

**COMISSÃO ACESSORA DE FARMÁCIA CLÍNICA
GRUPO DE TRABALHO DE FARMÁCIA CLÍNICA EM TERAPIA INTENSIVA
INFORMATIVO TÉCNICO**

INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO – IAM

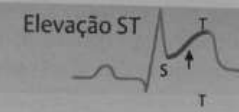
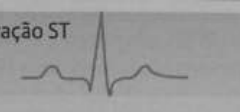
1. INTRODUÇÃO

O **infarto** é definido patologicamente como morte celular devido à isquemia prolongada. A **injúria miocárdica** é detectada quando há elevação de biomarcadores sensíveis e específicos, como troponina ou CK-MB.

2. MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DE ISQUEMIA E INFARTO

Possíveis sintomas isquêmicos incluem desconforto em tórax, extremidades superiores, mandibular ou epigástrico, ou equivalentes isquêmicos como dispneia ou fadiga, geralmente dura no mínimo 20 minutos.

O diagnóstico diferencial entre IAM com ou sem supradesnível do segmento ST depende exclusivamente do aparecimento ou não de elevações de onda Q ao ECG.

ECG	Elevação ST 	Sem elevação ST 	
Laboratório	↑ CK-MB ↑ Troponina-I, -T	↑ Troponina-I, -T	-
Diagnóstico	Infarto do miocárdio ("ESTIM")	Infarto do miocárdio ("NESTIM")	Angina de peito instável

Fonte: Lüllmann H., Mohr K., Hein L., Bieger D. Farmacologia – Texto e Atlas. 6ª ed. 2010

3. MEDICAMENTOS E PROCEDIMENTOS DE URGÊNCIA (MONABCH)

- **Morfina:** Tratamento da dor, diminui o consumo de oxigênio pelo miocárdio isquêmico.
- **Oxigênio:** manter saturação Oxigênio > 90%.
- **Nitrato:** para reversão de eventual espasmo e/ou para alívio da dor anginosa.

CRF-SP - SEDE

R: Capote Valente,487- Jardim América
Cep: 05409-001- São Paulo- SP

COMISSÃO ACESSORA DE FARMÁCIA CLÍNICA

GRUPO DE TRABALHO DE FARMÁCIA CLÍNICA EM TERAPIA INTENSIVA

INFORMATIVO TÉCNICO

- **Ácido Acetil Salicílico (AAS):** reduz a mortalidade em 20%, isoladamente.
- **Beta bloqueadores:** redução dos eventos isquêmicos cardiovasculares.
- **Clopidogrel:** uso no IAMCST combinado ao AAS em pacientes que receberam terapia trombolítica inicial, demonstrando o seu benefício em reduzir eventos cardiovasculares maiores.
- **Heparina:** A enoxaparina deve ser administrada quando do diagnóstico do IAMCST.

4. FIBRINÓLISE

A utilização da terapêutica fibrinolítica baseia-se no conceito de que, ao se abreviar o tempo de isquemia miocárdica aguda, se reduz o tamanho do infarto do miocárdio. Isso resulta em menor mortalidade – não só hospitalar como pré-hospitalar. Não há vantagem em se administrar fibrinolíticos após 12 horas do início dos sintomas.

5. PRESCRIÇÃO PÓS-HOSPITALAR

A farmacoterapia pós-hospitalar representa um item extremamente relevante das estratégias de prevenção secundária, a implementação adequada de tais estratégias de tratamento e prevenção secundária tem sido responsável por cerca de 50% da redução na taxa de mortalidade por doença arterial coronária nas últimas décadas. Nesse contexto, o farmacêutico tem um importante papel em assegurar o entendimento do paciente em relação à terapêutica medicamentosa, contribuindo assim para uma maior adesão ao tratamento.

5.1. Antiagregantes plaquetários

- **Ácido acetilsalicílico (AAS):** o uso de terapia antiplaquetária foi associado a uma redução relativa de 15% na mortalidade vascular, assim como na mortali-

COMISSÃO ACESSORA DE FARMÁCIA CLÍNICA

GRUPO DE TRABALHO DE FARMÁCIA CLÍNICA EM TERAPIA INTENSIVA

INFORMATIVO TÉCNICO

dade total. A dose diária recomendada é de 81-325 mg. Está contraindicado em pacientes com hipersensibilidade (reações alérgicas) a salicilatos, hemorragia digestiva. Em pacientes com gastrite ou úlcera gastroduodenal prévia, recomendação de vigilância quanto a eventos adversos, particularmente hemorragias maiores e potencialmente fatais, além da utilização concomitante de medidas de proteção da mucosa gastroduodenal (IBP).

- **Derivados tienopiridínicos (ticlopidina e clopidogrel):** a recomendação atual é a de adicionar 75 mg/dia de clopidogrel às doses habituais de ácido acetilsalicílico, independente da utilização de terapia fibrinolítica, por no mínimo duas semanas. O uso prolongado pós-hospitalar por um ano, por exemplo, apresenta grau de recomendação IIa, extrapolando-se da experiência e resultados positivos em pacientes com SCA sem elevação persistente do segmento ST e também naqueles que recebem intervenção coronária percutânea com implante de stents.

5.2. Betabloqueadores

Na redução dos eventos isquêmicos cardiovasculares, como a morte e o reinfarto.

5.3. Inibidores da enzima conversora da angiotensina e bloqueadores dos receptores AT1

Atenuação do remodelamento ventricular e as consequentes reduções da dilatação cardíaca, prevenção da progressão para insuficiência cardíaca, melhora da capacidade funcional e redução importante da mortalidade global.

5.4. Tratamento de dislipidemia

CRF-SP - SEDE

R: Capote Valente, 487- Jardim América
Cep: 05409-001- São Paulo- SP

COMISSÃO ACESSORA DE FARMÁCIA CLÍNICA

GRUPO DE TRABALHO DE FARMÁCIA CLÍNICA EM TERAPIA INTENSIVA

INFORMATIVO TÉCNICO

A utilização de estatinas pode corrigir, em poucas semanas, a disfunção endotelial.

5.5. Nitratos

Atuam favoravelmente no trabalho cardíaco e na relação oferta/consumo de oxigênio, mediante suas ações na pré-carga, na pós-carga e no aumento do fluxo coronário, principalmente nas áreas isquêmicas.

5.6. Antagonistas dos canais de cálcio

Alternativa aos betabloqueadores quando os pacientes não puderem utilizá-los em decorrência de doença pulmonar obstrutiva crônica, broncoespasmo ou doença arterial periférica, com significantes manifestações clínicas.

5.7. Tratamento antiarrítmico

Amiodarona pode promover a redução do risco de morte súbita elétrica.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Piegas LS, Feitosa G, Mattos LA, Nicolau JC, Rossi Neto JM et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. **IV Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST**. Arq Bras Cardiol.2009;93(6 supl.2):e179-e264.
2. Nicolau JC, Timerman A, Marin-Neto JA, Piegas LS, Barbosa CJDG, Franci A, Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST**. Arq Bras Cardiol 2014; 102(3Supl.1):1-61
3. Lüllmann H., Mohr K., Hein L., Bieger D. **Farmacologia – Texto e Atlas**. 6ª ed. 2010.