PERFIL E DESFECHO CLÍNICO/CIRÚRGICO DE PACIENTES PÓS-DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME CORONARIANA AGUDA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA¹

Luana Begnini², Mateus Magalhães Botton³, Gianfabio Pimentel Franco⁴, Andressa de Andrade⁵, Neida Luiza Kaspary Pellenz⁶, Alexa Pupiará Flores Coelho⁷

¹ Trabalho de conclusão de curso em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria

² Aluna do curso de graduação em Enfermagem da (UFSM-PM), Bolsista PIBIC-UFSM, luanabegnini037@gmail.com- Barra Funda/RS/Brasil

³ Enfermeiro graduado pela (UFSM-PM), mateusb.66@hotmail.com-Palmeira das Missões/RS/Brasil

⁴ Enfermeiro. Doutor em Ciências. Professor Associado da (UFSM-PM), gianfabiopfranco@gmail.com-Palmeira das Missões/RS/Brasil.

⁵ Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde. Professora Adjunta da (UFSM-PM), andressa@ufsm.br- Palmeira das Missões/RS/Brasil

⁶ Enfermeira. Doutora em Farmacologia. Professora Adjunta da (UFSM-PM), neidaluiza@gmail.com-Palmeira das Missões/RS/Brasil

⁷ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora orientadora Adjunta da (UFSM-PM), alexa.p.coelho@ufsm.br- Palmeira das Missões/RS/Brasil

Resumo

Introdução: A Síndrome Coronariana Aguda é caracterizada por um conjunto de sinais e sintomas em que o paciente apresenta evidências clínicas e/ou laboratoriais de isquemia miocárdica aguda.

Objetivo: identificar as evidências científicas na literatura nacional sobre perfil e desfecho clínico/cirúrgico de pacientes pós diagnóstico de Síndrome Coronariana Aguda. **Resultados:** foram selecionados três artigos científicos que conduzirão a presente revisão. Pacientes que foram diagnosticados com Síndrome Coronariana Aguda eram idosos e apresentavam pelo menos um fator de risco, sendo os mais evidenciados a hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. O desfecho dos pacientes pós diagnóstico de SCA foi a realização de procedimentos invasivos para revascularização do miocárdio. O estudo evidenciou maior taxa de alta hospitalar do que de óbitos pós diagnóstico. **Conclusão:** os desfechos clínico/cirúrgicos com prevalência de recuperação e baixos índices de complicações graves aponta para a atuação dos profissionais de saúde no rápido diagnóstico e intervenção na SCA.

Descritores: Desfecho Clínico. Síndrome Coronariana Aguda. Cardiologia

Introdução

O termo Síndrome Coronariana Aguda (SCA) é caracterizado por um conjunto de sinais e sintomas em que o paciente apresenta evidências clínicas e/ou laboratoriais de isquemia miocárdica aguda,

produzida por desequilíbrio entre oferta e demanda de oxigênio para o miocárdio, tendo como principal causa a instabilidade de uma placa aterosclerótica (TEICH; ARAUJO *et al.*, 2011).

No Brasil, estima-se uma morte a cada dois minutos por SCA e, nos Estados Unidos, uma a cada um minuto. Apesar do empenho na conscientização da população, sobre o diagnóstico precoce da doença e da sua terapêutica, observa-se, ainda, um aumento em sua incidência e mortalidade, principalmente nos países emergentes, como o Brasil, Rússia e China, onde se projeta um incremento de até 250% na mortalidade até 2040. A SCA se destaca como um fator relacionado às principais causas de morte na maior parte do mundo, sendo responsáveis, só na Europa, por cerca de 1,8 milhões de mortes ao ano (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2015).

O exame de eletrocardiograma (ECG) é um critério de confirmação para o Infarto Agudo do Miocárdio com Supra ST (IAMSST). Deve ser realizado o primeiro ECG em até 10 minutos da chegada do paciente no ambiente hospitalar. Se o primeiro ECG não apresentar alterações e não confirmar diagnóstico, deverá ser realizado outro ECG após se passarem entre 5 a 10 minutos do primeiro. Se o paciente permanecer em observação, um novo exame deverá ser repetido a cada três horas nas primeiras nove a 12h de observação ou a qualquer momento, caso haja mudança na condição clínica do paciente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2019).

A interpretação do ECG tem como critérios eletrocardiográficos: presença de supradesnivelamento do segmento ST maior que 1 mm em, no mínimo, duas derivações periféricas contínuas ou 2 mm em, no mínimo, duas derivações precordiais contínuas, ou presença de bloqueio completo do ramo esquerdo (BRCE) representando assim, aproximadamente 7% dos pacientes com IAMCSST (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2019).

A SCA apresenta-se sob duas formas clínicas 1º: com supradesnivelamento do segmento ST (SCACSST) e sem supradesnivelamento do segmento ST (SCASSST), sendo que essa diferenciação é fundamental para o tratamento imediato da SCASSST. Síndrome coronariana aguda sem elevação do segmento ST: a causa mais frequente é a redução da perfusão miocárdica, resultante de um estreitamento de coronárias, quase sempre por um trombo não oclusivo que se desenvolveu em uma placa aterosclerótica rota (MARTINS *et al.*, 2015).

A terapia de reperfusão é imprescindível para todos os pacientes que se apresentam com supradesnível de ST persistente em duas ou mais derivações contíguas (ou BRE novo/presumidamente novo), associado a dor torácica (ou equivalente anginoso). Nas SCACSST, em via de regra, existe a oclusão completa da luz da coronária, e a recanalização do vaso é a principal medida para reduzir a área de infarto e a mortalidade. Existem duas estratégias de repercussão: a terapia trombolítica e a intervenção coronária percutânea (ICP) primária.

As atuais diretrizes recomendam que a ICP primária deva ser a terapia de escolha, desde que em

tempo hábil. Infelizmente, em nossa realidade, são poucos os hospitais com recursos para ICP, por isso, a decisão pela estratégia a ser utilizada deve, obrigatoriamente, levar em consideração o local de atendimento (hospital com ou sem ICP) e o tempo de deslocamento até um centro especializado para realizar efetuar tal procedimento (RAGOGNETE *et al.*, 2016).

A conduta para hospitais habilitados para intervenção coronária percutânea primária é a realização do diagnóstico do supra desnível e a insuflação do balão de angioplastia em tempo inferior a 60 minutos. Já para os hospitais não habilitados para intervenção coronária percutânea primária, o tempo diagnóstico-transferência-balão (intervalo de tempo entre o diagnóstico do supra desnível, acionamento da ambulância, transferência para hospital habilitado e insuflação do balão de angioplastia) deve ser inferior a 120 minutos. Se houver indícios de que esse tempo (< 120 min) não poderá ser alcançado, deve-se priorizar a terapia trombolítica, idealmente com tempo diagnóstico-agulha (intervalo de tempo entre o diagnóstico do supra desnível e o início da administração do trombolítico) de até dez minutos (RAGOGNETE *et al.*, 2016).

No entanto, enquanto houver dor e supradesnível do segmento ST (desde que < 12 horas do início dos sintomas), haverá indicação da terapia de reperfusão. Nas apresentações mais tardias (> 12 horas) ou em vigência de choque cardiogênico, dá-se preferência pela ICP primária (IBANEZ *et al.*, 2017).

Materializar pesquisas voltadas a área da cardiologia é e sempre será de grande importância, pois traz grandes benefícios não somente aos estudantes, mas também aos leitores que garantem conhecimento científico atualizado e específico na área. Buscar entender o processo de adoecimento, buscar maneiras de prevenção e tratamento eficaz influencia positivamente na qualidade de vida de toda a população.

Considerando o tema exposto, este estudo tem como objetivo identificar as evidências científicas na literatura nacional sobre perfil e desfecho clínico/cirúrgico de pacientes pós diagnóstico de SCA.

Metodologia

Trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura cujo intuito é permitir a síntese de múltiplos estudos publicados e conclusões a respeito de uma área particular de estudo, evidenciando as lacunas existentes e que necessitam ser preenchidas (MENDES; GALVÃO, 2008).

A revisão integrativa de literatura compõe-se de uma metodologia de pesquisa baseada em seis etapas, constituídas por: identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa; estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/ amostragem ou busca na literatura; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/ categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; interpretação dos resultados e apresentação da revisão/síntese do conhecimento (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A primeira etapa consistiu-se com a definição do tema a ser pesquisado, formando uma questão que tenha relevância para a área da saúde. Sendo assim, foi definida a seguinte questão de revisão: *Qual tem sido o desfecho clínico/cirúrgico de pacientes pós diagnóstico de SCA e qual seu perfil?*

Na segunda etapa foram definidos os critérios de inclusão e exclusão e a amostragem. Como critérios de inclusão definiu-se: artigos de pesquisa publicados online com texto completo, gratuito, em suporte eletrônico, nos idiomas português, inglês ou espanhol, publicados entre 2015 e 2019. Os critérios de exclusão foram: artigos repetidos e que não tivessem relação com a temática, teses, dissertações, capítulo de livros, relatórios ministeriais, anais de congressos e/ou conferências.

Em relação à amostragem, a busca bibliográfica ocorreu em setembro de 2020 através da Plataforma da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS-SALUD) com acesso às Bases de dados LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde), BDNF (Base de Dados da Enfermagem) e MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online), por meio da utilização conjunta dos Descritores em Ciências da Saúde-DeCS (*Desfecho clínico AND Síndrome Coronariana Aguda*).

Na terceira etapa ocorreu a categorizações dos estudos selecionados. As variáveis de interesse foram coletadas por meio de uma tabela, onde foram extraídos os objetivos e principais resultados de cada artigo escolhido (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Já na quarta etapa, que se constitui da avaliação dos estudos incluídos na revisão, ocorreu uma análise detalhada dos artigos selecionados. Em seguida, contemplando a quinta etapa, houve a interpretação dos resultados encontrados. Por fim a última etapa definiu a apresentação/síntese do conhecimento.

Resultados

Com a utilização dos DeCS na base de dados emergiram 54 artigos. Após aplicar os critérios de inclusão e exclusão, restaram 14 artigos. Mediante a leitura dos resumos, foram excluídos 11 estudos que não contemplavam o objetivo da presente pesquisa ou que não estavam liberados gratuitamente na íntegra, desta forma restaram três artigos que compuseram a revisão da literatura.

Dos três artigos selecionados para esta revisão, um foi publicado no ano de 2015 e dois em 2018. No que tange a metodologia utilizada pelos autores, os três estudos são de caráter quantitativo. Em relação ao país de pesquisa e publicação, os três estudos foram realizados e publicados no Brasil.

Após a análise, observou-se que um dos artigos selecionados é de autoria médica e dois de enfermeiros. Baseado na análise exposta, entende-se devido a demanda de paciente com SCA, foram realizados estudos de ambas as áreas da saúde para englobar cada vez mais os achados, permitindo que a equipe de saúde tenha um vasto conhecimento sobre a área e que estão na linha de frente de

condutas e desfechos para a evolução destes pacientes.

A tabela 1 traz as informações dos estudos selecionados contendo o número do artigo, referência do estudo, objetivo proposto, o local onde ocorreu o estudo e os principais resultados encontrados.

Quadro 1 – Caracterização dos artigos selecionados para análise de acordo com seus objetivos, ano de publicação, país de origem e principais resultados encontrados. Palmeira das Missões, RS, Brasil.

Artigo	Referência do artigo	Objetivo (s)	Tipo de estudo	Local	Principais Resultados
A1	MARINO, B.C.A., et al. Reestenose Clínica de Stent Coronariano: Seguimento após Tratamento com Análise de Desfechos Clínicos. Arq Bras Cardiol. ;104(5): 375-386 2015	Descrever as características clínicas e angiográficas da RISC e os desfechos em seguimento de pelo menos doze meses após seu diagnóstico e tratamento.	Quantitativo	Brasil	A média de idade da amostra foi de 61 ± 11 anos (68,2% do sexo masculino). A apresentação clínica foi como Síndrome Coronariana Aguda (SCA) em 62,7%, com RISC proliferativa em 34,5% dos casos. O tratamento realizado foi o implante de Stent Farmacológico (SF) em 36,4%; de Stent Não Farmacológico (SNF) em 23,6%; cirurgia de revascularização em 18,2%; angioplastia por balão em 15,5%; e tratamento clínico em 6,4%. Com seguimento mediano de 19,7 meses, o desfecho primário ocorreu em 18 pacientes, com seis (5,5%) óbitos e 13 (11,8%) IAM, e o secundário em 24 pacientes.
A2	NASCIMENTO, KML, et al. Perfil epidemiológico de pacientes com síndrome coronariana aguda. Ver.	Identificar o perfil epidemiológico, evolução clínica e desfecho de pacientes atendidos com	Quantitativo	Brasil	A idade média foi de 62,1 anos e predominaram o sexo masculino, a raça branca e casados. A prevalência de infarto agudo do miocárdio foi de 84,5%, diagnosticado por eletrocardiograma, eco cardiograma e enzimas cardíacas seriadas. Os tratamentos mais realizados foram os

	<p>enferm UFPE online. Recife, 12(2):379-85, fev., 2018</p>	<p>diagnóstico de Síndrome Coronariana Aguda em um pronto-socorro</p>			<p>medicamentos antiagregantes plaquetários (64,3%), cateterismo cardíaco (65,4%) e a intervenção coronariana percutânea (27,2%). A maioria teve alta hospitalar, porém a taxa de mortalidade foi de 13,2%.</p>
<p>A3</p>	<p>SANTOS SILVA, AJ, GUIMARÃES, CSS, REIS, JÁ, et al. Perfil de paciente internados com diagnóstico de síndrome coronariana aguda. RevSocBrasClin Med. 2018 abr-jun;16(2):104-7</p>	<p>Descrever o perfil de pacientes internados com Diagnóstico de síndrome coronariana aguda</p>	<p>Quantitativo</p>	<p>Brasil</p>	<p>Em nossa amostra, 49 (55,7) pacientes eram do sexo masculino com idade média de 63,88 anos, sendo 60,2% acima de 60 anos. O quadro clínico mais prevalente foi angina instável (41%). Constatou-se maior prevalência de portadores de hipertensão arterial (88,7%), além de associação positiva entre os pacientes com idade média avançada e doença multiarterial. Também foi encontrada obstrução coronariana significativa em cerca de 90% dos pacientes diabéticos. Cineangiogramia sem lesão significativa foi duas vezes mais identificada em comparação com dados da <i>American College of Cardiology</i>.</p>

Discussão

Em relação ao perfil de pacientes que buscam a unidade de urgência e emergência hospitalar com dor torácica suspeita de SCA, constata-se nos três artigos analisados que as idades variam de 62 a 75 anos e que o público masculino é o mais acometido e propenso ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares.

Estes resultados vêm ao encontro do que tem sido publicado na literatura científica. Brunori et al

(2014) apontam em seu estudo que dos 150 prontuários analisados de pacientes com SCA, a idade variou entre 57 e 75 anos e chegou a um percentual de 75% dos casos sendo do sexo masculino. Este aumento dos casos masculinos registrados pode ser justificado pelo fato de que os homens buscam mais rapidamente o serviço médico ao apresentarem sinais de dor, mostrando-se mais sensíveis a dor quando comparado as mulheres. Outro ponto destacado por alguns autores é a relação dos homens estarem mais expostos aos fatores de riscos de desenvolvimento de doenças cardiovasculares como o uso de bebida alcoólica, tabaco e a má alimentação (MUSSI et al., 2014).

Considerando que os fatores de risco para doenças cardiovasculares, entre elas a SCA, os estudos analisados demonstraram que os mais frequentes entre a população hospitalizada por SCA foram hipertensão arterial sistêmica, tabagismo, etilismo, estresse, sedentarismo e diabetes mellitus. Este aspecto também fica evidenciado em outras publicações científicas, como é o caso do estudo publicado por Santos et al (2015) que apontaram o sedentarismo, a HAS e a idade avançada como fatores mais incidentes em pacientes diagnosticados com SCA (SANTOS et al., 2015; SILVA; GUIMARÃES; REIS, 2018).

A dor torácica é geralmente o primeiro dos sinais e sintomas apresentados pelos pacientes que buscam o sistema hospitalar, sendo um dos sintomas característicos da SCA. À medida que o seu diagnóstico é retardado, maiores são as suas complicações e seus danos a curto e a longo prazo, causando prejuízos muitas vezes irreversíveis ao miocárdio. Desta forma, a atenção ao paciente e atentar às suas queixas é fundamental, tendo o eletrocardiograma (ECG) como forma rápida, barata e eficaz de diagnóstico, porém deve ser realizado em até 10 minutos da admissão do paciente (GUIMARÃES et al, 2018; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2019).

A partir do momento em que o paciente é diagnosticado com SCA, é importante entender e conhecer os desfechos clínicos e/ou cirúrgicos após seu diagnóstico. O estudo A1 aponta que as condutas tomadas mediante os pacientes com SCA são a revascularização do miocárdio e o uso da angioplastia por balão, além de *stent* farmacológico e não farmacológico. Galon et al. (2010) reforçam que o desfecho para pacientes que estão acima dos 75 anos de idade é o uso de betabloqueadores, anticoagulantes e hipolipemiantes, já nos pacientes abaixo dos 75 anos a intervenção coronariana percutânea (ICP) é uma estratégia de revascularização miocárdica frequentemente utilizada.

O artigo A2 apontou que entre as medidas invasivas para a estabilização do caso, o cateterismo cardíaco foi realizado em 65,4% pacientes e a intervenção coronariana percutânea foi o procedimento necessário para 27,2% dos atendimentos diagnosticados com SCA. Já no estudo A3, 45,16% dos pacientes receberam tratamento clínico, 32,2% tiveram intervenção coronariana percutânea, 9,6% tratamento cirúrgico e 12,9% vieram a óbito. Além disso, 37,5% dos pacientes com diagnósticos de IAMCST receberam agentes trombolíticos (GIL, 2012).

Indo ao encontro dos estudos analisados, um artigo produzido por enfermeiras em um hospital público de Londrina – PR aponta que dos pacientes admitidos na urgência e emergência com diagnóstico de SCA, 74,5% foram submetidos à cinecoronariografia. Este procedimento também foi o de primeira escolha para os pacientes na pesquisa realizada por Veríssimo (2012), em que 77,27% dos pacientes diagnosticados com SCA realizaram a cinecoronariografia; ainda, apontam a importância de realizá-la nas primeiras 24 horas, sendo indicada e mostrando-se mais eficaz em pacientes com IAM com SST.

Complementando os achados do estudo A1 em que uma das formas de tratamento após o diagnóstico foi a revascularização do miocárdio, outros autores trazem resultados semelhantes, mostrando a eficácia deste tratamento através da angioplastia, chegando a um quantitativo de 92,7% de sucesso na reabilitação do paciente (VERÍSSIMO, 2012). Ainda se salienta que em um estudo paulista, 71,4% dos pacientes necessitaram realizar revascularização na primeira internação. Vale destacar que 10,3% realizaram o procedimento mais de uma vez após a primeira internação hospitalar (GIL, 2012).

Com relação às medidas farmacológicas, os antiagregantes plaquetários foram prescritos para 64,3% dos pacientes selecionados pelos autores do estudo A4, além da prescrição de betabloqueadores, estatinas e opióides para alívio da dor, considerando que sua eficácia é maior quando administrados em menor tempo, entre a chegada do paciente a sua administração, não devendo ultrapassar um período de 12 horas (GIL, 2012).

Mediante o que vem sido apresentado, os procedimentos invasivos e não invasivos são realizados para salvar a vida do paciente com dor torácica que tem o seu diagnóstico confirmado de SCA. Deve haver atenção para o desfecho clínico destes pacientes após os procedimentos, pois tratam-se de medidas importantes, mas que podem ocasionar algumas complicações aos pacientes.

Desta maneira o estudo A1 enfatiza que os pacientes que realizaram tratamento cirúrgico (ICP) apresentaram complicações pós-operatórias, sendo as de maior gravidade a morte e o acidente vascular encefálico (AVE), sendo que no último caso foi descrita a perda da função neurológica por mais de 24 horas. Já as complicações de menor impacto foram as relacionadas com complicações no local do acesso, insuficiência renal mediante a nefropatia induzida pelo contraste de acidente isquêmico transitório (AIT), apresentando déficit neurológico com início súbito e duração menor de 24 horas, restrito apenas uma área do cérebro.

Gil (2012) aponta dados que corroboram com os achados deste estudo, referindo que as maiores complicações no desfecho dos pacientes foram a parada cardiorrespiratória (realizada a reversão com sucesso), arritmias cardíacas como a fibrilação atrial, pseudoaneurismas, laceração arterial, infecção na ferida operatória. O mesmo estudo revelou ainda que alguns pacientes manifestaram mais de uma

complicação.

Silva et al (2017) trouxeram em seus achados publicados em Minas Gerais, resultados que se assemelham com os encontrados pelos estudos analisados; os sujeitos da pesquisa apresentaram complicações relacionadas ao desfecho cirúrgico, estando entre as de maior incidência, as arritmias cardíacas, a formação de pseudoaneurisma, o broncoespasmo e o hemo/pneumotórax, além do AVE. Segundo este mesmo estudo, estes efeitos se dão em virtude um tempo prolongado da circulação extracorpórea no período transoperatório. Outra justificativa encontrada é em razão de complicações relacionadas ao tratamento como os sangramentos, complicações decorrentes do cateterismo e da cirurgia de revascularização do miocárdio (AMSTERDAM et al., 2014; HAMM et al., 2016).

Vale destacar que para a realização destes procedimentos o tempo de internação hospitalar nos pacientes diagnosticados com SCA foi em média de 13,7 dias (A3) o que se assemelha a demais estudos científicos publicados (GIL, 2012; ALMEIDA, 2015), ainda destacando que a maioria dos pacientes necessitam nova internação hospitalar para novas intervenções após novos episódios de IAM (ALMEIDA, 2015).

Em relação ao desfecho dos pacientes após diagnóstico de SCA, há a questão do percentual de óbitos relacionados a este evento. O estudo A3 traz um total de 7% de óbitos, aspecto que pode ser justificado pelo perfil individual de cada paciente, considerando que quanto mais idosos forem os pacientes e mais comorbidades apresentarem, menores as possibilidades de tratamento e maiores as chances de irem a óbito. Gil (2012) aponta um quantitativo de 3% de mortes em decorrência da SCA, relacionando esses números às complicações no trans e pós-operatório.

O percentual de óbitos em virtude de SCA encontrado nos artigos analisados é consideravelmente baixo, o que também é encontrado em outros estudos semelhantes (GOUVÊA et al., 2015; PÁDUA, 2019), justificando os baixos números. Pádua (2019) considera que a eficácia do atendimento e a rápida transferência destes pacientes de centros menores para centros especializados de hemodinâmica são fatores importantes para garantir o sucesso no atendimento do paciente diagnosticado com SCA.

Considera-se importante mencionar que o desfecho de alta hospitalar destes pacientes chega a um número consideravelmente alto. O artigo A2 aponta que 97% dos pacientes diagnosticados com SCA receberam alta hospitalar em até 24 horas. O estudo A1 aponta 95% dos pacientes com alta hospitalar, dando seguimento ao tratamento em âmbito ambulatorial.

A relação entre o desfecho de alta hospitalar e óbito destes pacientes, observadas nos estudos analisados, demonstra que prevalece o sucesso nas altas hospitalares, o que pode ser justificado pelo atendimento rápido com a participação da equipe de saúde que recebe o paciente, realizando a classificação de risco, mediando os cuidados imediatos até a realização da consulta médica, e

posteriormente, providenciando a transferência deste paciente para centros especializados, quando necessário.

Conclusão

A partir da busca nas bases de dados para a realização da presente revisão da literatura, foram analisados três estudos, sendo em sua totalidade estudos nacionais. Todos os estudos selecionados e analisados destacaram os homens idosos que buscavam a unidade de emergência com dor torácica e posteriormente eram diagnosticados com SCA. Considerando os fatores relacionados, os pacientes com diagnóstico de SCA evidenciados no estudo apresentaram hipertensão arterial sistêmica, tabagismo, etilismo, estresse, sedentarismo e diabetes mellitus como os principais fatores de risco, associados a patologia cardiovascular.

Com relação ao desfecho clínico e/ou cirúrgico dos pacientes após diagnóstico médico de SCA com SST ou sem SST, as medidas de tratamento estiveram alocadas em terapias farmacológicas com o uso de antiagregante plaquetário ou betabloqueadores, além de medidas invasivas cirúrgicas como revascularização do miocárdio com a cinecoronariografia, ou a angioplastia, o que mostrou sucesso nas suas realizações. Porém o estudo ainda permitiu compreender algumas complicações referentes a estes tratamentos que foram desde processos infecciosos na ferida operatória até AVE. Houve considerável número de pacientes com PCR revertida.

Houve maior prevalência de altas hospitalares do que de óbitos após o diagnóstico, o que mostra a eficácia da atuação da equipe multiprofissional que recebe o paciente com dor torácica.

O profissional enfermeiro deve estar atento às complicações, com intuito de minimizá-las e prevenir os óbitos relacionados à SCA.

Por fim, este estudo apresenta limitações por ter sido analisado um baixo número de artigos científicos que responderam à pergunta de pesquisa. Desta forma destaca-se a importância de realizar novas pesquisas envolvendo o desfecho clínico e/ou cirúrgicos de pacientes com diagnósticos de SCA, afim de fomentar conhecimento na área e contribuir com profissionais de saúde.

Referências

ALMEIDA, MARIA CELITA. **SÍNDROME CORONARIANA AGUDA: DIFERENÇAS DAS CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS E DESFECHOS CLÍNICOS ENTRE OS SEXOS**. 2015. Tese (Doutorado em ciências da saúde) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, [S. l.], 2015.

AMSTERDAM, E. A. et al. AHA/ACC Guideline for the management of patients with non– ST-

elevation acute coronary syndromes: executive summary: a report of the **American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines**. **Circulation**, v. 130, s.n., p. 344-426, set. 2014.

Brunori, E.H.F.R., et al. Smoking, alcohol consumption and physical activity: associations in acute coronary syndrome. **Acta Paul Enferm.** 2014; 27(2):165-72

GALON, M.Z., et al. Perfil Clínico-angiográfico na Doença Arterial Coronariana: Desfecho Hospitalar com Ênfase nos Muito Idosos. **Arq Bras Cardiol** 2010; 95(4): 422-429.

GIL, G.P., et al. Evolução clínica de pacientes internados em decorrência do primeiro episódio da Síndrome Coronariana Aguda. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** set.-out. 2012;20(5)

GOUVÊA, A. E. T. et al. Evaluation of the Manchester Triage System in the Acute Coronary Syndrome. **International Journal of Cardiovascular Sciences**, Joinvile, v. 28, n. 2, p. 107- 113, mar. 2015.

GUIMARÃES, DBO.; RODRIGUES, TS.; OLIVEIRA, SCM. Tempo porta eletrocardiograma em pacientes com dor torácica na emergência. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, 12(4):1027-36, abr., 2018

HAMM, G. et al. 2015 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. **European Heart Journal**, Germany, v. 37, n. 3, p. 276-315, jan. 2016.

IBANEZ, B., et al. Diretrizes ESC para o manejo de infarto agudo do miocárdio em pacientes apresentando com elevação do segmento ST. **European Heart Journal**; 2017. p. 1-8.

MARINO, B.C.A., et al. Reestenose Clínica de Stent Coronariano: Seguimento após Tratamento com Análise de Desfechos Clínicos. **Arq Bras Cardiol.**;104(5): 375-386 2015

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: Método de pesquisa para a Incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2008 Out-Dez; 17(4): 758-64.

MUSSI, FC.; ÁLVARO, P. Tolerância à dor no infarto do miocárdio. **Acta Paul Enferm.** v.23, n.1, p.80-87, 2010

NASCIMENTO, KML, et al. Perfil epidemiológico de pacientes com síndrome coronariana aguda. **Revenferm UFPE online**.Recife, 12(2):379-85, fev., 2018

PÁDUA, DANIELLE RESENDE. **AValiação DOS ATENDIMENTOS A PESSOAS COM SÍNDROME CORONARIANA AGUDA EM UM PRONTO SOCORRO PÚBLICO SEM ACESSO A HEMODINÂMICA**. 2018. Dissertação (Mestrado em enfermagem) - Universidade Federal de Minas Gerais, [S. l.], 2018.

RAGOGNETE, R.G., IERVOLINO, R. L., TRINDADE, P.H.D.M., FRANÇA F.F.A.C. Eletrocardiograma na Sala de Emergência. Tratado Dante Pazzanese de Emergências Cardiovasculares. São Paulo: Atheneu; 2016. p.195-236.

SANTOS SILVA, AJ, GUIMARÃES, CSS, REIS, JÁ, et al. Perfil de paciente internados com diagnóstico de síndrome coronariana aguda. **RevSocBrasClin Med**. 2018 abr-jun;16(2):104-7

SANTOS, FG; et al. Avaliação da qualidade do atendimento ao paciente com síndrome coronariana aguda no serviço de emergência. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. 2015 out./dez.;17(4)

SILVA, L.L.T., et al. CUIDADOS DE ENFERMAGEM NAS COMPLICAÇÕES NO PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA DE REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO. **Rev baiana enferm** (2017); 31(3):e20181.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **Atualização da Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2019**.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **V diretriz da sociedade brasileira de cardiologia sobre tratamento do infarto agudo do miocárdio com supra desnível do segmento st**. Volume 105, Nº 2, Supl. 1, Agosto 2015

TEICH, V; ARAUJO, DV. Estimated Cost of Acute Coronary Syndrome in Brazil. **Rev Bras Cardiol**. v. 24, n. 2, p.85-94, 2011

VERÍSSIMO, AO. **INCIDÊNCIA DE EVENTOS CORONARIANOS PÓS SÍNDROME CORONARIANA AGUDA**. 2012. Dissertação (Mestrado em enfermagem) - Universidade Federal do Pará e a Universidade Federal do Amazonas, [S. l.], 2012.