

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES COM DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA DO HOSPITAL REGIONAL DE SOBRADINHO - DF

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF PATIENTS WITH CORONARY ARTERIAL DISEASE ADMITTED AT THE REGIONAL HOSPITAL OF SOBRADINHO - DF

Naila Silveira Bezerra¹

 <https://orcid.org/0009-0006-1406-5501>

Renato de Carvalho Barros²

 <https://orcid.org/0000-0002-7950-1443>

¹Médica graduada pela UFMA. Especialista em Clínica Médica pela SES - DF. Brasília, Distrito Federal, Brasil. *E-mail:* nailasilveirab@gmail.com

²Médico graduado pela UFSM. Doutorado em curso pela Universidade de Brasília (UnB). Pós Graduação Lato Sensu programa de Residência em Clínica Médica pela SES - DF. Brasília, Distrito Federal, Brasil. *E-mail:* renatobarrosco@gmail.com

Como citar este artigo:

Bezerra NS, Barros RS. Perfil epidemiológico de pacientes com doença arterial coronariana do Hospital Regional de Sobradinho - DF. Rev Bras Interdiscip Saúde - ReBIS. 2023; 5(2):6-13.

Submissão: 08.05.2023

Aprovação: 21.07.2023


<https://revista.rebis.com.br/index.php/revistarebis/about>


revistarebis@gmail.com

Resumo: A doença arterial coronariana (DAC) tem como característica principal a aterosclerose, nas artérias coronárias e pode até ser assintomática, mas, ao bloquear o fluxo sanguíneo, pode provocar dor torácica (angina) ou infarto do miocárdio (IM). O objetivo deste estudo epidemiológico foi de estudar a doença no intuito de traçar o perfil epidemiológico de oitenta e quatro pacientes com doença arterial coronariana admitidos no Hospital Regional de Sobradinho (HRS) admitidos na Sala de Emergência e no Box de Cirurgia e Clínica Médica durante todo o ano de 2018. Buscando quantificar a relação entre dois fatores, ou seja, o efeito de uma exposição sobre um desfecho. nas populações com o intuito de observar fatores de riscos e identificar quais as causas mais importantes em relação a determinada patologia. Os dados dos pacientes foram registrados em planilhas do MS Excel através do SISREG DF do HRS, foram utilizados dados somente dos pacientes com diagnósticos compatíveis com o estudo como: Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) com Supradesnívelamento do ST (IAMCST) Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnívelamento do ST (IAMSSST), Doença Arterial Coronariana, Angina estável ou instável. Cada paciente teve seu prontuário analisado de forma individual através do TrackCare de onde foram extraídos os dados para a análise. A hipertensão esteve presente em 48% dos admitidos, tabagismo em 46% e 73% faziam uso diário de medicação. Dos oitenta e quatro pacientes 61,9% tiveram alta, 25% foram a óbito.

Palavras-chave: Doença da Artéria Coronariana e Arterioesclerose.

Abstract: Coronary artery disease (CAD) has as its main characteristic atherosclerosis in the coronary arteries and may even be asymptomatic, but, by blocking blood flow, it can cause chest pain (angina) or myocardial infarction (MI). The objective of this epidemiological study was to study the disease in order to trace the epidemiological profile of eighty-four patients admitted to the Regional Hospital of Sobradinho (HRS) admitted to the Emergency Room and the Surgery and Medical Clinic Box during the entire year of 2018 Seeking to quantify the relationship between two factors, that is, the effect of an exposure on an outcome. in populations in order to observe risk factors and identify the most important causes in relation to a given pathology. Patient data were recorded in MS Excel spreadsheets through SISREG DF of HRS, data were used only from patients with diagnoses compatible with the study, such as: Acute Myocardial Infarction (AMI) with ST Elevation (STEMI) Acute Myocardial Infarction without ST elevation (STEMI), Coronary Artery Disease, Stable or unstable angina. Each patient had their medical records analyzed individually through TrackCare, from which the data for the analysis were extracted. Hypertension was present in 48% of those admitted, smoking in 46% and 73% used medication daily. Of the eighty-four patients, 61.9% were discharged, 25% died.

Keywords: Coronary Artery Disease and Arteriosclerosis.

Introdução

Estudos epidemiológicos tem por objetivo estudar as doenças nas populações com o intuito de observar fatores de riscos e identificar quais as causas mais importantes em relação a determinada patologia. Desta forma quando se fala em traçar um perfil epidemiológico de pacientes de Doença Arterial Coronariana busca-se com isso definir principalmente os fatores de risco que determinados pacientes com sintomas compatíveis possuem e quais as consequências disto. Com isto é possível avaliar com maior precisão o risco de hospitalização e morte podendo-se então diminuir a taxa de mortalidade com o devido conhecimento dos fatores de risco relacionado à doença [1].

Frequentemente, pacientes com dor torácica de origem não traumática, procuram as unidades de emergência em saúde, este sintoma, a dor torácica, por si só, já requer cuidados urgentes já que normalmente é de origem cardíaca causada pela doença arterial coronariana (DAC) [1].

Esta por sua vez, A DAC tem como característica principal a aterosclerose, nas artérias coronárias e pode até ser assintomática, mas, ao bloquear o fluxo sanguíneo, pode provocar dor torácica (angina) ou infarto do miocárdio (IM). Ou seja, quando há uma obstrução por placa de gordura dentro das artérias que compõem os vasos sanguíneos que irrigam o músculo do coração um dos indicativos mais frequentes e importantes é a dor torácica [1].

Estão inseridas aí as Síndromes coronarianas agudas (SCA) que resultam de obstrução aguda de uma artéria coronária, a SCA é caracterizada por “manifestações agudas de isquemia do miocárdio, com alterações clínicas e laboratoriais e é classificada em Angina Instável (AI), Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnívelamento de ST (IAMSSST) e Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnívelamento de ST (IAMCSST)” [2].

Os sintomas são semelhantes em cada uma dessas síndromes, envolvendo desconforto torácico com ou sem dispneia, náuseas e diaforese. O Eletrocardiograma é o exame de diagnóstico empregado e além da existência ou ausência de marcadores sorológicos. No tratamento são utilizados fármacos anticoagulantes, antiplaquetários, nitratos, betabloqueadores e, para IMSST, reperfusão de emergência com fármacos fibrinolíticos, intervenção percutânea ou, ocasionalmente, cirurgia de revascularização do miocárdio [2].

Não obstante a isto é preciso entender que a doença cardiovascular (DCV) situa-se num grupo de doenças que incluem tanto o coração quanto os vasos sanguíneos, inclui-se aí a doença coronariana (DC) e a doença arterial coronariana (DAC) e a síndrome coronariana aguda (SCA) entre outras condições. Embora a maioria dos profissionais de saúde, médicos e enfermeiros, frequentemente usem os termos DAC e SCA de forma intercambiável, eles não são a mesma coisa. A SCA é uma subcategoria de DAC, enquanto DCV resulta de

DAC. Por outro lado, como dito até aqui, a DAC é caracterizada por aterosclerose nas artérias coronárias e pode ser assintomática, enquanto a SCA vai quase sempre apresentar ao menos um sintoma, como a angina instável, e está associado com frequência ao infarto do miocárdio [3].

Esta doença, isto é, a Doença Arterial Coronariana, constitui a principal causa isolada de mortalidade e perda de DALY, do inglês, *Disability Adjusted Life Years*, ou Anos de vida perdidos ajustados por incapacidade em tradução livre. Estudos epidemiológicos de caráter global apontam que países de média e baixa renda acumulam aproximadamente sete milhões de mortes anuais e cento e vinte e nove milhões de DALY's por todo o globo. O paciente que sobrevive a um Infarto do Miocárdio (IM) possui uma alta chance de recorrência, com uma taxa de mortalidade anual de cinco a seis vezes maior. Têm-se verificado um aumento de incidentes cardíacos na América Latina e Oriente Médio, inclusive há projeções que estes números aumentem ainda mais em países em desenvolvimento como o Brasil [4].

Dados do *Heart Disease and Stroke Statistics* de 2021 da *American Heart Association* apontam ainda que houve uma queda na mortalidade de 40% nas mortes relacionadas a DCV em áreas urbanas, a taxa de mortalidade após 30 dias após um episódio de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) foi de 13,6% em 2018, mesmo ano deste estudo. A American Heart Association avaliou 2363 hospitais. [4] Um estudo em um hospital da região sul obteve os seguintes índices acerca de pacientes admitidos com SCA: A mortalidade nos pacientes com angina instável foi de 0,8%, IAMSSST de 10,6% e IAMCSST de 20% [5]. De forma semelhante, outro estudo no estado do Paraná, a taxa de mortalidade foi de 13,2% num estudo com 367 prontuários analisados com diagnóstico de SCA [6].

O problema desta pesquisa pode ser definido através do seguinte questionamento: Qual o perfil epidemiológico do paciente com doença arterial coronariana admitido no box de emergência e na sala vermelha do Hospital Regional de Sobradinho no Distrito Federal do Brasil? A hipótese é de que são indivíduos com idade avançada, de baixa renda, com comorbidades, alimentação desregrada, tabagistas e etilistas, correlações que já foram encontradas em estudos semelhantes [7].

Esse estudo se justifica na medida em que coleta dados epidemiológicos e os correlaciona de forma analítica com objetivo de traçar um perfil epidemiológico de um nicho populacional bastante específico, contudo relevante, uma vez que a análise deste dados e a correlação entre as comorbidades dos pacientes com doença arterial coronariana admitidos no Hospital Regional de Sobradinho podem trazer contribuição para outros estudos de diagnóstico de saúde da população, permitindo identificar os indivíduos de maior risco à saúde. Assim objetivo deste estudo é identificar o perfil epidemiológico dos pacientes com doença arterial coronariana admitidos no box de

emergência e na sala vermelha do Hospital Regional de Sobradinho. Tendo ainda como objetivos específicos: Identificar a mortalidade dos pacientes. Identificar as diferenças entre os pacientes de maior e menor risco em relação aos fatores de risco modificáveis para doenças cardiovasculares.

Materiais e métodos

Este estudo que tem por objetivo traçar o perfil epidemiológico de pacientes admitidos no Hospital Regional de Sobradinho (HRS) analisando dados de oitenta e quatro pacientes admitidos na Sala de Emergência e no Box de Cirurgia e Clínica Médica durante todo o ano de 2018 que foi escolhido por se tratar de um contexto antes da pandemia de Covid 19, fator que poderia confundir as variáveis e a taxa de mortalidade. Desta forma trata-se de um estudo epidemiológico observacional de caráter analítico pois buscou através da relação entre dois fatores, quantificá-los para verificar o efeito de determinada exposição sobre o desfecho.

Os dados dos pacientes foram registrados em planilhas do Excel através do SISREG DF do Hospital Regional de Sobradinho, os dados foram extraídos a partir de cada dia de registro e compilados em uma planilha onde foram inseridos somente os pacientes com diagnósticos compatíveis com o estudo como: Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnivelamento do ST (IAMSSST) Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnivelamento do ST (IAMSSST), Doença Arterial Coronariana, Angina estável ou instável.

A partir daí cada paciente teve seu prontuário analisado de forma individual através do *TrackCare*. Uma vez que todo paciente que ingressa no HRS possui um número de identificação atrelado ao seu prontuário (número SES), foi possível analisar o destino de cada um deste após a entrada do indivíduo no sistema de saúde pública.

A análise individual dos prontuários também permitiu correlacionar as comorbidades e hábitos dos pacientes. Em relação aos dados relacionados a gênero e idade, estes foram também retirados do prontuário, enquanto a questão relacionada a renda, correlacionou-se os endereços cadastrados com dados da renda per capita estimada pela Companhia de Planejamento do Distrito Federal.

Este estudo faz parte de uma pesquisa macro que visa elaborar a predição do risco de morte, internações hospitalares e doença renal dialítica com Algoritmos de aprendizado de máquina em pacientes com doença arterial coronariana ou insuficiência cardíaca: Estudo MaLACAD HF – BHS 5 e Estudo MachPRiDE HF – BHS e foi sob a égide deste estudo maior, que o projeto de pesquisa foi submetido ao conselho de ética na Plataforma Brasil.

Resultados

Ao analisar os resultados dos dados socioeconômicos, inicialmente dos oitenta e quatro pacientes, cinquenta e um eram homens e trinta e três eram mulheres. A média de idade foi de sessenta anos. Contudo a média dos homens é inferior à das mulheres. Enquanto a medida de idade dos homens foi de cinquenta e um anos de idade, as mulheres que foram admitidas na sala vermelha e no box de clínica médica do Hospital Regional de Sobradinho, tinham em média cinquenta e nove anos de idade. O paciente mais jovem tinha vinte e quatro anos e o mais velho noventa e um, homem e mulher respectivamente.

Desta forma 61% dos pacientes eram do gênero masculino e 39% do gênero feminino, além disto, 79% dos pacientes residiam em sobradinho, o restante compunha outras regiões administrativas do Distrito Federal (DF), como Fercal, Lago Norte, Planaltina e Paranoá sendo que uma pequena minoria residia em outros municípios do estado de Goiás.

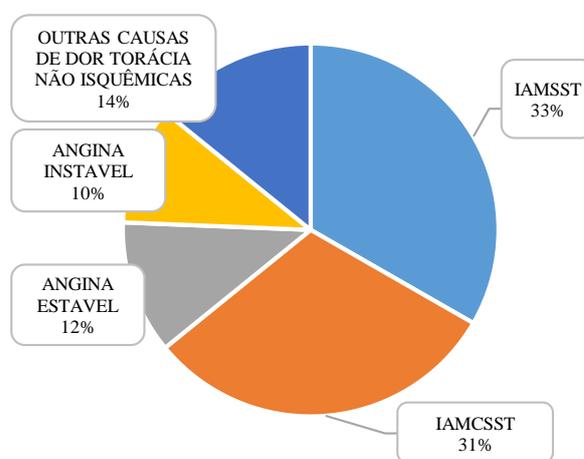
O diagnóstico mais recorrente foi de IAM sendo que a IAMSSST foi mais frequente, os dados do gráfico 01 apontam estes dados, que além do supracitado incluíam também, dor torácica, angina instável/estável.

Outras comorbidades diagnosticadas na admissão em menor grau em casos individuais foram: pancreatite, hipertensão arterial sistêmica, doença renal crônica, osteomielite, acidente vascular cerebral hemorrágico (AVCH), pericardite, cardiopatia chagástica, hipercalemia, síndrome de Mallory, Alzheimer.

O IAM ocorreu em 64% dos pacientes (IAMCSST e IAMSSST). A dor torácica não isquêmica foi registrada no diagnóstico inicial de 14% enquanto o diagnóstico de angina instável e estável atingiu 10% e 12% respectivamente dos pacientes.

Os dados do Gráfico 1 apontam os diagnósticos mais comuns dos pacientes admitidos e analisados neste estudo.

Gráfico 1 – Diagnósticos mais comuns dos pacientes admitidos



Dos oitenta e quatro indivíduos admitidos no hospital, 33% destes já tinham recomendação de

encaminhamento inicial para UTI no momento da internação sendo que, 7% foram transferidos para outras UTI sem que fosse registrado seu óbito ou alta do hospital.

O histórico pessoal dos pacientes também foi levado em consideração. Na análise deste critério as variáveis mais recorrentes foram os seguintes: Diabetes em 21%, hipertensão em 48%, tabagismo em 46%, etilismo em 14% (2% eram ex-etilistas), 10% afirmaram que tinham histórico na família, a obesidade embora estivesse presente em apenas 8% dos pacientes, teve uma ausência de registro em 31% dos prontuários não sendo possível apontar se eram obesos ou não. Por fim, 73% dos pacientes utilizavam medicações de uso diário. Este uso diário de medicamentos apontou o uso das seguintes drogas, conforme a Tabela 1 aponta.

Tabela 1 – Medicamentos de uso diário relatados

Medicamento	Quantidade	(%)
AAS	21	25,0
Antibiótico	1	1,2
Marevan	1	1,2
Gliclazida	4	4,8
Metformina	6	7,1
Amiodarona	1	1,2
Atenolol	4	4,8
Metoprolol	4	4,8
Anlodipino	11	13,1
Diltiazem	1	1,2
BRA	3	3,6
Losartana	26	31,0
Indapamida	7	8,3
Furosemida	10	11,9
Espironolactona	5	6,0
Atorvastatina	2	2,4
Captopril	1	1,2
Enalapril	8	9,5
Insulina	6	7,1
Ciprofibrato	1	1,2
Ezetimiba	1	1,2
Dinitrato de isossorbida	1	1,2
Hidralazina	1	1,2
Isordil (Antianginoso)	2	2,4

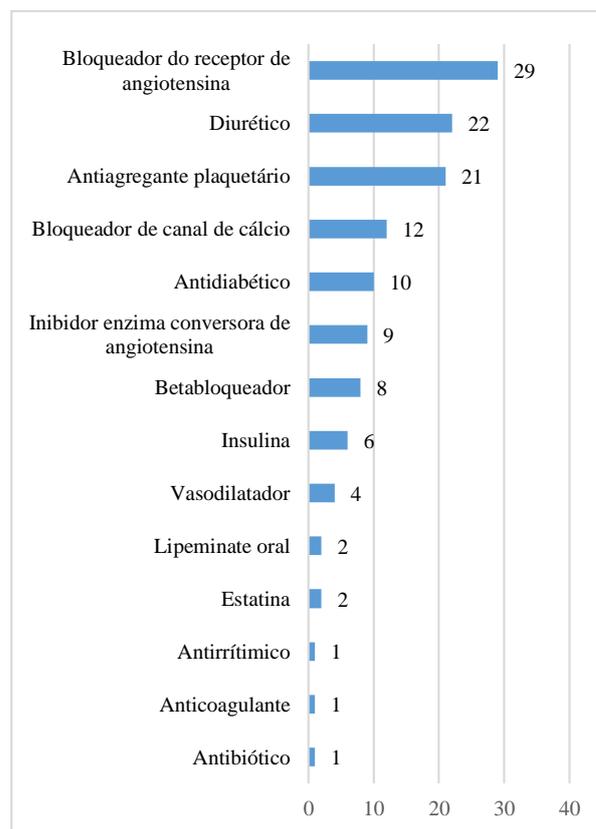
A Tabela 1 apresenta os medicamentos de uso diário relatados pelos pacientes. É possível observar que o ácido acetilsalicílico (AAS) é o medicamento mais utilizado, com 25,0% dos pacientes fazendo uso dele. O AAS é um antiplaquetário comumente prescrito para pacientes com doenças cardiovasculares, como a síndrome coronariana aguda, para prevenir eventos tromboembólicos. Outros medicamentos listados incluem antibióticos (1,2%), Marevan (1,2%), gliclazida (4,8%), metformina (7,1%), amiodarona (1,2%) e atenolol (4,8%).

Marevan é um anticoagulante utilizado para prevenir a formação de coágulos sanguíneos. Gliclazida e metformina são medicamentos utilizados no tratamento do diabetes, uma condição que pode aumentar o risco de desenvolver doenças cardiovasculares. Amiodarona é um medicamento antiarrítmico prescrito para controlar arritmias cardíacas, enquanto o atenolol é um betabloqueador utilizado para tratar hipertensão arterial

e doenças cardíacas.

A análise da tabela acima é possível verificar a seguinte distribuição de medicamentos de acordo com a classe, conforme apresentado no Gráfico 2.

Gráfico 2 – Classes de medicamentos mais utilizados



Ou seja, 35% dos pacientes utilizavam bloqueadores do receptor de angiotensina, 26% diuréticos, 25% antiagregantes plaquetários, 14% bloqueadores do canal de cálcio, 12% bloqueadores de enzima conversora de angiotensina, 11% inibidores de enzima conversora de angiotensina e as demais classes não superaram os 10% de uso.

Os diagnósticos complementares envolveram ainda uma quantidade de pacientes com sepse, isto é, 8% dos admitidos no box e na sala vermelha do hospital, contudo 30% foram submetidos a antibioticoterapia enquanto estiveram internados. A alteração no Eletrocardiograma esteve presente em 68% dos pacientes, e foi necessário a realização de trombólise em 15% dos pacientes.

A Intubação Orotraqueal (IOT) foi realizada em 26% dos pacientes. Em paralelo a estes dados temos que a terapia dialítica também foi utilizada no tratamento de 18% dos pacientes.

As alterações de Marcadores de Necrose Miocárdica (MNM) estiveram presente em 63% dos pacientes. A angioplastia foi realizada em 23% dos indivíduos.

Por fim, dos 84 atendimentos por doença arterial coronariana, a média do tempo de internação foi de 14 dias. 31% dos pacientes necessitaram de tratamentos na UTI. A mortalidade foi de 25%. No total, 61,9% tiveram

alta e a taxa de evasão foi de 4%. 7% foram transferidos para outra UTI sem que houvesse o desfecho definido no prontuário. Apenas 1% dos prontuários não informaram o destino do paciente.

Discussão

Como dito até aqui a DAC caracteriza-se pela insuficiência de irrigação sanguínea no coração por meio das artérias coronárias por conta da obstrução do fluxo sanguíneo por placas ateroscleróticas. Ao se realizar um estudo epidemiológico é possível correlacionar os mecanismos envolvidos na gênese da doença aterosclerótica que são complexos, mas é a sua interação de com os fatores de risco que provocam quadro clínicos mais graves.

A mortalidade decorrente de DCV no Brasil continua elevada, ainda que tenha havido uma redução nas taxas nos últimos anos, há sem dúvida uma alta prevalência aliado a um fraco controle dos fatores de risco cardiovascular (FRCV). Fatores que tendem a possuir um planejamento preventivo e uma intervenção individual e populacional [8].

A revisão de literatura do assunto aponta que há duas modalidades nas quais se classificam estes fatores: Modificáveis e não modificáveis, o Quadro 1 faz uma correlação destes fatores.

Quadro 1 – Fatores de Risco Cardiovascular [8]

Modificáveis:	Não modificáveis
Diabetes Melitus	Hereditariedade
Estresse Emocional	Idade
Hiperlipidemia	Sexo
Hipertensão Arterial Sistêmica	
Obesidade	
Sedentarismo	
Tabagismo	

Em relação a diabetes melitus (DM), comorbidade presente em 21% dos pacientes, a literatura é precisa em apontar que “é por si só um preditor de risco de morte independente em pacientes com SCA, acarretando um risco duas a três vezes maior que a população em geral” [9]. Isto posto, a análise desta comorbidade esteve presente em 24% dos pacientes que foram a óbito.

O tabagismo por sua vez, hábito de 39% dos pacientes, esteve presente em 43% das mortes. Estudos apontam que a síndrome coronariana aguda ocorra até sete anos antes em fumantes. Fumantes apresentaram maior probabilidade de IAM conforme um estudo de 200 pacientes realizado em 2022 [10]. Mesmo em pacientes jovens, de 25 a 50 anos encontra-se evidências de que o tabagismo faz parte dos fatores de risco mais comuns entre os jovens do sexo masculino que foram admitidos com SCA em outro estudo envolvendo 220 pacientes [11]. Estudos de revisão sistemática de literatura que envolveram mais de vinte e quatro mil participantes também apontam resultados semelhantes

ao apontar que “fumar antecipa em média 10 anos a probabilidade de contrair um SCA, sem contar com todas as outras patologias que este fator de risco induz”, pois o indivíduo que utiliza o cigarro está deveras exposto, ao fenômeno da SCA [12], segundo a correlação da Tabela 2.

Tabela 2 – Correlação óbito e fator de risco ou comorbidade

Correlação entre pacientes que vieram a óbito e outra variável	21	-
Hipertensão	9	43%
Tabagismo	9	43%
Diabetes	5	24%
Etilismo	1	5%
Obesidade	1	5%

Da mesma forma o etilismo, presente como hábito em 14% da amostra é um fator de risco à DAC em diversos estudos [13,14], um estudo com 2396 paciente apontou que a 9% eram etilistas e possuíam DAC, dentre outras comorbidades, ao passo que entre os que não tinha DAC apenas 4,8% não eram etilistas. O autor apontou ainda que “a presença de DAC aumentou 3,56 vezes a chance de óbito, assim como o etilismo” [14].

Contudo, esta correlação não foi encontrada neste estudo, que apontou um baixo índice de pacientes que vieram a óbito e que se declaravam como etilista. Ainda que fossem incluídos outros dois pacientes que se declararam ex-etilistas, o valor ainda não seria expressivo.

Quando se faz a correlação inversa, isto é, entre aqueles que possuíam determinada comorbidade ou fator de risco e a verificação se o indivíduo foi a óbito, expresso na Tabela 3 há uma tendência compatível com os dados descritos, com a hipertensão e o tabagismo sendo os fatores mais frequentes.

Tabela 3 – Correlação entre fator de risco ou comorbidade e taxa de óbitos

Comorbidade	% de Óbitos
Diabetes	5,95
Hipertensão	10,7
Tabagismo	10,7
Etilismo	1,19
Obesidade	1,19

Depreende-se dos dados da tabela 3 que do universo total de pacientes a hipertensão e o tabagismo foram os fatores que mais tiveram correlação com a porcentagem de óbitos ambos com 10,7%.

O sobrepeso e a obesidade contribuem para o desenvolvimento de DCV de maneira geral e também para DAC, por sua associação frequente a outros fatores de risco de DCV comuns e incomuns. A obesidade também é considerada um fator de risco independente para DCV [15]. Da mesma forma, esta variável não encontrou correlação com a taxa de óbitos deste estudo dada a limitação do registro nos prontuários.

Já a hipertensão, presente em 48% dos casos tem sólida associação com a DAC, relação já estabelecida por importantes estudos de caráter epidemiológicos que

afirma que a hipertensão é o maior fator de risco independente para o desenvolvimento de DAC [16].

Especificamente em relação aos pacientes com hipertensão, que representavam 40% dos pacientes admitidos no hospital, 35% deles tiveram como diagnóstico IAMSSST e 23% IAMCSST. A correlação entre hipertensão e estes diagnósticos estão expressos na Tabela 4.

Tabela 4 – Correlação entre diagnóstico do paciente e hipertensão

Diagnóstico do paciente	Qntd	(%)
Hipertensão	40	-
IAMSSST	14	35%
IAMCSST	9	23%
Hipertensão e IAMSSST que vieram a óbito	3	8%
Hipertensão e IAMCSST que vieram a óbito	4	10%

Os mecanismos fisiopatológicos que correlacionam a pressão arterial e DAC podem ser listados: “hiperativação dos sistemas nervoso simpático e renina-angiotensina-aldosterona; alterações nas concentrações e ativação de vasodilatadores como o óxido nítrico e a prostaciclina” [16]. Inclui-se ainda aumento na expressão de citocinas inflamatórias, o peptídeo natriurético, as alterações hemodinâmicas e estruturais e a disfunção endotelial entre outros” [16].

O cateterismo foi realizado em 38%. Dentre os critérios de encaminhamento para o cateterismo também conhecido como Cinecoronariografia ou Angiografia Coronária ou Estudo Hemodinâmico [17], o protocolo envolve a presença de SCA, além do diagnóstico do paciente com dor torácica e alta probabilidade pré-teste para Insuficiente Coronariana (ICO). Outras evidências clínicas complementares envolvem a consideração de fatores como idade, tipo de angina, os tratamentos prévios aos quais ele foi submetido como angioplastia ou revascularização e se há doenças associadas ou fatores de risco como HAS, dislipidemia bem como as medicações em uso.

Sem dúvida o paciente com dor torácica típica e alta probabilidade pré-teste para ICO deve ser enquadrado na classificação de risco vermelha. Da mesma forma entram nesta classificação aqueles com SCA sem supra desnível do segmento ST e com critério de alto risco, ICO recém diagnosticada com paciente apresentando DT ou paciente com angina com classificação funcional 4 em repouso.

Pacientes com SCA com instabilidade elétrica, mecânica ou isquêmica devem ser encaminhados a um serviço de emergência. Bem com o paciente de SCA com supra desnível do segmento ST, sem supra desnível do segmento ST com critério de alto risco, os com que a doença isquêmica como causa do choque cardiogênico e aqueles pacientes recuperados de taquicardia ou fibrilação ventricular que possuem suspeita de doença isquêmica miocárdica e os com embolia pulmonar, todos devem ser encaminhados à emergência [18].

Ao correlacionar o IAMSSST, IAMCSST, óbitos e outras variáveis do estudo temos os seguintes dados:

Tabela 5 – Correlação entre IAMSSST, óbitos e demais variáveis

Correlação entre IAMSSST, óbitos e demais variáveis	QNTD	(%)
IAMSSST	26	-
Óbito	8	31%
Óbitos com IAMSSST	8	-
Foram pra UTI	7	88%
Alteração MNM	7	88%
Alteração ECG	6	75%
Necessidade de IOT	6	75%
Uso de medicação diária	6	75%
Hipertensão	3	38%
Necessidade de terapia dialítica	5	63%

Os dados da Tabela 5 apontam que os pacientes que foram a óbito após o diagnóstico de IAMSSST, têm uma grande tendência de antes terem passado pela UTI, além da alteração de MMM, ECG. São pacientes que fazem uso de medicação diária e tiveram a necessidade de IOT. Estes dados também se repetem ao se correlacionar IAMCSST, óbitos e outras variáveis, conforme a Tabela 6.

Tabela 6 – Correlação entre IAMCSST, óbitos e demais variáveis

Correlação entre IAMCSST, óbitos e demais variáveis	QNTD	(%)
IAMCSST	24	-
Óbito	8	33%
Óbitos com IAMCSST	8	-
Foram pra UTI	7	88%
Alteração MNM	8	100%
Alteração ECG	8	100%
Necessidade de IOT	7	88%
Uso de medicação diária	6	75%
Hipertensão	4	50%
Necessidade de terapia dialítica	4	50%

Por sua vez a análise de óbito com outras variáveis traz luz a certos fatores que podem estimar um aumento na taxa de mortalidade e a Tabela 7 traz estes dados.

Tabela 7 – Correlação entre óbito e outras variáveis

Correlação entre pacientes que vieram a óbito e outra variável	21	-
Necessidade de UTI	19	90%
Necessidade de IOT	18	86%
Alteração de ECG	17	81%
Medicações de uso diário	16	76%
Alteração MNM	15	71%
Necessidade de terapia dialítica	12	57%
Cateterismo	7	33%
Angioplastia	3	14%
Trombólise	2	10%

É notório que os pacientes que vieram a óbito foram em sua maioria submetidos a tratamento na unidade de terapia intensiva, mas ainda assim vieram a óbito, além disso a necessidade de IOT aparentemente é um fator que também está correlacionado com a mortalidade a posteriori do paciente caso haja um prolongamento dos dias, em estudos semelhantes a taxa de mortalidade de

pacientes submetidos a IOT foi de 29% após cinco dias [19].

Alterações no ECG e MNM são também fortes indícios de que um paciente pode vir a óbito, pois são variáveis que estão presentes nos óbitos tanto dos pacientes diagnosticados com IAMSSST e IAMCSST.

A presença de MNM é um mecanismo eficiente de diagnóstico e é realizada porque os miócitos ao sofrerem necrose e rompimento na membrana, liberam de proteínas, como a troponina e CK-MB, na circulação. Essas moléculas então são utilizadas como biomarcadores para o diagnóstico de doenças cardiovasculares [20].

Conclusão

Conclui-se que o perfil epidemiológico dos pacientes com doença arterial coronariana admitidos no box de emergência e sala vermelha do Hospital Regional de Sobradinho é constituído principalmente por homens (61%) que residem em sobradinho (79%), com cinquenta e nove anos de idade em média. A comorbidade mais comum no universo pesquisado foi a hipertensão, presente em 48% da amostra e o tabagismo (46%). Os pacientes fazem uso diário de medicações (79%) e durante a internação passaram por exames de diagnóstico que apontaram alteração no ECG de 68% e de MNM em 63%.

Os dados coletados apontaram ainda que o diagnóstico de admissão mais comum foram IAMCSST e IAMSSST com 31% e 33% respectivamente. E análise das variáveis relacionadas a estes diagnósticos apontam que os indivíduos que vieram a óbito e que possuíam este diagnóstico tiveram uma maior necessidade de internação na UTI e IOT, o que leva a crer que estes fatores podem estar correlacionados com a taxa de mortalidade.

Referências

- [1] Santos ER, Carvalho BDP, Margarida MCA, Paulo GML, Ferreira PWA, Melchior LMR. Perfil clínico epidemiológico de pacientes com Síndrome Coronariana Aguda. *Rev Enferm Universidade Federal de Juiz de Fora* 2021. 36-42 Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/enfermagem> [acessado em 11 Ago 2022].
- [2] Sweis R, Jivan A. Visão geral das síndromes coronarianas agudas (SCA): Angina instável; infarto agudo do miocárdio; Infarto do miocárdio. *MSD Manuals*. 2020. Disponível em: <https://www.msdm-anuals.com/pt-br/profissional/doen%C3%A7as-cardiovasculares/doen%C3%A7a-coronariana/vis%C3%A3o-geral-das-s%C3%ADndromes-coronarianas-agudas-sca> [acessado em 11 Ago 2022].
- [3] Sanchis-Gomar F, Perez-Quilis C, Leischik R, Lucia A. Epidemiology of coronary heart disease and acute coronary syndrome. *Ann Transl Med*. 2016 Jul; 4(13):256. doi: 10.21037/atm.2016.06.33. PMID: 27500157; PMCID: PMC4958723. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4958723/> [acesso em 1 Ago 2022].
- [4] Virani S, Alonso A, Aparicio, HJ, Benjamin EJ. Heart Disease and Stroke Statistics-2021 Update: A Report From the American Heart Association. *Circulation*. 2021. Disponível em: <https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/CIR.0000000000000950#d1e3827> [Acesso 1 de Ago 2022].
- [5] Silva RB, Castro CM, Iser BP, Castilho LKC. Perfil dos pacientes com síndromes coronarianas agudas em um hospital da Região Sul do Brasil. *Rev Soc Bras Clin Med*. 2016 jan-mar; 14(1):33-7. Acesso: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/05/18/33-37.pdf> [Acesso 25 Ago 2022].
- [6] Silva LN, Karino ME, Martins JT, Galdino MJQ, Scholze AR, Ribas JJ. Perfil epidemiológico e clínico de pacientes com síndrome coronariana aguda. *Rev Enferm Universidade Federal do Pernambuco on line*. 2018; 12(2):379-85. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermage/article/view/22563> [Acesso em 25 Ago 2022].
- [7] Abreu SLL, França de Abreu JDM, Branco MRFC, Santos AM. Óbitos Intra e Extra-Hospitalares por Infarto Agudo do Miocárdio nas Capitais Brasileiras. *Arq Bras Cardiol*. 2021; 117(2):319-26. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34495227/> [Acesso em 1 Ago 2022].
- [8] Mansur AP, Favarato D. Mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil e na região metropolitana de São Paulo: atualização 2011. *Arq Bras Cardiol*. 2012; 99(2):755-61. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/CLG9bTSVkjBDDG5CYsrN7By/?lang=en> [Acesso em 9 Ago 2022].
- [9] Soeiro AM, Silva OB, Coelho OR, Ceçça PHM, Serrano Jr. CV. Tratamento Da Sca No Paciente Diabético: o que mostram as evidências. *Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo*. 2018;28(2):161-6. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/08/909214/05_revistasocesp_v28_02.pdf [Acesso em 15 Ago 2022].
- [10] Kumar G, Korrapati H, Reddy BVN. Chegirerry Angiographic Profile of Acute Coronary Syndrome in Smokers and Non Smokers: A Comparative Study. 2021. Disponível em: <http://impactfactor.org/PDF/IJPCR/14/IJPCR,Vol14,Issue3,Article56.pdf> [Acesso em 17 Ago 2022].
- [11] Qazi S, Kazi S, Amir M, Rathi NL. Pattern of coronary artery disease in young males with acute coronary syndrome. *Prof Med J*. 2021; 28(03).
- [12] Mota MA. Tabagismo e Síndrome Coronário Aguda. *Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica*. 5. ed. Instituto Politécnico de Viseu. 2016. Disponível em: <https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/4537/1/MauroAlexandreLopesMota%20DM.pdf> [Acesso em 17 Ago 2022].

- [13] Gabriel SA, Serafim PH, Freitas CEM, Tristão CK, Taniguchi RS, Beteli CB, *et al.* Doença arterial obstrutiva periférica e índice tornozelo-braço em pacientes submetidos à angiografia coronariana. *Braz J Cardiovasc Surg.* 2007; 22(1):49-59. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-76382007000100011> [Acesso em 19 Ago 2022].
- [14] Fontela PC, Winkelmann ER, Viecili PR. Estudo do índice de conicidade, índice de massa corporal e circunferência abdominal como preditores de doença arterial coronariana. *Rev Port Cardiol.* 2017; 36(5):357-364.
- [15] Katta N, Loethen T, Lavie CJ, Alpert MA. Obesity and Coronary Heart Disease: Epidemiology, Pathology, and Coronary Artery Imaging. *Curr Probl Cardiol.* 2021; 46(3):100655. ISSN 0146-2806, <https://doi.org/10.1016/j.cpcardiol.2020.100655>.
- [16] Pires NF, Faria AP, Modolo R. Hipertensão arterial em pacientes com doença arterial coronariana - metas pressóricas. *Rev Bras Hipertens.* 2016; 23(1):8-15. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/03/881166/rbh_v23n1_8-15.pdf
- [17] Hospital Albert Einstein. Cateterismo Cardíaco. Disponível em: <https://www.einstein.br/especialidades/cardiologia/exames-tratamento/cateterismo-cardiaco> [Acesso em 19 Ago 2022].
- [18] Secretaria de Saúde de Santa Catarina (SESSC). Protocolo de Cateterismo. 2022. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/regulacao-1/aceessos-por-especialidade/exames-adulto/13831-cateterismo-exames/file> [Acesso em 19 Ago 2022].
- [19] Cardoso L, Simont FS, Camacho EC, Lucena V, Guerra AF, Rodrigues JMS. Intubação Orotraqueal Prolongada e a indicação de traqueostomia. *Rev Fac Cienc Med Sorocaba.* 2014; 16(4):170. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/18202/pdf> [Acesso em 23 Set 2022].
- [20] Silva LN, Martins JT, Galdino MJQ, Scholze AR, Ribas JJ, Silva LN, *et al.* Perfil epidemiológico e clínico de pacientes com síndrome coronariana aguda. *Rev Enferm Universidade Federal do Pernambuco UFPE on line.* 2018; 12(2):379-85. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/22563> [Acesso em 25 Ago 2022].