

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE  
VITÓRIA – EMESCAM

RODOLFO DAZZI BOBBIO

VÍTOR LORENCINI BELLOTI

**ESTUDO PILOTO DO PROJETO RICASA: SEGUIMENTO TARDIO DE  
PACIENTES HOSPITALIZADOS POR INSUFICIÊNCIA CARDÍACA AGUDA**

VITÓRIA

2019

RODOLFO DAZZI BOBBIO

VÍTOR LORENCINI BELLOTI

**ESTUDO PILOTO DO PROJETO RICASA: SEGUIMENTO TARDIO DE  
PACIENTES HOSPITALIZADOS POR INSUFICIÊNCIA CARDÍACA AGUDA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de  
Misericórdia de Vitória como requisito parcial para  
obtenção de grau de médico.

Orientador: Roberto Ramos Barbosa

Coorientador: Luiz Fernando Machado Barbosa

VITÓRIA

2019

RODOLFO DAZZI BOBBIO

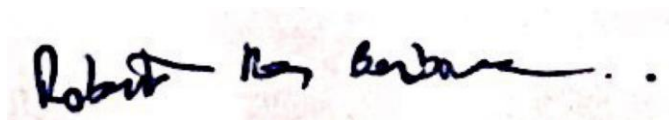
VÍTOR LORENCINI BELLOTI

**ESTUDO PILOTO DO PROJETO RICASA: SEGUIMENTO TARDIO DE  
PACIENTES HOSPITALIZADOS POR INSUFICIÊNCIA CARDÍACA AGUDA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória como requisito parcial para obtenção de grau de médico.

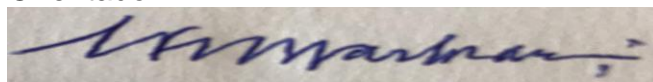
Aprovada em 11 de Dezembro de 2019.

BANCA EXAMINADORA



---

Dr. Roberto Ramos Barbosa  
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de  
Vitória – EMESCAM  
Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória - HSCMV  
Orientador



---

Dr. Luiz Fernando Machado Barbosa  
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de  
Vitória – EMESCAM  
Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória - HSCMV  
Coorientador



---

Dr. Pietro Dall'Orto Lima  
Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória – HSCMV

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecemos a Deus pela conclusão deste trabalho e por ter guiado nossos passos durante esses anos. Aos nossos pais pelo apoio incondicional. Ao nosso orientador, Dr. Roberto, pela confiança, paciência e pelos ensinamentos acadêmicos.

## RESUMO

**Introdução:** A insuficiência cardíaca (IC) é um grande transtorno de saúde pública, por ser uma doença de alta prevalência e mortalidade, sobretudo com a tendência ao envelhecimento populacional. Além disso, é uma afecção crônica de tratamento oneroso e alta taxa de reinternações, principalmente pelo não seguimento clínico ou baixa adesão medicamentosa.

**Objetivo:** Este estudo teve como objetivo avaliar a relação das características clínicas e o acompanhamento clínico com o desfecho de óbito, em pacientes um ano após alta por IC descompensada.

**Métodos:** Estudo prospectivo observacional que avaliou pacientes adultos internados por IC descompensada, incluídos entre fevereiro e agosto de 2017. As características clínicas basais foram obtidas por meio do prontuário. O desfecho de óbito e a realização do seguimento clínico, sendo este definido como pelo menos uma consulta com um cardiologista, foram pesquisados por contato telefônico, até um ano após a alta hospitalar. Foram utilizados teste do qui-quadrado, teste de Fisher e teste t de student, adotando-se nível de significância de 0,05.

**Resultados:** Da amostra total de 40 pacientes, seis foram a óbito intra-hospitalar, 14 perderam seguimento, e 20 foram contactados em até um ano. Cinco dos 20 foram a óbito em até um ano. A média de idade do grupo óbito foi de  $69,2 \pm 14$  vs  $63,8 \pm 14$  do grupo não óbito ( $p=0,44$ ). A prevalência de sexo masculino foi de 20,0% no grupo óbito e 53,3% no grupo não-óbito ( $p=0,19$ ). A única variável analisada que teve relação com o óbito foi o acompanhamento clínico: nenhum dos pacientes que foi a óbito o manteve, enquanto 60% dos pacientes que não foram a óbito mantiveram o seguimento pós-alta ( $p=0,02$ ).

**Conclusões:** O acompanhamento clínico pós-alta associou-se significativamente a um menor risco de óbito em um ano, em pacientes internados por IC descompensada.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>7</b>
<b>2 MÉTODOS .....</b>	<b>9</b>
<b>3 RESULTADOS.....</b>	<b>11</b>
<b>4 DISCUSSÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>5 CONCLUSÕES .....</b>	<b>75</b>
<b>6 CONFLITOS DE INTERESSE .....</b>	<b>16</b>
<b>7 FONTES DE FINANCIAMENTO.....</b>	<b>17</b>
<b>8 VINCULAÇÃO ACADÊMICA.....</b>	<b>18</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>19</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>20</b>
<b>ANEXO A.....</b>	<b>70</b>
<b>ANEXO B.....</b>	<b>Error! Bookmark not defined.3</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A insuficiência cardíaca (IC) é considerada a via final da maioria das cardiopatias, e frequentemente, é causada por uma alteração inicial de estrutura e/ou função do coração. É uma síndrome clínica de grande importância tanto no meio médico, quando no âmbito socioeconômico, por ser uma afecção que, além de impactos tanto em morbidade quanto em mortalidade, gera também alto custo de infraestrutura para prover cuidados a estes pacientes, pelo fato de ser uma doença crônica, com um tratamento de manutenção oneroso e uma alta taxa de reinternações.<sup>1-2</sup>

A IC descompensada é uma condição grave, potencialmente fatal, na qual temos instalação súbita ou deterioração dos sinais e sintomas da IC. Consiste na principal causa de hospitalização em maiores de 65 anos, tanto nos EUA quanto no Reino Unido. Está relacionada a uma alta mortalidade, com cerca de 13% no intra-hospitalar, e aproximadamente 30% no primeiro ano. Atualmente, diuréticos de alça intravenosos são o pilar do tratamento da congestão pulmonar dos pacientes descompensados.<sup>3</sup> Além dessa classe de medicamentos, após estabilização do paciente, recomenda-se o acompanhamento clínico da doença com um especialista, que deve lançar mão do tratamento crônico previsto nas diretrizes para o tratamento da IC, evitando novas descompensações.<sup>4</sup>

Acrescida da elevada mortalidade intra-hospitalar, a dificuldade na manutenção do seguimento clínico adequado é outro problema encontrado no manejo desses doentes, principalmente no serviço público de saúde. Dificuldade na marcação de consultas, demora no atendimento, superlotação dos serviços, falta de autocuidado, baixo nível socioeconômico, falta de compreensão sobre a comorbidade e seus riscos são alguns dos impasses que justificam esse não acompanhamento médico.

Após um evento de descompensação da IC com necessidade de hospitalização, seguimento clínico rigoroso é de suma importância, principalmente no primeiro ano após a alta, período vulnerável em que os pacientes necessitam de cuidados mais frequentes e especializados. Este estudo tem como objetivo avaliar a associação das características clínicas basais e do acompanhamento clínico pós-alta com o

desfecho de óbito, até um ano após a alta hospitalar, em pacientes internados por IC descompensada.



## 2 MÉTODOS

### DELINEAMENTO

Estudo prospectivo observacional que avaliou pacientes adultos internados por IC descompensada, incluídos entre fevereiro e agosto de 2017, que receberam alta hospitalar e foram acompanhados por um ano após a alta.

### POPULAÇÃO

Os critérios de inclusão foram: pacientes com idade maior que 18 anos completos, internados com o diagnóstico de IC aguda. Foram excluídos os pacientes que não tinham a IC como sua principal hipótese diagnóstica. Não foi feita diferenciação entre disfunção sistólica ou diastólica, ou seja, a fração de ejeção normal não foi utilizada como critério de exclusão.

### COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada através da avaliação das características clínicas basais no prontuário médico, dentre elas: sexo, idade, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia, tabagismo, intervenção coronária percutânea prévia, revascularização miocárdica prévia, insuficiência renal crônica, fibrilação atrial.

Após um ano da alta hospitalar, foi realizado contato telefônico com o paciente e/ou familiares para questionar se houve reinternação ou óbito neste período. Além disso, questionou-se sobre o seguimento ambulatorial adequado da doença, considerado como pelo menos uma consulta com um cardiologista.

Como desfecho primário foi avaliado o óbito, comparando os grupos óbito e não-óbito em relação às características clínicas basais e ao acompanhamento clínico pós-alta.

## ANÁLISE ESTATÍSTICA

Através do programa SPSS 23.0, foram utilizados teste do qui-quadrado, teste de Fisher e teste t de student, adotando-se nível de significância de 0,05.

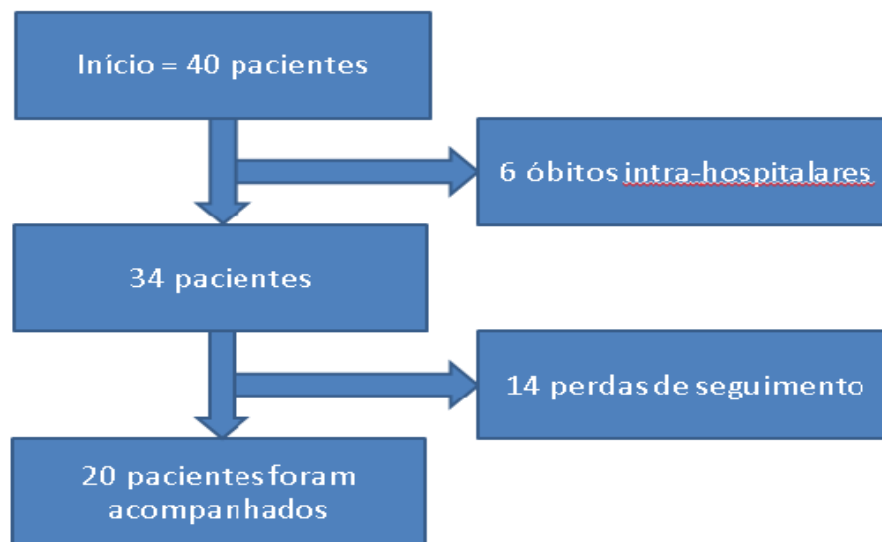
## ASPECTOS ÉTICOS

O trabalho foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição, seguiu a Declaração de Helsinque e a Resolução 466 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de Dezembro de 2012. Todos os pacientes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

### 3 RESULTADOS

Dos 40 portadores de IC incluídos ao início do seguimento, seis evoluíram a óbito intra-hospitalar. Dos 34 pacientes restantes, 20 foram contactados com um tempo médio pós-alta de  $12,6 \pm 1,2$  meses e houve perda de seguimento de 14 (Figura 1). Foram observados cinco óbitos (25%) no seguimento, sendo um deles nos primeiros 30 dias pós-alta.

FIGURA 1 – Fluxograma de seguimento



Fonte: autoria própria

**TABELA 1. Características clínicas basais e comparação entre pacientes que foram a óbito e os sobreviventes após um ano da alta hospitalar**

	<b>ÓBITO</b>	<b>NÃO-ÓBITO</b>	<b>P</b>
Total (n)	5 (25%)	15 (75%)	
Sexo masculino, n (%)	1 (20%)	8 (53,3%)	0,19
Idade (anos)	69,2 ± 14	63,8 ± 14	0,44
HAS, n (%)	3 (60%)	12 (80%)	0,29
DM, n (%)	1 (20%)	10 (66,7%)	0,08
Dislipidemia, n (%)	0	4 (26,7%)	0,28
Tabagismo, n (%)	1 (20%)	2 (13,3%)	0,46
ICP prévia, n (%)	0	0	NA
RM prévia, n (%)	1 (20%)	5 (33,3%)	0,38
IRC, n (%)	1 (20%)	2 (13,3%)	0,46
FA, n (%)	1 (20%)	3 (20%)	0,47

HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica; DM: Diabetes Mellitus; ICP: Intervenção Coronária Percutânea; RM: Revascularização Miocárdica; IRC: Insuficiência Renal Crônica; FA: Fibrilação Atrial.

Em relação ao desfecho, observou-se associação entre falta de acompanhamento clínico adequado e óbito ao final do seguimento de um ano (Tabela 2).

**TABELA 2. Comparação entre grupos óbito e não-óbito em relação à realização de acompanhamento clínico adequado pós-alta**

	<b>ÓBITO</b>	<b>NÃO-ÓBITO</b>	<b>p</b>
Total, n (%)	5 (25%)	15 (75%)	
Acompanhamento clínico, n (%)	0 (0%)	9 (60%)	0,02

## 4 DISCUSSÃO

Um quarto dos pacientes hospitalizados por IC descompensada e que receberam alta foram a óbito dentro do período de um ano. No seguimento pós-alta, a falta de acompanhamento clínico mostrou-se um preditor de mortalidade nos pacientes portadores de IC descompensada. Características clínicas basais, como idade, hipertensão arterial ou diabetes mellitus não evidenciaram relação estatisticamente significativa com o desfecho de óbito.

Apesar do sistema de saúde ser claramente sucateado e superlotado em nosso país, fato que dificulta substancialmente a prestação do serviço adequado a cada paciente, acredita-se que o investimento na promoção de um seguimento clínico mais rigoroso economizaria os gastos em longo prazo. Para chegar a tal conclusão, basta ter conhecimento dos vários estudos que relacionam acompanhamento e desfechos clínicos indesejados, como óbito e reinternação.<sup>8-9</sup>

Outros estudos que avaliaram seguimento clínico pós-alta justificam esse raciocínio, mostrando uma redução nas taxas de reinternação, independentemente da primeira consulta ter sido realizada em até sete dias ou em até 30 dias.<sup>5-6</sup> Contudo, é importante ressaltar que o seguimento precoce (dentro dos primeiros sete dias) reduziu significativamente reinternações até mesmo nos primeiros 30 dias, o que nos leva a acreditar que quanto mais cedo o contato, melhor o prognóstico pós-alta. Além disso, observou-se uma relação proporcional entre o número de consultas e a redução do risco de reinternação.<sup>7</sup>

Além da redução na taxa de reinternação, a mortalidade também reduziu com o acompanhamento clínico pós alta. Um estudo publicado na China em 2018 concluiu que o simples contato telefônico por meio de mensagens já foi capaz de diminuir esse indicador. Este teve uma taxa de mortalidade de 9,9%, menor quando comparada ao nosso (25%). Isto pode ser justificado pelo fato de que todos os pacientes do estudo proposto tiveram algum seguimento clínico, seja por contato telefônico ou acompanhamento ambulatorial.<sup>8</sup> O mesmo aconteceu em um estudo realizado em País de Gales, porém, neste o acompanhamento foi por meio de ao menos uma consulta com o cardiologista.<sup>9</sup> Este último estudo foi o que mais se

assemelhou com nossos dados, haja vista que utilizou o mesmo critério para seguimento clínico e o mesmo desfecho de óbito um ano após a alta hospitalar. Outro dado semelhante foi a mortalidade nos pacientes que não foram encaminhados para o seguimento com um cardiologista, que nesse estudo foi de 32%. Como principal diferença, esse estudo incluiu apenas pacientes com IC sistólica e fração de ejeção menor que 40%.

Apesar da ausência de associação entre variáveis clínicas diversas e mortalidade após a alta em nosso estudo, sabe-se que a individualização do tratamento e seguimento de acordo com as comorbidades e características clínicas dos pacientes é essencial nessa síndrome. Podem servir como valor prognóstico, por exemplo: a pressão arterial sistólica aferida um dia após a alta,<sup>10</sup> o “tempo em domicílio”<sup>11</sup> (que pode ser traduzido pelo tempo fora de qualquer instituição de saúde) e o nível de BNP ou NT-proBNP a admissão.<sup>12</sup> Logo, deve-se avaliar todas essas e outras individualidades do paciente para a promoção do devido cuidado no crítico período pós-alta da IC descompensada.

Como principais limitações, este estudo apresentou o reduzido tamanho amostral e a grande perda de seguimento dos pacientes em um ano, uma vez que o contato foi feito por via telefônica. Pode-se justificar isso principalmente pelo baixo nível socioeconômico-cultural da população estudada, visto que a maioria não possuía telefone e fornecia números de parentes próximos.

## 5 CONCLUSÕES

A ausência de acompanhamento clínico pós-alta hospitalar associou-se a maior mortalidade em casos de IC descompensada. Estudos adicionais, nos diferentes países e regiões, com suas particularidades, e com maior tamanho amostral, são necessários para corroborar tais resultados.

Vê-se a importância de realizar investimentos em saúde e políticas públicas, na conscientização do impacto que o acompanhamento clínico tem sobre a mortalidade e as reinternações onerosas dos pacientes com IC descompensada. Além disso, os médicos que conduzem estes pacientes durante a internação devem também ser responsáveis por orientá-los quanto a cronicidade de sua doença, possíveis medidas não-farmacológicas que podem aumentar a sobrevida, sinais de descompensação e a relevância do acompanhamento clínico.

## **6 CONFLITOS DE INTERESSE**

Os autores declaram não haver conflitos de interesse relacionados a esse estudo.



## **7 FONTES DE FINANCIAMENTO**

O presente estudo não apresentou fonte de financiamento.

## **8 VINCULAÇÃO ACADÊMICA**

O presente estudo está vinculado ao Trabalho de Conclusão de Curso de medicina da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, e do programa de residência de Clínica Médica do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória - HSCMV

## 9 REFERÊNCIAS

1. Kurmani S, Squire I. Acute Heart Failure: Definition, Classification and Epidemiology. *Curr Heart Fail Rep*. 2017;14(5):385–92.
2. Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, Bueno H, Cleland JGF, Coats AJS, et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur Heart J* [Internet]. 2016 May 20;37(27):2129–200.
3. Shah P, Pellicori P, Cuthbert J, Clark AL. Pharmacological and Non-pharmacological Treatment for Decompensated Heart Failure: What Is New? *Curr Heart Fail Rep* [Internet]. 2017 Jun;14(3):147–57.
4. Ali D, Banerjee P. Inpatient Monitoring of Decompensated Heart Failure: What Is Needed? *Curr Heart Fail Rep* [Internet]. 2017;14(5):393–7.
5. Lingala SM, Ghany MGMMhs. Post-Discharge Follow-up Characteristics Associated with 30- Day Readmission After Heart Failure Hospitalization. 2016;25(3):289–313.
6. DeLia D, Tong J, Gaboda D, Casalino L. Post-Discharge Follow-Up Visits and Hospital Utilization by Medicare Patients 2007–2010. *Medicare Medicaid Res Rev*. 2014;4(2):E1–10.
7. Wadhera RK, Maddox KEJ, Kazi DS, Shen C, Yeh RW. Hospital revisits within 30 days after discharge for medical conditions targeted by the Hospital Readmissions Reduction Program in the United States: national retrospective analysis. 2009;
8. Chen C, Li X, Sun L, Cao S, Kang Y, Hong L, et al. Post-discharge short message service improves short-term clinical outcome and self-care behaviour in chronic heart failure. *ESC Hear Fail*. 2019;6(1):164–73.
9. Emdin CA, Hsiao AJ, Kiran A, Conrad N, Salimi-Khorshidi G, Woodward M, et al. Referral for Specialist Follow-up and Its Association With Post-discharge Mortality Among Patients With Systolic Heart Failure (from the National Heart Failure Audit for England and Wales). *Am J Cardiol*. 2017;119(3):440—444.
10. Study C. Relation of Systolic Blood Pressure on the Following Day with Post-Discharge Mortality in Hospitalized Heart Failure Patients with Preserved Ejection Fraction. 2019;876–85.
11. Turner SJ, Harm BP, Yancy CW, Ms C, Hernandez AF, Curtis LH, et al. Home-Time After Discharge Among Patients Hospitalized With Heart Failure. 2018;71(23).
12. Shiraishi Y, Nagai T, Kohsaka S, Goda A, Nagatomo Y, Mizuno A. Outcome of hospitalised heart failure in Japan and the United Kingdom stratified by plasma N-terminal pro-B-type natriuretic peptide. *Clin Res Cardiol* [Internet]. 2018;0(0):

## ANEXOS

### ANEXO A – Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA –  
EMESCAM

#### Registro de Insuficiência Cardíaca da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – Estudo *RICASA*

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) da pesquisa “**Registro de Insuficiência Cardíaca da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – Estudo *RICASA***”. Esse estudo tem como objetivo central identificar dados relacionados à doença, sua evolução e seu tratamento nos pacientes portadores de insuficiência cardíaca do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória (HSCMV).

A insuficiência cardíaca (IC) é a falência do coração em bombear sangue para os demais órgãos do corpo. Por ser o desfecho da maioria das doenças cardíacas, torna-se um grande desafio na área da saúde, visto que tem repercussões sobre todo o organismo, apresentando alta mortalidade, alto custo com medicações e outras intervenções médicas, e internações hospitalares.

Dessa forma, o conhecimento do perfil da população com a doença, de suas características demográficas, sociais e clínicas, do tratamento empregado e dos motivos de descompensação podem melhorar os resultados clínicos. Muitas vezes, em nosso meio, esses dados não são relatados, o que impede a otimização do tratamento da IC. Por isso, o estudo *RICASA* tem como objetivo o levantamento de inúmeros dados dos pacientes acompanhados no HSCMV por IC, ou internados pela mesma causa.

#### **COMO É O ESTUDO?**

Trata-se de um estudo realizado através de registro de informações dos pacientes portadores de IC. Os dados serão obtidos com prontuários e informações dos próprios pacientes e familiares, sendo completamente sigilosos. Os dados serão armazenados em um banco de dados para posterior avaliação, no que se refere a sexo, idade, causa da IC, dados relacionados à internação, tratamento e desfechos da internação. Em nenhuma hipótese os dados pessoais de um participante serão divulgados para outros participantes.

### **INFORMAÇÕES SOBRE A PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO**

A sua participação neste estudo não terá nenhum custo adicional para o(a) senhor(a). Uma vez que o estudo é prospectivo e observacional, ou seja, analisando informações que já estão registradas e buscando-as quando necessário, não há riscos físicos ou orgânicos oferecidos ao(a) senhor(a). O tratamento oferecido não sofrerá qualquer impacto decorrente da participação no estudo, sendo definido pelas equipes médicas responsáveis, independentemente da equipe do estudo. A probabilidade de constrangimento por parte do(a) senhor(a) é mínima, visto que as informações obtidas serão totalmente individuais, sigilosas e com finalidade puramente científica. A integridade moral e psíquica de todos os indivíduos também será mantida, pois a confidencialidade das informações será respeitada em todas as etapas da pesquisa científica.

Todos os seus dados pessoais serão mantidos em sigilo e conhecidos apenas pelos envolvidos na pesquisa (médico e assistentes). A divulgação dos resultados da pesquisa não revelará nome ou qualquer outra forma de identificação de nenhum dos participantes.

### **COMO PARTICIPAR?**

A participação neste estudo é inteiramente voluntária e o(a) senhor(a) poderá decidir se aceita ou não participar. A equipe do estudo estará totalmente disponível para esclarecer quaisquer dúvidas antes e durante o curso da pesquisa.

Se o(a) senhor(a) aceitar participar, continuará tendo toda liberdade de interromper sua participação a qualquer momento. Caso recuse participar do estudo ou retire seu consentimento, seu tratamento não será prejudicado e não sofrerá nenhuma penalidade, sendo de responsabilidade da equipe médica responsável.

**A qualquer momento o(a) senhor(a) poderá obter quaisquer esclarecimentos sobre o estudo através do seguinte contato:**

**- Dr. Roberto Ramos Barbosa – Pesquisador: Fone: 99961-4907**

Declaro que li o termo de consentimento livre e esclarecido para este estudo e aceito participar voluntariamente deste estudo.

**Nome do Paciente:** \_\_\_\_\_

ou

**Representante legal:** \_\_\_\_\_

**Assinatura do Paciente:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_\_  
(ou representante legal)

**Investigador:** \_\_\_\_\_

**Assinatura:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_\_

**ANEXO B – FICHA DE COLETA DE DADOS****Registro de Insuficiência Cardíaca da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – Estudo**  
**RICASA****Identificação**

Nome do paciente: \_\_\_\_\_ Número (no estudo): \_\_\_\_\_

Número do prontuário: \_\_\_\_\_

Telefone 1: \_\_\_\_\_ Telefone 2:  
\_\_\_\_\_

Telefone 3: \_\_\_\_\_

Data de internação: \_\_\_\_\_ Data de inclusão: \_\_\_\_\_

Sexo:  M  F

Idade: \_\_\_\_\_ anos Etnia: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_

Estado civil:  Solteiro  Casado  União estável  Viúvo

### Características clínicas basais

Hipertensão arterial     Diabetes     Dislipidemia     Tabagismo (atual)  
 IRC     ICP prévia     RM prévia     MPD     TRC     CDI  
 Diagn. prévio de IC     Acompanhamento prévio na Clínica de IC     FA

Tipo de IC:  ICFER     ICFEN

Etiologia:  Isquêmica     Dilatada idiopática     Hipertensiva     Alcoólica  
 Pós-QT     Chagásica     Indeterminada

Medicações de uso

contínuo: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Internação

Causa da descompensação (principal):  Má-adesão     Infecção  
 Isquemia     Arritmia     Anemia     Indeterminada     Outra

\_\_\_\_\_

Perfil da descompensação:  A     B     C     L

Perfil descrito em prontuário:  Sim     Não

Diagnóstico de IC é o MAIS PROVÁVEL?:  Sim     Não

Apresentou derrame pleural de moderado ou grande volume?:  Sim     Não

Apresentou IRA?:  Sim     Não    Maior Creatinina (primeiras 24hs):

\_\_\_\_\_

Hb (primeiras 24h): \_\_\_\_\_

Ureia (primeiras 24hs): \_\_\_\_\_

Maior BNP (primeiras 24hs): \_\_\_\_\_    Menor Sódio (primeiras 24hs):

\_\_\_\_\_



Necessidade de (primeiras 24hs): VNI IOT Dobuta Furosemida EV

Administrado Betabloq. nas primeiras 24hs?: Sim Não

Administrado IECA/BRA nas primeiras 24hs?: Sim Não

Medicações de uso crônico (BB/Ieca ou BRA/Espirono) mantidas nas primeiras 24hs?: Sim Não

### Desfechos

Óbito Alta hospitalar (se óbito: CAUSA FINAL: \_\_\_\_\_) (não colocar PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA; tentar determinar causa)

Tempo até desfecho: \_\_\_\_\_ dias

Necessitou durante internação: IOT UTI

IRA?: Não Sim (sem necessidade de diálise) Sim (com necessidade de diálise)

### Seguimento 30 dias

Tempo seguimento (contato) em: \_\_\_\_\_ dias

Sobrevida em 30 dias?: Sim Não

Reinternação em 30 dias? Sim Não

Nº de consultas ambulatoriais realizadas desde a alta (consultas para IC): \_\_\_\_\_

Adesão ao tratamento medicamentoso (tudo ou nada): Sim Não

OBSERVAÇÕES (outros eventos relatados? Situações atípicas? Morte por outra causa?):