

INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO EM PACIENTES ACIMA DE 70 ANOS. ESTUDO DE 51 CASOS

SÉRGIO TELERMAN, ROBERTO ALEXANDRE FRANKEN, TALEL KADRI,
LUIZ ANTONIO RIVETTI, VALDIR GOLIN, ANTONIO CARLOS FORTE
São Paulo, SP

Objetivo: Descrever a evolução intra-hospitalar de pacientes acima de 70 anos com Infarto Agudo do Miocárdio (IAM).

Casuística e Métodos: 51 pacientes (36 homens) acima de 70 anos, internados entre 1984 e 1988, com diagnóstico de IAM.

Resultados: Chegaram ao hospital com até 4 horas de dor 49,1% dos pacientes.

As complicações foram divididas em: mecânicas, elétricas, ambas associadas, isquemia persistente e outras. 84,3% dos pacientes tiveram complicações na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), e 50,0% na enfermaria. No acometimento de face anterior, as complicações mais freqüentes foram as taquiarritmias e, na face diafragmática, os bloqueios átrio-ventriculares. Não houve diferença significativa na incidência das complicações mecânicas, comparadas as faces atingidas.

Houve diferença significativa ($p < 0,05$) na letalidade, de acordo com o tempo de chegada ao hospital, mas não em relação à face atingida.

Dos pacientes com insuficiência cardíaca associada a choque cardiogênico faleceram em 93,3%.

Houve alta incidência de complicações na UTI, com óbitos relacionados à doença isquêmica e, na enfermaria, de causas não relacionadas diretamente à coronariopatia.

Conclusão: O IAM em pacientes acima de 70 anos apresenta morbidade e mortalidade, significativamente menores nos pacientes que procuraram precocemente o hospital.

Palavras-chave: infarto agudo do miocárdio, cardiopatia isquêmica, infarto do miocárdio no idoso.

ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION IN PATIENTS OVER AGE 70: STUDY OF FIFTY-ONE PATIENTS

Purpose: To describe the clinic evolution during admission of a group of patients over age 70, who experienced acute myocardial infarction (AMI).

Patients and Methods: Fifty-one patients, over age 70, with confirmed diagnosis of AMI, were studied. Thirty-six (70.6%) males and 15 (29.4%) females.

Results: Near half (49.1%) were admitted before four hours of beginning of pain.

The complications were divided into mechanical, electrical, persistent ischemia and others, not related with coronary heart disease. In the coronary care unit (CCU), 84.3% of patients complicated, and 50,0% at the ward. AMI of the anterior wall complicated more frequently with tachyarrhythmia, and inferior wall with atrioventricular block. There were not statistical difference in the incidence of mechanical complications, according to the affected wall.

There was statistical significance ($p < 0.05$) comparing mortality and the time elapsed between beginning of pain and hospital admission, but not comparing mortality and the wall involved.

The patients with congestive heart failure and cardiogenic shock died in 93.3%.

Mortality at the CCU was mostly related to complications of AMI, but mortality at ward to other complications not directly related with coronary heart disease.

Conclusion: Myocardial infarction over age 70 implies high mortality and morbidity, with significantly, better prognosis with earlier arrival of the patient to the hospital.

Key words: acute myocardial infarction, ischemic heart disease, myocardial infarction in the elderly.

geralmente leva a mais complicações e maior mortalidade hospitalar que em pacientes mais jovens³.

Em 1912, Herrick e col descreveram o quadro clínico do IAM⁴. Em 1939, Major, citando Hammer, relaciona a entidade clínica do IAM com a trombose de coronárias⁴. Após 1950, e especialmente de 1980 em diante, diversos autores publicaram trabalhos sobre o IAM no idoso⁵⁻¹⁸.

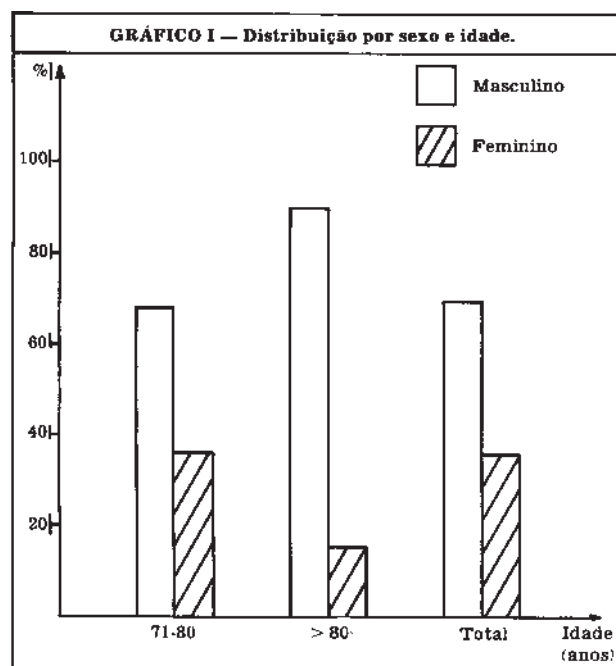
É nosso objetivo descrever a evolução intra-hospitalar de um grupo de pacientes, com idades superiores a 70 anos, acometidos por IAM.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

Foram incluídos 51 pacientes acima de 70 anos, internados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, entre 1.1.84 e 31.12.88, com diagnóstico de IAM confirmado por dois ou mais parâmetros (dor típica com duração acima de 30 minutos, aparecimento de onda Q patológica, aumento enzimico em 2 vezes ou mais).

As informações foram obtidas através da análise dos prontuários. Encontramos 36 (70,6%) pacientes do sexo masculino, com idades entre 71 e 86 anos (média de $76,8 \pm 4,3$ anos) e 15 (29,4%) do sexo feminino, com idades entre 71 e 81 anos (média de $75,1 \pm 2,9$ anos) (gráf. I).

Os dados foram analisados por teste t (Student) pareado, com significância convencional em 95% ($p < 0,05$).



RESULTADOS

O tempo decorrido entre o início da dor e a chegada do paciente ao Pronto Socorro foi obtido em 44 (86,3%) prontuários. Destes, 25 (56,8%) chegaram

com menos de 4 horas, 6 (13,6%) entre 4 e 8 h, 4 (9,1%) entre 8 e 12 h e 9 (20,5%) acima de 12 h de dor.

Do total, 31 (60,8%) pacientes evoluíram para óbito durante a fase hospitalar, e 20 (39,2%) tiveram alta. Destes últimos, 14 (70,0%) chegaram ao Pronto Socorro precocemente, havendo diferença significativa ($p < 0,05$) na sobrevivência dos pacientes que chegaram com até 4 horas de dor e nos com mais de 4 horas de dor. Os 3 (5,9%) pacientes que não tiveram dor evoluíram para óbito (tab. I).

TABELA I - Tempo de Chamada ao Pronto-Socorro.

Horas	Vivos		Óbitos		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%
0 - 4	14	70,0	11	35,5	25	49,1
> 4 - 8	2	10,0	4	12,9	6	11,7
> 8 - 12	0	-	4	12,9	4	7,8
> 12	2	10,0	7	22,6	9	17,7
Sem dor	0	-	3	9,7	3	5,9
Desconhecido	2	10,0	2	6,4	4	7,8
Total	20	100,0	31	100,0	51	100,0

Pelo eletrocardiograma, 28 (54,9%) pacientes tiveram acometimento de face anterior, 9 (17,6%) de face disfragmática, 13 (25,5%) de ambas e 1 (2,0%) de regiões ântero-infero-dorsal.

As intercorrências foram divididas em: mecânicas (falência de bomba), elétricas (arritmias), ambas associadas, isquemia persistente e outras não relacionadas à patologia mecânica, tais como infecções. Na UTI, 18 (35,5%) apresentaram intercorrências mecânicas, 14 (27,5%) elétricas, 5 (9,8%) ambas associadas, 6 (11,8%) outras e 8 (15,6%) não apresentaram intercorrências. Não houve nenhum caso de isquemia persistente. Na enfermaria, 4 (16,7%) com intercorrências mecânicas, 3 (12,5%) elétricas, nenhum caso de ambas concomitantemente, nenhuma isquemia persistente, 5 (20,8%) outras e 12 (50,0%) sem intercorrências.

Nos 28 pacientes com acometimento de face anterior, 10 (35,7%) desenvolveram insuficiência cardíaca (IC) e, destes, 6 (60,0%) com choque cardiogênico. Nos 9 com necrose em face diafragmática, 5 (55,6%) desenvolveram IC, todos com choque cardiogênico. Nos 13 com acometimento ântero-diafragmático, 7 (53,9%) desenvolveram IC e, destes, 4 (57,1%) com choque. No único caso de acometimento ântero-infero-dorsal, não houve ocorrência de IC (tab. II).

Dos 25 pacientes que chegaram ao Pronto Socorro com até 4 horas de dor, 5 (20,0%) apresentaram choque cardiogênico, também presente em 1 (16,7%) dos 6 entre 4 e 8 h, 2 (50,0%) dos 4 com chegada entre 8 e 12, e 4 (44,4%) entre os 9 com mais de 9 h do início da dor, não havendo diferença significativa entre estes dados (tab. III).

TABELA II – Complicação mecânica em relação à face acometida.

Complicação	Face Anterior		Diafragmático		Ântero-diafragmático		Ântero-diafragmático-dorsal	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
IC sem choque	4	14,3	0	—	3	23,1	0	—
IC com choque	6	21,4	5	55,6	4	30,8	0	—
Sem IC	18	64,3	4	44,4	6	46,1	1	100,0
Total	28	100,0	9	100,0	13	100,0	1	100,0

IC = Insuficiência Cardíaca

TABELA III – Ocorrência de choque cardiogênico em relação ao tempo de chegada ao Pronto - Socorro.

Horas	Com choque		Sem choque		Total	
	n°	%	n°	%	n°	%
0 – 4	5	20,0	20	80,0	25	100,0
> 4 – 8	1	16,7	5	83,3	6	100,0
> 8 – 12	2	50,0	2	50,0	4	100,0
> 12	4	44,4	5	55,6	9	100,0
Total	12	27,3	32	72,7	44	100,0

TABELA IV – Complicação elétrica em relação à face acometida.

Fator elétrico	Face Anterior		Face Inferior		Face Ântero-inferior	
	N°	%	N°	100,0	N°	%
Fibrilação ventricular	3	10,3	1	11,1	3	20,0
Fibrilação atrial	3	10,3	1	11,1	0	—
Bradicardia sinusal	3	10,3	0	—	1	6,7
Bloqueio A-V	0	—	5	55,6	2	13,4
Taquicardia sinusal	1	3,5	0	—	1	6,7
TPSV	1	3,5	0	—	1	6,7
MPAM	1	3,5	0	—	0	—
Sem complicação	17	58,6	2	22,2	7	46,5
Total	29	100,0	9	100,0	15	100,0

TPSV—Taquicardia paraxística supraventricular; MPAM—Marcapasso atrial mutável.

TABELA V—Óbitos em relação às complicações na unidade de terapia intensiva.

Complicação	Total	Óbitos	
		n°	n°
Mecânica	18	11	61,1
Elétrica	11	6	54,6
Mecânica + Elétrica	5	4	80,0
Outras	6	2	33,3
Total	40	23	57,5

TABELA VI—Óbitos em relação às complicações na enfermaria.

Complicação	Total	Óbitos	
		n°	n°
Mecânica	4	3	75,0
Elétrica	3	1	33,3
Mecânica + Elétrica	0	0	—
Outras	5	4	80,0
Total	12	8	66,7

Nos casos de IAM com comprometimento de face anterior, houve predomínio de taquiarritmias em 11 (39,3%) (tab. IV). Nos IAM de face inferior, houve predomínio de bloqueio átrio-ventricular (tab. IV). Nos IAM de regiões anterior e inferior, houve predomínio de fibrilação ventricular (tab. IV).

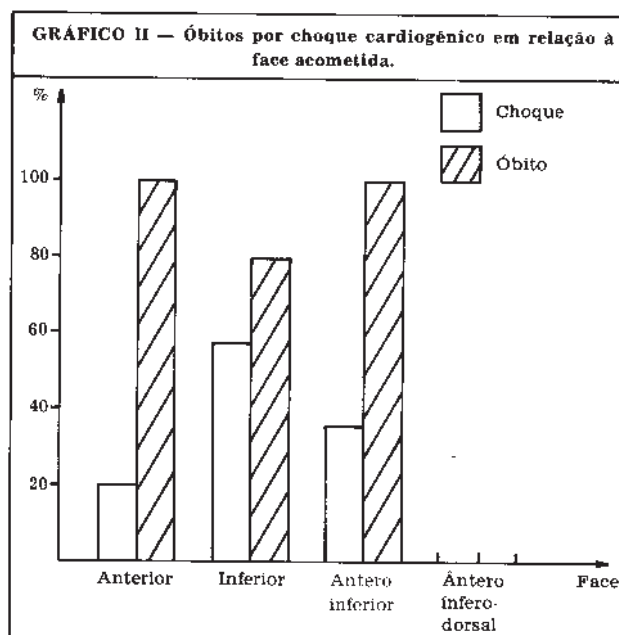
Houve 23 (45,1%) óbitos na UTI, e 8 (28,6%) na enfermaria, totalizando 31 (60,8%) na população estudada.

Dos 28 pacientes com comprometimento de face anterior, 18 (64,3%) evoluíram para óbito. Dos 9 IAM diafragmáticos, 5 (55,6%) morreram e, dos 13 com acometimento de face ântero-diafragmática, 8 (61,5%) faleceram, não havendo diferença significativa entre os diversos grupos.

Dos 12 pacientes que apresentaram choque cardiogênico, o único que não faleceu chegou com uma hora de dor, com acometimento de região inferior (gráf.2).

Dos pacientes que, na UTI, apresentaram intercorrência mecânica, 11 (61,1 %) foram a óbito; naqueles com complicações elétricas, 6 (54,6%) morreram; nos com ambas associadas, 4 (80,0%) morreram e, nos com outras intercorrências, 2 (33,3%) faleceram (tab. V).

Nos pacientes que, na enfermaria, apresenta-



ram intercorrência mecânica, 3 (75,0%) faleceram; nos com elétrica, 1 (33,3%) morreu, e 4 (80,0%) daqueles com outras intercorrências faleceram (tab. VI).

DISCUSSÃO

O IAM é patologia grave em qualquer paciente, especialmente no idoso, quando pode se apresentar com quadro clínico atípico^{1, 13}. Em nosso levantamento, o número de pacientes com quadro de dor típica foi alto e, destes, mais da metade chegou precocemente ao hospital. Este fato indica a preparação de nossa população em relação ao sintoma dor precordial e às suas implicações, permitindo instituição terapêutica precoce, conforme já havíamos demonstrado anteriormente¹⁵. Não houve diferença significativa quando comparamos o tempo de chegada ao hospital de pacientes jovens e idosos acima de 70 anos¹⁴, ao contrário de observações de outros autores¹⁶.

A diferença significativa na sobrevivência dos pacientes que chegaram ao hospital com até 4 h de dor, em relação aos com mais de 4 h se deve, no nosso entender, ao fato das arritmias mais graves ocorrerem nas primeiras horas do IAM. A instituição precoce do tratamento destas arritmias e de suas causas (como descarga elétrica, hipopotassemia, acidoses metabólicas e/ou respiratória, hipóxia e outras), assim como da falência mecânica, não permitindo a sua progressão, preveniria um maior índice de óbitos.

Alguns trabalhos citam relação de até 2:1 entre o acometimento de faces anterior e inferior^{17, 18}, outros citam igualdade entre as faces¹³. Não houve diferença significativa nos casos por nós analisados.

Não houve diferença significativa no encontro de IC, em relação à região acometida, fato este em conformidade com a literatura^{3, 13, 15}.

As complicações elétricas, quando comparadas às áreas atingidas, mostram predomínio de taquiarritmias nos casos de IAM com comprometimento de face anterior, e de bloqueio átrioventricular nos de face anterior, o que também é relatado na literatura^{3, 13}.

Não houve diferença significativa na letalidade, comparando-se a face acometida, o que também é relatado anteriormente^{3, 15}.

À mortalidade total em nosso grupo foi de 60,8%, marcadamente superior à por nós observada em grupo mais jovem, que foi de 10,8%¹⁴. Observa-se que a "causa mortis" era relacionada com a doença isquêmica, principalmente por distúrbio mecânico, quando precoce, isto é, durante a internação na UTI, e geralmente não era relacionada com a doença de base quando ocorreu na enfermagem (infecções).

Considerando-se a alta letalidade no grupo de pacientes infartados tratados convencionalmente,

sem o uso de trombolíticos; considerando-se ainda, como observamos, ser a complicação mecânica a causa de morte mais freqüente, ocorrendo no acometimento de áreas mais extensas, acreditamos que o tratamento com trombolíticos deva se estender a todas as faixas etárias, respeitadas as outras contra-indicações clássicas.

Concluimos que o IAM em pacientes acima de 70 anos constitui doença de alta morbidade e mortalidade, com prognóstico significativamente melhor nos pacientes que chegam ao hospital com menos de 4 horas de dor.

REFERÊNCIAS

1. Day JJ, Bayer AJ, Pathy MSJ, Chadha JS – Acute myocardial infarction: diagnostic difficulties and outcome in advanced old age. *Age and Ageing*, 1987; 16: 239-43.
2. Wei Jy, Gush BJ – Heart disease in the elderly. *Curr Problem Cardiol*, 1987; 12: 1-65.
3. Latting CA, Silverman ME – Acute myocardial infarction in hospitalized patients over age 70. *Am Heart J*, 1980; 100: 311-8.
4. Wroblewski M, Mikulowski P, Steen B – Symptoms of myocardial infarction in old age: clinical case, retrospective and prospective studies. *Age and Ageings*, 1986; 15: 99-104.
5. Jonsson A, Agnarsson BA, Hallgrímsson J – Coronary atherosclerosis and myocardial infarction in nonagenarians: a retrospective autopsy study. *Age and Ageings*, 1985; 14: 109-12.
6. Aronow WS, Starling L, Etienne F et al – Unrecognized Q-wave myocardial infarction in patients older than 64 years in a long-term health-care facility. *Am J Cardiol*, 1985; 56: 483.
7. Acinapura AJ, Rose DM, Cunningham JN, Jacobovitz IJ, Kramer MD, Zisbrod A – Coronary artery bypass in septuagenarians: analysis of mortality and morbidity. *Circulation*, 1988; 78: 179-84. Aronow WS, Starling L, Etienne F et al – Risk factors for coronary artery disease in persons older than 62 years in a long-term health-care facility. *Am J Cardiol*, 1986; 57: 518-20.
8. Lew AS, Rod H, Cercek B, Shah PK, Ganz W – Mortality and morbidity rates of patients older and younger than 75 years with acute myocardial infarction treated with intravenous streptokinase. *Am J Cardiol*, 1987; 59:1-5.
9. Edmunds LH, Stephenson LS, Edie RN, Ratcliffe MB – Openheart surgery in octogenarians. *N Engl J Med*, 1988; 319: 131-6.
10. Berman ND, FRCP, FACP, FACC – The elderly patient in the coronary care unit: factors affecting long-term prognosis. *J Am Geriatr Soc*, 1983; 31: 400-5.
11. Kannel WB, Cupples LA, D'Agostino RB – Sudden death risk in overt coronary heart disease: The Framingham study. *Am Heart J*, 1987; 113: 799-804.
12. Yang XS, Willems JL, Pardaens J, De Geest H – Acute myocardial infarction in the very elderly: a comparison with younger age groups. *Acta Cardiol*, 1987; 1: 59-68.
13. Telerman S, Franken RA – Evolução clínica de 139 casos de infarto agudo do miocárdio. *Anais do VIII Congresso Paulista de Cardiologia*, 1987.
14. Franken RA, Souza AB, Hungria VT, Golin V – Infarto do miocárdio: a chegada do paciente ao hospital. *Arq Bras Cardiol*, 1985; 44: 323-5.
15. Theorell T, Erhardt LR, Lind E, Sjogren A, Sawe U – Selected psychosocial variables in the delay of reaching the coronary care unit. *Acta Med Scand*, 1978; 198: 315.
16. Olmsted WL, Groden DL, Silverman ME – Prognosis in survivors of acute myocardial infarction occurring at age 70 years or older. *Am J Cardiol*, 1987; 60: 971-5.
17. Pierri H, Ramires JAF, Wajngarten M et al – Estudo hemodinâmico à beira do leito em portadores de infarto agudo do miocárdio com mais de 60 anos de idade. *Arq Bras Cardiol*, 1989; 53: 267-70.