

Introdução: A Essência do "Tempo é Músculo" em Itariri-SP

O IAMCSST exige uma resposta **rápida e coordenada**. Em um cenário de um serviço de urgência / emergência (UPA), onde o hospital de referência está a 80 km e o tempo de remoção pode ser de até 2 horas, a **fibrinólise pré-hospitalar ou intra-hospitalar imediata** torna-se a estratégia de reperfusão de eleição na maioria dos casos, desde que não haja contraindicações. A agilidade no diagnóstico e na administração da terapêutica fibrinolítica é crucial para minimizar a área de necrose miocárdica e melhorar o prognóstico.

1. Fluxograma de Atendimento no PS de Itariri-SP para IAMCSST

Este fluxograma prioriza a rapidez e a integração dos recursos disponíveis:

Fase	Ação	Detalhes e Considerações
Chegada e Triagem (0-5 min)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reconhecimento da Queixa: Paciente com dor torácica (ou equivalente isquêmico). 2. Sinais Vitais e Monitorização Inicial: Aferir PA, FC, FR, SatO2. Instalar monitor cardíaco. 3. Acesso Venoso: Obter 2 acessos periféricos calibrosos. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Enfermeiro/Técnico de Enfermagem: Essencial para identificar rapidamente casos suspeitos. (cor da ficha) ✓ Prioridade Absoluta: Pacientes com suspeita de IAM devem ser priorizados imediatamente para a Sala de Emergência, sem atrasos em consultório. ✓ Monitor: Utilizar o monitor disponível na sala de emergência.
Diagnóstico Rápido (5-10 min)	<ol style="list-style-type: none"> 1. ECG de 12 Derivações: Realizar e interpretar em até 10 minutos. 2. Exames Laboratoriais: Coletar amostras (hemograma, ureia, creatinina, ácido úrico, Na, K, Cl, Mg, troponina, coagulograma) – <i>mas não aguardar resultados para iniciar tratamento de reperfusão.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Médico: Interpretação imediata do ECG. Utilizar o Telecard 24h para segunda opinião, se necessário, mas não atrasar a decisão clínica. ✓ Critérios de IAMCSST: Supradesnívelamento ST > 1mm em ≥ 2 derivações contíguas (com exceções para V2-V3) ou IAM Posterior (infra V1-V3). ✓ Troponina: Peça, mas lembre-se: "o diagnóstico eletrocardiográfico já é suficiente. A troponina deve ser pedida, mas não atrasa a conduta" (*IAM COM SUPRA EM ST - 2025, Seção 2.2*).
Tratamento Imediato (10-30 min)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Oxigênio: Se SatO2 < 90% ou sinais de hipoxemia. 2. AAS: 300 mg VO mastigável (salvo contraindicações). 3. Antiagregante P2Y12: Clopidogrel (dose de ataque conforme peso/idade). 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Fibrinólise é a Primeira Linha: Devido à distância ao centro de cateterismo, a fibrinólise deve ser a **principal estratégia de reperfusão** se o diagnóstico de IAMCSST for confirmado. ✓ Tempo Porta-Agulha: (É o tempo entre a chegada do paciente na porta do PS até a aplicação do medicamento em questão). O objetivo é iniciar o

Fase	Ação	Detalhes e Considerações
	<p>4. Anticoagulação: Enoxaparina (dose de ataque IV + SC).</p> <p>5. Fibrinólise: Escolha e administre o agente fibrinolítico (preferencialmente Tenecteplase) se não houver contraindicações.</p>	<p>fibrinolítico em **até 30 minutos** da chegada do paciente.</p> <p>✓ Contraindicações: Revisar **rigorosamente** as contraindicações absolutas e relativas antes da fibrinólise e documentar.</p>
Manejo da Dor e Estabilização (30-60 min)	<p>1. Nitrato: Isordil SL ou Nitroglicerina IV (se PA permitindo).</p> <p>2. Betabloqueador: IV se estável e sem contraindicações.</p> <p>3. Opioides: Morfina ou Fentanil para dor refratária + Metoclopramida.</p> <p>4. Reavaliação: ECG pós-fibrinólise, sinais vitais, monitoramento de sangramentos.</p> <p>5. Contatar CROSS: Iniciar processo de transferência para hospital com hemodinâmica.</p>	<p>✓ Alívio da Dor: Importante para o conforto, mas não atrasar a reperfusão. "<i>os estudos já mostraram, se você faz ou não nitrato, não impacta no prognóstico. Se você faz ou não morfina, não impacta no prognóstico</i>" (*IAM COM SUPRA EM ST - 2025, Seção 3.3*).</p> <p>✓ Avaliar Sucesso da Fibrinólise: Melhora da dor, redução de >50% do ST em 90-120 min, estabilidade hemodinâmica.</p> <p>✓ Insucesso da Fibrinólise: Requer cateterismo de resgate urgente. Acelerar o CROSS.</p>
Pós-Estabilização e Transferência (60 min em diante)	<p>1. Prescrição Pós-Estabilização: Manutenção de AAS, Clopidogrel, Enoxaparina, IECA, Betabloqueador oral, Estatina.</p> <p>2. Relatório de Transferência: Completo e detalhado.</p> <p>3. Monitoramento Contínuo: Até a chegada da ambulância UTI e durante o transporte.</p>	<p>✓ Preparação para Transferência: A ambulância UTI e os motoristas disponíveis são um recurso valioso. A equipe deve estar ciente da necessidade de prontidão.</p> <p>✓ Tempo de Transferência: Considerar os 2h de trajeto. Manter a estabilidade do paciente é fundamental. Médico e enfermeiro / técnico acompanharão na UTI Móvel, se possível e necessário.</p> <p>✓ Comunicação: Manter contato contínuo com o CROSS e com o hospital de referência.</p>

2. Protocolo de Prescrição Genérica e Cálculos por Peso

A seguir, apresento uma tabela com as dosagens dos principais medicamentos para IAMCSST que exigem cálculo por peso, para pacientes de 60, 70, 80, 100 e 120 kg, conforme as diretrizes do documento anexo.

Lembre-se que a avaliação clínica individualizada é sempre soberana e estas são diretrizes para auxiliar a prática.

Tabela de Dosagem de Medicamentos no IAMCSST

Medicamento	Mecanismo de Ação / Função	60 kg	70 kg	80 kg	100 kg	120 kg
AAS (Ácido Acetilsalicílico)	Antiagregante plaquetário (inibe Tromboxano A2)	300 mg VO mastigável (ataque) / 100 mg VO 1x/dia (manutenção)				
Clopidogrel	Antiagregante plaquetário (inibe P2Y12)	300 mg VO (ataque) para < 75 anos 75 mg VO (ataque) para > 75 anos 75 mg VO 1x/dia (manutenção)				
Enoxaparina (Anticoagulação - Fibrinólise)	Anticoagulante (inibidor do Fator Xa)	Bolus IV: 30 mg Manut. SC (após 15min): 60 mg (1 mg/kg) >75 anos: Sem bolus IV; Manut. SC 45 mg (0,75 mg/kg) Cl Cr < 30: Sem bolus IV; Manut. SC 60 mg (1 mg/kg, 1x/dia)	Bolus IV: 30 mg Manut. SC (após 15min): 70 mg (1 mg/kg) >75 anos: Sem bolus IV; Manut. SC 52,5 mg (0,75 mg/kg) Cl Cr < 30: Sem bolus IV; Manut. SC 70 mg (1 mg/kg, 1x/dia)	Bolus IV: 30 mg Manut. SC (após 15min): 80 mg (1 mg/kg) >75 anos: Sem bolus IV; Manut. SC 60 mg (0,75 mg/kg) Cl Cr < 30: Sem bolus IV; Manut. SC 80 mg (1 mg/kg, 1x/dia)	Bolus IV: 30 mg Manut. SC (após 15min): 100 mg (1 mg/kg) >75 anos: Sem bolus IV; Manut. SC 75 mg (0,75 mg/kg) Cl Cr < 30: Sem bolus IV; Manut. SC 100 mg (1 mg/kg, 1x/dia)	Bolus IV: 30 mg Manut. SC (após 15min): 100 mg (1 mg/kg - máx. p/ 2 primeiras doses) >75 anos: Sem bolus IV; Manut. SC 90 mg (0,75 mg/kg) Cl Cr < 30: Sem bolus IV; Manut. SC 100 mg (1 mg/kg, 1x/dia) (>100kg considerar HNF)
HNF (Heparina Não Fracionada) (Anticoagulação - alternativa)	Anticoagulante (potencializa antitrombina)	Bolus IV: 3600 UI (60 UI/kg) Manut. IV contínua: 720 UI/h (12 UI/kg/h) <i>(Monitorar TTPa 6/6h para 60-80s)</i>	Bolus IV: 4000 UI (máx) Manut. IV contínua: 840 UI/h (12 UI/kg/h)	Bolus IV: 4000 UI (máx) Manut. IV contínua: 960 UI/h (12 UI/kg/h)	Bolus IV: 4000 UI (máx) Manut. IV contínua: 1000 UI/h (máx)	Bolus IV: 4000 UI (máx) Manut. IV contínua: 1000 UI/h (máx)

Medicamento	Mecanismo de Ação / Função	60 kg	70 kg	80 kg	100 kg	120 kg
Tenecteplase (TNK-tPA) (Fibrinolítico - preferencial)	Agente fibrinolítico (ativa plasminogênio)	30 mg EV (dose única)	35 mg EV (dose única)	40 mg EV (dose única)	50 mg EV (dose única)	50 mg EV (dose única)
Alteplase (rt-PA) (Fibrinolítico - alternativa)	Agente fibrinolítico (ativa plasminogênio)	15 mg IV bolus 45 mg IV em 30 min (0,75 mg/kg) 30 mg IV em 60 min (0,50 mg/kg) Total: 90 mg em 1,5h	15 mg IV bolus 50 mg IV em 30 min (0,75 mg/kg) 35 mg IV em 60 min (0,50 mg/kg) Total: 100 mg em 1,5h	15 mg IV bolus 50 mg IV em 30 min (0,75 mg/kg) 35 mg IV em 60 min (0,50 mg/kg) Total: 100 mg em 1,5h	15 mg IV bolus 50 mg IV em 30 min (0,75 mg/kg - máx. 50mg) 35 mg IV em 60 min (0,50 mg/kg - máx. 35mg) Total: 100 mg em 1,5h	15 mg IV bolus 50 mg IV em 30 min (0,75 mg/kg - máx. 50mg) 35 mg IV em 60 min (0,50 mg/kg - máx. 35mg) Total: 100 mg em 1,5h
Isordil SL (Dinitrato de Isossorbida)	Vasodilatador coronariano (alívio da dor)	5 mg SL, pode repetir a cada 5-10 min (máx. 3 doses/15 mg). <i>(Contraindicações: hipotensão, uso de inibidores PDE5, IAM de VD)</i>				
Nitroglicerina IV	Vasodilatador coronariano (se PA > 140 mmHg ou congestão)	Iniciar com 5 mL/h (5 mcg/min) e titular. <i>(Contraindicações: hipotensão, uso de inibidores PDE5, IAM de VD)</i>				
Metoprolol IV	Betabloqueador (reduz demanda de O2 miocárdico)	5 mg IV lento por 5 min, pode repetir 2x (dose total 15 mg). <i>(Cuidado: evitar em hipotensão, bradicardia, IC aguda, choque cardiogênico, BAV)</i>				
Morfina IV	Opioide (analgesia para dor refratária)	2 mg IV, pode repetir a cada 5 min (titular até alívio da dor). <i>(Sempre associar Metoclopramida 10 mg IV)</i>				
Fentanil IV	Opioide (analgesia para dor refratária)	25-50 mcg IV, pode repetir 1-2x (máx. 100 mcg). <i>(Sempre associar Metoclopramida 10 mg IV)</i>				

Medicamento	Mecanismo de Ação / Função	60 kg	70 kg	80 kg	100 kg	120 kg
Metoclopramida IV	Antiemético (associar a opioides)	10 mg EV, sempre junto com opioide.				
Captopril (IECA)	Vasodilatador (pós-estabilização)	25 mg VO, 3x/dia (ajustar conforme PA e função renal).				
Atenolol (Betabloqueador oral)	Betabloqueador (pós-estabilização)	25 mg VO, 12/12h (se Metoprolol succinato não disponível).				
Sinvastatina (Estatina)	Hipolipemiante (prevenção secundária)	40 mg VO à noite.				

3. Procedimentos para Solicitação de Vaga Hospitalar e Relatório de Transferência

A comunicação e a documentação são os pilares para uma transferência segura e eficaz, especialmente com as particularidades logísticas de Itariri-SP.

3.1. Procedimento para Solicitar Vaga Hospitalar no CROSS

O CROSS (Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde) é a ferramenta crucial para a transferência.

1. Estabilização Inicial e Fibrinólise:

- **Prioridade:** Antes de solicitar a vaga, o paciente deve estar o mais estável possível e, no caso de IAMCSST, a terapêutica de reperfusão (fibrinólise) deve ter sido iniciada ou concluída (com avaliação de sucesso/insucesso), desde que não haja contraindicação.
- **Monitorização e Suporte:** Manter monitoramento contínuo (monitor, oxímetro), acessos venosos, e suporte ventilatório (se necessário com o respirador disponível) e hemodinâmico.

2. Contato com o CROSS:

- **Identificação:** Identifique-se como médico do OS e solicite uma vaga para paciente com IAMCSST.
- **Informações Essenciais:** Tenha em mãos as seguintes informações do paciente para o sistema CROSS:
 - Nome completo, data de nascimento, CPF, RG, cartão SUS.
 - Diagnóstico principal (IAMCSST).
 - Condição clínica atual (nível de consciência, sinais vitais, estabilidade hemodinâmica).
 - Tratamentos já realizados (AAS, Clopidogrel, Enoxaparina, Fibrinolítico (qual) e horário de administração e dose).

- Resultados de exames relevantes (ECG inicial e pós-fibrinólise, troponina - se disponível, função renal).
- Necessidade de cateterismo cardíaco de resgate (**em caso de fibrinólise falha**) ou de rotina (**após fibrinólise bem-sucedida, entre 2 e 24h**).
- Tipo de ambulância necessária (**UTI Móvel**, dada a complexidade do caso e a distância).

3. **Acompanhamento da Solicitação:**

- Anote o número de protocolo da solicitação no CROSS.
- Mantenha contato regular com o CROSS para verificar o status da vaga.
- Prepare a equipe (enfermeiros, técnicos, motoristas) para a remoção assim que a vaga for confirmada.
- Em caso de demora excessiva ou dificuldades, **reforce a gravidade do caso** e a necessidade de transferência urgente.

3.2. **Relatório do Paciente para o Hospital de Referência**

Um **relatório claro e completo** é fundamental para garantir a continuidade do cuidado no hospital de destino. **Deve ser conciso, mas com todas as informações necessárias.**

Elementos Essenciais do Relatório de Transferência:

- **Identificação do Paciente:** Nome completo, idade, data de nascimento, sexo, CPF, RG, cartão SUS, contato de familiar.
- **Diagnóstico de Entrada:** IAMCSST.
- **Histórico da Doença Atual:**
 - Início dos sintomas (data e hora exatas).
 - Características da dor (local, irradiação, intensidade, fatores de melhora/piora).
 - Sintomas associados (náuseas, vômitos, diaforese, dispneia).
 - Fatores de risco cardiovasculares (HAS, DM, dislipidemia, tabagismo, histórico familiar).
 - Antecedentes médicos relevantes (IAM prévio, AVC, IRC, etc.).
 - Medicamentos de uso contínuo do paciente.
 - Alergias conhecidas.
- **Exame Físico de Entrada e Atual:**
 - Sinais vitais (PA, FC, FR, SatO2, Tax).
 - Exame cardiovascular, pulmonar, abdominal, neurológico (com destaque para o que for relevante).
 - Nível de consciência. Se o GLASGOW COM VALOR =<
- **Resultados de Exames:**
 - **ECGs:** Anexar ou descrever detalhadamente o ECG inicial (com hora da realização e achados de supradesnivelamento e derivações afetadas) e, se aplicável, o ECG pós-fibrinólise (com hora e sinais de reperfusão).

- **Laboratório:** Resultados de troponina (se disponível), CKMB, hemograma, coagulograma (TP/INR, TTPa), função renal, eletrólitos, glicemia.
- **Condutas Realizadas no PS de Itariri-SP (Com Data e Hora):**
 - **AAS:** Dose, via, hora.
 - **Clopidogrel:** Dose, via, hora.
 - **Anticoagulação (Enoxaparina ou HNF):** Dose, via, hora (bolus e manutenção).
 - **Fibrinólise (Qual agente):** Nome do fibrinolítico, dose total, hora de início e término da administração.
 - **Avaliação de Reperusão Pós-Fibrinólise:** (Ex: "Melhora da dor e redução de 70% do supradesnívelamento em V2-V5 no ECG realizado às [hora]").
 - **Manejo da Dor:** Nitrato (doses, via), Betabloqueador (doses, via), Opioide (doses, via, se associado a Metoclopramida).
 - **Outras medicações:** Diuréticos, sedativos, etc.
 - **Medidas de Suporte:** Oxigenoterapia, intubação (se realizada), acessos venosos.
- **Status do Paciente para a Transferência:**
 - Condição hemodinâmica atual (estável, instável, uso de vasopressores).
 - Status respiratório. (respirador? Parâmetros?)
 - Possíveis complicações (arritmias, sangramentos, insuficiência cardíaca).
 - Quaisquer intercorrências durante a estabilização.
- **Objetivo da Transferência:** Cateterismo cardíaco (de resgate ou de rotina).
- **Nome e Assinatura do Médico Responsável:** Com carimbo e CRM.

Importante: Dado o tempo de remoção de até 2 horas, o relatório deve ser meticulosamente preparado e uma cópia deve acompanhar o paciente com a equipe da ambulância UTI. A equipe de transferência deve ser orientada sobre os pontos-chave do relatório para uma comunicação eficaz na chegada ao hospital de referência.

4. Documentações para Segurança Jurídica

A documentação adequada é um escudo legal fundamental para os profissionais de saúde. Em um PS com recursos limitados e a necessidade de transferências, ela se torna ainda mais crítica.

4.1. Preenchimento de Prontuário Eletrônico

O prontuário eletrônico é o registro oficial e deve ser preenchido de forma **completa, clara e cronológica**. A Intranet e o aplicativo de prontuário (PEC do MS) são ferramentas valiosas para isso.

- **Identificação Completa:** Dados demográficos do paciente.
- **Queixa Principal e História da Doença Atual (HDA):** Detalhar o relato do paciente, início dos sintomas, características, fatores associados, antecedentes. Registrar horário da queixa.
- **Anamnese e Antecedentes:** Revisar histórico médico completo, medicações em uso, alergias.
- **Exame Físico Detalhado:** Registrar todos os achados do exame físico inicial e das reavaliações, com data e hora.
- **Sinais Vitais:** Registrar PA, FC, FR, SatO2, Temperatura em cada aferição.

• **Resultados de Exames:**

- **ECG:** Anexar ou descrever integralmente o ECG (inicial, pós-fibrinólise, etc.), incluindo data e hora de cada traçado. Indicar o laudo do Telecard (se utilizado).
- **Laboratoriais:** Inserir os resultados dos exames coletados (troponina, CKMB, hemograma, coagulograma, etc.), com data e hora da coleta.
- **Prescrições Médicas:** Registrar todas as medicações prescritas, doses, vias, horários, justificativa (ex: "AAS 300mg VO mastigável para IAMCSST").
- **Evolução Clínica:** Registrar a evolução do paciente de forma cronológica e descritiva, incluindo:
 - Reavaliações (a cada 15-30 minutos na fase aguda), com sinais vitais e exame físico direcionado.
 - Resposta às medicações (ex: "Após Morfina, relato de melhora da dor de 10/10 para 3/10").
 - Eventuais intercorrências (arritmias, sangramentos, hipotensão).
 - **Comunicação:** Registrar toda comunicação com familiares, com o CROSS (incluir número de protocolo, hora da solicitação e retorno), e com o hospital de referência.
- **Consentimento Informado:** Registrar que o paciente (ou familiar, se ele não estiver consciente/orientado) foi informado sobre o diagnóstico, a necessidade de fibrinólise e os riscos/benefícios do procedimento, e que concordou (verbalmente, com testemunhas, se possível). Registrar a recusa, se houver.

Destaque: "É crucial sentar com o paciente ou acompanhante e revisar as contraindicações antes da administração [da Alteplase ou Tenecteplase]" (IAM COM SUPRA EM ST - 2025, Seção 3.2). **Registre essa conversa no prontuário.**

- **Plano Terapêutico:** Detalhar as próximas etapas, incluindo a transferência.
- **Assinatura Eletrônica:** Garantir que todas as entradas sejam assinadas eletronicamente pelo profissional responsável.

4.2. Atestado de Óbito

Em situações de emergência onde o óbito ocorre no PS, a correta emissão do atestado de óbito é um documento legal de extrema importância.

- **Critérios para Atestar o Óbito:**
 - **Confirmar o Óbito:** Ausência de pulso, ausência de movimentos respiratórios, pupilas fixas e midríase (fotorreagentes) por tempo prolongado, ausência de reflexos.
 - **Tempo de Observação:** Observar por tempo adequado para descartar apneia e bradicardia severa antes de declarar o óbito.
- **Preenchimento do Atestado de Óbito:**
 - **Parte I:** Causas da Morte (sequencial e cronológica, com a causa básica na última linha).
 - Linha A (Causa imediata. Ex.: Choque Cardiogênico ou Fibrilação Atrial) **NÃO ESCREVER PARADA CARDIORESPIRATÓRIA**
 - Linha B: Infarto Agudo do Miocárdio (causa intermediária).
 - Linha C: Doença Arterial Coronariana (causa básica).
 - **Linha D: (Se houver outra causa básica, ex: Diabetes Mellitus tipo 2).**

- **Parte II: Outras condições mórbidas significativas que contribuíram para o óbito, mas não diretamente** relacionadas à cadeia de eventos da Parte I (ex: Hipertensão Arterial Sistêmica).
- **Identificação do Médico:** Nome completo, CRM, assinatura.
- **Data e Hora do Óbito:** Registrar com precisão.
- **Local do Óbito:** Pronto Socorro de Itariri-SP.
- **Informar a Família:** Registrar no prontuário o horário e quem foi informado sobre o óbito.
- **Discutir com a Equipe:** A equipe de 2 médicos presentes pode **auxiliar na revisão e confirmação**.

Segurança Jurídica: Um atestado de óbito bem preenchido reflete a diligência e o conhecimento técnico do médico. Erros ou omissões podem gerar questionamentos legais.

4.3. Relatórios Necessários para Transferências e Atendimentos

Além do relatório de transferência mencionado acima, outros registros são cruciais.

- **Folha de Boas Práticas/Checklists:** Utilizar checklists para IAMCSST (AAS, Clopidogrel, Enoxaparina, fibrinolítico, etc.) ajuda a padronizar a conduta e documentar que todos os passos foram seguidos.
- **Registro de Intercorrências:** Qualquer evento adverso, como sangramentos, arritmias, ou reações alérgicas, deve ser detalhadamente registrado, incluindo as medidas tomadas e a resposta do paciente.
- **Relatório de Ambulância UTI:** A equipe da ambulância UTI deve ter seu próprio relatório de bordo, que registre os sinais vitais do paciente durante o transporte, medicações administradas, e quaisquer intercorrências na remoção. Este documento é um complemento ao relatório do PS.
- **Registro Fotográfico (se permitido e clinicamente indicado):** Em caso de lesões visíveis (ex: hematomas extensos, feridas), pode ser útil um registro fotográfico (**com consentimento, se possível**) para **documentação da condição do paciente na transferência**.

Considerações Finais para o PS

Este protocolo foi desenhado para ser um **guia prático, alinhado com as mais recentes diretrizes e, fundamentalmente, adaptado à sua realidade de trabalho**.

- **Treinamento Contínuo:** Garanta que toda a equipe (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, motoristas) esteja familiarizada com este protocolo, especialmente os tempos-alvo e os procedimentos de fibrinólise e transferência. Simulações periódicas podem ser muito úteis.
- **Disponibilidade de Recursos:** Verifique regularmente a disponibilidade de medicamentos e insumos essenciais para IAMCSST na Sala de Emergência.
- **Comunicação Interdisciplinar:** A eficiência do atendimento em seu PS dependerá muito da comunicação fluida e da colaboração entre os 2 médicos, 2 enfermeiras e 4-5 técnicos de enfermagem por plantão.
- **Ambulância UTI:** A disponibilidade de uma ambulância UTI e motoristas experientes é um diferencial importante. Enfatize a necessidade de prontidão da equipe de remoção.
- **Telecard:** Utilize o Telecard 24h como uma ferramenta de apoio, mas não como um fator de atraso. A decisão de fibrinolizar é clínica e eletrocardiográfica.

Espero que este protocolo seja uma ferramenta valiosa para aprimorar ainda mais o atendimento aos pacientes com IAMCSST em seu PS.

Rotina Acelerada: Paciente de 80 kg com Suspeita de IAMCSST no PS

Vamos simular o atendimento ao nosso paciente, com foco nas ações críticas e tempos-alvo.

Fase 1: Chegada e Avaliação Inicial (0-10 minutos)

O paciente de 80 kg chega ao PS com queixa de dor torácica.

- **Ação da Equipe:**
 - **Triagem Rápida:** Recebido por enfermeiro/técnico, prioridade **vermelha** (emergência) imediata.
 - **Sala de Emergência:** Encaminhamento direto para a sala de emergência.
 - **Monitorização:** Instalar monitor cardíaco (ECG contínuo), oxímetro de pulso, aferir PA.
 - **Acesso Venoso:** Obter **dois acessos venosos periféricos calibrosos**.
 - **Oxigênio:** Iniciar oxigenioterapia se SatO₂ < 90% ou sinais de hipoxemia.
 - **Dieta Zero:** Orientar paciente e acompanhante sobre a dieta zero.
 - **ECG:** Realizar **ECG de 12 derivações em até 10 minutos**. Se houver suspeita de IAM inferior, já realizar V3R e V4R. Se infra em V1-V3, realizar V7-V9.
 - **Coleta de Exames:** Coletar sangue para troponina (se disponível), hemograma, função renal, eletrólitos, glicemia, coagulograma (TP/INR, TTPa). **NÃO AGUARDAR RESULTADOS** para condutas de reperfusão.
- **Decisão Médica:**
 - **Interpretação do ECG:** Identificado supradesnívelamento de ST em ≥ 2 derivações contíguas. **Diagnóstico provável: IAMCSST.**

Fase 2: Início Imediato do Tratamento de Reperusão (10-30 minutos)

Dada a distância e o tempo de remoção, a **fibrinólise é a estratégia preferencial**.

- **Antitrombóticos e Anticoagulantes:**
 - **AAS:** Administrar **300 mg VO mastigável** (Ex: 3 comprimidos de 100 mg).
 - **Clopidogrel:** Administrar **300 mg VO** (Ex: 4 comprimidos de 75 mg), a menos que o paciente tenha mais de 75 anos (nesse caso, 75 mg VO).
 - **Enoxaparina (para 80 kg):**
 - Bolus IV: **30 mg EV em bolus**.
 - Manutenção SC: **15 minutos após o bolus, iniciar 80 mg SC (1 mg/kg)**.
- **Fibrinolítico (Tenecteplase preferencial - para 80 kg):**
 - **Revisar Contraindicações:** **Crucial sentar com paciente/acompanhante** e documentar a ausência de contraindicações absolutas e relativas no prontuário.
 - **Administração:** Administrar **40 mg de Tenecteplase EV em dose única** (conforme tabela de peso).
 - **Registro:** Documentar horário exato de início e término da infusão.

Fase 3: Estabilização e Manejo da Dor (30-60 minutos)

- **Manejo da Dor:**
 - **Nitrato:** Se PA > 90 mmHg e sem uso recente de inibidores de PDE5, administrar **Isordil 5 mg SL**. Pode repetir 2x (total de 3 doses).
 - **Betabloqueador:** Se estável (sem hipotensão, bradicardia, sinais de IC), considerar **Metoprolol 5 mg EV lento** (pode repetir até 2x, total de 15 mg).
 - **Dor Refratária:** Se a dor persistir, administrar **Morfina 2 mg EV** (titular a cada 5 min). **OBRIGATORIAMENTE associar Metoclopramida 10 mg EV.**

Avaliação de Sucesso da Fibrinólise:

- **15-30 minutos pós-fibrinólise:** Reavaliar dor, sinais vitais. Se possível, realizar um **novo ECG** para verificar a redução do supradesnivelamento de ST (>50% em 90-120 minutos é critério de sucesso).
- **Monitorar:** Estabilidade hemodinâmica, arritmias, sinais de sangramento (especialmente em punções).
- **Comunicação:**
 - **Contato com CROSS:** Iniciar imediatamente o processo de solicitação de vaga para hospital com hemodinâmica, informando que a fibrinólise foi realizada (ou se foi insucesso). **Solicitar ambulância UTI.**

Fase 4: Pós-Fibrinólise, Prescrição de Manutenção e Preparação para Transferência (60 minutos em diante)

O objetivo é manter o paciente estável durante as horas seguintes até a remoção.

- **Monitorização:** Manter monitoramento cardíaco contínuo e sinais vitais.
- **Prescrição Pós-Estabilização (para 80 kg):**
 - **AAS:** 100 mg VO, 1x ao dia.
 - **Clopidogrel:** 75 mg VO, 1x ao dia.
 - **Enoxaparina:** 80 mg SC a cada 12 horas (manutenção da anticoagulação).
 - **IECA: Captopril 25 mg VO, 3x ao dia** (ajustar conforme PA).
 - **Betabloqueador oral:** Se disponível, **Atenolol 25 mg VO, 12/12h.**
 - **Estatina: Sinvastatina 40 mg VO à noite.**
- **Documentação Essencial:**
 - **Prontuário Eletrônico:** Preencher detalhadamente **todos os passos, horários, doses, achados clínicos e de ECG**, intercorrências e comunicação com familiares/CROSS.
 - **Relatório de Transferência:** Preparar relatório completo para o hospital de referência, incluindo:
 - Identificação do paciente.
 - História da doença atual e antecedentes.
 - ECGs (inicial e pós-fibrinólise).
 - Exames laboratoriais.
 - Todas as medicações administradas (dose, via, horário).
 - Avaliação do sucesso da fibrinólise.
 - Condição atual do paciente para a transferência.

- **Preparação da Transferência:**

- **Equipe de Remoção:** Coordenar com os motoristas e enfermeiros/técnicos da ambulância UTI.
- **Material:** Certificar-se de que a ambulância está equipada e que o paciente está com todos os documentos e medicações de manutenção.
- **Acompanhamento:** A equipe de remoção deve estar ciente de todos os detalhes clínicos do paciente.

Esta rotina é um esqueleto para guiar a equipe, permitindo flexibilidade para as particularidades de cada paciente, mas sempre buscando a máxima agilidade na reperusão e uma transição segura para o hospital de referência, mitigando os desafios geográficos e de recursos. Sua proatividade em organizar isso é um grande diferencial para a comunidade de Itariri-SP!









 **Checklist Detalhado para Atendimento de IAMCSST no PS de Itariri-SP**

Este checklist foi elaborado para otimizar o atendimento ao paciente com Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnívelamento de ST (IAMCSST) na sua unidade. Ele integra os recursos disponíveis, a necessidade de agilidade na fibrinólise e a preparação para uma remoção segura.

 **Prioridade Máxima: "Tempo é Músculo" - Ações Críticas em Tempos-Alvo**

Ter um checklist detalhado e visualmente organizado é uma **ferramenta poderosa para garantir que nenhuma etapa crucial seja esquecida, especialmente em situações de alta pressão como o atendimento a um IAMCSST.**

Com base nas diretrizes do "IAM COM SUPRA EM ST - 2025" e na realidade do seu PS em Itariri-SP, um checklist abrangente que pode ser impresso e utilizado na sala de emergência. Ele foca na agilidade, na tomada de decisões e na segurança do paciente e da equipe, considerando a fibrinólise como estratégia primária.

Fase/Tempo Alvo	Ação / Item do Checklist	Detalhes e Orientações para a Equipe	Responsável	✓
 Fase 1: Chegada, Triagem e Diagnóstico Rápido				
0-5 minutos (Chegada ao PS)	 Reconhecimento Rápido	Paciente com dor torácica ou equivalentes isquêmicos (diaforese, dor epigástrica, náuseas, dispneia, dor em mandíbula/braço). Priorizar IMEDIATAMENTE para Sala de Emergência.	Enfermeiro / Técnico	
	 Acesso à Sala de Emergência	Levar diretamente à cama da sala de emergência. A cama com controles por botões facilita o posicionamento.	Técnico	
0-10 minutos (Diagnóstico)	 Monitorização Inicial	Instalar eletrodos de ECG contínuo no monitor, oxímetro de pulso, cuff para PA.	Enfermeiro / Técnico	
	 Acessos Venosos	Obter DOIS acessos venosos periféricos calibrosos. Preferencialmente em membros superiores.	Enfermeiro / Técnico	
	 Oxigenoterapia	Infundir O2 suplementar APENAS se SatO2 < 90% ou sinais de hipoxemia (ex: insuficiência respiratória). Evitar rotina.	Enfermeiro / Médico	
	 Dieta Zero	Orientar paciente e acompanhante sobre dieta zero devido à possível necessidade de procedimentos invasivos e transferência.	Enfermeiro / Médico	
	 ECG de 12 Derivações	Realizar e interpretar em até 10 minutos da chegada . Se IAM inferior (DII, DIII, aVF), fazer V3R/V4R. Se infra de ST em V1-V3, fazer V7-V9.	Técnico / Médico	

Fase/Tempo Alvo	Ação / Item do Checklist	Detalhes e Orientações para a Equipe	Responsável	✓
0-10 minutos (Diagnóstico)	✓ Coleta de Exames Lab.	Coletar amostras: troponina, hemograma, função renal, eletrólitos, glicemia, coagulograma (TP/INR, TTPa). **NÃO ATRASAR CONDUTAS** de reperfusão por aguardar resultados.	Enfermeiro / Técnico	
	✓ Diagnóstico de IAMCSST	Confirmar supradesnivelamento de ST > 1mm em ≥ 2 derivações contíguas (exceções V2/V3), ou IAM posterior/tronco. **Decisão:** IAMCSST. Utilizar Telecard para confirmação, se disponível e sem atraso.	Médico	
< 20 minutos (Decisão)	✓ Avaliar Contraindicações	Revisar rigorosamente contraindicações absolutas e relativas para fibrinólise. **Comunicar e documentar** com paciente/acompanhante (*IAM COM SUPRA EM ST - 2025, Seção 3.2*).	Médico	
	✓ Confirmar Estratégia	Devido à realidade de Itariri-SP, a fibrinólise é a principal estratégia de reperfusão. Preparar para iniciar imediatamente.	Médico	
→ Fase 2: Fibrinólise e Tratamento Farmacológico Agudo				
< 30 minutos (Início da Fibrinólise)	✓ AAS (Ácido Acetilsalicílico)	300 mg VO mastigável (3 comprimidos de 100 mg). **Verificar alergia ou sangramento ativo.**	Enfermeiro / Médico	
	✓ Clopidogrel	300 mg VO (4 comprimidos de 75 mg). Se > 75 anos, fazer 75 mg VO.	Enfermeiro / Médico	
	✓ Enoxaparina	Paciente de 80 kg: 30 mg EV em bolus . Após 15 min do bolus, 80 mg SC (1 mg/kg). (Ajustar para >75 anos ou Cl Cr <30).	Enfermeiro	
	✓ Fibrinolítico (Tenecteplase)	Paciente de 80 kg: 40 mg EV em dose única . Administrar lentamente. **Verificar validade e integridade da apresentação.**	Médico / Enfermeiro	
Contínuo (Manejo da Dor)	✓ Nitrato	Isordil 5 mg SL , repetir a cada 5-10 min (máx. 3 doses). **Cuidado:** hipotensão, uso de inibidores PDE5 (sildenafil, tadalafil), IAM de VD (DII, DIII, aVF + V3R/V4R).	Médico / Enfermeiro	
	✓ Betabloqueador IV	Metoprolol 5 mg EV lento (5 min), repetir 2x (total 15 mg). **Cuidado:** hipotensão, bradicardia, sinais de IC aguda, choque, BAV.	Médico / Enfermeiro	
	✓ Opióide para Dor Refratária	Morfina 2 mg EV (titular a cada 5 min) OU Fentanil 25-50 mcg EV (repetir 1-2x). **OBRIGATÓRIO:** Administrar junto com **Metoclopramida 10 mg EV** .	Médico / Enfermeiro	
→ Fase 3: Pós-Fibrinólise, Estabilização e Preparação para Transferência				
90-120 min pós-fibrinólise	✓ Avaliar Sucesso da Fibrinólise	Clínico: Melhora significativa da dor. ECG: Redução > 50% do supradesnivelamento de ST no ECG de reavaliação. Estabilidade hemodinâmica.	Médico	
	✓ Decisão Pós-Fibrinólise	Sucesso: Transferência para cateterismo em 2-24h. Insucesso: Transferência para cateterismo de resgate (URGENTE).	Médico	
Contínuo (Manutenção)	✓ Prescrição de Manutenção	AAS 100 mg VO 1x/dia, Clopidogrel 75 mg VO 1x/dia, Enoxaparina 80 mg SC 12/12h, Captopril 25 mg VO 3x/dia, Atenolol 25 mg VO 12/12h, Sinvastatina 40 mg VO à noite.	Médico	
	✓ Monitoramento Constante	Manter monitoramento cardíaco, PA, SatO2, diurese. Observar sinais de sangramento (punções, hematomas, hemorragias). Reavaliar nível de consciência.	Enfermeiro / Técnico	
Imediato pós-decisão	✓ Contato CROSS	Acionar o CROSS para solicitação de vaga em hospital com hemodinâmica (cateterismo de rotina ou resgate). **Solicitar AMBULÂNCIA UTI.**	Médico / Enfermeiro	

Fase/Tempo Alvo	Ação / Item do Checklist	Detalhes e Orientações para a Equipe	Responsável	✓
Imediato pós-decisão	✓ Preparação Equipe de Remoção	Alertar motoristas e equipe da ambulância (se houver) para prontidão. Orientar sobre o caso e a gravidade.	Médico / Enfermeiro	
	✓ Preparar Relatório de Transferência	Documento completo com dados do paciente, histórico, exames, todas as condutas realizadas (horários e doses), estado atual e motivo da transferência.	Médico	
	✓ Documentos para Transferência	Prontuário completo, cópias de ECGs, resultados de exames (se já disponíveis), relatório de transferência e, se possível, termo de consentimento para transferência.	Enfermeiro	
➡ Fase 4: Transferência e Entrega ao Hospital de Referência				
Durante a Remoção	✓ Acompanhamento Qualificado	Paciente deve ser acompanhado por equipe qualificada da ambulância UTI, com monitoramento contínuo e capacidade de intervenção.	Enfermeiro / Médico (se possível)	
Chegada ao Hospital de Referência	✓ Comunicação Contínua	Manter comunicação com o PS de Itariri-SP e com o hospital de destino sobre o status do paciente e tempo estimado de chegada.	Equipe Ambulância	
	✓ Passagem de Caso Detalhada	Realizar passagem de caso minuciosa para a equipe receptora, entregando todo o relatório e documentos. Destacar a evolução e intercorrências.	Médico / Enfermeiro	
➡ Documentação Contínua (Para Segurança Jurídica)				
'Do Início ao Fim	✓ Prontuário Eletrônico	Registrar TODAS as ações, horários, doses, justificativas, achados de exames, reavaliações, intercorrências e comunicações (com CROSS, familiares, equipe de remoção). Assinar eletronicamente.	Médico / Enfermeiro	
	✓ Termo de Consentimento	Registrar no prontuário a informação prestada ao paciente/familiar sobre o diagnóstico, tratamento (fibrinólise), riscos/benefícios e necessidade de transferência. Registrar aceite ou recusa.	Médico	
	✓ Atestado de Óbito (se aplicável)	Em caso de óbito, preencher o atestado de óbito de forma completa e correta, seguindo a cadeia de eventos e as normas do CFM. Registrar comunicação com familiares.	Médico	

Espero que este checklist detalhado seja de grande utilidade as equipes do PS de Itariri-SP. Ele serve como um guia prático para assegurar a conformidade com os protocolos e a melhor prática clínica, mesmo em condições desafiadoras. **Sua organização e visão são essenciais para otimizar o atendimento!**