



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

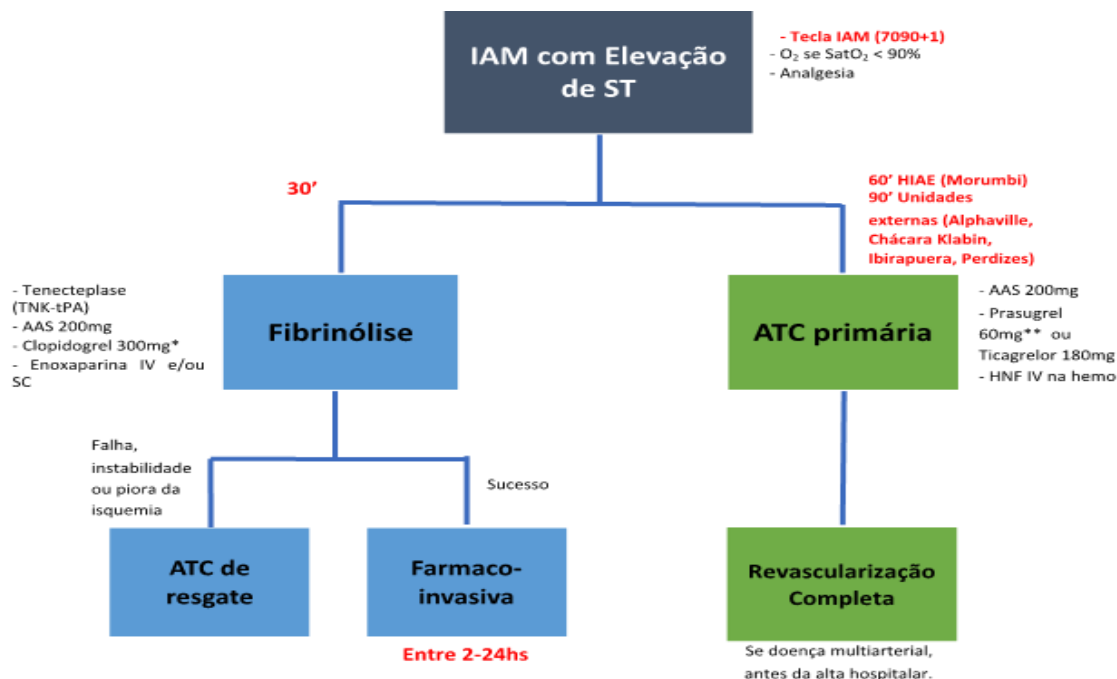
Quadro clínico compatível com isquemia miocárdica e com uma das seguintes alterações eletrocardiográficas:

- 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 ≥ 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 ≥ 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"> Dose de ataque: 200 mg Dose de manutenção: 100mg/dia 	Dose de ataque: 200mg Dose de manutenção: 100mg/dia
Clopidogrel	<ul style="list-style-type: none"> Dose de ataque: 600mg Dose de manutenção: 75mg 1x/dia 	Dose de ataque: 300mg , * se acima de 75 anos , dose de 75mg Dose de manutenção: 75mg/dia
Prasugrel	<ul style="list-style-type: none"> Dose de ataque: 60mg Dose de manutenção: 10mg 1x/dia **Peso ≤60Kg, dose de manutenção: 5mg 1x/dia Idade ≥ 75 anos, prasugrel é evitado, mas a dose de 5mg 1x/dia pode ser usada. Prasugrel é contra-indicado em pacientes com AVC prévio. 	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"> 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. ≥75anos: <ul style="list-style-type: none"> Não realizar dose EV. Dose 0,75 mg SC 12/12horas. eGFR≤ 30 mL/min: <ul style="list-style-type: none"> 0,75 mg SC a cada 24hs
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"> Hemorragia intracraniana prévia ou AVC de origem desconhecida AVCi nos últimos 6 meses Dano ou neoplasia no sistema nervoso central/Trauma/cirurgia/TCE maior no último mês Sangramento gastrointestinal no último mês Sangramento ativo ou diátese hemorrágica (exceto menstruação) Dissecção de Aorta Punção não-compressível nas últimas 24h (ex: biópsia hepática, punção lombar) Discrasia sanguínea 	<ul style="list-style-type: none"> AIT nos últimos 6 meses Terapia anticoagulante oral Gravidez ou primeiro mês pós-parto Hipertensão arterial refratária (PAS > 180mmHg e/ou PAD > 110mmHg) Doença hepática avançada Endocardite infecciosa Úlcera péptica ativa Ressuscitação traumática ou prolongada

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.
- 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%

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).

Crítérios 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

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

Código Documento: CPTW126.4	Elaborador: Fabio Grunspun Pitta	Revisor: Mauro Dirlando Conte de Oliveira Tarsila Perez Mota	Aprovador: Andrea Maria Novaes Machado	Data de Elaboração: 15/04/2021 Data de Revisão: 30/09/2024	Data de Aprovação: 30/09/2024
---------------------------------------	---	--	---	---	---