

MORTE SÚBITA CARDÍACA. IDENTIFICAÇÃO DE GRUPOS DE ALTO RISCO EM PACIENTES INTERNADOS COM PRECORDIALGIA EM UNIDADE CORONÁRIA

CARLOS OSÓRIO MAGALHÃES *

Dos 173 pacientes internados com precordialgia na unidade coronária, 73 (42,2%) com idades entre 43 e 80 anos, média 64,3, apresentavam infarto agudo do miocárdio (IAM); 63 (36,4%) com idades entre 49 e 88 anos, média 66,8, angina de peito e 37 (21,4%) não apresentavam isquemia miocárdica.

Após um seguimento de 12 meses para cada paciente, observou-se mortalidade de 25,4% (16 em 63) no grupo de anginosos e de 8,2% (6 em 73) no grupo de pacientes com IAM ($p < 0,01$). No grupo de pacientes com angina de peito, 17,5% (11 em 63) apresentaram morte súbita cardíaca (MSC), enquanto que no grupo com IAM, 4,1% (3 em 73) morreram nas mesmas condições ($p < 0,02$).

Entre os anginosos, os portadores de síndrome intermediária apresentaram 66,6% (4 em 6) de mortalidade anual 50% (3 em 6) de MSC. A mortalidade anual e a frequência de MSC nos outros tipos de angina foram: angina de recente começo: 35,7% (5 em 14) e 28,5% (4 em 14); em casos de angina pós-infarto agudo do miocárdio: 25% (1 em 4) e 25% (1 em 4); em casos de angina progressiva: 17,1% (6 em 35) e 8,5% (3 em 35), não ocorrendo óbito nos 4 pacientes que apresentavam angina estável.

A elevada mortalidade encontrada nos pacientes anginosos confirmou a impressão de que pacientes com isquemia que necessitaram internação em unidade coronária e que não apresentaram IAM são de elevado risco. Conclui-se que critérios diagnósticos precisos com a consequente terapêutica adequada a cada caso devem ser considerados, na tentativa de aumentar a sobrevivência desse grupo de pacientes.

Morte súbita cardíaca (MSC) constitui o principal desafio à moderada cardiologia, sendo responsável, nos Estados Unidos da América, por aproximadamente 450.000 óbitos por ano¹. Esse número representa 3/4 de todas as mortes devidas à cardiopatia isquêmica, entidade que ocupa o primeiro lugar entre as causas de óbitos naquele país².

Ainda que na estratégia de sua terapêutica devam também ser utilizadas medidas visando ao tratamento do evento agudo (treinamento comunitário em manobras de reanimação, desenvolvimento de unidades coronárias móveis, etc), é para as medidas profiláticas que devem ser dirigidos os maiores esforços, na tentativa de reconhecer o grupo populacional que apresenta maior risco de MSC.

Através do seguimento de pacientes que apresentaram infarto agudo do miocárdio (IAM), observou-se que 60% a 80% das mortes ocorridas no primeiro ano após o evento

foram súbitas^{3,4}, desencadeadas geralmente por fibrilação ventricular⁵.

Outros autores⁶⁻⁹ mostraram a elevada mortalidade apresentada por pacientes portadores de angina instável, identificando-se nesse grupo candidatos à MSC.

No presente estudo observaram-se pacientes que se internaram com precordialgia em unidade coronária, dando-se especial atenção aos portadores de cardiopatia isquêmica que não desenvolveram IAM durante a internação. Separaram-se, segundo critérios clínicos, os subgrupos e foi registrada a mortalidade e a frequência de MSC durante o seguimento por 1 ano.

MATERIAL E MÉTODOS

Entre janeiro de 1982 e janeiro de 1983 foram internados, na unidade cardiológica de tratamento in-

* Chefe da Unidade Cardiológica de Tratamento Intensivo - Santa Casa de Misericórdia de Pelotas, RS.

tensivo da Santa Casa de Misericórdia de Pelotas, 184 pacientes com precordialgia. Desses, 173 foram considerados confiáveis quanto ao seguimento e ingressaram no plano de estudo prospectivo.

Dos 173 pacientes, 105 eram homens (60,7%) e 68 eram mulheres (39,3%). A idade variou entre 29 e 88 anos nos homens (média 58,0 e, entre 25 e 88 anos, nas mulheres (média 61,3).

Os dados de seguimento, realizado durante 12 meses para cada paciente, foram obtidos através de contato telefônico ou, na impossibilidade desse, por carta.

Todos os pacientes foram observados continuamente em unidade coronária, realizando-se em todo o grupo dosagens de transaminase glutâmico oxaloacética (TGO), desidrogenase láctica (DHL), creatinofosfoquinase (CPK) e da isoenzima MB (CPK-MB), além de eletrocardiogramas seriados.

Após a alta hospitalar, os pacientes receberam orientação terapêutica de seus médicos assistentes.

Na ocasião da internação, o infarto agudo do miocárdio (IAM) foi confirmado em 67 (38,7%). Em 106 (61,3%), não foi confirmado.

Dos pacientes que não apresentavam IAM no ingresso à unidade coronária, 63 (59,4%) foram classificados como portadores de angina de peito, 37 (34,9%) como não portadores de isquemia miocárdica e 6 (5,7%) tiveram o IAM confirmado durante a hospitalização.

Os portadores de angina de peito foram classificados de acordo com os critérios de Batle e Bertolasi¹⁰ (tab. I).

A morte súbita cardíaca (MSC) foi definida como a morte brusca e inesperada, de presumível origem cardíaca, que ocorreu nas primeiras 24 horas após o início dos sintomas¹¹.

TABELA I - Número de pacientes conforme o tipo de angina de peito.

| Tipo de angina de peito | N.º de pacientes | % |
|---------------------------------------|------------------|------|
| Angina progressiva | 35 | 55,5 |
| Angina de recente começo | 14 | 22,2 |
| Síndrome intermediária | 6 | 9,5 |
| Angina pós-infarto agudo do miocárdio | 4 | 6,4 |
| Angina estável | 4 | 6,4 |
| Total | 63 | 100 |

O diagnóstico de IAM foi estabelecido quando 2 dos seguintes critérios foram positivos: 1) história clínica compatível com IAM; 2) surgimento de novas ondas Q patológicas no eletrocardiograma; 3) elevação característica das enzimas séricas.

As diferentes modalidades de angina de peito foram definidas segundo critérios propostos por Batle e Bertolasi¹⁰; angina estável, aquela que não apresentou alterações em suas características nos últimos 3 meses; angina progressiva, caracterizada por um incremento do número e intensidade das crises anginosas nos últimos 3 meses; angina de recente começo, quando o quadro clínico de angina de peito surgiu nos últimos 3

meses; angina pós-infarto agudo do miocárdio, quando as crises anginosas se apresentaram no período de convalescença do IAM, até 3 meses após o evento agudo; síndrome intermediária, caracterizada por dor anginosa intensa, prolongada, recorrente e sem relação com o esforço, apresentando resposta escassa ou nula aos vasodilatadores, com enzimas normais ou ligeiramente aumentadas (até 50% acima do valor considerado máximo normal); angina de Prinzmetal, aquela que se apresenta em decúbito com relação horária e supradesnivelamento do segmento ST.

Os pacientes foram considerados sem isquemia quando não mostraram alterações eletrocardiográficas compatíveis com isquemia, apresentando enzimas normais e a evolução clínica permitiu descartar angina de peito ou IAM.

Para comparação das freqüências de óbitos e de MSC entre os pacientes portadores de angina de peito e de IAM e correspondentes às diversas modalidades de angina de peito, utilizou-se a distribuição Qui-Quadrado. O nível de significância foi 0,05.

RESULTADOS

Dos 173 pacientes estudados, 23 faleceram (13,3%): 16 (69,6%) ocorreram nos portadores de angina de peito, 6 (26,1%) nos pacientes com IAM e 1 (4,3%) no grupo de pacientes sem isquemia. Quinze foram consideradas MSC.

Desse grupo 17 (73,9%) eram homens e 6 (26,1%) eram mulheres. Nos homens, a idade variou entre 43 e 88 anos (média 63,5) e, nas mulheres, entre 64 e 75 anos (média 69,6).

História de IAM prévio ou eletrocardiograma compatível com esse diagnóstico foi encontrado em 5 pacientes (21,7%).

Com respeito à localização eletrocardiográfica da área do infarto, observou-se que a parede anterior foi acometida em 5 casos (83,3%) e a parede inferior em 1 caso (16,7%) nos pacientes em que se diagnosticou IAM e que faleceram no seguimento anual.

A mortalidade anual e a freqüência de MSC nos portadores de angina de peito foram significativamente maiores do que nos portadores de IAM (tab. II).

O número de óbitos durante 1 ano de seguimento e a freqüência da MSC conforme a modalidade de angina de peito são apresentados na tabela III.

DISCUSSÃO

Os pacientes sem IAM, que representaram 36,4% da amostra estudada, evidenciaram elevado risco, pois neles a mortalidade foi 25,4%. Essa cifra é elevada se comparada com 8,2% ($p < 0,01$), encontrada neste estudo em pacientes com IAM ou se comparada com os dados da literatura, que mostraram normalidade intra-hospitalar de 10%¹² ou de, aproximadamente, 11% no seguimento anual¹³.

TABELA II - Número de óbitos em 1 ano de seguimento e frequência de morte súbita em portadores de infarto agudo do miocárdio e pacientes com angina de peito.

| | N.º de pacientes | % | Mortalidade anual | % | Morte Súbita cardíaca | % |
|----------------------------|------------------|------|-------------------|------|-----------------------|------|
| Infarto agudo do miocárdio | 73 | 53,7 | 6 | 8,2 | 3 | 4,1 |
| Angina de peito | 63 | 46,3 | 16 | 25,4 | 11 | 17,5 |
| Total | 136 | 100 | 22 | 16,2 | 14 | 10,3 |
| P | | | < 0,01 | | < 0,02 | |

TABELA III - Número de óbitos e frequência de morte súbita enorme a mortalidade de angina de peito.

| | N.º de pacientes | % | Mortalidade anual | % | Morte súbita cardíaca | % |
|---------------------------------------|------------------|------|-------------------|------|-----------------------|------|
| Síndrome, intermediária | 6 | 9,5 | 4 | 66,6 | 3 | 50,0 |
| Angina de recente começo | 14 | 22,2 | 5 | 35,7 | 4 | 28,5 |
| Angina pós infarto agudo do miocárdio | 4 | 6,4 | 1 | 25,0 | 1 | 25,0 |
| Angina progressiva | 35 | 55,5 | 6 | 17,1 | 3 | 8,5 |
| Angina estável | 4 | 6,4 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Total | 63 | 100 | 16 | 25,4 | 11 | 17,5 |

Esses resultados, obtidos em pacientes anginosos que se internaram em unidade coronária, estão de acordo com os dados publicados por Armstrong e col.¹⁴ e Gazes e col.¹⁵, que encontraram mortalidade anual de 16% e 18%, respectivamente, em pacientes portadores de angina instável.

Os pacientes que necessitaram de internação em unidade coronária sem IAM apresentaram, portanto, elevada mortalidade no seguimento anual, ocorrendo a MSC em mais de 2/3 dos falecidos.

Neste estudo, foi determinada a mortalidade anual e a frequência da MSC nos diversos subgrupos de anginosos, na tentativa de identificar aqueles que apresentam o pior prognóstico.

Sob a denominação de angina instável, termo amplamente utilizado na literatura mundial¹⁶⁻¹⁷, encontra-se um grupo de pacientes que se caracteriza por terapêutica e prognóstico diferente.

Para a maioria dos autores, na atualidade angina instável é definida como a angina estável que progrediu em intensidade e frequência, aquela que apareceu recentemente ou, ainda, a que ocorre em repouso e não cede rapidamente com uso de vasodilatadores^{18,19}. Esses pacientes não constituem um grupo homogêneo pois, como descreveram Bertolasi e col.⁷, a mortalidade foi de 41,6% nos portadores de síndrome intermediária (pacientes que sentem dor em repouso que não cede com o uso de vasodilatadores), de 8,5% naqueles que tinham angina de recente começo (a angina que apareceu recentemente) e de 7,4% nos que referem angina progressiva (angina estável que progrediu em intensidade e frequência) ao fim de 2 anos de seguimento.

Nosso estudo confirmou o demonstrado por aquele autor: a mortalidade anual encontrada nos portadores de

síndrome intermediária foi de 66,6%; nos que apresentavam angina de recente começo, foi de 35,7%; nos portadores de angina pós infarto agudo do miocárdio, foi de 25% e de 17,1%, nos que tinham angina progressiva.

Esses dados mostram o diferente prognóstico que apresentam esses subgrupos, justificando-se, portanto, a consideração em separado dos vários quadros clínicos de angina de peito. Dentro da angina instável, nosso estudo mostrou serem os pacientes portadores de síndrome intermediária os de maior risco, apresentando elevada mortalidade anual e altos índices de MSC, seguindo-se os com angina de recente começo, angina pós-infarto agudo do miocárdio e angina progressiva.

Em virtude da elevada mortalidade que ocorreu em pacientes que, geralmente, não apresentavam IAM médio, o diagnóstico preciso com a conseqüente terapêutica adequada a cada caso devem ser utilizados, na tentativa de mudar o prognóstico que apresenta esse grupo de pacientes.

A cinecoronariografia deve ser realizada precocemente nesse grupo. A revascularização cirúrgica deve ser cogitada, já que, em determinados casos, como nos portadores de síndrome intermediária, os resultados são superiores aos obtidos com tratamento clínico²⁰.

O tratamento clínico com terapêutica betabloqueadora seria outra opção. Vários estudos multicêntricos^{21,22} mostraram significativa redução na mortalidade e na incidência de novos episódios cardíacos agudos em pacientes pós-infartados, resultados que poderiam ser obtidos nesse grupo de pacientes isquêmicos sem IAM.

SUMMARY

A prospective study of 173 patients admitted to the coronary care unit for chest pain was performed to determine the prognosis of this group of patients. After a follow-up period of 12 months for each patient, the mortality rate and the incidence of sudden cardiac death were, respectively: angina pectoris - 25.4% (16/73) and 17.5% (11/73) and acute myocardial infarction - 8.2% (6/73) and 4.1% (3/73) ($p < 0.01$ for annual mortality and $p < 0.02$ for sudden cardiac death).

The patients with the diagnosis of angina pectoris were classified in subgroups according to their clinical characteristics. The annual mortality rate and sudden cardiac death were, respectively: intermediate syndrome - 66.6% (4/6) and 50% (3/6); angina of recent onset - 35.7% (5/14) and 28.5% (4/14); post acute myocardial infarction angina - 25% (1/4) and 25% (1/4) and progressive angina - 17.1% (6/35) and 8.5% (3/35).

The data confirm our impression that patients admitted to the coronary care unit for chest pain

without ischemic heart disease and myocardial infarction are at high risk for sudden cardiac death.

We conclude that a more accurate clinical diagnosis in ischemic heart disease is necessary, with a more rational therapeutic approach in an effort to improve the course of these patients.

REFERÊNCIAS

1. Lown, B. - Sudden cardiac death: the major challenge confronting contemporary cardiology. *Am. J. Cardiol.* 39: 813, 1977.
2. Feinleib, M. - The magnitude and nature of the decrease in coronary heart disease mortality rate. *Am. J. Cardiol.* 54: 2C, 1984.
3. Norris, R. M.; Caughey, D. E.; Deeming, L. W.; Mercer, C. J.; Scott, P. J. - Coronary prognostic index for predicting survival after recovery from acute myocardial infarction. *Lancet*, 2: 485, 1970.
4. Vismara, L. A.; Amsterdam, E. A.; Mason, D. T. - Relation of ventricular arrhythmias in the late hospital phase of acute myocardial infarction to sudden death after hospital discharge. *Am. J. Med.* 59: 6, 1975.
5. Nikolil, G.; Bishop, R. L.; Singh, J. B. - Sudden death recorded during Holter monitoring. *Circulation*, 66: 218, 1982.
6. Scalon, P. J.; Nemickas, R.; Moran, J. F. - Accelerated angina pectoris: clinical, hemodynamic, arteriographic and therapeutic experience in 85 patients. *Circulation*. 47: 19, 1973.
7. Bertolasi, C. A.; Tronge, J. E.; Mon, G. A.; Turri, D.; Lugones, M. I. - Clinical spectrum of "unstable angina" *Clin. Cardiol.* 2: 113, 1979.
8. Mulcahy, R.; Daly, L.; Graham, I.; Hickey, N.; O'Donnoghue, S.; Owens, S.; Ruane, P.; Tobin, G. - Unstable angina: natural history and determinants of prognosis. *Am. J. Cardiol.* 48: 525, 1981.
9. Heng, M. K.; Norris, R. M.; Singh, B. N.; Partridge, J. B. - Prognosis in unstable angina. *Br. Heart J.* 38: 921, 1976.
10. Batle, F. F.; Bertolasi, C. A. - Manifestaciones clínicas de la cardiopatía isquémica. In: *Cardiopatía Isquémica*. 3ª ed. Buenos Aires, Intermédica, 1980. P. 15.
11. Lown, B. - Cardiovascular collapses and sudden cardiac death. In: Braunwald, E. - *Heart Disease. A Textbook of Cardiovascular Medicine*. Philadelphia. WB Saunders, 1980. p. 779.
12. Magalhães, C. O. - Eficácia de uma unidade coronária. Avaliação de 100 pacientes com infarto agudo do miocárdio. *Arq. Bras. Cardiol.* 42: 129, 1984.
13. Schroeder, J. S.; Lamb, I. H.; Hu, M. - Do patients in whom myocardial infarction has been ruled out have a bet prognosis after hospitalization than those surviving infarction? *N. Engl. J. Med.* 303: 1, 1980
14. Armstrong, P. W.; Chiong, M. A.; Parker, J. O. - The spectrum of unstable angina: prognostic role of serum creatine kinase determination. *Am. J. Cardiol.* 49: 1849, 1982:
15. Gazes, P. C.; Mobley, E. M.; Faria, H. M., Duncan, R.C. - Humphries, G. S. - Preinfarctional (unstable) . angina - a prospective study ten year follow-up. *Circulation.* 48: 331 1973. 7
16. Cohn, P. F.; Braunwald, E. - Chronic artery disease. In: Braunwald, E. - *Heart Disease. A Textbook of Cardiovascular Medicine*. Philadelphia, WB Saunders, 1980. p. 1408.
17. Department of Medicine Washington University School of Medicine - *Manual of Medical Therapeutics*. 24.ª edição. Boston, Little, Brown 1983. p. 61.
18. Blaustein, A. S.; Heller, G. V.; Kolman, B. S. - Adjunctive nifedipine therapy in high risk, medically refractory, unstable angina pectoris. *Am. J. Cardiol.* 52: 950, 1983.
19. Hultgren, H. N.; Shettigar, U. R.; Miller, D. C. - Medical versus surgical treatment of unstable angina. *Am. J. Cardiol.* 50: 663, 1982.
20. Bertolasi, C. A.; Tronge, J. E.; Riccitelli, M. A.; Villamayor, R. M.; Zuffardi, E. - Natural history of unstable angina with medical or surgical therapy. *Chest.* 70: 596, 1976.
21. Norwegian Multicenter Studi Group - Timolol-induced reduction in mortality and reinfarction in patients surviving acute myocardial infarction. *N. Eng. J. Med.* 304: 801, 1981.
22. Beta-blocker Heart Attack Trial Research Group - A randomized trial of propranolol in patients with acute myocardial infarction. I. Mortality results. *JAMA.* 247: 1707, 1982.