

FIBRILAÇÃO VENTRICULAR PRIMÁRIA (FV1) NO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO (IAM) SETE ANOS DE OBSERVAÇÃO. *

Ventricular Primary Fibrillation in Myocardium Acute Infarct.
Seven years of observation.

Antonio Carlos M. Bianco **

Carlos Gun **

Rui Fernando Ramos **

Sérgio Timerman **

Ari Timerman ***

Leopoldo Soares Piegas ****

José Eduardo Moraes Rego de Sousa *****

RESUMO: Uma das complicações que aparece no infarto agudo do miocárdio levando grande porcentagem ao óbito é a fibrilação ventricular primária. Baseados neste fato, os autores estudaram os pacientes internados no setor de emergência entre julho de 1973 e dezembro de 1980. Concluíram que a fibrilação ventricular primária é uma intercorrência grave no infarto agudo do miocárdio, em vários casos leva à morte no primeiro mês de evolução e a principal causa da mortalidade precoce foi a insuficiência ventricular esquerda.

UNITERMOS: Fibrilação Ventricular Primária, Infarto Agudo do Miocárdio, Insuficiência Coronariana, Cinecoronariografia, Artéria Coronária.

SUMMARY: One of the complications that appears in the myocardium acute infarct leading a great percentage of these patients to death is the ventricular primary fibrillation. Based on this fact the authors studied the patients that stayed in the emergency service from July 1973 to December 1980. They got to the conclusion that ventricular primary fibrillation is a serious complication that may happen in the myocardium acute infarct and in many cases leads to death during the first month of evolution; the main cause for the precocious death rate was the left ventricular insufficiency.

KEY WORDS: Ventricular Primary Fibrillation, Myocardium Acute Infarct, Coronary Insufficiency, Cinecoronarygraphy, Coronaria Artery.

INTRODUÇÃO

Dado que a fibrilação ventricular primária complicando as primeiras horas de evolução, na fase pré-hospitalar, ainda contribui, com uma grande porcentagem de óbitos, em insuficiência coronariana, foi realizado um levantamento retrospectivo, dos pacientes internados em nossa Instituição entre 1973 e 1980 (sete anos de observação), no sentido de tentar correlacionarmos possíveis dados funcionais e anatômicos, com o prognóstico destes pacientes.

MATERIAL E MÉTODOS

A obtenção do material foi possível através da análise de protocolos específicos de nossa Instituição, aplicados em todos os pacientes internados com diagnóstico de infarto agudo do miocárdio, visto que a fibrilação ventricular primária está relacionada como uma das complicações deste episódio.

Entre julho de 1973 e dezembro de 1980 foram internados no setor de emergência de nossa Instituição, 844 pacientes, destes 75 (8,9%) apresentaram FVI durante a internação.

RESULTADOS

Dos 844 pacientes que foram internados no setor de Emergência de nossa instituição, com diagnóstico de Infarto Agudo do Miocárdio, 75 pacientes (8,9%) apresentaram fibrilação ventricular primária durante a internação. Neste grupo, 66 pacientes (88%) eram do sexo masculino e 9 (12%) do sexo feminino (Tabela 1). A idade variou de 58 a 81 anos (média: 58,4) (Tabela 2). O infarto agudo do miocárdio se localizava na parede anterior em 38 (50,6%), inferior em 29 (39,%) e associada em 8 (10,7%) (Tabela 3). Estavam em grau funcional (Killip I), 12 pacientes (16%); em grau funcional II, 27 pacientes (36%); em grau funcional III, 11 pacientes (14,7%) e em grau funcional IV, 25 pacientes (33,3%) (Tabela 4). Foram submetidos a cinecoronariografia 38 pacientes (50,7%), sendo que 17 (44,8%) tinham lesão significativa em um vaso, 10 (26,4%) em dois vasos, 9 (23,8%) em três vasos e 2 (5,3%) sem lesões significativas (Tabela 5).

A mortalidade hospitalar (até 30 dias) foi de 33 pacientes (44%). Na evolução, faleceram: 2 (2,7%) entre 1 mês e 1 ano, 6 (8%) entre 1 e 5 anos, e 4 (5,3%) entre 5 e 10 anos (Tabela 6). Destes, 28 (66,7%) eram do grau funcional III—

*Trabalho realizado no setor de emergência do INSTITUTO DANTE PAZZANESE DE CARDIOLOGIA (IDPC).

**Médicos do Setor de emergência do IDPC.

***Chefe do setor de emergência, UTI e unidade coronariana do IDPC, ex-professor assistente da cadeira de cardiologia clínica da FMFUABC.

****Chefe da seção hospitalar do IDPC.

*****Diretor técnico substituto do IDPC, ex-professor titular da cadeira de Cardiologia clínica da FMFUABC.

IV e 16 (41,%) do grau funcional I-II (Tabela 7). Tinham Infarto Agudo do Miocárdio em parede anterior 24 (63,1%), inferior 14 (48,2%) e associado 7 (87,5%) (Tabela 6).

Dos 38 pacientes submetidos a cinecoronariografia faleceram: 10 (59%) com lesão de um vaso (9 com lesão em descendente anterior (DA) e um com lesão na coronária direita (CD), 4 (40%) com lesão de dois vasos e 4 (50%) com lesão de três vasos. (Tabela 5).

DISCUSSÃO

Os nossos dados estão em concordância com dados da literatura. Schwarts et cols, mostraram haver correlação linear entre pacientes com insuficiência ventricular esquerda e/ou associado à lesão proximal da artéria descendente anterior na incidência de fibrilação ventricular primária, complicando as primeiras horas do infarto agudo do miocárdio.

Existe a comprovação de que o uso profilático de lidocaína pode diminuir a incidência da fibrilação ventricular no infarto agudo do miocárdio, em todos os nossos pacientes foi administrado tal droga no sentido de diminuir a incidência desta complicação. Campbell, RW F et cols; Lown B, et cols; Valentine PA, et cols, comprovam a eficácia do uso da lidocaína como profilaxia da fibrilação ventricular primária.

Segundo a localização do infarto agudo do miocárdio,

TABELA 1
Distribuição segundo o sexo

SEXO	CASOS	%
Masculino	66	88
Feminino	09	12

TABELA 2
Distribuição segundo a idade

IDADE	CASOS	%
Menor de 50 anos	12	16
50 - 59	28	37,3
60 - 70	25	33,3
Maior de 70 anos	10	13,3

TABELA 3
Localização do Infarto Agudo do Miocárdio

Anterior 38 (50,6%)	Antero-septal - 09 (12%)
	Antero-lateral - 07 (9,3%)
	Anterior extenso - 22 (29,3%)
Inferior 29 (39%)	Inferior puro - 20 (26,7%)
	Infero-latero-dorsal - 09(12%)
Associação 08 (10,7%)	

dados comprovam a maior incidência de fibrilação ventricular primária em relação à localização do infarto (anterior maior que inferior), tendo também maior incidência de morte súbita. Trabalhos como os de Stannard M. et cols; Geddes, JS et cols; Lowry et cols, concordam com esses achados, como foi mostrado em nossa análise.

CONCLUSÕES

A análise dos resultados obtidos neste estudo permitiu concluir que:

- A fibrilação ventricular primária é uma intercorrência grave no infarto agudo do miocárdio.
- A mortalidade foi maior no primeiro mês de evolução, nos pacientes com:
 - grau funcional III e IV de Killip.
 - nos pacientes com lesão de tronco de coronária esquerda ou lesão de artéria descendente anterior.
 - nos infartos acometendo parede inferior e anterior associadamente, e infarto anterior extenso.
- A principal causa de mortalidade precoce foi insuficiência ventricular esquerda. Quando comparou-se a mortalidade tardia não se obteve diferença em relação à insuficiência ventricular esquerda, morte súbita, fibrilação ventricular e causas não cardíacas.

TABELA 4
Grau funcional segundo a classificação de Killip

GRAU FUNCIONAL	Nº	%
GF-I	12	16
GF-II	27	36
GF-III	11	14,7
GF-IV	25	33,3

CLASSIFICAÇÃO DE KILLIP: o autor considera apenas os dados de natureza clínica e radiológica, não levando em considerações as variáveis hemodinâmicas.

- GF-I: sem sinais de falência ventricular (mortalidade em torno de 6%)
- GF-II: insuficiência cardíaca discreta-moderada (estertores pulmonares basais, ritmo de galope, taquicardia), congestão pulmonar, mortalidade de 17%.
- GF-III: insuficiência cardíaca severa (edema agudo dos pulmões), mortalidade de 38%
- GF-IV: com choque cardiogênico, mortalidade superior a 81%

TABELA 5
ESTUDO HEMODINÂMICO: RELAÇÃO ENTRE LESÕES E MORTALIDADE
 38 pacientes (50,7%) foram submetidos a estudo hemodinâmico

ARTÉRIAS LESADAS	MORTALIDADE				MORTALIDADE TOTAL	PERDA DE CONTATO
	0-30d	30d-1a	1a-5a	5a-10a		
Tronco CE 01 (2,7%)	01 (100%)	00	00	00	01 (100%)	00
Triarterial 08 (21,1%)	02 (25%)	00	00	01 (12,5%)	03 (37,5%)	00
DA-CX 02 (5,3%)	00	00	00	01 (50%)	01 (50%)	00
DA-CD 08(21,1%)	02 (25%)	00	01 (12,5%)	00	03 (37,5%)	00
DA 10(26,3%)	06 (60%)	01 (10%)	01 (10%)	01 (10%)	09 (90%)	00
CX 2(5,3%)	00	00	00	00	00	00
CD 05(13,2%)	00	00	01 (20%)	00	01 (20%)	00
TOTAL	11/38 (28,9%)	01/38 (2,6%)	03/38 (7,9%)	03/38 (7,9%)	18/38 (47,4%)	

Observações:

Encontrou-se 01 (2,6%) com lesões coronarianas não significativas e 01 (2,6%) com coronárias normais. Ambos sobreviveram mais de 10 anos.

Observamos uma diferença estatisticamente significativa ($\chi^2 < = > p < 0,05$) quando comparamos as lesões em tronco de coronária esquerda + lesões na descendente anterior (DA) com as outras lesões.

TABELA 6
Relação entre Infarto Agudo do Miocárdio e mortalidade

LOCALIZAÇÃO	MORTALIDADE				MORTALIDADE TOTAL	PERDA DE CONTATO
	0-30d	30d-1a	1a-5a	5a.10a		
Antero-septal 09(12%)	03 (33,3%)	00	02 (22,2%)	01 (11,1%)	06 (66,7%)	01 (11,1%)
Antero-lateral 07(9,3%)	04 (57,1%)	00	00	00	04 (57,1%)	00
Anterior extenso 22(29,3%)	11 (50,0%)	02 (9,1%)	00	01 (4,5%)	14 (63,6%)	01 (4,5%)
Inferior 20(26,7%)	06 (30,0%)	00	03 (15,0%)	01 (5,0%)	10 (50,0%)	01 (5,0%)
Infero-latero-dorsal 09(12,0%)	04 (44,4%)	00	00	00	04 (44,4%)	00
Associação (antero-inferior) 08(10,7%)	05 (62,5%)	00	01 (12,5%)	01 (12,5%)	07 (87,5%)	00
Mortalidade Total	33/75 (44,0%)	02/75 (2,7%)	06/75 (8,0%)	04/75 (5,3%)	45/75 (60,0%)	

Observação: $\chi^2 < = > p > 0,05$

Não houve diferença estatisticamente significativa.

TABELA 7
Relação entre Grau Funcional (segundo classificação de Killip) e mortalidade

GRAU FUNCIONAL	MORTALIDADE				MORTALIDADE TOTAL	PERDA DE CONTATO
	0-30d	30d-1a	1a-5a	5a.10a		
GF - I 12(16,0%)	00 (0,0%)	01 (8,3%)	02 (16,7%)	02 (16,7%)	05 (41,7%)	01 (8,3%)
GF - II 27(36,0%)	07 (25,9%)	00	03 (11,1%)	01 (3,7%)	11 (40,7%)	01 (3,7%)
GF - III 11(14,7%)	06 (54,5%)	00	00	00	06 (54,5%)	01 (9,1%)
GF - IV 25(33,3%)	20 (80,0%)	01 (4,0%)	01 (4,0%)	00	22 (88,0%)	00
MORTALIDADE TOTAL	33/75 (44,0%)	02/75 (2,7%)	06/75 (8,0%)	03/75 (4,0%)	44/75 (58,7%)	

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 01 - Campbell RW F et cols - Placebo-controlled study of prophylaxis of ventricular fibrillation. **GK Hall Medical Publishers** 1981: 195-284.
- 02 - Gedder JS et cols - Prognosis after recovery from ventricular fibrillation, complicating ischemic heart disease. **Lancet** 1967; 2:273-279.
- 03 - Killip T., Kimball JT. Treatment of myocardial infarction in a coronary care unit. **Am J. Cardiol** 1967, 20:457
- 04 - Lawrie D et cols - Long-term survival after ventricular fibrillation complicating acute myocardial infarction, **Lancet**; 1969; 2:1085-1087.
- 05 - Lown B et cols - The coronary care unit; new perspectives and directions. **J. Am Med Assoc.** 1967:199:156-160.
- 06 - Schwartz PJ, et cols - Effect of ventricular fibrillation complicating acute myocardial infarction on long-term prognosis: Importance of the site of infarction. **Am. J. Cardiol** 1985: 384-389.
- 07 - Stannard M. et cols - Ventricular fibrillation in acute myocardial infarction: prognosis following successful resuscitation. **Am Heart J.** 1969:77-573.
- 08 - Valentine PA, et cols - Lidocaine in the prevention of ventricular fibrillation complicating acute myocardial infarction. **N. Engl J. Med.** 1974:291 - 1327-1331.
- 09 - William F.A. et cols - Ambulatory electrocardiographic monitoring can we predict sudden death? **JACC** Vol. 5. nº 06 1985, 13-b-16-b.