

SÍNDROME CORNARIANA AGUDA: INCIDÊNCIA DE FATORES DE RISCO EM PACIENTES ATENDIDOS EM UMA EMERGÊNCIA ESTRATIFICADOS POR SCORE DE GRACE E TIME.

Rebeca Nobre Martins Arruda¹ *rebecanobre@ymail.com*

Caroline Lourenço de Almeida Pincerati² *caroline_lat@hotmail.com*

RESUMO: O Infarto Agudo do Miocárdio é um evento agudo que sempre requer internação hospitalar, tendo um diagnóstico clínico relativamente simples e bem estabelecido. Estudos recentes relatam que, a incidência para doenças coronarianas, pode estar relacionada ao fato de encontrarmos na população um estilo de vida que favorece o desenvolvimento dos fatores de risco modificáveis, e isto, comprovadamente, contribui para o aumento significativo de pessoas infartadas. O presente estudo teve como objetivo identificar os atendimentos de pacientes diagnosticados com Infarto Agudo do Miocárdio, que é responsável por um grande número de óbitos e hospitalizações durante os últimos anos. Considerando a importância dos fatores de risco para doenças coronarianas e visando a reabilitação dos pacientes infartados, detectou-se a necessidade de uma pesquisa de abordagem descritiva e quantitativa, utilizando como instrumento o score de GRACE e TIMI. A coleta de dados foi realizada nos meses de junho à julho de 2018, na Unidade de Pronto Atendimento – UPA, localizada na cidade de Assis-SP, por meio de um questionário com perguntas fechadas, a fim de propor um programa educacional para prevenção de recidiva da doença.

PALAVRAS-CHAVE: Síndrome Coronariana Aguda; Score de TIMI; Score de GRACE.

ACUTE CORONARY SYNDROME: INCIDENCE OF RISK FACTORS IN PATIENTS TAKEN INTO AN EMERGENCY STRATIFIED BY GRACE AND TIME SCORE.

ABSTRACT: Acute Myocardial Infarction is an acute event that always requires hospitalization, having a relatively simple and well established clinical diagnosis. Recent studies report that the incidence of coronary heart disease may be related to the fact that we find in the population a lifestyle that favors the development of modifiable risk factors, and this, evidently, contributes to a significant increase in infarcted persons. The present study aimed to identify the care of patients diagnosed with acute myocardial infarction, which is responsible for a large number of deaths and hospitalizations during the last years. Considering the importance of the risk factors for coronary diseases and aiming the rehabilitation of infarcted patients, the need for a descriptive and quantitative approach was investigated, using the GRACE and TIMI scores with the instrument. Data collection was carried out from June to July 2018, at the Emergency Care Unit - UPA, located in the city of Assis-SP, by means of a questionnaire with closed questions, in order to propose an educational program for the prevention of recurrence of the disease.

KEY WORDS: Acute Coronary Syndrome; TIMI Score; GRACE score.

INTRODUÇÃO

O diagnóstico de Infarto Agudo do Miocárdio leva em consideração os fatores de risco para doenças cardíacas, que é responsável por um grande número de óbitos e hospitalizações durante os últimos anos.

De modo específico aborda-se doenças cardiovasculares que representam uma das maiores causas de mortalidade em todo o mundo. A partir do ano de 1980 essas doenças eram consideradas causa importante de óbito somente em países desenvolvidos. Hoje nos países desenvolvidos, até o ano de 2020, deve haver um aumento de 20% no risco de mortalidade por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), e nos países em desenvolvimento esta perspectiva dobrará devido ao estilo de vida e ao déficit no acesso aos serviços de saúde. Isto posto, estima-se que no Brasil ocorrerão as maiores incidências de DCNT nas próximas décadas (BRANT et al, 2017).

De acordo com o mesmo autor, entre as doenças cardiovasculares, a de maior incidência é a doença arterial coronária (DAC) cujas principais manifestações clínicas são a angina pectoris, o Infarto Agudo do Miocárdio e a morte súbita.

Para se obter um melhor tratamento para paciente acometidos pelo IAM e principalmente atuar na prevenção de recidiva, vale ressaltar as características que, de acordo com Cunningham (1992), podem ser classificadas como fatores de risco modificáveis e não modificáveis.

Os fatores de risco não modificáveis incluem idade, sexo, etnia e história familiar de doença aterosclerótica. Os fatores de risco modificáveis, ou seja, aqueles sobre os quais o paciente e mesmo a equipe de saúde podem atuar, são dislipidemias, Hipertensão Arterial, tabagismo, Diabetes Mellitus, sedentarismo, estresse e obesidade (BRASIL, 1993).

Nota-se através deste estudo que a incidência para doenças coronarianas parece estar relacionada ao fato de encontrarmos na população um estilo de vida que favorece o desenvolvimento dos fatores de risco modificáveis, e isto, comprovadamente, contribuem para o aumento significativo de pessoas infartadas.

Considerando a importância dos fatores de risco para doenças coronarianas e preocupadas com a reabilitação dos pacientes infartados atendidos em nossa cidade, detectamos a necessidade de um estudo para se conhecer melhor as características dos pacientes atendidos com diagnóstico de infarto agudo do miocárdio, a fim de propor um programa educacional para prevenção de recidiva da doença. 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 (FRANCA et al, 2008).

Diretrizes, tanto nacionais V Diretriz Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio (SBC, 2015) como internacional (AHA, 2015), para a recomendação desses tratamentos, são baseadas em ensaios clínicos randomizados, levados a efeito em populações geograficamente restritas e em pacientes altamente selecionados.

CONCEITO DE SÍNDROME CORONARIANA AGUDA

Segundo Sousa (2014), o termo Síndrome Coronariana Aguda é dado para o paciente com evidência clínica ou laboratorial de isquemia aguda, provocada por um desequilíbrio entre suprimento e demanda de oxigênio para o miocárdio, na sua maioria causada por uma placa aterosclerótica.

A Síndrome Coronariana Aguda ocorre devido à falta de oxigênio no miocárdio, muitas vezes em consequência de ruptura de uma placa de ateroma presente nas artérias coronárias e trombose secundária.

Este processo pode resultar na formação de um trombo oclusivo na luz dos vasos, provocando supradesnivelamento do segmento ST no eletrocardiograma (ECG). Quando o mesmo processo que ocasiona a ruptura da placa provoca a formação de um trombo não oclusivo, mas obstrui a luz dos vasos produzindo ou não infradesnível de ST ou inversão da onda T no ECG, refere-se ao diagnóstico da angina instável ou do infarto do miocárdio sem supradesnível do segmento ST (SOUSA, 2014).

FATORES DE RISCO PARA SÍNDROME CORONARIANA AGUDA

O termo fator de risco surgiu pela primeira vez em 1961, quando foram divulgados os achados do Framingham Heart Study. Esse estudo pioneiro objetivou identificar os fatores de risco para doença arterial coronariana ao se comparar indivíduos doentes com aqueles que não tinham a doença. Mais tarde, estes fatores foram relacionados com uma maior incidência de doença, sendo denominados fatores de risco, isto é, fator que desempenha um papel no desenvolvimento de determinada patologia, podendo ser classificados como modificáveis e não modificáveis (COLOMBO, 1997).

As síndromes coronarianas agudas são causadas por obstrução coronariana decorrente da interação entre fenômenos de trombose e vaso espasmo, resultando em uma constelação de sintomas clínicos que são compatíveis com isquemia do miocárdio, englobando angina instável e infarto agudo do miocárdio, com ou sem supradesnivelamento do segmento de ST (MARTINS, 2006). Sabe-se que a maneira mais eficaz de reduzir o impacto das doenças cardiovasculares, em nível populacional, é o desenvolvimento de ações de prevenção e tratamento dos seus fatores de risco. A enfermagem deve conhecer os fatores de risco implicados no desencadeamento de síndromes coronarianas agudas, e quais os mais presentes na sua área de atuação, a fim

de atuar de forma mais incisiva no desenvolvimento de programas capazes de reduzir a morbidade e mortalidade por doenças coronarianas (LEMOS, 2010).

Uma pesquisa realizada por Lemos et al (2010) em Porto Alegre, Rio Grande do Sul detectou a prevalência de fatores de risco para síndrome coronariana aguda em pacientes atendidos em uma emergência. Os fatores de risco de maior incidência foram o sedentarismo, obesidade e a hipertensão arterial, ambos com porcentagem acima de 75% na amostra de estudo.

PROTOCOLO de Atendimento inicial para SÍNDROME CORONARIANA AGUDA

A Síndrome Coronariana Aguda envolve a isquemia silenciosa, angina aos esforços, a angina instável e o infarto agudo do miocárdio com ou sem supradesnivelamento do segmento ST. As chances de sequelas e risco para óbito são maiores quando a Síndrome coronariana é caracterizada por angina instável e infarto do miocárdio.

O protocolo abaixo foi desenvolvido pela autora, tendo como referências protocolo de atendimento ao paciente com dor torácica do Hospital Albert Einstein (2017), protocolos de Síndrome Coronariana Aguda do Hospital Sírio Libanês (2015) e American Heart Association (2015).

ATENDIMENTO INICIAL

Direcionamento para pacientes com queixa de dor torácica

- ✓ Questionar o início dos sintomas
- ✓ Tipo, local, intensidade e duração da dor.
- ✓ Local de Irradiações
- ✓ Fatores Desencadeantes (após esforço físico, estresse.).
- ✓ Fatores de melhora

Exame físico direcionado

- ✓ Avaliar sinais vitais
- ✓ Realizar ausculta pulmonar e cardíaca
- ✓ Avaliar pulsos arteriais nas extremidades

Avaliar fatores predisponentes e antecedentes pessoais;

Encaminhar o paciente de cadeiras de rodas para realizar eletrocardiograma num prazo inferior a 10 minutos;

Após eletrocardiograma, identificar/classificar tipo de Síndrome Coronariana:

- ✓ Infarto agudo do miocárdio com supradesnível do segmento ST
- ✓ Síndrome coronária Aguda sem supradesnível do segmento ST

Iniciar tratamento com medidas universais para Síndrome Coronariana Aguda

- ✓ Monitorar o paciente
- ✓ Fornecer oxigênio se a saturação estiver < 90% (4-8l/min)
- ✓ Obter acesso venoso calibroso
- ✓ Coletar exames laboratoriais obrigatórios (Hemograma completo, Creatinina, Glicose, Coagulograma, Bioquímica (Na, K), CKMB e Troponina T ou I).

Tratamento Medicamentoso

- ✓ ÁCIDO ACETILSALICÍLICO (AAS) na dose de 200 mg por via oral, antes mesmo da realização do eletrocardiograma.
- ✓ CLOPIDOGREL, precocemente dose de 75mg/d precedida de dose de ataque de 300 mg por via oral.
- ✓ MORFINA - 3-5mg por via intravenosa até alívio da dor
- ✓ DIAZEPAM – 5-10mg por via oral ou intravenosa
- ✓ NITRATO - Isordil 5mg sublingual (se não houver contraindicações: infarto de ventrículo direito uso de sildenafil (Viagra) ou derivados nas últimas 24h e hipotensão arterial)
- ✓ BETABLOQUEADOR - Propranolol 40mg /atenolol 25mg
- ✓ ENOXAPARINA deve ser utilizada na dose 1 MG/kg SC a cada 12/12h, precedida de 30 MG EV (Utilizar em todos os pacientes submetidos à angioplastia primária).

Obs.: Após 5/10 min do uso do nitrato, deve ser realizado novo ECG para avaliar a ordem ou conservação do supradesnível do ST.

Angioplastia Primária

A Angioplastia Coronária ou Intervenção Coronária Percutânea é o tratamento não cirúrgico das obstruções das artérias coronárias por meio de cateter balão, com o objetivo de aumentar o fluxo de sangue para o coração. A intervenção é feita com tempo inferior a 12 horas do início dos sintomas de isquemia. É indicada para paciente que desenvolvem choque cardiogênico, dentro das 36 horas do Infarto Agudo Miocárdio e que podem ser abordados de preferência em até 18 horas do início do choque, pacientes preferentemente com idade inferior a 75 anos; pacientes com contraindicação ao uso de fibrinolíticos.

É indicado o uso de inibidores da GPIIb/IIIa pré ou durante a angioplastia primária, devendo ter seu início de infusão na sala de hemodinâmica.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A pesquisa foi realizada no período de 01 de junho a 15 de julho de 2018, em plantões diurnos e noturnos. No período da pesquisa 37 pacientes deram entrada na unidade de emergência com queixa de precordialgia. Desses, 23 foram diagnosticados pelo plantonista com Síndrome Coronariana Aguda, o que os tornaram amostra da pesquisa em questão. Entre os 23 sujeitos que participaram da pesquisa, 3 foram diagnosticados com infarto agudo do miocárdio e 20 com angina instável. A unidade e análise de dados tem por objetivo detalhar e organizar os dados coletados no transcorrer da pesquisa.

De acordo com a pesquisa 65% dos participantes com suspeita diagnóstica de Síndrome Coronariana são do gênero masculino. Resultado semelhante à pesquisa realizada por ALMEIDA et al. (2014) em um hospital privado de referência em cardiologia na cidade do Recife/PE, onde o resultado obtido foi que 60% das 927 amostras de suspeitas de síndrome coronariana são homens, esse estudo foi observacional com pacientes de ambos os sexos e idade acima de 35 anos, no período de outubro de 2009 a dezembro de 2012. Com isso de acordo com a associação das pesquisas citadas e a pesquisa realizada pela autora, o número de homens é maior do que o sexo feminino na suspeita para Síndrome Coronariana.

Em uma pesquisa realizada por SANTOS et al. (2006), em um Centro de Cardiologia localizado na cidade de São Paulo/SP, no período de janeiro a dezembro de 2003, é possível verificar na amostra de 860 pacientes que 56% dos pacientes apresentavam faixa etária acima dos 60 anos. Evidenciando que, assim como na figura II, 39% dos pacientes entrevistados com suspeita diagnóstica de Síndrome Coronariana, também estão acima de 60 anos. Relacionando as pesquisas é correto afirmar que ambas obtiveram um mesmo resultado no quesito faixa etária onde apresentaram risco para síndrome coronariana pacientes com idade superior à 60 anos.

Mediante a raça dos pacientes, 57% da raça branca, esta pesquisa teve uma grande suspeita diagnóstica de Síndrome Coronariana. Do mesmo modo, na pesquisa feita por (MAIER, MARTINS, 2016) em um hospital geral público terciário do Sul do Brasil, mediante um estudo longitudinal, com abordagem quantitativa e confirmação do diagnóstico de SCA em prontuário médico, durante os meses de novembro de 2012 a

março de 2013, a pesquisa foi composta por 94 pacientes, onde 55,3% dos pacientes diagnosticados eram da cor branca, observando assim uma maior incidência em relação à raça dos pacientes.

De acordo com a pesquisa feita na Unidade Coronariana e Enfermaria de Cardiologia do Hospital São Paulo, realizada por BRUNORI et al. (2014) no período de setembro de 2011 a maio de 2012, através da coleta de dados por meio de entrevista e revisão dos prontuários dos pacientes, o perfil sociodemográfico encontrado é corroborado por outros estudos brasileiros, os quais verificaram a ocorrência de fatores de risco para doença arterial coronariana entre indivíduos com SCA, a amostra foi constituída por 150 pacientes com predominância do estado civil casado com 61,3%. Ou seja, esses dados estão relacionados às informações obtidas na figura 4, em que 65% dos pacientes diagnosticados com a Síndrome Coronariana eram casados.

REFERÊNCIAS

AMERICAN HEART ASSOCIATION GUIDELINES 2015 CPR E ECC. **Atualização das diretrizes de RCP e ACE.** 2015.

AMERICAN HEART ASSOCIATION. **Basic Life Support BLS/BLS** - Anytime for Healthcare. [Cited 2015 Sep 13]. Available from: http://www.heart.org/HEARTORG/CPRAndECC/HealthcareTraining/BasicLifeSupportBLS/BLS-Anytime-for-Healthcare-Providers_UCM_303458_Article.js

MELO, Maria do Carmo; SILVA, Nara Lúcia. **Urgência e emergência na Atenção Primária à Saúde.** Belo Horizonte: Nescon UFMG, 2011.

TACSI, Yolanda; VENDRUSCOLO, Dulce. **A assistência de enfermagem no serviço de emergência pediátrica.** Revista Latino Americana de Enfermagem vol.12 nº3, maio-junho 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Call of action to the attention integrated to the prevalent discases of the children. 2001.