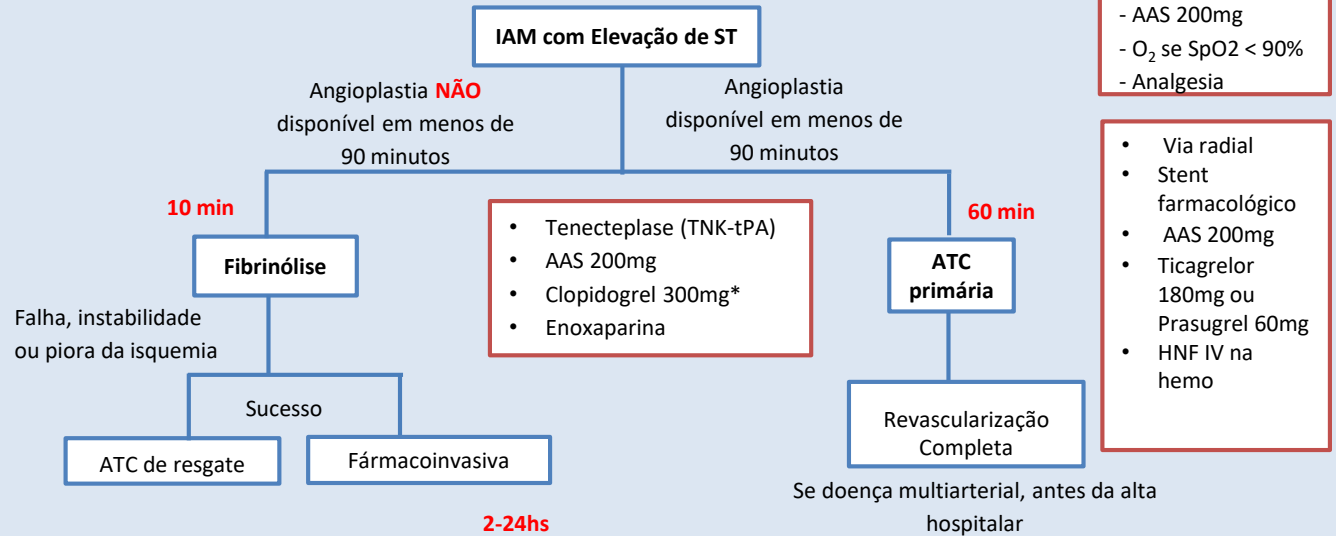




Evidência de injúria miocárdica com necrose, quando há quadro clínico compatível com isquemia miocárdica (dor torácica anginosa ou equivalente isquêmico em paciente com fator de risco cardiovascular), associado a alteração eletrocardiográfica específica (supradesnivelamento do segmento ST  $\geq 1$ mm em 2 derivações contíguas ou BRE novo).

## FLUXOGRAMA



- Se > 75 anos, não fazer dose de ataque;
- Contraindicado se > 75 anos, peso < 60kg ou AVC prévio;
- OBS.: Considerar clopidogrel 600mg como alternativa, em casos de ATC primária, se paciente de alto risco hemorrágico.

## 1. DIAGNÓSTICO

### • Confirmação diagnóstica (clínica e/ou laboratorial)

- Quadro clínico compatível com isquemia miocárdica (dor torácica anginosa ou equivalente isquêmico em paciente com fator de risco cardiovascular), associado a alteração eletrocardiográfica específica (supradesnivelamento do segmento ST  $\geq 1$  mm em 2 derivações contíguas ou BRE novo).

### • Indicação de exames diagnósticos

- Eletrocardiograma de repouso;
- Exames laboratoriais, incluindo marcadores de necrose miocárdica (troponina).

### • Indicação de outros exames

- Radiografia do tórax e/ou ecocardiograma transtorácico podem ser realizados caso haja dúvida diagnóstica.

## 2. ESCORE DE RISCO

### • **Escore de risco:** fundamental para definir duração da internação e, possivelmente, forma de remuneração:

- PAMI-II critério (baixo risco: < 70 anos, FEVE > 45%, doença coronária uni ou biarterial, angioplastia com sucesso e sem arritmia persistente);
- GRACE risk score.

### 3. INDICAÇÃO DE INTERNAÇÃO E ALOCAÇÃO ADEQUADA

- **Critérios para internação** – Sempre.
- **Critérios para internação em UTI** - Primeiras 24 horas em UTI são recomendadas.

### 4. INDICAÇÃO DE INTERNAÇÃO E ALOCAÇÃO ADEQUADA

- **Tratamento Inicial**

- Monitorização em sala de emergência;
- AAS 200mg VO à entrada; manutenção: 100mg/dia VO (sempre);
- Ticagrelor (ataque: 180mg VO; manutenção: 90mg VO 2x/dia) **ou** Prasugrel (ataque: 60mg VO; manutenção: 10mg/dia) **ou** Clopidogrel (ataque: 300mg ou 600mg VO; manutenção: 75mg/dia);
- Heparina não fracionada IV (se angioplastia): 70-100Ui/kg, na sala de hemodinâmica;
- Enoxaparina (se fibrinólise): 30mg IV bolus (se < 75 anos); manutenção: 1mg/kg SC a cada 12 horas. Suspende após angioplastia;
- Caso a angioplastia primária **NÃO** possa ser realizada em até 90 minutos, fazer fibrinólise imediata e encaminhar o paciente a um serviço com disponibilidade de hemodinâmica.

- **Critérios para Conversão para Terapia Oral**

- Sem necessidade de terapia parenteral de rotina.

- **Critérios de Alta**

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

- **Duração do Tratamento**

- Hospitalização por pelo menos 72h em pacientes de baixo risco.

- **Indicação de exames de controle durante o tratamento**

- Ecocardiograma rotineiro durante internação, após angioplastia (sempre).

- **Indicação de retorno ambulatorial, em quanto tempo, exames no retorno**

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

#### Referência

[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> CPTW96.2	<b>Elaborador:</b> Marcelo Franken	<b>Revisor:</b> Mauro Dirlando C de Oliveira	<b>Aprovador:</b> Haggeas Da Silveira Fernandes	<b>Data de Elaboração:</b> 15/04/2021	<b>Data de Aprovação:</b> 15/04/2021
--------------------------------------	---------------------------------------	---	--	--	---