

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA EM EMERGÊNCIA DE UM HOSPITAL GERAL

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF HEART FAILURE IN EMERGENCY OF A GENERAL HOSPITAL

LARISSA BARBOZA ANTUNES^{1*}, ALEXANDRE PEREIRA SANT'ANA¹, MATHEUS PAIVA DE SOUZA¹, IZABELA EBER DA SILVA², FRANCISCO RODRIGUES DE SALES³

1. Acadêmicos de medicina do Centro Universitário de Caratinga; 2. Engenheira de produção; 3. Médico preceptor do internado de Urgência e Emergência do Hospital Municipal de Contagem.

* Rua Caraíba, 50, Novo Eldorado, Contagem, Minas Gerais, Brasil. CEP: 3240-610. laribantunes@gmail.com

Recebido em 08/06/2017. Aceito para publicação em 22/06/2017

RESUMO

A Insuficiência Cardíaca (IC) é uma síndrome clínica complexa que cursa com um comprometimento estrutural ou funcional do enchimento ventricular ou da ejeção sanguínea. São observados um conjunto de sinais como crepitações pulmonares, elevação da pressão venosa jugular e deslocamento de batida de ápice de pulmão associados aos sintomas típicos como falta de ar, edema e fadiga. Este trabalho trata-se de um estudo retrospectivo, descritivo e observacional de pacientes com IC atendidos no período de janeiro a dezembro de 2015 no serviço de urgência e emergência do Hospital Municipal de Contagem José Lucas Filho. Podemos inferir dos resultados apresentados que a HAS é a comorbidade mais encontrada em pacientes com IC. Considerando que HAS seja uma comorbidade comum em idosos, podemos inferir que se trata de um problema em ascensão visto o envelhecimento da população de uma maneira geral. Este dado nos leva a acreditar que o controle dos níveis pressóricos ainda na atenção primária seria a melhor maneira de prevenir uma futura IC.

PALAVRAS-CHAVE: Insuficiência cardíaca, hipertensão arterial, SUS.

ABSTRACT

Heart Failure (HF) is a complex clinical syndrome that presents with a structural or functional impairment of the ventricular filling or the ejection of the blood. A set of signs such as pulmonary crepitations, elevation of jugular venous pressure and displacement of lung apex beat associated with typical symptoms such as shortness of breath, edema and fatigue are observed. This work is a retrospective, descriptive and observational study of HF patients attended from January to December 2015 at the Emergency Department of the Municipal Hospital of Contagem José Lucas Filho. We can infer from the results presented that high blood pressure is the most common comorbidity in patients with HF. Considering that high

blood pressure is a common comorbidity in the elderly, we can infer that it is a growing problem, given the aging of the population in general. This fact leads us to believe that control of blood pressure levels still in primary care would be the best way to prevent a future HF.

KEYWORDS: Heart failure, high blood pressure, SUS.

1. INTRODUÇÃO

A Insuficiência Cardíaca (IC) é uma síndrome clínica complexa que resulta de um comprometimento estrutural ou funcional do enchimento ventricular ou da ejeção sanguínea. Trata-se hoje de uma epidemia em progressão por se tratar de uma síndrome que acomete pessoas com idade avançada e com presença de comorbidades prevalentes na população. As principais manifestações clínicas de IC são: dispneia e fadiga, que podem limitar a tolerância a exercícios e causar a retenção de líquidos, levando à congestão pulmonar e/ou congestão esplâncnica e/ou edema periférico. Alguns pacientes possuem intolerância ao exercício, e outros se queixam principalmente de edema, dispneia ou fadiga (YANCY *ET AL*, 2013).

A IC corresponde a anormalidade estrutural ou funcional cardíaca que leva à falha do coração em entregar oxigênio a uma taxa conforme os requisitos da metabolização nos tecidos, apesar de pressões de enchimento normais. Clinicamente podemos definir a IC como um conjunto de sinais (elevação da pressão venosa jugular, crepitações pulmonares e deslocamento de batida de ápice de coração) associados a sintomas típicos (falta de ar, edema e fadiga). (MCMURRAY *et al.*, 2012).

Segundo a Atualização da Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica – 2012 estão disponíveis, para auxílio, os seguintes métodos diagnósticos para ICC: Electrocardiograma, dosagem da troponina e do peptídeo

natriurético do tipo B (BNP), ecodopplercardiograma, imagem por medicina nuclear (SPECT e PET), tomografia computadorizada, ressonância magnética e teste ergoespirométrico. Não há um teste único para o diagnóstico de ICC, uma vez que esse essencialmente se baseia em história clínica e exame físico (ACC, 2013).

Tabela 1. Sintomas e sinais típicos da Insuficiência Cardíaca

SINTOMAS		SINAIS	
Típicos		Mais Específicos	
Falta de ar		Elevada pressão de jugular	
Ortopneia		Refluxo hepatojugular	
Dispneia paroxística noturna		Terceira bulha (rítmo de galope)	
Tolerância reduzida ao exercício		Impulso apical lateralmente deslocado	
Fadiga, cansaço, tempo aumentado para recuperação após o exercício		Murmúrio cardíaco	
Inchaço do tornozelo			
Pouco Típico		Pouco Específico	
Tosse noturna		Edema periférico (tornozelo, sacro, escroto)	
Respração difícil		Creptações pulmonares	
Ganho de peso > 2kg/semana		entrada reduzida do ar e maciço à percussão em bases pulmonares (derrame pleural)	
Perda de peso (em insuficiência cardíaca avançada)		Taquicardia	
Sensação de inchaço		Pulso irregular	
Perda de apetite		Taquipneia (> 16	respirações/min)
Confusão (especialmente nos idosos)		Hepatomegalia	
Depressão		Ascite	
Palpitações		Perda tecidual (caquexia)	
Síncope			

Adaptado de: ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure, 2012.

A IC é a principal causa de internação hospitalar, em 50% da população sul-americana (ALBUQUERQUE *et al.*, 2015). Dados demonstram que apenas em Minas Gerais, foram 8.654 óbitos de 2013 a 2015.

A partir de dados do Sistema Único de Saúde (SUS), considerando aproximadamente 80% dos atendimentos, apontam que as doenças cardiovasculares são a terceira causa de internação, sendo IC a mais frequente entre essas após os 60 anos (JORGE *et al.*, 2011). e maior causa entre as doenças cardiovasculares (OLIVEIRA *et al.* 2005).

Os custos em saúde se tornam mais significativos se for considerado que quase 50% de todos os pacientes internados com essa patologia são readmitidos em aproximadamente 90 dias após a alta hospitalar, sendo que a readmissão hospitalar é um dos principais fatores de risco para morte nesta síndrome (ALBUQUERQUE *et*

al.). Segundo Jencks, Williams, Coleman 2009, a IC é a maior causa de reinternação nos EUA, com 21% de reinternações em 30 dias e 7,6% de todas as re-internações. É também o maior responsável por internações hospitalares em pacientes idosos americanos (PANG, SCHUUR, 2014).

De acordo com Duncan *et al* infere-se que IC está inserida no contexto de doenças crônicas não transmissíveis que são responsáveis por 63% do total de óbitos ocorridos no mundo no ano de 2008.

Nos Estado Unidos cerca de 5,7 milhões de pessoas tem IC, sendo que 50% dessas morrem em 5 anos após o diagnóstico. O gasto estimado com os serviços de saúde, medicação e perda de dias de trabalho é de 30,7 bilhões (CDC, 2014).

Segundo dados apontados pela III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica a principal etiologia da IC no Brasil é a cardiopatia isquêmica crônica em associação à hipertensão arterial. Entretanto, ainda há regiões no Brasil em que onde a IC está associada à doença de Chagas, endomiocardiofibrose e cardiopatia valvular reumática crônica. (BOCCHI *et al*, 2009)

Segundo Barretto e Ramires a prevalência da IC está aumentando devido ao envelhecimento da população além dos avanços tecnológicos que cursam com melhoras no manejo de doenças cardíacas, sendo um importante problema de saúde pública, com elevada mortalidade e morbidade.

Segundo dados obtidos a partir do Estudo multicêntrico brasileiro BREATHE as comorbidades mais comuns foram: hipertensão arterial, dislipidemia e diabetes (ALBUQUERQUE *et al.*, 2015), em dados de hospital americano foram encontrados 60% de hipertensos e 35% de diabéticos (BART *et al.*, 1005).

Objetivo

Analisar o perfil da população atendida com IC no serviço de emergência do Hospital Municipal de Contagem José Lucas Filho, assim como algumas de suas comorbidades, a partir do diagnóstico realizado através de critérios clínicos e exames complementares.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo é retrospectivo, descritivo e observacional de pacientes com IC atendidos no período de janeiro a dezembro de 2015 no serviço de urgência e emergência do Hospital Municipal de Contagem José Lucas Filho.

O hospital é vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS), prestando atendimento à microrregião dessa cidade em diversas especialidades.

A coleta de dados foi feita a partir de prontuários de pacientes atendidos no período e local expostos acima. Foram considerados pacientes com diagnóstico de IC,

sendo esses realizados a partir de sintomas e/ou sinais clínicos, com ou sem exames complementares.

Foram considerados também para a análise dos dados desses pacientes os que apresentavam concomitantemente hipertensão arterial (HAS) e/ou diabetes mellitus (DM).

3. RESULTADOS

No período de janeiro de 2013 a novembro de 2015 foram atendidos 4.004 pacientes no serviço de emergência, foram 1.588 em 2013, 1.212 em 2014, 1.204 em 2015. Desses, 270 apresentavam IC, sendo 136 em 2013, 85 em 2014 e 49 em 2015. Nesse período (2013 a 2015) cerca de 6,74% dos atendimentos foram de pacientes acometidos por IC.

A média de idade encontrada foi de 69 ± 16 anos, sendo que o paciente mais novo apresentava 15 anos e o mais velho 110 anos. A relação por faixa de etária foi de 24% entre 15 e 59 anos, 47% entre 60 e 79 anos e 29% de pacientes com 80 anos ou mais.

ANO	2013	2014	2015
Total de pacientes	1588	1212	1204
IC (sem DM e/ou HAS)	60	43	20
IC + HAS	55	28	18
IC + DM	0	4	2
IC + HAS + DM	21	10	9



Figura 1. Faixa etária dos pacientes atendidos com ic entre janeiro de 2013 e novembro de 2015.

Em todos os anos, a comorbidade mais relacionada foi a hipertensão arterial (HAS), com 76 pacientes em 2013, 38 em 2014 e 27 em 2015, totalizando 141 pacientes hipertensos dos 270 atendidos com IC, sendo 52,2% do total.

O número de pacientes atendidos que apresentavam diabetes mellitus (DM) e IC foi de 21 em 2013, 14 em 2014 e 11 em 2015, perfazendo 46 pacientes ou 17,0%.

Quando consideramos os pacientes que apresentavam IC + HAS + DM, foram 21 em 2013, 10 em 2014 e 9 em 2015, no total de 14,8%.

A IC é a principal causa de internação hospitalar, em 50% da população sul-americana (ALBUQUERQUE *et al.*, 2015). O retrato mais abrangente da situação das internações por IC no Brasil pode ser obtido através das análises dos registros do DATA-SUS, com as limitações inerentes de um banco de dados de caráter administrativo. Dados demonstram que apenas no ano de 2012 houve 26.694 óbitos por IC no Brasil. De acordo com dados do Sistema Único de Saúde, compreendendo aproximadamente 80% dos atendimentos, evidenciam que as doenças cardiovasculares são a terceira causa de internação, e a IC é a causa mais frequente entre essas após os 60 anos (JORGE *et al.*).

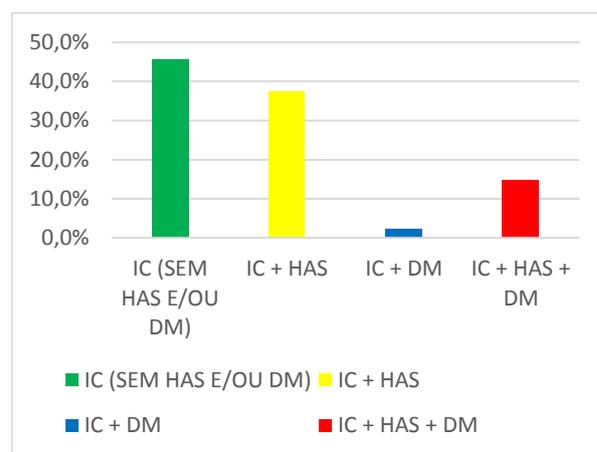


Figura 2. Acometimento De Has E/Ou Dm Nos Pacientes Atendidos Com Ic Entre Janeiro de 2013 A Novembro 2015.

No presente estudo, cerca de 6,74% dos 4.004 pacientes atendidos no período apresentavam IC, enquanto no DATA SUS no mesmo período foram registrados 100.585 internações por IC em Minas Gerais e 256 apenas em Contagem no período de 2013 a 2015, com uma média de internação de 15 dias, e o valor médio por internação de R\$2.607,72.

A idade média encontrada de pacientes acometidos por IC no atendimento de emergência foi de 69 ± 16 anos, representando maior número desses (47%) os que apresentavam idade entre 60 e 79 anos, e 29% os com idade igual ou maior do que 80 anos. Enquanto em trabalho de Albuquerque et Al. acometidos por IC admitidos em hospital apresentaram idade média de $64,1 \pm 15,9$ anos, e 73,1% acima de 75 anos. Outros dados obtidos a partir de um ambulatório de insuficiência cardíaca apontam idade média de $64,1 \pm 15,9$ anos, sendo 59% com a idade de 60 ou mais.

Nesse estudo, a comorbidade mais encontrada em pacientes com IC durante o atendimento no período de janeiro 2013 a novembro 2015 foi a HAS, afetando 52% do total de pacientes que sofriam de IC, enquanto a diabetes foi responsável por 17%. Segundo dados obtidos a

partir do Estudo multicêntrico brasileiro BREATHE realizado com admissão em hospitais públicos e privados as comorbidades HAS e DM representaram a proporção de 70,8% e 34%. Segundo trabalho realizado por Nogueira, Rassi e Corrêa (2010) (Perfil Epidemiológico, 2010) em um ambulatório de referência, o fator de risco mais frequentes associados ao aparecimento da IC foi a HAS (48,6%), enquanto a DM representou (16,6%).

4. CONCLUSÃO

A IC representa a via de confluência de grande parte das doenças que afligem o coração. Representa uma parte considerável dos atendimentos hospitalares, sendo uma grande causa de internação em pacientes acima de 60 anos.

Trata-se de um problema em franca ascensão, uma vez que o maior número de doentes acometidos é compreendida por idosos, podendo esse o número de afetações aumentar, conforme envelhecimento demográfico.

Podemos inferir dos resultados apresentados que a HAS é a comorbidade mais comum em pacientes com IC. Este dado nos leva a acreditar que o controle dos níveis pressóricos ainda na atenção primária seria a melhor maneira de prevenir uma futura IC.

Nos casos onde a IC já está instalada, medidas de orientação aos profissionais da saúde e pacientes acerca do esquema terapêutico preconizado ainda é a forma mais eficaz de prevenir uma futura internação por complicações. Considerando que essas internações podem aumentar a morbidade desses pacientes e apresentam custos elevados pelos cuidados intensivos que serão dispensados a esses pacientes.

Por se tratar de uma doença de progressão maligna, a prevenção ainda é a melhor escolha. A atenção primária é base para a mudança desses dados epidemiológicos, melhora da qualidade de vida desses pacientes e ainda para desafogar o SUS.

REFERÊNCIAS

- [01] ALBUQUERQUE, Denilson Campos de et al. I Brazilian Registry of Heart Failure - Clinical Aspects, Care Quality and Hospitalization Outcomes. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, São Paulo, v. 104, n. 6, p.1-13, jun. 2015.
- [02] BARRETTO, Antonio Carlos Pereira; RAMIRES, José Antonio Franchini. Insuficiência cardíaca. *Arq. Bras. Cardiol.*, [s.l.], v. 71, n. 4, p.635-642, out. 1998.
- [03] BART, Bradley A. et al. Ultrafiltration Versus Usual Care for Hospitalized Patients With Heart Failure: The Relief for Acutely Fluid-Overloaded Patients With Decompensated Congestive Heart Failure (RAPID-CHF) Trial. *Journal Of The American College Of Cardiology*, [s. L.], v. 46, n. 11, p.2043-2046, dez. 2005.
- [04] BOCCHI, Edimar Alcides et al. III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica. *Arq. Bras. Cardiol.*, São Paulo, v. 93, n. 1, supl. 1, p. 3-70, 2009.
- [05] Heart Failure Fact Sheet. Centers for Disease Control and Prevention. Division for Heart Disease and Stroke Prevention. 2016. Disponível em: https://www.cdc.gov/dhdsp/data_statistics/fact_sheets/fs_heart_failure.htm. Acessado em: 16/04/2017.
- [06] DUNCAN, Bruce Bartholow et al. Chronic Non-Communicable Diseases in Brazil: priorities for disease management and research. *Rev Saúde Pública*, Porto Alegre, v. , n. 46, p.126-134, nov. 2012.
- [07] ESC GUIDELINES FOR THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF ACUTE AND CHRONIC HEART FAILURE, 2012.
- [08] JENCKS, WILLIAMS, COLEMAN 2009
- [09] JORGE, Antonio José Lagoeiro et al. Heart Failure Prevalence Study among Patients Enrolled in the Family Health Program, Niterói. The DIGITALIS Study: design and method. *Rev Bras Cardiol.*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p.320-325, set. 2011.
- [10] MCMURRAY, J. J. V. et al. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012: The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *European Heart Journal*, [s.l.], v. 33, n. 14, p.1787-1847, 19 maio 2012.
- [11] NOGUEIRA, Patrícia Resende; RASSI, Salvador; CORRÊA, Krislainy de Sousa. Perfil Epidemiológico, Clínico e Terapêutico da Insuficiência Cardíaca em Hospital Terciário. *Arq Bras Cardiol*, [s. L.], v. 3, n. 95, p.392-398, 2010.
- [12] OLIVEIRA JR, Mucio Tavares et al. Análise de custos do tratamento de episódios de descompensação aguda de insuficiência cardíaca: levosimendan versus dobutamina. *Arq. Bras. Cardiol.*, São Paulo, v. 85, n. 1, p. 9-14, jul. 2005
- [13] PANG, Peter S.; SCHUUR, Jeremiah D.. Emergency Departments, Acute Heart Failure, and Admissions. *Jacc: Heart Failure*, [s.l.], v. 2, n. 3, p.278-280, jun. 2014.
- [14] YANCY, C. W. et al. 2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of Heart Failure: A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation*, [s.l.], v. 128, n. 16, p.240-327, 5 jun. 2013.