

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

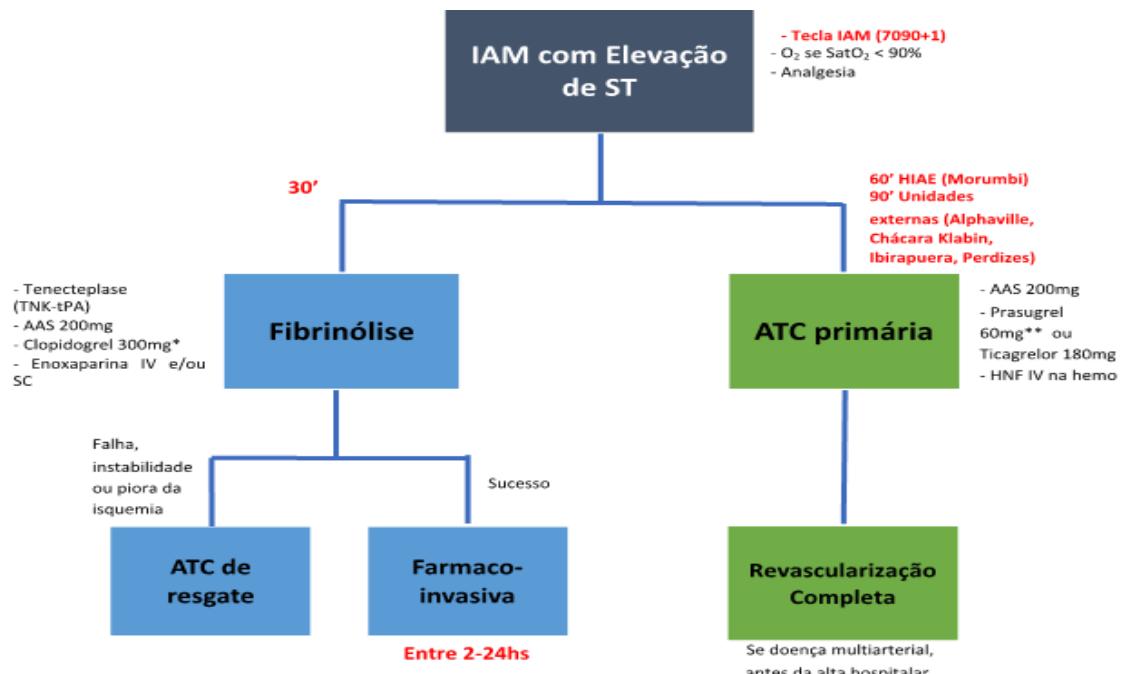
Quadro clínico compatível com isquemia miocárdica e com uma das seguintes alterações eletrocardiográficas:

- Supradesnívelamento 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 **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	<p>&lt;75 anos:</p> <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> <p>≥75anos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Não realizar dose EV. Dose 0,75 mg SC 12/12horas.</li> </ul> <p>eGFR≤ 30 mL/min:</p> <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
Tenecteplase (TNK-tPA)	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.

##### 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.
- Acionar a 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 encerrada)
- 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%

**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).

**Critérios 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-Balão Morumbi: 60 minutos           |
| -Tempo Porta-Agulha: 30 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

**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> CPTW126.4	<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 Aprovação:</b> 30/09/2024
				<b>Data de Revisão:</b> 30/09/2024	