



ISSN: 2230-9926

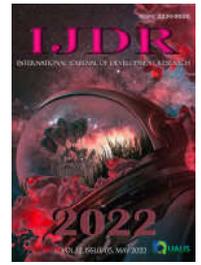
Available online at <http://www.journalijdr.com>

IJDR

International Journal of Development Research

Vol. 12, Issue, 05, pp. 55730-55734, May, 2022

<https://doi.org/10.37118/ijdr.23936.05.2022>



RESEARCH ARTICLE

OPEN ACCESS

PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLOGICO DE PACIENTES QUE INTERNARAM POR INSUFICIÊNCIA CARDÍACA DESCOMPENSADA EM UM HOSPITAL DE LAGES- SANTA CATARINA

Marco Aurélio Goulart*, Roberto Pereira Waltrick, Patrícia Alves de Souza, Victor Otávio Derossi and Rodrigo Canello

Hospital Tereza Ramos, Lages SC, Brazil

ARTICLE INFO

Article History:

Received 28th February, 2022

Received in revised form

06th March, 2022

Accepted 17th April, 2022

Published online 20th May, 2022

Key Words:

Insuficiência cardíaca;
Internamento; Epidemiologia.

*Corresponding author:

Marco Aurélio Goulart

ABSTRACT

A insuficiência cardíaca é uma síndrome clínica complexa, de caráter sistêmico, que se caracteriza por inadequado aporte sanguíneo para atender necessidades metabólicas dos tecidos. A principal terminologia usada historicamente para definir IC baseia-se na fração de ejeção do ventrículo esquerdo e compreende pacientes com FEVE normal, reduzida ou intermediária. Trata-se de um estudo observacional, transversal e analítico. Os dados foram obtidos a partir da análise de prontuários de todos os pacientes que internaram para as especialidades de clínica médica e cardiologia ao longo do ano de 2020, totalizando 135 prontuários, sendo que 9 foram excluídos por se tratarem de reinternação no mesmo ano, apenas o primeiro internamento no ano foi utilizado, assim 126 prontuários restantes foram analisados. Mais de 1/3 dos pacientes desconhecia até então o diagnóstico de IC, tendo sido diagnosticado durante o internamento. A duração média do internamento foi de 7,72 dias, sendo que a maioria destes (66%) teve duração de até 7 dias. A análise ecocardiográfica permitiu determinar que 41% dos internados tinham fração de ejeção reduzida. O motivo que levou a descompensação e consequentemente ao internamento, não pode ser evidenciado em 24,6%, entretanto, as infecções bacterianas estiveram presente em 23,8% dos internados. A taxa total de mortalidade hospitalar foi de 13,5%. A etiologia isquêmica representou ¼ dos casos, seguido pela taquicardiomiopatia em 16%, hipertensivo em 15% e causas múltiplas ligadas a ICFEp vista em 12%, entretanto, 11% de todos os casos não foi possível determinar a etiologia. Este é o primeiro estudo a analisar o perfil clínico e epidemiologia da IC na cidade de Lages –SC, mas que é possível fazer uma avaliação importante e comparar os dados com outros estudos nacionais e internacionais.

Copyright © 2022, Marco Aurélio Goulart et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Citation: Marco Aurélio Goulart, Roberto Pereira Waltrick, Patrícia Alves de Souza, Victor Otávio Derossi and Rodrigo Canello. "Perfil clínico e epidemiológico de pacientes que internaram por insuficiência cardíaca descompensada em um hospital de lages- santa catarina", *International Journal of Development Research*, 12, (05), 55730-55734.

INTRODUCTION

No Brasil, a prevalência da insuficiência cardíaca (IC) gira em torno de 1% em indivíduos com idade entre 55 e 64 anos, chegando a 17,4% naqueles com idade maior ou igual a 85 anos, o que resulta em grande impacto econômico e social. Estima-se que nos próximos 15 anos, haverá um aumento de 46% nos casos de IC, em parte pelo aumento na expectativa de vida da população (Comitê Coordenador da Diretriz de Insuficiência Cardíaca, 2018). Atualmente a IC é a terceira causa de internamento em maiores de 60 anos no Brasil, ficando atrás apenas de hospitalizações por pneumonia e neoplasias (SAVIC, 2015), já nos Estados Unidos, representa a principal causa de internações hospitalares em pacientes com idade superior a 65 anos, e afeta 26 milhões de pessoas em todo o mundo (FERNANDES, A.D.F. et al 2019). A insuficiência cardíaca é uma síndrome clínica complexa, de caráter sistêmico, que se caracteriza por inadequado

aporte sanguíneo para atender necessidades metabólicas dos tecidos, ou mantém o suprimento às custas de altos danos ao tecido miocárdico (Comitê Coordenador da Diretriz de Insuficiência Cardíaca, 2018). Esta síndrome pode apresentar etiologias múltiplas, podendo ser causada por distúrbios do pericárdio, miocárdio, endocárdio, válvulas cardíacas, grandes vasos ou de certas anormalidades metabólicas, mas a maioria dos pacientes com IC apresenta sintomas devido ao comprometimento da função miocárdica do ventrículo esquerdo (ACCF/AHA, 2013), quanto a etiologia da disfunção miocárdica, a diretriz Brasileira de insuficiência cardíaca crônica e aguda de 2018 classifica em causa isquêmica, hipertensiva, chagásica, valvar, cardiomiopatia, congênitas, cardiotoxicidade, alcoólica, doenças extracardíacas, taquicardiomiopatia, miocardites e periparto (Comitê Coordenador da Diretriz de Insuficiência Cardíaca, 2018). A IC possui como manifestações cardinais dispneia e fadiga, que podem limitar

funcionalidade e causar retenção líquida, podendo levar à congestão pulmonar, esplâncica ou periférica. Alguns pacientes têm intolerância a exercícios físicos embora apresentem pouca evidência de retenção de líquidos, enquanto outros se queixam principalmente de edema, porém pouca dispnéia ou fadiga (ACCF/AHA, 2013). A principal terminologia usada historicamente para definir IC baseia-se na fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) e compreende pacientes com FEVE normal ($\geq 50\%$), denominada IC com fração de ejeção preservada (ICFEP), e aqueles com FEVE reduzida ($< 40\%$), denominados IC com fração de ejeção reduzida (ICFER), além daqueles com fração de ejeção entre 40 e 49%, definidos como ejeção intermediária (ICFEI) (Comitê Coordenador da Diretriz de Insuficiência Cardíaca, 2018). Em relação a capacidade funcional destes pacientes, a classificação mais utilizada foi criada em 1994 e denominada NYHA devido a sua criação pela *New York Heart Association*, classificando o paciente em classe funcional (I) aquele que não apresenta sintomas mediante atividades do cotidiano; (II) com sintomas leves durante atividades do cotidiano; (III) sintomas presentes em decorrência de atividades leves, inferiores a atividades do cotidiano; (IV) sintomas mínimos esforços ou ao repouso (NYHA, 1994). Dentre as terapias utilizadas, estas são divididas entre aquelas que comprovadamente reduzem as taxas de mortalidade e aquelas que são para alívio sintomático ou reduzem taxa de internamento hospitalar, citando-se como principais e com benefício de redução de desfecho de mortalidade comprovada, os Inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA), bloqueadores do receptores A2 (BRA), beta-bloqueadores (BB), antagonistas da aldosterona, inibidores SGLT-2, a combinação nitrato-hidralazina, sacubitril-valsartana, além de outros com benefício apenas sintomático porém, de uso muito comum como furosemida, hidroclorotiazida, digoxina e outros (Comitê Coordenador da Diretriz de Insuficiência Cardíaca, 2018). O objetivo do estudo é determinar o perfil clínico e epidemiológico dos pacientes que internaram por insuficiência cardíaca em um hospital terciário.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional, transversal e analítico. Os dados foram obtidos a partir da análise de prontuários de todos os pacientes que internaram para as especialidades de clínica médica e cardiologia ao longo do ano de 2020. Os critérios de inclusão do estudo foram: 1) idade superior a 18 anos; 2) internamento por motivo de síndrome compatível com insuficiência cardíaca. Em caso de múltiplas internações do mesmo paciente, apenas a primeira internação foi contabilizada. Foi utilizado a plataforma Google Forms para realizar a coleta dos seguintes dados: idade, sexo, presença ou não de comorbidades citando-se como exemplo obesidade, hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM), doença arterial coronariana, tabagismo, acidente vascular encefálico (AVE), doença renal crônica, fibrilação atrial, outras arritmias, e depressão. Quanto a etiologia da IC, os pacientes foram classificados em isquêmica, hipertensiva, chagásica, valvar, cardiomiopatias, congênitas, cardiotoxicidade, alcoólica, doenças extracardíacas, taquicardia diomiopatia, miocardites e periparto. Referente a fração de ejeção, divididos em fração de ejeção reduzida ($<40\%$), preservada ($>50\%$) e intermediária (40-49%). A determinação do motivo da descompensação foi realizada por meio da análise da história clínica e dos exames complementares. A taxa de mortalidade também foi avaliada. O perfil de medicamentos prescritos no momento da alta foi avaliado e divididos em grupos: aqueles que usaram exclusivamente beta-bloqueadores, IECA/BRA ou espirolactona, naqueles que utilizaram a combinação de 2 destes medicamentos e aqueles que utilizaram 3 destes medicamentos, além de outros medicamentos como inibidores SGLT-2, a combinação nitrato-hidralazina, sacubitril-valsartana, diuréticos como furosemida e hidroclorotiazida e digoxina. Após realizada a coleta foi realizada a análise descritiva dos resultados obtidos. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa, sob o parecer 4.566.652 e será enviado para publicação na *International journal of development research*, ISSN 2230-9926, fator de impacto 7.012.

RESULTADOS

Ao total 135 prontuários, se enquadraram nos critérios estabelecidos sendo que 9 foram excluídos por se tratarem de reinternação no mesmo ano, apenas o primeiro internamento no ano foi utilizado, assim 126 prontuários restantes foram analisados. A análise estatística foi feita por meio do Software SPSS® (IBM). O perfil dos pacientes encontrados é de 79% com idade superior a 60 anos, predominantemente homens (58%), declarados em prontuário como de raça branca (94%), mais de 1/3 dos pacientes (39,1%) desconheciam até então o diagnóstico de IC, tendo sido diagnosticado durante o internamento.

Tabela 1. Perfil clínico e epidemiológico dos pacientes que internaram por IC descompensada no ano de 2020

| Categoria | N (%) | Média |
|------------------------------|-------------|-------|
| Idade | | 72 |
| 30-45 anos | 5 (4%) | - |
| 46-60 anos | 21 (17%) | - |
| Superior a 60 anos | 100 (79%) | - |
| Sexo | | |
| Mulheres | 53 (42%) | - |
| Homens | 73 (58%) | - |
| Raça | | |
| Branco | 119 (94%) | - |
| Negro | 7 (6%) | - |
| Diagnóstico nesta internação | | |
| Sim | 45 (39,1%) | - |
| Não | 81 (60,9%) | - |
| Tempo de internamento | | 7,72 |
| Até 7 dias | 83 (66%) | - |
| Entre 8 e 14 dias | 29 (23%) | - |
| Acima de 14 dias | 14 (11%) | - |
| Fração de ejeção VE | | |
| Reduzida (inferior a 40%) | 52 (41%) | - |
| Intermediária (41-50%) | 16 (13%) | - |
| Preservada (superior a 50%) | 36 (29%) | - |
| Motivo da descompensação | | |
| Infecção bacteriana | 30 (23,8%) | |
| Arritmia | 13 (10,3%) | |
| Má adesão medicamentosa | 12 (9,5%) | |
| Isquemia | 4 (3,2%) | |
| Piora de valvopatia | 4 (3,2%) | |
| Outras | 32 (25,4%) | |
| Não foi possível determinar | 30 (24,6%) | |
| Desfecho | | |
| Óbito | 17 (13,5%) | |
| Alta/ transferência | 109 (86,5%) | |

Fonte: próprios autores

Tabela 2. Principais comorbidades encontradas nos pacientes que internaram por IC descompensada no ano de 2020

| Comorbidade | % |
|------------------------------------|--------|
| Hipertensão arterial sistêmica | 78,57% |
| Diabetes mellitus | 38,89% |
| Fibrilação atrial | 30,95% |
| Doença arterial coronariana | 29,37% |
| Dislipidemia | 26,19% |
| Tabagismo | 23,81% |
| DPOC/Asma | 22,22% |
| Doença renal crônica | 19,84% |
| Obesidade | 15,08% |
| Depressão/ Transtorno de ansiedade | 12,70% |
| Hipotireoidismo | 12,70% |
| Etilismo | 9,52% |
| Cancer | 7,14% |
| SAHOS | 7,14% |
| Acidente vascular encefálico | 6,35% |
| Doença arterial periférica | 6,35% |
| Outras arritmias | 3,97% |
| Marca-passo | 2,38% |
| Hipertireoidismo | 1,59% |

*DPOC- Doença pulmonar obstrutiva crônica; SAHOS- Síndrome da apneia e hipopneia obstrutiva do sono; Fonte: próprios autores

A duração média do internamento foi de 7,72 dias, sendo que a maioria destes (66%) teve duração de até 7 dias. A análise ecocardiográfica permitiu determinar que 41% dos internados tinham fração de ejeção reduzida. O motivo que levou a descompensação e consequentemente ao internamento, não pode ser evidenciado em 24,6%, entretanto, as infecções bacterianas estiveram presente em 23,8% dos internados. A taxa total de mortalidade hospitalar foi de 13,5%. Dentre as principais comorbidades encontradas, a HAS esteve presente na grande maioria dos casos (78,57%), seguido pelo diabetes em 38,89%, sendo que na maioria dos casos os pacientes apresentam 3 ou mais comorbidades (Tabela 2).

Tabela 3. Número absoluto e porcentagem de etiologias encontradas relacionadas aos pacientes que internaram por IC descompensada no ano de 2020

| Etiologia | N (%) |
|------------------------|----------|
| Isquêmico | 31 (25%) |
| Taquicardiomiopatia | 20 (16%) |
| Hipertensivo | 19 (15%) |
| Múltiplas/ICFep | 15 (12%) |
| Não determinado | 14 (11%) |
| Valvar | 10 (8%) |
| Alcoólico | 7 (6%) |
| Cardiomiopatia* | 7 (6%) |
| Miocardites | 2 (2%) |
| Doença extracardiaca** | 1 (1%) |

*Dilatada Idiopática; Miocárdio não compactado; DAVD; Hipertrofica; Restritiva
**Endocrinológico; Autoimunes; Doença renal; Fonte: próprios autores

A tabela 3 representa as etiologias encontradas nestes pacientes, dados os quais constavam no prontuário, ou eram subtraídos a partir do conjunto total de dados relatados, como exames laboratoriais, história clínica, achados ecocardiográficos, dentre outros, onde a etiologia isquêmica representou ¼ dos casos, seguido pela taquicardiomiopatias em 16%, hipertensivo em 15% e causas múltiplas ligadas a ICFep vista em 12%, entretanto, 11% de todos os casos não foi possível determinar a etiologia.

Tabela 4. Porcentagem de medicamentos prescritos no momento da alta hospitalar

| Medicamentos | % |
|-------------------------|-----|
| Diuréticos | 93% |
| Beta-bloqueador | 89% |
| IECA/BRA | 79% |
| Antagonista aldosterona | 64% |
| NOACs | 18% |
| Varfarina | 9% |
| Digoxina | 7% |
| Nitrato | 7% |
| Hidralazina | 3% |

Fonte: próprios autores

Tabela 5. Esquema terapêutico prescrito no momento da alta hospitalar

| Esquema terapêutico | % |
|---------------------|-------|
| Monoterapia | 7,1% |
| Terapia dupla | 30,2% |
| Terapia tripla | 34,1% |
| Nenhum dos três | 17,5% |

Fonte: próprios autores

Dentre os principais medicamentos utilizados no momento da alta hospitalar, os diuréticos estiveram presente em quase a totalidade dos casos (93%), seguido pelos betabloqueadores (89%), IECA/BRA (79%) e antagonista da aldosterona em 64% (tabela 4), entretanto, a terapia tripla formada pelo uso em conjunto destes três fármacos só foi vista em 34,1% das receitas no momento da alta (Tabela 5). Quando se comparou as variáveis com a fração de ejeção reduzida ou preservada, evidenciou-se que as mulheres apresentaram maior chance de apresentar fração de ejeção reduzida em relação aos homens (Coeficiente B 0,811; p-valor 0,033). Além disso, naqueles

com FER houve uma correlação negativa em relação ao uso isolado de IECA/BRA (Correlação de Pearson -0,218; p-valor 0,014) e uma correlação positiva com o uso de terapia tripla (Correlação de Pearson 0,179; p-valor 0,45) (Tabela 6).

Tabela 6. Análise das variáveis em relação a fração de ejeção

| Categoria | ICFEr | | ICFep | |
|-----------------------------|-----------------------|---------|-----------------------|---------|
| | Correlação de Pearson | p-valor | Correlação de Pearson | p-valor |
| Idade | | | | |
| 30 à 45 | 0,077 | 0,389 | -0,039 | 0,668 |
| 46 à 60 | 0,014 | 0,873 | -0,141 | 0,114 |
| Maior de 60 | -0,051 | 0,574 | 0,149 | 0,096 |
| Sexo | | | | |
| Feminino | -0,811(B) | 0,033 | 0,610(B) | 0,126 |
| Medicamentos | | | | |
| Terapia tripla | 0,179* | 0,045 | -0,196 | 0,028 |
| BB | 0,107 | 0,234 | -0,057 | 0,529 |
| IECA/BRA | -0,218 | 0,014 | 0,268 | 0,002 |
| Comorbidades | | | | |
| HAS | | 0,057 | | 0,266 |
| Diabetes mellitus | | 0,791 | | 0,184 |
| Fibrilação atrial | | 0,178 | | 0,763 |
| Doença renal crônica | | 0,980 | | 0,879 |
| Doença arterial coronariana | | 0,385 | | 0,407 |
| Dislipidemia | | 0,936 | | 0,602 |
| Desfecho de óbito | | 0,451 | | 0,137 |

Fonte: próprios autores

Dentre os pacientes com fração de ejeção preservada, os pacientes com idade superior a 60 anos apresentaram um risco aumentado (0,149) de apresentarem ICFep (p-valor 0,096), houve também uma relação negativa destes pacientes com o uso de terapia tripla (Correlação de Pearson -1,067; p-valor 0,028) e uma correlação positiva com o uso de IECA/BRA em monoterapia (Correlação de Pearson 0,268; p-valor 0,002).

DISCUSSÃO

Nesta pesquisa a maioria (79%) dos pacientes tinham idade superior a 60 anos, assim como demonstrado por Fernandes ADF et al, o qual avaliou os internamentos por IC no Brasil entre os anos de 2008 e 2017, onde 73% dos pacientes tinham idade superior a 60 anos, entretanto, a idade média encontrada nesta pesquisa foi de 72 anos, superior à média de outros estudos, incluindo o estudo BREATHE, realizado por Albuquerque DC et al (2015), o primeiro registro nacional e multicêntrico de IC aguda o qual incluiu todas as regiões do país, envolvendo 21 cidades do Brasil, analisando 1.263 pacientes, onde a média de idade dos pacientes foi de 64 anos, superior também a outros estudos 66,5 anos (POFFO, M.R et al. 2017) e 59,8 anos (MANGINI, S. 2008). Neste estudo, houve um predomínio de pacientes do sexo masculino (58%), assim como encontrado por Fernandes et al (51%), no estudo BREATHE (53,7%), por Viana P.A.S et al (2018) (63,5%), Kalogeropoulos, A.P. (58,6%) e Mangini S. (2008) (56%). O predomínio de 94% de população de raça branca, condiz com um estudo feito no Instituto de Cardiologia de Santa Catarina (ICSC) no período de junho de 2010 até maio de 2014, encontrou um predomínio da etnia branca de 87,4% nos internamentos por IC (POFFO MR et al. 2017). Quanto ao perfil de fração de ejeção, Kalogeropoulos, A.P. (2016) avaliou 2.166 pacientes com IC, onde 37,7% foram classificados como tendo ICFep e 62,3% restantes foram classificados como tendo ICFer, Mangini S. (2008) também demonstrou prevalência de paciente com ICFer (55%), entretanto, neste estudo, apenas 41% foram classificados por ICFer, embora, um total de 17% não tinham este dado em prontuário. O tempo de internamento médio encontrado foi de 7,72 dias sendo que a maioria (66%) dos internamentos duraram até 7 dias e internações prolongadas por mais de 14 dias foram apenas 11%, pouco superior a media encontrada por Fernandes ADF et al de 6,9 dias. Fazendo um retrospecto em relação a mortalidade por IC, antes dos anos 90, a taxa de mortalidade em 5 anos era de 60-70%,

atualmente está em torno de 35% (Comitê Coordenador da Diretriz de Insuficiência Cardíaca, 2018), entretanto, pode chegar a 50% em 1 ano quando fala-se apenas em paciente com classe funcional IV (SAVIC, 2015). No Brasil, as mulheres representaram 52% dos óbitos (FERNANDES, A.D.F. et al 2019).

Neste estudo, a taxa de mortalidade foi de 13,5%, condizente com os valores encontrados por Albuquerque DC, et al (2015) no estudo BREATHE (12,6%) e 11,2% por POFFO M.R et al, (2017), entretanto, superiores a taxa encontrada por Fernandes A.D.F. et al (2019) no estado de Paraíba (9,2%) e mais ainda em relação a números dos EUA, com mortalidade de 2,9% no ano de 2014 (Akintoye E et al 2017) e 6,4% em registros Japoneses (SATO N., et al, 2013). Entretanto, Graciano M.M.C et al (2015), encontrou taxa de mortalidade superior (22,2%), bastante superior ao presente estudo. Dentre as principais comorbidades, evidenciou-se a alta prevalência de HAS (78,57%), DM (38,89%), fibrilação atrial (30,95%), doença arterial coronariana (29,37%), dislipidemia 26,19%, tabagismo 23,81%, DPOC/Asma (22,22%), obesidade 15,08%, dentre outras, outros estudos demonstram prevalência semelhantes destas mesmas comorbidades (ALBUQUERQUE, DC et al, 2015; VIANA P.A.S et al 2018; KALOGEROPOULOS, A.P, NOGUEIRA, P.R. et al 2010; SATO, N., et al, 2013). Em relação a causa da IC, as principais etiologias encontradas foram, 25% isquêmica, 16% taquicardiomiopatia, 15% hipertensiva. Assim como em outros estudos, as etiologia isquêmica e hipertensiva foram a mais prevalentes 29,7% e 20,8% (MANGINI S, 2008), 31,1% e 17,7% (SATO N., et al, 2013), 30,1% e 20,35 (ALBUQUERQUE, DC, 2015), entretanto, um estudo produzido por Nogueira, P.R. et al (2010), em um hospital na cidade de Goiás, analisou 144 prontuários de pacientes, e determinou que a cardiomiopatia chagásica se destacou como principal etiologia (41%), seguido de hipertensão arterial (48,6%), doença coronariana (19,4%), o que demonstra a importância regionalidade em relação a etiologia.

A IC aguda é definida como um quadro clínico de IC em que haja instalação ou mudança dos sinais de sintomas de forma rápida e que resultem na necessidade de intervenção médica rápida. Geralmente associa-se a deterioração clínica aguda de um paciente já portador de IC preexistente, sendo então chamada de descompensação, entretanto, dentre todos os casos que requerem atendimento médico de urgência, em até 20%, a descompensação apresenta-se como a primeira manifestação da IC (SAVIC, 2015), em nosso estudo, a taxa de diagnóstico de IC durante o internamento, foi ainda maior (39,1%). Neste estudo, as infecções bacterianas foram responsáveis por 23,8% de descompensação da IC, seguido por arritmia 10,3% e má adesão medicamentosa evidenciada em apenas 9,5% dos casos. Dados do estudo BREATHE e Mangini S. (2008), demonstram que má adesão medicamentosa esteve relacionada a descompensação da IC em 30% e 23,6% dos casos, respectivamente, infecção 23% e 8%, respectivamente (ALBUQUERQUE, DC, 2015). A baixas taxas de evidência de má adesão medicamentosa podem estar relacionadas a falta de questionamento ao paciente sobre o uso correto da medicação o que pode resultar em falha no processo de educação do paciente quanto a importância do uso e modo correto de utilização. Existem poucos registros quanto aos medicamentos prescritos no momento da alta hospitalar, o estudo BREATHE, demonstra que 89,8% dos pacientes estavam fazendo uso de diuréticos de alça durante o internamento e 57,1% de betabloqueadores (ALBUQUERQUE, DC, 2015).

Kalogeropoulos, A.P. refere uso de IECA/BRA em 73,1%, betabloqueadores em 85,8%, diuréticos alça em 71,3% e tiazídicos em 13,2%. Sato N. et al (2013), em um registro com 4842 pacientes, mostrou que no momento da alta 46% estavam em uso de BRA, 30,6% de IECA e 67,4% de betabloqueador. Neste estudo, os diuréticos foram prescritos para 92% dos pacientes no momento da alta, betabloqueadores (89%), IECA/BRA (79%), antagonista da aldosterona (64%), entretanto, a taxa de pacientes que receberam alta com prescrição da terapia tripla preconizada foi de 34,1%, havendo-se uma correção positiva para o uso de terapia tripla (correlação de Pearson 0,179, p-valor 0,045), bem como correção negativa com uso

de IECA/BRA de forma isolada (correlação de Pearson -0,218, p-valor 0,014) no grupo de ICFe, além de demonstrar correlação negativa com o uso de terapia tripla (Correlação de Pearson -0,196, p-valor 0,028) e correlação positiva para o uso de IECA/BRA de forma isolada (Correlação de Pearson 0,268, p-valor 0,002) no grupo ICFe.

CONCLUSÕES

Este é o primeiro estudo a analisar o perfil clínico e epidemiologia da IC na cidade de Lages –SC, mas que é possível fazer uma avaliação importante e comparar os dados com outros estudos nacionais e internacionais, mostrando que existe uma correlação dos dados encontrados, com estes outros estudos, como por exemplo o predomínio de internamento no sexo masculino, tempo de internamento curto, taxa de mortalidade hospitalar comparável as taxas nacionais, entretanto, bem superiores as taxas de registros internacionais de países desenvolvidos, entretanto, é importante também para perceber que outros dados divergentes de outros estudos, como a média de idade mais alta, baixas taxas de pacientes que recebem alta utilizando a terapia tripla preconizada pelas diretrizes, podendo a partir destes dados gerar ações que corrijam possíveis falhas no tratamento de pacientes internados por IC.

REFERÊNCIAS

- ACCF/AHA 2013 Guideline for the Management of Heart Failure: A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Yancy, C.W. Bozkurt, B. Butler, J. J Am Coll Cardiol. Out, Vol 62, nº16. Pag 147-239
- AKINTOYE E, BRIASOULIS A, EGBE A. et al. National Trends in Admission and In-Hospital Mortality of Patients With Heart Failure in the United States (2001-2014). J Am Heart Assoc. vol 6, nº 12, 2017
- ALBUQUERQUE DC, SOUZA NETO JD, BACAL F, et al. I Brazilian Registry of Heart Failure - Clinical Aspects, Care Quality and Hospitalization Outcomes. Arq Bras Cardiol. Vol 104, nº6, pag 433-42, 2015.
- Comitê Coordenador da Diretriz de Insuficiência Cardíaca. Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda. Arq Bras Cardiol. 2018; 111(3):436-539
- Diretriz Brasileira de Cardiologia Crônica e Aguda. Departamento de Insuficiência Cardíaca e Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arq Bras Cardiol. 2018; nº 111 vol 3, pag 436-539
- FERNANDES, A.D.F., FERNANDES, G.C., MAZZA, M.R. Insuficiência Cardíaca no Brasil Subdesenvolvido: Análise de Tendência de Dez Anos. Arq Bras Cardiol. 2020; 114(2):222-231
- GRACIANO, M.M.C. LAGO, V.C. JUNIOR, H.S. MARCOS, V.C. Perfil epidemiológico e assistencial de pacientes com insuficiência cardíaca em município de referência regional. Rev Med Minas Gerais 2015;
- KALOGEROPOULOS, A.P. FONAROW, G.C., GERGIPOULOU, V. et al Characteristics and Outcomes of Adult Outpatients With Heart Failure and Improved or Recovered Ejection Fraction. JAMA
- MANGINI, S. BOCCHI E.A. Insuficiência cardíaca descompensada no pronto-socorro de um hospital de cardiologia Arq. Bras. Cardiol. Vol 90 nº 6, Jun, 2008
- NOGUEIRA, P.R. RASSI, R., CORREA, K.S., Perfil epidemiológico, clínico e terapêutico da insuficiência cardíaca em hospital terciário. Arq. Bras. Cardiol. vol.95 no.3 São Paulo Sept. 2010 Epub Aug 06, 2010
- NYHA, The Criteria Committee of the New York Heart Association: Nomenclature and criteria for diagnosis of diseases of the heart and great vessels. Mass, Bosto: Little & Brown 1994.
- POFFO M.R., ASSIS, A.V., FRACASSO, M. et al. Perfil dos Pacientes Internados por Insuficiência Cardíaca em Hospital Terciário. International Journal of Cardiovascular Sciences. Vol 30, nº 3, pag 189-198, 2017.

SATO, N., KAJIMOTO, K., KEIDA, T. et al. on behalf of the ATTEND Investigators Circulation Journal Official Journal of the Japanese Circulation Society Clinical Features and Outcome in Hospitalized Heart Failure in Japan (From the ATTEND Registry) Circulation Journal Vol.77, April 2013

SAVIC – Suporte Avançado de Vida em Cardiologia. 4ª ed 2015
VIANA, P.A.S. NETO, J.D.C., NOVAIS, C.T., et al. Perfil de pacientes internados para tratamento de insuficiência cardíaca descompensada. SANARE, Sobral - v.17, n.01,p.15-23, Jan/Jun. – 2018