

Artigo
Original

7

Perfil Clínico e Angiográfico de Pacientes Idosos com Síndrome Coronariana Aguda Admitidos em Hospital Terciário

Clinical and Angiographic Profile of Elderly Patients with Acute Coronary Syndrome Admitted to Tertiary Hospital

Felipe Montes Pena¹, Ronald Souza Peixoto², Jamil da Silva Soares³, Hebert Rosa Pires Júnior²,
Genevania de Souza Areas Pena⁴, Marcos Vinicius Rosa Netto⁵, Beatriz Tose Costa Paiva⁶,
Meire de Oliveira Silva⁶, Frederico Vieira Dias Moraes⁶, Patrícia Chicharo Engel⁶

Resumo

Fundamentos: A média de idade da população mundial está aumentando, sendo a faixa etária superior a 80 anos a que cresce mais rapidamente no mundo. Novos enfoques de tratamento e de cuidados tornam-se necessários para essa população.

Objetivo: Analisar aspectos, fatores de risco, manifestações clínicas e achados cinecoronariográficos em pacientes com idade ≥ 65 anos com diagnóstico de síndrome coronariana aguda.

Métodos: Estudo observacional, analisando prontuários de 64 pacientes, com idade ≥ 65 anos, admitidos em unidade de terapia intensiva (UTI) de hospital terciário. Os critérios de inclusão foram: diagnóstico de síndrome coronariana aguda (SCA), idade ≥ 65 anos, prontuários com preenchimento adequado e realização de cinecoronariografia. Na análise estatística, os dados numéricos foram expostos pela média e os dados categóricos por números absolutos e proporções. Para variáveis contínuas foi utilizado o teste t de Student ou o teste de análise da variância. Para analisar o fator ou fatores que determinavam presença de SCA significativa, utilizou-se análise multivariada de regressão logística. O nível de significância aceito foi 5%.

Resultados: Dos 64 pacientes, 34 (53,1%) eram homens e 30 mulheres (46,9%). A maioria dos pacientes era hipertensa, dislipidêmica e sedentária. Na cineangiocoronariografia encontra-se maioria portadora de doença uni e biarterial. Nenhum diagnóstico clínico ou fator de risco manteve correlação estatística com presença ou não de SCA.

Abstract

Background: The average age of the world's population is rising, with the fastest growing age group encompassing people over 80 years old, who require new approaches to treatment and care.

Objective: To analyze aspects, risk factors, clinical presentations and cineangiographic findings in patients aged ≥ 65 years diagnosed with acute coronary syndrome.

Methods: An observational study examined the records of 64 patients aged ≥ 65 years, admitted to the ICU at a tertiary hospital. The inclusion criteria were: diagnosis of acute coronary syndrome (ACS); age ≥ 65 years; full records and completed coronary angiography. In the statistical analysis, numerical data were presented by means and categorical data by absolute numbers and proportions. For continuous variables, the Student t test was used, or the variance analysis test. Multivariate logistic regression analysis was used to examine the factor(s) determining the presence of significant ACS, with an accepted significance level of 5%.

Results: Of these 64 patients, 34 (53.1%) were men and 30 (46.9%) were women. Most patients were sedentary, with hypertension and dyslipidemia. Cineangiocoronariography showed that most of them presented uni- and bi-arterial disease. No clinical diagnoses or risk factors showed statistical correlations to the presence or absence of ACS.

¹ Curso de Especialização em Cardiologia Clínica - Universidade Federal Fluminense (UFF) - Niterói (RJ), Brasil

² Serviço de Cirurgia Cardiovascular - Hospital Escola Álvaro Alvim - Campos dos Goytacazes (RJ), Brasil

³ Serviço de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista - Hospital Escola Álvaro Alvim - Campos dos Goytacazes (RJ), Brasil

⁴ Curso de Especialização em Terapia Intensiva - Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil

⁵ Programa de Residência em Cirurgia Cardiovascular - Hospital Escola Álvaro Alvim - Campos dos Goytacazes (RJ), Brasil

⁶ Curso de Medicina - Faculdade de Medicina de Campos dos Goytacazes - Campos dos Goytacazes (RJ), Brasil

Conclusão: É um estudo observacional realizado em população muito selecionada de indivíduos com diagnóstico clínico de doença arterial coronariana. Observa-se que os fatores de risco e eventos relacionados ao IAM são frequentes na faixa etária estudada, mas a amostra dificulta a extrapolação para outras populações de pacientes com idade semelhante, mas com quadro clínico diverso.

Palavras-chave: Idoso, Aterosclerose, Síndrome Coronariana

Introdução

O envelhecimento é um processo contínuo e estabelece uma fronteira entre a “meia-idade” e a senilidade. Alterações fisiológicas ocorrem no envelhecimento com taxa de variação na população e, assim, os grupos de adultos definidos pela idade cronológica mostram grande heterogeneidade.¹

O infarto do miocárdio continua a ser a principal causa de hospitalizações, bem como a principal causa de morte no mundo. Tanto na fase intra-hospitalar como em longo prazo é significativamente mais elevada a mortalidade na população idosa, independentemente do tipo de tratamento. Os pacientes mais idosos apresentam mortalidade estimada em 30%,^{2,3} entretanto eles ainda são tratados de forma menos agressiva que os pacientes jovens.^{4,5}

Considerando esses argumentos, é justificável um estudo relacionado a essa faixa etária, de forma que a abordagem possa ser revisada e a conduta específica à idade possa ser abordada. O objetivo deste estudo foi analisar os aspectos clínicos, os fatores de risco, as manifestações clínicas e os achados cinecoronariográficos em pacientes com idade ≥ 65 anos, hospitalizados, com diagnóstico de síndrome coronariana aguda.

Metodologia

Trata-se de um estudo observacional, no qual foram analisados os prontuários de 64 pacientes, com idade ≥ 65 anos, admitidos e internados na unidade de terapia intensiva do Hospital Escola Álvaro Alvim entre janeiro de 2007 e fevereiro de 2009. Os critérios de inclusão foram: diagnóstico de síndrome coronariana aguda (SCA), idade ≥ 65 anos, prontuários com preenchimento adequado dos dados a serem analisados e realização de cinecoronariografia durante a internação. Os critérios de exclusão foram: idade < 65 anos,

Conclusion: This observational study was conducted in a very select population of individuals with clinical diagnoses of coronary artery disease, indicating that the risk factors and events related to AMI are frequent in the age group studied. However, the sample hampers extrapolation to other patient populations of similar ages but with different clinical status.

Keywords: Aging, Atherosclerosis, Coronary syndrome

prontuários com dados incompletos, pericardite ou miocardite aguda, cardiopatia orovalvar ou congênita e miocardiopatia de qualquer tipo.

Os seguintes dados clínicos foram considerados: idade, sexo, classificação de Killip-Kimball na admissão, área acometida pelo infarto, diagnóstico clínico final de internação, fatores de risco para aterosclerose coronariana, tais como: hipertensão arterial sistêmica, tabagismo, diabetes mellitus, dislipidemia, sedentarismo, obesidade e insuficiência coronariana prévia. Outras condições associadas foram: doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), insuficiência renal crônica (IRC), acidente vascular encefálico (AVE) e morte durante o período de internação.

Descreveram-se as complicações mecânicas e elétricas relacionados ao IAM durante a internação. Foram avaliados também os pacientes que sofreram IAM com supradesnivelamento do segmento ST (IAMCSST) que foram trombolisados e a proporção daqueles com IAM sem supradesnivelamento de ST (IAMSST) e angina instável (AI).

O tratamento obedeceu ao critério de análise, avaliando-se as seguintes opções: realização de revascularização miocárdica, isto é, angioplastia percutânea coronariana (ATC) ou cirurgia de revascularização miocárdica (CRM) ou somente tratamento clínico. Analisou-se à cinecoronariografia, o número de sistemas acometidos e a função ventricular esquerda com diagnóstico cineangiocoronariográfico.

O diagnóstico de infarto agudo do miocárdio (IAM) foi realizado de acordo com os critérios da *European Society of Cardiology* e *American College of Cardiology*;⁶ o diagnóstico de AI de acordo com os critérios propostos por Braunwald;⁷ e angina estável (AE) quando havia história de dor torácica típica. A AE foi classificada de acordo com a *Canadian Cardiovascular Society*.⁸ O diagnóstico de insuficiência cardíaca congestiva (ICC) foi considerado quando havia sinais

e sintomas de congestão venocapilar pulmonar e/ou associada à congestão venosa sistêmica. Hipertensão arterial sistêmica (HAS) foi considerada presente quando o paciente apresentava níveis tensionais, medidos através de esfigmomanômetro, de $\geq 140/90$ mmHg ou fazia uso de medicação anti-hipertensiva. Diabetes mellitus (DM) foi diagnosticado quando o paciente fazia uso de hipoglicemiantes oral ou de insulina. Dislipidemia foi considerada presente quando o paciente apresentava níveis séricos de colesterol total >200 mg/dl ou triglicérides >150 mg/dl ou LDL colesterol >130 mg/dl e/ou HDL <35 mg/dl nos homens e <55 mg/dl nas mulheres. Foram considerados sedentários os indivíduos que não praticavam qualquer tipo de atividade física, além das habituais. Na cinecoronariografia consideraram-se normais as artérias que não apresentavam qualquer grau de obstrução da luz arterial.

Na análise estatística os dados numéricos foram expostos pela média e os dados categóricos por números absolutos e proporções. Para a comparação entre as variáveis contínuas foi utilizado o teste t de Student ou o teste de análise da variância. Para analisar o fator ou fatores que determinavam a presença de SCA significativa, utilizou-se análise multivariada de regressão logística quando os valores de p, na análise univariada, eram $<0,10$. O nível de significância aceito foi 5%.

Resultados

Dos 64 pacientes, 34 (53,1%) eram homens e 30 mulheres (46,9%), com idade média de 72,28 anos, variando de 65 anos a 98 anos. As características clínicas estão apresentadas na Tabela 1.

Os pacientes que sofreram IAM foram estratificados em IAMCSST e IAMSST/AI. O primeiro grupo era composto de 26 (40,6%) pacientes; destes, 16 (25%) pertenciam ao sexo masculino e 10 (15,7%) ao sexo feminino. Somente 9 (14%) pacientes receberam trombolíticos em tempo viável e 5 (7,8%) foram a óbito, sendo todos do sexo masculino. O IAMSST/AI correspondeu a 38 (59,4%) pacientes, sendo que 18 (28,1%) pertenciam ao sexo masculino e 20 (31,3%) ao sexo feminino; apenas 1 (1,5%) veio a óbito.

Todos os pacientes recebidos na unidade de terapia intensiva foram submetidos a tratamento clínico; destes, 39 (61%) receberam implantação de no mínimo um stent convencional, 16 (25%) submeteram-se à revascularização miocárdica cirúrgica com circulação extracorpórea e apenas 9 (14%) prosseguiram somente com tratamento clínico medicamentoso sem nenhum tipo de intervenção.

Tabela 1
Características clínicas dos pacientes estudados

Variáveis	n	%
HAS	60	93,8
Dislipidemia	35	54,7
Tabagismo	17	26,6
ICC	2	3,1
ICO prévia	18	28,1
Diabetes mellitus	24	37,5
DPOC	2	3,1
IRC	3	4,7
Sedentarismo	43	67,2
AVE	1	1,5
Obesidade	15	23,4

HAS=hipertensão arterial sistêmica; ICC=insuficiência cardíaca congestiva; ICO=insuficiência coronariana; DPOC=doença pulmonar obstrutiva crônica; IRC=insuficiência renal crônica; AVE=acidente vascular encefálico

Tabela 2
Achados à cineangiocoronariografia nos pacientes estudados

Número de pacientes em relação ao grau de comprometimento arterial		
	n	%
Uniarterial	31	48,4
Biarterial	17	26,5
Triarterial	16	25,1
Lesão de TCE	2	3,15
Contratilidade ventricular		
	n	%
Preservada	25	39
Acometimento leve	20	31,3
Acometimento moderado	9	14
Acometimento grave	10	15,7

TCE=tronco de coronária esquerda

O diagnóstico cineangiocoronariográfico foi estabelecido com os achados apresentados na Tabela 2. Nenhum diagnóstico clínico ou fator de risco manteve correlação estatística com a presença ou não de SCA.

Discussão

Os pacientes com doença coronariana geralmente se tornam sintomáticos após os 40 anos de idade. Estudos baseados em necropsias demonstram que a aterosclerose começa em idade precoce.⁷⁻⁹ Estudos realizados com o auxílio do ultrassom intravascular, em corações transplantados de doadores jovens, demonstraram que cerca de 51,9% desses indivíduos apresentavam lesões ateroscleróticas e que a prevalência da aterosclerose variava de 17% nos indivíduos abaixo dos 20 anos a 85% naqueles com 50

anos ou mais.⁷ Esses autores mostraram que um em cada seis adolescentes apresentavam aterosclerose coronariana.

A DAC permanece como a causa líder de morte nos EUA.⁸ No Brasil, de acordo com os dados do Sistema Único de Saúde (SUS), no ano de 1999, as doenças do aparelho circulatório foram responsáveis por 32,27 mortes por 100 mil habitantes, ocupando o primeiro lugar entre todas as causas de morte no país.⁹

O IAM é uma das principais causas de óbito na atualidade, sendo que 80% desses eventos ocorrem em pacientes com idade >65 anos.¹⁰ O trabalho de Batchelor et al.,¹¹ comparando 7.472 octogenários com 102.236 pacientes de idade <80 anos, constatou que a idade é o principal fator de risco para a mortalidade após o IAM.

Os pacientes com síndrome coronariana aguda com mais de 60 anos de idade são mais doentes à admissão hospitalar, apresentando maior prevalência de ICC, IAM e insuficiência renal. Quando submetidos à angiografia, apresentam doença coronariana mais grave, com lesão de três vasos ou lesão de tronco da artéria coronária esquerda.¹²

Conforme o GRACE (*Global Registry of Acute Coronary Events*), registro observacional que inclui 24.165 pacientes com síndrome coronariana aguda de 102 hospitais situados em países da Europa, América do Norte e do Sul, Austrália e Nova Zelândia, as taxas de mortalidade hospitalar também aumentam com a idade, sendo de 1,3% para pacientes com menos de 45 anos, 9,3% para pacientes de 75 anos a 84 anos e de 18,4% para pacientes com 85 anos ou mais ($p < 0,0001$).¹³

Estudo multicêntrico patrocinado pela *American Heart Association* avaliou quase 230.000 pacientes submetidos à cirurgia de revascularização miocárdica ou intervenção coronariana percutânea com o objetivo de melhorar o entendimento desses procedimentos quanto a riscos e desfechos. Entre os anos de 1991 e 1999, a proporção de pacientes de 75 anos ou mais submetidos à revascularização teve um aumento de 10%. O risco de mortalidade hospitalar associado com revascularização miocárdica, por década de vida até os 85 anos, aumentou 1% para pacientes submetidos à intervenção percutânea e 2% para os submetidos a tratamento cirúrgico.^{14,15} A mortalidade média foi de 3,0% e 5,9% para os pacientes submetidos à intervenção percutânea e cirúrgica, respectivamente. Para a intervenção percutânea, os maiores preditores de risco de mortalidade hospitalar foram emergências, choque cardiogênico ou IAM recente e, para o tratamento

cirúrgico, intervenção prévia persiste como o melhor preditor de mortalidade hospitalar.^{16,17}

No presente estudo observou-se que 54,7% dos pacientes apresentavam dislipidemia, 93,8% eram hipertensos, somente 26,6% tabagistas, 37,5% diabéticos e 67,2% eram sedentários. A doença que motivou a internação em todos os casos foi a síndrome coronariana aguda e, contrariando a literatura, encontra-se um número maior de pacientes uni e biarteriais à cineangiocoronariografia do que triarteriais ou com lesão de tronco de coronária esquerda. Estes achados são compatíveis aos achados do Serviço, visto que este é considerado referência em cardiologia na região.

Na análise univariada e multivariada verificou-se que nenhum fator clínico ou fator de risco manteve associação com a presença ou a gravidade da doença coronariana aguda; uma observação relevante a ser avaliada, mas sem comprovação estatística, foi que os homens não trombolisados em tempo viável foram a óbito.

Conclusões

Verificou-se que os pacientes com idade ≥ 65 anos, internados em enfermaria de hospital de referência em cardiologia e submetidos à cinecoronariografia, apresentavam-se todos clinicamente com síndrome coronariana aguda; muitos eram hipertensos, dislipidêmicos, tabagistas, sedentários, diabéticos e com sobrepeso. Contrariando a literatura, a maioria deles era portadora de doença uni e biarterial e os óbitos ficaram entre os homens em sua maioria.

Observa-se que fatores de risco e eventos relacionados ao IAM são frequentes na faixa etária estudada. Contudo, este é um estudo observacional, realizado em uma população muito selecionada de indivíduos com diagnóstico clínico de DAC, o que dificulta a extrapolação destes achados para outras populações de pacientes com idade semelhante, mas com quadro clínico diverso.

Potencial Conflito de Interesses

Declaro não haver conflitos de interesses pertinentes.

Fontes de Financiamento

O presente estudo não teve fontes de financiamento externas.

Vinculação Acadêmica

O presente estudo não está vinculado a qualquer programa de pós-graduação.

Referências

1. Krumholz HM. Myocardial infarction in elderly. *West J Med.* 1989;51(3):304-10.
2. Goch A, Misiewicz P, Rysz J, et al. The clinical manifestation of myocardial infarction in the elderly. *Clin Cardiol.* 2009. Epub ahead of print. Available from: <www.interscience.wiley.com>
3. Batchelor WB, Anstrom KJ, Muhlbaier LH, et al. Contemporary outcome trends in the elderly undergoing percutaneous coronary interventions: results in 7,472 octogenarians. *J Am Coll Cardiol.* 2000;36:723-30.
4. Tresch DD, Brady WJ, Aufderheide TP, et al. Comparison of elderly and younger patients with out-of-hospital chest pain. Clinical characteristics, acute myocardial infarction, therapy and outcomes. *Arch Intern Med.* 1996;156(10):1089-1093.
5. Woon VC, Lim KH. Acute myocardial infarction in the elderly – the differences compared with the young. *Singapore Med J.* 2003;44(8):414-18.
6. Braunwald E, Antman EM, Beasley JW, et al. ACC / AHA Guidelines for the management of patients with unstable angina and non-ST segment elevation myocardial infarction. A report of the American College of Cardiology / American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee on the Management of Patients with Unstable Angina) *J Am Coll Cardiol.* 2000;36:970-1062.
7. Campeau L. Grading of angina pectoris. *Circulation.* 1976;54:522-23.
8. Berenson GS, Srinivasan SR, Bao W, et al. Association between multiple cardiovascular risk factors and atherosclerosis in children and young adults. The Bogalusa Heart Study. *N Engl J Med.* 1998;338:1650-656.
9. Jarvisalo MJ, Jartti L, Nanto-Salomen K, et al. Increased aortic intima-media thickness: a marker of preclinical atherosclerosis in high-risk children. *Circulation.* 2001;104:2943-947.
10. Tuzcu EM, Kapadia SR, Tutar E, et al. High prevalence of coronary atherosclerosis in asymptomatic teenagers and young adults. Evidence from intravascular ultrasound. *Circulation.* 2001;103:2705-710.
11. Batchelor WB, Anstrom KJ, Muhlbaier LH, et al. Contemporary outcome trends in the elderly undergoing percutaneous coronary interventions: results in 7,472 octogenarians. National Cardiovascular Network Collaboration. *J Am Coll Cardiol.* 2000;36(3):723-30.
12. Ministério da Saúde. [homepage na internet]. Secretaria Executiva. Datasus. [acesso em 10/05/2009]. Informações de saúde. Morbidade e informações epidemiológicas. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>
13. Franken RA, Taddei CG, Maia IG, et al. Diretrizes do Grupo de Estudos em Cardiogeriatría da Sociedade Brasileira de Cardiologia. *Arq Bras Cardiol.* 2002;79(supl 1):1-46.
14. Halon DA, Adawi S, Dobrecky-Mery I, et al. Importance of increasing age on the presentation and outcome of acute coronary syndromes in elderly patients. *J Am Coll Cardiol.* 2004;43(3):346-52.
15. Peterson ED, Alexander KP, Malenka DJ, et al. American Heart Association Chronic CAD Working Group. Multicenter experience in revascularization of very elderly patients. *Am Heart J.* 2004;148(3):486-92.
16. Morrison DA, Sethi G, Sacks J, et al. Percutaneous coronary intervention versus coronary artery bypass graft surgery for patients with medically refractory myocardial ischemia and risk factors for adverse outcomes with bypass: a multicenter, randomized trial. *J Am Coll Cardiol.* 2001;38(1):143-49.