

Perfil clínico-epidemiológico de pacientes com insuficiência cardíaca no serviço de urgência

Clinical-epidemiological profile of heart failure patients in the urgency service

Leonardo Silva Nóbrega*, Saymo Carneiro Marinho, Juliana Alves Ferreira, Vitor Gennari da Costa Marques, Gerson Alves Rodrigues Júnior, Railson Miranda Gomes Júnio.

Universidade Federal do Maranhão (UFMA), Imperatriz- MA - Brasil.

Resumo

Objetivo: Conhecer a prevalência dos fatores de risco da insuficiência cardíaca (IC), descrever o perfil sociodemográfico dos pacientes, demonstrar as causas de descompensação da doença e evidenciar a terapêutica utilizada durante a hospitalização desses indivíduos. **Métodos:** estudo observacional e descritivo no qual são pesquisados pacientes internados em um hospital público do Sul do Maranhão diagnosticados com Insuficiência Cardíaca no período de agosto de 2018 a abril de 2019. Os dados foram obtidos a partir de um questionário estruturado e da coleta de dados de prontuários médicos dos pacientes. **Resultados:** Foram estudados 68 indivíduos, cuja a faixa etária variou de 33 a 94 anos, com idade média de 66 anos (± 15), dos quais 44 (64,7%) eram do sexo masculino e 24 (35,3%) feminino. Dessa amostra, 72% eram hipertensos, 41,2% eram diabéticos, 29,4% tinham doença arterial coronariana prévia e 45,6% eram tabagistas. O medicamento mais usado durante a internação foi o diurético de alça (86,76%). O perfil hemodinâmico mais prevalente foi o quente-úmido (83,82%). A principal causa de descompensação identificável foi a isquemia miocárdica (20,6%). **Conclusões:** O estudo demonstrou uma baixa taxa de medicamentos utilizados baseados em evidência. Ademais, houve uma taxa alta de fatores de riscos evitáveis ou controláveis da IC. Devem ser criadas novas estratégias visando melhorar a qualidade do atendimento hospitalar desta doença.

Palavras-chave:

Insuficiência Cardíaca.
Epidemiologia.
Hospitalização.

Abstract

Objective: To know the prevalence of risk factors for heart failure (HF), describe the sociodemographic profile of patients, demonstrate the causes of decompensation of the disease and highlight the therapy used during hospitalization of these individuals. **Methods:** an observational and descriptive study in which patients admitted to a public hospital in southern Maranhão diagnosed with heart failure from August 2018 to April 2019 were surveyed. Data were obtained from a structured questionnaire and data collection of patients' medical records. **Results:** We studied 68 individuals, whose age ranged from 33 to 94 years, with a mean age of 66 years (± 15), of which 44 (64.7%) were male and 24 (35.3%) feminine. Of this sample, 72% were hypertensive, 41.2% were diabetic, 29.4% had previous coronary artery disease, and 45.6% were smokers. The most used medication during hospitalization was the loop diuretic (86.76%). The most prevalent hemodynamic profile was hot-humid (83.82%). The main cause of identifiable decompensation was myocardial ischemia (20.6%). **Conclusions:** The study demonstrated a low rate of evidence-based drugs used. In addition, there was a significant rate of avoidable or controllable risk factors for HF. New strategies should be created to improve the quality of hospital care of this disease.

Keyword:

Heart Failure.
Epidemiology.
Hospitalization.

*Correspondência para/ Correspondence to:

Leonardo Silva Nóbrega: leosilvanobrega@gmail.com

INTRODUÇÃO

Insuficiência Cardíaca (IC) é uma síndrome definida como uma incapacidade do coração de suprir as necessidades metabólicas dos tecidos periféricos com quantidades satisfatórias de sangue e oxigênio.¹ Considerada uma pandemia global, afeta pelo menos 26 milhões de pessoas e está com prevalência crescente, visto que, apesar da incidência estar estável, o envelhecimento da população e melhoras no tratamento contribuem para isso.²

Qualquer dano estrutural ou funcional do coração, grandes vasos ou algumas desordens metabólicas podem resultar em IC. A principal causa dessa síndrome é a doença arterial coronariana (DAC). Outras etiologias ainda comuns são cardiomiopatias (idiopáticas ou induzidas por toxinas), doença cardíaca valvular, arritmias e doenças inflamatórias.¹

Após o diagnóstico de IC, as estimativas de sobrevida são de 50% e 10% dos portadores dessa doença após 5 e 10 anos, respectivamente.³ No Brasil, apenas no ano de 2015 houve 27.434 óbitos por IC. Ainda em 2015, das 1.128.521 internações por doenças do aparelho circulatório, cerca de 19% foram devidas à IC. Nesse mesmo aspecto, houve 28.522 internações no estado do Maranhão, sendo 14% delas por IC.⁴

Até 50% dos pacientes internados com IC são readmitidos em 90 dias após alta hospitalar, sendo esse um dos principais fatores de risco para morte nesses pacientes.⁵ Os principais fatores relacionados a essa readmissão são: falta de aderência ao tratamento, tabagismo e comorbidades.⁶

Em 2017, nos Estados Unidos, 5,7 milhões de pessoas tinham IC. Dados da American Heart Association (AHA) estimam que a prevalência da IC crescerá 46% de 2012 a 2030, chegando a 8 milhões de pessoas acima dos 18 anos de idade com IC e um aumento de quase 127% do custo total para 69,7 bilhões de dólares com essa doença nesse período nos Estados Unidos.⁷ Na América do Sul, sua prevalência é de 1%. Na China, há 4,2 milhões de pessoas com IC e

500.000 novos casos são diagnosticados todo ano.²

Torna-se, portanto, relevante um estudo desse perfil em portadores de IC, visando conhecer melhor a origem e fatores de risco associados a essa doença, bem como seu quadro clínico, para que seja prestada uma assistência mais completa sobre a prevenção e tratamento da IC. Desse modo, a presente pesquisa busca conhecer a prevalência dos fatores de risco da IC, descrever o perfil sociodemográfico dos pacientes, demonstrar as causas de descompensação da doença e evidenciar a terapêutica utilizada durante a hospitalização desses indivíduos.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional, transversal de pacientes internados em um hospital público do Sul do Maranhão diagnosticados com Insuficiência Cardíaca no período de agosto de 2018 a abril de 2019. Foram avaliados todos os indivíduos que respeitaram os critérios de inclusão e exclusão, resultando em um total de 68 pacientes.

Foram incluídos no estudo os pacientes maiores de 18 anos que internaram no período da pesquisa com o Código Internacional de Doenças (CID-10) compatível com IC e que concordaram em participar do estudo, os quais assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram excluídos aqueles com quadro clínico, imagiológico e laboratorial incompatíveis com essa síndrome.

A pesquisa foi realizada a partir de um questionário estruturado e da coleta de dados de prontuários médicos dos pacientes. Foi feita a coleta da amostra por conveniência. As variáveis independentes coletadas incluíram idade, sexo, etnia, escolaridade, história patológica pregressa, hábitos de vida, medicações prescritas, perfil hemodinâmico (avalia a volemia e a perfusão dos pacientes), história familiar, etiologia da IC e causa da descompensação.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão com o parecer nº 2.892.670/2018 e CAAE 96767418.7.0000.5087.

Os dados foram coletados, armazenados e analisados utilizando o programa Epi Info™. Nele, foi feita uma análise descritiva, empregando medidas de tendência central, distribuição de frequências relativas e absolutas.

RESULTADOS

Tabela 01- Características basais da amostra (n=68)

Variáveis	n (%)
Idade, em anos (média ± desvio padrão)	66 ± 15
Faixa etária ≥ 60 anos	49 (72)
Sexo masculino	44 (64,7)
Baixa escolaridade*	58 (85,3)
Renda familiar -- 2 salários mínimos	58 (85,3)
Hipertensão arterial sistêmica	49 (72)
Diabetes mellitus	28 (41,2)
Acidente vascular encefálico prévio	11 (16,2)
Doença arterial coronariana prévia	23 (33,9)
Fibrilação atrial	8 (11,8)
Doença arterial oclusiva periférica	20 (29,4)
Dislipidemia	28 (41,2)
Doença pulmonar obstrutiva crônica	7 (10,3)
Doença renal crônicas estágios 4 ou 5	9 (13,4)
Tabagismo	31 (45,6)
Elevado consumo de álcool	17 (25)
Dieta hipossódica	41 (60,3)

*não alfabetizados e fundamental incompleto

Tabela 02- Distribuição das causas de descompensação da insuficiência cardíaca (n=68)

Variáveis	%
Infecção	13,2
Isquemia miocárdica	20,6
Arritmia	4,4
Má adesão ao tratamento	10,3
Aumento da ingestão de sódio e água	1,5
Outros*	50

*Outros: insuficiência renal aguda, desnutrição, anemia, diabetes descompensada, hipertensão descompensada, idiopática

As duas principais etiologias observadas da doença são a isquêmica e a hipertensiva (gráfico 1). Na admissão hospitalar,

Foram estudados 68 indivíduos, cuja a faixa etária variou de 33 a 94 anos. As características que estavam presentes em mais de 50% da amostra foram as seguintes: idade maior que 60 anos, sexo masculino, baixa escolaridade, renda familiar de no máximo 2 salários mínimos, hipertensão arterial sistêmica, dieta hipossódica (tabela 1). Diabetes mellitus estava presente em 41,2% dos pacientes. Além disso, a principal causa identificável de descompensação da doença foi a isquemia miocárdica (tabela 2).

o perfil hemodinâmico mais encontrado foi o quente-úmido (gráfico 2).

Ficou claro, também, que os medicamentos mais utilizados foram os

seguintes: diurético de alça, antagonista da aldosterona, betabloqueador, inibidores da enzima conversora de angiotensina e

bloqueadores do receptor de angiotensina (gráfico 3).

Gráfico 01- Distribuição das etiologias de insuficiência cardíaca (n=68)

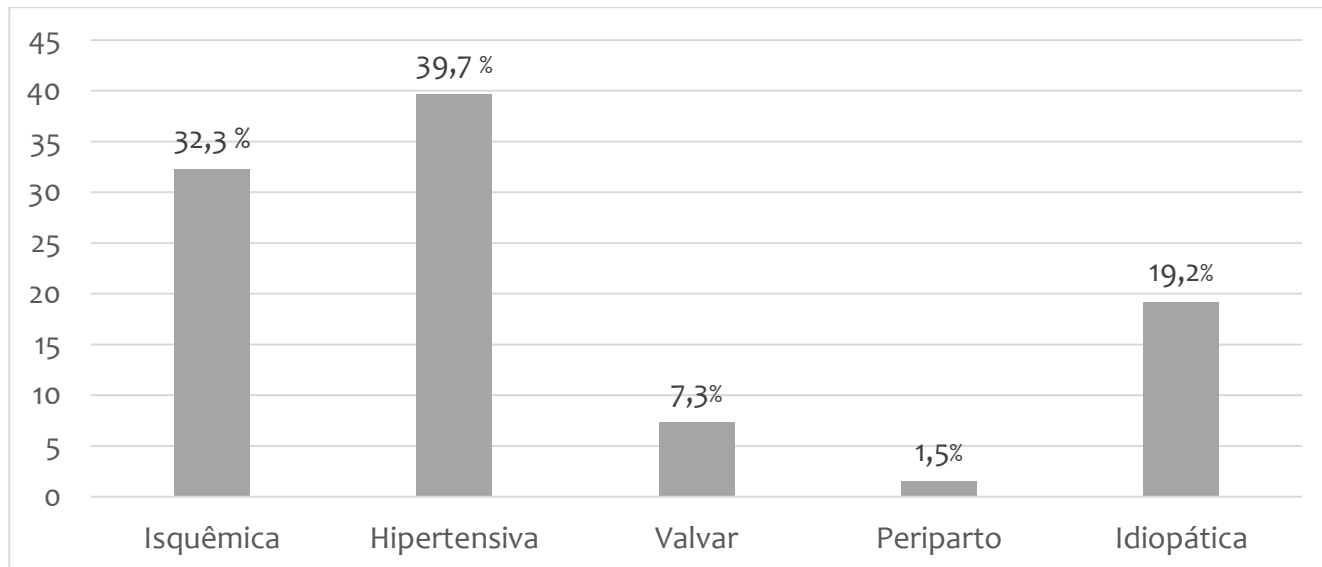


Gráfico 02- Perfil hemodinâmico na admissão hospitalar (n=68)

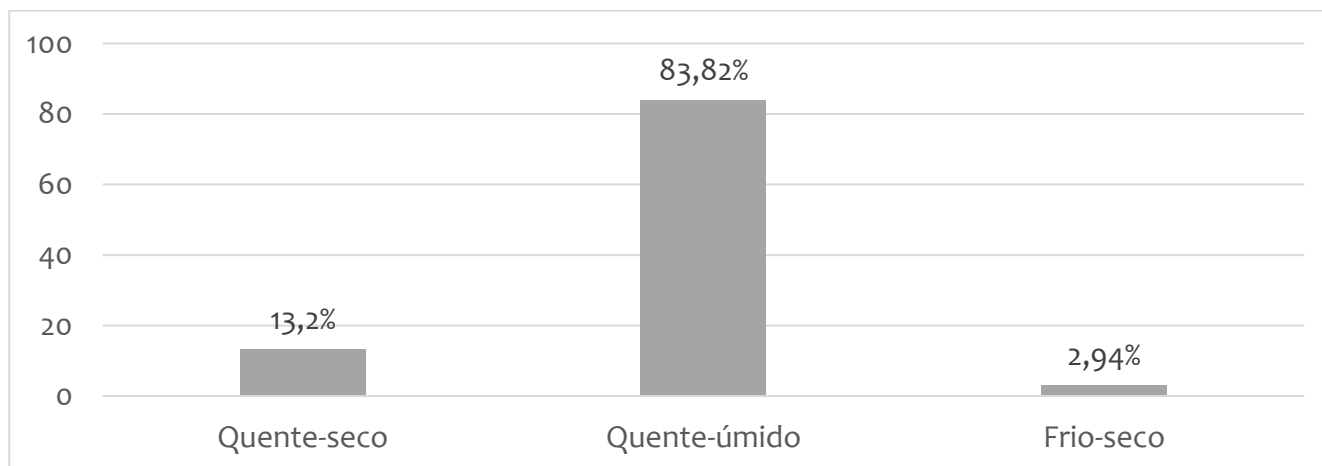
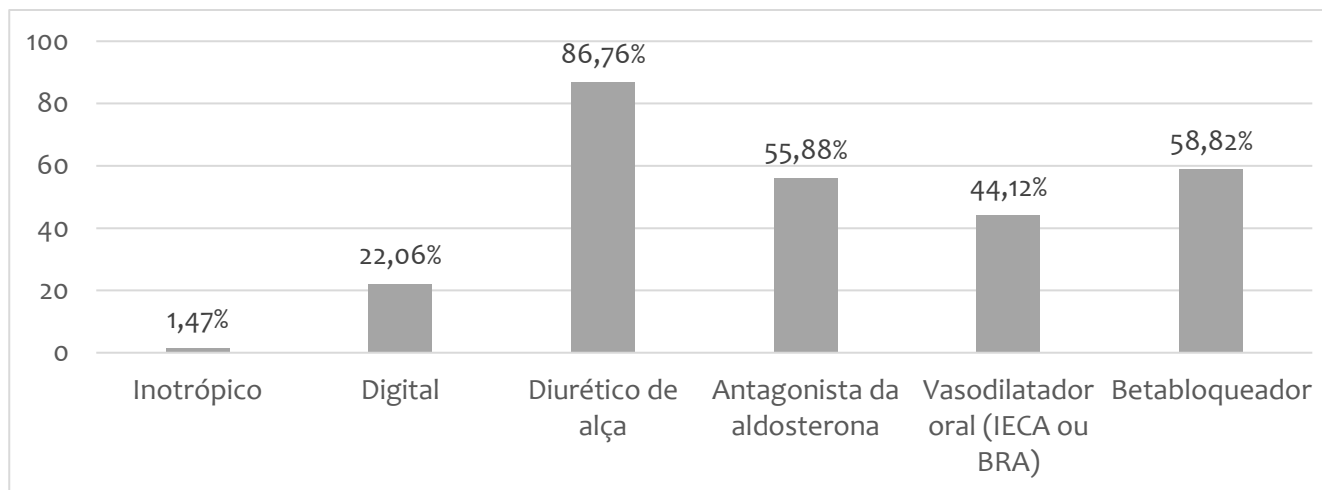


Gráfico 03- Medicações Intra-hospitalares (n=68)



DISCUSSÃO

Os principais achados dessa pesquisa são: 1) o perfil de pacientes é predominantemente formado por idosos; 2) as principais comorbidades associadas são hipertensão e diabetes mellitus; 3) de acordo com as evidências atuais, a prescrição de medicamentos, principalmente vasodilatadores, foi aquém do esperado; e 4) má adesão ao tratamento é a causa de descompensação em 10% dos casos.

Um das principais causas de hospitalizações no mundo é a IC. Estudos mostram que aproximadamente 1 a 2% da população adulta dos países desenvolvidos tem IC, sendo que essa parcela é maior que 10% entre os idosos com mais de 70 anos.⁸

Reis¹⁰ avaliou a quantidade de internações no Brasil de julho de 2014 a julho de 2016 a partir de dados do DATASUS e demonstrou que 19% das hospitalizações por doenças do aparelho circulatório são por insuficiência cardíaca. Ademais, a faixa etária mais prevalente foi a de 70 a 79 anos (26,98%), seguida pela de 60 a 69 anos (24,70%), demonstrando, assim como o presente estudo, que os idosos predominam nas hospitalizações por essa síndrome (tabela 1).

O estudo BREATHE identificou uma média de idade de 64 anos. Além disso, 70,8% eram hipertensos, 34% eram portadores de diabetes mellitus (DM).⁵ Em relação ao presente estudo, houve semelhança na média de idades (66 anos) na prevalência de 72% de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e de 41,2% nos portadores de DM (tabela 1). Percebe-se, portanto, que as principais comorbidades do Brasil são também muito comuns no Sul do Maranhão.

Observou-se, em um estudo coorte feito na Suécia com 174.537 indivíduos diagnosticados com IC, que as principais comorbidades associadas eram: HAS (36,6%), fibrilação atrial (26,1%), DAC (22,9%), DM (17,8%) e

câncer (16,4%).⁹ No estudo atual, observamos as seguintes taxas: HAS (72%), fibrilação atrial (11,8%), DAC (33,9%), DM (41,2%). Isso mostra que aqui no Brasil, hipertensão e diabetes são doenças muito mais relacionadas com a IC do que na Suécia.

Um outro estudo em um hospital terciário do Rio Grande do Sul, Brasil analisou 2056 portadores de IC internados. A idade média foi de 71 anos, com prevalência de 51% do sexo masculino, 24,5% com IAM prévio, 31% diabéticos, 23% com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e 18% com doença cérebro vascular.¹¹ No presente estudo, houve uma prevalência do sexo masculino (64,7%), de diabetes mellitus (41,2%) e DPOC (10,3%).

Em um hospital terciário de Santa Catarina, de 816 pacientes internados por IC, 28,1% eram tabagistas,¹² diferente do atual estudo em que essa taxa é de 45,6% (tabela 1). O tabagismo aumenta o risco de IC independentemente da presença de DAC.¹³ Uma meta-análise de 75 estudos coortes ($\approx 2,4$ milhões de indivíduos) mostrou que há um risco 25% maior de DAC em mulheres fumantes do que em homens fumantes.¹⁴

Um dado que chama atenção é que 85,3% dos indivíduos tem baixa escolaridade e renda familiar menor ou igual a 2 salários mínimos (tabela 1). Isso pode ser explicado pelo fato do hospital em que foi realizado essa pesquisa é público e atende regiões do sul do Maranhão e de estados vizinhos. Foi feito um estudo descritivo em um hospital de referência em urgência na cidade de Teresina com pacientes internados por IC. Ele mostrou que 69,9% tem baixa escolaridade e 91,6% tem no máximo 2 salários mínimos, dados que estão em consonância com o estudo presente.¹⁵

É de extrema relevância a medicação iniciada na fase hospitalar. A presente análise demonstra que ainda existem problemas no tratamento da IC aguda. O tratamento com frequência não segue as diretrizes atuais publicadas, o que pode contribuir para a elevada

morbidade, mortalidade e custo econômico desta síndrome.¹⁶ Foi realizado um estudo coorte sobre o registro IMPROVE_HF com 4128 pacientes. Desses, depois de 24 meses, 1376 indivíduos estavam mortos e 2752 estavam vivos. Foi analisado tratamento desses pacientes. Ele concluiu que ao adicionar a terapia baseada em evidência para IC, há uma diminuição em 24 meses do risco de mortalidade, sendo este um benefício que aumenta conforme é acrescentada a terapia preconizada. O benefício acontece até a adição de 4 a 5 terapias das opções terapêuticas do paciente com IC.¹⁷

Mesmo o perfil hemodinâmico mais comum ter sido o quente-úmido (83,82%), apenas 44,12% dos pacientes receberam vasodilatadores orais e nenhum paciente recebeu vasodilatador venoso (gráfico 2). Foi prescrito diuréticos de alça para 86,76% deles e apenas 58,82% foram tratados com betabloqueadores (gráfico 3). Um estudo analisou o registro ADHERE em relação ao uso precoce da terapia vasodilatadora. A conclusão foi que, quando feita de forma precoce, essa terapia diminui o tempo de hospitalização e aumenta o número de pacientes assintomáticas mediante alta hospitalar.¹⁸

CONCLUSÃO

Uma limitação do estudo é em relação a amostra. Muitos pacientes internados por IC no hospital não estavam na enfermaria de cardiologia, devido a superlotação. Desse modo, alguns pacientes não foram encontrados para realização da pesquisa.

O estudo demonstrou uma baixa taxa de medicamentos utilizados baseados em evidência. Ademais, houve uma taxa alta de fatores de riscos evitáveis ou controláveis da IC. Devem ser criadas novas estratégias visando melhorar a qualidade do atendimento hospitalar desta doença.

DECLARAÇÃO DE CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram a inexistência de conflito de interesses.

Forma de citar este artigo: Nóbrega, LS; Marinho, SC; Ferreira JÁ; Marques, VGC; Júnior, GAR; Júnior, RMG. Perfil clínico-epidemiológico de pacientes com insuficiência cardíaca no serviço de urgência. Rev. Educ. Saúde 2020; 8 (1): 18-24.

REFERÊNCIAS

1. Tanai E, Frantz S. Pathophysiology of heart failure. In: Comprehensive Physiology. Vol 6. Hoboken, NJ, USA: John Wiley & Sons, Inc.; 2016:187-214.
2. Lund LH, Savarese G. Global Public Health Burden of Heart Failure. Card Fail Rev. 2017;23(11):7-11.
3. Roger VL. Epidemiology of Heart Failure. Circ Res. 2013;113(6):646-659.
4. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS-SUS. Acesso em: 09/05/2018. Disponível em: <http://www.tabnet.datasus.gov.br>. Publicado em 2015.
5. Albuquerque DC, Souza Neto JD, Bacal F, Rohde LE, Pereira SB, Berwanger O, Almeida DC. I Brazilian Registry of Heart Failure - Clinical Aspects, Care Quality and Hospitalization Outcomes. Arq Bras Cardiol. 2015;104(6):433-442.
6. Inamdar AA, Inamdar AC. Heart Failure: Diagnosis, Management and Utilization. J Clin Med. 2016;5(7):62.
7. Go AS, Mozaffarian D, Roger VL, Benjamin EJ, Berry JD, Blaha MJ, et al. Heart Disease and Stroke Statistics - 2014 Update: A report from the American Heart Association. Circulation. 2014;129(3):e28-e292.
8. A M, Hoes A. Clinical epidemiology of heart failure. Heart. 2007;93(9):1137-1143.
9. Lindmark K, Boman K, Olofsson M, Törnblom M, Levine A, Castelo Branco A, et al. Epidemiology of

- heart failure and trends in diagnostic work-up: A retrospective, populationbased cohort study in Sweden. *Clin Epidemiol.* 2019;11:231-244.
10. Reis APM, Souza2, Alex Goulart de Glenda Caroline Oliveira Ferreira, Júlia Maria Rodrigues de Oliveira Venancio, Juliana Cardoso Fernandes, Thaís Maia Machado, Vanessa Cristina de Sousa Victor Ribeiro CN. Prevalência de internações hospitalares por insuficiência cardíaca no Brasil: um problema de saúde pública. *Rev Educ Saúde.* 2016;4(2):24-30.
11. Wajner A, Zuchinali P, Olsen V, Polanczyk CA, Rohde LE, Senhora HN. Causas e Preditores de Mortalidade Intra-Hospitalar em Pacientes que Internam com ou por Insuficiência Cardíaca em Hospital Terciário no Brasil. *Arq Bras Cardiol.* 2017;109(4):321-330.
12. Poffo MR, Vieira De Assis A, Fracasso M, Miguel O, Filho L, Matos S, et al. Perfil dos Pacientes Internados por Insuficiência Cardíaca em Hospital Terciário. *Int J Cardiovasc Sci.* 2017;30(3):189-198.
13. Ahmed AA, Fonarow GC, Filippatos GS, Desai RV, Allman RM, White M, et al. Risk of Heart Failure and Death after Prolonged Smoking Cessation: Role of Amount and Duration of Prior Smoking. 2015;8(4):694-701.
14. Huxley RR, Woodward M. Cigarette smoking as a risk factor for coronary heart disease in women compared with men: A systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *Lancet.* 2011;378(9799):1297-1305.
15. Do Nascimento WDO, Dos Santos AMR, Ribeiro IP, Oliveira ADDS. Perfil Do Idoso Com Insuficiência Cardíaca Internado Em Um Hospital De Urgência. *Cogitare Enferm.* 2016;21(4):1-10.
16. Montera WM, Dirceu RA, Tinoco EM, Rocha RM, Moura LA, Réa-Neto A, et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica. *Arq Bras Cardiol.* 2009;93 (3 supl: 3) 1-65.
17. Fonarow GC, Albert NM, Curtis AB, Gheorghiade M, Liu Y, Mandeep R, et al. Incremental Reduction in Risk of Death Associated With Use of. *J Am Hear Assoc.* 2012;1(1):16-26.
18. Peacock WF, Costanzo MR, De Marco T, Lopatin M, Wynne J, Mills RM, et al. Impact of intravenous loop diuretics on outcomes of patients hospitalized with acute decompensated heart failure: Insights from the ADHERE registry for the ADHERE scientific advisory committee and investigators. *Cardiology.* 2009;113(1):12-19.