

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO – UNIFESP

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNASUS

1

Incidência de cardiopatias isquêmicas em pacientes hipertensos e diabéticos

Nome: Armando Banos Amador

Orientadora: Profa Dra Angélica Gonçalves Silva Belasco

São Paulo

Maior – 2015

SUMÁRIO

1. Introdução	3
2. Objetivos	5
Geral	5
Específicos	5
3. Metodologia	6
Sujeitos da intervenção	6
Cenário da intervenção	6
Estratégias e ações	6
4. Resultados esperados	7
5. Cronograma	7
6. Referências	8

INTRODUÇÃO

Por muitos anos, a doença cardíaca ocupa o primeiro plano das estatísticas globais e incluindo doença cardíaca predominantemente isquêmica (DCI). Esta doença é considerada por muitos cientistas como a grande epidemia do século XX, é a doença cardíaca mais comum em adultos.⁽¹⁾

As cardiopatias isquêmicas descritas pela primeira vez em 1912, agora estão entre as doenças mais comuns e antigas, interpretada como necrose isquêmica aguda do miocárdio. Ocorre quando uma situação aguda e prolongada de isquemia causa lesão celular irreversível do miocárdio, seguida de necrose. Mais o infarto agudo do miocárdio (IAM) é secundário à oclusão súbita de uma artéria coronária em decorrência da formação de trombo no local secundário a uma placa aterosclerótica rachada ou partida. ⁽¹⁾

O resultado final é a perda da função do coração, afetando a múltiplos órgãos, assim como, a qualidade de vida dos pacientes e representa alto risco de mortalidade. .(3)

O nível de risco de doenças cardiovasculares e acidente vascular cerebral resultados a partir de uma combinação de fatores, alguns modificáveis e outros não, entre os quais se destaca pela sua importância a hipertensão arterial sistêmica (HAS). A HAS, ou pressão alta, afeta atualmente mais de 1 bilhão de pessoas em todo o mundo e pode danificar o corpo de forma significativa. .(3)

A HAS geralmente não apresenta sintomas claros, entretanto, é de fácil detecção e pode ser controlada com mudanças no estilo de vida e / ou medicação. ^(2,3)

A distribuição dos fatores de risco cardiovasculares é diferente entre os sexos. Tem sido observado, em mulheres, aumento da incidência de diabetes mellitus (DM) que oferece risco maior entre mulheres e de HAS. ⁽⁴⁾

O IAM, como uma das formas mais graves de doença isquêmica do coração (DIC), constitui um problema de saúde de importância global. ⁽⁵⁾ O IAM é uma das primeiras causa de morte, sendo responsável por quase 25% da taxa de mortalidade. A aterosclerose coronariana como o processo subjacente responsável pelas manifestações clínicas da DIC está intimamente relacionada com o estilo de vida e com as características pessoais. Estes são chamados de fatores de risco para doença aterosclerótica e sua presença está associada a maior probabilidade de desenvolver a doença e suas consequências. ^(7,8) De acordo com o estudo de Framingham, a melhoria do perfil destes fatores de risco pode contribuir para redução significativa de até 60% na mortalidade por doença cardíaca. ^(9,10)

A maioria dos novos casos de CI são observados acima de 65 anos, especialmente em mulheres ^(11,12) o que piora o prognóstico de pacientes do sexo feminino. Outro fator de risco é o tabagismo que tem sido considerado um fator modificável e que mais contribui para a morbidade e mortalidade prematura nos Estados Unidos. ^(13,14)

Vários estudos têm afirmado que a história de tabagismo recente ou ativa está associada a um melhor prognóstico, a curto prazo, do IAM. ⁽¹⁵⁾ A pressão arterial sistólica (PAS) isolada, mais comum em idosos, está associada ao aumento do risco cardiovascular. ⁽¹⁶⁾ Outros fatores de risco modificáveis, como DM e dislipidemia, por si parece conferir um pior

prognóstico em pacientes com IAM, e este último foi reafirmado por décadas como um importante determinante da morbidade e mortalidade na meia-idade. ⁽¹⁷⁾

A principal causa da doença cardiovascular depois de 40 anos é a arteriosclerose coronária e o IAM seu maior expoente. Dentre as doenças crônicas não-transmissíveis as doenças cardiovasculares são as principais causas de morte tendo como representante maior o IAM. ⁽¹⁸⁾

Segundo dados do DATASUS, morrem anualmente no Brasil cerca de 66.000 pessoas vítimas de IAM, principal causa isolada de morte no país, uma vez que o número de casos total gira em torno de 300 a 400 mil por ano a taxa de mortalidade é extremamente alta. ⁽¹⁸⁾

A expectativa de vida tem aumentado ao longo dos últimos 50 anos, atingindo uma média de 66 anos em todo o mundo. ⁽¹⁹⁾

No Brasil a expectativa de vida aumentou e ultrapassa 75 anos, semelhante a muitos países desenvolvidos. Pessoas com 80 anos ou mais representam 11% dos idosos no país. ⁽¹⁹⁾

Estima-se para 2025 que 1,500 bilhões de pessoas terão HAS, cerca de um em cada três adultos com mais de 25 anos, um dos principais fatores de risco individuais para a doença cardiovascular e acidente vascular cerebral.

Em idosos foram reveladas peculiaridades de doenças isquêmicas do coração que estão ligados a mudanças morfológicas nos vasos coronários, particularidades de neuro-reflexoras, influências humorais sobre o sistema cardiovascular e alterações nos processos metabólicos no miocárdio. ^(19,20)

No mundo, as doenças cardiovasculares são a quarta causa de morte, causando 12 milhões de mortes, e em países desenvolvidos chega a 50%. Nos Estados Unidos ocorrem cerca de 1,5 milhões de IAM por ano, com taxa de mortalidade de 30%. Na Alemanha, a cada ano 113 mil pessoas morrem em decorrência do IAM. Na Espanha as doenças cardiovasculares são a principal causa de morte para ambos os sexos e para todas as idades. ^(21,22)

A doença coronariana afeta os seres humanos em todos os continentes, tanto em regiões desenvolvidas quanto subdesenvolvidas, é responsável por grande parte das internações hospitalares, especialmente na meia-idade e entre os idosos contribui significativamente para a invalidez e morte. ⁽²²⁾

Objetivos

Geral

Determinar o comportamento epidemiológico e clínico de doença isquêmica do coração em pacientes hipertensos e diabéticos atendidos em Santa Cruz, município de Salto, no período de dezembro de 2014 a maio de 2015.

Específicos

5

- 1- Determinar os casos tratados por doença isquêmica do coração por idade, sexo e raça.
- 2-Descrever fatores de risco cardiovasculares presentes em pacientes em relação ao sexo.
- 3-Projetar um plano de intervenção para resolver os problemas de saúde identificados.

METODOLOGIA

CENÁRIO DA INTERVENÇÃO

O projeto de intervenção será desenvolvido na UBS Santa Cruz, localizada no município Salto do estado São Paulo .

SUJEITOS DA INTERVENÇÃO

Usuários da UBS Santa Cruz com DM e HAS portadores de Cardiopatias Isquêmicas maiores de 40 anos de ambos sexos.

ESTRATÉGIA E AÇÕES

Etapa 1

Identificação do cadastro dos adultos maiores de 40 anos diabéticos e hipertensos portadores de cardiopatias isquêmicas, mediante fichas familiares.

Etapa 2

Todos os pacientes selecionados serão convocados para uma reunião onde se explicará o alvo do projeto e a importância de manterem controladas as cifras de pressão arterial e perfil glicêmico para evitar complicações como as cardiopatias isquêmicas.

Etapa3

Serão realizadas reuniões mensais na unidade de saúde, com toda a equipe de saúde, nas quais serão discutidos assuntos, como: tabagismo, obesidade, sedentarismo, hábitos alimentares.

Etapa 4

Agendamento de consultas individuais para avaliação dos conhecimentos adquiridos e esclarecimento de dúvidas a cerca dos riscos de suas doenças evoluírem para cardiopatias isquêmicas.

Plano de intervenção

Medidas	Responsável	Data de conformidade
Seleção ativa da população em risco	Médico Enfermeira	Periódicamente
Palestras educativas sobre os riscos de doença cardíaca isquêmica	Médico Enfermeira	Periódicamente
A educação em saúde sobre sintomas e sinais de alerta	Médico Enfermeira	Mensal

Realização de exame clínico	Médico Enfermeira	A cada seis meses
Realizar auto avaliação sobre o tema	Paciente.	Periódicamente
A educação em saúde sobre fatores de risco	Médico Enfermeira	Mensal
Capacitação da equipe de saúde para prestar assistência integral a esses pacientes.	Diretoria da unidade de Saúde	Imediato

AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO

Lograr durante as reuniões uma participação ativa de todas as pessoas presentes no estudo, para conhecer suas impressões sobre o projeto. Ouvir todas as críticas com vista a melhorar cada vez mais a intervenção. Estimular todas as pessoas para que tirem suas dúvidas em qualquer momento.

RESULTADOS ESPERADOS

Os resultados deste estudo permitem avaliar até que ponto o problema é apresentado nas ações específicas da população e melhorar a qualidade de vida; os nossos esforços serão destinados ao desenvolvimento de atividades para promoção da melhoria da qualidade de vida da população, desta forma temos a intenção de responder a problemas de saúde identificados em nossa área.

CRONOGRAMA

Atividades	Dez	Jan	Fev	Mar	Abril	Maio
Escolha do tema	X					
Elaboração do projeto		X	X	X	X	
Levantamento da Literatura	X	X	X	X	X	
Levantamento de dados			X	X	X	

Revisão final do projeto				X	X	
Finalização do projeto					X	
Apresentação do projeto						X

REFERÊNCIAS

- 1- Indexmedico Journal - Third Edition -Infarto aguda Miocardi ... <http://www.indexmedico.com>
- 2- diretriz para prática clínica: infarto agudo do miocárdio. Revista Eletrônica de Ciências Médicas em Cienfuegos ISSN: 1727-897X Medisur 2009; 7 (1) Suppl
- 3- Palavra Heart Federation: CONHEÇA SEU RISCO ... <http://www.world-heart-federation.org/press/press-releases/news-det> ...
- 4 Virtual Journal of Emergency Medicine 2006
- 5- Lidia Margarita González González, Yadira Castro Morera, Natalia Alvarez Publes, Gisela Almeida e Alberto Molina Carralero Milián http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol19_6_03/mgi04603.htm
- 6- The Book of the Heart. Havana: Editorial Ciências Médicas; De 2003.
- 7-Saludpress. Madrid, 24 de fevereiro de 2006. www.plannermedia.com/saludpress.htm
- 8- Boersma E, N Market, Poldersman D, Gardien M, Vos J, Simoons ML. Infarto agudo do miocárdio. Lancet 2003; 361 (9360): 847-58.
- 9- Cuba. Ministério da Saúde Pública. Anuário Estatístico Nacional. Havana. Publishing Técnico-Científico; De 2006.
- 10- O Manual de Washington de terapêutica médica. 30 ma Edition. St. Louis, Missouri: Mac Graw Colina Interamericana, 2002: 105-6.
- 11- Boisonet, Carlos. A pressão arterial e tabagismo são fatores determinantes da evolução fatal após o infarto agudo do miocárdio. Evidência Atualização em Prática Ambulatorial Vol 2 (2) :. Março-Abril de 1999.
- 12- Sande Martinez JL, JR Casariego. O infarto do miocárdio em pacientes idosos fatores prognósticos. Rev Esp Cardiol., 2002; 45: 365-73.
- 13- Culic V, Eterovic D, D Miric, apresentação Silic N. sintoma de infarto agudo do miocárdio: Influência de fatores sexo, idade, e de risco. Coração Am J 2002; 144: 1012-7.
- 14- As conseqüências do fumo à saúde: doenças cardiovasculares: Um relatório do Surgeon General. Escritório dos EUA sobre tabagismo e saúde. Washington, DC: US Government Printing Office; 1999: 179-203.
- 15- Molstad primeiro infarto do miocárdio em pacientes fumantes. Coração Eur J 1993; 12: 753

16- Ribeiro DGL, Andrade PJN, Paes Júnior JN, Saraiva LR. Infarto Agudo do Miocárdio. Preditores de mortalidade em um hospital publico na cidade de Fortaleza, Estado do Ceará. Arq Bras Cardiol 2003; 80: 614-20.

17- Houterman S, Boshuizen HC, Verschuren WM. Prever o risco cardiovascular em idosos em diferentes clubes europeus. Coração Eur J 2002; 23: 294-300.

18- Ansari M, Alexander M,, Tutar A, D Bello, a participação B. Massie Cardiologia melhora os resultados em pacientes com insuficiência cardíaca de início recente em ambiente ambulatorial. Am Coll Cardiol 2003; 41: 62-8.

19. O infarto agudo do miocárdio, a diferença entre os sexos na população idosa http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol24_3-4_08/enf02308.htm

2, de 14 de 21/07/2009 11:26

20- Chockaligam A, Balaguer-Vintro I. iminente pandemia global de disease cardiovascular; Desafios e Oportunidades para a prevenção e controle de diseases cardiovasculares indeveloping contries e economias em transição. Barcelona: Prous Science.2006; 35: 125-30.

21- Ministério da Saúde Pública. Anuário Estatístico Nacional. Havana. Publishing Técnico-Científico; 2005

22- Ruiz Pérez I. Qualidade dos cuidados para as pessoas idosas. Rev Esp Gerontol Geriatr. 2005; 33: 63-6.