

Mortalidade Pós-Internação na Insuficiência Cardíaca: Lições de uma Análise por Múltiplas Causas

Post-discharge Mortality in Heart Failure: Insights from a Multiple-Cause Analysis

Danielle Louvet Guazzelli¹ e Monica S. Avila¹

Universidade de São Paulo Faculdade de Medicina Hospital das Clínicas Instituto do Coração,¹ São Paulo, SP – Brasil

Minieditorial referente ao artigo: *Análise da Mortalidade por Múltiplas Causas na Insuficiência Cardíaca de Acordo com a Fração de Ejeção*

A insuficiência cardíaca (IC) está entre as principais causas de hospitalização e morte, mas as causas diretas que determinaram óbito, sobretudo após uma internação por descompensação, se mostram hoje muito mais heterogêneas do que se supõe. O artigo “Análise da Mortalidade por Múltiplas Causas na Insuficiência Cardíaca de Acordo com a Fração de Ejeção”¹ publicado nesta edição dos Arquivos Brasileiros de Cardiologia, realizou uma avaliação retrospectiva de uma coorte prospectiva em 519 pacientes internados por IC descompensada entre 2011 e 2019 e que tiveram as declarações de óbito analisadas pelo método de múltiplas causas (MCOB). Em uma média de 2,9 anos de seguimento, 52 % vieram a óbito. Contudo, apenas 36 % das 977 menções registradas nos atestados eram de natureza cardiovascular, proporção nitidamente inferior aos 50% descritos previamente na literatura nacional.² Sepsis, a própria IC e pneumonia despontaram como causas específicas mais frequentes e, diferentemente de estudos que atribuem pior prognóstico à fração de ejeção reduzida, a sobrevida não diferiu entre os grupos com fração de ejeção preservada, levemente reduzida ou reduzida. Vale notar ainda que o código I50 (IC), habitual líder nas certidões brasileiras (\approx 23 % das menções em estudos prévios).³ ocupou apenas a terceira posição, superado por septicemia e pneumonia.

O período pós-alta se caracteriza por vulnerabilidade acrescida e múltiplas ameaças concorrentes. Registros internacionais já apontam mortalidade de 20–30 % no primeiro ano, com predomínio crescente de causas não cardiovasculares nos óbitos tardios.^{4,5} O estudo brasileiro reforça essa transição: embora a letalidade hospitalar tenha sido de 14,5 %, infecções e complicações respiratórias responderam pela maior parte das mortes após a alta, padrão igualmente observado em ensaios com inibidores de SGLT2 e sacubitril/valsartana.^{6,7}

O artigo delinea também perfis de risco distintos conforme o fenótipo da fração de ejeção. Pela análise de correspondência, neoplasias se associaram à IC com fração

preservada, distúrbios endócrino-metabólicos à forma levemente reduzida e doença pulmonar crônica à forma reduzida — distribuição de comorbidades ainda escassamente descrita na literatura.⁸ Além disso, os autores assinalam ser este o primeiro trabalho brasileiro (e um dos poucos internacionais) a cruzar o MCOB com categorias de fração de ejeção, sublinhando a pertinência de estender esse modelo analítico a coortes maiores e mais diversas.

Do ponto de vista metodológico, o uso do MCOB permitiu superar a limitação de analisar apenas a causa básica, revelando a rede causal completa que culmina no óbito. A integração de eventos intra-hospitalares e pós-alta oferece uma visão longitudinal rara em estudos que não contam com registros populacionais extensos. Entre as limitações, se destaca o caráter unicêntrico (hospital privado de alta complexidade), a ausência de 7 % dos atestados de óbito e o potencial de erro na codificação de texto livre; ainda assim, a convergência com relatórios epidemiológicos nacionais apoia a validade externa dos achados.

Do ponto de vista assistencial, o trabalho reforça que o seguimento da IC deve ser intrinsecamente multidisciplinar. Cardiologistas precisam atuar em conjunto com infectologistas, pneumologistas, oncologistas e nutricionistas para prevenir, rastrear e tratar comorbidades que impactam substancialmente a sobrevida.⁹ Programas de transição que combinam visita precoce, telemonitoramento e imunização são importantes para redução de reinternações.¹⁰

Em síntese, a análise demonstra que a mortalidade na IC é modulada por um conjunto de condições infecciosas, respiratórias, oncológicas e metabólicas que acompanham o paciente ao longo de toda a continuidade de cuidados. A identificação sistemática e o manejo proativo dessas comorbidades, paralelamente ao tratamento cardiológico baseado em evidências, devem ser considerados parte integrante da prática clínica atual.

Palavras-chave

Insuficiência Cardíaca; Mortalidade; Causas de Morte.

Correspondência: Monica S. Avila •

Universidade de São Paulo Faculdade de Medicina Hospital das Clínicas Instituto do Coração – Av. Dr. Eneas de Carvalho Aguiar, 44. CEP 05403-000, São Paulo, SP - Brasil

E-mail: mo_avila@hotmail.com

Artigo recebido em 24/06/2025, revisado em 09/07/2025, aceito em 09/07/2025

DOI: <https://doi.org/10.36660/abc.20250444>

Referências

1. Dutra GP, Gomes BFO, Silva TMB, Peres LS, Rangel MANA, Petriz JLF, et al. Analysis of Mortality from Multiple Causes in Heart Failure Categorized by Ejection Fraction. *Arq Bras Cardiol.* 2025; 122(9):e20240475. Doi: <https://doi.org/10.36660/abc.20240475i>.
2. Tarone RE, Ware J. On Distribution-Free Tests for Equality of Survival Distribution. *Biometrika.* 1977;64(1):156-60. doi: 10.2307/2335790.
3. Gaui EN, Oliveira GMM, Klein CH. Mortalidade por Insuficiência Cardíaca: Análise Ampliada e Tendência Temporal em Três Estados do Brasil, de 1999 a 2005. *Arq Bras Cardiol.* 2010;94(1):55-61. doi: 10.5935/abc.20140072.
4. Savarese G, Lund LH. Global Public Health Burden of Heart Failure. *Card Fail Rev.* 2017;3(1):7-11. doi: 10.15420/cfr.2016:25:2.
5. Siddiqi TJ, Minhas AMK, Greene SJ, Van Spall HGC, Khan SS, Pandey A, et al. Trends in Heart Failure-Related Mortality Among Older Adults in the United States from 1999-2019. *JACC Heart Fail.* 2022;10(11):851-9. doi: 10.1016/j.jchf.2022.06.012.
6. Solomon SD, McMurray JJV, Claggett B, de Boer RA, DeMets D, Hernandez AF, et al. Dapagliflozin in Heart Failure with Mildly Reduced or Preserved Ejection Fraction. *N Engl J Med.* 2022;387(12):1089-98. doi: 10.1056/NEJMoa2206286.
7. McMurray JJ, Packer M, Desai AS, Gong J, Lefkowitz MP, Rizkala AR, et al. Angiotensin-Neprilysin Inhibition versus Enalapril in Heart Failure. *N Engl J Med.* 2014;371(11):993-1004. doi: 10.1056/NEJMoa1409077.
8. Barbosa C, Cabrita A, Dias C, Martins E. The Association between Pre-Existing Heart Failure and Cancer Incidence: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Rev Port Cardiol.* 2024;43(7):399-414. doi: 10.1016/j.repc.2023.10.015.
9. Heidenreich PA, Bozkurt B, Aguilar D, Allen LA, Byun JJ, Colvin MM, et al. 2022 AHA/ACC/HFSA Guideline for the Management of Heart Failure: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Circulation.* 2022;145(18):e895-e1032. doi: 10.1161/CIR.0000000000001063.
10. Krumholz HM. Post-Hospital Syndrome--an Acquired, Transient Condition of Generalized Risk. *N Engl J Med.* 2013;368(2):100-2. doi: 10.1056/NEJMp1212324.

