

Infarto Agudo do Miocárdio: o perfil de pacientes atendidos na UTI de um hospital público de São Paulo

Acute Myocardial Infarction: the profile of patients treated in ICU of a public hospital in Sao Paulo

Infarto Agudo de Miocardio: el perfil de los pacientes tratados em la UCI de um hospital público de São Paulo

Resumo: Estudo realizado com o objetivo de conhecer o perfil de pacientes atendidos com infarto agudo do miocárdio em uma unidade de terapia intensiva de um hospital público de São Paulo, no período de 26 de julho a 30 de setembro de 2010, com análise de 50 casos, escolhidos ao acaso, segundo as variáveis: sexo, faixa etária, cor, estado civil, paridade, grau de instituição, hábito de fumar e atividade física. Pelos resultados pode-se concluir predominância do sexo masculino, faixa etária de 60 a 70 anos, maior incidência de cor preta, casados, com um filho, houve a predominância do ensino fundamental completo, respondendo sim ao hábito de fumar, e a não prática nenhum tipo de atividade física.

Descritores: Unidade de Terapia Intensiva, Paciente, Infarto Agudo do Miocárdio.

Abstract: Study carried out in order to know the profile of patients presenting with acute myocardial infarction in an intensive care unit a public hospital in Sao Paulo, from July 26 to September 30, 2010, with analysis of 50 cases, chosen at random, according to the variables: gender, age, race, marital status, parity, level of institution, smoking and physical activity. From the results we can conclude a predominance of males, age 60-70 years, higher incidence of black, married with a son, there was a predominance of complete elementary school, answering yes to the smoking habit, and not to practice any type of physical activity.

Descriptors: Intensive Care Unit, Patient, Acute Myocardial Infarction.

Resumen: Estudio realizado con el fin de conocer el perfil de los pacientes con infarto agudo de miocardio en la unidad de cuidados intensivos del un hospital público de São Paulo, a partir de julio 26 a septiembre 30, 2010, con el análisis de 50 casos, seleccionados aleatorizado, de acuerdo con las variables: género, edad, raza, estado civil, paridad, nivel de institución, el tabaquismo y la actividad física. De los resultados podemos concluir un predominio del sexo masculino, edad 60-70 años, la mayor incidencia de negro, se casó con un hijo, hubo un predominio de la escuela primaria completa, respondiendo que sí a la costumbre de fumar, y no a la práctica de cualquier tipo de actividad física.

Descriptores: Unidad de Cuidados Intensivos, Paciente, Infarto agudo de Miocardio.

Luiz Faustino dos Santos Maia

Enfermeiro. Mestre em Terapia Intensiva pela SOBRATI. Especialista em Saúde Coletiva e Saúde da Família; Gestão e Auditoria dos Serviços de Enfermagem; Enfermagem em Urgência, Emergências e Cuidados Intensivos pela UNICSUL; Programa Especial de Formação Pedagógica em Ciências Biológicas pela UNINOVE; Docência do Ensino Médio, Técnico e Superior na Área da Saúde pela FAPI. Docente de graduação em Enfermagem pela FMU, e formação Técnica. Coordenador Geral da Revista Recien.

E-mail: dr.luizmaia@yahoo.com.br

Introdução

O Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) é a síndrome clínica resultante da necrose isquêmica do músculo cardíaco, consequente à obstrução ao fluxo coronariano, transitória ou permanente. Do ponto de vista patológico, o Infarto Agudo do Miocárdio é a morte celular em decorrência de isquemia prolongada; visto que a maioria dos infartos do miocárdio é ocasionada pela trombose de uma artéria coronariana sobre uma placa ateromatosa¹.

O IAM é um evento agudo que sempre requer internação hospitalar e, por sua magnitude, a despeito da existência de procedimentos terapêuticos capazes de melhorar o prognóstico do paciente, tem sido apontado como um agravo importante no desenvolvimento de indicadores para o monitoramento da qualidade da assistência. Aspectos como utilização de novas tecnologias de reconhecida eficácia, admissão em uma unidade de terapia intensiva, tempo decorrido entre o início dos sintomas e o primeiro atendimento têm mostrado importante impacto na redução da letalidade por IAM².

A discussão do tempo tem papel de destaque na assistência ao paciente infartado, geralmente exposto a um maior risco de morte na primeira hora após o início dos sintomas, portanto, antes da chegada ao hospital. O intervalo de tempo decorrido entre o início dos sintomas e o atendimento é extremamente relevante para a sobrevida. Mais de 50% dos óbitos ocorrem na primeira hora de evolução. Considerando-se que o benefício do uso da terapia com trombolíticos é tempo-dependente, o retardo no tratamento de pacientes com suspeita de IAM é um fator crítico de redução na sobrevida².

De acordo com Goldman e Ausiello³ em geral, a causa subjacente sempre é a interrupção completa do fluxo sanguíneo miocárdio regional (devido a uma oclusão coronariana, geralmente aterotrombótica). A morte celular miocárdica começa com 15 minutos de oclusão e prossegue rapidamente em uma frente de onda do endocárdio para o epicárdio, podendo assim, obter um salvamento miocárdio parcial liberando a oclusão dentro de 3 a 6 horas³.

A extensão da necrose miocárdica também pode ser alterada pela modificação das demandas metabólicas e pelo suprimento sanguíneo colateral. Pesquisas clínicas extensas ao longo das últimas décadas confirmam esta promessa e definiram a limitação da recanalização coronariana do IAM em humanos³.

Ao longo das últimas décadas, observações patológicas, angiográficas e angioscópicas refinaram ainda mais as bases patofisiológicas da trombose coronariana. A erosão da placa subjacente, o fissuramento, ou ruptura das placas ateroscleróticas vulneráveis foi definida como o mecanismo iniciante da oclusão trombótica coronariana³.

Objetivo

O objetivo consiste em analisar a caracterização do perfil de pacientes atendidos por infarto agudo do miocárdio na unidade de terapia intensiva.

Material e Método

Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva de enfoque quantitativo. Realizada na unidade de terapia intensiva de um hospital da rede pública da cidade de São Paulo, no período de 26 de julho a 30 de setembro do ano de 2010, com amostra de 50 pacientes escolhidos ao acaso.

Dentre a amostra selecionada, foram excluídos participantes que recusaram assinar o termo de consentimento.

Foram incluídas as pessoas que foram diagnosticadas por IAM, após diagnóstico clínico e laboratorial pelo médico socorrista.

O presente trabalho passou por avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Cruzeiro do Sul e após parecer de aprovação, dado início a pesquisa que foi realizada utilizando um instrumento de coleta de dados, contendo oito questões fechadas que caracterizam os sujeitos e visa corresponder ao objetivo do estudo.

Revisão da Literatura

Alterações Decorrentes do Infarto Agudo do Miocárdio

A consequência da obstrução da artéria coronariana representa a falta do fornecimento de sangue necessário para o miocárdio, provocando profundas consequências morfológicas, bioquímicas e funcionais. A ruptura da artéria coronariana principal resulta em isquemia e potencialmente, morte celular em toda região irrigada por essa artéria, principalmente no subendocárdico. O resultado depende da intensidade, duração e da privação do fluxo⁴.

A principal consequência bioquímica inicial da isquemia do miocárdio seria a ausência da glicose aeróbica dentro de poucos segundos, levando à produção de fosfato de alta energia e ao acúmulo de produtos de degeneração potencialmente nocivos como o ácido láctico⁵.

A função miocárdica é excessiva e sensível. Com a obstrução arterial em decorrência das placas arteroscleróticas o miocárdio perde sua contratilidade dentro de 60 segundos após o início da isquemia, podendo causar insuficiência cardíaca aguda. Quando ocorre a restauração do fluxo sanguíneo no miocárdio após um período mais curto de privação do mesmo (menor que 20 minutos) é comum não haver perda da função celular. Esses fatos fornecem uma fase para detecção precoce do infarto agudo de miocárdio, o que permite o tratamento precoce e recupera a maior quantidade possível de miocárdio isquêmico, porém não necrótico, e consequentemente minimiza a grandeza do infarto.

A circulação colateral pode fornecer a perfusão para as zonas isquêmicas de um ramo não obstruído da árvore coronariana, evitando assim, o ponto de obstrução e protegendo contra os efeitos de uma oclusão coronária aguda⁴.

Manifestações Clínicas

Os pacientes com infarto agudo do miocárdio apresentam pulso rápido e fraco, e com frequência diaforese. A dispnéia ocasionada pelo comprometimento da contratilidade do miocárdio isquêmico é comum e acompanhada de congestão e

edema pulmonar. Eles podem apresentar pele fria, pálida e úmida. A frequência cardíaca e respiratória pode ser mais rápida que o normal e apresentar dor precordial intensa. Esses sinais e sintomas, que são causados pela estimulação do sistema nervoso simpático, podem estar presentes apenas por um curto intervalo de tempo⁵.

Estudos mostraram que 2% dos pacientes que foram diagnosticados com infarto agudo miocárdio receberam alta de maneira incorreta e foram mandados para casa pelo setor de emergência, sendo que em sua grande maioria, desenvolveram um infarto fulminante⁶.

Fatores de Risco

Os fatores de risco para o infarto agudo do miocárdio são classificados em dois grupos: os fatores de risco imutáveis e fatores de risco mutáveis.

Fatores de Risco Imutáveis

Quase 10% dos infartos agudos de miocárdio ocorrem em indivíduos com menos de 40 anos de idade, enquanto 45% são observados com mais de 65 anos. Com relação à etnia os negros e brancos são acometidos com igual frequência⁶, descartando-se, a hipótese de que este seja um indicador de risco para o infarto agudo do miocárdio.

Os homens apresentam um risco maior de infarto do que as mulheres, minimizando a diferença com o avanço da idade. De acordo com Shoen⁴, há exceção daqueles homens que apresentam condição aterogênica predisponente.

As mulheres são protegidas contra o IAM durante a vida reprodutiva, podendo ocorrer um rápido desenvolvimento da cardiopatia coronariana com a redução do estrogênio após a menopausa já que esse hormônio protege as mulheres contra esta doença, através de um ajuste favorável de fatores de risco de câncer de mama e do endométrio⁴.

Outro grande fator é o histórico familiar para doenças coronarianas, pois, estudos revelam que quanto mais parentes portadores de cardiopatias, maior a chance de desenvolver as chamadas doenças do coração⁴.

Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio

Para reduzir os danos causados pela obstrução coronariana, podem ser adotados procedimentos cirúrgicos e não cirúrgicos. Nas unidades emergenciais após o

diagnóstico de IAM, deve-se iniciar estratégia de recanalização, dentre outros cuidados como, monitorização, punção de veia calibrosa e administração de diversas medicações: estreptoquinase, nitroglicerina, β -bloqueadores, oxigênio⁸.

Outras terapias poderão ser utilizadas tais como: angioplastia transluminal, angioplastia com laser, stent. As principais intervenções cirúrgicas são as anastomoses entre a aorta e as artérias coronárias através das pontes de safenas ou anastomoses das coronárias e a artéria mamária⁹. Apesar das novas tecnologias e dos avanços científicos, a utilização dessas terapias por vezes se mostram ineficazes, sendo necessário um transplante cardíaco.

Fatores de Risco Mutáveis

O infarto agudo miocárdio pode ocorrer em praticamente qualquer fase da vida, sendo mais frequente com o aumento da idade e na presença de fatores predisponentes à aterosclerose, tais como, hipertensão, tabagismo, diabetes mellitus, hipercolesterolemia e outras causas. Esses fatores são imutáveis, porém, com a mudança no estilo de vida do indivíduo, podem-se diminuir as chances de se apresentar uma doença cardíaca.

Entre as mulheres, além da diminuição de estrogênio fator considerada mutável, pela possibilidade de reposição hormonal, outros fatores de risco embora em menor evidência, como mudanças no estilo de vida com a sua emancipação social, como o estresse, sedentarismo, obesidade, níveis pressóricos aumentados e alcoolismo, são, de certa forma preocupante, principalmente, se levar em conta a interrelação entre os mesmos.

Dados Epidemiológicos

A doença cardiovascular é responsável por quase a metade de todas as mortes nos Estados Unidos e em outros países desenvolvidos, e por um quarto em países em desenvolvimento, visto que, por volta de 2020, prevê-se que a mesma será responsável por uma em cada três mortes em todo o mundo³.

É válido ressaltar, que a metade das mortes por doença cardíaca coronariana (um quarto de um milhão

por ano) estão diretamente relacionada com o infarto agudo do miocárdio, e pelo menos a metade destas mortes ocorre até 1 hora após o início dos sintomas, e antes do paciente chegar à unidade de emergência do hospital³.

A doença aterosclerótica e suas complicações trombóticas ainda permanecem como as principais causas de morbidade e mortalidade no Brasil. A mortalidade associada à doença aterosclerótica relaciona-se com as síndromes coronarianas agudas, incluindo infarto agudo do miocárdio, angina instável e morte súbita cardíaca¹⁰.

Problemas de acesso tendem a aumentar o tempo decorrido até a admissão, diminuindo a letalidade hospitalar esperada e aumentando a extra-hospitalar. É indiscutível, nesse caso, o impacto da distribuição espacial eficiente de serviços de emergência na sobrevida de pacientes infartados.

Resultados e Discussão

Os pacientes analisados distribuíram-se, de acordo com o sexo, faixa etária, cor, estado civil, número de filhos e grau de instrução conforme é demonstrado pela caracterização sociodemográfica exposta na tabela 1.

De todos os pacientes analisados, o IAM foi mais frequente com 62,0% dos casos eram sexo masculino. Como já demonstrado por outros estudos^{11,12}, a maior prevalência de eventos cardiovasculares acometem o gênero masculino.

A faixa etária de maior frequência com 36% ficou entre 60 e 70 anos, conforme observado em outros trabalhos¹³, essa característica etária é coerente com a legislação vigente no país a pessoa é considerada idosa com idade acima de 60 anos.

Uma parcela expressiva, também, recai sobre a faixa etária de 50 a 60 anos, com 30% dos pesquisados.

No presente estudo em relação à cor houve predominância na maioria dos sujeitos pesquisados 44% referiu cor preta, já 28% parda, em estudo feito por Cruz e Lima¹⁴, relatam que os fatores de risco cardiovasculares tem um elevado índice na população, sendo prevalente e mais grave em pessoas de etnia negra.

Observa-se que maioria dos clientes pesquisados 54% casados, já com relação ao número de filhos 36% tem um filho enquanto 30% dois filhos. A maioria dos

entrevistados 38% apresentou o ensino fundamental como grau de instrução.

Tabela 1. Características sociodemográficas. (N=50). São Paulo, 2010.

Características	N (%)
Sexo	
Masculino	31 (62,0%)
Feminino	19 (38,0%)
Idade	
40 — 50	9 (18,0%)
50 — 60	15 (30,0%)
60 — 70	18 (36,0%)
70 — 80	8 (16,0%)
Cor	
Branca	10 (20,0%)
Preta	22 (44,0%)
Parda	14 (28,0%)
Amarela	4 (8,0%)
Estado Civil	
Solteiro	9 (18,0%)
Casado	27 (54,0%)
Viúvo	11 (22,0%)
Outros	3 (6,0%)
Número de Filhos	
Nenhum	12 (24,0%)
Um	18 (36,0%)
Dois	15 (30,0%)
Três ou mais	5 (10,0%)
Grau de Instrução	
Ensino fundamental	19 (38,0%)
Ensino médio completo	15 (30,0%)
Ensino médio incompleto	12 (24,0%)
Ensino superior completo	4 (8,0%)

Como podem ser observados na tabela 2, os dados referentes em relação ao tabagismo 86% relataram fazer uso, enquanto que 14% não possuem o hábito. O hábito de fumar existe em várias culturas, há milênios, nas quais se fumam ervas, resinas e tabaco, sendo este último o de maior importância para a doença cardiovascular em razão dos danos que a nicotina causa nas artérias, pois é transportada para a corrente sanguínea através do hábito de tragar¹⁵.

Por mais que a atividade do trabalho diário cubra um nível de exercício de baixa intensidade, é de suma seriedade que a pessoa realize exercícios físicos regulares de modo a alcançar o condicionamento

cardíaco. Assim, quanto à atividade física, verificamos que 38% relatam a prática nenhum tipo de exercício. Entretanto ainda há um número muito alto de pessoas que não praticam exercícios com regularidade.

As atividades físicas para a melhoria da qualidade de vida devem ser do tipo aeróbico, como caminhadas rápidas de 15 a 45 minutos e numa frequência de 3 a 5 vezes na semana. Estes exercícios diminuem o risco e doenças cardiovasculares pela diminuição da resistência vascular periférica e pelo aumento do condicionamento cardíaco¹⁶.

Tabela 2. Dados referentes aos hábitos pessoais. (N=50). São Paulo, 2010.

Características	N (%)
Tabagismo	
Sim	43 (86,0%)
Não	7 (14,0%)
Atividade Física	
Sim	12 (24,0%)
Não	38 (76,0%)

Diante das informações obtidas neste estudo, entende-se que a forma de acompanhamento das doenças que acometem os pacientes atendidos em UTI precisa ser aprimorada.

O infarto agudo do miocárdio é uma ocorrência aguda e sucessivamente requer cuidados intensivos, tendo um diagnóstico clínico relativamente simples e bem instituído, geralmente baseado na história clínica, evolução eletrocardiográfica e curva enzimática¹⁷. O seu manejo conta com inúmeras alternativas terapêuticas, com eficácia comprovada por evidências científicas, que tem sido vastamente divulgada através de diretrizes práticas pela Sociedade Brasileira de Cardiologia¹⁸.

Conclusão

O infarto do miocárdio, é altamente prevalente em nossa população, requer atenção especial dos profissionais da saúde, a fim de reduzir a morbidade e a mortalidade.

Verificou-se que o perfil da população analisada proporciona as seguintes características predominantes: sexo masculino, idoso, cor, casados, um filho, ensino fundamental, tabagismo e atividade física.

A maioria dos pacientes internados era originária da unidade de emergência, caracterizando uma expressiva

demanda por atendimento hospitalar de unidade crítica ou alta complexidade.

Conclui-se que este estudo pode colaborar para o plano e/ou concepção de ferramentas de avaliação e processo para a assistência de enfermagem, e alcançar rendimentos no progresso do quadro clínico do cliente em terapêutica intensiva.

Referências

1. Pires MTB, Starling SV. Erazo: manual de urgência em pronto socorro. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2006.
2. Melo ECP, Travassos CMR, Carvalho MS. Infarto agudo do miocárdio no Município do Rio de Janeiro: qualidade dos dados, sobrevida e distribuição espacial. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2007. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br>>. Acesso em 12 Ago 2010.
3. Goldeman L, Ausiello D. Tratado de Medicina Interna. Rio de Janeiro: Elsevier. 2005.
4. Schoen RFJ. Patologia estrutural e funcional. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2000.
5. Robbins SL, Cotran RS, Kumar V. Patologia estrutural e funcional. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2000.
6. Fernandes CE, et al. I Diretriz Brasileira sobre prevenção de doenças cardiovasculares em mulheres climatéricas e a influência da terapia de reposição hormonal (TRH) da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) e da Associação Brasileira do Climatério (SOBRAC). *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. 2008; 91(1):1-23.
7. Lobo R. Menopausa. In: GOLDMAN, Lei & AUSIELO, Denis. (orgs.). Tratado de Medicina Interna. Rio de Janeiro: Elsevier. 2005.
8. Anderson JL. Infarto Agudo do Miocárdio com Elevação do Segmento ST e complicações do Infarto do Miocárdio. In: GOLDEMAN, Lei & AUSIELLO, Denis (orgs.). Tratado de Medicina Interna. Rio de Janeiro: Elsevier. 2005; 472-489.
9. Higuchi ML e col. Anatomia Patológica das síndromes Miocárdicas Instáveis. In: NICOLAU, J.C. Síndromes Isquêmicas Miocárdicas Instáveis. Rio de Janeiro: Atheneu. 2001; 1:3-6.
10. Wainstein R, Furtado MV, Polanczyk CA. Trombólise pré-hospitalar no infarto agudo do miocárdio: uma alternativa factível para o Brasil? *São Paulo: Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. 2008; 90 (2):77-79.
11. Rocha JSY, Silva GCM. Hospitalizações por infarto agudo do miocárdio segundo o dia da semana: estudo retrospectivo. *Rev Saúde Pública*. 2000; 34(2):157-62.
12. Colombo RCR, Aguillar OM. Estilo de vida e fatores de risco de pacientes com primeiro episódio de infarto agudo do miocárdio. *Rev Latinoam Enferm*. 1997; 5(2):69-82.
13. Rocha MS, Caetano JA, Soares E, Medeiros FL. Caracterização da população atendida em unidade de terapia intensiva: subsídio para a assistência. Rio de Janeiro: *Rev. Enferm. UERJ*. 2007; 15(3):411-6.
14. Cruz ICF, Lima R. Etnia negra: um estudo sobre a hipertensão arterial essencial e os fatores de risco cardiovasculares. Rio de Janeiro: *Rev. Enferm. UERJ*. 1999; 7(1):35-44.
15. Cruz ICF, Sobral V, Pena AA. Histórias do esquecimento brasileiro: considerações sobre os fatores de risco da hipertensão arterial em negros. Salvador: *Rev. Baiana Enferm*. 1998; 11(1):75-85.
16. Cuddy RP. Hypertension - Keeping Dangerous. *Nursing* 1995; 8:34-41.
17. ACC/AHA (American College of Cardiology/American Heart Association). Guidelines for the Management of Patients With Acute Myocardial Infarction. Guideline. *J Am Coll Cardiol*. 2007; 50:652-726.
18. Piegas LS, Feitosa G, Mattos LA, Nicolau JC, Rossi Neto JM, et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST. *Arq Bras Cardiol*. 2009; 93(6):179-264.