

Fase: Preparação

IAM com Supradesnivelamento do ST

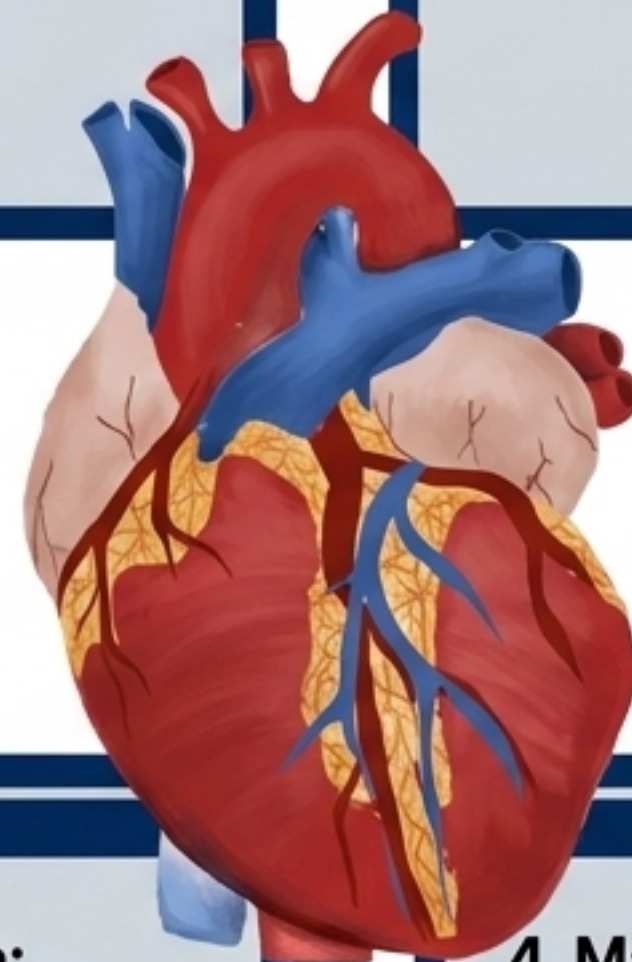
Do primeiro contato médico à reperfusão —
Protocolo Clínico Integrado

1. Reconhecimento:

Identificar clínica (típica/atípica) e ECG em <10 min.

2. Decisão Estratégica:

ICP Primária vs. Fibrinólise.



3. Farmacologia:

Prescrever antitrombóticos e fibrinolíticos com segurança.

4. Manejo Pós-Agudo:

Identificar falhas, evitar erros no manejo sintomático e coordenar transferência.

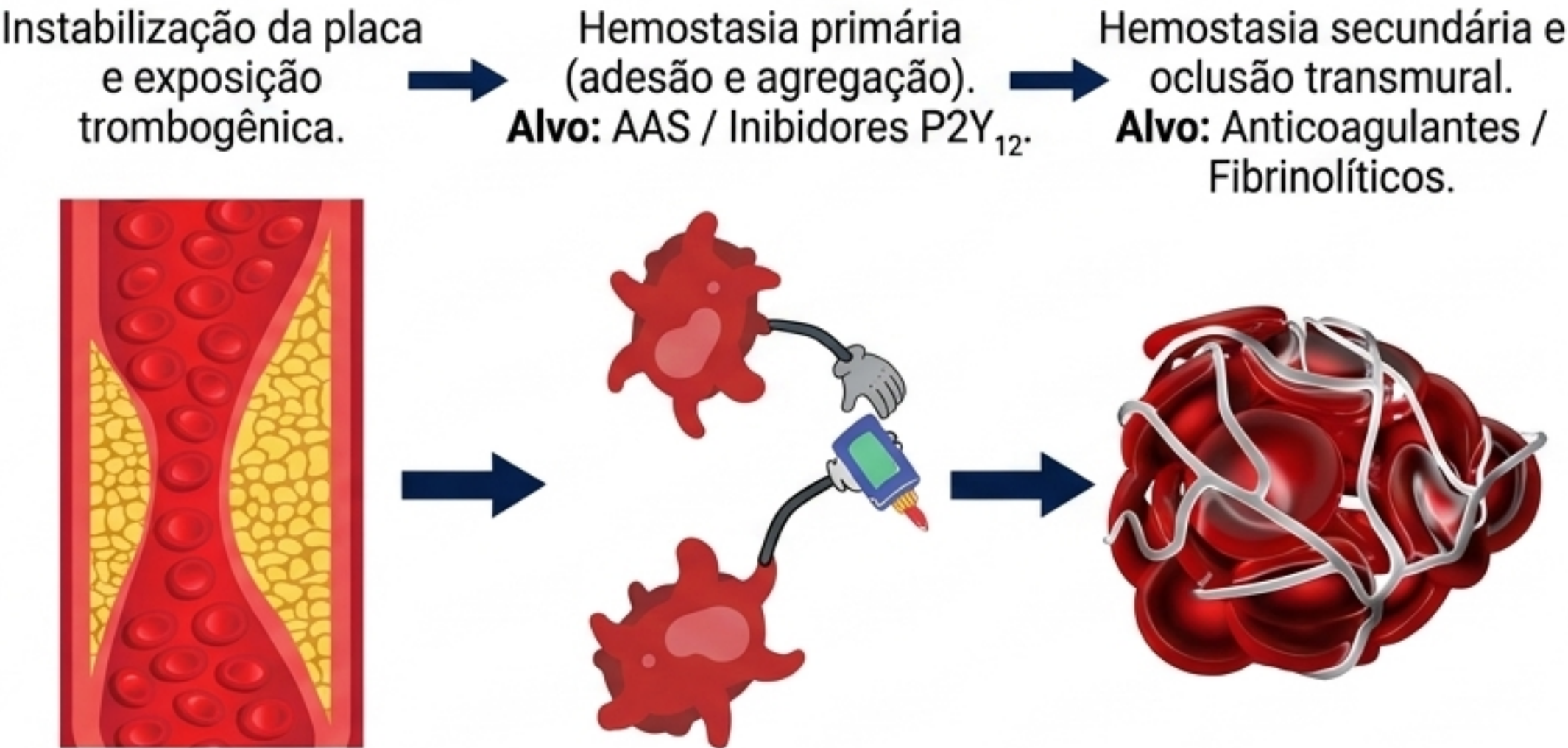
Eixo do Tempo: Minuto 0 - Admissão

Patient Chart

 **CONDUTA NO PS SEM HEMODINÂMICA**

Paciente:	Marcolino Centurião, 57 anos (80 kg).
Queixa:	Mal-estar, aperto no peito e náuseas há 1 hora.
Antecedentes:	Hipertensão arterial (HAS) e tabagismo.
Sinais Vitais:	FC 94 bpm FR 20 irpm SpO ₂ 96% (ar ambiente) PA 150/95 mmHg.

Coronary Occlusion Flowchart



Como reconhecer, reperfundir e conduzir com segurança esse paciente sem atrasos?

Eixo do Tempo: < 10 min

Diagnóstico Clínico

Dor torácica (>10 min) entre umbigo e mandíbula
OU
Equivalentes isquêmicos (dispneia, sudorese, náusea, hipotensão).

Eletrocardiograma

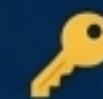
ECG de 12 derivações interpretado em até 10 minutos.

O Pacote dos Primeiros 10 Minutos



Laboratório

Colher hemograma, eletrólitos, coagulograma, troponina.



PONTO-CHAVE

10 a 30% dos pacientes com SCA NÃO apresentam dor (especialmente idosos, mulheres, e diabéticos).

Ações Imediatas

Avaliar ABCDE, 2 acessos venosos, monitorização contínua, desfibrilador à mão.



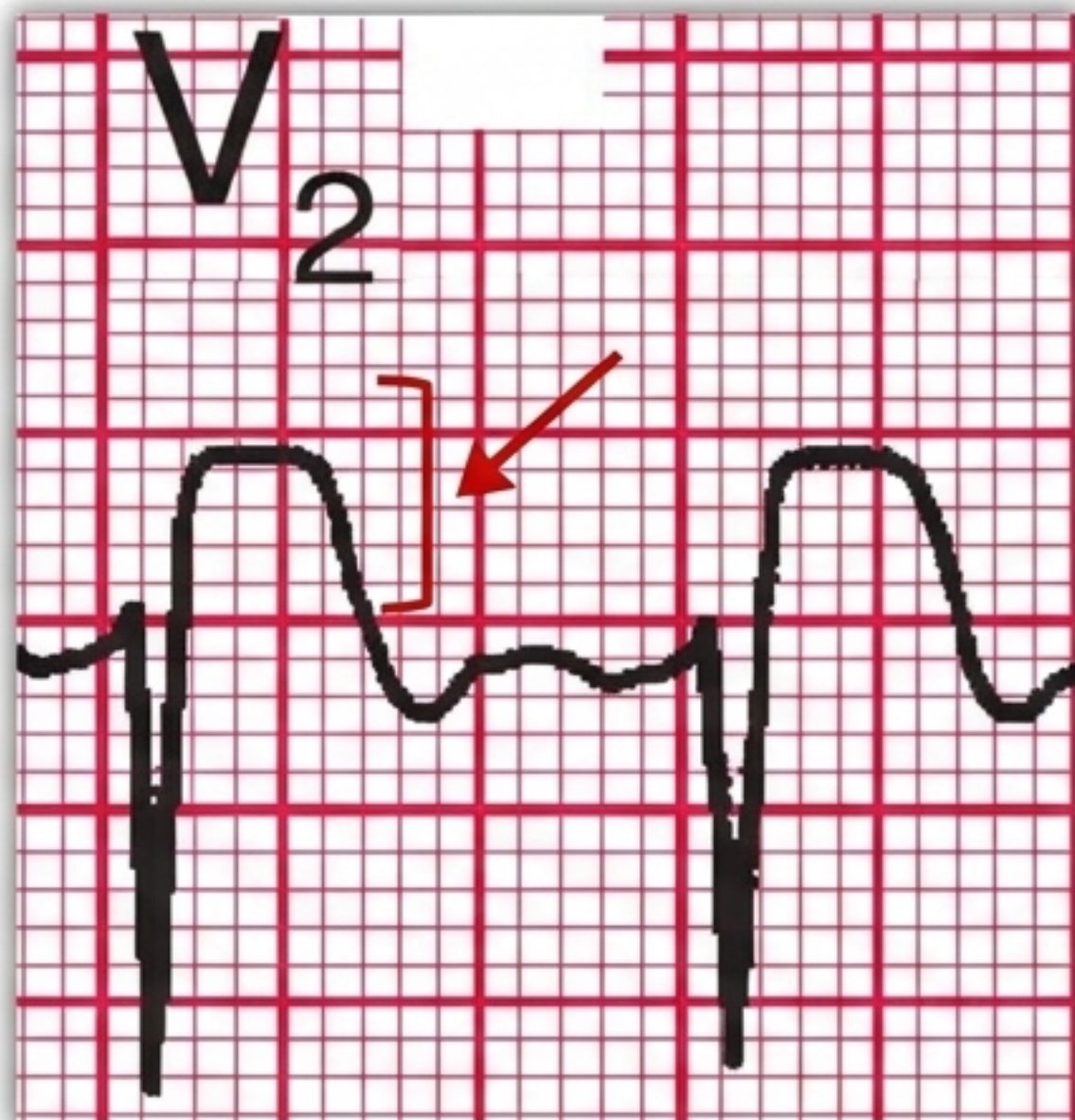
ERRO FREQUENTE

Aguardar o resultado da Troponina para ativar a reperfusão. O diagnóstico é clínico-eletrocardiográfico.

Eixo do Tempo: < 10 min

Critérios Eletrocardiográficos: Confirmação do Supra

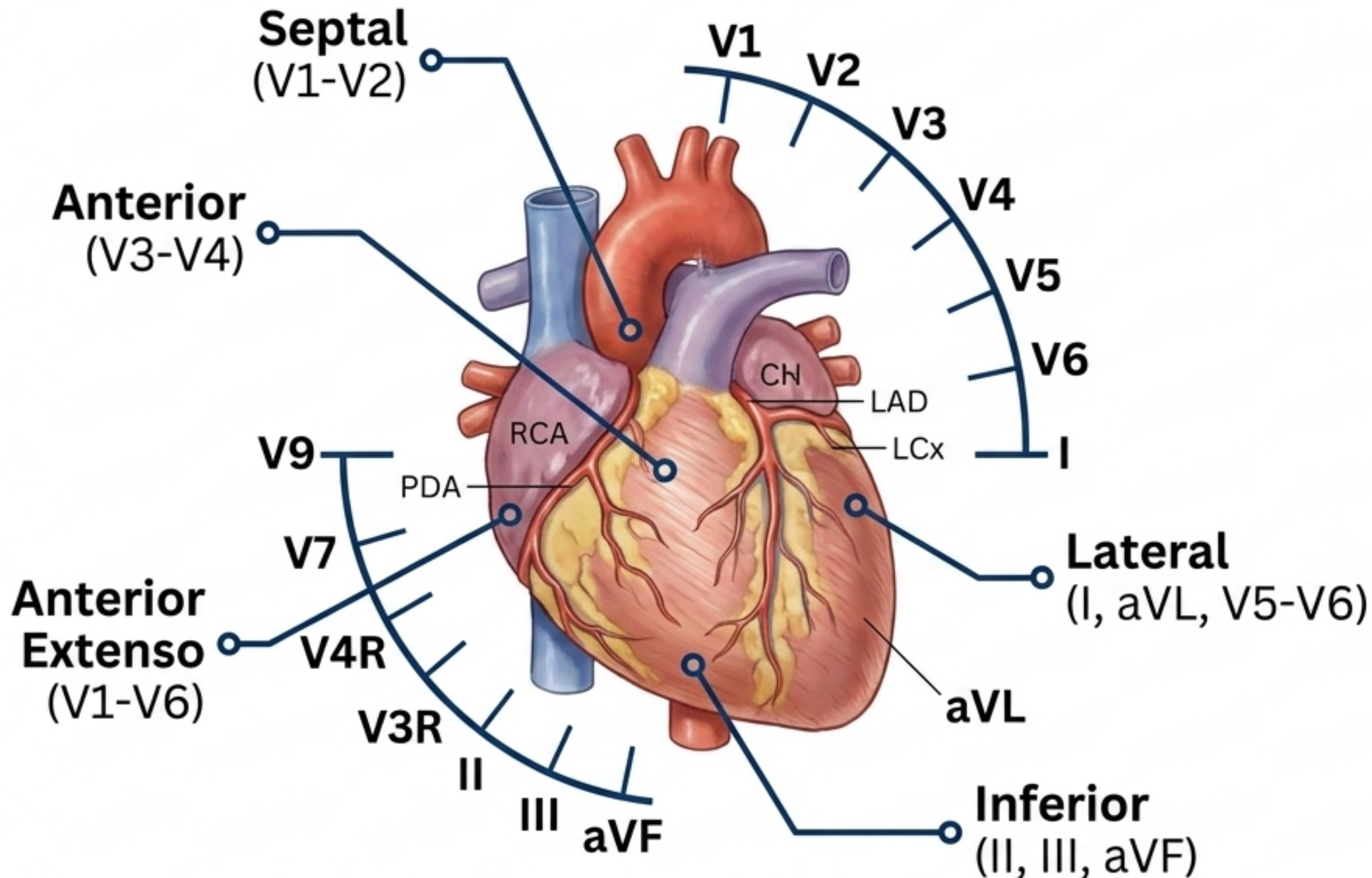
Elevação nova do ponto J em ≥ 2 derivações contíguas.



Todas as derivações (exceto V2-V3)	$\geq 1,0 \text{ mm}$
V2-V3 (Homens ≥ 40 anos)	$\geq 2,0 \text{ mm}$
V2-V3 (Homens < 40 anos)	$\geq 2,5 \text{ mm}$
V2-V3 (Mulheres, qualquer idade)	$\geq 1,5 \text{ mm}$

⌚ NÃO ATRASAR A REPERFUSÃO: Detectou o supra? Acione a hemodinâmica ou prepare a fibrinólise imediatamente.

Eixo do Tempo: < 10 min



Derivações Complementares

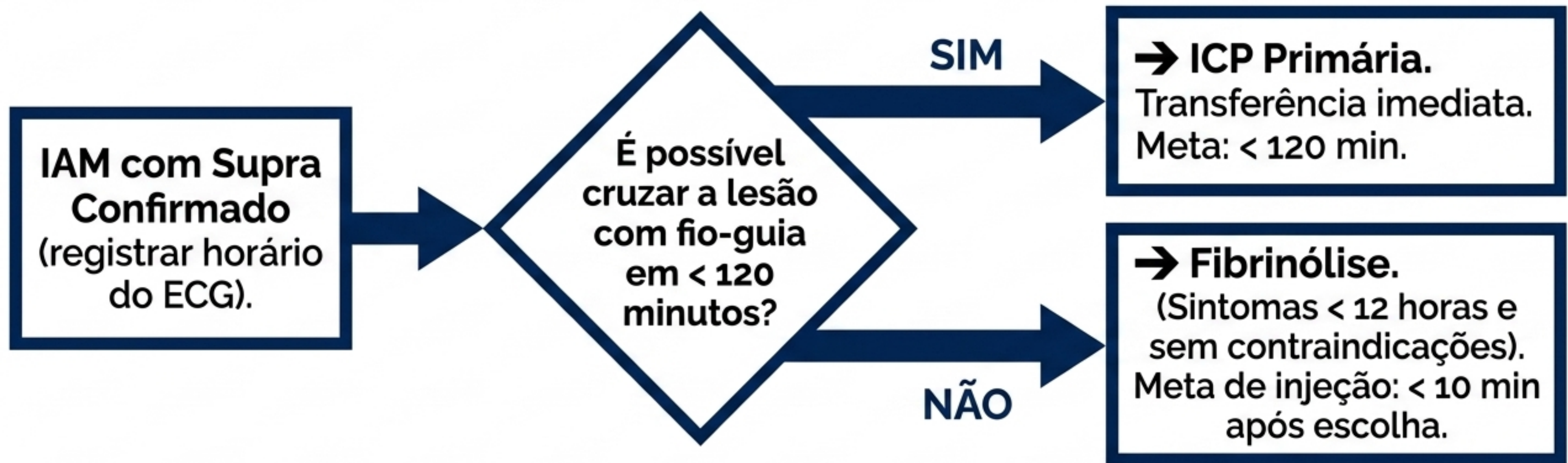
- **IAM Inferior:** Obriga V3R e V4R (pesquisa de IAM de Ventrículo Direito).
- **Infra em V1-V3 (Imagem em espelho):** Obriga V7-V9 (pesquisa de IAM Posterior). Elevação $\geq 0,5$ mm já é diagnóstica.

Diagnósticos Diferenciais

- Pericardite, Repolarização Precoce, Hiperpotassemia, Síndrome de Brugada, BRE (aplicar critérios), Dissecção de Aorta.

Eixo do Tempo: Minuto 10 - Decisão

O Relógio da Reperusão: Algoritmo de Escolha



⌚ NÃO ATRASAR A REPERFUSÃO: O tempo estimado inclui o transporte E o preparo da sala.
Se houver dúvida sobre o prazo, opte pela fibrinólise se não houver contraindicação.

Farmacologia para ICP Primária

Antiplaquetários	Anticoagulantes
AAS: Ataque 150-300 mg VO mastigável. Manutenção 75-100 mg/dia.	HNF (Padrão): Seguir protocolo do laboratório (titulação).
Ticagrelor: Ataque 180 mg VO. Manutenção 90 mg 12/12h (Preferido ao clopidogrel).	Enoxaparina: Alternativa, seguir protocolo local.
Prasugrel / Clopidogrel: Usar como alternativas dependendo da anatomia/disponibilidade.	



CONTRAINDICAÇÃO: Inibidores GP IIb/IIIa (Tirofibana) NÃO são rotina pré-hospitalar. Uso restrito na sala de hemodinâmica.

Eixo do Tempo: Fibrinólise (< 10 min do diagnóstico)

Estratégia Farmacoinvasiva (Quando a ICP atrasar)



 **CONDUTA NO PS SEM HEMODINÂMICA:** O paciente deve ser estabilizado e imediatamente inserido no fluxo de transferência regulada.

Eixo do Tempo: Segurança na Fibrinólise

Dosagem Tenecteplase (Bolus IV Único)

< 60 kg → 30 mg

60-69 kg → 35 mg

70-79 kg → 40 mg

80-89 kg → 45 mg

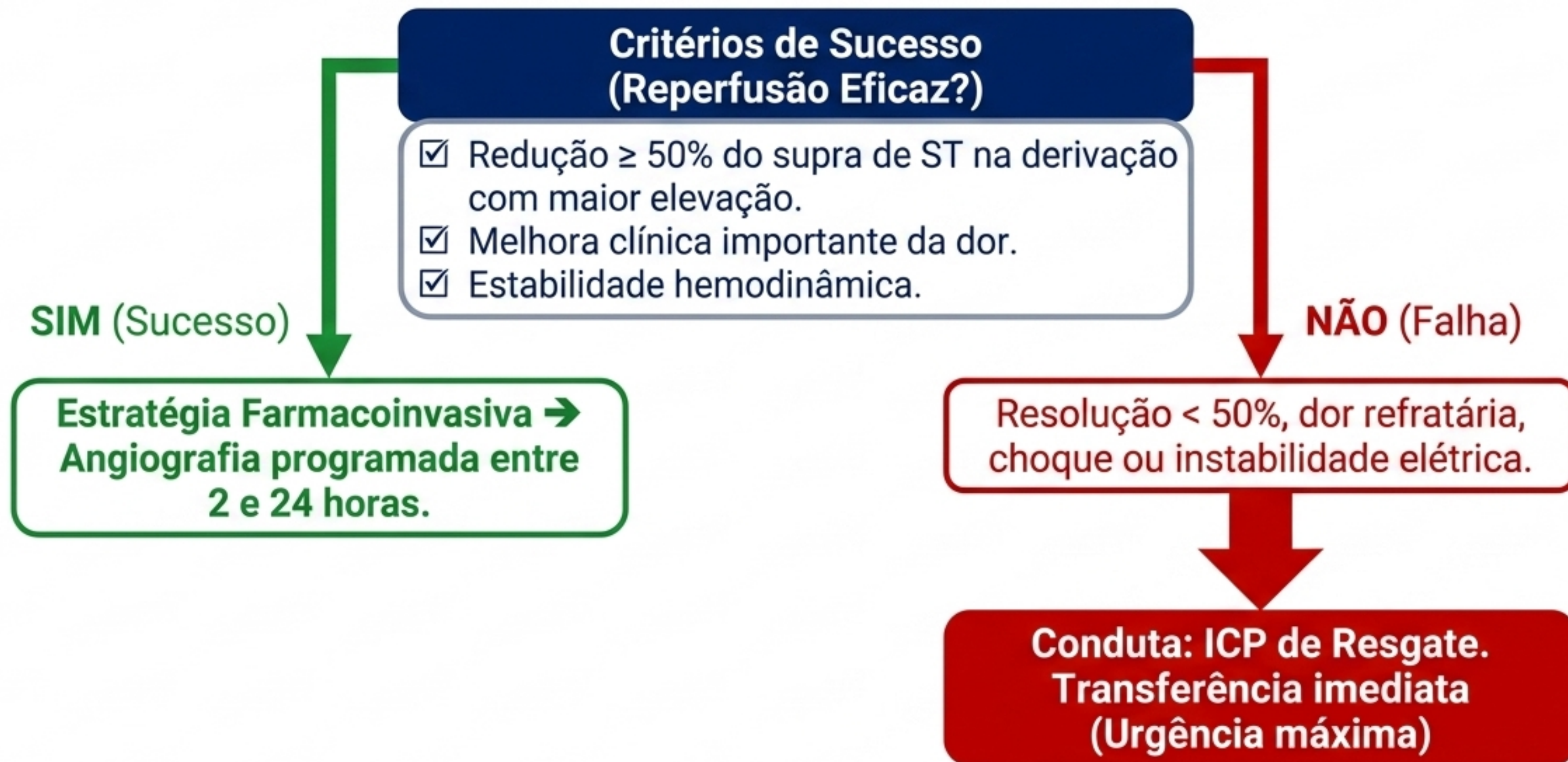
≥ 90 kg → 50 mg

⚠ ERRO FREQUENTE: Em pacientes idosos (≥ 75 anos), considerar meia dose conforme protocolo institucional (alto risco de sangramento intracraniano).

⛔ CONTRAINDICAÇÃO: Checagem Obrigatória Absoluta

- ✗ Hemorragia intracraniana prévia.
- ✗ AVC isquêmico nos últimos 3 meses.
- ✗ Neoplasia ou lesão vascular estrutural intracraniana.
- ✗ Suspeita de dissecção aguda de aorta.
- ✗ Sangramento ativo ou diátese hemorrágica.

Avaliação da Reperusão e ICP de Resgate



Alívio de Sintomas: O que Fazer e o que Evitar

Terapia Adjuvante	O que Fazer (Do)	O que Evitar (Don't)
Nitratos (Isossorbida SL 5mg ou Nitro EV)	✓ Usar para alívio/HAS.	✗ CONTRAINDICAÇÃO em IAM de VD, hipotensão, uso de inibidor PDE5 < 48h.
Opioides (Morfina)	✓ Apenas para dor intensa refratária à reperfusão e nitrato.	✗ ERRO FREQUENTE: Cuidado: retarda absorção de P2Y ₁₂ .
Betabloqueadores	✓ Uso cuidadoso na fase crônica ou após estabilização.	⚠ ERRO FREQUENTE: NÃO usar como analgésico de rotina. Evitar na fase aguda se houver risco de choque, congestão ou BAV.
Oxigênio	✓ Apenas se SpO ₂ < 90%.	⚠ ERRO FREQUENTE: O2 de rotina em normoxêmico causa vasoconstrição coronariana.

Pós-Estabilização: Cuidados Durante a Espera



CONDUTA NO PS SEM HEMODINÂMICA

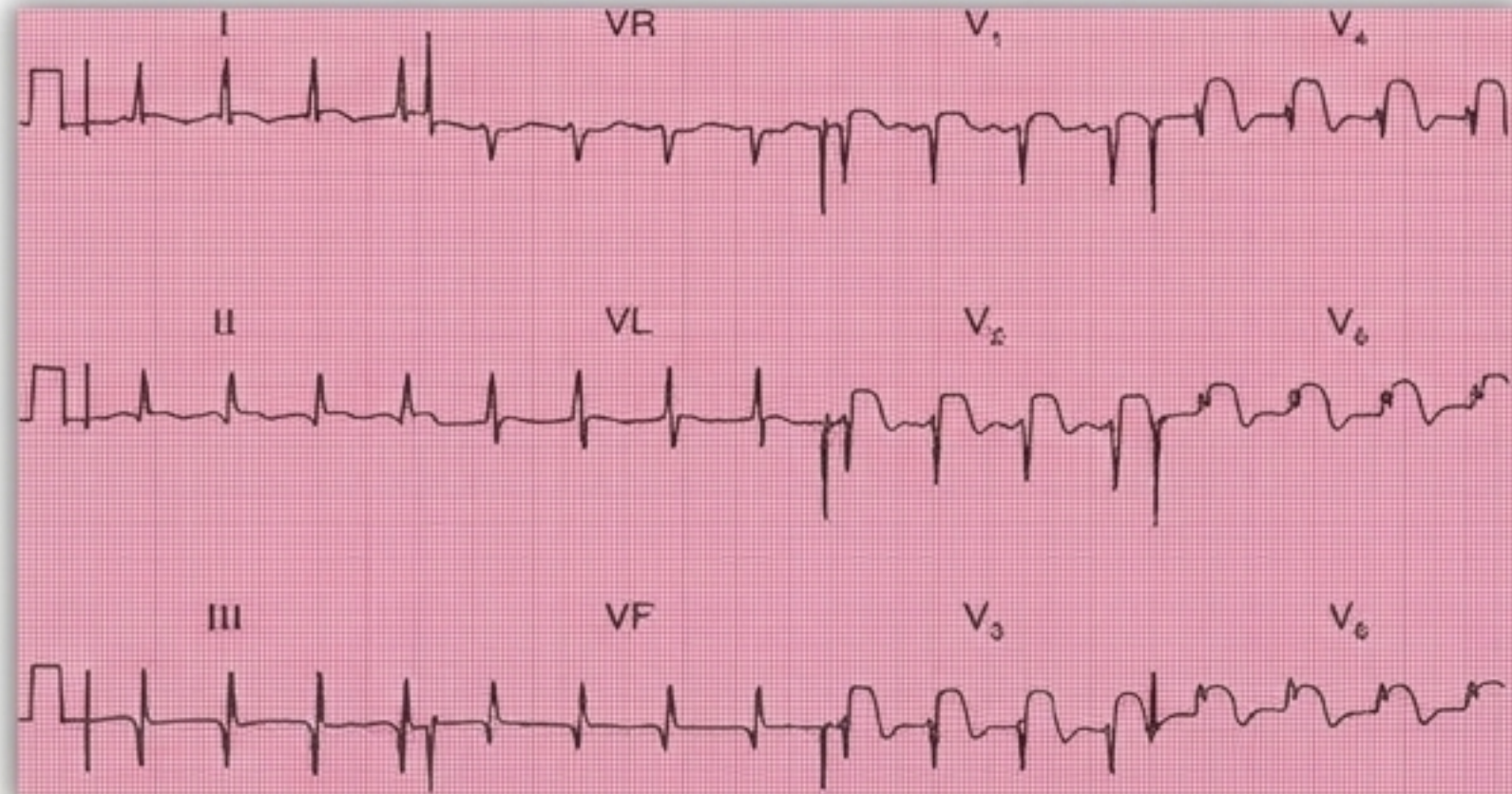
✓ DAPT Continuada	✓ Estatinas	✓ IECA/BRA	✓ Hidratação
Garantir absorção do AAS e P2Y ₁₂ .	Iniciar alta intensidade precocemente (Atorvastatina 40-80mg ou Rosuvastatina 20-40mg). ⚠ ERRO FREQUENTE: Sinvastatina 40mg não é alta intensidade.	Considerar após estabilidade hemodinâmica (especialmente IAM anterior, FEVE $\leq$ 40%, DRC, diabéticos).	Evitar prescrever soro de manutenção rotineiro (ex: SG5% + NaCl 20%) sem avaliar volemia e risco de congestão.

Resolução: Marcolino Centurião (Sem Hemodinâmica Local)

Eixo do Tempo: Resolução do Caso Clínico

Diagnóstico

IAM com Supra Anterior Extenso.



- ✓ **ECG:** Em < 10 minutos da chegada. Regulação acionada.
- ✓ **Antiagregação:** AAS 300 mg mastigável + Clopidogrel 300 mg.
- ✓ **Anticoagulação:** Enoxaparina 30 mg EV (bolus) + 80 mg SC após 15 min (baseado nos 80 kg).
- ✓ **Reperusão:** **Tenecteplase 45 mg IV bolus único.**
- ✓ **Sintomas:** O₂ não administrado (SpO₂ 96%). Isossorbida SL para dor (sem hipotensão). Metoprolol evitado no momento.
- ✓ **Destino:** Transferência ativada. Angiografia programada (2-24h se sucesso, emergência se falha).

Eixo do Tempo: Ferramenta Operacional



Checklist Operacional: Sala Vermelha

Diagnóstico & Tempo	Antitrombose	Reperusão
☐ ECG em < 10 min. ☐ Horário de início da dor registrado.	☐ AAS (150–300mg). ☐ Inibidor P2Y₁₂ (Ticagrelor ou Clopidogrel). ☐ Anticoagulante (Enoxa ou HNF).	☐ ICP < 120m OU Lise < 10m. ☐ Dose checada (peso/idade).
Segurança		Transferência (Pós-Lise)
☐ Monitor/Desfibrilador. ☐ Ausência sinais dissecção/choque.		☐ ECG 60–90 min. ☐ Vaga garantida. ☐ Comunicação estruturada.

Eixo do Tempo: Mensagens Finais



Erros Fatais & Referências

1. O rótulo 'sem supra' ou 'sem dor' não exclui oclusão coronariana aguda (SCA é clínica).
2. Aguardar o resultado da Troponina para reperfundir o supra de ST é inaceitável.
3. A Fibrinólise não substitui a hemodinâmica: transfira o paciente logo após o bolus.
4. Não prescreva oxigênio de rotina ou betabloqueador venoso como analgésicos automáticos.



ACC/AHA



ESC



SOCIEDADE
BRASILEIRA DE
CARDIOLOGIA

Referências: SBC 2025, ESC 2023, ACC/AHA 2025. Material não substitui julgamento clínico e regulação institucional.