

Síndrome Coronariana Aguda: uma abordagem sobre seu impacto na cardiologia

Syndrome Coronary Acute: an approach to its impact on cardiology

Síndrome Coronario Agudo: una aproximación a su impacto en la cardiología

Recebido: 12/06/2022 | Revisado: 20/06/2022 | Aceito: 23/06/2022 | Publicado: 03/07/2022

Lanna do Carmo Carvalho

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3140-6284>
Universidade de Rio Verde, Brasil
E-mail: lannacarmo@outlook.com

Nuno Brandão Di Barros Cachapuz Caiado

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4906-1774>
Pontifícia Universidade Católica, Brasil
E-mail: Nunobrandao caiado@sbeb.org.com

Sofia Carneiro Mansur Silva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8333-5724>
Instituto Universitario de Ciencias de la Salud, Argentina
E-mail: soficmed@gmail.com

Jeová Guedes de Lima

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3490-895X>
Faculdade Santa Maria, Brasil
E-mail: jeovaguedes23@gmail.com

Rilávia Eneilha Monteiro Alves

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1121-0877>
Faculdade Santa Maria, Brasil
E-mail: rilaviaeneilha@gmail.com

Marina Gabriela Magalhães Barbosa Murta

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6594-9936>
Faculdade das Américas, Brasil
E-mail: mary.marina@gmail.com

Edivaldo Bezerra Mendes Filho

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9471-7736>
Universidade Federal de Pernambuco, Brasil
E-mail: edivaldobe zerramendes@gmail.com

Wilkie Azevêdo Machado

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2568-4077>
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Brasil
E-mail: wilkie_livras9@hotmail.com

Heitor dos Santos Leão

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1632-5398>
Centro Universitario Alfredo Nasser, Brasil
E-mail: heitorleao10@hotmail.com

João Pedro Sasso

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3830-3897>
Universidade da Região de Joinville, Brasil
E-mail: jpsasso@outlook.com

Isabella Gomes Tenan

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2531-1545>
Universidade de Rio Verde, Brasil
E-mail: isabellagomes2h@gmail.com

Resumo

A Síndrome Coronariana Aguda (SCA) é um processo isquêmico do miocárdio oriundo da hipoperfusão cardíaca, resultante da ruptura de uma aterosclerose ou por coágulo nas artérias coronárias. Existem vários indicativos para a suspeição da SCA como a típica dor torácica e a falta de ar, onde o grupo de idosos, diabéticos e mulheres já possibilita considerar a diagnose. O seguinte artigo objetivou descrever de modo narrativo os aspectos mais relevantes a respeito da síndrome coronariana aguda. Para efetivar esta pesquisa, utilizou-se os descritores em saúde: direcionado para as renomadas plataformas que disponibilizaram artigos na íntegra, nos idiomas português, inglês e espanhol. Mediante as informações coletadas na literatura, pode-se elucidar que a SCA é uma emergência médica, a qual possui seu desfecho clínico determinado pelo diagnóstico e tratamento precoce. Desta forma, é imprescindível obter o máximo possível de informações na história clínica, associar aos achados do exame físico e meios complementares para a condução adequada da SCA, alívio sintomático e prevenção de morbimortalidades.

Palavras-chave: Síndrome Coronariana Aguda; Ensino em saúde; Oxigênio.

Abstract

Acute Coronary Syndrome (ACS) is an ischemic process of the myocardium arising from cardiac hypoperfusion, resulting from the rupture of atherosclerosis or by a clot in the coronary arteries. There are several indications for the suspicion of ACS, such as the typical chest pain and shortness of breath, where the group of elderly, diabetics and women already makes it possible to consider the diagnosis. The following article aimed to describe in a narrative way the most relevant aspects regarding acute coronary syndrome. To carry out this research, the following health descriptors were used: directed to the renowned platforms that made full articles available in Portuguese, English and Spanish. Based on the information collected in the literature, it can be clarified that ACS is a medical emergency, whose clinical outcome is determined by early diagnosis and treatment. Thus, it is essential to obtain as much information as possible in the clinical history, associate the findings of the physical examination and complementary means for the adequate management of ACS, symptomatic relief and prevention of morbidity and mortality.

Keywords: Acute Coronary Syndrome; Health education; Oxygen.

Resumen

El Síndrome Coronario Agudo (SCA) es un proceso isquémico del miocardio derivado de la hipoperfusión cardíaca, resultante de la ruptura de la aterosclerosis o por un coágulo en las arterias coronarias. Existen varios indicios para la sospecha de SCA, como el típico dolor torácico y falta de aire, donde el grupo de ancianos, diabéticos y mujeres ya permite plantearse el diagnóstico. El siguiente artículo tuvo como objetivo describir de manera narrativa los aspectos más relevantes del síndrome coronario agudo. Para llevar a cabo esta investigación, se utilizaron los siguientes descriptores de salud: dirigidos a las plataformas de renombre que pusieron a disposición artículos completos en portugués, inglés y español. Con base en la información recolectada en la literatura, se puede aclarar que el SCA es una emergencia médica, cuyo desenlace clínico está determinado por el diagnóstico y tratamiento temprano. Así, es fundamental obtener la mayor información posible en la historia clínica, asociar los hallazgos del examen físico y medios complementarios para el manejo adecuado del SCA, el alivio sintomático y la prevención de la morbimortalidad.

Palabras clave: Síndrome Coronario Agudo; Educación para la salud; Oxígeno.

1. Introdução

A síndrome coronariana aguda (SCA) é um complexo de síndromes agudas associadas ao desequilíbrio entre a disponibilidade e exigência de oxigênio ao coração, resultando na isquemia miocárdica. Geralmente, possui vários desencadeantes, sendo o infarto a implicação típica da condição (Carvalho, 2022).

As doenças cardiovasculares são as principais responsáveis por morbimortalidade mundial. No Brasil, são registrados índices superiores a 300 mil óbitos anualmente (Azevedo, 2021).

A porcentagem de internações em função da SCA e demais distúrbios isquêmicos se elevam progressivamente. Porção considerável por IAM acontece nas horas iniciais da implicação patológica, e em torno de 65% dos casos se dá na hora pioneira e cerca de 80% nas 24 horas iniciais, e estes necessitam ser precocemente manejados e tratados (Rodriguez, 2022).

O seguinte artigo objetivou descrever através da revisão de literatura científica as principais considerações clínicas da síndrome coronariana aguda na prática clínica.

2. Metodologia

O seguinte artigo trata-se de um estudo de revisão narrativa de literatura, apropriada para discutir o impacto da síndrome coronariana aguda na prática clínica. É fundamentada por uma análise ampla da literatura, com uma criteriosa metodologia e replicável para em nível de reprodução de dados e discussões narrativas para os tópicos abordados, como explicitam Carvalho e Dantas (2022). Ademais, tal método foi selecionado para aquisição e atualização do conhecimento sobre qualquer temática eleita, evidenciando novas ideias, métodos e subtemas que têm recebido maior ou menor ênfase na literatura selecionada.

Por referir-se a uma análise bibliográfica a respeito da síndrome coronariana aguda e o quadro clínico e manejo acerca deste na prática clínica, foram recuperados artigos indexados nas plataformas do ABC (Arquivos Brasileiros de Cardiologia), Sociedade Brasileira de Cardiologia, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), SciELO, Pubmed, Google Acadêmico e Lilacs durante o mês de maio de 2022, tendo como período de referência os últimos 5 anos.

Foram empregados os termos de indexação ou descritores acute coronary syndrome, pathophysiology e complications, isolados ou de forma combinado, sem delimitar um recorte temporal. Os critérios empregados para a inclusão das publicações foram os estudos disponibilizado na íntegra, atuais, conter as expressões utilizadas nas buscas no título ou palavras-chave, ou ter explícito no resumo que o texto se relaciona a aspectos relevantes sobre a síndrome coronariana aguda com aspectos vinculados ao manejo clínico. Os artigos descartados não apresentavam o critério de inclusão imposto e/ou apresentavam duplicidade, ou seja, publicações restauradas em mais de uma base de dados, dissertações, teses e que não respondiam ao objetivo proposto.

Após terem sido recuperados as informações mais relevantes, foi conduzida, de início, a leitura dos títulos e resumos, com intensa exclusão de publicações nesta etapa. Consecutivamente, foi efetivada a leitura completa dos 50 textos. Como eixos de análise, buscou-se de início classificar os estudos quanto às particularidades da amostragem, agrupando aqueles cujas amostras são da síndrome coronariana aguda, com foco no quadro clínico, critérios diagnósticos e aqueles voltados para o tratamento adequado. A partir daí, prosseguiu-se com a pesquisa da fundamentação teórica dos estudos, bem como a verificação dos atributos gerais dos artigos, tais como ano de publicação e língua, seguido de seus objetivos. Por fim, sucedeu-se a apreciação da metodologia aplicada, resultados obtidos e discussão. Especificamente, para examinar a produção científica detectada, não se utilizou técnicas qualitativas e/ou quantitativas específicas de tratamento de dados, tendo sido feita a análise de cada um dos textos.

3. Resultados e Discussão

A pesquisa de artigos que compuseram este estudo identificou 250 referências sobre a Síndrome Coronariana Aguda e seu impacto para a clínica médica, nas bases de dados mencionadas, das quais 21 publicações foram incluídas na revisão. Entre os estudos selecionados, 14 artigos são de abordagem teórica, 4 são relatos de caso e 3 contém desenho transversal. Observou-se a prevalência de publicações na língua inglesa, representando 78% do total, quando equiparada aos idiomas português e espanhol.

A partir da minuciosa leitura dos textos selecionados, foi possível observar que os estudos são consoantes a respeito da contextualização da patologia arterial coronariana em ser classificada como a primordial desencadeante de fatalidade no mundo, e acarretando elevados transtornos sociais, econômicos e hospitalares. Com relação aos estudos que objetivaram verificar o perfil epidemiológico, os resultados obtidos nesta revisão apontam que só no Brasil estima-se que na faixa de 5 a 7 ocorrências, haja uma morte. Indicando, que mesmo com a evolução terapêutica conquistada nos últimos anos, a SCA é um potencial fatal para a saúde pública.

De modo a organizar o produto do levantamento de artigos, optou-se por disponibilizá-los em subcategorias que tange a classificação etiologia, ao quadro clínico fatores de propensão a DAC, exames complementares, bem como a abordagem terapêutica.

Classificação

A SCA se manifesta sobre uma dupla de formas a qual podem ser detectadas no Eletrocardiograma (ECG). A SCA acompanhado por supradesnivelamento do segmento ST (SCACSSST) e o infarto agudo miocárdico com supra de ST (IAMCSST) (Pippi, 2022).

A falta de oxigenação dos tecidos cardíacos pode não gerar alterações no ECG, caracterizando a Síndrome Coronariana Aguda sem Supradesnivelamento do segmento ST (SCASSST). Está pode ser dividida em angina instável (AI) e o infarto agudo do miocárdio sem supra de ST (IAMSSST). Tais condições cursam com o quadro clínico e aparições no ECG análogos, contando com os marcadores enzimático de necrose miocárdica pós início sintomatológico (Carvalho, 2022).

O diagnóstico diferencial entre estas ocasiões é transcendente para o manejo adequado da SCACSST por meio da reperfusão miocárdica, com o uso de trombolíticos ou angioplastia primária. A angina instável e o IAMSST cursam com manifestações clínicas semelhantes, sendo distinguidas com relação a gravidade (Vasconcelos, 2021).

Etiologia da SCA

A síndrome coronariana aguda é desencadeada por qualquer processo que gere a isquemia miocárdica. Geralmente, a instabilidade da placa de ateroma, por lise ou erosão. Esta placa possivelmente gera oclusão arterial parcial ou total das coronárias, os vasos encarregados da irrigação tissular cardíaca, manifestando-se através do infarto agudo do miocárdio ou angina (Carvalho, 2022).

O déficit na estabilidade da placa aterosclerótica, é associada com os processos de coagulação como a ativação e agregação das plaquetas e posterior desenvolvimento do trombo. O potencial de lise desta é proporcional à constituição, categoria e estreitamento da placa. Quantidade considerável da totalidade trombótica relacionado com o infarto ocorre em placas que resultam só em graus estenóticos leves e intermediários. Nas condições em que o trombo é oculto, normalmente há necrose transmural nas extensões miocárdica nutridas pela artéria afetada, com origem do supradesnivelamento da porção ST, caso não ocorra o trombo gera retração destas, mas sem obstrução completa (Pippi, 2022).

A progressão do dano aterosclerótico, com oclusão das coronárias de modo progressivo, junto de angina. A elevação da exigência de oxigênio, em especial na estenose coronariana prévia, por fibrilação atual com veloz reação ventricular, febre, tireotoxicose, estenose aórtica (Carvalho, 2022).

Os desencadeantes menos comuns de SCA abordam a embolia coronariana, geralmente causadas por endocardite infecciosa, trombose murais e valvas protéticas, reações inflamatórias por viroses, aortite sífilítica, doenças autoimunes, uso de drogas vasoconstrictoras como a cocaína e posterior vasoespasm coronariano e lesão do endotélio (Pauletti, 2022).

Quadro Clínico

A investigação da história clínica é essencial para se realizar o diagnóstico diferencial das etiologias da SCA e o manejo adequado. A dor torácica representa a manifestação clínica mais comum da isquemia miocárdica, estando presente em torno de 80% dos casos. Geralmente, é uma dor em pressão na região retroesternal e pode irradiar para membros superiores, pescoço e mandíbula. Simultaneamente, a diaforese, dispneia, dor abdominal e síncope podem estar presentes (Carvalho, 2022).

A angina estável detém uma tríade de particularidades básicas que se baseiam no tipo, localização e gatilhos de piora ou melhora. Cursa com desconforto difuso, retroesternal, independente da posição, mobilidade ou palpação, possivelmente irradia para o ombro, braço direito ou esquerda, pescoço ou mandíbula. Têm os picos através de esforço ou estresse sendo aliviada com repouso e administração de nitrato por via sublingual (Carvalho, 2022).

Está tem típicas analogias com a dor apresentada pela SCA, mas com maior intensidade e extensão, e ocorrência em períodos de acalmia, junto de sintomatologias como suor, êmese, dispneia. Achados atípicos como relatos de dor epigástrica, indigestão e mal-estar, com foco nos pacientes mais velhos e portadores de diabetes (Pauletti, 2022).

A angina pectoris cursa com certas particularidades que são altamente sugestivas de SCA tais como a ocorrência deste mesmo no repouso em torno de 20 minutos, o início insidioso que restringe as ações diárias e a crescente que se baseia em uma frequência, prolongamento mais elevados, junto de menor exigência em comparação a ocasiões anginosas prévias (Pauletti, 2022).

A intensidade da isquemia miocárdica resultado do grau obstrutivo do lúmen vascular estabelece o tipo de SCA e a gravidade do quadro clínico. O exame físico é uma etapa que deve ser rápida e focada, possibilitando uma triagem rápida e diagnosticar e tratar precocemente o caso. No exame geral, o estado geral é analisado na busca de achados típicos como cianose,

palidez, turgência jugular, sudorese e sinais vitais. A aferição da pressão arterial em ambos os membros superiores, investigando assimetria e diagnose de hipotensão. A ausculta cardíaca busca detectar a existência de sopros e alterações nas bulhas B3 e B4 e a pulmonar avalia sibilos e estertores crepitantes. Nas extremidades, a avaliação da perfusão periférica, edema e sinais de insuficiência vascular (Carvalho, 2022).

Fatores de propensão a DAC

A doença arterial coronariana tem potencial para se desenvolver com o passar dos anos, em especial pós cada década a partir dos 40 anos, com alvo nos homens. Os grupos livres desta condição, podem ser acometidos pelo uso de drogas como a cocaína e a metanfetamina (Ribeiro, 2020).

Os fatores de risco para a DAC abordam o tabagismo, dislipidemia, história familiar de doença arterial coronariana prematura, em especial em parentes de primeiro grau do sexo masculino, diabetes mellitus, evidencia de doença aterosclerótica subclínica, proteína-C reativa de alta sensibilidade, hipertrofia ventricular esquerda, microalbuminúria, estenose ou espessamento de carótida, escore de cálcio coronário acima de 100. Considerando que para a diagnose de SCA estes não são menos relevantes, em comparação ao suporte que o ECG e as enzimas de necrose miocárdica alteradas sugerem, mas a existência de 3 ou mais destes indicam implicações negativas no processo (Carvalho, 2022).

Ao examinar o físico do paciente, geralmente este não apresenta muitas alterações, sendo este uma etapa inespecífica. No entanto, a investigação minuciosa pode descobrir características para auxiliar a diagnose diferencial entre a estenose aórtica e a dissecação de aorta. Ademais, a detectar sugestões de mais graves como taquicardia com índices superiores a 100 bpm, crepitações pulmonares e hipotensão arterial inferior a 85 mmHg (Dantas, 2022).

Estima-se que em torno de 25% dos afetados por dor torácica são portadores de SCA. Outras etiologias por trás desta devem ser investigadas como a dissecação aguda de aorta, tromboembolismo pulmonar e pneumotórax hipertensivo (Rodriguez, 2020).

Mediante dor torácica e hipótese de SCA, este portador deve ter seu risco estratificado, o que é significativo para o destrinchamento dos possíveis riscos, a avaliação prognóstica e a terapêutica ideal (Azevedo, 2021).

A estratificação de risco pode ser obtida por meio de escalas, a qual a SCA é obtida por meio de TIMI e GRACE risk. A escala TIMI atribui um ponto para cada fator de risco que enquadra idade acima de 65 anos, lesão coronariana com acometimento acima da metade do sítio cardíaco, uso de AAS acima de uma semana, duas crises anginosas em um período abaixo de 24 horas, desvio de ST e presença de marcadores de necrose. A pontuação aborda de 0 a 7, sendo que índices de 0-2 indicam risco baixo, 3-5 intermediário e 6/7 alto. O escore GRACE inclui a faixa etária, a frequência cardíaca, pressão arterial sistólica, creatinina, insuficiência cardíaca congênita, a parada cardíaca na admissão, o desvio de ST e a elevação nos marcadores de necrose a qual se encaixam de acordo com o total de pontos obtidos em baixo, médio e alto risco é consequente maior mortalidade hospitalar (Ribeiro, 2020).

Eletrocardiograma

O Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnivelamento (IAMCSST) possui o supra de ST superior a 1 mm em, no mínimo, dupla variação periférica contínua ou 2 mm em ambas as variações precordiais contínuas. A existência de um bloqueio total do ramo esquerdo (BRCE) novo ou previamente (Carvalho, 2022).

Marcadores enzimáticos do miocárdio

A troponina é considerada a enzima com maior sensibilidade e especificidade para a detecção de necrose miocárdica. Normalmente, é a primeira opção, ressaltando que está têm os picos em torno de 6 a 12 horas pós início sintomatológico. A dosagem de demais enzimas miocárdica se torna inviável (Azevedo, 2021).

A isoenzima MB da creatina quinase (CKMB) se concentra muito no tecido cardíaco, com baixas níveis no músculo esquelético. Em situações em que a dosagem de troponina não é possível, está é uma alternativa sendo quantificada na admissão pós 6 a 9 h do início das manifestações. A qual a CK-MB atividade com o CK total pode ser útil, caso a suspeição de IAM for elevada os primeiros testes confirmam a diagnose, necessário a coleta de uma nova amostra pós 12 h do começo (Ribeiro, 2020).

O CK total é eficaz em indicar a relação entre os níveis do nível completo do MB, para separar o dano muscular do cardíaco, a qual o CK-MB elevado ao nível superior a 5 a 20% do valor total indica IAM (Silva, 2015).

Os demais exames que devem ser solicitados mediante suspeição de SCA é a glicemia, eletrólitos, ureia, creatinina, coagulograma e radiografia torácica na admissão (Carvalho, 2022).

Tratamento

As medidas iniciais empregadas para o caso incluem dieta hipossódica, verificação dos sinais vitais, monitoração contínua e/ou encaminhamento para UTI. As metas primárias objetivam amenizar a extensão de necrose miocárdica existente, preservando a função ventricular esquerda e evitando a insuficiência cardíaca. Evitar as principais ocorrências, especificamente a necessidade de revascularização de urgência, restaurar a homeostase mediante a terapêutica de complicações agudas da SCA como fibrilação ventricular sem pulso, bradicardias sintomáticas, taquicardias instáveis, edema pulmonar, choque cardiogênico e implicações mecânicas do IAM (Carvalho, 2022).

A história clínica deve ser direcionada, o eletrocardiograma deve ser interpretada por um médico capacitado em no máximo 10 minutos da admissão, reduzindo a incidência de morte. A fibrinólise pré-hospitalar visa encurtar o período de extensão da isquemia miocárdica, amenizando a porção infartada, através da aplicação da Tenecteplase (TNK-tPA), administrada em dose única em bólus de 5 a 10 segundos em associação a monitoração clínica e eletrocardiográfica (Alcântara, 2021).

A suplementação com oxigênio deve ser efetivada em casos de hipoxemia e caso a saturação de oxigênio estiver abaixo de 92%. O uso de oxigênio na inexistência de hipóxia eleva a resistência vascular coronariana, reduzindo o fluxo coronariano e possivelmente maior mortalidade. A oferta de oxigênio deve ser em máscara ou cateter nasal a 2-4L/min, podendo ser administrada junto a gasometria seriada. Sendo imprescindível a administração cautelosa em portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica (Aguar, 2022).

Caso o paciente esteja assintomático ou tenha IAM de parede anterior a administração de nitrato e morfina se torna dispensável e abre espaço para farmacoterapia que de fato reduzem a mortalidade como os betabloqueadores. A analgesia deve ser realizada com sulfato de morfina endovenosa, na dose inicial de 2 a 4 mg diluída podendo ser repetida em intervalos de 5 a 15 minutos. Em casos de alergia, pode se substituir por sulfato de meperidina. Ressaltando que o alívio da dor e ansiedade reduz muito a descarga adrenérgica e impede o aumento da pressão arterial (Carvalho, 2022).

A terapêutica para a SCA aborda o manejo anti-isquêmico, antitrombótica, a terapia de reperfusão e outros meios como a estatina, inibidores da enzima conversora de angiotensina com a finalidade de reduzir a sintomatologia e o período de internação e mortalidade (Vasconcelos, 2021).

A terapia anti-isquêmica inclui nitratos, morfina, betabloqueadores e bloqueadores de canal de cálcio. Os nitratos são vasodilatadores periféricos atuantes no coração, que reduzem a pré-carga e elevam o fluxo da circulação colateral coronariana. A dosagem varia de acordo com a via de administração, sendo que a via sublingual é eleita para a reversão do espasmo ou alívio

da dor anginosa persistente. Também são recomendadas para o controle da pressão arterial e insuficiência cardíaca congestiva. Seu uso é contra-indicado em casos de hipotensão arterial, bradicardia, taquicardia, infarto do ventrículo direito (Romano, 2014).

Os betabloqueadores reduzem a frequência cardíaca, pressão arterial e o inotropismo favorecendo a vasodilatação, reduzindo a demanda de oxigênio pelo miocárdio, promovendo a melhor perfusão e amenizando a taxa de rotura cardíaca e restringindo significativamente a região do infarto e impulsionando a função cardíaca. É imprescindível de imediato estratificar o risco do acometido desenvolver choque cardiogênico nas 24 horas iniciais. Está deve ser iniciada por via oral após a admissão e dosar para uma média de 60 batimentos por minuto independentemente do uso associado aos fibrinolíticos ou da invasão percutânea primária. Os betabloqueadores mais utilizados são o propranolol, metoprolol, atenolol e o carvedilol, ressaltando que as principais contraindicações abordam a frequência cardíaca inferior a 60 bpm, pressão sistólica abaixo de 100 mmHg, bloqueio atrioventricular de segundo e terceiro grau, histórico de asma ou doença pulmonar obstrutiva crônica e disfunção ventricular grave. A melhor hipótese para empregar o betabloqueador é o portador de infarto de parede anterior e que esteja cursando com hipertensão e taquicardia, na ausência de sintomatologia sugestiva de insuficiência cardíaca (Carvalho, 2022).

Os pacientes que se encontram na situação de contraindicação aos betabloqueadores podem optar pelos bloqueadores de canais de cálcio. Estes atuam bloqueando os canais do tipo L e possuem a vantagem no IAMCST é devido a sua associação de ações, reduzindo o consumo cardíaco de oxigênio, a pós carga, frequência cardíaca, contratilidade e posterior melhora da disponibilidade de oxigênio pelo maior fluxo coronário resultado da vasodilatação das artérias coronárias (Carvalho, 2022).

A condução antiplaquetária é fundamentada em ácido acetilsalicílico (AAS) e inibidores dos receptores IIb- IIIA, como o clopidogrel, ticagrelor e prasugrel. O clopidogrel em associação ao ácido acetilsalicílico, em pacientes que começaram a terapia trombotica inicial, ameniza muito o desfecho do IAMCST (Carvalho, 2022).

A terapêutica anticoagulante é fundamentada em heparina de baixo peso molecular, bivalirudina, fondaparinux e heparina não fracionada. A heparina não fracionada é administrada em bólus intravenoso e a de baixo peso molecular aponta menor índice no risco relativo para a ocorrência de morbimortalidade (Schwartz, 2020).

Os diuréticos, com foco para os bloqueadores do sistema renina-angiotensina-aldosterona, sendo o IECA considerado ideal o uso precoce por via oral, de preferência nas 24 horas iniciais e pós término da terapia de recanalização miocárdica e níveis estáveis da pressão arterial (Lavinsky, 2020).

A revascularização coronária deve ser fundamentada em uma tríade de acordo com a opção invasiva ou conservadora. A forma invasiva, se precoce ou seletiva, a qual a tardia é restrita aos quadros de estabilidade e limitada aos que manifestam exames funcionais modificados. A terapêutica visa restaurar a lesão responsável e a revascularização multivascular (Carvalho, 2022).

4. Conclusão

Diante das informações coletadas e analisadas na literatura científica elucidou-se que este evento é um processo que exige agilidade para a identificação e o tratamento. Caso, estas ações não ocorram adequadamente, o paciente arrisca sofrer complicações e óbito. No decorrer do seguinte artigo, foi apontado os caracteres da dor torácica altamente sugestiva de SCA, a qual urge por atenção imediata, a diferenciação entre os pacientes com ou sem o supra, a estratificação do risco de os portadores de SCA para melhor direcioná-los a avaliação e terapêutica, a detecção e tratamento precoce e o tratamento ideal conforme o caso clínico, sempre caracterizando cada história clínica e condições prévias para evitar causar danos e agravo de comorbidades.

Referências

Aguiara, L. C. (2022). Assistência de enfermagem ao paciente com infarto agudo do miocárdio. *Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento*, 11 (4).

- Azevedo, R. B. et al. (2021). Abordagem prática para síndrome coronariana aguda em pacientes com Covid-19. *International Journal of Cardiovascular Sciences*, 34(1), 89-98.
- Carvalho, L. C. et al. (2022). A abordagem da Síndrome Coronariana Aguda e o manejo adequado: uma abordagem cardiológica. Anais do Encontro Médico Científico by Acervo+ 2022. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 16, e10115.
- Carvalho, L. C. et al. (2022). A fisiopatologia do tamponamento cardíaco e a tríade de Beck como um potencial preditor diagnóstico: uma revisão narrativa. Anais do Encontro Médico Científico by Acervo+ 2022. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 16, e10115.
- Carvalho, L. C. et al. (2022). Aplicações clínicas dos digitálicos na farmacoterapia cardíaca. Anais do Encontro Médico Científico by Acervo+ 2022. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 16, e10115.
- Carvalho, L. C. et al. (2022). Endocardite infecciosa: uma abordagem sobre a variância microbiológica diante diferentes fatores. *Brazilian Journal of Health Review*, 5 (1): 2867-74.
- Carvalho, L. C. et al. (2022). Os agentes desencadeantes das diferentes formas de pericardite: uma abordagem cardiológica. *Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento*, 11 (5), e49311528588.
- Dantas, RCF (2020). Tendências na hospitalização de pacientes com Insuficiência Cardíaca Aguda. *Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento*, 9 (9), e725997790.
- Júnior, I. L. A. et al. (2021). Anticoagulantes nas síndromes coronarianas agudas: uma revisão sistemática. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 13(2), e6591.
- Lavinskyj, et al. (2020). An update on COVID-19 for the otorhinolaryngologist. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 86(3), 273-280.
- Paulettim, et al. (2022). Síndrome Coronariana Aguda na Unidade de Terapia Intensiva Adulta. *Aletheia, Canoas*, 51(1), 156-64.
- Pippi, F. P. (2022). O potencial de morbimortalidade da insuficiência cardíaca: uma abordagem cardiológica. *Brazilian Journal of Development*, 8(4), 26685–26693.
- Ribeiro, K. R. A. et al. (2020). Fatores associados a síndrome coronariana aguda e sua prevalência entre os gêneros: revisão integrativa. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde*, 9(1): 160-172.
- Rodriguez, et al. (2020). Prevalencia de sintomas depresivos en pacientes hospitalizados por síndrome coronario agudo y factores asociados. *Revista Uruguaya de Cardiología*, 35(3), 107-118.
- Romano, E. R. et al. (2014). Escore Prognóstico para Síndrome Coronariana Aguda em Hospital Terciário Privado. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 102(3), 226-36.
- Schwartz, et al. (2020). Estratégias para o trabalho com textos na universidade. *Research, Society and Development*, 9(8), e790986209.
- Silva, F. M. F. (2015). Tratamento atual da síndrome coronariana aguda sem supradesnivelamento do segmento ST. *Einstein (São Paulo)*, 13(3), 454-61.
- Vasconcelos, H. G. (2021). Síndrome Coronariana Aguda: relato de caso e atualizações do manejo. *Brazilian Applied Science Review*, 5(3), 1693-1703.