

CUIDADO É FUNDAMENTAL

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro Escola de Enfermagem Alfredo Pinto

Anais do VII fórum nacional de mestrados profissionais em enfermagem

RESUMO

Registro de síndrome coronariana aguda na enfermaria do Hospital Governador Flávio Ribeiro Coutinho em Santa Rita-PB

Marcela Medeiros de Araujo Luna¹; George Robson Ibiapina²

Linha de Pesquisa: Saberes, Práticas e Tecnologia do Cuidado

Introdução: A síndrome coronariana aguda (SCA) engloba um grupo de entidades que incluem infarto agudo do miocárdio (IAM) com Supradesnível do segmento ST (SST), IAM sem SST e angina instável. Essas manifestações são causas comuns de atendimentos e de admissões nos Departamentos de Emergências, assim como causas de morbidade e de mortalidade no mundo. Dados epidemiológicos americanos relatam que mais de 12 milhões de pessoas têm doença arterial coronariana e mais de um milhão experimenta um infarto do miocárdio a cada ano, resultando em cerca de 466.000 mortes atribuídas à doença arterial coronariana. Num estudo brasileiro no Instituto Dante Pazzanese 503 pacientes do sexo masculino com diagnóstico na alta hospitalar de IAM com supradesnivelamento do segmento ST (SST), IAM sem SST, angina instável (AI), manifestação atípica da SCA (síncope ou dispneia) e dor torácica não cardíaca em 26 (3%). A mortalidade hospitalar foi de 4,8%, sem diferença entre a proporção de óbitos em pacientes com IAM com SST e SCA sem SST.¹ Em um estudo anterior realizado no nosso pronto socorro, detectamos que o sexo masculino possui a maioria dos casos de evidências de isquemia miocárdica ao eletrocardiograma e menos de 1/3 dos pacientes com dor torácica típica possuem o exame com sinais de

¹ Fisioterapeuta, Mestranda, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família. Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE). E-mail: marcelamedeirosfisio@gmail.com.

² Medico, Professor, Coordenador do Internado e Residência em Clínica Médica- Faculdades de Enfermagem e Medicina Nova Esperança (FAMENE). E-mail:georgeibiapina@hotmail.com.

isquemia². **Objetivo:** Nosso objetivo nesse estudo foi classificar com base no escore TIMI (thrombolysis in myocardial infarction) a gravidades dos pacientes com síndrome coronariana aguda, correlacionar com variáveis clínicas (idade, sexo, profissão, escolaridade, fatores de risco para doença artéria coronariana, outras comorbidades, terapêutica em uso, outros eventos cardiovasculares, alterações eletrocardiográficas, marcadores de necrose miocárdica, abordagem medicamentosa na admissão e no internamento e por fim duração do internamento). **Método:** Trata-se de uma pesquisa transversal observacional do tipo documental prospectiva, exploratório e descritivo com abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada na emergência, e enfermarias do Hospital e Maternidade Governador Flávio Ribeiro Coutinho, localizado no Município de Santa Rita-PB, no período de abril a outubro de 2016. Nesta pesquisa a população foi composta por 41 pacientes atendidos na emergência com quadro de síndrome coronariana aguda. O instrumento para a coleta de dados foi um formulário estruturado em duas partes: Parte I - contemplado as seguintes variáveis como: idade, gênero, estado civil, escolaridade, profissão/ocupação, comorbidades, cálculo do escore TIMI (baixo, médio e alto), terapêutica utilizada em casa e no pronto socorro e resultados de exames; e Parte II - condutas terapêuticas em enfermaria e tempo da alta. O critério de exclusão utilizado se referia aos pacientes admitidos na emergência, mas que foram prontamente transferidos para serviços de referência cardiológica, sem passarem pela enfermaria desse serviço. Os dados foram analisados descritivamente através de frequências absolutas e percentuais para as variáveis categóricas ou categorizadas e das estatísticas: média, desvio padrão e mediana para a variável idade e foram analisados inferencialmente através do teste Qui-quadrado de Pearson ou o teste Exato de Fisher quando as condições para utilização do teste Qui-quadrado não foram categóricas. A margem de erro utilizada na decisão dos testes estatísticos foi de 5,0%. Os dados foram digitados na planilha EXCEL e o programa utilizado para digitação dos dados e a elaboração dos cálculos estatísticos foi o SPSS versão 23, verificados com o objetivo de avaliar associação significativa entre duas variáveis. **Resultados e Discussão:** A idade dos pesquisados analisados variou de 28 a 98 anos, teve média de 63,22 anos. O sexo masculino foi mais prevalente com 61,0% dos casos, a sexta década correspondeu a faixa etária mais observada com 39% da população estudada. Os grupos de escolaridade não informada e a soma dos analfabetos e ensino fundamental incompleto somaram 39% cada e relativo à ocupação, por fim os pacientes com a atividade não informada e os com atividades do lar contabilizaram cada um 19,5%. Em relação às variáveis clínicas que são sabidamente fatores de risco para o evento;

39 % da população tinha diabetes; 36% tabagista, 82,9% hipertensos; 29,3% dislipidêmicos; 90,2% sem atividade física alguma; 29,3% já tiveram evento cardiovascular anterior; 34% já utilizava antiagregação plaquetária; 48,8% utilizavam inibidores de ECA ou bloqueadores de sistema renina angiotensina; 31,7% uso prévio de estatinas; 56,1% em uso de outros anti-hipertensivos; 17,1% utilizavam nitratos; 58,5% foram classificados como médio risco no escore TIMI; supra do seguimento ST do eletrocardiograma em 41,5%; classificação Killip I 97,6%; creatinafosfoquinase MB e troponina positivas em respectivamente 41,5% e 29,3%. Os medicamentos utilizados na abordagem na emergência foram: AAS (73,2%), clopidogrel (63,4%), estatinas (26,8%), heparina (24,4%), nitratos (17,1%). Na enfermaria observamos: AAS, clopidogrel, estatina, IECA/BRA, heparina e nitrato respectivamente com 90,2%; 82,95; 65,9%; 26,8%; 61%; 24,4%. O tempo de internamento entre 1 e 7 dias correspondeu a 68,2% dos casos; 70,7% tiveram alta e 22% conseguiram realizar cineangiocoronariografia. A classificação do escore TIMI em baixo, intermediário e alto risco apresentou as seguintes correlações com sexo, idade e escolaridade: homens e mulheres apresentaram risco intermediário em respectivamente 56% e 62,5% ($p=0,485$); a faixa etária entre 70 e 99 anos prevaleceu o risco intermediário com 70% ($p=0,683$) e 100% dos pacientes com segundo grau completo, 75% do fundamental incompleto apresentaram risco intermediário ($p=0,436$). Para a margem de erro fixada (5%) não foram registradas associações significativas ($p > 0,05$) do escore TIMI com nenhuma das variáveis de caracterização. Agora correlacionado o escore TIMI com as demais variáveis observamos que no risco intermediário obtivemos: diabetes 68,8% ($p=0,371$); tabagismo 66,7% ($p=0,772$); hipertensão 61,8 % ($p=0,429$); dislipidemia 58,3% ($p=1,00$); sedentarismo 56,8% ($p=1,00$); evento anterior 66,7% ($p= 0,084$); antiagregante plaquetário 71,4% ($p=0,475$); IECA/BRA 55% ($p=0,243$); estatinas 53,8% ($p= 0,449$); outro antihipertensivo 65,2% ($p=0,480$); nitratos 85,7% ($p=0,338$); bloqueio de ramo esquerdo no eletrocardiograma 100% ($p= 0,432$); CKMB 70,6% ($p=0,006$) e troponina 66,7% ($p= 0,147$). Na emergência o risco intermediário se associou: AAS 70% ($p=0,029$); clopidogrel 57,7% ($p=0,045$); estatinas 72,7% ($p= 0,392$); heparina 60% ($p=1,00$); nitratos 42,9% ($p=0,429$); classificação Killip II 100% ($p=n 1,00$). Da mesma forma na enfermaria observamos os percentuais dos usos de AAS, clopidogrel, estatinas, IECA/BRA, heparina e nitratos relacionados ao risco TIMI intermediário respectivamente: 59,5% ($p=0,720$); 55,9% ($p=1,00$); 51,9% ($p=0,355$); 54,5% ($p=1,00$); 60% ($p=0,097$); 70% ($p=0,522$). No tempo de internamento entre 8 a 16 dias foi observado 66,7% ($p=0,018$) de casos de risco intermediário no escore TIMI. Aproximadamente, metade dos pacientes do registro GRACE apresentava

idade maior que 65 anos, e mais de um terço foram do sexo feminino³. De forma semelhante, nos pacientes admitidos com SCA num centro terciário especializado em atendimentos cardiológicos, 49,6% apresentavam idade superior ou igual a 65 anos e 41,5% eram do sexo feminino (razão 1:4 entre homens e mulheres)⁴. Na nossa casuística observamos 61% do sexo masculino e 39% na sexta década. Em um estudo realizado em 2011 em paciente com SCA na emergência, em relação ao tratamento instituído no atendimento inicial, 80,72% fizeram uso de AAS e em 54,22% de betabloqueadores. Foram prescritos heparina em 69,88% dos casos, inibidores de glicoproteína IIb -IIIa em 5 pacientes (6,02%) e 61,45% dos atendidos fizeram uso de clopidogrel. Estatina e IECA foram administradas em 57,83% (48) e 51,81% (43) dos pacientes respectivamente. Medicações sintomáticas como nitrato e morfina foram prescritos em 65,06% e 51,22% respectivamente⁵. No nosso serviço de emergência os pacientes que possuíam um escore TIMI com risco intermediário apresentaram 70% ($p=0,029$) e 57,7% (0,045) de utilização de AAS e clopidogrel respectivamente. Dados brasileiros recentes obtidos no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS, 2004)⁶ demonstram que as doenças cardiovasculares e cerebrovasculares respondem por 28% da mortalidade atual no Brasil, um fenômeno que vem ocorrendo nos últimos anos nos países em desenvolvimento⁶⁻⁸. Diante desses dados relativos à mortalidade cardiovascular elevada, constatamos que nossos pacientes que já tiveram um evento cardiovascular anterior 16,7%; 66,7% e 16,7% ($p=0,084$) apresentaram respectivamente risco baixo, intermediário e alto no escore de risco TIMI. Os marcadores de necrose (troponina e CKMB) são sabidamente associados a mortalidade em relação direta com seus valores de pico. Num estudo realizado no Brasil em 2009, valores máximos alcançados pelos marcadores cardíacos relacionaram-se à mortalidade hospitalar. O pico de creatinafosfoquinase (CK) foi inferior a dez vezes o valor normal em 52,9% dos casos, com mortalidade hospitalar de 6,5%. Dentre os 32,2% de pacientes com valores intermediários de CK (pico de CK de 10 a 20 vezes o valor normal), 14,3% foram a óbito. A mortalidade no grupo com pico de CK superior a 20 vezes o valor normal foi de 30,8%. Quanto à isoforma cardíaca CKMB, 33,3% dos pacientes apresentaram pico inferior a cinco vezes o valor normal, com mortalidade de 6,9%. Já no grupo que atingiu pico de CKMB igual ou superior a cinco vezes o valor normal, 18,2% dos casos foram a óbito⁹. Nosso estudo apenas dividiu entre positivo e negativo sem especificar valores e comparou a positividade ao risco no escore TIMI, observamos que troponina positiva estava presente em respectivamente 16,7%; 66,75 e 16,7% ($p=0,147$) nos pacientes com riscos baixo, intermediário e alto, e a CKMB apresentou também respectivamente

11,8%; 70,6% e 17,6% ($p=0,06$). A utilização de escores prognósticos para estratificação de risco pós-infarto torna-se uma ferramenta importante no manejo desses pacientes¹⁰. A determinação do prognóstico do paciente possibilita a indicação precoce de procedimentos complexos como cinecoronariografia, angioplastia e revascularização cirúrgica para casos de alto risco e tempo menor de internação para indivíduos de baixo risco¹¹⁻¹². Observamos que relativo ao tempo de internamento, os pacientes que precisaram de mais dias internados, 8-16 dias, apresentaram o maior percentual de escore de TIMI de alto risco 33,3% ($p=0,018$), enquanto 2 a 3 dias de internamento 35,7% ($p=0,018$) obtiveram baixo risco de gravidade no escore TIMI. **Conclusão:** Em conclusão, observamos que no nosso serviço, o uso de AAS e clopidogrel na emergência, a positividade da CKMB e um maior período de internamento estiveram associados a uma maior associação com pontuação intermediária no escore de risco TIMI.

Descritores: Dor torácica; Síndrome coronariana aguda; Timi Risk.

Referências

1. Santos ES, Pereira LMMP, Castillo MTC, et al. Registro de Síndrome Coronariana Aguda em um Centro de Emergências em Cardiologia. Arq Bras Cardiol 2006; 87: 597602.
2. Bessaria VSC, Nóbrega AC, Araújo DKL, Ibiapina GR, Ibiapina WV. Alterações Isquêmicas no Eletrocardiograma e Associação com Fatores de Risco para Doença Coronariana em Pacientes com Dor Torácica. Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança - Dez. 2015; 13 (2): 24 - 32.
3. Steg PG, Goldeberg RJ, Gore JM, et al. Baseline characteristics, management practices, and in-hospital outcomes of patients hospitalized with acute coronary syndromes in the Global Registry of Acute Coronary Events (GRACE). Am J Cardiol 2002; 90: 358-363.
4. Santos ES, Pereira LMMP, Maria Teresa Cabrera Castillo MTC, et al. Acute Coronary Syndrome Registry at a Cardiology Emergency Center. Arq Bras Cardiol 2006; 87 : 597602.

5. Luciano KS, Roma EA, Mariana Bruinje Cosentino MB et al. Evaluation of the medical attendance in the acute phase of myocardial infarction in a cardiology reference center. Arquivos Catarinenses de Medicina Vol. 40, no. 1, de 2011, 19-22.
6. DATASUS. Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM. Estatísticas Vitais - Mortalidade e Nascidos Vivos. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>.
7. Avezum A, Neto JMR, Piegas L. Why do we need randomized and epidemiological studies on cardiovascular disease? Evidencebased cardiology VII. Arq Bras Cardiol. 1999; 72 (3): 289-95.
8. Mansur AP, Souza MFM, Favarato D, Avakian SD, Nicolau JS, César LAM, et al. Tendência da mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil de 1979 a 1996. Arq Bras Cardiol. 2001; 76:497-503.
9. Sociedade Brasileira de Cardiologia. III Diretriz sobre tratamento do infarto agudo do miocárdio. Arq Bras Cardiol. 2004; 83 (4): 8-86.
10. Pereira JL; Sakae TM; Michele Cardoso Machado MC; Castro, CM. Escore TIMI no infarto agudo do miocárdio conforme níveis de estratificação de prognóstico. Arq. Bras. Cardiol. vol.93 no.2 São Paulo Aug. 2009.