

# CARACTERIZAÇÃO DE PESSOAS JOVENS COM INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

## CHARACTERIZATION OF YOUNG PEOPLE WITH ACUTE MYOCARDIUM INFARCTION

## CARACTERIZACIÓN DE PERSONAS JÓVENES CON INFARTO AGUDO DE MIOCÁRDIO

Maria Lucila Nobre Moraes Lima<sup>1</sup>

Jamile Silva Magalhães<sup>1</sup>

Taciana Ferreira dos Santos<sup>1</sup>

Paula Silva Peixoto<sup>2</sup>

Gilmara Ribeiro Santos Rodrigues<sup>3</sup>

**Como citar este artigo:** Lima MLNM, Magalhães JS, Santos TF, Peixoto PS, Rodrigues GRS. Caracterização de pessoas jovens com infarto agudo do miocárdio. Rev baiana enferm. 2019;33:e33591.

**Objetivo:** caracterizar a apresentação clínica de adultos jovens diagnosticados com infarto agudo do miocárdio. **Método:** pesquisa documental com abordagem quantitativa. Utilizou-se um formulário sobre aspectos sociodemográficos e clínicos. A amostra foi composta por 12 prontuários, de pacientes com idade entre 25 e 45 anos. Os dados coletados foram tabulados em uma planilha do Excel e, após análise, foram apresentados em frequências absolutas. **Resultados:** predominou o sexo masculino, com Supra de ST, faixa etária entre 35 e 45 anos de idade, com sobrepeso e sem antecedentes familiares. Dor torácica foi encontrada em 91,66% dos jovens, 58,33% não faziam uso de medicação contínua e 100% tiveram elevação da troponina e realizaram cateterismo cardíaco. **Conclusão:** o quadro de apresentação clínica na população jovem estudada ficou dentro dos parâmetros gerais para o diagnóstico do infarto agudo do miocárdio.

**Descritores:** Infarto do Miocárdio. Fatores de Risco. Doenças Cardiovasculares. Diagnóstico. Epidemiologia.

*Objective: to characterize the clinical presentation of young adults diagnosed with acute myocardial infarction. Method: a documentary research with a quantitative approach. A form on sociodemographic and clinical aspects was used. The sample consisted of 12 medical records, from patients aged between 25 and 45 years old. The collected data were tabulated in an Excel spreadsheet and, after analysis, were presented in absolute frequencies. Results: predominantly males, with Supra ST, aged between 35 and 45 years old, overweight and without family history. Chest pain was found in 91.66% of the young people, 58.33% did not use continuous medication and 100% had troponin elevation and cardiac catheterization. Conclusion: the clinical presentation in the studied young population was within the general parameters for acute myocardial infarction diagnosis.*

*Descriptors: Myocardial Infarction. Risk Factors. Cardiovascular Diseases. Diagnosis. Epidemiology.*

*Objetivo: caracterizar el cuadro clínico de adultos jóvenes con diagnóstico de infarto agudo de miocardio. Método: investigación documental con enfoque cuantitativo. Se utilizó un formulario sobre aspectos sociodemográficos y clínicos. La muestra estuvo compuesta por 12 registros médicos de pacientes entre 25 y 45 años de edad. Los datos*

<sup>1</sup> Enfermeira. Especialista em Cardiologia e Hemodinâmica. Salvador, Bahia, Brasil. lu.lima.18@hotmail.com

<sup>2</sup> Estudante de Enfermagem. Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública. Salvador, Bahia, Brasil.

<sup>3</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Salvador, Bahia, Brasil.

*se recolectaron en una planilla de Excel y, después del análisis, se presentaron en frecuencias absolutas. Resultados: se registró un predominio del sexo masculino, con Supra de ST, grupo etario de 35 a 45 años, con sobrepeso y sin antecedentes familiares. Se encontró dolor de tórax en el 91,66% de los jóvenes, el 58,33% no tomaban ningún medicamento en forma continua y el 100% tuvo una suba de la troponina y se sometían a cateterismo cardíaco. Conclusión: el cuadro de presentación clínica en la población joven estudiada estuvo dentro de los parámetros generales correspondientes al diagnóstico de infarto agudo de miocardio.*

*Descriptor: Infarto de Miocardio. Factores de Riesgo. Enfermedades Cardiovasculares. Diagnóstico. Epidemiología.*

## Introdução

As Doenças Cardiovasculares (DCV) assumem, neste início de século, comportamento de gravidade e alta prevalência antes desempenhados pelas grandes doenças transmissíveis<sup>(1)</sup>. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), aproximadamente 18 milhões de pessoas morrem a cada ano por DCV, o que corresponde a 31% de todas as mortes em todo o mundo<sup>(2)</sup>. No Brasil, esses dados também se aproximam. No ano de 2015, de um total de 1.264.174 mortes, um pouco mais de 27% (349.642 mortes) tiveram como causa as DCV<sup>(3)</sup>.

As DCV são doenças que acometem o coração e os vasos sanguíneos, incluindo a doença cardíaca reumática, as doenças cerebrovasculares, a doença isquêmica e outras condições<sup>(2)</sup>. Entre elas, a doença isquêmica tem destaque especial devido à sua gravidade e frequência de acometimento. Também chamada de Síndrome Coronariana Aguda (SCA), é caracterizada como um conjunto de sinais e sintomas causados pela obstrução das artérias coronárias decorrente da interação entre fenômenos trombóticos e de vasoespasmo<sup>(4)</sup>.

Dentre as doenças coronarianas, o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) é um grande problema de saúde pública que preocupa as autoridades, quando se pensa nos danos irreversíveis, nas limitações e dependências, assim como nos prejuízos psicossociais e econômicos decorrentes dessa afecção<sup>(4-5)</sup>. As doenças do aparelho circulatório lideram, há algum tempo, o *ranking* de casos de mortalidade no Brasil, em substituição às doenças infectocontagiosas. Dentre elas, as doenças isquêmicas do coração acompanham um crescimento crescente ano a

ano, correspondendo a 32% do total de mortes por essas doenças. Nesse sentido, o IAM merece ainda mais destaque, por ser responsável por 81,2% nesse mesmo período<sup>(3)</sup>.

Nesse contexto de transição epidemiológica, ocorre concomitantemente a transição demográfica, marcada pelo aumento da expectativa de vida e pelo envelhecimento populacional, o que torna o aparecimento de Síndrome Coronariana Aguda (SCA) mais frequente. Entretanto, recentemente, quando se associa o perfil epidemiológico com a incidência de IAM, há um contraponto, no qual se verifica o aumento de casos na população adulto jovem<sup>(6)</sup>. Sabe-se que 10% dos casos dessa doença ocorrem entre os indivíduos com idade inferior a 45 anos<sup>(7)</sup> e que a parcela de casos na população adulto jovem é incomum, como comprovam estudos internacionais, que revelam uma incidência que varia entre 2 e 10%<sup>(8)</sup>.

A produção científica brasileira sobre o infarto agudo do miocárdio em adultos jovens é escassa. Somente três estudos propuseram-se a estudar IAM nesse subgrupo no Brasil<sup>(3,6-7)</sup>. Por isso, os resultados ainda são raros e controversos. Os fatores mais prevalentes nos adultos jovens com IAM são tabagismo, histórico familiar, obesidade e dislipidemia. Destaca-se que o quadro de apresentação clínica, bem como o prognóstico, apresentam peculiaridades devido às características etiopatogênicas e anatômicas próprias dessa população jovem<sup>(9)</sup>.

Assim, considerando a importância da temática no campo da saúde pública e a lacuna que ainda existe no meio científico, percebe-se a necessidade de fortalecer os desfechos existentes e

de revelar as características peculiares, se é que realmente existem, da população jovem diagnosticada com IAM.

A relevância desta pesquisa está em produzir informações sobre o infarto agudo do miocárdio em pessoas jovens, contribuindo para diminuir a lacuna nesta área de conhecimento e estimular novos estudos. Para tanto, questiona-se: Qual o perfil de adultos jovens diagnosticados com Infarto Agudo do Miocárdio?

Para responder a tal questionamento, delimita-se como objetivo desta pesquisa, caracterizar a apresentação clínica de adultos jovens diagnosticados com infarto agudo do miocárdio.

## Método

Trata-se de uma pesquisa documental, exploratória-descritiva, com abordagem quantitativa, baseada em dados secundários constantes em prontuários. Os dados foram obtidos em prontuários eletrônicos (*software Smart*) e selecionados por amostragem não probabilística. A pesquisa foi realizada no setor de auditoria de uma organização filantrópica de médio porte, referência em alta complexidade e em cardiologia, da cidade de Salvador, Bahia, Brasil.

A população desta pesquisa foi constituída por 1.505 prontuários de jovens, com idade entre 25 e 45 anos, com diagnóstico de IAM que foram admitidos via unidade de emergência e já tinham tido alta hospitalar no período da coleta de dados. Foram considerados os prontuários datados do período de novembro de 2016 a agosto de 2018, considerando a época de início de implantação do serviço de triagem no hospital. Foram excluídos os prontuários de pacientes que ainda se encontravam internados,

para evitar viés ético na pesquisa e os que não tinham as informações necessárias completas.

Para a coleta dos dados, utilizou-se um formulário elaborado pelas pesquisadoras, que continha informações relacionadas aos aspectos sociodemográficos e clínicos, como: sexo, faixa etária, índice de massa corpórea (IMC), histórico familiar, fatores de risco, medicações em uso, Antecedentes patológicos, Queixa principal, sintomas, exames alterados, intervenções e tratamento médico indicado. Após a coleta, os dados foram tabulados em uma planilha do programa *Microsoft Excel* e apresentados em frequências absolutas após análises.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Baiana de Cardiologia, Parecer n. 2.873.436 e CAAE 96978918.0.0000.5027.

## Resultados

Entre os meses de novembro de 2016 e agosto de 2018 foram triados na emergência da organização em estudo 10.436 pacientes. Desse total, 1.505 (14,42%) corresponderam a pacientes na faixa etária entre 25 e 45 anos de idade. Todavia, o *corpus* da pesquisa foi composto por 12 prontuários de pessoas entre 25 e 45 anos, diagnosticadas com infarto agudo do miocárdio mediante exames laboratoriais e eletrocardiograma alterados, que atendiam ao critério de serem pacientes adultos jovens com infarto agudo do miocárdio e já terem tido alta da organização hospitalar.

Na Tabela 1, estão apresentadas as características sociodemográficas e clínicas dos participantes.

**Tabela 1** – Características sociodemográficas e clínicas de adultos jovens acometidos por Infarto Agudo do Miocárdio. Salvador, Bahia, Brasil – nov. 2016- ago. 2018 (N=12) (continua)

Variáveis	n	%
<b>Faixa Etária (anos)</b>		
25-29	-	-
30-34	1	8,33
35-39	4	33,33
40-45	7	58,33

**Tabela 1** – Características sociodemográficas e clínicas de adultos jovens acometidos por Infarto Agudo do Miocárdio. Salvador, Bahia, Brasil – nov. 2016- ago. 2018 (N=12) (continua)

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Feminino	2	16,66
Masculino	10	83,33
<b>Índice de massa corpórea</b>		
Abaixo do peso	0	0,00
Peso ideal	2	16,66
Sobrepeso	5	41,66
Obesidade grau I	3	25,00
Obesidade grau II	2	16,66
Obesidade grau III	-	-
<b>Antecedentes Familiares para Infarto Agudo do Miocárdio</b>		
Sim	2	16,66
Não	10	83,33
<b>Fatores de Risco Infarto Agudo do Miocárdio</b>		
Hipertensão	4	33,33
Diabetes	3	25,00
Hipercolesterolemia	4	33,33
Tabagismo	3	25,00
Outras doenças cardiovasculares	-	-
<b>Medicações em Uso antes da Internação</b>		
Sim	5	41,66
Não	7	58,33
<b>Queixa Principal</b>		
Dor torácica	11	91,66
Outro(a)	1	8,33
<b>Exames Laboratoriais Alterados</b>		
CK	10	83,33
CK-MB	9	75,00
Troponina	12	100,00
Mioglobina	5	41,66
<b>Alteração do ECG</b>		
Supra do Seguimento ST	9	75,00
Sem Supra do Seguimento ST	3	25,00
Onda Q patológica	1	8,33
Fração de Ejeção do VE		
> ou = 55%	4	33,33
< 50%	6	50,00
Sem Informação	2	16,66

**Tabela 1** – Características sociodemográficas e clínicas de adultos jovens acometidos por Infarto Agudo do Miocárdio. Salvador, Bahia, Brasil – nov. 2016- ago. 2018 (N=12) (conclusão)

Variáveis	n	%
<b>Tratamento Médico Indicado</b>		
Trombólise	2	16,66
Cateterismo cardíaco	12	100,00
Angioplastia	7	58,33
Revascularização do Miocárdio	1	8,33
<b>Evolução Clínica Hospitalar</b>		
Alta	12	100,00
Óbito	-	-

Fonte: Elaboração própria.

Nota: Sinal convencional utilizado:

- Dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento.

## Discussão

Ao considerar o gênero, a prevalência de adultos jovens acometidos pelo IAM equivale a 88,33% do sexo masculino, entre a faixa etária de 35 a 45 anos (91,66%), com sobrepeso (41,66%) e (25%) grau de obesidade I. Assim, o sexo masculino continua se ressaltando como um fator de risco relevante para as doenças cardiovasculares. No estado de São Paulo, Brasil, identificou-se aproximadamente mais de 50% de homens correspondentes à incidência de IAM<sup>(6)</sup>.

O maior estudo observacional sobre o assunto, o *Framingham Heart Study*, de 1948, mostra que o infarto é mais incidente em homens, com morbidade 6 vezes maior do que nas mulheres, na faixa etária de 35 a 44 anos. No entanto, após os 45 anos, a frequência no sexo feminino acelera rapidamente e a diferença é reduzida ao fator de 1 após os 75 anos, com tendência a superar o sexo masculino após a terceira idade<sup>(10)</sup>. A prevalência do IAM no sexo feminino, nesta pesquisa, ocorreu na faixa etária de 40-45 anos, possivelmente pela proximidade com o período da menopausa.

Existe a possibilidade de outros fatores biológicos, psicossociais e comportamentais também contribuir para as diferenças de mortalidade entre os sexos. Entre essas variáveis podem ser incluídas: índice de massa corpórea (IMC), nível

socioeconômico, frequência de detecção e tratamento de doenças associadas, estresse psicológico e o itinerário terapêutico do doente na busca de cuidados médicos<sup>(11)</sup>.

O IAM está relacionado a vários fatores de risco, bem como sua associação com pessoas mais longevas, entretanto percebe-se que tem aumentado entre pessoas cada vez mais jovens. Existe referência de que estudos internacionais e também no Brasil já retratam essa realidade, porém verifica-se a dificuldade em definir uma idade que possa ser utilizada como parâmetro para identificar de fato quais são os casos de IAM que podem ser ditos como precoces<sup>(6)</sup>.

Em outro estudo, que teve como objetivo avaliar as diferenças entre homens e mulheres jovens após infarto agudo do miocárdio, o campo amostral selecionado foi de pacientes na faixa etária entre 25 e 45 anos<sup>(4)</sup>. Nesta pesquisa não foram identificadas pessoas na faixa etária entre 25 e 29 anos e teve apenas uma na faixa entre 30 e 34 anos. Em contrapartida, houve pesquisa que utilizou a idade máxima de 55 anos como corte para caracterizar a população adulto jovem diagnosticada com IAM<sup>(6)</sup>.

Estudos Internacionais também divergem quanto a esses dados, evidenciando idades inferiores a 45, 40 e até mesmo 35 anos<sup>(7,9)</sup>. A placa aterosclerótica é formada no decorrer da vida, dando início, ainda na juventude, à formação

do fibroateroma na parede do vaso coronariano. Todavia, a faixa etária que apresenta respostas de uma evolução na placa de ateroma está acima dos 55 anos<sup>(12)</sup>.

Ainda são poucos os estudos que têm como objeto central de pesquisa a idade em que os pacientes apresentam o IAM, o que pode ser corroborado em um trabalho que relata previamente a dificuldade para identificar IAM na faixa etária de pacientes adultos jovens, mostrando uma variável de aproximadamente 20% de pessoas com menos de 55 anos que recorrem a atendimento médico hospitalar<sup>(6)</sup>.

Para estimativa da gravidade da doença cardiovascular, foram criados os chamados escores de risco, por meio dos quais se tornou possível a identificação de fatores de risco correlacionados com as DCVs<sup>(13)</sup>.

O pioneiro e consagrado estudo de *Framingham*, de 1948, possibilitou a descoberta de alguns fatores de risco para o desenvolvimento de doença cardíaca e cerebrovascular. Apesar de o estudo de *Framingham* continuar sendo um epicentro no mundo das evidências científicas, outras literaturas evidenciam fatores de risco complementares aos já citados anteriormente, como é o caso da história familiar de doença coronária, obesidade abdominal, alcoolismo e sedentarismo<sup>(14)</sup>. Assim, pelo fato de a propensão genética apontar uma análise de risco para doenças cardiovasculares, deve-se analisar o histórico familiar, uma vez que, na família, existem fatores de risco, como distúrbios lipídicos, HAS, DM ou até mesmo o IAM, em parentescos de primeiro grau<sup>(5)</sup>.

Estudo realizado no estado do Rio de Janeiro apontou 60% do histórico familiar como pelo menos um fator de risco para DAC<sup>(15)</sup>, contrapondo-se aos achados deste estudo, em que 83,33% dos jovens não apresentavam antecedentes familiares de IAM. Dentre os principais fatores de risco, encontravam-se: sexo, idade, hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes *mellitus* (DM), dislipidemia (LDL e HDL) e tabagismo. Entretanto, especificamente o escore de risco de *Framingham* (ERF) estima o risco absoluto de eventos coronários em 10 anos em indivíduos

sem DCV prévia, os quais são reavaliados a cada 2 e 4 anos. Com base nesses escores, o risco foi caracterizado como baixo (<10%), moderado (10-20%) e alto (>20%)<sup>(1)</sup>.

Como se pode perceber, vários são os fatores de risco associados às DCV, podendo ser classificados como fatores modificáveis e não modificáveis. Os fatores de risco modificáveis incluem: dislipidemia, diabetes, tabagismo, sedentarismo, hipertensão arterial, obesidade e estresse; os não modificáveis: idade, sexo e história familiar<sup>(16)</sup>.

Nesta pesquisa, prevaleceram pessoas com sobrepeso e obesidade grau I, com 41,66% e 25,00%, respectivamente; 33,33% com hipertensão arterial e hipercolesterolemia; e 25% com diabetes *mellitus* e tabagismo. Ressalta-se que um mesmo paciente apresentou mais de um fator de risco, o que aumenta o risco de IAM; apenas 16,66% estavam com o peso ideal.

Um novo estudo expôs a complexidade de o adulto jovem desenvolver um estilo de vida saudável, devido à suscetibilidade vivenciada no decorrer dos dias, que inclui estresse, consumo de drogas lícitas e ilícitas, sedentarismo e autoconsumo de alimentos inapropriados<sup>(5)</sup>.

A Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia<sup>(1)</sup> exemplifica diferentes tipos de escores de risco para DCV, além do de *Framingham*, como, por exemplo, o Escore de Risco de Reynolds (ERR), que acrescenta a proteína C reativa e a história familiar de doença coronária, estimando a probabilidade de IAM, acidente vascular cerebral (AVC), morte e revascularização do miocárdio no período de 10 anos<sup>(1)</sup>.

Outro Escore é o de Risco Global (ERG), que avalia o risco de infarto do miocárdio, AVC, insuficiência vascular periférica e insuficiência cardíaca no mesmo período de 10 anos, revelando Baixo Risco, quando escore < 5% em homens e mulheres, Intermediário se  $\geq 5\%$  e  $\leq 20\%$  em homens ou  $\leq 10\%$  em mulheres, e Alto Risco para ERG > 20% em homens e > 10% em mulheres<sup>(1)</sup>. Por último e não menos importante, o Risco pelo Tempo de Vida (RTV), que prevê a possibilidade de um evento isquêmico em indivíduos com idade superior a 45 anos, categorizando Alto

Risco para escore  $> 39\%$  em homens e  $> 20,2\%$  em mulheres<sup>(1)</sup>. Quanto à apresentação clínica, a literatura traz algumas manifestações tidas como clássicas nos casos de IAM, como, por exemplo: dispnéia, náuseas, vômito, sudorese e dor torácica. No entanto, esses sinais e sintomas nem sempre estarão presentes em todos os casos de IAM. Assim, 91,66% dos pacientes apresentaram a dor torácica como queixa principal; desses, 50% a especificaram como do tipo retroesternal<sup>(1)</sup>.

A característica clínica do IAM confunde-se com a angina, presente em mais de 75% das pessoas, associada à falta de procura ao atendimento de urgência e à automedicação, o que dificulta a avaliação precoce e o tratamento adequado<sup>(17)</sup>. Apenas um paciente apresentou mal-estar, vômito e tontura sem associação com a dor torácica. A dor é o sinal de maior relevância, merecendo ênfase o seu pronto reconhecimento. Geralmente é uma dor torácica típica em opressão, que irradia para o braço esquerdo, direito, mandíbula ou nuca, e, em alguns casos, até em forma de epigastralgia, podendo estar ou não associada aos sintomas citados<sup>(18)</sup>.

Em relação ao uso de medicações antes do internamento, a maioria (58,33%) não a utilizava de forma contínua. Parte dos pacientes (25%) faziam uso contínuo apenas de anti-hipertensivos, 8,33% apenas de hipoglicemiantes, 8,33% apenas de hipolipemiantes e 8,33% usavam anti-hipertensivos e hipoglicemiantes associados.

A Síndrome Coronariana Aguda (SCA) é formada pela tríade Angina Instável (AI), Infarto Agudo do Miocárdio sem supra de ST (IAMSSST) e Infarto Agudo do Miocárdio com supra de ST (IAMCSST). Essas formas diferem entre si quanto à fisiopatologia, ao achado eletrocardiográfico e à apresentação clínica, principalmente a dor torácica<sup>(1)</sup>. Dos pesquisados, 75% apresentaram IAMCSST no eletrocardiograma (ECG), sendo possível, nesses casos, estabelecer o diagnóstico de imediato; 8,33% apresentaram Onda Q patológica; 8,33% apresentaram bloqueio de ramo esquerdo e 16,66% não evidenciaram alteração compatível com isquemia. A Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre o Tratamento do IAMCSST revela que ser idoso, sexo

feminino, possuir marca-passo e ter presença de Diabetes *Mellitus* e/ou Insuficiência Cardíaca são características de risco para manifestações atípicas de IAM, o que pode direcionar o diagnóstico para outras doenças.

O diagnóstico do IAM é feito com base no quadro clínico, nas alterações eletrocardiográficas e na elevação dos marcadores bioquímicos de necrose. Nos exames laboratoriais de todos os pacientes, verificou-se que os marcadores de necrose miocárdica constavam alterados, principalmente a troponina, em 100% dos casos, e que 95% dos pacientes do estudo apresentavam mais de uma alteração dos marcadores, sendo eles: 83,3% Creatina-quinase (CK), 75% Creatina-quinase M-B (CK-MB), 100% Troponina e 41,66% Mioglobina.

Também foram analisadas as Frações de Ejeção do Ventrículo Esquerdo (FE), pois pode auxiliar no diagnóstico do IAM, ao quantificar a função cardíaca. Nesta pesquisa, considerou-se como parâmetro de normalidade  $FE > \text{ou} = 55\%$  e como parâmetro de redução  $FE < \text{ou} = 50\%$ . Esse é um dado com viés no estudo, pois 16,66% dos prontuários não apresentavam tal registro. Assim, 50% apresentaram  $FE < \text{ou} = 50\%$  e 33,33%,  $FE > 55\%$ . Ressalta-se que 16,66% apresentaram  $FE < 40\%$ .

Quanto às intervenções e tratamentos indicados, 16,66% foram submetidos à trombólise, 100% dos pacientes realizaram cateterismo cardíaco (CATE), 58,33%, à angioplastia com implante de Stent e 8,33%, à cirurgia de revascularização do miocárdio, mesmo após trombólise. Estima-se que o tempo ideal entre a admissão e a infusão do fibrinolítico seja de, no máximo, 30 minutos (tempo porta-agulha). Se a opção for angioplastia primária, o tempo máximo é de 90 minutos (tempo porta-balão). Em caso de atraso na angioplastia acima desse limite, o paciente deve ser submetido à fibrinólise<sup>(5)</sup>. Os 100% dos pacientes tiveram como desfecho a alta hospitalar.

A limitação do estudo foi ter sido realizado em apenas um local de pesquisa e não ter incluído os prontuários dos pacientes ainda internados, por não ter sido acrescentada esta



amostra quando o projeto foi submetido ao comitê de ética em pesquisa. Assim, os dados desta pesquisa são relevantes, mas não podem ser generalizados.

## Conclusão

O quadro de apresentação clínica na população jovem estudada ficou dentro dos parâmetros gerais para o diagnóstico do infarto agudo do miocárdio.

O perfil de pacientes diagnosticados com Infarto Agudo do Miocárdio foi predominante do sexo masculino, com Supra de ST, entre a faixa etária de 35 a 45 anos de idade, com sobrepeso e sem antecedentes familiares de IAM.

A maioria teve dor torácica e não fazia uso de medicação contínua antes do internamento. Todos tiveram elevação de troponina e realizaram cateterismo cardíaco. Acredita-se que outros estudos com mais de um campo de pesquisa possam favorecer ao aumento da amostra e ao surgimento de algum tipo de especificidade para essa faixa etária.

## Colaborações:

1 – concepção, projeto, análise e interpretação dos dados: Maria Lucila Nobre Moraes Lima, Jamile Silva Magalhães, Taciana Ferreira dos Santos e Gilmar Ribeiro Santos Rodrigues;

2 – redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Maria Lucila Nobre Moraes Lima, Jamile Silva Magalhães, Taciana Ferreira dos Santos, Paula Silva Peixoto e Gilmar Ribeiro Santos Rodrigues;

3 – aprovação final da versão a ser publicada: Gilmar Ribeiro Santos Rodrigues.

## Referências

1. Simão AF, Prêcoma DB, Andrade JP, Correa Filho H, Saraiva JFK, Oliveira GMM, et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular. Arq Bras Cardiol [Internet]. 2013 dez [cited 2018 Oct 21];101(6 Supl 2):1-63. Available from: <http://publicacoes.>

[cardiol.br/consenso/2013/Diretriz\\_Prevencao\\_Cardiovascular.pdf](http://cardiol.br/consenso/2013/Diretriz_Prevencao_Cardiovascular.pdf)

2. Organização Pan-Americana de Saúde. Organização Mundial de Saúde. Doenças Cardiovasculares [Internet]. Brasília; 2017 [cited 2018 Oct 6]. Available from: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5253:doencas-cardiovasculares&Itemid=839](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5253:doencas-cardiovasculares&Itemid=839)
3. Brasil. Ministério da Saúde. Datasus. Informações em saúde. Estatísticas Vitais, Mortalidade. Brasília, DF; 2017. [cited 2018 Nov 1]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10br>
4. Cantarelli MJC, Castello Jr HJ, Gonçalves R, Gioppato S, Navarro E, Guimarães JBF. Intervenção Coronária Percutânea em Pacientes Jovens. Rev Bras Cardiol Invasiva [Internet]. 2014 nov [cited 2018 Nov 2];22(4):353-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbci/v22n4/0104-1843-rbci-22-04-0353.pdf>
5. Teston EF, Cecílio HPM, Santos AL, Arruda GO, Radovanovic CAT, Marcon SS. Fatores associados às doenças cardiovasculares em adultos. Medicina [Internet]. 2016 jun [cited 2018 Oct 20];49(2):95-102. Available from: <http://revista.fmrp.usp.br/2016/vol49n2/AO1-Fatores-associados-as-doencas-cardiovasculares-em-adultos.pdf>
6. Soeiro AM, Fernandes FL, Soeiro MCFA, Serrano Jr CV, Oliveira Jr MT. Características clínicas e evolução em longo prazo de pacientes jovens com síndrome coronariana aguda no Brasil. Einstein [Internet]. 2015 jul [cited 2018 Oct 20];13(3):370-5. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/eins/v13n3/pt\\_1679-4508-eins-13-3-0370.pdf](http://www.scielo.br/pdf/eins/v13n3/pt_1679-4508-eins-13-3-0370.pdf)
7. Almeida MC, Montenegro CEL, Sarteschi C, Montenegro GL, Montenegro PBR, Livera JR, et al. Comparação do perfil clínico-epidemiológico entre homens e mulheres na síndrome coronariana aguda. Rev Bras Cardiol [Internet]. 2014 nov-dez [cited 2019 Oct 8];27(6):423-9. Available from: <http://www.onlineijcs.org/sumario/27/pdf/v27n6a06.pdf>
8. Balasubramaniyam N, Kolte D, Palaniswamy C, Yalamanchili K, Aronow WS, McClung JA, et al. Predictors of in-hospital mortality and acute myocardial infarction in thrombotic thrombocytopenic purpura. Am J Med. 2013 Nov;126(11):1016.e1-7. DOI:10.1016/j.amjmed.2013.03.021



9. Incalcaterra E, Caruso M, Lo Presti R, Caimi G. Myocardial infarction in Young adults: risk factors, clinical characteristics and prognosis according to our experience. *Clin Ter.* 2013;164(2):e77-82. Doi: 10.7417/CT.2013.1535
10. Varela R, Salema EB, Bartilotti CB. Infarto agudo do miocárdio em mulheres. *Rev Digit [Internet].* 2007 Jul [cited 2018 Nov 3];110(12):1/1. Available from: <http://www.efdeportes.com/efd110/infarto-agudo-do-miocardio-em-mulheres.htm>
11. Brunori EHFR, Lopes CT, Cavalcante AMRZ, Santos VB, Lopes JL, Barros ALBL. Associação de fatores de risco cardiovasculares com as diferentes apresentações da síndrome coronariana aguda. *Rev Latino-Am Enferm [Internet].* 2014 jul-ago [cited 2018 Oct 23];22(4):538-46. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n4/pt\\_0104-1169-rlae-22-04-00538](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n4/pt_0104-1169-rlae-22-04-00538)
12. Viana TL, Oliveira MLC. Fatores de risco para o desenvolvimento das doenças arteriais coronarianas nos profissionais da construção civil. *Mundo Saúde [Internet].* 2017 [cited 2018 Oct 18];4(2):154-62. Available from: [http://bvsm.saude.gov.br/bvs/periodicos/mundo\\_saude\\_artigos/fatores\\_risco\\_desenvolvimento.pdf](http://bvsm.saude.gov.br/bvs/periodicos/mundo_saude_artigos/fatores_risco_desenvolvimento.pdf)
13. Piegas LS, Timerman A, Feitosa GS, Nicolau JC, Mattos LAP, Andrade MD, et al. V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST. *Arq Bras Cardiol [Internet].* 2015 ago [cited 2018 Oct 18];105(2):1-105. Available from: [http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2015/02\\_TRATAMENTO%20DO%20IAM%20COM%20SUPRADESNIVEL%20DO%20SEGMENTO%20ST.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2015/02_TRATAMENTO%20DO%20IAM%20COM%20SUPRADESNIVEL%20DO%20SEGMENTO%20ST.pdf)
14. Pineda JPI, Macías NMR, Rueda AP, Despaigne MJL. Caracterización clínicoepidemiológica de pacientes con síndrome coronario agudo según sexo. *MEDISAN.* 2017 oct;21(10):3003-10.
15. Luz TC, Cattafesta M, Petarli GB, Meneghetti JP, Zandonade E, Bezerra OMPA, et al. Fatores de risco cardiovascular em uma população rural Brasileira. *Ciênc Saúde Coletiva [Internet].* 2019 Mar [cited 2019 Oct 8]. Available from: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/fatores-de-risco-cardiovascular-em-uma-populacao-rural-brasileira/17149?id=17149>
16. Lemos IGS, Hayasida NMA. Doença cardiovascular e fator de risco: percepção em universitários. *PSI UNISC.* 2018 jan/jun;2(1):142-55. DOI: <https://doi.org/10.17058/psiunisc.v2i2.11129>
17. Ouchi JD, Teixeira C, Góes Ribeiro CA, Oliveira CC. Tempo de chegada do paciente infartado na unidade de terapia intensiva: a importância do rápido atendimento. *Ensaio Ciênc: Ciênc Biológ Agrárias Saúde [Internet].* 2017 [cited 2019 Oct 9];21(2):92-97. Available from: <http://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/26053412007>
18. Santos AF, Machado RR, Menezes MG. Fatores de risco predominantes na população com síndrome coronariana aguda. *Rev Saúde.Com [Internet].* 2018 [cited 2019 Oct 8];14(2):1146-52. Available from: <http://periodicos2.uesb.br/index.php/rsc/article/view/4029>

Recebido: 23 de setembro de 2019

Aprovado: 10 de outubro de 2019

Publicado: 5 de dezembro de 2019



A *Revista Baiana de Enfermagem* utiliza a Licença Creative Commons - Atribuição-NãoComercial 4.0 Internacional. <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

Este artigo é de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons (CC BY-NC).

Esta licença permite que outros remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho para fins não comerciais. Embora os novos trabalhos tenham de lhe atribuir o devido crédito e não possam ser usados para fins comerciais, os usuários não têm de licenciar esses trabalhos derivados sob os mesmos termos.