



Doença arterial coronariana em pacientes submetidos à revascularização do miocárdio em um Hospital Cardiológico da Paraíba

Renata Silva Cezar

E-mail: renata.cezarr11@gmail.com

Anna Vitória Paz Moreira

E-mail: annavitoriapaz2099@gmail.com

Dhiego Alves de Lacerda

E-mail: dhiegomedicina@gmail.com

Isabelle Lima Lustosa

E-mail: isabelle.lustosa@hotmail.com

Pedro Fechine Honorato

Centro Universitário Santa Maria - UNIFSM, Cajazeiras - PB

E-mail: hpedrofechine@gmail.com

Jalles Dantas de Lucena

Centro Universitário Santa Maria - UNIFSM, Cajazeiras - PB

E-mail: jallesdantas@gmail.com

RESUMO

O miocárdio é um músculo de alta demanda de oxigênio e nutrientes, sendo as artérias coronárias as responsáveis por este fornecimento (MOORE et al., 2018). Há grande reserva coronariana para a irrigação do miocárdio (PEGO-FERNANDES et al., 2008).

Palavras-chave: Doença arterial coronariana, Doenças cardiovasculares, Revascularização do miocárdio.

1 INTRODUÇÃO

O miocárdio é um músculo de alta demanda de oxigênio e nutrientes, sendo as artérias coronárias as responsáveis por este fornecimento (MOORE et al., 2018). Há grande reserva coronariana para a irrigação do miocárdio (PEGO-FERNANDES et al., 2008).

As artérias coronárias direita e esquerda têm origem nos seios coronários direito e esquerdo na artéria aorta. A artéria coronária direita (ACD) é o vaso que irriga a parede livre do ventrículo direito e o átrio direito. A coronária esquerda (ACE) dá a artéria descendente anterior, que vai irrigar parte do ventrículo esquerdo e a porção anterior do septo interventricular e, a artéria circunflexa que vai irrigar a outra parte do ventrículo esquerdo e a margem esquerda do coração (MOORE et al., 2018).

As doenças cardiovasculares (DCV) representam uma das principais causas de mortalidade e morbidade global. Estima-se que 17,9 milhões de pessoas morreram de DCV em 2016, representando 31%



de todas as mortes globais. Destas mortes, 85% são devidas a ataque cardíaco e acidentes vasculares cerebrais - AVCs (OPAS, 2016). Desses óbitos, cerca de 7,4 milhões foram devidos à doença arterial coronariana (DAC), considerada a principal causa isolada de morte no mundo (WHO, 2016).

No Brasil, as doenças cardiovasculares seguem padrão semelhante, configurando-se como a principal causa de óbito (MANSUR; FAVARATO, 2012; MUNIZ et al., 2012), e de acordo com dados do estudo Global Burden of Disease (GBD) 2017, o mais abrangente estudo epidemiológico observacional de âmbito mundial até o momento, a prevalência total de Doença Arterial Coronariana (DAC) foi 1,75% em brasileiros > 20 anos (GBD, 2017).

A DAC caracteriza-se pela irrigação sanguínea insuficiente do miocárdio pelas artérias coronárias. Está diretamente relacionada ao grau de obstrução do fluxo sanguíneo pelas placas ateroscleróticas, resultando em estreitamento das artérias coronárias, diminuindo a chegada do oxigênio ao coração (WHO, 2016). Os mecanismos envolvidos na causa da doença aterosclerótica são complexos e envolvem diversos fatores de risco (SILVEIRA et al., 2018).

O quadro clínico da obstrução aterosclerótica coronariana é amplo e os sintomas são bastante diversificados. Esta doença pode ser classificada, de maneira simplificada, em insuficiência coronariana aguda e crônica, sendo que em ambas as formas a falta de sangue ao miocárdio é a causa da doença. O tratamento da insuficiência coronariana pode ser clínico, através de medicamentos e de mudanças nos hábitos de vida, ou cirúrgico, através de intervenções mais invasivas de revascularização do miocárdio (GOLDMAN, 2005).

Todas as modalidades de revascularização do miocárdio têm como principal objetivo reestabelecimento do fornecimento sanguíneo adequado ao miocárdio e, para isso, vão intervir sobre o sistema coronário de condução para o miocárdio (SOUZA et al., 1996).

Este estudo tem como objetivo identificar a prevalência de pacientes com DAC submetidos à revascularização do miocárdio em um hospital cardiológico da Paraíba.

2 MATERIAIS E METODOS

Trata-se de um estudo observacional, descritivo, analítico, de natureza quali-quantitativa. A pesquisa foi realizada em um Hospital de referência cardiológica, situado na cidade de João Pessoa-PB.

Esse estudo foi realizado após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem e Medicina Nova Esperança (FACENE) sob CAAE: 63329722.8.0000.5179 e sob número do parecer: 5.754.784 e teve dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A população do estudo foi constituída por pacientes adultos e idosos acometidos por Doença Arterial Coronariana e/ou outras comorbidades, já a amostra do estudo foi constituída por 85 pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Coronária que foram submetidos às cirurgias cardíacas, dentre elas,



a Revascularização do Miocárdio (CRVM), pacientes esses, analisados no período de um ano, julho de 2021 a julho de 2022.

3 RESULTADOS E DISCUÇÃO

Esse estudo foi realizado no Hospital de referência cardiológica na Paraíba, contou com uma amostra de 85 pacientes. Dos quais 67% dos pacientes eram homens (57) e os outros 33% eram mulheres (28). Em relação a faixa etária, 92,8% dos pacientes tinham acima de 50 anos (79).

Estudo realizado por Lisboa e colaboradores (2018), em dois hospitais de grande porte do município de Passo Fundo/RS, com 93 pacientes que realizaram cirurgias cardíacas, a idade média era de 59,9 anos. Outro estudo realizado por Silveira et al. (2018) no ambulatório de Cardiologia do Centro de Saúde Escola (CSE) da Universidade do Estado do Pará (UEPA), com 90 indivíduos que realizaram cirurgias cardíacas, mostrou média de idade de 63,87 anos. Desse modo, revelando uma população com tendência a apresentar DAC em idade precoce, confirmando a característica da prematuridade dessa doença em países em desenvolvimento, como o Brasil (GAMA et al., 2011; FINEGOLD et al., 2013).

Segundo Finegold e colaboradores (2013), a mortalidade prematura nos casos de DAC antes dos 60 anos é alta, e as taxas de mortalidade da população economicamente ativa são maiores em países subdesenvolvidos e em desenvolvimento do que em países de primeiro mundo, indicando que o manejo da DAC é um desafio principalmente nos países não desenvolvidos.

Em relação a faixa etária, a maioria dos casos eram do sexo masculino (67%), semelhante ao encontrado no estudo de Lisboa e colaboradores (2018), mas diferente da maioria dos estudos brasileiros, como os estudos de Silveira et al. (2018), provavelmente isso ocorreu em virtude da maior assiduidade dos homens às consultas ambulatoriais, algo que geralmente é mais observado nas mulheres.

O fator de risco cardiovascular (FRCV) mais prevalente neste estudo foi a DAC com 80% dos casos, seguida de hipertensão arterial sistêmica (HAS). Diferindo do FRCV encontrado em outros estudos que revelou a HAS (GAMA et al., 2011; SILVEIRA et al., 2018). A HAS é, isoladamente, o FRCV mais importante para o desenvolvimento de Infarto Agudo do Miocárdio - IAM (PINHEIRO et al., 2013), além de explicar cerca de 45% dos casos de DAC.

O estudo de Silveira et al. (2018) revela que ao analisar o conhecimento sobre fatores de risco para doenças coronarianas, 74,44% dos pacientes afirmaram conhecerem sobre as condições que predisõem DAC. O fumo (36,67%) e a HAS (34,44%) configuram-se como os FRCV mais conhecidos entre os participantes. Já, os fatores de risco menos citados foram estresse, etilismo, história familiar e sedentarismo.

De acordo com dados do estudo GBD 2017, a prevalência total de DAC foi 1,75% em brasileiros >20 anos. Homens apresentaram maior prevalência em comparação a mulheres, 2,33% e 1,19%, respectivamente. Para indivíduos de 50-69 anos, a prevalência estimada de DAC foi 4,34% e, para aqueles



>70 anos, 10,99%.

O mesmo estudo ainda revelou uma diferença na prevalência por idade de DAC entre as regiões brasileiras, com maiores números nas regiões Sudeste e Sul (estado de São Paulo, 1.617 por 100 mil habitantes; Rio Grande do Sul, 1.642 por 100 mil habitantes) e menor nas regiões Norte e Centro-Oeste (Amazonas, 1.407 por 100 mil habitantes; Distrito Federal, 1.404 por 100 mil habitantes). A região Nordeste ocupou uma posição intermediária, mas com tendência a aumento da prevalência de DAC nas últimas décadas (GBD, 2017).

As taxas de morte continuam elevadas e podem ser decorrentes da alta prevalência e, ao mesmo tempo, do baixo controle dos FRCV (MANSUR; FAVARATO, 2012). De acordo com dados submetidos à Organização Mundial da Saúde (OMS) e ao Banco Mundial, em 2015, houve 111.849 mortes por DAC no Brasil, cerca de 50 por 100 mil indivíduos, fazendo da DAC a principal causa de mortalidade de 2010 a 2015 (NOWBAR et al., 2019).

O estudo ainda revelou que o procedimento cirúrgico mais realizado por 63 pacientes (71,6%), foram as Cirurgias de Revascularização do Miocárdio (CRVM), semelhante ao encontrado no estudo de Campagnucci et al. (2008) e Sasaki et al. (2011). Recomenda-se cirurgia cardíaca quando a probabilidade de sobrevida com vida útil é maior com tratamento cirúrgico do que com tratamento clínico. Dentre as cirurgias cardíacas, a cirurgia reconstrutora é mais complexa e consome mais tempo do que as reparações simples (GALDEANO et al., 2006).

De acordo com Kouchoukos et al. (2003), a revascularização cirúrgica do miocárdio deve ser indicada para aqueles pacientes nos quais o tratamento clínico não consegue controlar a *angina pectoris* ou para aqueles que possuem um elevado grau de obstrução de artérias coronárias principais, levando ao risco de vida.

Os resultados da revascularização cirúrgica do miocárdio são bem conhecidos e melhoram a qualidade e a expectativa de vida dos pacientes (HUEB et al., 2007). O estudo de Takiuti et al. (2007) avaliou a qualidade de vida após angioplastia, tratamento clínico ou revascularização cirúrgica do miocárdio e observou melhora nos aspectos físico e mental ao final do estudo, principalmente nos pacientes submetidos à cirurgia cardíaca.

Gois e colaboradores (2009) avaliaram a qualidade de vida relacionada à saúde antes e seis meses após o procedimento de revascularização do miocárdio. No estudo, quatro aspectos apresentavam-se comprometidos no pré-operatório: aspectos físicos, aspectos emocionais, capacidade funcional e dor. Já na avaliação realizada seis meses após o procedimento cirúrgico, constatou-se melhora estatisticamente significativa na qualidade de vida, principalmente nos aspectos físicos e emocionais.



4 CONCLUSÃO

Ao fim do estudo, foi possível observar uma alta prevalência de pacientes acometidos por DAC em homens, que diverge da literatura especializada, além de uma recorrente realização da CRVM no período de um ano, que é a conduta mais indicada nos casos de DAC.



REFERÊNCIAS

- BRUNORI, E. H.; et al. Association of cardiovascular risk factors with the different presentations of acute coronary syndrome. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 22, n. 4, p. 538-546, 2014.
- CAMPAGNUCCI, V. P.; et al. EuroSCORE e os pacientes submetidos a revascularização do miocárdio na Santa Casa de São Paulo. *Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery*, v. 23, n. 2, p. 262-267, 2008.
- FINEGOLD, J. A.; ASARIA, P.; FRANCIS, D. P. Mortality from ischaemic heart disease by country, region, and age: statistics from World Health Organization and United Nations. *International Journal of Cardiology*, v. 168, n. 2, p. 934-945, 2013.
- GAMA, G. G. G.; MUSSI, F. C.; MENDES, A. S.; GUIMARÃES, A. C. (Des)controle de parâmetros clínicos e antropométricos em indivíduos com doença arterial coronária. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 45, n. 3, p. 624-631, 2011.
- GALDEANO, L. E.; et al. Diagnóstico de enfermagem no perioperatório de cirurgia cardíaca. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 40, n. 1, p. 26-33, 2006.
- GLOBAL BURDEN OF DISEASE (GBD) 2017. Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national age-sex-specific mortality for 282 causes of death in 195 countries and territories, 1980-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017a. *Lancet*. 2018;392(10159):1736-88.
- GLOBAL BURDEN OF DISEASE (GBD) 2017b. Mortality Collaborators. Global, regional, and national age-sex-specific mortality and life expectancy, 1950-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. 2018;392(10159):1684-1735.
- GLOBAL BURDEN OF DISEASE (GBD) 2017c. Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. 2018;392(10159):1789-858.
- GOIS, C. F. L.; DANTAS, R. A. S.; TORRATI, F. G. Qualidade de vida relacionada à saúde antes e seis meses após a revascularização do miocárdio. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 30, n. 4, p. 700-707, 2009.
- GOLDMAN, L.; AUSIELLO, D. Cecil: Tratado de Medicina Interna. 22ª Edição. Rio de Janeiro: ELSEVIER, 2005.
- GUS, I.; et al. Variations in the prevalence of risk factors for coronary artery disease in Rio Grande do Sul - Brazil: a comparative analysis between 2002 and 2014. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 105, n. 6, p. 573-579, 2015.
- HUEB, W.; et al. Impact of diabetes on five-year outcomes of patients with multivessel coronary artery disease. *The Annals of Thoracic Surgery*, v. 83, p. 93-99, 2007.
- IGLÉZIAS, J. C. R.; et al. Revascularização do miocárdio no octogenário: evolução do tratamento cirúrgico. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo – Resumos*, v. 6, n. 3, p. 30, 1996.
- KOUCHOUKOS, N. T.; et al. Kirklin/Barratt-Boyes cardiac surgery: morphology, diagnostic criteria, natural history, techniques, results, and indications. 3 rd ed. Philadelphia Elsevier Health Sciences; 2003. v.3.



- LISBOA, D. D.; et al. Benefícios da cirurgia cardíaca na qualidade de vida de pacientes adultos e idosos. *Revista FisiSenectus*, v. 6, n. 2, p. 4-15, 2018.
- MANSUR, A. P.; FAVARATO, D. Mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil e na região metropolitana de São Paulo: atualização 2011. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 99, n. 2, p. 755-761, 2012.
- MUNIZ, L. C.; et al. Fatores de risco comportamentais acumulados para doenças cardiovasculares no sul do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v. 46, n. 3, p. 534-42, 2012.
- MOORE, K. L.; DALLEY, A. F.; AGUR, A. M. R. *Anatomia orientada para a clínica*. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.
- NOWBAR, A. N.; et al. Mortality for ischemic heart disease. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, v. 12, n. 6, p. e005375, 2019.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Doenças cardiovasculares. [Internet]. 2016 [acesso em 22 nov. 2023]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/doencas-cardiovasculares>
- PEGO-FERNANDES, P. M.; GAIOTTO, F. A.; GUIMARÃES-FERNANDES, F. Estado atual da cirurgia de revascularização do miocárdio. *Revista de Medicina (São Paulo)*, v. 87, n. 2, p. 92-98, 2008.
- PINHEIRO, R. H. O.; et al. Fatores de risco para infarto agudo do miocárdio em pacientes idosos cadastrados no programa Hiperdia. *Cogitare Enfermagem*, v. 18, n. 1, p. 78-83, 2013.
- SASAKI, V. D. M.; et al. Vigilância de infecção de sítio cirúrgico no pós-alta hospitalar de cirurgia cardíaca reconstrutora. *Texto & Contexto - Enfermagem*, v. 20, n. 2, p. 328-332, 2011.
- SILVEIRA, E. L.; et al. Prevalence and distribution of cardiovascular risk factors in patients with coronary artery disease in northern Brazil. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, v. 20, n. 3, p. 167-173, 2018.
- SUCATO, V.; et al. Coronary Artery Disease in South Asian Patients: Cardiovascular Risk Factors, Pathogenesis and Treatments. *Current Problems in Cardiology*, v. 48, n. 8, p. 101228, 2023.
- TAKIUTI, M. E.; et al. Qualidade de vida após Revascularização Cirúrgica do Miocárdio, angioplastia ou Tratamento clínico. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 88, n. 5, p. 537-544, 2007.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Cardiovascular diseases (CVDs) [Internet]. 2016 [acesso em 22 nov. 2023]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/>.