

INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO EM IDOSOS ATENDIDOS EM UNIDADE DE EMERGÊNCIA

Olga Benário Batista de Melo Chaves (1); Hortênsia Paula Bernardino Ribeiro (2); Mayara Muniz Peixoto Rodrigues (3); Josilene de Melo Buriti Vasconcelos (4).

Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa/PB. E-mail: olgabeniarioprestes@gmail.com

RESUMO

Objetivo: identificar o perfil sociodemográfico e clínico dos idosos vítimas de Infarto Agudo do Miocárdio atendidos em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA). Metodologia: estudo documental, retrospectivo, com abordagem quantitativa, realizado em João Pessoa, Paraíba, após aprovação em Comitê de Ética e Pesquisa. A amostra totalizou 96 prontuários, de pacientes com diagnóstico de IAM com 60 anos ou mais, atendidos na UPA, no período de janeiro de 2015 a dezembro de 2016. Os dados foram obtidos nos prontuários, em janeiro e fevereiro de 2017, registrados em formulário, com variáveis sociodemográficas e clínicas. Os dados foram analisados utilizando-se o *Statistical Package for the Social Science (SPSS)* versão 20.0. Resultados: Considerando os dados sociodemográficos verificou-se que 58,3% pacientes eram do sexo feminino, 42,7% casados e 66,7% eram alfabetizados. De acordo com os hábitos e estilo de vida dos idosos, 16,7% eram tabagistas, 4,2% etilistas e 100% não praticava exercícios físicos, ou seja, eram sedentários. Quanto aos fatores de risco cardiovascular, as comorbidades mais prevalentes apresentadas pelos idosos foram: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), presente em 91,7%; Diabetes Mellitus em 60,4%; e a Insuficiência Cardíaca em 40,6%. Conclusão: O estudo corroborou a literatura atual no tocante a prevalência de infarto no sexo feminino e a Hipertensão Arterial Sistêmica como principal comorbidade nesta clientela. Denota a necessidade de reflexão sobre as estratégias de orientação a população no controle de doenças crônicas e de outros fatores de risco associados ao agravo, como o etilismo, o tabagismo e o sedentarismo.

Palavras-chave: Infarto do miocárdio; Serviços médicos de emergência; Idoso; Enfermagem.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é um evento mundial, complexo e multifatorial, e no Brasil o número de idosos tem crescido de forma acelerada, calculando-se que em 2025 será a sexta maior população idosa do mundo, com 32 milhões de pessoas nesta faixa etária.¹ O processo de envelhecimento é um fato associado as alterações do perfil de saúde da população, com destaque para a ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), que contribuem para o aumento na procura por atendimento em serviços de saúde e está acompanhado da perda de autonomia, piora na qualidade vida e aumento da mortalidade entre os idosos.¹ Entre as doenças mais prevalentes nesta população estão: A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM),

Obesidade; fatores estes que estão diretamente relacionados a ocorrência de Doenças Cardiovasculares (DCV).² Entre as DCV a de maior incidência é a doença arterial coronária (DAC) cujas principais manifestações clínicas são a angina pectoris, o infarto agudo do miocárdio (IAM) e a morte súbita.³ O IAM registra elevados índices de mortalidade, constituindo-se na primeira causa de mortes no Brasil, que registra, aproximadamente, 100 mil óbitos anuais devidos a essa doença.⁴

A Sociedade Brasileira de Cardiologia apresenta que o maior número de mortes por IAM acontece nas primeiras horas em que se manifestam os sinais e sintomas da doença, sendo 40 a 65% na primeira hora e, cerca de 80% nas próximas 24 horas. Desse modo, as mortes por IAM acontecem principalmente no ambiente extra-hospitalar e, frequentemente, é desassistida pelos profissionais de saúde.³

O IAM pode ser definido como a morte do tecido muscular cardíaco, que se deve a falta de fluxo sanguíneo em quantidade suficiente para suprir as células cardíacas. Em geral, a interrupção da corrente sanguínea no miocárdio se dá pelo acúmulo de placas de gordura nas artérias do coração ou pode estar relacionada à obstrução total pela presença de trombose ou embolia na luz arterial. A dor de longa duração e intensidade é a característica principal do IAM e, geralmente, está localizada na região precordial, subesternal ou epigástrica, e pode irradiar para outras partes do corpo, como: ombro, braço esquerdo, pescoço, mandíbula.^{3,5}

Para o diagnóstico de Infarto Agudo do Miocárdio Com Supradesnível de ST (IAMCSST), considera-se as alterações definitivas de Eletrocardiograma (ECG) indicando IAM com supra ST: elevação persistente de ST ($\geq 0,2$ mV em duas derivações precordiais contíguas, ou $\geq 0,1$ mV em pelo menos duas derivações de membro), ou novo bloqueio de ramo esquerdo, ou alterações de ECG indicando Infarto do Miocárdio posterior verdadeiro; elevação dos marcadores bioquímicos de necrose. Para IAM Sem Supradesnível de ST (IAMSSST) considera-se as alterações características no ECG compatíveis com isquemia (por exemplo: depressão ST ≥ 1 mm em pelo menos duas derivações adjacentes, ou inversão de onda T > 3 mm, ou qualquer alteração dinâmica no segmento ST, ou elevação transitória de ST); elevação dos marcadores bioquímicos de necrose miocárdica.^{3,5,6,7}

No âmbito pré-hospitalar, considerando a evolução dos sintomas, o IAM apresenta dois períodos distintos: (1) o início dos sintomas, geralmente com dor torácica aguda, até a decisão de buscar atendimento; (2) da decisão de buscar o atendimento até a chegada ao hospital. Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia apenas 20% dos pacientes chegam ao setor de emergência com

até duas horas após o início dos sintomas, e esse atraso no atendimento tem consequências negativas para o paciente.^{3,5}

Nas últimas décadas houve uma significativa redução na mortalidade de IAM hospitalar, em contrapartida houve pouco avanço em relação à fase pré-hospitalar sobre o conhecimento da epidemiologia e tratamento nesse período.³ As diretrizes sobre Síndrome Coronariana Aguda (SCA) que inclui o IAM, revelam no que os cuidados pré-hospitalares são fundamentais para o sucesso no tratamento destes pacientes e na diminuição da mortalidade.⁷

Nesse sentido, as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) são uma alternativa bastante procurada pela população para atendimento. Tal iniciativa faz parte da Política Nacional de Urgência e Emergência, lançada pelo Ministério da Saúde em 2003, que estrutura e organiza a rede de urgência e emergência do país, e tem como objetivo integrar a atenção às urgências; desse modo quando o paciente chega às unidades, os profissionais de saúde prestam socorro, controlam o problema e encaminham para o serviço especializado.^{8,9,10}

Desse modo, é de grande importância buscar traçar o perfil de idosos que apresentam maior risco para o IAM, dado a gravidade que esta doença se apresenta, como também por sua alta mortalidade e morbidade que acarreta ao indivíduo. Os objetivos deste estudo foram identificar o perfil sociodemográfico e clínico dos idosos vítimas de Infarto Agudo do Miocárdio atendidos em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA).

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo documental, retrospectivo com abordagem quantitativa, realizado em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) localizada na cidade de João Pessoa, Paraíba, Brasil.

A população do estudo foram os prontuários de 200 pacientes atendidos na UPA com diagnóstico de IAM, identificados por meio do livro de ocorrências de Enfermagem, no período de janeiro de 2015 até dezembro de 2016. A amostra totalizou 96 prontuários, localizados no Serviço de Arquivo Médico e Estatística, de pacientes que possuíam 60 anos ou mais. As perdas decorreram de prontuários não localizados pela pesquisadora, daqueles ilegíveis devido à ausência de dados e dos que não se encaixavam nos critérios de elegibilidade da pesquisa.

A coleta de dados ocorreu no período de janeiro a fevereiro de 2017, a partir de fontes primárias (ficha de admissão, evolução multiprofissional, histórico de enfermagem), constantes nos

prontuários dos pacientes, utilizando-se formulário estruturado para coleta de informações, que contemplou variáveis independentes: sociodemográficas (idade, gênero, estado civil e escolaridade) e clínicas (comorbidades, estilo de vida, tipo de IAM, região cardíaca acometida pelo infarto, sinais e sintomas, alterações enzimáticas e estado geral); e a variável desfecho (óbito na UPA, nominal dicotômica - sim / não).

Para análise dos dados, construiu-se um banco de dados em planilha eletrônica do programa *Microsoft Office Excel 2010*, organizados por meio de uma codificação das variáveis e dicionário com informações de cada uma delas. Posteriormente os dados foram importados para a plataforma estatística *Statistical Package for the Social Sciences – SPSS* para Windows, versão 20.0.

Realizou-se uma análise exploratória dos dados para verificar possíveis inconsistências. Os valores impossíveis foram corrigidos voltando-se ao questionário original ou foram considerados dados perdidos. As variáveis contínuas foram descritas com as medidas de tendência centrais (média e mediana) e de dispersão (desvio padrão), e às variáveis categóricas, frequências absolutas e percentuais.

O estudo norteou-se pela Resolução 466/2012¹¹, com rigor de todas as suas recomendações, no que dizem respeito à normatização da pesquisa em seres humanos, e foi aprovado em Comitê de Ética e Pesquisa, CAAE: 62412916.9.0000.5188.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisados 96 prontuários de pacientes com IAM, com idades entre 60 e 98 anos, 56 (58,3%) pacientes eram do sexo feminino, 64 (66,7%) tinham idade igual ou superior a 70 anos, 41 (42,7%) casados. Quanto à escolaridade o maior percentual 64 (66,7%) era alfabetizado (Tabela 1), e o nível de escolaridade informado mais frequente foi o Ensino Fundamental I 22 (23,0%). Considerando as variáveis relativas aos hábitos e estilo de vida dos idosos (Tabela 2), 16 (16,7%) eram tabagistas, 4 (4,2%) etilistas, 96 (100%) não praticam nenhuma atividade física, ou seja, eram sedentários.

Tabela 1 - Distribuição das variáveis sociodemográficas dos idosos com diagnóstico de infarto agudo do miocárdio. João Pessoa, Paraíba, 2017. (n=96)

Variáveis	Categorias	n	%
Sexo	Masculino	40	41,7
	Feminino	56	58,3

	Total	96	100,0
Faixa etária	60 – 69 anos	32	33,3
	≥ 70 anos	64	66,7
	Total	96	100,0
Estado Civil	Solteiro	12	12,5
	Casado	41	42,7
	Divorciado/Separado	4	4,2
	Viúvo	39	40,6
	Total	96	100,0
Sabe ler e escrever?	Sim	64	66,7
	Não	32	33,3
	Total	96	100,0
Escolaridade	Fundamental I	22	23,0
	Fundamental II	19	19,8
	Ensino Médio	15	15,6
	Ensino Superior	11	11,5
	Não informado	29	30,2
	Total	96	100,0

Tabela 2 - Distribuição das variáveis de acordo com hábitos e etilo de vida dos idosos. João Pessoa, Paraíba, 2017. (n= 96)

Variáveis	Categorias	N	%
Tabagismo	Sim	16	16,7
	Não	80	83,3
	Total	96	100,0
Etilismo	Sim	4	4,2
	Não	92	95,8
	Total	96	100,0
Exercícios físicos	Sim	0	0,0
	Não	96	100,0
	Total	96	100,0

Tabela 3 - Distribuição das variáveis clínicas segundo as morbidades apresentadas pelos idosos que apresentaram Infarto Agudo do Miocárdio. João Pessoa, Paraíba, 2017. (n=96)

Variáveis	N	%
Hipertensão arterial sistêmica	88	91,7
Diabetes mellitus	58	60,4

Insuficiência cardíaca congestiva	39	40,6
Infarto agudo do miocárdio (anterior)	16	16,7
Obesidade	4	4,2
Acidente vascular cerebral	4	4,2
Aterosclerose	1	1,0
Outras	27	28,1

Quanto aos fatores de risco cardiovasculares, as comorbidades mais prevalentes apresentadas pelos idosos (Tabela 3) foram: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), registrando-se 88 (91,7%); Diabetes Mellitus com 58 (60,4%); e a Insuficiência Cardíaca 39 (40,6%); e 16 (16,7%) apresentaram histórico de IAM anterior. Atualmente tem-se relatado na literatura maior risco da população feminina para o infarto agudo do miocárdio. Neste estudo (Tabela 1) ficou evidente uma maior frequência desse agravo entre as mulheres (58,3%), cujo achado é corroborado em pesquisa que demonstra a maior prevalência de fatores de risco cardiovascular para as mulheres.^{5,6,7}

Em relação à idade dos pacientes com IAM, verificou-se maiores percentuais nas faixas etárias superiores 70 anos (66,7%), o que denota a necessidade de acompanhamento rigoroso nessa população, pois com o aumento da expectativa de vida muitos adquirem doenças crônicas e, dessa maneira os riscos de doença arterial coronariana, e conseqüentemente de IAM aumentam progressivamente após cada década acima de 40 anos, tornando assim os idosos mais susceptíveis a esta doença como demonstrado neste estudo.^{3,5,6,7,10}

Tabela 4 - Distribuição das variáveis características do Infarto Agudo no Miocárdio no idoso. João Pessoa, Paraíba, 2017. (n=96)

Variáveis	Categorias	n (%)
Tipo de IAM	Com ST	47 (49,0)
	Sem ST	49 (51,0)
Região cardíaca	Anterior	20 (20,8)
	Lateral	13 (13,5)
	Inferior	31 (32,3)
	Mais de uma região	32 (33,3)

Em relação às características do IAM presentes nos idosos estudados (Tabela 4), foram encontrado maior porcentagem de IAM sem supradesnivelamento de ST (IAMSSST) 49 (51,0%),

região inferior miocárdica mais afetada 31 (32,3%), porém, houve predomínio de mais de uma região cardíaca atingida na amostra 32 (33,3%). Sabe-se que o envelhecimento por si só contribui com a ocorrência do Infarto, além de fatores como: comorbidades, sedentarismo, tabagismo, etilismo; muitas das alterações fisiológicas e morfológicas atribuídas ao envelhecimento normal predis põem os idosos a uma instabilidade cardiovascular que contribui para o surgimento de determinadas doenças, não se conhece com precisão os limites entre as alterações fisiológicas do processo de envelhecimento e as doenças propriamente dita, porém, tais alterações aumentam a prevalência de fatores de risco e permite uma prolongada exposição a esses efeitos.^{1,2,3,5}

Quanto às comorbidades dos pacientes (Tabela 3) a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) (91,7%) mostrou-se relevante, destacando-se como fator de risco mais importante e preponderante para a ocorrência do IAM, como visto também em outras pesquisas.^{6,7} Destacou-se ainda a ocorrência de IAM prévios pelos pacientes (16,7%) este dado é importante porque revela inadequado controle da doença, o que pode justificar na ocorrência de um segundo evento.

Estudos demonstram diferenças entre o comportamento dos fatores de risco para o IAM entre homens e mulheres, estando nos homens mais associado ao estilo de vida (alcoolismo e tabagismo) e nas mulheres as comorbidades e ao sedentarismo.⁶ Esses achados demonstram que os fatores de risco para o IAM pertencem a duas principais categorias: os modificáveis e não modificáveis. Os fatores não modificáveis incluem idade, sexo, raça, história familiar e doença aterosclerótica. Os fatores modificáveis, ou seja, aqueles sobre os quais o paciente e a equipe de saúde podem atuar são no controle das principais doenças e estilo de vida que corroboram para o IAM, são eles: dislipidemias, HAS, diabetes mellitus, tabagismo, alcoolismo, sedentarismo, estresse e obesidade.^{3,5,7,12}

Dos fatores supracitados, o sedentarismo foi o fator de risco mais relevante presente em todos (100%) os idosos. A inatividade física é um dos principais e mais frequentes fatores de risco cardiovascular que eleva a possibilidade de evento cardiovascular como o IAM, a qual pode estar relacionada ao déficit de conhecimento de sua importância pelos idosos, como pela falta de orientação da equipe de saúde para com essa população, bem como de lugares apropriados para realização de atividades/exercícios físicos.¹³

O tabagismo foi constatado em (16,7%) dos idosos estudados, constituindo-se em fator importante não somente para a ocorrência de doenças cardiovasculares como o infarto, como de outras doenças do aparelho respiratório, e a interrupção deste hábito deve estar pautada em ações

específicas e direcionadas com a equipe multiprofissional de saúde, com a criação de grupos de apoio para socialização e enftretamento.¹³

Valendo-se dos achados deste estudo, os profissionais de saúde devem pautar sua assistência no controle destas doenças já muito conhecidas, bem como em orientações a hábitos de vida saudáveis, no sentido de minimizar a chance de infarto na população idosa.^{6,7,8,9}

CONCLUSÕES

Em nosso estudo, concluímos que o perfil dos idosos com infarto agudo do miocárdio tem mudado, tornando-se o sexo feminino mais frequentemente atingido por esta doença. A Hipertensão Arterial Sistêmica mantém-se como doença de maior prevalência entre os idosos acometidos por essa moléstia. Houve resultados significativos para os fatores de risco, tabagismo e etilismo, demonstrando a influência desses hábitos de vida na incidência do IAM, o que denota a necessidade de reflexão sobre as estratégias de orientação a população no controle desses fatores associados ao agravo em análise.

Nesse sentido, para diminuir a ocorrência do IAM para esta população, às equipes de saúde da família, através do programa de atenção a saúde do idoso, devem realizar rotineiramente a prevenção e a promoção da saúde dessa clientela.

Ressalta-se que neste estudo, mediante a subnotificação de registro de informações nos prontuários, não foi possível investigar outros fatores de risco importantes na população pesquisada. Desse modo, mediante essa lacuna, evidencia-se a necessidade de desenvolvimento de estratégias eficazes de registro de dados nos setores de urgência e emergência que viabilizem o desenvolvimento de pesquisas que possam para a melhoria das práticas preventivas e assistenciais, e subsidiem as políticas de saúde na área.

REFERÊNCIAS

- 1.Silveira EA, Vieira LL, Jardim TV, Souza JD. Obesidade em Idosos e sua Associação com Consumo Alimentar, Diabetes Mellitus e Infarto Agudo do Miocárdio. Arq. Bras. Cardiol [Internet]. 2016 [acesso em 2017 Set 06];107(6):509-17. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2016004500509&lng=pt.

2. Campolina AG, Adami F, Santos JLF, Lebrão ML. A transição de saúde e as mudanças na expectativa de vida saudável da população idosa: possíveis impactos da prevenção de doenças crônicas. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2013 [acesso em 2017 set 08];29(6):1217-29. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000600018&lng=en.
3. Sociedade Brasileira de Cardiologia. V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST. Arq Bras Cardiol. 2015; 105(2).
4. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Informação do SUS. Infarto agudo do miocárdio é primeira causa de mortes no País [Internet]. 2014 [acesso em 2017 set 07]. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/noticias/atualizacoes/559-infarto-agudo-do-miocardio-e-primeira-causa-de-mortes-no-pais-revela-dados-do-datasus>.
5. Nicolau JC, Timerman A, Piegas LS, Marin-Neto JA, Rassi A. Jr. Guidelines for Unstable Angina and Non-ST-Segment Elevation Myocardial Infarction of the Brazilian Society of Cardiology (II Edition, 2007). Arq Bras Cardiol 2007; 89 (4): e89-e131.
6. Barbosa RB, Silva RV, Serpa RG, Cesar FB, Mauro VF, Bayerl DMR et al. Diferenças de gênero nos resultados da intervenção coronariana percutânea primária em pacientes com infarto agudo do miocárdio com elevação de ST. Rev Bras Cardiol Invasiva [Internet]. 2015 [acesso em 2017 ago 8];23(2):96-101. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0104184315000387>
7. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Protocolo clínico de síndromes coronarianas agudas [Internet]. 2011 [acesso em 2017 ago 6]. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/02/pcdt-sindromes-coronarianas-agudas-2011.pdf>

8. Ministério do Planejamento. UPA - Unidade De Pronto Atendimento [Internet]. 2015 [acesso em 2017 ago 8]. Disponível em: www.pac.gov.br/comunidade-cidada/upa-unidade-de-pronto-atendimento

9. Lima DBS, Moreira TMM, Borges JWP, Rodrigues MTP. Associação entre adesão ao tratamento e tipos de complicações cardiovasculares em pessoas com Hipertensão Arterial. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2016 [acesso em 2017 set 8];25(3):1-9. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n3/pt_0104-0707-tce-25-03-0560015.pdf

10. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

11. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN-242/2000, em seu art. 13, incisos IV, V, XV, XVII e XLIX.

12. Diabetes Prevention Program Research Group. Hypertension, insulin, and proinsulin in participants with impaired glucose tolerance. Hypertension. 2002; 40(5):679-86.

13. Pinheiro Raul Henrique Oliveira, Vieira Maria Cristina Umpiérrez, Pereira Evani Marques, Barbosa Maria Emilia Marcondes. Fatores de risco para infarto agudo do miocárdio em pacientes idosos cadastrados no programa hiperdia. Cogitare enferm. [Internet]. 2013 Mar [citado 2017 Out 01]; 18(1): 78-83. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-85362013000100011&lng=pt.