

Perfil clínico-demográfico dos pacientes coronariopatas internados em um hospital público de Uberlândia – MG no ano de 2007¹.

Clinic-demographic profile of admitted coronaropathy patients in a public hospital in Uberlândia – MG in the year of 2007¹.

Perfil clínico demográfico de los pacientes coronariopatas internados en un hospital público de la ciudad de Uberlândia – MG en el año 2007¹.

Silva Cássio José da², Pereira Eliana Borges Silva², Rabelo Taís Maria², Cunha Cristiane Martins³, Brasileiro Marislei Espíndula⁴. Perfil clínico-demográfico dos pacientes coronariopatas internados em um hospital público de Uberlândia – MG no ano de 2007. Revista Eletrônica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição/UCG [serial on-line] 2009 jan-jul 1(2) 1-23. Available from: <http://www.ceen.com.br/revista/eletronica>.

Resumo

Objetivo: identificar o perfil clínico-demográfico dos pacientes coronariopatas internados em um hospital público de Uberlândia – MG no ano de 2007. Material e método: trata-se de um estudo do tipo descritivo e quantitativo, por meio da análise de 60 prontuários de pacientes coronariopatas atendidos em um hospital público de Uberlândia no período de janeiro a dezembro de 2007. Resultados: a idade média dos pacientes foi 58 anos, com variação de 20 a 90 anos e predomínio do sexo masculino. Cerca de 1/3 dos casos apresentaram mais de três fatores de risco concomitantes; os principais fatores de risco encontrados para esses pacientes foram: hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia, tabagismo, diabetes melito e sedentarismo; 80% dos casos tratava-se do primeiro evento e a precordialgia já se apresentava há mais de seis horas; a principal área acometida foi a parede anterior e a classificação clínica predominante Killip I; em todos os casos pesquisados foi instituído tratamento clínico, sendo que 50% dos pacientes infartados evoluíram para angioplastia. Conclusão: os pacientes atendidos apresentam idade avançada, numerosas co-morbidades, com período tardio de evolução do processo isquêmico. Acredita-se que seja de fundamental importância o atendimento precoce, por

¹

Artigo apresentado ao Curso de Especialização em Enfermagem em Emergência e Urgência (06) do Centro de Estudo de Enfermagem e Nutrição da Universidade Católica de Goiás, 2008.

² Enfermeiros, especializando em Emergência e Urgência do CEEN/UCG. E-mail: cassio_js@yahoo.com.br; eborgespereira@yahoo.com.br; taisrenf@yahoo.com.br.

³ Enfermeira, Mestre em Ciências da Saúde/UFUMG: crismcunhaenf@gmail.com

⁴ Enfermeira, Mestre em Enfermagem/UFMG, docente do CEEN, Goiânia-Goiás. E-mail: marislei@cultura.trd.br

parte do Enfermeiro, do paciente com dor torácica, viabilizando seu atendimento e a instituição da terapêutica, melhorando, assim, sua sobrevivência e qualidade de vida.

Descritores: Enfermagem, Emergência, Dor torácica

Abstract

Objective: identify the clinic-demographic profile of admitted coronaropathy patients in a public hospital in Uberlândia – MG in the year of 2007. **Material and method:** it is a descriptive and quantitative study case, via analysis of 60 medical records of coronaropathy patients attendend in a public hospital in Uberlândia from January through December of 2007. **Results:** The average age of the patients was 58, ranging from 20 to 90 years of age and predominance of male gender. Around 1/3 of the cases showed more than three risk factors at the same time; the major risk factors found for these patients were: systemic arterial hypertension, dyslipidemia, smoking, diabetes mellitus, and sedentariness; 80% of the cases were a first time event and precordialgia was already present for more than six hours; the major area affected was the anterior wall and the predominant clinical classification was Killip I, in all cases researched a clinical treatment was performed, and 50% of the infarcted patients needed angioplasty. **Conclusion:** the patients attended showed old age, numerous comorbidities, with a late development of the ischemic process. It is of fundamental importance the early attendance by a nurse of a patient with chest pain, which will enable his/her early attendance by a doctor and the institution of the therapy, enhancing his/her extended life and quality of life.

Descriptors: Nursery; Emergency; Chest pain

Resumen

Objetivo: Identificar el perfil clínico demográfico de los pacientes coronariopatas internados en un hospital público de Uberlândia – MG en el año 2007. **Material y método:** Se trata de un estudio del tipo descriptivo y cuantitativo, por medio del análisis de 60 prontuarios de pacientes coronariopatas atendidos en un hospital público de Uberlândia en el periodo de enero a diciembre de 2007. **Resultados:** la edad media de los pacientes fue de 58 años, con variación de 20 a 90 años, predominando los de sexo masculino. Cerca de 1/3 de los casos presentaron más de tres factores de riesgo concomitantes; los principales factores de riesgos encontrados para esos pacientes fueron: hipertensión arterial sistémica, dislipidemia, tabaquismo, diabetes mellitus y sedentarismo; 80% de los casos se trataba del primer evento y la precordialgia ya se mostraba hace más de

seis horas; la principal área acometida fue la pared anterior y la clasificación clínica predominante killip I; en todos los casos investigados fue instituido tratamiento clínico, siendo que el 50% de los infartada pacientes evolucionaron para angioplasta. Conclusión: los pacientes atendidos presentaros edad avanzada, numerosas co-morbilidades, con periodo tardío de evolución del proceso isquémico. Se cree que sea de fundamental importancia la atención precoz, por parte del enfermero, del paciente con dolor torácico, posibilitando su atención y la institución terapéutica, mejorando, así, su sobrevivencia y cualidad de vida.

Descriptores: Enfermería, Emergencia, Dolor torácico.

1 Introdução

O interesse por pesquisar o perfil clínico-demográfico dos pacientes coronariopatas internados em um hospital público de Uberlândia-MG no ano de 2007, deve-se ao fato de, serem observadas, no cotidiano dos pesquisadores, a alta frequência e a gravidade dessas doenças na prática clínica.

É importante lembrar que as Doenças Cardiovasculares (DCV) apresentam alta taxa de morbimortalidade e têm sido alvo de vários estudos, em vários países, por parte da comunidade científica, pelo fato de abrangerem grandes contingentes populacionais e pelo grande impacto sócio-econômico⁽¹⁾.

Percebe-se que a doença coronariana resulta do estreitamento das artérias coronárias, que ocorre com o passar do tempo, devido à aterosclerose. O efeito primário da doença é a perda de oxigênio e de nutrientes do tecido miocárdio por causa da redução do fluxo sanguíneo coronariano⁽²⁾.

Portanto, os eventos fisiopatológicos que ocorrem com a doença cardíaca coronariana variam de lesão reversível das células musculares até uma destruição irreversível de todos os componentes celulares em uma área do tecido. A isquemia ocorre devido a um desequilíbrio entre o fluxo de sangue ao miocárdio (oferta) e as necessidades metabólicas deste (demanda). Ainda segundo esses mesmos estudos, a isquemia miocárdica, é por definição, uma lesão reversível que se apresenta clinicamente como angina *pectoris*, e a isquemia miocárdica grave e prolongada resulta em lesão irreversível ou infarto do tecido, também chamado Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)⁽³⁾.

Desta forma, o enfermeiro precisa de estar atento, pois a isquemia continua enquanto as exigências de oxigênio do miocárdio persistem, e o tecido tornar-se-á necrótico porque as demandas energéticas excederão o suprimento de sangue

oxigenado, ocorrendo o Infarto do Miocárdio. O tecido miocárdio necrótico não pode revitalizar-se⁽⁴⁾.

A Angina *Pectoris* pode ser classificada em Angina Estável (Clássica), que não aumenta em frequência ou gravidade em um período de muitos meses; Angina Variante (Angina de Prinzmetal), que pode ocorrer em repouso, após exercícios e durante o sono, geralmente causada por vasoespasma coronário; e Angina Instável, na qual, geralmente a intensidade da dor muda ou aumenta de frequência, duração ou gravidade, podendo ocorrer em descanso. Porém, há outras variedades de sistema de categorização para Angina⁽⁵⁾.

Acredita-se que a Angina Instável, geralmente, resulte da ruptura de uma placa aterosclerótica que trombosa parcialmente uma artéria coronária⁽³⁾.

Dentre os fatores de risco para doença cardiovascular encontram-se duas categorias: controláveis e não controláveis. Citam-se como fatores de risco controláveis os elevados níveis séricos de lipídios, hipertensão arterial sistêmica, tabagismo, diabetes melito, vida sedentária, estresse, obesidade, ingestão excessiva de gorduras saturadas, carboidratos e sal. Por outro lado, idade, sexo masculino, história familiar e raça são os fatores de risco considerados como não controláveis⁽²⁾.

A avaliação do eletrocardiograma de 12 derivações (ECG), sinais e sintomas clínicos e a análise das enzimas creatinoquinase (CK e suas frações), troponinas e mioglobina são definidos como marcadores cardíacos para o diagnóstico de IAM, reinfarto ou outros tipos de lesão miocárdica⁽³⁾.

Embora a apresentação clínica de pacientes com isquemia miocárdica aguda possa ser muito diversa, cerca de 75% a 85% dos pacientes apresentam dor torácica como sintoma predominante⁽⁶⁾. A dor geralmente é prolongada (maior que 20 minutos) e desencadeada por exercícios (esforços) ou por estresse, mas pode ocorrer mesmo em repouso. A dor, em geral, é intensa e pode ser aliviada, parcialmente, com repouso ou com nitratos e pode ser acompanhada de irradiação para membros superiores e pescoço e de outros sintomas associados (dispnéia, náuseas e vômitos)⁽⁶⁾.

Assim, a isquemia miocárdica pode ser diagnosticada pela história do paciente, ECG, teste de esforço, imagem cardíaca, ecocardiografia e angiografia coronária⁽³⁾.

Além do eletrocardiograma (ECG), que estabelece a localização do infarto, é importante estabelecer a classe hemodinâmica do paciente, sendo as categorias Killip mais úteis e validadas. A classe I de Killip é a classe inicial mais comum, ocorrendo nos pacientes sem evidências de insuficiência cardíaca. Na classe II de Killip ocorre

insuficiência cardíaca precoce, manifestada por estertores bibasais. O edema pulmonar é definido como o Killip III e o choque cardiogênico como Killip IV⁽⁷⁾.

Ao se pesquisar a Biblioteca Virtual de Saúde utilizando-se os descritores "emergência" e "dor torácica", encontraram-se 81 publicações, das quais foram excluídas aquelas publicadas anteriormente a 1996, restando 78 publicações. Considerando-se apenas o campo "Ciências da Saúde em Geral", encontraram-se com os termos "Dor torácica em emergência" 35 artigos no Lilacs, 27 no Medline, 15 no Scielo e um artigo no BDenf, publicados com esta associação.

Embora a mortalidade por Doença Cardiovascular (DCC) continue diminuindo, o Infarto do Miocárdio (IM) é ainda a principal causa de morte nos Estados Unidos e a Angina Instável responde por, aproximadamente, 50% de todas as admissões nas unidades coronarianas nos Estados Unidos. Além disso, a cada ano, aproximadamente 1 a 1,5 milhões de americanos têm um IAM, e a taxa de mortalidade é de 33%, sendo que 50% das vítimas esperam 2 horas após o início da dor antes de decidir procurar ajuda médica, e cerca de 300.000 pessoas por ano morrem de IAM antes de alcançar o hospital⁽³⁾.

As doenças cardiovasculares aparecem, em primeiro lugar, entre as causas de morte no Brasil e representam quase um terço dos óbitos totais e 65% do total de mortes na faixa etária de 30 a 69 anos de idade, atingindo a população adulta em plena fase produtiva⁽⁸⁾. No Sistema Único de Saúde (SUS), tais doenças foram responsáveis, em 2002, por mais de 1,2 milhões de internações e representaram 10,3% do total de internações e 17% dos gastos financeiros⁽⁹⁾.

Diante de uma comparação dos dados pesquisados, pode-se observar a grande incidência de doenças coronarianas, um problema do Brasil e do mundo, que deve ser levado em consideração, ficando uma questão em aberto: Qual o perfil clínico-demográfico dos pacientes coronariopatas internados em um hospital público de Uberlândia no ano de 2007?

Considerando que as doenças cardiovasculares, atualmente, são causas principais de morbi-mortalidade, tanto em países desenvolvidos ou em desenvolvimento (como o Brasil) e que acometem homens e mulheres, torna-se objeto de preocupação e estudo a abordagem desse assunto por parte da comunidade científica, na tentativa de minimizar as conseqüências relacionadas a estas doenças.

A falta de conhecimento da população sobre a prevenção dos fatores de risco das doenças cardiovasculares desperta o interesse dos Órgãos de Saúde, devido a alta freqüência destas em nosso meio. O tratamento e o acompanhamento das doenças

cardiovasculares são onerosos tanto para os cofres públicos, pelos altos custos, como para a população, em razão do alto índice de mortalidade em idade produtiva.

Acredita-se que este estudo possa contribuir para o atendimento aos pacientes coronariopatas, norteando as ações de Enfermagem, podendo assim fornecer subsídios para viabilizar e otimizar o atendimento de Enfermagem em nível primário e secundário, minimizando seus efeitos em longo prazo.

2 Objetivos

2.1 Objetivo geral

Identificar o perfil clínico-demográfico dos pacientes coronariopatas internados em um hospital público de Uberlândia – MG no ano de 2007.

2.2 Objetivos específicos

Identificar as características sócio-demográficas de pacientes coronariopatas.

Identificar os principais co-morbidades, fatores de risco e sua prevalência para doença cardiovascular.

Identificar as principais características clínicas, critérios diagnósticos e terapêuticos aplicados para os pacientes com IAM e AI.

Conhecer o período médio do início dos sintomas ao tempo do primeiro atendimento.

3 Material e Método

O estudo é do tipo transversal, descritivo, com levantamento de dados através da análise quantitativa de prontuários utilizando estatística descritiva simples.

Os estudos descritivos baseiam-se nas características de uma população ou fenômeno, ou ainda estabelecem relações entre fenômenos (variáveis), adotando como procedimento a coleta de dados, com o uso da entrevista e da observação, e como recursos os questionários e/ou formulários, entre outros⁽¹⁰⁾.

O presente estudo foi realizado por meio de coleta de dados e análise de prontuários do período de 01 de Janeiro de 2007 a 31 de dezembro de 2007.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Uberlândia – UFU, e aprovado conforme parecer número 077/08 e foi executado segundo as normas da Resolução 196/96. Foi realizada uma pesquisa nos prontuários dos pacientes internados na Clínica Médica Geral em um hospital público de Uberlândia – MG no ano de 2007, com diagnóstico de Angina Instável (CID I20.0) e Infarto Agudo do Miocárdio (CID I21.0, I21.1 e I21.9), nas unidades de internação do hospital, sendo 30 prontuários de Angina Instável (AI) e 30 de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM). Os prontuários foram selecionados de forma aleatória. Excluíram-se todos os prontuários que não contemplavam os critérios de inclusão estabelecidos pelo estudo. Foram excluídos os pacientes que permaneceram em tempo inferior a 24 horas na unidade, não configurando, portanto, internação (conforme critérios estabelecidos pelo sistema de internação hospitalar - SIH). Além disso, excluíram-se os menores de 18 anos, os indígenas, os estrangeiros e os que não tiveram entrada com os diagnósticos supracitados ou que tiveram essas condições no decorrer de sua internação, ou seja, aqueles, cujo motivo de internação, a princípio, foi outro.

Para análise dos prontuários, foi utilizado um questionário semi-estruturado pelos pesquisadores, sendo este um instrumento que direcionou toda a pesquisa e que orientou a captação dos dados no prontuário (Anexo 1). O formulário englobou questionamentos sobre dados sócio-demográficos e dados clínicos dos pacientes. Este questionário não foi utilizado em sujeitos de pesquisa, mas foi tão somente uma orientação para a equipe executora na captação dos dados. Durante todo o processo da execução da pesquisa, foi garantido e preservado o anonimato de todos os participantes.

Após busca das informações pertinentes nos prontuários eleitos, os quais foram sorteados, os dados foram categorizados e tabulados em base de dados eletrônica (planilha de dados eletrônica), para posteriormente aplicar-se a análise estatística específica, após a verificação da distribuição da normalidade dos dados (teste D'Agostino), segundo os objetivos propostos pelo estudo, desenvolvido segundo o modelo Vancouver*.

4 Resultados e Discussão

* Rodrigues JG. Manual de elaboração de referências bibliográficas: normas de Vancouver. 2004. [Capturado em 06 de outubro de 2006]. Disponível em: <http://www.bibmanguinhos.cict.fiocruz.br/pvancouver.htm>

A amostra do estudo foi composta por 60 prontuários, os quais foram analisados, e a coleta das informações pertinentes foi realizada, sendo possível chegar aos seguintes resultados:

Tabela 1 - Distribuição das características sócio-demográficas de pacientes coronariopatas internados em hospital público de Uberlândia-MG, 2007.

Características		n	%
Sexo	Masculino	38	63
	Feminino	22	37
Faixa Etária	18 a 30 anos	2	3
	31 a 40 anos	3	5
	41 a 50 anos	12	20
	51 a 60 anos	22	37
	> 60 anos	21	35
Cor	Leucodermo	36	60
	Faiodermo	17	28
	Melanodermo	7	12
Profissão	Aposentado	2	3
	Outras	6	10
Estado civil	Não especificado	52	87
	Casado	39	65
	Solteiro	14	23
	Viúvo	5	8
Município	Amasiado	2	3
	Uberlândia - MG	43	72
	Outro	17	28

Fonte: Prontuários dos pacientes internados em um hospital público de Uberlândia-MG, 2007.

Tendo-se por referência os dados da Tabela 1, pode-se notar que, em relação aos dados sócio-demográficos dos pacientes atendidos, houve predomínio do sexo masculino, perfazendo 38 (63%) dos casos avaliados. A idade variou entre 22 e 90 anos, com média de 58 anos, predominando casos superiores a 50 anos. A grande maioria foi representada por pacientes leucodermos.

O fato de a maioria dos casos ocorrerem em pacientes do sexo masculino, condiz com os resultados encontrados em outro estudo⁽¹¹⁾. O critério "sexo", no desenvolvimento de doença cardiovascular, pode ser justificado pela ação endocrinoprotetora apresentada pelos hormônios femininos. Sabe-se que o estrógeno é um fator de proteção contra a doença cardiovascular na pré-menopausa e sem este hormônio a mulher fica desprotegida, fato observado com o aumento significativo desses casos em mulheres com mais de 65 anos. O infarto do miocárdio na mulher merece consideração especial; embora raramente seja a primeira manifestação da doença coronária na mulher, nela ocorre em idade mais avançada e associa-se sempre a uma mortalidade duas vezes maior que a do homem⁽¹²⁾.

Além do sexo masculino, as síndromes coronarianas agudas também acometem mais frequentemente indivíduos na faixa etária avançada, justificado pela existência de

placas ateroscleróticas instáveis, as quais são de progressiva formação, e estão presentes em indivíduos com fatores de risco para seu desenvolvimento, sobretudo obesos, tabagistas, diabéticos e sedentários. E, devido as mudanças nos hábitos de vida, atualmente, a aterosclerose acomete, cada vez mais, indivíduos mais jovens⁽¹³⁾.

Quanto à profissão, constatou-se que, dois (3%) pacientes eram aposentados, mas a maioria, 52 (87%), não trazia registro da profissão especificado no prontuário, o que dificultou a análise da correlação entre profissão e síndromes coronarianas.

A maioria dos pacientes era proveniente do município de Uberlândia, fato que contraria a hipótese inicial por se tratar de um hospital de referência da região. Porém, isso pode ter ocorrido devido às dificuldades existentes na transferência desses pacientes para este hospital e, provavelmente, pelo fato de não existirem, nesse período, unidades especializadas no atendimento de pacientes com dor torácica.

O enfermeiro deve relacionar sempre os aspectos sócio-demográficos aos riscos dos pacientes desenvolverem doenças coronarianas e promover ações de orientação a toda população sobre esses aspectos.

Tabela 2 – Distribuição dos fatores de risco para doenças cardiovasculares em pacientes coronariopatas internados em hospital público de Uberlândia-MG, 2007.

Variáveis	n	%
Hipertensão arterial sistêmica	43	72
Dislipidemia	29	48
Antecedentes familiares	24	40
Tabagismo	20	33
Diabetes melito	17	28
Sedentarismo	13	22
Obesidade	8	13
Depressão/ansiedade	3	5
Estresse	1	2
Outras doenças crônicas	40	67

Fonte: Prontuários dos pacientes internados em um hospital público de Uberlândia-MG, 2007.

* Concomitância de fatores de risco

Em relação aos fatores de risco para doenças cardiovasculares, verifica-se pela Tabela 2 que, dos fatores de risco avaliados, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) predominou, atingindo 43 (72%) dos pacientes. Esse acometimento, provavelmente, seja decorrente da falta de orientação e acompanhamento para correção desse principal fator de risco, considerado como passível de ser controlado⁽²⁾. Outras doenças crônicas estão associadas em 40 (67%) pacientes, que podem ser somadas ao risco da Doença da Artéria Coronária (DAC).

Em seguida, associados à dislipidemia, em 29 (48%) dos pacientes, os riscos para coronariopatia aumentam na medida em que os níveis lipídicos estão mais elevados no

sangue⁽¹⁵⁾. Destacam-se também como fator de risco os antecedentes familiares, 24 (40%), pois pacientes com parentes em primeiro grau precocemente com cardiopatia coronariana têm maiores riscos de desenvolver DAC⁽¹⁵⁾. Pode-se afirmar que no tabagista crônico, 20 (33%), há uma precariedade no fornecimento de oxigênio ao coração e juntamente com hipertensão arterial aumenta a chance da doença. Quanto ao diabetes melito, 17 (28%), pode-se afirmar que pacientes diabéticos são mais propensos a apresentar isquemia miocárdica em sua forma silenciosa e dor torácica atípica, o que dificulta a identificação precoce da doença arterial coronariana (DAC) nesses indivíduos⁽¹⁵⁾. Com 13 (22%), o sedentarismo pode levar à obesidade, que é considerada um fator de risco preocupante para a doença. Considerando a depressão/ansiedade 3 (5%) e estresse, 1 (2%), alguns estudos apontam como preditor de risco para coronariopatias⁽¹⁶⁾.

Por outro lado, o somatório de fatores de risco é um elemento importante a ser observado em pacientes coronariopatas.

Assim, o enfermeiro deve assumir o papel de orientação e acompanhamento de pacientes propensos a desenvolver doenças coronarianas.

Tabela 3 – Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares em pacientes coronariopatas internados em hospital público de Uberlândia-MG, 2007.

Variáveis	n	%
Ausência de fator de risco	6	10
Um fator de risco	8	13
Dois fatores de risco	15	25
Três fatores de risco	12	20
Mais que três fatores de risco	19	32
Total	100	100

Fonte: Prontuários dos pacientes internados em um hospital público de Uberlândia-MG, 2007.

A Tabela 3 mostra a associação de fatores de risco para doenças cardiovasculares. Verifica-se que 19 (32%) dos pacientes apresentam mais de três fatores de risco concomitantes. Isso nos indica que quanto maior o número de fatores de risco cardiovasculares presentes, maior é o risco de desenvolver doenças coronarianas agudas, fato que já está bem estabelecido na literatura⁽¹¹⁾.

Por isso, é importante que o Enfermeiro conheça a prevalência desses fatores de risco, isolados ou combinados, para que haja programas efetivos de prevenção e conscientização da população.

Tabela 4 – Distribuição dos dados clínicos em pacientes diagnosticados com Infarto Agudo do Miocárdio em um hospital público no município de Uberlândia-MG, 2007.

Variáveis	n	%
-----------	---	---

Intervalo de tempo*	0 a 6 horas	11	37
	>6 horas	16	53
	Não especificado	3	10
Primeiro evento	Sim	24	80
	Não	6	20
Área acometida	Parede anterior	6	20
	Parede inferior	5	17
	Parede ântero-septal	3	10
	Parede ântero-apical	1	3
	Parede ântero-lateral	1	3
	Não especificado	14	47

Fonte: Prontuários dos pacientes internados em um hospital público de Uberlândia-MG, 2007.

* transcorrido entre o do início do evento (precordialgia) até o atendimento

Como mostra na tabela 4, o intervalo de tempo entre o início do evento e o atendimento inicial transcorreu acima de 6 horas. Alguns estudos mostram que o intervalo médio entre o início dos sintomas isquêmicos e a chegada ao hospital é de 3 a 4 horas, e apenas 20% dos pacientes com IAM chegam à Sala de Emergência nas primeiras 2 horas⁽⁶⁾. O retardo dos pacientes em procurar o hospital é um problema em todos os países e responsável por aproximadamente 50% das mortes no Infarto Agudo do Miocárdio⁽¹⁷⁾. A demora no atendimento inicial, infelizmente, é um fato existente e rotineiro nos serviços de emergência no Brasil. Isso se deve, muitas vezes, a um desconhecimento ou pouca valoração, por parte do paciente, quanto aos sintomas que apresenta.

Por outro lado, um dos motivos no retardo é a falta de prioridade no atendimento desses pacientes pelos profissionais⁽¹⁷⁾. A demora pela procura do serviço de saúde ocorre, muitas vezes, em decorrência da esperança que os indivíduos têm que a dor vai melhorar e, assim, postergam a busca pelo atendimento, o que pode piorar o prognóstico. Outro fator relevante, que posterga a procura pelo atendimento, é a presença de poucos sintomas, ou muitas vezes inespecíficos, em que a dor não está relacionada com a síndrome coronariana pelo tipo, característica e localização. Este é um dado representativo de grande risco ao paciente, geralmente exposto a um maior risco de morte súbita na primeira hora após o início dos sintomas, portanto, antes da chegada ao hospital. Sabemos que o intervalo de tempo decorrido entre o início dos sintomas e o atendimento é extremamente relevante para a sobrevida e prognóstico do paciente.

Podemos citar também, acrescidas a esses fatores, as dificuldades de acesso que a população possui quanto ao atendimento de emergência, no que se refere à dor torácica, muitas vezes por se tratar de sintomas inespecíficos ou não relacionados à dor cardíaca. Portanto, o sucesso do tratamento em qualquer das complicações mecânicas do infarto do miocárdio vai depender do diagnóstico precoce, estabilização hemodinâmica e reparo cirúrgico⁽¹⁸⁾.

Além disso, pode-se observar que em mais da metade dos pacientes tratava-se do primeiro evento isquêmico cardíaco, e a área de maior acometimento cardíaco foi a região anterior, irrigada principalmente pela artéria descendente anterior (DA), seguida pela região inferior, que se trata da região irrigada principalmente pela artéria coronária direita. O infarto de parede inferior tem taxa de mortalidade de 6% que aumenta para 30% quando associado ao infarto de ventrículo direito⁽¹⁸⁾.

Desta forma, o conhecimento por parte do Enfermeiro dos fatores de risco, o intervalo de tempo e a área acometida pela isquemia é essencial, bem como as terapêuticas utilizadas, conforme será visto a seguir.

Tabela 5 – Testes diagnósticos, tratamento proposto e possíveis complicações para os pacientes portadores de Infarto Agudo do Miocárdio e Angina Instável internados em hospital público de Uberlândia-MG, 2007.

Variáveis*		IAM n(%)	Angina Instável n(%)
Testes	Eletrocardiograma	28 (93)	23 (77)
	Enzimas cardíacas	25 (83)	26 (87)
Diagnósticos	Cateterismo cardíaco	24 (80)	22 (73)
	Ecocardiograma	7 (23)	16 (53)
	Radiografia	4 (13)	7 (23)
Tratamento	Clínico/medicamentoso	30 (100)	30 (100)
	Angioplastia	15 (50)	12 (40)
	Revascularização	3 (10)	8 (27)
Complicações	Angina pós-IAM	1 (3)	-
	**ICC	1 (3)	-

Fonte: Prontuários dos pacientes internados em um hospital público de Uberlândia-MG, 2007.

* Houve mais de um teste diagnóstico e tratamento por paciente, além da história clínica

**ICC – Insuficiência Cardíaca Congestiva

A tabela 5 demonstra a abordagem inicial do paciente coronariopata em um ambiente hospitalar para seu correto diagnóstico. Em concordância com os protocolos clínicos, os testes diagnósticos foram baseados em eletrocardiograma (ECG) e na dosagem de marcadores de necrose miocárdica (CK-MB e troponinas), que são imprescindíveis na determinação do Infarto Agudo do Miocárdio e na estratificação do

risco desses pacientes⁽¹⁷⁾. Os marcadores bioquímicos podem indicar lesões cardíacas, portanto, são úteis para auxiliar tanto no diagnóstico quanto no prognóstico de pacientes com síndromes isquêmicas miocárdicas instáveis (SIMI). Devem ser realizados em todos estes pacientes, na admissão e repetidos pelo menos uma vez, 6-9 horas após o início dos sintomas, caso a primeira dosagem seja normal ou discretamente elevada⁽¹⁹⁾. A ausência dessas enzimas descarta a ocorrência do infarto miocárdico.

O eletrocardiograma, realizado na maioria dos pacientes, é um teste diagnóstico que avalia a atividade elétrica do músculo cardíaco e detecta possíveis alterações e distúrbios, clássicos de isquemia. Esse exame deve ser realizado idealmente em menos de 10 minutos da apresentação à emergência e é o centro decisório inicial de pacientes com suspeita de IAM⁽⁶⁾. Em pacientes com sintomas sugestivos, a elevação do segmento ST tem especificidade de 91% e sensibilidade de 46% para diagnóstico de IAM⁽⁶⁾. Porém, mesmo assim, percebe-se que nem todos os pacientes que procuraram atendimento hospitalar foram submetidos a esse tipo de exame diagnóstico.

Por meio da tabela 5, verificamos que 23% dos pacientes infartados realizaram ecocardiograma, sendo que 53% dos pacientes anginosos foram submetidos a esse exame. Esses dados revelam falhas em pedidos de exames complementares para pacientes atendidos, uma vez que a ecocardiografia desempenha um papel central no diagnóstico não-invasivo da isquemia e viabilidade miocárdica e, também, mostra o risco e prognóstico de pacientes com DAC. Dos pacientes infartados apenas dois (6%) tiveram complicações que foram descritas no prontuário, as quais foram um caso de angina pós-IAM e um caso de ICC.

No que diz respeito ao tratamento realizado para o Infarto Agudo do Miocárdio e Angina Instável, nota-se que o tratamento clínico/medicamentoso ocorreu em 100% dos casos, independentemente se houve outra categoria terapêutica instituída posteriormente. A cinecoronariografia, conhecida popularmente como cateterismo cardíaco, ocorreu em terceiro lugar, exame esse, que visualiza sinais oclusivos nas artérias coronarianas. Embora a cinecoronariografia não seja considerada um consenso nas diretrizes internacionais para a estratificação de risco em pacientes estáveis, na prática clínica este exame é realizado em grande proporção de pacientes na fase intra-hospitalar⁽⁶⁾. A angioplastia, tratamento realizado para desobstruir a artéria coronária comprometida, ocorreu em 15 (50%) dos pacientes com IAM e 12 (40%) com Angina Instável. O tratamento com a revascularização ocorreu em 3 (10%) pacientes infartados. É importante salientar, a ausência de casos reportados ao uso de trombolíticos, visto que, na maioria dos casos, a janela de atendimento era superior a seis horas.

A redução da mortalidade por problemas coronarianos decorre de uma diminuição da prevalência dos fatores de risco, mas também reflete os efeitos do melhor tratamento médico e o papel de unidades coronarianas de pronto atendimento, com controle de arritmias e insuficiência cardíaca, bem como uma melhor sobrevida após a revascularização coronariana em certos grupos de pacientes. Sendo assim, o enfermeiro deve estar preparado para o atendimento de urgência e emergência, especialmente nas unidades coronarianas, apto a avaliar com precisão e reconhecer possíveis arritmias, a fim de instituir medidas de tratamento em tempo hábil.

Tabela 6 – Prevalência do Infarto Agudo do Miocárdio segundo a classificação de Killip-Kimball nos pacientes internados em hospital público de Uberlândia-MG, 2007.

Variáveis	n	%
Classificação Killip-kimball		
I	20	67
II	2	6,5
III	2	6,5
IV	6	20
Total	30	100

Fonte: Prontuários dos pacientes internados em um hospital público de Uberlândia-MG, 2007.

A Tabela 6 mostra a classificação do Infarto Agudo do Miocárdio segundo a classificação de Killip, a qual considera os dados clínicos apresentados pelo paciente e permite estimar a gravidade da insuficiência ventricular nos pacientes com IAM, sendo bastante usada como índice preditivo de mortalidade em geral. A apresentação mais prevalente foi a de Killip I, com 67% dos casos, o qual indicou que os casos admitidos não tiveram grande repercussão e gravidade, e que se atendidos rapidamente, o prognóstico é bem favorável, principalmente se tratando de complicações em longo prazo, no que se refere à função miocárdica. Além da localização, o que mais influencia a evolução para óbito é a classificação clínica de Killip-Kimball: 67% na classe I, 17% na classe II; 1,38% na classe III e 81% na classe IV⁽¹⁸⁾.

Assim, é importante que o enfermeiro saiba avaliar com eficácia os sinais e sintomas de agravos do IAM, para que haja melhor prognóstico desses pacientes.

Tabela 7 – Terapêutica farmacológica domiciliar utilizada pelos pacientes que tiveram Infarto Agudo do Miocárdio. Uberlândia-MG, 2007.

Variáveis	n	%
*AAS	8	27
**IECA	7	23
Beta-bloqueadores	5	17
Anticoagulante	1	3
Vasodilatador coronariano	1	3

Fonte: Prontuários dos pacientes internados em um hospital público de Uberlândia-MG, 2007.

*AAS – Ácido Acetil-salicílico, **IECA – Inibidores de enzima de conversão da angiotensina

Quanto aos medicamentos, verifica-se na Tabela 7, que oito (27%) dos pacientes faziam uso domiciliar de AAS, sete (23%) usavam inibidores da enzima de conversão da angiotensina, cinco (17%) betabloqueadores, um (3%) anticoagulante, um (3%) vasodilatador coronariano. Estudos demonstram que o uso prévio de ácido acetil-salicílico é um fator de maior gravidade em pacientes com suspeita ou diagnóstico confirmado de síndromes coronarianas miocárdicas instáveis sem supradesnível do segmento ST⁽¹⁹⁾.

Considera-se, portanto, que o acompanhamento domiciliar por parte do Enfermeiro seja essencial para a eficácia da terapêutica desses pacientes, visto que uma parcela significativa é composta por idosos e podem fazer uso irregular de medicamentos. Sendo assim, algumas medidas poderiam promover o uso racional de medicamentos entre idosos, como o esclarecimento da família, dos cuidadores e do próprio paciente sobre as consequências potenciais do uso não criterioso de medicamentos na idade avançada e a implementação de sistema de farmacovigilância com especial atenção ao uso de medicamentos por pessoas de maior idade⁽²⁰⁾.

Tabela 8 - Distribuição dos dados clínicos da Angina Instável em relação ao tempo de precordialgia, em pacientes internados em hospital público de Uberlândia-MG, 2007.

Variáveis	n	%	
Tempo de duração da dor	≥2 e <5 min	4	13
	≥5 e <15 min	4	13
	≥15 e <30 min	3	10
	≥ 30 min	4	13
	Não especificado	15	50
Total	30	100	

Fonte: Prontuários dos pacientes internados em um hospital público de Uberlândia-MG, 2007.

Em termos de duração da precordialgia nos pacientes com angina instável, pode-se observar que na metade dos casos não havia registro no prontuário. Isso seria uma informação altamente relevante na abordagem desse paciente, visto que, a identificação e a percepção da permanência desse sintoma deve orientar a administração de fármacos específicos para esse paciente, sobretudo os vasodilatadores coronarianos e analgesia. Além disso, sua identificação é de grande importância para identificar de fato se é uma dor anginosa ou uma dor que caracteriza IAM.

Observa-se, portanto, que muitos dos pacientes sabem determinar o tempo de precordialgia, mas que este intervalo é bastante variável.

O tempo de duração da dor anginosa, associado aos achados eletrocardiográficos e valores de enzimas cardíacas (CPK, CPK-MB, Troponina T ou I) são dados valiosos para a estratificação do risco de eventos cardíacos em pacientes com angina instável⁽²¹⁾.

O enfermeiro deve estar atento às queixas de dor referidas pelos pacientes, a fim de instituir terapêutica para minimizar essa dor, visto que quanto maior a dor, maior é o consumo de oxigênio pelo músculo cardíaco. Além disso, cabe aqui, o papel de orientar os pacientes sobre possível reincidência da dor para que possam saber lidar com essa situação.

Tabela 9 – Caracterização clínica, quanto ao tipo de precordialgia, apresentados nos pacientes com Angina Instável internados em hospital público do município de Uberlândia-MG, 2007.

Variáveis*		n	%
Localização e irradiação	Região retroesternal	12	40
	Irradiação para o membro superior esquerdo	11	37
	Irradiação para o pescoço	6	20
	Irradiação para a mandíbula	1	3
	Outros	6	20
	Não especificado	5	17
Fatores precipitantes	Em repouso	10	33
	Atividade física	10	33
	Estresse	1	3
	Não especificado	14	47
Fatores aliviantes	Repouso	6	20
	Medicamentos	5	17
	Não especificado	21	70

Fonte: Prontuários dos pacientes internados em um hospital público de Uberlândia-MG, 2007.

* Houve mais de uma variável por paciente

Em relação às características clínicas apresentadas pelos pacientes atendidos, observa-se a predominância de dor retroesternal com irradiação para braço esquerdo, sintomas clínicos típicos demonstrados e citados na literatura básica⁽³⁾. Além disso, na maioria dos casos, o paciente relatou desconhecer os principais fatores precipitantes e de alívio para os sintomas. É importante salientar a diferença básica entre a angina estável e instável, por meio do fator precipitante, que tem relação direta com determinado grau de esforço, justificando, assim, a necessidade de levar em consideração esses fatores precipitantes, pois em pacientes com angina prévia, a mudança do caráter da dor é um indicador de instabilização⁽⁶⁾.

Outro fator relevante é a necessidade de o enfermeiro (grifo nosso) reconhecer os sinais clínicos semiológicos e sintomatológicos para o correto diagnóstico da dor, se realmente se trata de origem cardíaca (coronariana), já que grande parte dos casos refere-se a outras causas, com diversos diagnósticos diferenciais, sobretudo o espasmo esofágico, doenças osteomusculares e dissecção aguda de aorta, por exemplo⁽²²⁾.

É importante salientar as limitações do presente trabalho. O número/amostra de prontuários avaliados foi pequeno, o que fragiliza um pouco a análise estatística. Outro fator seria as dificuldades técnicas da obtenção dos dados nos prontuários, seja por falta de clareza na escrita ou por dados insuficientes, tanto pela equipe médica quanto de enfermagem. Portanto, seria necessária uma anamnese mais detalhada que pudesse contribuir para a realização de estudos científicos.

Os resultados deste estudo apontam para o fato de o enfermeiro traçar perfil de pacientes que possuem em seu estilo de vida, hábitos que propiciam a manutenção ou progressão da DAC. A melhor terapêutica para a DAC é a prevenção, combatendo os fatores de risco. A enfermagem faz parte de todo o processo, desde a prevenção até a assistência específica na unidade de emergência. Por isso, o sistema de saúde necessita de profissionais capacitados para o atendimento desses pacientes, devido à sua grande endemicidade.

Além disso, diante dessas colocações, sugerimos a realização de novos trabalhos por parte da comunidade científica, que superem essas limitações, mas que também contemplem aspectos como a qualidade de vida dos pacientes coronariopatas e suas limitações frente a patologia.

5 Considerações Finais

Este estudo tem a pretensão de conhecer o perfil dos pacientes com síndromes coronarianas, especificamente Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio, que foram internados em um hospital público de Uberlândia-MG no ano de 2007. Essas patologias apresentam grande incidência em nível mundial e, portanto, merecem atenção.

Após o estudo de 60 prontuários, identificou-se que se trata de uma doença multifatorial, sendo uma característica importante encontrada nesses pacientes a associação de vários fatores de risco, o que representa maior perigo de desenvolver doenças coronarianas agudas. Provavelmente, tal associação de fatores é decorrente da falta de orientação e acompanhamento por parte da equipe multidisciplinar para a correção dos fatores de risco considerados como passíveis de serem controlados.

O perfil clínico-demográfico aponta para paciente do sexo masculino com faixa etária entre 51 e 60 anos, leucodermo, casado, hipertenso e dislipidêmico, com mais de três fatores de risco associados, residente no município de Uberlândia.

Com relação ao tempo do início do evento (dor) até o atendimento dos pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio, foi verificado um intervalo maior que seis horas. Este dado representa grande risco ao paciente, geralmente exposto a um maior risco de morte na primeira hora após o início dos sintomas, portanto, antes da chegada ao hospital, pois sabe-se que o intervalo de tempo decorrido entre o início dos sintomas e o atendimento é extremamente relevante para a sobrevida do paciente e para o prognóstico clínico futuro. Daí surge a necessidade de triar e classificar esses pacientes com dor torácica, o mais precoce possível. As unidades de dor torácica precisam de estar equipadas com recursos materiais e profissionais treinados para a estratificação de risco e manejo dos pacientes com síndrome isquêmica aguda.

Na maioria dos pacientes acometidos, era o primeiro evento de IAM, sendo a parede anterior a área mais acometida.

O eletrocardiograma foi utilizado como teste diagnóstico na maioria desses pacientes e os principais critérios terapêuticos aplicados foram os do tipo clínico/medicamentoso. O uso de terapias antiisquêmica, antiplaquetária, anticoagulante e outras medicações, quando indicadas, mostrou-se predominante. Uma parcela significativa desses pacientes fazia uso domiciliar desses medicamentos. O cateterismo cardíaco foi amplamente utilizado para diagnosticar e corrigir os problemas cardiovasculares por meio de angioplastia. A classificação Killip I foi a mais prevalente.

Nos pacientes com Angina Instável verificou-se que o tempo de duração da dor precordial foi variável, predominando de dois a 15 minutos, com irradiação para a região retroesternal, sendo precipitada pela atividade física e mesmo em repouso, e aliviada pelo repouso.

Portanto, os membros da equipe multiprofissional, em especial os enfermeiros, têm que se preocupar em orientar os pacientes quanto à prevenção dos fatores de risco para que não prevaleçam, valorizar a dor referida pelo paciente, proporcionar agilidade no reconhecimento da isquemia a fim de otimizar o tratamento, para que, a partir daí, haja um melhor prognóstico e aumente assim a sobrevida destes pacientes.

6 Referências

- (1) Simão M. Fatores de risco para as doenças cardiovasculares em trabalhadores de uma destilaria do interior paulista. 2004. 94 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP), São Paulo, 2001.
- (2) Jacobson RGS. Guia Profissional para Fisiopatologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.
- (3) Woods SL, Froelicher ESS, Motzer SU. Enfermagem em Cardiologia. 4 ed, São Paulo: Manole, 2005.
- (4) Hudak CM, Gallo BM. Cuidados Intensivos de Enfermagem: uma Abordagem Holística. 6 ed, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.
- (5) Swearingen PL, Keen JH. Manual de Enfermagem no Cuidado Crítico: Intervenções em Enfermagem e Problemas Colaborativos. 4 ed., Porto Alegre: Artmed, 2005.
- (6) Sociedade Brasileira de Cardiologia. III Diretriz sobre Tratamento de Infarto Agudo do Miocárdio. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 83(4), suplemento IV, set 2004.
- (7) Topol EJ. Tratado de Cardiologia. 2 ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
- (8) Malta DC, Cezario AC, Moura L de et al. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. Epidemiol. Serv. Saúde, 15 (3), 47-65, 2006.
- (9) Araújo DV, Ferraz MB. Impacto econômico do tratamento da cardiopatia isquêmica crônica no Brasil: o desafio da incorporação de novas tecnologias cardiovasculares. Arq. Bras. Cardiol, 85, 1-2, 2005.
- (10) Alves M. Como escrever teses e monografias: um roteiro passo-a-passo. Rio de Janeiro: Campus, 2003.
- (11) Pereira AF et al. Detecção de Fatores de Risco Alterados em Pacientes Coronariopatas Hospitalizados. Arq Bras Cardiol, 79 (3), 256-62, 2002.
- (12) Luz PL, Solimene MC. Peculiaridades da doença arterial coronária na mulher. Rev. Assoc. Med. Bras., São Paulo, 45 (1), 45-54, Jan/Mar 1999. [capturado em 15 janeiro 2009]. Disponível: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42301999000100010
- (13) Gerber ZRS, Zielinsky P. Fatores de Risco de Aterosclerose na Infância. Um Estudo Epidemiológico. Arq. Bras. Cardiol., Porto Alegre, RS, 69 (4), 231-236, 1997. [capturado em 10 fevereiro 2009]. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v69n4/3699.pdf>

- (14) Gus I, Fischmann A, Medina C. Prevalência dos Fatores de Risco da Doença Arterial Coronariana no Estado do Rio Grande do Sul. Arq Bras Cardiol, Porto Alegre, RS 78 (5), 478-83, 2002.
- (15) Júnior FCM et al. Prevalência de fatores de risco coronarianos e alterações da perfusão miocárdica à cintilografia em pacientes diabéticos assintomáticos ambulatoriais. Arq. Bras. Cardiol., São Paulo, 89 (5), Nov. 2007.
- (16) Pinton FA et al. Depressão como fator de risco de morbidade imediata e tardia pós-revascularização cirúrgica do miocárdio. Rev. Bras. Cir. Cardiovasc, 21 (1), 68-74, jan.-mar., 2006.
- (17) Bassan R. Unidades de dor torácica. Uma forma moderna de manejo de pacientes com dor torácica na sala de emergência. Arq. Bras. Cardiol., Rio de Janeiro, 79 (2), 196-202, 2002.
- (18) Peralta IR, Benvenuti LA. Correlação Anatomoclínica. Arq. Bras. Cardiol., São Paulo, 79 (2), ago, 2002.
- (19) Nicolau JC et all. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem supradesnível do segmento ST. Arq Bras Cardiol, 2 ed., 89(4), 39-131, 2007.
- (20) Filho JMC; Marcopito LF; Castelo A. Perfil de utilização de medicamentos por idosos em área urbana do Nordeste do Brasil. Rev. Saúde Pública. São Paulo, 38(4), ago, 2004.
- (21) Souza J, Manfroi WC, Polanczyk CA. Teste ergométrico imediato em pacientes com dor torácica na sala de emergência. Arq. Bras. Cardiol., São Paulo , 79 (1), jul., 2002.
- (22) Ferreira JFM et al. Atendimento sistematizado do paciente com dor torácica e placa arterial instável. Revista Soc. Cardiologia Estado de São Paulo, São Paulo, 12(4), 541-552, jul-ago. 2002.

Anexo 1

Questionário Clínico Sócio-Demográfico

Dados demográficos

PRT:..... Idade: Sexo: () F () M Cor: () branco () negro () pardo Data nasc:Profissão:

Estado civil: () solteiro () casado () amasiado () divorciado () viúvo () outro

Fatores aliviantes da dor: () repouso () medicamentos =>
.....

Testes diagnósticos: () ECG () Teste de esforço () Radiografia () Ecocardiograma
() Cateterismo cardíaco () Enzimas cardíacas

Tratamento realizado: () clínico / medicamentoso () trombolítico
() angioplastia () cateterismo
() revascularização