

EFETIVIDADE DE UM ALGORITMO DE DIURÉTICO E MANEJO NÃO FARMACOLÓGICO EM  
PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA: ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO  
Jéssica Pinheiro Bubols; Rafael Heiling de Souza; Eneida Rejane Rabelo da Silva

**Introdução:** A insuficiência cardíaca (IC) é a principal causa de internação hospitalar nos países sul americanos cuja forma de apresentação e causa de descompensação mais comum é a congestão. Abordagens como o automonitoramento com educação dos pacientes, visitas domiciliares, assistência via telefone e o uso de tecnologias de telemonitoramento são estratégias que têm se mostrado eficientes na redução de desfechos clínicos através da identificação de sinais e sintomas precoces de descompensação. A utilização de protocolos de ajuste de diurético validados é pouco explorada neste contexto. Visando preencher esta lacuna este estudo se propôs a testar um protocolo de ajuste de diurético. **Objetivo:** Comparar a efetividade de um algoritmo de ajuste de diurético (AAD) em desfechos clínicos (redução de admissões hospitalares e manutenção da estabilidade clínica) em 90 dias. **Métodos:** Estudo tipo PROBE (Prospective Randomized Open Blinded End Point), paralelo de 2 grupos. Pacientes com indicação de ajuste de furosemida durante as consultas ambulatoriais de rotina foram randomizados. O grupo intervenção (GI) teve a dose de diurético ajustada com o AAD e recebeu quatro telefonemas (um por semana) por 30 dias para reforçar também a orientação sobre manejo não-farmacológico. Os participantes do grupo controle (GC) tiveram a dose de diurético ajustado por um médico no momento da inclusão no estudo e não receberam ligações telefônicas. Os pacientes de ambos os grupos retornaram para a avaliação final em um mês. Foram analisados os desfechos primários (admissões por IC e por todas as causas) e o desfecho combinado (admissões, modificação no ECC em dois pontos e modificação da classe funcional) **Resultados:** Foram incluídos 166 pacientes predominantemente do sexo masculino (58%), com média de idade de 63 ( $\pm 13$ ) anos. A taxa de admissão hospitalar em 90 dias para a IC no GI foi de 8% e de 15% no GC ( $p = 0,161$ ). Quando avaliado o desfecho combinado de admissão e piora da IC, os pacientes do GI 22(31%) apresentaram maior ausência de desfechos se comparado ao GC 13 (16%),  $p = 0,021$  e risco relativo (RR)= 0,813 (0,67-0,98). Estima-se que os pacientes do GI têm um risco 19% menor de apresentar um desfecho combinado se comparado aos pacientes do GC. **Conclusões:** A utilização do AAD somado a orientações não farmacológicas não reduziu admissões por IC e por todas as causas. Na avaliação do desfecho combinado (admissões, modificação no ECC em dois pontos e modificação da classe funcional), o resultado foi favorável e significativo para a utilização do algoritmo, reduzindo as admissões e piora da IC para pacientes ambulatoriais.

Descritores: Algoritmos; Diuréticos; Insuficiência Cardíaca; Educação em Enfermagem.