

Artigo Original

Perfil clínico e angiográfico de pacientes jovens submetidos à intervenção coronária percutânea primária

Pedro Beraldo de Andrade^{a,*}, Fábio Salerno Rinaldi^a, Igor Ribeiro de Castro Bienert^a, Robson Alves Barbosa^a, Marcos Henriques Bergonso^a, Milena Paiva Brasil de Matos^a, Mara Flávia Mamedio de Souza^a, Ederlon Ferreira Nogueira^b, Sérgio Kreimer^c, Vinícius Cardozo Esteves^c, Marden André Tebet^c, Luiz Alberto Piva e Mattos^c, André Labrunie^b

^a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Marília, Marília, SP, Brasil

^b Hospital do Coração de Londrina, Londrina, PR, Brasil

^c Rede D'Or São Luiz, São Paulo, SP, Brasil

INFORMAÇÕES SOBRE O ARTIGO

Histórico do artigo:

Recebido em 23 de fevereiro de 2015

Aceito em 30 de abril de 2015

Palavras-chave:

Infarto do miocárdio

Adulto jovem

Angioplastia

RESUMO

Introdução: O atual declínio observado na taxa de mortalidade entre pacientes com infarto do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST pode ser atribuído não apenas a maior utilização de estratégias de reperfusão, mas também a uma mudança no perfil demográfico dessa população, notadamente à redução em sua média de idade.

Métodos: Foram analisados retrospectivamente todos os pacientes submetidos à intervenção coronária percutânea primária no período de abril de 2010 a dezembro de 2014. O objetivo primário foi a caracterização dos fatores de risco mais prevalentes, a natureza angiográfica das lesões, os aspectos técnicos do procedimento e a evolução clínica hospitalar de pacientes jovens, com idade ≤ 45 anos, comparando-os àqueles com idade > 45 anos.

Resultados: Dentre 489 pacientes com diagnóstico de infarto agudo do miocárdio, 54 tinham idade ≤ 45 anos e 435, idade > 45 anos. Pacientes jovens exibiram maior prevalência de tabagismo e obesidade, enquanto pacientes > 45 anos eram mais propensos a apresentar hipertensão arterial sistêmica, diabetes melito, dislipidemia e infarto do miocárdio antigo. Intervenção coronária percutânea primária em jovens associou-se ao uso de menor quantidade de cateteres-guia, menor tempo de fluoroscopia e maior porcentual de implante direto de stent. Pacientes jovens exibiram boa evolução hospitalar, com reduzida taxa de eventos cardíacos adversos (3,7% vs. 9,2%; $p = 0,30$).

Conclusões: Pacientes com idade ≤ 45 anos representaram aproximadamente 10% dos casos de infarto do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST e exibiram elevada prevalência de fatores de risco modificáveis.

© 2015 Sociedade Brasileira de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista. Publicado por Elsevier Editora Ltda.

Este é um artigo Open Access sob a licença de CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Clinical and angiographic profile of young patients undergoing primary percutaneous coronary intervention

ABSTRACT

Background: The current decline observed in mortality rate among patients with ST-segment elevation acute myocardial infarction can be attributed not only to the increased use of reperfusion strategies, but also to a change in the demographic profile of this population, notably the reduction in mean age.

Methods: We retrospectively reviewed all patients undergoing primary percutaneous coronary intervention in the period from April 2010 to December 2014. The primary objective was the characterization of the most prevalent risk factors, the angiographic nature of the lesions, the technical aspects of the procedure, and in-hospital clinical outcomes in patients aged ≤ 45 years, comparing them to those aged > 45 years.

Results: Among 489 patients with acute myocardial infarction, 54 were ≤ 45 years, and 435 were > 45 years. Young patients exhibited a higher prevalence of smoking and obesity, while patients > 45 years were more likely to have hypertension, diabetes mellitus, dyslipidemia, and previous myocardial infarction. Primary percutaneous coronary intervention in young patients was associated with the use of fewer guide

Keywords:

Myocardial infarction

Young adult

Angioplasty

* Autor para correspondência: Avenida Vicente Ferreira, 828, Jardim Maria Izabel, CEP: 17515-900, Marília, SP, Brasil.

E-mail: pedroberaldo@gmail.com (P.B. de Andrade).

A revisão por pares é da responsabilidade Sociedade Brasileira de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista.

catheters, shorter fluoroscopy time, and higher percentage of direct stent implantation. Young patients exhibited good in-hospital outcomes, with lower rate of adverse cardiac events (3.7% vs. 9.2%; $p = 0.30$).

Conclusions: Patients aged ≤ 45 years accounted for approximately 10% of cases of ST-segment elevation acute myocardial infarction and exhibited high prevalence of modifiable risk factors.

© 2015 Sociedade Brasileira de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista. Published by Elsevier Editora Ltda. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introdução

Dados do Instituto Nacional de Saúde e de agências governamentais norte-americanas apontam que a doença aterosclerótica coronária foi responsável por uma em cada sete mortes no país em 2011.¹ Estima-se que, a cada ano, 635 mil americanos serão hospitalizados por síndrome coronária aguda. Embora a mortalidade hospitalar por infarto do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST (IAMCST) tenha apresentado uma queda significativa de 11,5%, em 1990, para 8,0%, em 2006, pode-se atribuir essa redução não apenas aos avanços na farmacoterapia clínica e a estratégias de reperfusão, notadamente a intervenção coronária percutânea (ICP) primária, mas também a mudanças no perfil demográfico dos pacientes.

Dentre essas mudanças, destaca-se o declínio da média de idade dos pacientes acometidos por IAMCST. Revisão de quatro registros franceses envolvendo 6.707 indivíduos aponta uma diminuição média de 66,2 para 63,3 anos no decorrer de 15 anos.² No Brasil, dados da Central Nacional de Intervenções Cardiovasculares (CENIC), englobando 20.004 procedimentos no quinquênio de 2006 a 2010, registram uma média de idade de 60,8 anos entre pacientes infartados.³

A evolução hospitalar e tardia de pacientes jovens com coronariopatia estável em nosso meio foi recentemente caracterizada, atestando-se um bom prognóstico a longo prazo.^{4,5} Entretanto, informações clínicas e angiográficas acerca dessa população na fase aguda do IAMCST são escassas, sendo estas o objetivo da presente análise.

Métodos

População do estudo

Foram analisados retrospectivamente todos os pacientes com diagnóstico de IAMCST submetidos à ICP primária em um centro único, considerado como de alto volume de procedimentos (> 70 ICPs primárias/ano). Classificaram-se pacientes com idade ≤ 45 anos como jovens, pautando-se em publicações prévias acerca do tema.⁶⁻⁸

O objetivo primário do estudo foi a caracterização dos fatores de risco mais prevalentes em pacientes jovens com IAMCST, natureza angiográfica das lesões, aspectos técnicos da ICP primária e evolução clínica hospitalar, com enfoque na taxa de mortalidade, reinfarto, acidente vascular encefálico (AVE), trombose de stent e ocorrência de sangramento grave, comparando-os a pacientes com idade > 45 anos.

Procedimentos

Eletrocardiograma de 12 derivações, acrescido das derivações V_3R , V_4R , V_7 e V_8 em infarto inferior, era realizado à admissão e aos 30-60 minutos após o término do procedimento. As intervenções terapêuticas obedeciam às recomendações e práticas estabelecidas pelas diretrizes vigentes.^{9,10} Anticoagulação era obtida com heparina não fracionada (HNF) endovenosa, na dose de 100 U/kg, e dupla antiagregação plaquetária, com dose de ataque de 300 mg de ácido acetilsalicílico, juntamente de 600 mg de clopidogrel ou 180 mg de ticagrelor. A via radial constituía a primeira opção de acesso vascular. Aspiração manual de trombo e utilização de inibidores de glicoproteína IIb/IIIa ficaram a critério do operador. Dosagens de isoenzima MB da creatina quinase (CK-MB) eram realizadas a cada 6 horas, até a constatação de queda nos níveis do marcador.

Definições

Foram avaliados os seguintes fatores de risco: tabagismo (fumante ativo ou com abstinência de tabaco inferior a 6 meses); ipercolesterolemia (lipoproteína de baixa densidade-colesterol – LDL-C > 160 mg/dL); hipertensão arterial sistêmica (pressão arterial sistólica > 140 mmHg e/ou pressão arterial diastólica > 90 mmHg); diabetes melito (duas dosagens de glicose plasmática de jejum, em dias distintos, > 125 mg/dL); história familiar positiva para doença coronária (relato de doença aterosclerótica em pais ou irmãos < 55 anos no caso de homens e < 65 anos para as mulheres); manifestação de doença aterosclerótica prévia (infarto do miocárdio antigo, procedimento de revascularização miocárdica percutânea ou cirúrgica, AVE); e insuficiência renal crônica (taxa de filtração glomerular < 60 mL/minuto ou creatinina plasmática $> 1,5$ mg/dL).

Com relação à localização eletrocardiográfica, o infarto agudo do miocárdio foi classificado em anterior (anterosseptal, anterior, anterolateral e anterior extenso) ou inferior (inferior, lateral e dorsal). Tempo porta-balão foi definido como o intervalo entre a admissão hospitalar e o cruzamento da lesão com um balão de pré-dilatação, cateter de aspiração manual de trombo ou stent. Sucesso angiográfico foi definido como a realização de ICP com redução da estenose alvo para um diâmetro $< 20\%$, com manutenção ou restabelecimento de fluxo anterógrado normal (*Thrombolysis in Myocardial Infarction* – TIMI grau 3). Foram definidos como sangramento grave os do tipo 3 ou 5 de acordo com a definição do *Bleeding Academic Research Consortium*: tipo 3 – (3a) sangramento com queda de hemoglobina ≥ 3 e < 5 g/dL, ou transfusão de concentrado de hemácias; (3b) sangramento com queda de hemoglobina ≥ 5 g/dL, ou tamponamento cardíaco, ou sangramento que requeira intervenção cirúrgica, ou sangramento que requeira uso de drogas vasoativas intravenosas; (3c) hemorragia intracraniana, ou subcategorias confirmadas por autópsia, exame de imagem, ou punção lombar, ou sangramento intraocular com comprometimento da visão; tipo 5 – (5a) sangramento fatal provável, (5b) sangramento fatal definitivo.¹¹

Análise estatística

As variáveis qualitativas foram resumidas em frequências absolutas e porcentagens, e os dados quantitativos foram descritos em médias \pm desvios padrão. Para comparação dos grupos, foi utilizado o teste qui quadrado ou exato de Fisher, para as variáveis qualitativas, e o teste t de Student ou de Mann-Whitney, para variáveis quantitativas. Foram considerados estatisticamente significantes os resultados com valor de $p < 0,05$.

Resultados

No período de abril de 2010 a dezembro de 2014 foram realizadas 2.674 ICPs, das quais 489 (18,3%) em pacientes com diagnóstico de IAMCST nas primeiras 12 horas de evolução. Destes, 54 (11%) tinham

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3011634>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3011634>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)