



ALBERT EINSTEIN
HOSPITAL ISRAELITA

INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

Introdução ao Protocolo

Versão eletrônica atualizada em fev/2012

Programa de Cardiologia do HIAE

Dra. Marcia Makdisse – Gerente da Cardiologia do HIAE

Enf. Alessandra Corrêa – Enfermeira Coordenadora do Programa de Cardiologia do HIAE

- **Presidente da SBIBAE**

Dr. Claudio Luiz Lottenberg

- **Superintendência do HIAE**

Dr. Miguel Cendoroglo – Diretor Superintendente

Dra. Marcia Makdisse – Gerente de Cardiologia

Dr. Eliezer Silva - Gerente Médico de Pacientes Graves

Enf. Claudia Regina Laselva - Gerente CMC

Dr. Nelson Akamine – Coordenador Médico da UPA

- **Diretoria Clínica**

Dr. Victor Nudelman – Diretor Clínico

- **Diretoria de Prática Médica**

Dr. Oscar Fernando Pavão – Diretor da Prática Médica

Dra. Camila Sardenberg – Gerente da Qualidade

- **Diretoria de Prática Assistencial**

Enf. Claudia Garcia - Diretora de Prática Assistencial

Psic. Paola Araujo Andreoli - Gerente DPAQS

- **Diretoria de Medicina Diagnóstica e Preventiva**

Sr. Luis Roberto Natel de Almeida - Diretor Executivo de Medicina Diagnóstica e Preventiva

Dr. Jose Antonio Maluf de Carvalho - Gerente do Centro de Medicina Preventiva

- **Centro de Reabilitação**

Dra. Cristiane Isabela de Almeida – Gerente Médica do Centro de Reabilitação do HIAE

Dra. Luciana Diniz Nagem Janot de Matos – Médica do Programa de Reabilitação Cardíaca do Centro de Reabilitação HIAE

Dr. Romeu Sérgio Meneghelo – Médico Consultor do Programa de Reabilitação Cardíaca do Centro de Reabilitação HIAE

Insuficiência Cardíaca

Epidemiologia

A insuficiência cardíaca (IC) é mundialmente reconhecida como questão relevante de saúde pública. Segundo dados norte-americanos, a IC acomete aproximadamente 5,5 milhões de pacientes neste país; anualmente, apresenta incidência de 660 mil novos casos, 800 mil a 3,6 milhões de internações, 300 mil mortes e custos relacionados de aproximadamente 35 bilhões de dólares, sendo a primeira causa de internação na faixa etária acima dos 65 anos. No Brasil, em 2010, ocorreram 283.853 internações por IC (equivalente a 33% das internações), com mortalidade intra-hospitalar de 9% e custos relacionados apenas às internações, orçados em aproximadamente 21 milhões de reais.

Além de elevada mortalidade, é causa de internações e reinternações frequentes (dados do Medicare norte-americano: 27% de reinternações em 30 dias, 39% em 60 dias e aproximadamente 50% em 90 dias), consumindo recursos e provocando alto impacto social e econômico.

Ao mesmo tempo em que se observa declínio nas taxas de mortalidade por infarto agudo do miocárdio (IAM), crescem as taxas de internações por IC, que pode ser vista como a principal consequência da doença arterial coronária e da hipertensão arterial sistêmica. Estima-se que a prevalência da IC varie de 1% em pessoas abaixo de 50 anos a 10% em pessoas acima dos 80 anos, assim com aumento da sobrevivência da população teremos números cada vez maiores de pacientes com IC.

A importância dos Protocolos

A instituição de protocolos destinados à prevenção, detecção precoce da disfunção ventricular e otimização terapêutica dos portadores de IC são ferramentas que podem ajudar a reduzir o ônus da doença.

Embora nos últimos anos, diversos estudos e diretrizes nacionais e internacionais tenham sido publicadas a respeito da melhor prática para tratamento da IC, registros americanos e europeus ainda continuam mostrando grande variabilidade na prática clínica com utilização de terapia otimizada abaixo do esperado especialmente nos pacientes mais idosos (IN-CHF Registry, EUROHEART Failure Survey).

Os protocolos gerenciados buscam, por meio da instituição de diretrizes assistenciais e da monitorização contínua de indicadores de qualidade, garantir a implementação na prática clínica da melhor evidência científica disponível.

Como está estruturado o Protocolo Gerenciado de Insuficiência Cardíaca do Hospital Israelita Albert Einstein

- **Componentes**

- **Protocolo:** Desenhado com a participação dos diversos setores envolvidos no atendimento do paciente com IC, desde o Centro de Medicina Preventiva, passando pelas Unidades de Pronto Atendimento até as Unidades de Internação do Hospital Israelita Albert Einstein;
- **Crítérios de Elegibilidade:** Os critérios de inclusão e exclusão foram definidos de acordo com a unidade de atendimento;
- **Fluxo de Atendimento:** Desenhado para cada fase do processo de acordo com a unidade de atendimento;
- **Indicadores de Qualidade Assistencial em IC:** A seleção dos indicadores foi baseada nos indicadores da Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) e da Canadian Cardiovascular Outcomes Research Team/ Canadian Cardiovascular Society (CCORT/CCS);
 1. Avaliação da função ventricular esquerda
 3. iECA / BRA na alta (apenas para pacientes com disfunção ventricular sistólica, FE<40%)
 4. Betabloqueador na alta
 5. Antagonista da Aldosterona na alta (indicador desenvolvido pelo protocolo gerenciado HIAE, apenas para pacientes com FE≤ 35% de acordo com os critérios do Estudo RALES)
 6. Anticoagulação na alta



7. Orientação para cessação de tabagismo

8. Vacinação pneumococo e influenza

9. Instruções de alta (fornecidas pela equipe multiprofissional)

- **Coleta, gerenciamento e divulgação dos dados:** realizada através de CRF (*case report form*) específico para coletar dados clínico-demográficos e os indicadores de qualidade selecionados. Os dados são armazenados em banco de dados a partir do qual são gerados os relatórios de monitorização e *feedback* divulgados periodicamente para os níveis gerenciais e assistenciais;
- **Ações:** A partir dos resultados dos indicadores são desenhadas ações conjuntas para garantir a melhoria contínua da prática clínica.