

PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES INTERNADOS COM DIAGNÓSTICO DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CRÔNICA INTERNADOS NO CENTRO DE REFERÊNCIA EM CARDIOLOGIA DO ESTADO DO AMAZONAS

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF PATIENTS DIAGNOSED WITH
CHRONIC HEART FAILURE HOSPITALIZED IN AMAZONAS STATE CARDIOLOGY CENTER

José Ricardo Ferreira,* Marlúcia do Nascimento Nobre,** Yanna da Silva de Melo***

Resumo

Objetivo: Traçar o perfil clínico e epidemiológico dos pacientes com diagnóstico de Insuficiência Cardíaca Crônica (IC), internados no Centro de Referência em Cardiologia do Estado do Amazonas no período de janeiro a dezembro de 2011. **Métodos:** Trata-se de um estudo retrospectivo, descritivo e observacional de pacientes com Insuficiência Cardíaca crônica, hospitalizados no período de janeiro a dezembro de 2011, no Hospital Universitário Francisca Mendes (HUFM) da Universidade Federal do Amazonas (Ufam). Foi feito o levantamento dos prontuários por meio do código internacional de doenças (CID) de IC e realizado o levantamento estatístico para traçar o perfil epidemiológico (idade, sexo, naturalidade e procedência), e o perfil clínico (principal etiologia, causa da descompensação clínica, classe funcional da admissão e da alta hospitalar). **Resultados:** Foram avaliados um total de 151 prontuários, destes entraram para o estudo 61 pacientes. A média de idade foi de 57,19 anos, sendo 69,49% do sexo masculino e 30,51% do sexo feminino. A naturalidade predominante foi do Amazonas com 77,97%. Em relação à procedência dos pacientes, 44,07% foram provenientes da capital, 33,90% provenientes do interior do Estado e 22,03% provenientes dos demais Estados do Brasil. A principal etiologia identificada da IC foi a Isquêmica com 47,58% seguida da Valvulopatia com 8,47%, tendo como maior causa de descompensação um novo evento isquêmico com 50,85%, seguida das doenças infecciosas com 27,12%. A classe funcional predominante na admissão hospitalar foi a III com 45,76% e na alta hospitalar foi a II com 64,41%. **Conclusão:** A cardiopatia isquêmica foi a principal causa de insuficiência cardíaca, sendo um novo evento isquêmico o maior responsável pela descompensação clínica e nova internação hospitalar.

Palavras-chave: Insuficiência Cardíaca, Perfil Clínico e Epidemiológico.

Abstract

Objective: Describe the clinical and epidemiological profile of chronic heart failure patients admitted in the Amazonas State cardiology center between January and December/2011. **Methods:** This is a retrospective, descriptive, observational study of chronic heart failure patients, hospitalized between January and December/2011, at Francisca Mendes University Hospital (HUFM) of the Federal University of Amazonas (UFAM). The inmates survey was conducted through the international code of diseases (ICD) of heart failure records and performed the statistical

* Especialista em Clínica Médica/Cardiologia e residente de Ecocardiografia do HUGV.

** Preceptora titular da Cadeira de Cardiologia e Ecocardiografia do HUGV.

*** Graduada em Medicina pela Universidade do Estado do Amazonas (UEA).

research to delineate the epidemiological (age, sex, nationality and origin), and clinical profiles (main etiology, because of clinical decompensation, functional class admission and discharge). **Results:** We evaluated a total of 151 records, from these, 61 entered the study. The average age was 57.19 years, which 69.49% were male and 30.51% female. The Amazon palce of birth was predominant with 77.97%. Regarding the origin of the patients 44.07% were from the capital, 33.90% from the State countryside and 22.03% from the other regions of Brazil. The main etiology of HF was identified Ischemic with 47.58% followed by Valvulopathy to 8.47%, with the largest cause of decompensation a new ischemic event with 50.85%, followed by the Infectious Diseases with 27.12%. The predominant functional class at admission was III with 45.76% and at discharge was II with 64.41%. **Conclusion:** Ischemic heart disease was the leading cause of heart failure, a new ischemic event was most responsible for clinical decompensation and new hospitalization.

Keywords: Cardiac Insufficiency, Clinical and Epidemiological Profile.

Introdução

A Insuficiência Cardíaca (IC) é uma síndrome clínica complexa de caráter sistêmico, definida como disfunção cardíaca que ocasiona inadequado suprimento sanguíneo para atender necessidades metabólicas tissulares, na presença de retorno venoso normal, ou fazê-lo somente com elevadas pressões de enchimento.¹

Estudos de prevalência estimam que 23 milhões de pessoas no mundo tenham IC e que dois milhões de casos novos são diagnosticados anualmente.²

Segundo os dados do Sistema Único de Saúde, tivemos perto de 398 mil internações por insuficiência cardíaca no ano de 2000 com 26 mil mortes. Essas internações correspondem a mais de 30% das internações e consumiram 33% dos gastos com doenças do aparelho circulatório, tornando-se a primeira causa de internação de pacientes > 65 anos no SUS.³

No último Censo (2010), observa-se crescimento da população idosa no Brasil e, portanto, com potencial crescimento de pacientes em risco ou portadores de insuficiência cardíaca.⁴

A IC consiste na via final comum de várias doenças, como, por exemplo: hipertensão arterial sistêmica, diabetes e coronariopatias.² No Brasil, a principal etiologia da IC é a cardiopatia isquêmica crônica associada à hipertensão arterial. Em determinadas regiões geográficas do país e em áreas de baixas

condições socioeconômicas, ainda existem formas de IC associadas à doença de Chagas, endomiocardiofibrose e a cardiopatia valvar reumática crônica, que são situações especiais de IC em nosso meio.¹

Infecções virais prévias e exposição a drogas (álcool, quimioterápicos, antidepressivos tricíclicos etc.) também podem levar à miocardiopatia dilatada.⁵

Perto de 20 a 30% dos casos de IC com fração de ejeção reduzida nos adultos, a causa exata não é conhecida e esses pacientes são referidos como portadores de miocardiopatia dilatada idiopática. A insuficiência cardíaca é caracterizada por uma fase crônica na qual o paciente apresenta-se estável e outra fase de descompensação aguda marcada por reinternação hospitalar frequente.³⁻⁹

Múltiplos fatores de riscos estão presentes simultaneamente e precedem o surgimento da IC, o que torna difícil selecionar a causa básica e definir ações específicas de planejamento de saúde, de modo a reduzir sua incidência.^{6,10}

Em nosso meio, há carência de dados epidemiológicos, clínicos e terapêuticos sobre a doença, o que dificulta a definição de prioridades para elaboração de estratégias preventivas.²

Este trabalho tem como objetivo principal identificar esse perfil clínico e epidemiológico, para podermos conhecer melhor as características da Região Norte do país e traçar

medidas para melhoria do atendimento ao portador de IC.

Pacientes e Métodos

Tipo de estudo e local da pesquisa

Trata-se de um estudo retrospectivo, descritivo e observacional de pacientes com Insuficiência Cardíaca crônica, hospitalizados no período de janeiro a dezembro de 2011, no Hospital Universitário Francisca Mendes (HUFM) da Universidade Federal do Amazonas (Ufam).

CrITÉrios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão escolhidos foram: preencher os critérios clínicos de Framingham⁴ para IC, terem fração de ejeção abaixo de 50% pela ecocardiografia transtorácica, estarem hospitalizados no período de janeiro a dezembro de 2011, pertencentes a qualquer classe funcional, sexo ou idade.

Os critérios de exclusão foram: diagnóstico não definido de insuficiência cardíaca (ex: DPOC exacerbado), pacientes internados para procedimentos eletivos não relacionados à IC descompensada (ex: troca do gerador em usuários de marcapasso).

Procedimentos e coleta dos dados

Por meio do Serviço de Arquivo Médico e Informações em Saúde (Same) do HUFM o número de pacientes e seus respectivos prontuários, foram levantados por intermédio do CID (Código Internacional de Doenças) de insuficiência cardíaca.

Inicialmente foram encontrados um total de 151 prontuários que apresentavam CID de insuficiência cardíaca, 52 não foram incluídos no estudo por não serem IC o diagnóstico, apesar de estarem cadastrados com o código de insuficiência cardíaca.

Restaram 99 pacientes; destes, cinco foram excluídos por serem hospitalizados para realização de procedimentos não relacionados com a IC, 18 foram excluídos por terem fração de ejeção maior a 50% e 15 foram excluídos por não terem a fração de ejeção preenchida no questionário, restando para o estudo 61 pacientes.

Posteriormente foi realizada a coleta dos dados, por meio de uma ficha (Figura 1), que continha informações sobre: nome do paciente, idade, sexo, naturalidade, data do diagnóstico de insuficiência cardíaca, tempo de internação, etiologia da insuficiência cardíaca, fração de ejeção, número de internações, causa da descompensação clínica, classe funcional NYHA na admissão e alta e número de óbitos.

FICHA DE COLETA DE DADOS	
1. Nome do paciente:	_____
2. Idade: ()	Sexo: M () F ()
3. Naturalidade:	_____
4. Procedência:	_____
5. Data do diagnóstico de insuficiência cardíaca:	_____
6. Tempo de internação:	_____
7. Etiologia da Insuficiência Cardíaca na admissão:	_____
8. Fração de ejeção:	_____
9. Número de internações:	_____
10. Causa da descompensação clínica:	_____
11. Classe funcional NYHA na admissão:	_____
12. Classe funcional NYHA na alta hospitalar:	_____
13. Óbito: não ()	sim ()

Figura 1: Ficha de Coleta de Dados

Análise estatística

A análise estatística foi realizada utilizando o software Minitab versão 15.0, no qual se fez a análise exploratória dos dados.

Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Humana e Animal da Universidade Federal do Amazonas, protocolo número 179.782/2012, e não houve fontes externas de

financiamento.

Resultados

A média de idade da amostra estudada foi de 57,19 anos com um desvio padrão de 14,23, variando de 18 e 81 anos, sendo 69,49% do sexo masculino e 30,51% do sexo feminino (Figura 2). A naturalidade predominante foi do Amazonas com 77,97%, seguido do Pará com 8,47%, Ceará e Rio Grande do Norte com 5,08% do Ceará, e Rio de Janeiro com 3,39%.

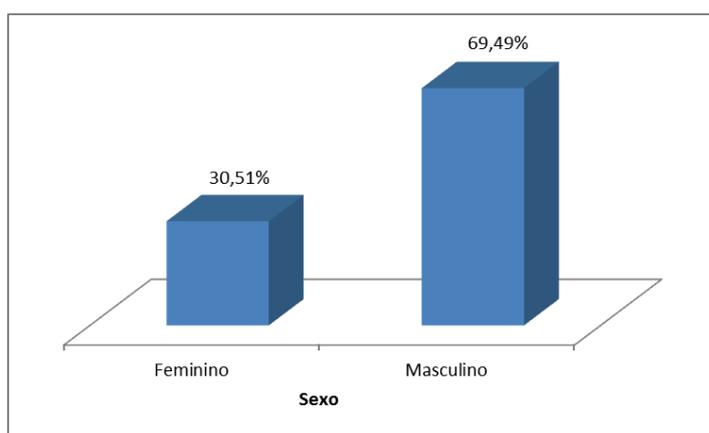


Figura 2: Porcentagem de pacientes com IC de acordo com o sexo.

Em relação à procedência dos pacientes estão assim distribuídos: 44,07% provenientes da capital, 33,90% provenientes do interior do

Estado do Amazonas e 22,03% provenientes dos demais Estados do Brasil (Figura 3).

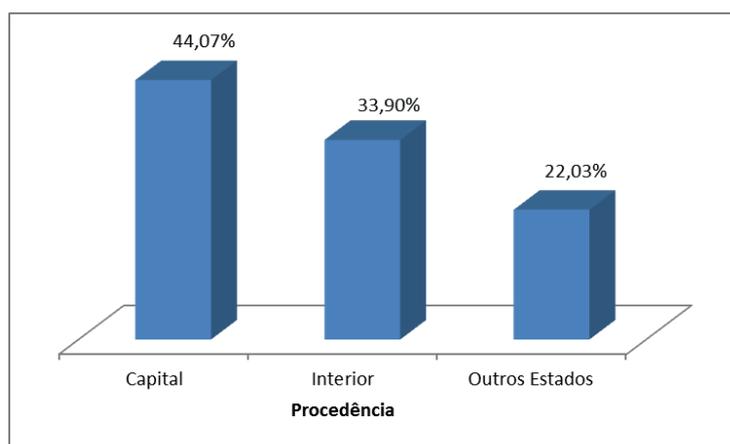


Figura 3: Procedência de pacientes internados com IC.

A principal etiologia identificada entre os pacientes foi a Isquêmica com 47,58% seguida da Valvopatia com 8,47%, em seguida a idiopática

com 6,78%, a periparto com 5,08% e as demais etiologias com 1,69% (Figura 4).

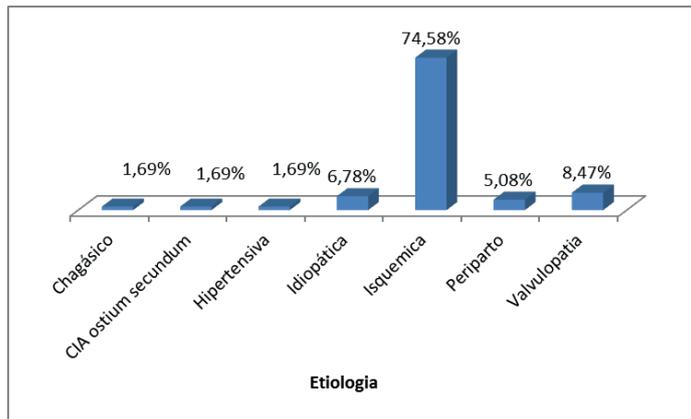


Figura 4: Principais etiologias identificadas.

As principais causas de descompensação da IC e arritmias e não adesão ao tratamento com foram: novo evento isquêmico com 50,85%, 6,78% (Figura 5). seguida das doenças infecciosas com 27,12%

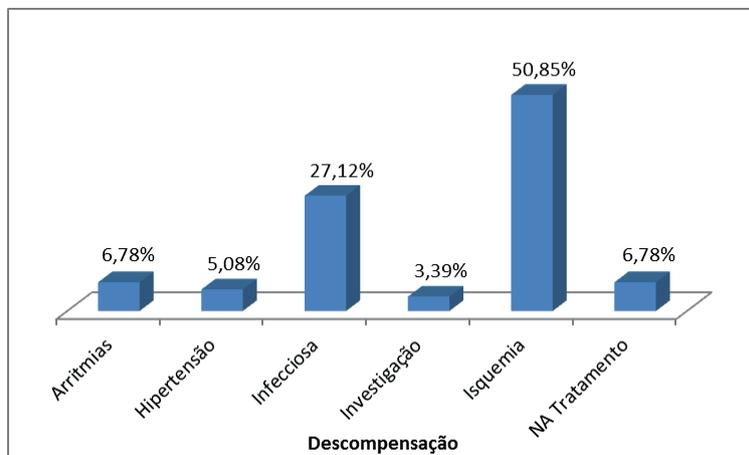


Figura 5: Principais causas de dencompensação da IC.

Dentre as causas infecciosas o predomínio foi de infecção do trato urinário (ITU) com 31,25%, seguido de pneumonia com 25%.

Flebite, erisipela, pé diabético e infecção de vias aéreas superiores todas tiveram a mesma porcentagem de 6,25%. 12,5% não tiveram o tipo de infecção especificada (Figura 6).

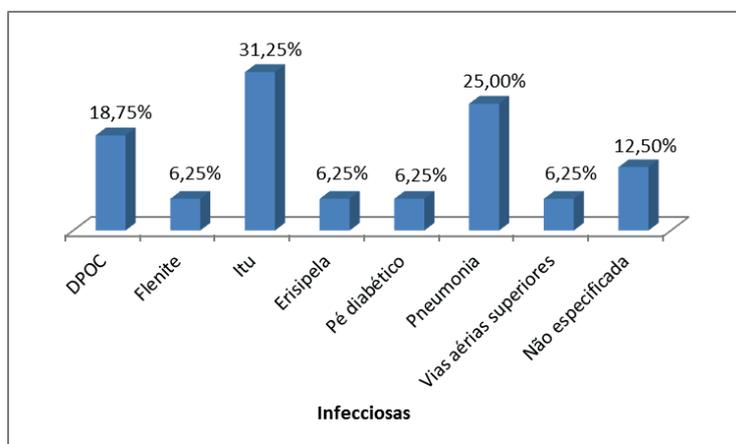


Figura 6: Principais causas infecciosas de descompensação clínica.

A proporção da classe funcional (CF), segundo a NYHA, na admissão foi de 45,76% em CF III e 40,68% na CF IV. A alta hospitalar foi de 64,41% em CF II e 35,59% na CFI.

Discussão

Estudos sobre o perfil epidemiológico e clínico do paciente com IC são escassos no Estado do Amazonas o que dificulta na elaboração de políticas de prevenção, controle e manejo dessa síndrome.

De acordo com o estudo de Framingham,⁷ a idade mais predisponente para o aparecimento da IC foi acima de 60 anos. No presente estudo, verificou-se que a média de idade foi 57,19 anos, variando de 18 e 81 anos, sendo a média inferior aos encontrados por Framingham.

Quanto à distribuição por sexo, observou-se que 69,49% eram do sexo masculino, esse predomínio também foi observado no estudo de Rassi e cols.⁸

Foi observado que houve predominância da procedência dos pacientes da capital, mas houve um número expressivo de atendimentos de pacientes do interior do Estado, mostrando o papel fundamental desse centro de referência em cardiologia para o Estado do Amazonas.

A etiologia predominante foi a isquêmica, dado semelhante à da literatura nacional, seguido de valvopatia. A principal causa de descompensação foi um novo evento isquêmico seguido de infecção. Esse dado mostra a necessidade de se intensificar o tratamento e seguimento mais minucioso dos pacientes coronarianos.

Dentre as causas infecciosas de descompensação da IC, o destaque ficou por conta da infecção urinária e pneumonia, outro dado similar à encontrada na literatura nacional.

Em geral, os dados encontrados neste trabalho foram similares aos da literatura nacional, mas foi observada uma significativa exclusão de prontuários durante a elaboração do trabalho, que se deu principalmente da não compatibilidade do CID na admissão e a real

doença do paciente e da falta de algumas informações nos prontuários médicos.

Isso demonstra a necessidade de elaboração de mais trabalhos na área e do comprometimento no preenchimento completo dos dados dos pacientes.

Mesmo com essa limitação observada neste trabalho, seus resultados podem auxiliar na elaboração de políticas públicas para prevenção de doenças cardiovasculares, sobretudo a miocardiopatia isquêmica, visando reduzir internações hospitalares, cirurgias, mortalidade e o alto custo gerado por essas hospitalizações.

Referências

1. Bocchi EA, Marcondes-Braga FG, Ayub-Ferreira SM, Rohde LE, Oliveira WA, Almeida DR e cols. Sociedade Brasileira de Cardiologia. III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica. Arq Bras Cardiol 2009; 93(1 supl.1): 1-71.
2. Nogueira PR, Rassi S, Corrêa KS. Perfil Epidemiológico, Clínico e Terapêutico da Insuficiência Cardíaca em Hospital Terciário. Arq Bras Cardiol. 2010; [on-line]. Ahead print, p. 0-0.
3. Tavares LR, Victor H, Linhares JM, Barros CM, Oliveira MV, Pacheco LC, Viana CH, Pereira SB, Silva GP, Mesquita ET. Epidemiologia da Insuficiência Cardíaca Descompensada em Niterói. Projeto Epica. Niterói. Arq Bras Cardiol 2004, volume 82(n.º 2): 121-4.
4. Bocchi EA, Marcondes-Braga FG, Bacal F, Ferraz AS, Albuquerque D, Rodrigues D, et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Atualização da Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica, 2012. Arq Bras Cardiol 2012; 98(1 supl. 1): 1-33.
5. Walsh CR, Larson G M, Larson, Evans JC, Djousse L, Elisson RC, Vasan RS, Levy D. Alcohol consumption and risk for congestive heart failure in the Framingham Heart Study. Ann Intern Med, v. 136, 2002. p. 181.
6. Lessa I. Epidemiologia da hipertensão arterial

sistêmica e da insuficiência cardíaca no Brasil. Rev Bras Hipertensão 2001; 8(4): 383-92.

7. Ho KKL, Pinsky JL, Kannel WB, Levy D. The epidemiology of heart failure: the Framingham study. J Am Coll Cardiol. 1993; 22(Suppl A): 6-13.

8. Rassi S, Barreto ACP, Porto CC, Pereira CR, Calaça BW, Rassi DC. Sobrevida e fatores prognósticos na insuficiência cardíaca sistólica com início recente dos sintomas. Arq Bras Cardiol. 2005; 84(4): 309-13.

9. Braga JCV, Reis F, ARAS R, Costa ND, Bastos C, Silva R. Aspectos clínicos e terapêuticos da insuficiência cardíaca por doença de Chagas. Arq Bras Cardiol. 2006; 86(4): 297-302.

10. Latado AL, Passos LCS, Braga JCV, Santos A, Guedes R, Moura SS, et al. Preditores de letalidade hospitalar em pacientes com insuficiência cardíaca avançada. Arq Bras Cardiol. 2006; 87(2): 185-92.