



## I - ASSISTENCIAL

### 1. DIAGNÓSTICO:

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

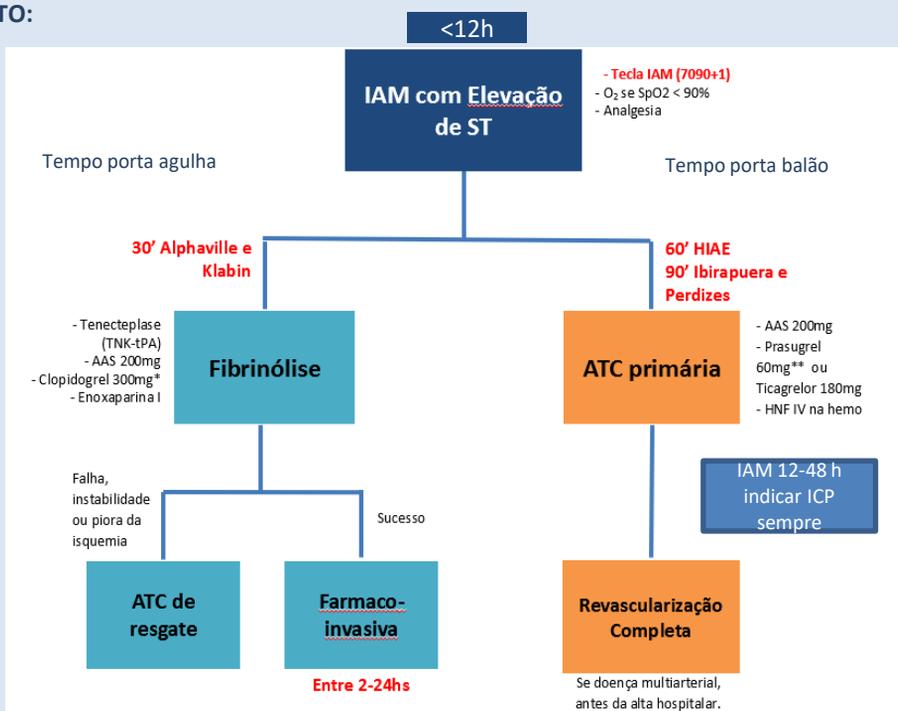
- Supradesnivelamento do segmento ST,  $\geq 1,0\text{mm}$ , em 2 derivações contíguas; em V2-V3, considerar supra-ST  $\geq 2,5\text{mm}$  em homens  $< 40$  anos,  $\geq 2,0\text{mm}$  em homens  $\geq 40$  anos e  $\geq 1,5\text{mm}$  em mulheres.

- 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 muito 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 em casos selecionados (dúvida diagnóstica).

### 2. TRATAMENTO:



### 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<br>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<br>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 <math>\leq 60\text{Kg}</math>, dose de manutenção: 5mg 1x/dia</li> <li>• Idade <math>\geq 75</math> 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<br>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             | <ul style="list-style-type: none"> <li>Evitar enoxaparina</li> </ul>                            | <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 | <ul style="list-style-type: none"> <li>HNF ajustada pelo TCA durante a ICP primária.</li> </ul> | 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:<br>30mg (6000 UI), se < 60kg<br>35mg (7000 UI), se 60-69Kg<br>40mg (8000 UI), se 70-79Kg<br>45mg (9000 UI), se 80-89Kg<br>50mg (10000 UI), se ≥ 90 Kg. | Recomendável reduzir a dose pela metade em pacientes com 75 anos de idade ou mais. |

### 3. CONTRA-INDICAÇÃO AO USO DE FIBRINOLÍTICOS:

#### 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.
- **Unidade Coronariana**
  - IAM Killip 1 tratado com sucesso
  - IAM Killip 2 em melhora clínica tratado com sucesso

#### 5. RECOMENDAÇÕES E CUIDADOS:

- **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.
  - 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).

#### 6. ALTA HOSPITALAR

- **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

- Taxa de Tempo Porta ECG ≤ 10 minutos
- Taxa de Tempo Porta-Agulha: ≤ 30 minutos
- Taxa de Tempo Porta-Balão Morumbi ≤ 60 minutos
- Taxa de Tempo Porta-Balão Unidades Externas ≤ 90 minutos
- Taxa de mortalidade nos primeiros 30 dias após IAM

## III. GLOSSÁRIO

- Rx: radiografia de tórax
- ATC: angioplastia transluminal coronariana
- HNF: heparina não fracionada
- TCA: tempo de coagulação ativada
- ICP: intervenção coronária percutânea
- AVCi: acidente vascular cerebral isquêmico
- TCE: trauma crânio encefálico
- AIT: acidente isquêmico transitorio
- ECG: eletrocardiograma
- ECA: enzima conversora da angiotensina
- FE: fração de ejeção
- Ip2y12: inibidores dos receptores P2Y<sub>12</sub>

## V. REFERÊNCIA

- [1] Piegas, LS; Timerman, A; Feitosa, GS; et al. V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST. Arq Bras Cardiol. 2015; 105(2):1-105.
- [2] Ibanez B, James S, Agewall S, et al. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). European Heart Journal (2018) 39, 119–177.
- [3] O’Gara PT, Kushner FG, Ascheim DD, et al. 2013 ACCF/AHA guideline for the management of ST-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Circulation. 2013;127:e362-e425

|                                       |   |                                   |  |   |   |
|---------------------------------------|---|-----------------------------------|--|---|---|
| <b>Código Documento:</b><br>CPTW126.3 | <b>Elaborador:</b><br>Fabio Grunspun<br>Pitta | <b>Revisor:</b><br>Fernando Gatti | <b>Aprovador:</b><br>Giancarlo Colombo | <b>Data de Elaboração:</b><br>15/04/2021<br><br><b>Data da atualização:</b><br>28/12/2022 | <b>Data de Aprovação:</b><br>15/04/2021 |
|---------------------------------------|---|-----------------------------------|--|---|---|