

INCIDÊNCIA DE PACIENTES COM INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO ATENDIDOS NA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE OURINHOS/SP NO PERÍODO DE JANEIRO A AGOSTO DE 2008

INCIDENCE OF PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION TREATED AT THE SANTA CASA DE OURINHOS / SP FROM JANUARY TO AUGUST 2008

¹ARANTES, B. P. M., ²FERNANDES, A. J.

¹²Departamento de Ciências biológicas - Faculdades Integradas de Ourinhos – FIO/FEMM

RESUMO

Tratando-se de uma doença de caráter agudo, o infarto representa atendimento de emergência nos prontos socorros dos hospitais, de fácil diagnóstico clínico, necessitando no entanto, de internação imediata. A identificação precoce de sinais e sintomas e dos fatores de risco para o infarto agudo do miocárdio deve ser encaradas como metas na abordagem desses clientes. Este estudo teve como objetivo relacionar a incidência de Infarto Agudo do Miocárdio em clientes internados no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Ourinhos/SP, atendidos na UTI desta unidade de saúde. Tendo como base levantamento e análise de prontuários dos casos relacionados entre os meses de janeiro a agosto de 2008. Conforme apresentações gráficas foram analisados 32 clientes, sendo: 17 do sexo feminino e 15 do sexo masculino, sendo considerada as faixas etárias e os meses com maior incidência de casos, abordando os principais fatores de risco para doenças cardiovasculares, destacando a hipertensão, aterosclerose, obesidade, lipídeos sanguíneos, diabetes, enfatizando a importância das medidas de prevenção.

PALAVRAS-CHAVE: Infarto agudo do miocárdio – incidência – internação

ABSTRACT

Incidence this an acute disease, it demands emergency care in emergency rooms of hospitals, easy clinical diagnosis, requiring however, immediate hospitalization. Early identification of signs and symptoms, risk factors for acute myocardial infarction and should be considered as an objective in the approach of these patients. This study aimed to relate the incidence of acute myocardial infarction in patients admitted to the hospital Santa Casa de Ourinhos, treated in the Intensive Care Unit of this hospital. Based on survey and analysis of records of related cases from January to August, 2008, according to graphical presentation, 32 patients were analyzed, as follows: 17 females and 15 males, considering the age and months with higher incidence of cases, approaching the main risk factors for cardiovascular diseases, highlighting high blood pressure arteriosclerosis, obesity, blood lipids, diabetes, emphasizing the importance of preventive measures.

KEY WORDS: Acute myocardial infarction – incidence - hospitalization

INTRODUÇÃO

O coração é um órgão que apresenta 2 ventrículos e 2 átrios, sendo responsável pela irrigação sanguínea de todos os órgãos através da pressão exercida, está situado na cavidade torácica, atrás do esterno em uma região denominada mediastino na porção mediana do tórax, separado por uma membrana denominada diafragma. (SILVA, 2008).

Está dividido por quatro câmaras, dois átrios e dois ventrículos que estão separadas por septos. A musculatura cardíaca denominada miocárdio é revestida por uma membrana chamada epicárdio e internamente pelo endocárdio, que é constituída de células endoteliais e envolvida pelo pericárdio. Essa musculatura tem por função limitar a expansão cardíaca durante o enchimento. (BARACAT-FILHO, 2006).

O miocárdio, segundo Baracat-Filho (2006), constitui o músculo cardíaco e é o responsável pela contração desse órgão.

A formação de um coágulo sanguíneo dentro das artérias coronarianas, origina-se normalmente devido ao estreitamento dos vasos, causados ao longo dos tempos pela aterosclerose. A região que é irrigada pela artéria coronariana, no momento em que não está sendo mais suprida, causa a morte de células das fibras musculares, interferindo no bombeamento de sangue exercido pelo coração, fato que impossibilita a irrigação adequada dos tecidos. A contratilidade é uma característica das fibras musculares do miocárdio, capazes de alteração da força de contração que pode ser verificada em nível celular, estando intimamente ligadas as alterações no comprimento da fibra muscular do coração. (FIGUEIREDO, 2003).

As lesões avançadas tendem a desenvolver fissuras à superfície, hematomas e trombose. O hematoma e o trombo reduzem subitamente o lúmen arterial e são freqüentemente responsáveis pela morbidade e mortalidade associada à aterosclerose. (SILVA, 2008).

A lesão do músculo cardíaco por diminuição ou abolição de fluxo sanguíneo com conseqüente morte tecidual, pois onde não há irrigação sanguínea, ocorre má oxigenação e finalmente, necrose. (MANGANARO, 2008).

Segundo Barros e Gomes (2000), “o infarto agudo do miocárdio pode significar risco de morte ao cliente ou acarretar complicações que aumentam a ocorrência de um novo infarto.”

Em decorrência, o estilo de vida sedentário, tem sido considerado um fator que aumenta o risco de se desenvolver aterosclerose coronária, instalando-se quadro de Infarto Agudo do Miocárdio – IAM -. (SILVA, 1998).

O tratamento do infarto agudo do miocárdio tem que ser imediato e precoce, proporcionando ao cliente a redução da lesão e manutenção da função miocárdica, o

que proporciona maior cicatrização do tecido lesado, prevenindo possíveis complicações, tem por necessidade aliviar a dor até que haja relaxamento do quadro. (MANGANARO, 2008).

As doenças cardiovasculares tem sido uma das principais causas de morbimortalidade no Brasil, o infarto agudo do miocárdio é atualmente considerado como uma doença isquêmica, sendo um dos principais fatores dessa mortalidade, incluindo os vários fatores de riscos associados, como, hipertensão, diabetes, sedentarismos, tabagismo, sexo, idade. Sendo esta doença de caráter agudo, representa atendimento de emergência nos prontos socorros dos hospitais, de fácil diagnóstico clínico, necessitando internação imediata. Sinais e sintomas reconhecidos pelos clientes de um infarto agudo do miocárdio consiste num fator importante para procura de atendimento em unidades de emergência, facilitando assim seu prognóstico. (MANGANARO, 2008).

A identificação precoce de sinais e sintomas dos fatores de risco, para o infarto agudo do miocárdio deve ser encarada como meta na abordagem desses clientes, sendo que o auto-relato desses sintomas de doença uma técnica bastante utilizada. (MIZANZI, 2008).

Dentre as doenças crônicas, a hipertensão arterial e o *diabetes mellitus* são as mais comuns, cujo tratamento e controle exigem alterações de comportamento em relação à dieta, ingestão de medicamentos e o estilo de vida. Estas alterações podem comprometer a qualidade de vida, se não houver orientação adequada quanto ao tratamento ou o reconhecimento da importância das complicações que decorrem destas patologias. (MIZANZI, 2008).

A sintomatologia das três grandes manifestações cardiovasculares – doença coronariana, doença cerebrovascular e doença vascular periférica – é em geral semelhante à de clientes sem diabetes. (BRASIL, 2006).

A Hipertensão Arterial, - HA - considerada como principal fator de risco para as doenças cardiovasculares, sendo uma doença assintomática, faz-se necessária orientação da população quanto a essa enfermidade. (CONVERSO, 1988).

Para Converso (1998, *apud* Carvalho et al., 2005, p.15), a grande prevalência de HA e de seus fatores de risco, multiplicam o risco de problemas cardiovasculares,

colaborando para incrementar as taxas de morbimortalidade e os custos sócios econômicos.

A aterosclerose, doença progressiva caracterizada pelo acúmulo de lipídios e componente fibroso em grandes artérias, é a causa primária de doença arterial coronária e acidente vascular cerebral. (CASELLA, 2003).

A aterosclerose é uma doença comumente diagnosticada nas artérias, caracterizada pelo endurecimento das paredes arteriais. Trata-se de um processo difuso no qual ocorre espessamento do tecido fibromuscular endotelial das paredes de pequenas artérias e arteríolas. Esse processo consiste no aumento da acumulação de substâncias lipídica, cálcio, componentes do sangue, carboidratos e tecido fibrosos, conhecidos como ateroma ou placa ateromatosa, na camada íntima arterial. (FIGUEIREDO, 2003).

Com relação ao tabagismo, considerou-se as palavras de Silva et al. (1992, *apud* Ward, 1998). Declínio imediato na frequência cardíaca tem sido observado durante tentativas de abandono do tabagismo. O que caracteriza uma forma de prevenção dos vários malefícios que o cigarro pode representar.

Já o sobrepeso e obesidade determinam risco maior de adquirir diferentes enfermidades e alterações metabólicas. *Diabetes mellitus* tipo dois, hipertensão arterial, osteartrose de joelho, dores lombares, doenças do refluxo gastresofágico, gota e apnéia do sono, são frequentemente associados à obesidade. Mas outras condições mórbidas, também estão relacionadas, como câncer e insuficiência cardíaca. (WANNMACHER, 2004).

Esta proposta de pesquisa teve como objetivo, verificar em clientes se a incidência do infarto agudo do miocárdio está relacionada ao sexo, faixa etária e meses com maior número de casos.

MATERIAIS E MÉTODOS

Este trabalho fundamentou-se na revisão bibliográfica através de livros, artigos científicos, revistas especializadas e sites da internet. Foi realizado, também, uma coleta de dados junto aos prontuários de internação da Santa Casa de Misericórdia de Ourinhos, entre os meses de janeiro a agosto de 2008, dos clientes

internados com diagnóstico de IAM, sendo realizada uma análise estatística dos dados na apresentação dos resultados.

RESULTADO E DISCUSSÃO

De acordo com a figura 1, observa-se que do total de clientes internados com IAM na Santa Casa de Misericórdia de Ourinhos, no período de janeiro à agosto de 2008, 17 clientes (53%) eram mulheres e 15 clientes (47%) eram homens.

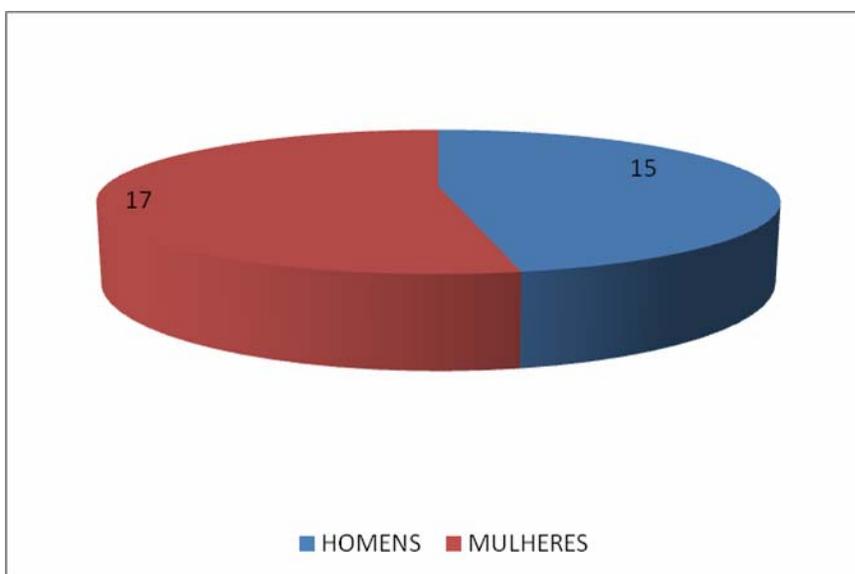


Figura 01: Proporção de mulheres e homens com infarto agudo do miocárdio na cidade de Ourinhos/SP ocorrido no período de janeiro a agosto de 2008.

Na Figura 2, observa-se que houve diferença estatisticamente significativa em destaque para os meses de abril e agosto, sendo janeiro 3 clientes masculinos (10%), fevereiro 1 (3%), março 3 (9%), abril 6 (19%), maio 4 (13%), junho 3 (9%), julho 2 (6%), agosto 10 (31%), sendo este último o mais acometido.

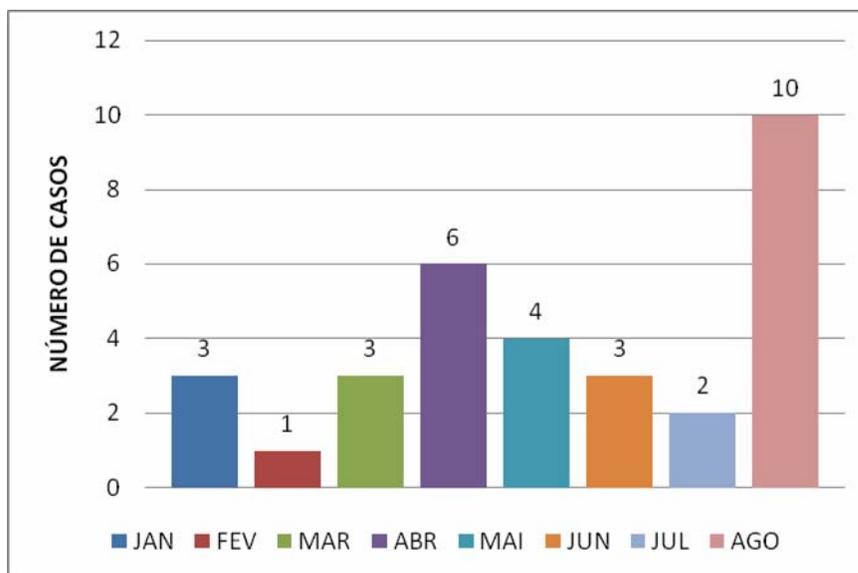


Figura 02: Número de casos ocorrentes em indivíduos do sexo masculino e feminino no período de janeiro a agosto de 2008.

De acordo com a Figura 03, observa-se que houve 17 internações, de mulheres com IAM, entre os meses de janeiro à agosto de 2008, referente a quantidade de internações, em janeiro ocorreu 1 (6%), fevereiro 0 (0%), março 2 (12%), abril 4 (23%), maio 2 (12%), junho 2 (12%), julho 1 (6%), agosto 5 (29%).

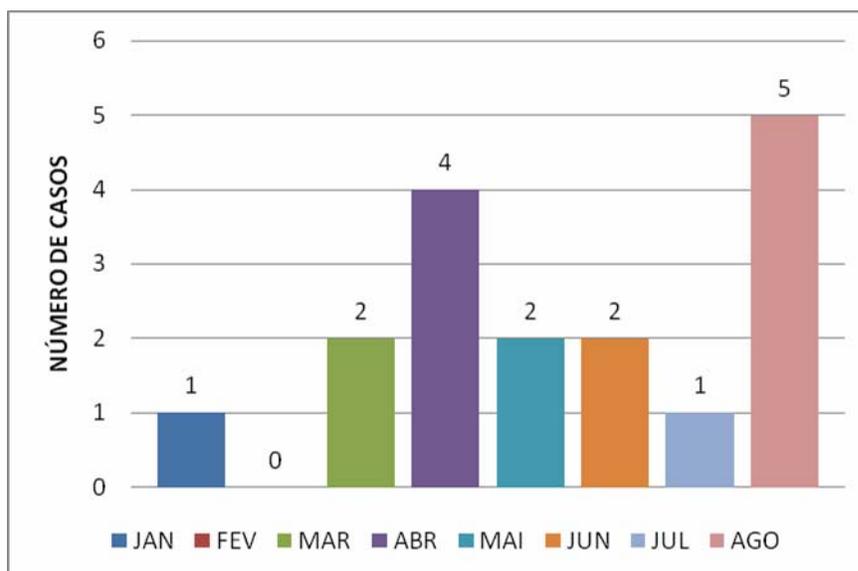


Figura 03: Número de casos ocorrentes em indivíduos do sexo feminino, no período de janeiro a agosto de 2008.

Para a Figura 04, destaca-se que entre os meses de janeiro à agosto de 2008, no total de 15 internações para o sexo masculino com IAM, houve maior incidência no mês de agosto, sendo 5 (33%).

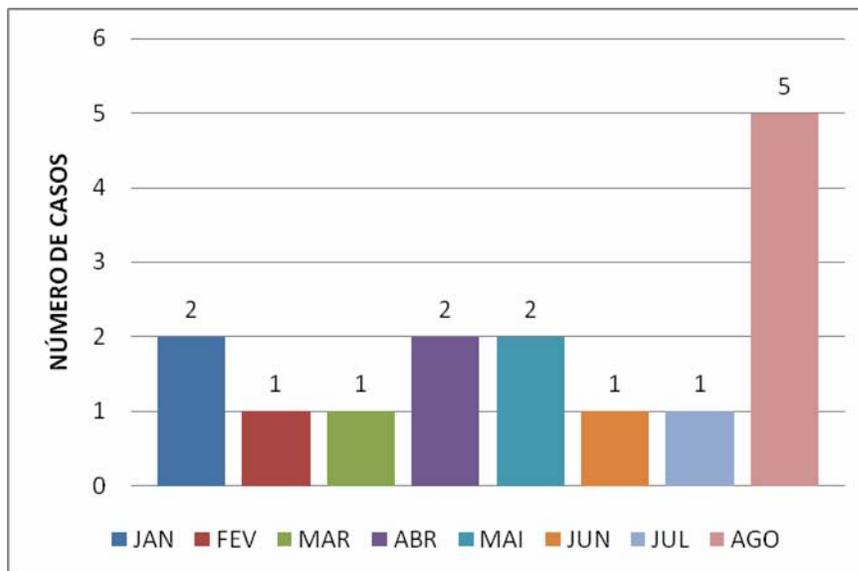


Figura 04: Número de casos ocorrentes em indivíduos do sexo masculino no período de janeiro a agosto de 2008.

A Figura 05, demonstra a comparação gráfica da faixa etária correspondente entre as idades de 60 à 80 anos, sendo 44% na faixa etária <_60, 47% 61-80, 9% >80

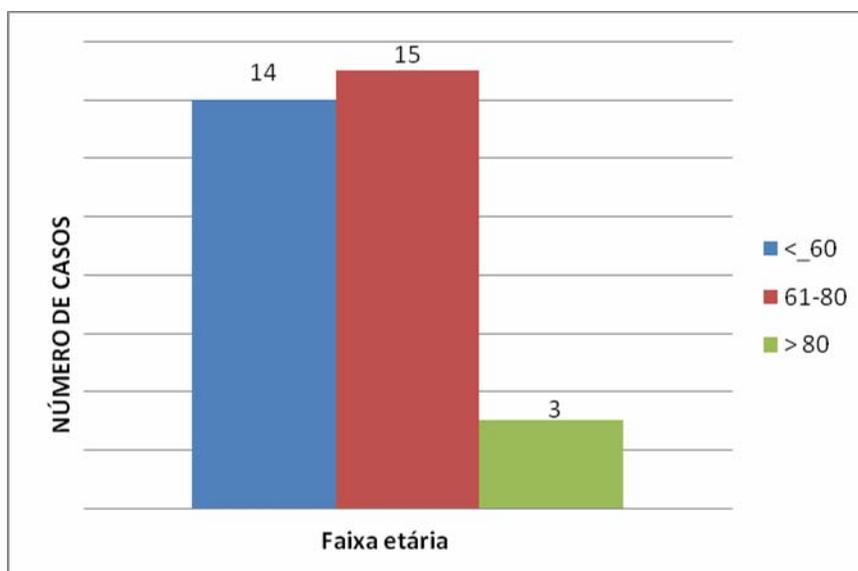


Figura 05: Número de casos ocorrentes em indivíduos do sexo feminino e masculino conforme faixa etária.

A Figura 06, mostra um número mais elevado que corresponde à idade de 60 à 76 anos para o sexo feminino (41%). Por outro lado verifica-se que acima de 78 anos este número é reduzido (23%).

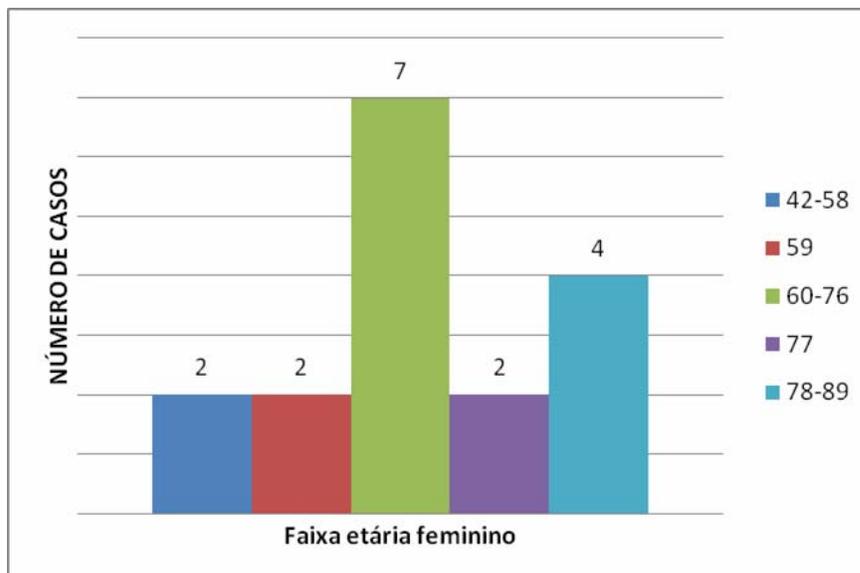


Figura 06: Número de casos ocorrentes em indivíduos do sexo feminino, conforme faixa etária.

Em relação a Figura 07, houve um valor mais elevado para a idade entre 50 e 69 anos pra o sexo masculino (54%), para a idade de 42-48 (20%), 49 (13%), 79 (13%), totalizando 15 internações de IAM.

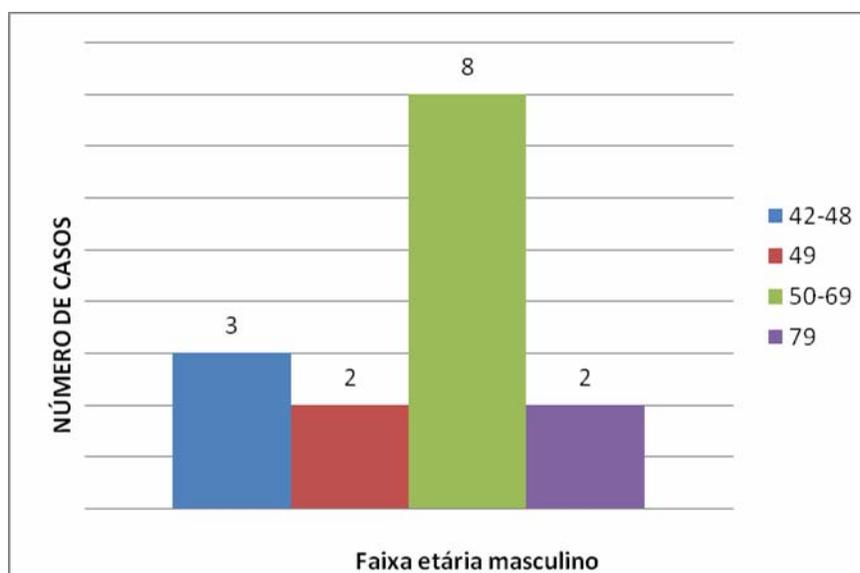


Figura 07: Número de casos ocorrentes em indivíduos do sexo masculino de IAM conforme faixa etária.

CONCLUSÕES

No presente trabalho verificou-se que a maioria dos casos de infarto agudo do miocárdio ocorreu no sexo feminino na faixa etária dos 60 aos 76 anos. Por outro lado, observa-se a ocorrência de homens na faixa etária dos 50 aos 69 anos, sendo mais acometidos. Os meses com maior índice de infarto agudo do miocárdio, foi compreendido nos meses de abril e agosto de 2008, coincidentemente para ambos os sexos. O resultado deste estudo permite o direcionamento das políticas em prevenção cardiológica, visando as reduções da incidência de infarto agudo do miocárdio e de suas consequências de morbidade e mortalidade, por meio do controle efetivo dos fatores de risco identificados.

Nas figuras 2,3,4 respectivamente, observa-se que o mês de agosto apresentou maior incidência dos casos de infarto: 32% dos clientes. Tais dados estão de acordo com Murphy (2004), no qual aponta maior número de hospitalizações por IAM ocorrentes nos meses de inverno.

Também ainda, de acordo com o presente trabalho, aponta-se três motivos principais que podem explicar a relação entre as condições do tempo e as variações no número de infartos. Além das inflamações respiratórias que colaboram com problemas cardiovasculares, os fatores da coagulação do sangue ficam mais ativos em dias frios, favorecendo o fechamento das artérias coronárias e a formação de coágulos sangüíneos. Um terceiro motivo, seria a vasoconstrição. Para evitar a perda de calor em baixas temperaturas, os vasos sangüíneos se contraem, provocando a elevação da pressão arterial e a obstrução em pessoas que já possuem algum tipo de placa de gordura que dificulte a circulação arterial.

Programas de orientação nas unidades básicas de saúde, devem ser intensificados, no sentido de educar a população na questão de prevenção, principalmente nos meses mais frios, tornando assim um fator extremamente importante para melhor qualidade e manutenção da vida.

BIBLIOGRAFIA

- ANDREOLI, T.E, BENNETT, J.C, CARPENTER C.C.J, PLUM F. Cardiopatia Coronariana. **Medicina Interna Básica**. 4ª ed. Ed. Guanabara Koogan. p.52-53, 1998
- BARROS, A.L.B.L, GOMES, I.M. Perfil dos diagnósticos de enfermagem de pacientes internados com infarto agudo do miocárdio. **Acta Paul Enf.**, São Paulo, v. 13, p. 105-108, 2000.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes *Mellitus* / **Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, p. 64, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos)
- CASELLA, F.A. Inflamação e Aterosclerose: Integração de Novas Teorias e Valorização dos Novos Marcadores. **Rev. Bras Cardiol Invas** v. 11, n. 3, p. 14-19, 2003.
- CONVERSO, R. E. M. Prevalência da hipertensão arterial e análise de seus fatores de risco nos núcleos de terceira idade de Presidente Prudente, **Revista Ciência em Extensão** v. 2, n. 1, 2005.
- DIAS, M. L. et al. Avaliação de fibrinogênio, tempo de tromboplastina parcial e tempo de protrombina em pacientes com infarto agudo do miocárdio, **J Bras Patol Med Lab** v. 43, n. 2, p. 87-94, 2007.
- FERREIRA, A. B. H. Novo Aurélio: **O dicionário da Língua Portuguesa** – século XXI. São Paulo: Nova Fronteira, 2003. 1999 pág.
- FIGUEIREDO, N.M.A. Ensinando a cuidar de clientes em situações clínicas e cirúrgicas / organização. – São Caetano do Sul, SP: **Difusão Enfermagem**, p. 79, 2003. – (Práticas de enfermagem).
- FILHO, G.B. **Patologia**. 7. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. 1488 pág.
- FRANKINI, A.D. Tratamento Cirúrgico na Doença Aterosclerótica Aorto-iliaca e dos Membros Inferiores, **Revista da Sociedade de Cardiologia** do Rio Grande do Sul – v. 13, n. 2, p. 2, 2004.
- GRANDINI J.R e CARAMELLI, Complicação infecciosa indica mau prognóstico no infarto agudo do miocárdio, **Arquivos Brasileiros de Cardiologia** – v. 87, n. 3, p. 272, 2006.
- JUNIOR, D.M. IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, **Arquivo Brasileiro Cardiologia**, v. 82, p. 11, 2004.
- LEAL, M.F. Acute myocardial infarction in elderly patients: comparative analysis of the predictors of mortality. The elderly versus the young. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v.79, n.4, p. 369-374, 2002.
- MONTENEGRO, M. R, FRANCO, Marcello. **Patologia: processos gerais**. 4. Ed. São Paulo: Atheneu, 2006. 1625 pág.
- MURPHY, F.N.; STEWA, S.; MacINTYRE, K. Seasonal variation in morbidity and mortality related to atrial fibrillation. **Int J Cardiol**, v. 97, p. 283-8, 2004.
- PASSOS, L. C. S, LOPES, A. A, BARBOSA, A. A, e JESUS, R. S. Por que a letalidade hospitalar do infarto agudo do miocárdio é maior nas mulheres. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**. v. 70, n. 5, p. 327-330, 1998
- SANTOS, E. S, Registro de síndrome coronariana aguda em um centro de emergências em cardiologia. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**. v. 87, n. 5, p. 597-602, 2006.
- SANTOS, M. J. Aterosclerose: Inflamação e doenças reumáticas, órgão oficial da sociedade portuguesa de reumatologia - **Acta reumatologia**, v. 33,. 9-11, 2008.

SILVA M. A. D, SOUSA G. M. R, SCHARGODSKY, H. Fatores de Risco para Infarto do Miocárdio no Brasil, Estudo FRICAS, **Arquivo Brasileiro Cardiologia**, v. 71, n. 5, p. 667-675, 1998.

TIMERMAN, A, CÉSAR, L. A. M. **Manual de Cardiologia**. São Paulo: Atheneu, 2000.

TOLEDO, M. M., RODRIGUES, S. C. Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema. **Texto contexto - Enfermagem**, v.16, n. 2, p.233-238, 2007.

WANNMACHER, L., **Obesidade**: Evidências e fantasias, v. 1, n. 3, p. 2, 2004.

YEH, C.J.; CHAN, P.; PAN, W.H. Values of blood coagulating factors vary with ambient temperature: the cardiovascular disease risk factor two-township study in Taiwan. **Clin J Physiol**, v. 39, n. 2, p. 111-6, 1996.