



O Infarto Agudo do Miocárdio com supra de ST (IAM com supra de ST) é uma condição médica grave que ocorre quando há um bloqueio repentino do fluxo sanguíneo para uma parte do músculo cardíaco. Ele corresponde a uma das principais causas de mortalidade por doença cardiovascular.

### 1. DIAGNÓSTICO

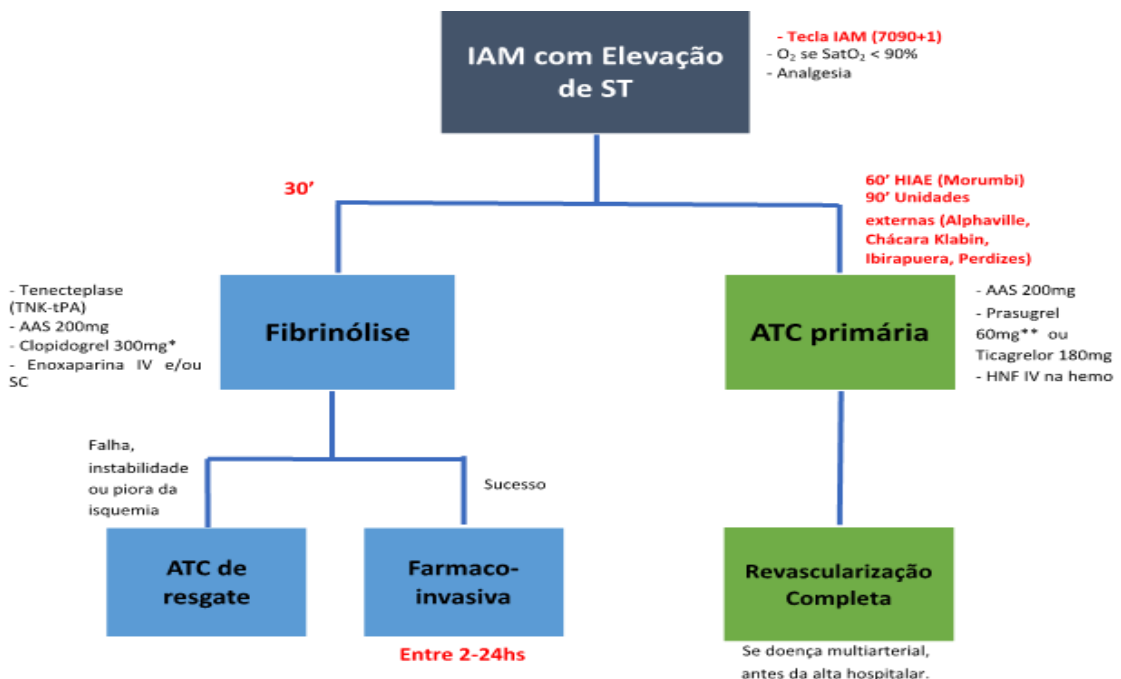
Quadro clínico compatível com isquemia miocárdica e com uma das seguintes alterações eletrocardiográficas:

- Supradesnivelamento do segmento ST,  $\geq 1,0\text{mm}$ , em 2 derivações contíguas; em V2-V3, considerar supra-ST  $\geq 2,5\text{mm}$  em homens  $< 40$  anos,  $\geq 2,0\text{mm}$  em homens  $\geq 40$  anos e  $\geq 1,5\text{mm}$  em mulheres.
- Bloqueio de ramo esquerdo novo;

### 2. EXAMES COMPLEMENTARES NO DIAGNÓSTICO

- Eletrocardiograma em até 10 minutos da chegada do paciente (realizar V3r, V4r, V7 e V8 se quadro clínico sugestivo e ECG de entrada normal).
- Troponina, hemograma, função renal, coagulograma (não esperar nenhum resultado para conduta).
- RX Tórax em casos selecionados (dúvida diagnóstica).
- Ecocardiograma transtorácico (point of care) em casos selecionados (dúvida diagnóstica).

### 3. FLUXOGRAMA



\*Se  $> 75$  anos, não fazer dose de ataque;

\*\*Contra-indicado se AVC prévio; nos pacientes  $\geq 75$  anos ou  $< 60$  kg deve ser utilizado com cautela;

OBS: Nos candidatos a ATC primária, considerar clopidogrel 600mg como alternativa, se paciente de alto risco de sangramento ou em uso de anticoagulação plena.

### Terapia antiplaquetária

	Angioplastia primária	Trombólise
AAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dose de ataque: 200 mg</li> <li>Dose de manutenção: 100mg/dia</li> </ul>	Dose de ataque: 200mg Dose de manutenção: 100mg/dia
Clopidogrel	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dose de ataque: 600mg</li> <li>Dose de manutenção: 75mg 1x/dia</li> </ul>	Dose de ataque: 300mg , * se acima de 75 anos , dose de 75mg Dose de manutenção: 75mg/dia
Prasugrel	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dose de ataque: 60mg</li> <li>Dose de manutenção: 10mg 1x/dia</li> <li>**Peso ≤60Kg, dose de manutenção: 5mg 1x/dia</li> <li>Idade ≥ 75 anos, prasugrel é evitado, mas a dose de 5mg 1x/dia pode ser usada.</li> <li>Prasugrel é contra-indicado em pacientes com AVC prévio.</li> </ul>	Após 48 horas da trombólise, a troca de clopidogrel por prasugrel ou ticagrelor pode ser feita
Ticagrelor	Dose de ataque: 180mg Dose de manutenção: 90 mg 2x/dia	Após 48 horas da trombólise, a troca de clopidogrel por prasugrel ou ticagrelor pode ser feita

### Terapia anticoagulante

	Angioplastia primária	Trombólise
Enoxaparina	Evitar enoxaparina	<75 anos: <ul style="list-style-type: none"> <li>30 mg EV, seguido ( 15 min depois) de 1mg/kg SC 12/12 horas até a revascularização ou alta hospitalar. Até no máximo por 8 dias. As duas primeiras doses não devem exceder 100 mg.</li> </ul> ≥75anos: <ul style="list-style-type: none"> <li>Não realizar dose EV. Dose 0,75 mg SC 12/12horas.</li> </ul> eGFR≤ 30 mL/min: <ul style="list-style-type: none"> <li>0,75 mg SC a cada 24hs</li> </ul>
Heparina Não Fracionada	HNF ajustada pelo TCA durante a ICP primária.	HNF 60 UI/kg EV (ataque), máximo 4.000 UI, seguido por infusão contínua de 12 UI/kg/hora, máximo de 1.000 UI/hora, inicialmente. Manter por um período mínimo de 48 horas com ajustes na infusão para que o TTPa permaneça entre 1,5 e 2,0 vezes o controle

### Agente fibrinolítico utilizado no HIAE

Fármaco	Dose	Observação
<b>Tenecteplase (TNK-tPA)</b>	Dose única de ataque, em bolus, IV: 30mg (6000 UI), se < 60kg 35mg (7000 UI), se 60-69Kg 40mg (8000 UI), se 70-79Kg 45mg (9000 UI), se 80-89Kg 50mg (10000 UI), se ≥ 90 Kg.	Recomendável reduzir a dose pela metade em pacientes com 75 anos de idade ou mais.

## Contra-indicações aos fibrinolíticos

Absolutas	Relativas
<ul style="list-style-type: none"><li>Hemorragia intracraniana prévia ou AVC de origem desconhecida</li><li>AVCi nos últimos 6 meses</li><li>Dano ou neoplasia no sistema nervoso central/Trauma/cirurgia/TCE maior no último mês</li><li>Sangramento gastrointestinal no último mês</li><li>Sangramento ativo ou diátese hemorrágica (exceto menstruação)</li><li>Dissecção de Aorta</li><li>Punção não-compressível nas últimas 24h (ex: biópsia hepática, punção lombar)</li><li>Discrasia sanguínea</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>AIT nos últimos 6 meses</li><li>Terapia anticoagulante oral</li><li>Gravidez ou primeiro mês pós-parto</li><li>Hipertensão arterial refratária (PAS &gt; 180mmHg e/ou PAD &gt; 110mmHg)</li><li>Doença hepática avançada</li><li>Endocardite infecciosa</li><li>Úlcera péptica ativa</li><li>Ressuscitação traumática ou prolongada</li></ul>

## 4. CRITÉRIOS DE ALOCAÇÃO

### UTI:

- IAM Killip 2 em piora respiratória.
- IAM Killip 3 ou 4.
- IAM com falha de tratamento.

No caso das UPAs de recurso público, a estratégia de reperfusão é a trombólise com transferência para serviço de hemodinâmica via CROSS em 2-24h (nos casos de critérios de reperfusão) ou de urgência/resgate (em casos que não preenchem critérios de reperfusão: resoluções do supradesnível de ST inferiores ou mesmo ausente, persistência da dor, sinais de instabilidade hemodinâmica ou elétrica ou suspeita de reoclusão, a transferência deverá ser imediata para angioplastia de resgate)

### Estratégia de reperfusão

- A estratégia de reperfusão é angioplastia primária para todas as UPAs, em casos excepcionais de contingência na impossibilidade de realização da angioplastia primária ( indisponibilidade de ambulância em UPA externa ou ocupação de sala da hemodinâmica) pode se recorrer a trombólise.

### Parada Cardíaca Ressuscitada:

- Angioplastia primária para os pacientes com ECG compatível com IAMCST
- Angiografia diagnóstica de urgência e angioplastia se indicado, pode ser considerado para pacientes com PCR ressuscitada sem supra no ECG, mas com alta suspeita de isquemia em evolução.

### Estratégias de revascularização

- Preferência pelo acesso radial e uso de stent farmacológico.
- Revascularização da artéria não culpada antes da alta hospitalar.

### Cuidados Hospitalares

- Monitorização com cardioscopia por 24 h ( UTI ou UCO) a partir do qual pode ser descalonado cuidado se revascularização com sucesso, sem planejamento de revascularização adicional e clinicamente estável.
- Acionamento da equipe de reabilitação cardiopulmonar e oferecer reabilitação após alta.
- Orientar cessação de tabagismo e manter após alta.
- Solicitar perfil de colesterol , glicemia de jejum e hemoglobina glicada.
- Ecocardiograma transtorácico antes da alta hospitalar.

### Medicações iniciadas na internação e mantidas após

- Dupla terapia antiplaquetária por pelo menos 1 ano, independente da estratégia de revascularização ( em casos especiais de alto risco de sangramento a dupla terapia antiplaquetária pode ser encurtada)
- Estatina de alta potência ( Rosuvastatina 20-40 mg/dia ou Atorvastatina 40-80 mg/dia), considerar intensificação do tratamento (ezetimibe e, ou iPCSK9) se LDL  $\geq$  70 mg/dL.
- Betabloqueador para todos pacientes, de acordo com tolerância.
- IECA, espironolactona para pacientes com FE < 40%
- Estatina independente do valor de LDL / intensificar se LDL fora do alvo LDL < 50mg/dl

### Paciente anticoagulado.

- O iP2Y12 deve ser clopidogrel
- Manter tripla terapia durante a internação e, na alta, manter anticoagulante e clopidogrel - sem AAS ( exceto em pacientes de muito alto risco isquêmico).

### Crterios de Alta

- Ausência de recorrência de sintomas anginosos;
- Ausência de arritmias;
- Estabilidade hemodinâmica;
- Sem programação de revascularização adicional.

### Duração do Tratamento

- Hospitalização por pelo menos 72h.

### Indicação de retorno ambulatorial, em quanto tempo, exames no retorno

- Retorno ambulatorial em 7 dias (recomendação deve ser individualizada).

## II. INDICADORES DE QUALIDADE

-Tempo Porta ECG: 10 minutos

-Tempo Porta-Agulha: 30 minutos

-Tempo Porta-Balão Morumbi: 60 minutos

-Tempo Porta-Balão Unidades Externas: 90 minutos

## III. GLOSSÁRIO

AVC – Acidente Vascular Cerebral

ECG – Eletrocardiograma

RX – Raio X

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

## IV. HISTÓRICO DE REVISÕES

30/09/2024 – Revisão Periódica

18/05/2026 – Unificação HMVSC

## V. Referências Bibliográficas

[1] Arq Bras Cardiol. 2015; 105(2):1-105.

[2] European Heart Journal (2018) 39, 119–177.

[3] Circulation. 2013;127:e362-e425

<b>Código Documento:</b> CPTW126.5	<b>Elaborador:</b> Fabio Grunspun Pitta	<b>Revisor:</b> Mauro Dirlando Conte de Oliveira  Tarsila Perez Mota	<b>Aprovador:</b> Andrea Maria Novaes Machado	<b>Data de Elaboração:</b> 15/04/2021  <b>Data de Revisão:</b> 18/05/2026	<b>Data de Aprovação:</b> 18/05/2026
---------------------------------------	---	--	---	---	---