hospitalar. **Cuidados Médicos**, p. 75-89, 1995.

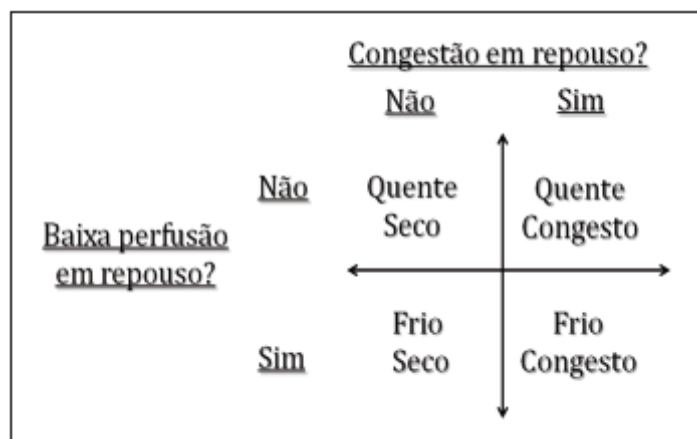
ANEXOS

ANEXO A – Classificação Funcional da New York Heart Association

Tabela 2 - Classificação do Estado Funcional – New York Heart Association (NYHA)⁹

Classe I	Assintomática
Classe II	Sintomática em atividades com mais esforço que o habitual
Classe III	Sintomática em atividades cotidianas
Classe IV	Sintomática em repouso

Fonte: III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica

ANEXO B – Classificação Hemodinâmica de Stevenson

Fonte: II Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Aguda