

MORBIMORTALIDADE DE IDOSOS NO MANEJO HOSPITALAR DAS EMERGÊNCIAS CARDIOVASCULARES

PÂMELA SANDRI^{1,2*}, EDUARDO PITTHAN³

1 Introdução

As doenças cardiovasculares representam um problema de saúde pública, tendo em vista as elevadas taxas de mortalidade e de internação hospitalar, além dos altos custos em assistência médico-hospitalar (SILVA *et al.*, 2020). Em 2016, foram responsáveis por 28% das mortes ocorridas no Brasil (WHO, 2018).

O Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), que representa a principal causa isolada de morte no país (SILVA *et al.*, 2020), é caracterizado pelo fornecimento insuficiente de sangue e oxigênio ao miocárdio, necessários para suprir as demandas metabólicas cardíacas; sendo em mais de 90% dos casos decorrente de lesões ateroscleróticas obstrutivas em artérias coronarianas (KUMAR; ABBAS; ASTER, 2013). De acordo com Roth *et al.*, (2015), entre 1990 e 2013 ocorreu um aumento de 41,7% no número de mortes globais por essa patologia. Esse incremento na mortalidade pode ser decorrente do efeito combinado do crescimento e do envelhecimento populacional, e de alterações epidemiológicas nas doenças cardiovasculares (ROTH *et al.*, 2015).

Desse modo, compreender e analisar os efeitos dos fatores de risco sobre o padrão de morbimortalidade, considerando as particularidades de determinada área geográfica, mostra-se uma ferramenta eficaz para avaliar a qualidade da atenção e da assistência à saúde, e podem ser empregadas como subsídio para execução de ações em saúde, alocação de recursos, e na avaliação e planejamento de políticas públicas (MIRANDA *et al.*, 2016).

2 Objetivos

Descrever o padrão de morbimortalidade por IAM e a associação com fatores de risco e variáveis clínicas, entre fevereiro a julho de 2022, no Hospital de Clínicas de Passo Fundo (HCPF), norte do estado Rio Grande do Sul.

3 Metodologia

O estudo é um recorte da pesquisa de coorte prospectiva intitulada: “Morbimortalidade de Idosos no Manejo Hospitalar de Emergências Cardiovasculares” que analisou as características dos pacientes atendidos com síndrome coronariana aguda no HCPF, no período de agosto de 2021 a julho de 2022.

1 Discente do curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul, *campus* Passo Fundo, RS; pamelasandri@outlook.com. Bolsista UFFS

2 Grupo de Pesquisa: Inovação em Saúde Coletiva: políticas, saberes e práticas de promoção da saúde.

3 Docente do Curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul, *campus* Passo Fundo, RS. eduardo.pitthan@uffs.edu.br

O tamanho da amostra foi calculado considerando-se um nível de confiança de 95% e um poder de estudo de 80%. O cálculo para identificar uma prevalência de desfecho de 11%, admitindo-se uma margem de erro de cinco pontos percentuais, resultou em 151 participantes. Para identificar a associação entre os diferentes desfechos e fatores de exposição, o cálculo foi realizado tendo como base uma razão de não expostos/expostos de 5:5, prevalência total do desfecho de 11%, frequência esperada em não expostos de 33,3% e Razão de Prevalências (RP) de 2.

A amostragem inclui os pacientes atendidos com: *angina pectoris* (CID I20), angina instável (CID I20.0) e IAM (CID I21), que permitiram o acesso aos dados presentes em prontuário após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os critérios de inclusão foram: idade ≥ 18 anos, ambos os sexos. Foram excluídos pacientes cujos prontuários não constem o histórico clínico e exames que confirmem o diagnóstico de IAM/ angina.

A coleta de dados em prontuário ocorreu entre fevereiro e julho de 2022 e o instrumento utilizado foi um questionário testado e codificado. As variáveis incluíram: sexo e idade, história de doenças prévias, uso de medicações, hábitos de vida (tabagismo/etilismo), estado nutricional, queixa principal na admissão e desfecho.

Os dados foram duplamente digitados e validados no programa EpiData, versão 3.1 (livre distribuição). A análise estatística incluiu a descrição da amostra, o cálculo da razão de prevalência (RP) com intervalo de confiança de 95% (IC95) e a análise multivariada, por meio da regressão de Poisson, a partir do programa estatístico PSPP (livre distribuição).

O protocolo do estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul, sob protocolo número 5.213.591 obedecendo à Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

4 Resultados e Discussão

A amostra foi constituída de 151 participantes, sendo a maior parte do sexo masculino (55,3%), na faixa etária entre 60 a 69 anos (33,6%), de raça branca (90,8%), com índice de massa corporal (IMC) <30 (65%). Um total de 51,3% era tabagista, e 81,6% negou consumo de bebida alcoólica. Na admissão hospitalar, observou-se que a principal queixa foi dor torácica (98%) e dispneia (54,2%); 34,4% estava com pressão arterial sistólica (PAS) ≥ 140 mmHg e 23,8% com pressão arterial diastólica (PAD) ≥ 90 mmHg, e 71,1% com frequência cardíaca entre 51 a 89 batimentos/ minuto.

Em relação ao desfecho observado, 62,5% dos pacientes possuíam diagnóstico de IAM, a internação clínica foi realizada em 94,1% da amostra, 88,2% foi encaminhada para

hemodinâmica e 4,6% para tratamento cirúrgico; 5,9% necessitaram de implante de marca-passo e 7,2% de reanimação cardiopulmonar. Ao total, constatou-se 5 óbitos, que representaram um percentual de 3,3%.

Registrou-se uma razão de prevalência (RP) significativa para três das variáveis analisadas – história pregressa de IAM, uso prévio de beta-bloqueadores e de antiplaquetários, considerando-se o IAM como desfecho. Os demais fatores analisados, constados na tabela 1, não se mostraram fatores protetivos ou de risco significativos para o desfecho estudado.

História pregressa de IAM apresentou associação positiva para ocorrência de um novo evento cardiovascular, a partir de uma RP de 1,14 (IC95%: 1,01-1,28), com $p=0,035$. Essa associação pode ser justificada por alterações vasculares crônicas, decorrentes de um estreitamento aterosclerótico prévio e progressivo das artérias coronárias, associada à longa exposição a fatores de risco (MIRANDA *et al.*, 2002.).

No que diz respeito ao uso prévio de beta-bloqueador, 70,7% da amostra não utilizavam essa medicação antes da ocorrência de IAM, representando uma RP de 1,14 (IC95%: 1,01-1,29), $p= 0,034$. Em concordância com o exposto, uma análise publicada pela Sociedade Brasileira de Cardiologia demonstrou que o emprego desses fármacos na fase aguda do IAM reduziu em 13% a mortalidade, em 22% o reinfarto e em 15% parada cardíaca (CHEN *et al.*, 2005). O seu uso crônico pós-IAM, além de controlar sintomas anginosos e tratar hipertensão, diminui a incidência de arritmias, demonstrando uma redução significativa de reinfarto e morte súbita (PIEGAS *et al.*, 2015).

Em relação aos antiplaquetários, 70,3% dos pacientes com IAM não faziam uso prévio. Essa variável apresentou uma RP de 1,16 (IC95%: 1,02-1,32), $p = 0,019$. Resultado similar foi publicado pelo grupo “*Antiplatelet Trialists Collaboration*” que evidenciou uma redução do risco relativo de 29% na incidência de eventos vasculares com o uso de AAS (COLLABORATION, 1994). O emprego dessa medicação está embasado em evidências sólidas, sendo considerado imprescindível para redução de eventos cardiovasculares e de mortalidade – responsável por uma redução de até 23% dos óbitos por todas as causas quando utilizado isoladamente (FENELON *et al.*, 2013).

Tabela 1. Razão de prevalência (RP) para Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) de acordo com variáveis clínicas

Variáveis	n	IAM	RP	IC95%	p*
Idade em anos completos (n=151)					
30-59	48	34 (70,8%)	1	1	
60-69	51	30 (58,8%)	1,09	(0,95;1,25)	0,207
≥70	52	31 (59,6%)	1,08	(0,94;1,24)	0,236
IMC					
< 30	65	42 (64,6%)	1	1	
≥ 30	35	23 (65,7%)	0,99	(0,85; 1,14)	0,912
PAS					
<140	99	65 (65,7%)	1	1	
≥140	52	30 (57,7%)	1,05	(0,94;1,19)	0,336
PAD					
<90	115	74(64,3%)	1	1	
≥90	36	21 (58,3%)	1,04	(0,91;1,19)	0,515
Frequência cardíaca					
≤50	8	4 (50%)	1,09	(0,86; 1,39)	0,46
51 a 89	108	68 (63%)	1	1	
≥90	35	23(65,7%)	0,98	(0,85; 1,12)	0,76
Hipertensão arterial sistêmica					
Sim	114	68 (59,6%)	1,11	(0,97; 1,27)	0,102
Não	35	26 (74,3%)	1	1	
Diabetes mellitus					
Sim	37	23 (62,2%)	1,01	(0,88; 1,14)	0,922
Não	111	70 (63,1%)	1	1	
Tabagismo					
Sim	78	54 (69,2%)	0,92	(0,82; 1,03)	0,165
Não	67	39 (58,2%)	1	1	
Etilismo					
Sim	8	5(62,5%)	0,99	(0,77;1,27)	<0,001
Não	124	76 (61,3%)	1	1	
ICC prévia					
Sim	14	7 (50%)	1,10	(0,91;1,33)	0,287
Não	129	83 (64,3%)	1	1	
IAM prévio					
Sim	44	22 (50%)	1,14	(1,01;1,28)	0,035*
Não	92	63 (68,5%)	1	1	
História familiar					
Sim	18	11(61,1%)	0,92	(0,71; 1,20)	0,566
Não	10	5 (50%)	1	1	
Uso prévio de IECA					
Sim	32	18 (56,3%)	1,08	(0,94; 1,24)	0,254
Não	104	70 (67,3%)	1	1	
Uso prévio de BRA					
Sim	36	20 (55,6%)	1,09	(0,95; 1,24)	0,181
Não	100	68 (68%)	1	1	
Uso prévio beta-bloqueador					
Sim	44	22 (52,3%)	1,14	(1,01;1,29)	0,034*
Não	92	65 (70,7%)	1	1	
Uso prévio inibidor aldosterona					
Sim	9	4 (44,4%)	1,16	(0,93;1,44)	0,176
Não	127	84 (66,1%)	1	1	
Uso prévio estatina					
Sim	36	19 (52,8%)	1,12	(0,96; 1,28)	0,080
Não	100	69 (69%)	1	1	
Uso prévio de antiplaquetários					
Sim	35	17 (48,6%)	1,16	(1,02;1,32)	0,019*
Não	101	71(70,3%)	1	1	

ICC = insuficiência cardíaca congestiva. IECA = inibidores enzima conversora de angiotensina. BRA = bloqueador receptor de aldosterona.

*Nível de significância estatística p<0,05.

5 Conclusão

O perfil dos pacientes atendidos com diagnóstico de IAM mostrou um predomínio do sexo masculino e de idosos na faixa etária entre 60 e 69 anos. Observou-se associação significativa com as seguintes variáveis: história pregressa de IAM, uso prévio de beta-bloqueador e de antiplaquetários.

O planejamento e a execução de ações de promoção de saúde decorrem do conhecimento do estado de saúde de uma população, a partir de estatísticas de morbimortalidade. Assim, este estudo foi desenvolvido com o intuito de avaliar possíveis singularidades no perfil clínico e epidemiológico da amostra estudada, considerando a influência dessas variáveis sobre a apresentação clínica e os desfechos analisados. Desse modo, pode contribuir para prevenção e controle de doenças cardiovasculares à medida que embasa a realização de ações mais direcionadas as particularidades de determinada área geográfica, além de servir de subsídio para propor políticas públicas, visando à redução da morbimortalidade na população.

Referências Bibliográficas

- SILVA, KSC et al. Emergência cardiológica: principais fatores de risco para infarto agudo do miocárdio. **Brazilian Journal Of Health Review**, [S.L.], v. 3, n. 4, p. 11252-11263, 2020.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Noncommunicable diseases country profiles 2018**. 2018..
- SCHOEN, F J.; MITCHELL, RN. O Coração. In: KUMAR, V; ABBAS, A K.; ASTER, J. **Robbins & Cotran Patologia-Bases Patológicas das Doenças**. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda, 2013. Cap. 12. p. 948-1042.
- ROTH, GA. et al. Demographic and Epidemiologic Drivers of Global Cardiovascular Mortality. **New England Journal Of Medicine**, [s.l.], v. 372, n. 14, p. 1333-1341, 2 abr. 2015. Massachusetts Medical Society.
- MIRANDA, G M D; MENDES, ACG; SILVA, A L A. Population aging in Brazil: current and future social challenges and consequences: current and future social challenges and consequences. **Rev Bras Geriatria e Gerontologia**, [s.l.], v. 19, n. 3, p. 507-519, jun. 2016.
- MIRANDA, RD et al. Hipertensão arterial no idoso: peculiaridades na fisiopatologia, no diagnóstico e no tratamento. **Rev Bras Hipertens**, [s.l.], v. 9, n. 3, p. 293-300, 2002.
- CHEN, ZM et al. Early intravenous then oral metoprolol in 45 852 patients with acute myocardial infarction: randomised placebo-controlled trial. **The Lancet**, [S.L.], v. 366, n. 9497, p. 1622-1632, nov. 2005
- PIEGAS, Ls et al. V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST. **Arq Bras Cardiol**, [S.L.], v. 105, n. 2, p. 1-105, 2015.
- COLLABORATION, Antiplatelet Trialists. Collaborative overview of randomised trials of antiplatelet therapy-I. **BMJ**. v. 308, n. 6921, p. 81-106, 1994.
- FENELON, G; MONTENEGRO, S.T; NICOLAU, J.C; PIEGAS, L.S; SOEIRO, A.M; SERRANO, J. C. V. et.al. **Arq Bras Cardiol**. Diretriz Brasileira de Antitrombóticos Plaquetários e Anticoagulantes em Cardiologia. Rio de Janeiro: **Arq Bras Cardiol**, 2013.

Palavras-chave: Doenças Cardiovasculares. Infarto do Miocárdio. Indicadores de Morbimortalidade.

Nº de Registro no sistema Prisma: PES-2021-0408.

Financiamento: Universidade Federal da Fronteira Sul-UFFS.