Perfil de pacientes internados com diagnóstico de síndrome coronariana aguda

Profile of patients admitted to hospital – with diagnosis of acute coronary syndrome

Alexandre José dos Santos Silva[1], Cláudia Simone Souza Guimarães[1], Juliana Ázara Reis[1]

Recebido do Hospital Regional de Sobradinho, Sobradinho – Brasília, DF, Brasil.

RESUMO

OBJETIVO: Descrever o perfil de pacientes internados com diagnóstico de síndrome coronariana aguda. **MÉTODOS:** Estudo analítico, observacional e transversal, com dados obtidos da análise dos prontuários de cem pacientes internados em um hospital, de fevereiro de 2014 a janeiro de 2015, os quais tiveram diagnóstico de síndrome coronariana aguda e foram regulados para a realização da cineangiocoronariografia. Foi traçado o perfil epidemiológico e fisiopatológico desta população. **RESULTADOS:** Em nossa amostra, 49 (55,7%) pacientes eram do sexo masculino, com média de idade de 63,88±13,3 anos, sendo 60,2% acima de 60 anos. O quadro clínico mais prevalente foi angina instável (41%). Constatou-se maior prevalência de portadores de hipertensão arterial (88,7%), além de associação positiva entre os pacientes com idade avançada e doença multiarterial. Também foi encontrada obstrução coronariana significativa em cerca de 90% dos pacientes diabéticos. Cineangiocoronariografia sem lesão significativa foi duas vezes mais identificada, em comparação com dados da *American College of Cardiology*. **CONCLUSÃO:** Fatores de risco modificáveis devem ser controlados, visando à redução do número de casos de doenças cardiovasculares agudas e daqueles com desfechos desfavoráveis. Sugere-se que a divulgação dos sintomas de infarto seja ampliada, para que os pacientes cheguem à emergência em tempo hábil de receber o tratamento.

Descritores: Síndrome coronariana aguda; Infarto do miocárdio; Cineangiografia; Fatores de risco

ABSTRACT

OBJECTIVE: To describe the profile of patients admitted to Hospital with a diagnosis of acute coronary syndrome. **METHODS:** This is an analytical, observational and cross-sectional study with data obtained from the analyses of the medical records of 100 patients admitted to a hospital from February/2014 to January / 2015), who were diagnosed with acute coronary syndrome, and were regulated for undergoing coronary angiography. The epidemiological and pathophysiological profile of this population was described. **RESULTS:** In our sample, there were 49 (55.7 %) male patients with a mean age of 63.88±13.3 years, with 60.2 % being over 60 years. The most prevalent clinical condition was unstable angina (41%). A higher prevalence of patients with hypertension (88.7 %) was found, as well as a positive association of patients with advanced age and multivessel disease. We also find significant coronary obstruction in about 90 % of diabetic patients. Coronary angiographywith no significant lesion was twice as identified if compared with the American College of Cardiology data. **CONCLUSION:** The modifiable risk factors should be monitored, in order to reduce the number of cases of acute cardiovascular disease and those with unfavorable outcomes. The dissemination of information about infarction should be enhanced for the patients to search for emergent care in a timely manner.

Keywords: Acute coronary syndrome; Myocardial infarction; Cineangiography; Risk factors

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCV) representam uma das maiores causas de mortalidade em todo mundo. Apesar do declínio das taxas de mortalidade com o passar das décadas, elas ainda são responsáveis por cerca de um terço dos óbitos em indivíduos maiores de 35 anos de idade,[1] com importante morbimortalidade na população idosa. É estimado que metade dos homens e um terço das mulheres de meia-idade nos Estados Unidos desenvolverão alguma manifestação de doença arterial coronariana (DAC).[2]

De acordo com o Ministério da Saúde, anualmente ocorrem cerca de 300 mil infartos, provocando uma média de 80 mil mortes. No ano de 2013, o Distrito Federal registrou 662 mortes por infarto agudo. Segundo relatório epidemiológico sobre mortalidade geral no Distrito Federal em 2015,[3] as doenças do aparelho circulatório permanecem como a principal causa de morte (27,2%), seguida de neoplasias (20,5%) e de causas externas (14,3%).

Modalidades de síndrome coronariana aguda (SCA), como infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento de ST

1. Hospital Regional de Sobradinho, Sobradinho, Brasília, DF, Brasil.

Data de submissão: 22/05/2017 – Data de aceite: 29/05/2017
Conflito de interesses: não há.

Endereço para correspondência:
Juliana Ázara Reis
SQN 314 BL F AP 107 – Asa Norte
CEP 707670-60 – Brasília, DF, Brasil
Tel.: (61) 981503853 – E-mail juaranp@gmail.com

© Sociedade Brasileira de Clínica Médica

(IAMCST), sem supradesnivelamento de ST (IAMSST) e angina instável (AI), são observadas em serviços de pronto atendimento, a partir da história clínica de desconforto torácico tipo isquêmico, da análise eletrocardiográfica e da dosagem de marcadores de necrose miocárdica.

Os pacientes com diagnóstico de SCA ficam sujeitos a complicações cardiovasculares e incapacitações, se não evoluírem com pior desfecho. Medidas de prevenção primária e secundária para DAC têm importância indiscutível na saúde da população, com redução nas taxas de hospitalização e de óbitos.

O objetivo deste artigo foi analisar o perfil clínico e epidemiológico dos pacientes do estudo, considerando os fatores de risco para o desenvolvimento da síndrome.

MÉTODOS

A população estudada foi formada por cem pacientes internados no HRS-DF em um período de 12 meses (fevereiro/2014 à janeiro/2015), os quais tiveram diagnóstico de SCA e foram submetidos à cineangiocoronariografia (CATE). Após aplicação dos critérios de exclusão (prontuários não localizados, registros incompletos e paciente que não preenchiam critérios para coronariopatia), foram considerados 88 deles, distribuídos de acordo com a modalidade de SCA firmada desde o momento da admissão na emergência.

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi a lista de pacientes do sistema de regulação de CATE da Secretaria Estadual da Saúde do Distrito Federal (SES-DF), do Hospital Regional de Sobradinho (DF), com posterior análise dos prontuários eletrônicos por meio do sistema TrakCare. Posteriormente, os dados foram utilizando-se o *software* IBM *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 20.

Por meio da análise dos prontuários, foram destacadas as seguintes variáveis: sexo (masculino e feminino), idade (maiores e menores que 60 anos), antecedentes pessoais (hipertensão e diabetes), tabagismo, modalidades de SCA (AI, IAMSST e IAMCST), característica angiográfica significativa (obstrução arterial ≥70%, quantificada ou estimada por angiografia, ou lesão de tronco de coronária esquerda ≥50%), esquema terapêutico adotado (tratamento clínico, trombólise, intervenção coronariana percutânea – ICP e revascularização cirúrgica), além de desfecho (sobrevida e óbito). Dislipidemia foi excluída do estudo pela falta de informação nos prontuários do perfil lipídico dos pacientes. Os resultados obtidos foram confrontados com os dados da literatura. O presente estudo comparou a prevalência entre os pacientes com diagnóstico de SCA em relação àqueles internados por outras doenças na Unidade de Clínica Médica do hospital.

Com finalidade de se evitarem inferências incorretas e buscando comparar as associações entre as variáveis clínicas e angiográficas (DAC multiarterial) e o pior desfecho (óbito), foram utilizados o teste *t* de Student e o teste do qui-quadrado.

A pesquisa foi apreciada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (Fepecs) em 3 de agosto de 2015, com parecer CAAE 46510415.9.0000.5553.

RESULTADOS

Entre fevereiro de 2014 e janeiro de 2015, foi constatado um total de 650 internações na unidade de clínica médica do hospital estudado, e 88 deles tiveram diagnóstico de SCA, compondo a amostra do estudo. A média de idade geral foi de 63,88±13,3 anos; 49 (55,7%) indivíduos eram do sexo masculino com média de idade de 64,12±12,44; 39 (44,3%) pacientes do sexo feminino tiveram média de idade de 63,56±14,56 anos; 53 (60,2%) pacientes tinham 60 anos ou mais

Nesta amostra foram encontrados como diagnóstico: 36 (40,9%) Angina Instável, 25 (28,4%) IAMSSST e 27 (30,7%) IAMCSST.

Dentre as comorbidades, 71 (80,68%) pacientes tinham hipertensão arterial sistêmica, 43 (48,86%) eram tabagistas e 31(35,23%) tinham *diabetes melitus* (Figura 1).

Considerando o diabetes isoladamente, constatou-se que 28 dos 31 pacientes (90,3%) apresentavam pelo menos uma coronária com obstrução significativa. Destes 31 pacientes, 14 (45,16%) receberam tratamento clínico, 10 (32,2%) percutâneo, 3 (9,6%) cirúrgico e 4 (12,9%) vieram a óbito. Entre os 27 pacientes que tiveram diagnóstico de IAMCST, 6 (37,5%) receberam trombólise.

Dos pacientes que realizaram cateterismo, foi verificada a presença de lesões ≥ 70% das artérias e/ou ≥ 50% em tronco de coronária esquerda (TCE) em ordem de prevalência: nenhuma artéria em 38 (43,2%) pacientes; 1 artéria em 23 (26,1%); 2 artérias em 12 (13,6%) e 4 artérias em 7 (8%). As principais artérias acometidas foram a descendente anterior (DA) em 30 (34,1%) pacientes, coronária direita (CD) em 24 (27,3%) e circunflexa (CX) em 18 (20,5%).

Em observação às condutas, excluídos os pacientes que não apresentaram lesões significativas em coronárias e os que foram a óbito antes de realizar o CATE, foi verificado tratamento clínico em 21 (42%), intervenção coronariana percutânea em 23 (46%) e cirurgia de revascularização miocárdica em 5 (10%), sendo evidenciado 1 (2%) óbito após o procedimento.

Quando avaliados os pacientes com doença arterial coronariana multiarterial (obstrução de TCE ≥50% ou ≥70% em três ou mais artérias), obteve-se o número de 17 pacientes, os quais receberam tratamento clínico em 8 (47%) casos, ICP em 5 (29%), cirurgia de revascularização miocárdica em 3 (18%) e foi a óbito 1 (6%). Importante ressaltar que não foi possível obter

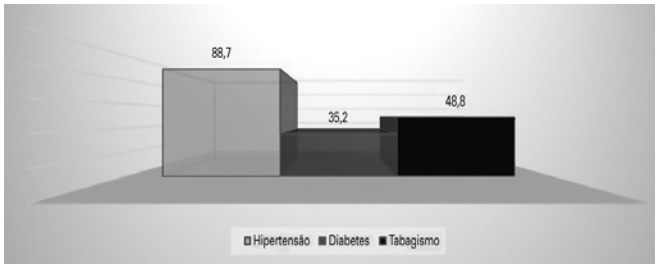

Figura 1. Distribuição dos pacientes quanto aos fatores de risco.

as características angiográficas de cinco dos seis pacientes que vieram a óbito antes da realização do procedimento.

Quando a associação entre donça arterial multiarterial e idade avançada (maior ou igual a 60 anos) foi analisada por meio do teste do qui-quadrado, verificou-se associação significativa, com p=0,038, df=1 e qui-quadrado=4,306. A maioria dos pacientes com DAC MULTIARTERIAL (82,3%), apresentavam idade superior a 60 anos.

Quanto aos óbitos, 2 (33,3%) pacientes tinham diagnóstico de IAMCST, 4 (66,6%) IAMSST e nenhum apresentava AI.

DISCUSSÃO

Os pacientes analisados correspondem a uma parcela importante do total de internações no serviço estudado no período de 1 ano (cerca de 13%). Comparativamente, em 2012, no Sistema Único de Saúde (SUS), a SCA foi a terceira causa de hospitalização, representada por 10,7% do total.[4]

Vale destacar neste subgrupo a prevalência de idosos – cerca de 60% da amostra –, considerados os pacientes maiores de 60 anos, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS).

Quanto à distribuição por sexo, houve maior prevalência de pacientes do sexo masculino, podendo estar associado a função protetora do estradiol nas mulheres, justificando a menor incidência de eventos cardiovasculares.[8-15] Não houve diferença estatística entre os dois sexos quando correlacionado com a idade.

A hipertensão arterial esteve mais presente (88,75% dos casos), ratificando a maior prevalência deste fator de risco, corroborando o estudo internacional de validação do TIMI Risk Score para IAMCST[5]. Dados obtidos do *Framingham Heart Study* sugerem que indivíduos normotensos aos 55 anos têm risco de 90% de desenvolvimento de hipertensão, com fatores predisponentes, como hereditariedade, interagindo com fatores comportamentais, como dieta, consumo de bebida alcóolica e sedentarismo, estritamente relacionados ao desenvolvimento da doença.

Sabe-se que 40% dos indivíduos com hipertensão arterial sistêmica não sabem que são portadores da doença e não estão sendo tratados, e apenas um terço dos pacientes tratados tem seus níveis pressóricos sob controle.[9] A ausência ou a ineficiência de políticas de prevenção primária, diante do manejo da população quanto aos principais fatores de risco relacionados a DCV, além da dificuldade em se atingirem as metas terapêuticas, seja por falta de recursos ou de capacitação, contribuem significativamente para a amplificação de doenças e o surgimento de desfechos desfavoráveis.

Como fator de risco prevalente depois da hipertensão está o tabagismo (48,86%). Importante lembrar que o ato de fumar dobra a incidência de DAC, aumentando a mortalidade em 50%. Segundo as Diretrizes para a Cessação do Tabagismo,[10] estas taxas aumentam com a idade e o número de cigarros fumados. Diante da natureza aditiva do tabagismo, com tendência ao seu aumento com o passar do tempo, não seria uma estratégia aceitável sua redução, ao invés da interrupção. O aconselhamento é importante em todos os estágios, mas o período que precede um evento cardíaco é o melhor momento para encorajar um paciente a parar de fumar.

O diabetes é um poderoso fator de risco para doença aterosclerótica e está intimamente relacionado com DAC. Também é sabido, que os pacientes com *diabete mellitus* têm alto índice de calcificações/oclusões arteriais, fato confirmado nos presentes resultados, que revelam que cerca de 90% dos pacientes com diabetes apresentavam pelo menos uma coronária com obstrução significativa.

Quanto às modalidades de SCA, do total de 88 pacientes do estudo, foram encontrados, em sua maioria AI, seguida de IAMCST e IAMSST, ratificando dados do estudo ENACT (*European Network for Acute Coronary Treatment*),[11] os quais obtiveram o diagnóstico de AI como o mais prevalente. A incidência de SCASST, tanto de forma absoluta quanto em relação ao IAMCST, vem ganhando notáveis proporções, provavelmente em resposta às variáveis demográficas, como o crescente número de idosos e diabéticos.

Dos pacientes submetidos ao cateterismo, não foi verificada a presença de lesão significativa (≥70% das artérias e/ou ≥50% em TCE) em pouco menos da metade dos pacientes, o que representa praticamente duas vezes o porcentual esperado pela *American College of Cardiology* (ACC), que é de 20 a 27%, considerando que a avaliação clínica prévia tenha sido feita corretamente.[12] A justificativa desta ocorrência pode envolver inúmeros fatores, como falta de estimativa da probabilidade pré-teste, devendo-se considerar a interação dos fatores de risco entre si, o estágio evolutivo de cada um deles e a melhor caracterização dos sintomas, além da não realização de testes provocativos de isquemia não invasivos antes da coronariografia.

Em relação aos pacientes com IAMCST, apenas cerca de 38% deles receberam trombólise. É importante enfatizar que a demora dos pacientes em chegar à emergência contribui para estes resultados. Estratégias para disponibilizar o atendimento precoce – até mesmo pré-hospitalar – melhorariam o tratamento.

Considerando-se os pacientes multiarteriais, houve associação significativa (p=0,038) quando analisados aqueles com 60 anos ou mais de idade. Este subgrupo de idosos é clínica e anatomicamente mais complexo, sendo considerado o tempo de sobrevida, inversamente proporcional ao envolvimento de vasos adicionais.[11,12] A idade avançada e a má condição funcional tornam as intervenções de revascularização procedimentos de alto risco de complicações. Apesar disto, a idade não pode ser considerada fator limitante, quando considerados os procedimentos percutâneos.

O tipo de abordagem depende da existência de variáveis desfavoráveis, como, por exemplo, insuficiência renal, idade avançada, diabetes e doença cerebrovascular, as quais, individualmente ou somadas, orientam o prognóstico. Logo, o tratamento a ser utilizado deve ser individualizado nos pacientes multiarteriais, confrontando os riscos e os benefícios de cada modalidade. Uma importante ferramenta da qual podemos lançar mão é o *SYNTAX Score*, que engloba características angiográficas dos pacientes multiarteriais candidatos à cirurgia ou à intervenção coronariana percutânea, podendo auxiliar quanto a escolha da melhor opção.

Semelhante a outros registros de SCA, no presente estudo a mortalidade intra-hospitalar para infarto agudo foi de seis pa-

cientes (cerca de 7% do total analisado), distribuídos em quatro IAMSST e dois IAMCST.

Estudos demonstraram que, entre os pacientes internados por SCA, aqueles com diagnóstico de IAMCST tinham mortalidade aumentada a curto prazo, em comparação aos pacientes com IAMSST (7% vs. 3,5%). No entanto, após 6 meses, a mortalidade entre as duas entidades se iguala (cerca de 12% para cada), não sendo este padrão observado a longo prazo (após 4 anos), quando a mortalidade de IAMSST chega a ser o dobro do IAMCST.[13] Isso pode ser justificado pelo perfil individual de cada paciente. Geralmente aqueles com diagnóstico de IAMCST são jovens, uniarteriais, sem maiores fatores de risco para DCV. Já pacientes com IAMSST, são cada vez mais idosos, multiarteriais e portadores de múltiplas comorbidades. Estes também internam sucessivas vezes por descompensação de patologias de base, até darem entrada no serviço de emergência por instabilidade de placa aterosclerótica

CONCLUSÃO

A redução do número de casos de doenças cardiovasculares agudas e com desfechos desfavoráveis está relacionada à diminuição e ao controle dos fatores de risco modificáveis. Devemos insistir na mudança de paradigmas, orientando a população a prevenir e controlar doenças, não limitando seus cuidados com a saúde aos atendimentos emergenciais

Sugere-se ainda que a divulgação dos sintomas de infarto seja ampliada para que os pacientes cheguem à emergência em tempo hábil para receber o tratamento. Deve haver também uma melhor disponibilização de programas que tenham estrutura para diagnosticar e iniciar o tratamento na fase pré-hospitalar, a fim de reduzir o tempo de isquemia miocárdica.

Por fim, melhorar as rotinas de investigação diagnóstica, aumentando o uso dos escores de estratificação de risco no infarto e otimizando a utilização de exames não invasivos em pacientes de baixo risco, reduziria o número de cineangiocoronariografias sem lesão significativa.

REFERÊNCIAS

1. Rosamond W, Flegal K, Furie K, Go A, Greenlund K, Haase N, Hailpern SM, Ho M, Howard V, Kissela B, Kittner S, Lloyd-Jones D, McDermott M, Meigs J, Moy C, Nichol G, O'Donnell C, Roger V, Sorlie P, Steinberger J, Thom T, Wilson M, Hong Y; American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Heart disease and stroke statistics--2008 update: a report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Circulation. 2008;117(4):e25-146. Erratum in: Circulation. 2010;122(1):e10.
2. Nichols M, Townsend N, Scarborough P, Rayner M. Cardiovascular disease in Europe 2014: epidemiological update. Eur Heart J. 2014;35(42):2950-9. Erratum in: Eur Heart J. 2015;36(13):794.
3. Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Relatório epidemiológico sobre mortalidade geral do Distrito Federal, 2015. Brasília, DF: Subsecretária de Vigilância e Saúde; 2015.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Indicadores e Dados Básicos - Brasil – 2012. Indicadores de morbidade. Taxas de internação hospitalar (SUS) por causas selecionadas [Internet]. Brasília, MS; 2012 [citado 2015 Jul 9]. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?idb2012/d29.def
5. Morrow DA, Antman EM, Parsons L, Lemos JA, Cannon CP, Giugliano RP, et al. Application of the TIMI risk score for ST-Elevation MI in the National Registry of Miocardial Infarction 3. JAMA. 2007; 286(11):1356-9.
6. Escosteguy CC, Teixeira AB, Portela MC, Guimarães AE, Lima SM, Ferreira VM et al. Implementando diretrizes clínicas na atenção ao infarto agudo do miocárdio em uma emergência pública. Arq Bras Cardiol. 2011;96(1):18-25.
7. Pereira JL, Sakae TM, Machado MC, Castro CM. Escore TIMI no infarto agudo do miocárdio conforme níveis de estratificação de prognóstico. Arq Bras Cardiol. 2009; 93(2):105-12.
8. Pimenta L, Bassan R, Potsch A, Soares JF, Albanesi Filho FM. É o sexo feminino um preditor independente de mortalidade hospitalar no infarto agudo do miocárdio? Arq Bras Cardiol. 2011;77(1):37-43.
9. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL Jr, Jones DW, Materson BJ, Oparil S, Wright JT Jr, Roccella EJ; National Heart, Lung, and Blood Institute Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure; National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee. The Seventh Report of the Joint National Committee onPrevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. JAMA. 2003;289(19):2560-72. Erratum in: JAMA. 2003;290(2):197.
10. Reichert J, Araújo JA, Gonçalves CM, Godoy I, Chatkin JM, Sales MP, et al. Diretrizes para a cessação do Tabagismo: 2008. J Bras Pneumologia. 2008;34(10):845-80.
11. Fox KA, Cokkinos DV, Deckers J, Keil U, Maggioni A, Steg G. The ENACT study: a pan-European survey of acute coronary syndromes. European Network for Acute Coronary Treatment. Eur Heart J. 2000;21(17):1440-9.
12. Braunwald E, Antman EM, Beasley JW, Califf RM, Cheitlin MD, Hochman JS, Jones RH, Kereiakes D, Kupersmith J, Levin TN, Pepine CJ, Schaeffer JW, Smith EE 3rd, Steward DE, Theroux P, Gibbons RJ, Alpert JS, Faxon DP, Fuster V, Gregoratos G, Hiratzka LF, Jacobs AK, Smith SC Jr; American College of Cardiology; American Heart Association. Committee on the Management of Patients With Unstable Angina. ACC/AHA 2002 guideline update for the management of patients with unstable angina and non-ST-segment elevation myocardial infarction--summary article: 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. 2002;40(7):1366-74. Comment in: J Am Coll Cardiol. 2009;53(21):1965-72.
13. Savonitto S, Ardissimo D, Granger CB, Morando G, Prando MD, Mafrici A, et al. Prognostic value of the admission electrocardiogram in acute coronary syndromes. JAMA. 1999;281(8):707-13.
14. Reimer KA, Lowe JE, Rasmussen MM, Jennings RB. The wavefront phenomenon of ischemic cell death. 1. Myocardial infarct size vs duration of coronary occlusion in dogs. Circulation. 1977;56(5): 786-94 .
15. Pappa T, Alevizaki M. Endogenous sex steroids and cardio-and cerebro-vascular disease in the postmenopausal period. Eur J Endocrinol. 2012;167(2):145-156