



Ano III – Volume III – Número IV – Mês Fevereiro/2020

USUÁRIOS SUBMETIDOS AO CATETERISMO CARDÍACO DE URGÊNCIA: ORIENTAÇÕES PARA A PREVENÇÃO DA DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA

MONTALVÃO, Daniele B.¹
CAETANO, Érico P. A
CAMARGO, Marília R. R²

RESUMO

As Doenças Cardiovasculares representam uma das maiores causas de mortalidade no mundo e, segundo a Organização Mundial de Saúde, nos últimos anos, a taxa de mortalidade por DCV variou entre 28 a 34 milhões de óbitos na população mundial, com estimativas de atingir valores superiores a 35 milhões, em 2030. Para tanto, delimitou-se como objetivo identificar o perfil sociodemográfico e clínico da população submetida ao cateterismo cardíaco e traçar orientações para a prevenção da Doença Arterial Coronariana. Trata-se de um estudo descritivo, transversal, de abordagem quantitativa, no qual foram analisados 60 prontuários de pacientes submetidos ao cateterismo cardíaco de urgência.

Palavras-chaves: Cateterismo Cardíaco. Conscientização. Emergências. Prevenção de Doenças. Síndrome Coronariana Aguda.

ABSTRACT

Cardiovascular diseases represent one of the major causes of mortality in the world and, according to the World Health Organization, in recent years, the CVD mortality rate ranged from 28 to 34 million deaths in the world population, with estimates of reaching values mortality rates 35 million in 2030. In order to identify the sociodemographic and clinical profile of the population submitted to cardiac catheterization and to establish guidelines for the prevention of Coronary Artery Disease. This is a descriptive, cross-sectional, quantitative study, in which 60 medical records of patients undergoing emergency cardiac catheterization were analyzed.

Keywords: Cardiac Catheterization. Awareness. Emergencies. Disease Prevention. Acute Coronary Syndrome.



1. INTRODUÇÃO

As Doenças Cardiovasculares (DCV) representam uma das maiores causas de mortalidade no mundo e, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), nos últimos anos, a taxa de mortalidade por DCV variou entre 28 a 34 milhões de óbitos na população mundial, com estimativas de atingir valores superiores a 35 milhões, em 2030 (BRASIL, 2009).

Atualmente 32% dos óbitos registrados em todas as regiões do país são atribuídos as patologias cardiovasculares como infarto, acidente vascular encefálico, insuficiências cardíacas e renais ou morte súbita, o que significa 820 mortes por dia, 30 mortes por hora ou uma morte a cada 2 minutos (ANDRADE et al., 2013).

Segundo Magalhães, Chagas e Naccarato (2009) a DCV emergiu como a doença crônica dominante em muitas partes do mundo. No início do século XX, era responsável por menos de 10% de todas as mortes, e no século XXI, é responsável por pelo menos a metade de todas as mortes no mundo desenvolvido. Essa modificação nas doenças que são responsáveis pelas grandes transformações provocadas pela mortalidade e morbidade é conhecida como transição epidemiológica. Nunca ocorrendo de forma isolada, a transição epidemiológica está intimamente ligada com as alterações na riqueza pessoal e coletiva (transição econômica), na estrutura social e na demografia (transição demográfica).

Estima-se que aproximadamente 75% de todas as doenças cardiovasculares podem ser atribuídas a fatores de risco modificáveis como o tabagismo, alcoolismo, hipertensão, dislipidemia e obesidade. Entre os fatores não modificáveis estão o avanço da idade e gênero masculino (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004).

Martins (2013) menciona que os exames complementares são de fundamental importância para a confirmação de um quadro clínico compatível com isquemia miocárdica, portanto o paciente que chega ao setor de emergência deve realizar um eletrocardiograma (ECG) em até 10 minutos. Outros exames devem ser solicitados, como o hemograma, eletrólitos, glicemia, função renal e testes de coagulação. Ainda nesse



contexto, o exame físico é uma ferramenta importante para a identificação da Síndrome Coronariana Aguda (SCA).

De acordo com Da Gama, De Biasi e Ruas (2012) devido a grande proporção de indivíduos acometidos por DCV, especialmente de etiologia isquêmica e seus fatores relacionados, é essencial que o perfil dos usuários submetidos ao procedimento de cateterismo cardíaco seja conhecido, de tal modo que a DAC seja melhor elucidada e que os profissionais de saúde possam elaborar estratégias de prevenção de tais fatores, especialmente os possíveis de serem modificados. Nesse sentido, cabe ao enfermeiro, enquanto parte da equipe multiprofissional, implementar ações preventivas para o manejo adequado das DCV.

Este estudo objetivou identificar o perfil sociodemográfico e clínico da população submetida ao cateterismo cardíaco de urgência no Serviço de Hemodinâmica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília, a fim de que os fatores de risco possam ser identificados e contribuam para o desenvolvimento de orientações para a prevenção de agravos.

2. DESENVOLVIMENTO

2.1 Material e métodos

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, de abordagem quantitativa. Foi realizado no Serviço de Hemodinâmica do Hospital das Clínicas de Marília.

No período de Janeiro de 2013 a Janeiro de 2014 foram realizados 396 procedimentos intervencionistas no setor de Hemodinâmica do Hospital das Clínicas de Marília, desses, 182 foram procedimentos de cateterismo cardíaco de urgência. Durante a coleta de dados, constatou-se em 122 prontuários o não preenchimento dos dados sociodemográficos, histórias clínicas e familiares dos usuários, bem como, ausência dos laudos e fichas dos procedimentos realizados no serviço de Hemodinâmica. Portanto fizeram parte do estudo 60 usuários. Como critérios de inclusão para o estudo, adotou-se o procedimento de cateterismo cardíaco em caráter de urgência; e como critérios de



exclusão procedimentos diagnósticos e terapêuticos de usuários internados e de procedência ambulatorial, bem como, o não preenchimento de itens que constam no instrumento de coleta de dados.

A coleta de dados foi realizada através de um instrumento com questões fechadas. Para análise das variáveis categóricas, foram utilizados os programas Microsoft Excel e Epi-Info.

O projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Marília – FAMEMA, sendo aprovado sob o número do parecer 1.421.598.

2.2 Resultados e discussão

Com a coleta de dados, foi identificado a predominância do sexo feminino, raça branca, casados, idade média de > 45-60 anos, com sobrepeso, Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Dislipidemia. O delta t médio desde a chegada do usuário a unidade de emergência até a realização do procedimento de cateterismo cardíaco, foi de 30 minutos a 2 horas e > 12 horas. Um dos fatores que podem explicar os resultados encontrados é o fato do presente estudo representar apenas um serviço de cardiologia do estado de São Paulo e situações regionais específicas.

Portanto, um estudo de Wittkopf et al. (2016) propõe a quebra dos paradigmas relacionados ao sexo biológico e aponta para uma compreensão da saúde em um contexto social e comportamental identitário, em que as mulheres com identidade de gênero e comportamentos sociais mais parecidos aos homens, apresentam-se mais suscetíveis ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares.

A DAC apresenta muitas manifestações clínicas e, portanto, necessita de avaliação minuciosa para sua confirmação, ou não. Suas manifestações incluem obstruções severas nas artérias coronárias sem ou com a presença de sintomas, quadros de angina estável, instável, Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e queixas de dor torácica inespecífica (FREITAS et al., 2013).



Após a realização dos exames complementares, em várias situações clínicas se faz necessário a intervenção coronária percutânea, procedimento invasivo, realizado em sala de hemodinâmica com o objetivo diagnóstico e/ou tratamento percutâneo das obstruções coronarianas. Diante disso, está indicado o cateterismo cardíaco, onde um cateter específico é introduzido até o coração por meio de uma artéria (radial braquial ou femoral). Ao chegar ao seio coronário, infunde-se contraste iodado nas artérias coronárias direita e esquerda. A evolução desse contraste por essas artérias permite identificar o grau de obstrução de algum vaso coronariano e posteriormente avalia-se a necessidade de proceder a angioplastia do vaso (JACOB; HASHIMOTO, 2012).

De acordo com Piegas et al. (2009) e Gersh e Stone (2010) os maiores benefícios em termos de redução das taxas de mortalidade e de insuficiência cardíaca na evolução são alcançados se a intervenção é realizada nas primeiras 2 horas após o início dos sintomas. Entre 3 e 6 horas ainda há benefícios, embora progressivamente menores. Ainda se considera aceitável proceder-se com a recanalização química ou mecânica em intervalos de tempo de até 12 horas após o início dos sintomas. Acima deste intervalo, só há benefício clínico se o paciente apresenta instabilidade hemodinâmica e / ou dor no peito persistente.

Nesse contexto, é necessário que a equipe multiprofissional identifique a necessidade do paciente em conhecer sobre a sua saúde e considerar o quão importante são as orientações e informações acerca do exame a qual irá se submeter, pois através destas o paciente pode se sentir mais seguro e confiante, minimizando situações de estresse e ansiedade ocasionados pelo desconhecimento da situação, fazendo com que ele compreenda certas situações necessárias para a realização do cateterismo cardíaco (LANDAL; PELAES, 2009). Outra possibilidade de intervenção por parte da equipe multiprofissional é a criação de espaços para esclarecimento de dúvidas e fornecimento de informações aos pacientes momentos antes dos exames ou procedimentos invasivos, e facilitar o próprio atendimento hospitalar (CAVALCANTI et al., 2008).

3. CONCLUSÃO



Conclui-se que o presente estudo possibilitou conhecer o perfil epidemiológico e clínico dos pacientes submetidos ao cateterismo cardíaco de urgência, confirmando que a população mais acometida são as pessoas idosas, do gênero feminino e que apresentavam hipertensão, diabetes e dislipidemia.

Além disso, foi identificado que os pacientes submetidos ao cateterismo cardíaco de urgência, receberam em tempo hábil, as intervenções e terapêuticas adequadas, o que sugere redução da taxa de mortalidade, melhor prognóstico, recuperação e reabilitação do quadro clínico.

Para a prevenção da DAC destacam-se as orientações e intervenções da equipe multiprofissional junto ao paciente e seus familiares, buscando incentivar a conscientização e a responsabilização do indivíduo no autocuidado para o controle de diversos fatores que afetam a qualidade de vida, promovendo assim, um envelhecimento mais saudável. Nesse sentido, a educação em saúde, é uma importante ferramenta no processo de conscientização individual e coletiva de responsabilidade.

4. REFERÊNCIAS

ANDRADE, J. P. et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia - Carta do Rio de Janeiro - III Brasil

Prevent/ I America Latina Prevent. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 100, n. 1, p.

3-5, 2013. Disponível

em: <http://www.arquivosonline.com.br/2013/10001/pdf/ABC_pdf_interativo_10001.pdf>. Acesso em: 5 nov. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde**. Brasília, 2013.

Disponível em:

<http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/aquivos/CNS%20%20Norma%20Operacional%20001%20-%20conep%20finalizada%2030-09.pdf>. Acesso em: 29 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Taxa Óbitos por doenças isquêmicas do coração**. Brasília, 2009.

Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/eiuf.def>>. Acesso em: 20 out. 2015.



CAVALCANTI, C. T et al. Cateterismo cardíaco esquerdo: Lacunas nas informações transmitidas aos pacientes. **Revista Brasileira de Cardiologia Invasiva**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 206-210, 2008.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2179-83972008000200015&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 11 jan. 2017.

DA GAMA, L. C; DE BIASI, L. S; RUAS, A. Prevalência dos fatores de risco para as doenças cardiovasculares em pacientes da rede SUS da UBS progresso da cidade de Erechim. **Perspectiva**, Erechim, v. 36, n. 133, p. 63-72, 2012. Disponível em: <http://www.uricer.edu.br/site/pdfs/perspectiva/133_251.pdf>. Acesso em: 22. Out. 2015.

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA. **HCI – Unidade Clínico Cirúrgica**. Marília, 2013. Disponível em: <<http://www.famema.br/assistencial/hc1/index.php>>. Acesso em: 15 nov. 2015.

FREITAS, E. O. et al. Perfil dos pacientes com doença arterial coronariana submetidos ao cateterismo cardíaco. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 3, p. 679-688, 2013. Disponível em: <<http://cascavel.cpd.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/11124/pdf>>. Acesso em: 25 out. 2015.

GERSH, B. J; STONE G. W. Pharmacological Facilitation of Coronary Intervention in ST-Segment Elevation Myocardial Infarction. **JACC: Cardiovascular Interventions**, New York, v. 3, n. 12, p.1292-1294, 2010. Disponível em: <http://ac.els-cdn.com/S1936879810007569/1-s2.0-S1936879810007569main.pdf?_tid=5014dfd4-d795-11e6-8ef1-00000aacb361&acdnat=1484094877_ef71256986ed0716575e03833044f6ec>. Acesso em: 9 jan. 2017.

JACOB, E. M. O.; HASHIMOTO, R. N. Método de revascularização coronariana: percutâneo e cirúrgico. In: MACEDO, R. C. R. et al. **Enfermagem em cardiologia, procedimentos em unidade semi-estruturada**. Barueri: Manole, 2012. cap. 7, p. 101-122.

LANDAL, F. T. K.; PELAES, T. Importância das orientações de enfermagem no exame de cateterismo cardíaco em unidade hemodinâmica. **Revista Boletim de Enfermagem**, Lisboa, v. 2, n. 3, p. 18-30, 2009.

MAGALHÃES, C. C.; CHAGAS, A. C. P.; NACCARATO, A. F. P. Quadro atual das cardiopatias nãoateroscleróticas no Brasil. In: SERRANO JÚNIOR C. V.;



TIMERMAN, A.; STEFANINI, E. **Tratado de Cardiologia SOCESP**. 2. ed. Barueri: Manole, 2009. cap. 4, p. 41-57.

MARTINS, H. S. Síndromes coronarianas agudas sem elevação do segmento ST. In: MARTINS, H. S. et al. **Emergências clínicas**. 8. ed. Barueri: Manole, 2013. cap. 42, p. 633-654.

PIEGAS, L. S. et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. IV Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST.

Arquivos Brasileiros de Cardiologia, São Paulo, v. 93, n. 6, p. 79-264, 2009. Suplemento 2.

Disponível em:
<http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2009/diretriz_iam_9306supl2.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2017.

WITTKOPF, P. G. et al. Semelhanças entre comportamentos e papéis sociais apresentados por mulheres e homens com doença arterial coronariana. **Arquivos de Ciência da Saúde**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 2, p. 71-75, 2016. Disponível em:
<http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/205/pdf_10>. Acesso em: 5 out. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The atlas of heart disease and stroke**. Geneva: WHO, 2004.