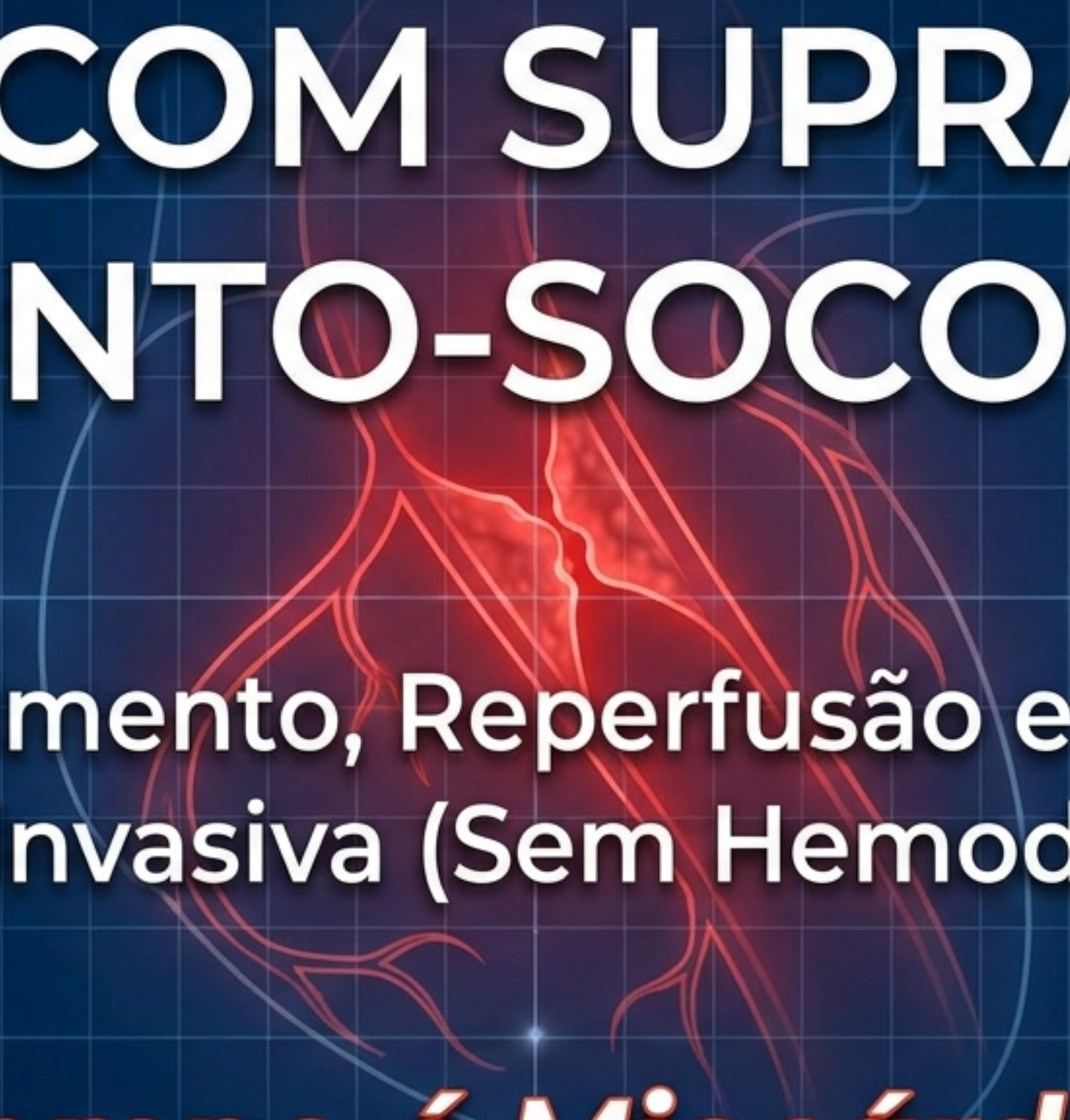


IAM COM SUPRA NO PRONTO-SOCORRO



Reconhecimento, Reperusão e Estratégia
Farmacoinvasiva (Sem Hemodinâmica)

Tempo é Miocárdio

Homem, 57 anos, 80 kg

Aperto no peito + náuseas
(Início há 1 hora)

💧 **PA:** 150/95 mmHg

❤️ **FC:** 94 bpm

🫁 **SpO2:** 96% (Ar ambiente)

Antecedentes: Hipertensão e
Tabagismo



**Minuto 0:
A Chegada**

**O paciente chega
caminhando. E agora?**

- ✓ Sintoma clássico presente
- ✓ Estável hemodinamicamente

DECISÃO CLÍNICA 1

Você já ativaria o protocolo e a regulação?

 **SIM.**

- Dor típica > 10 minutos.
- Ativar protocolo de dor torácica imediatamente.
- Avaliar ABCDE + Monitorização.

 **NÃO ESPERE:**

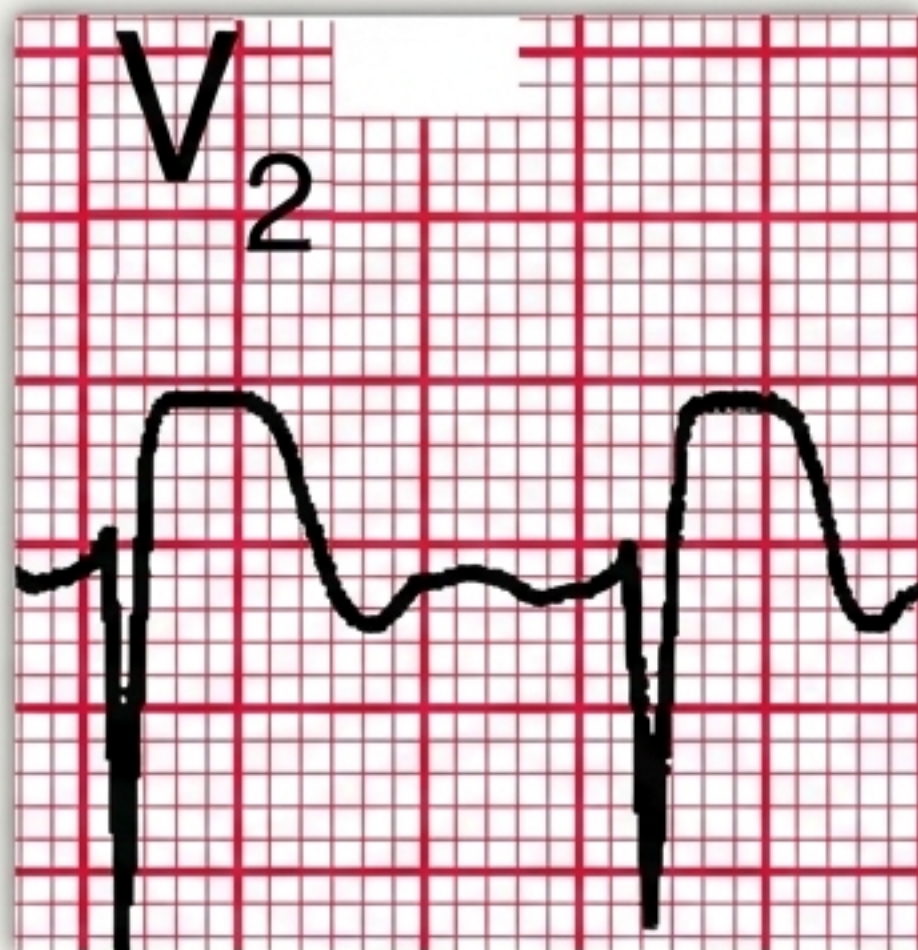
- A ausência de dor atípica não exclui SCA (atenção a idosos/DM).
- Não atrase o ECG de 10 minutos.

Patient Status Card

Minuto 10 | Protocolo Ativado

Homem, 57 anos, 80 kg | PA: 150/95 | SpO2: 96%

O Primeiro ECG (Meta: < 10 minutos)



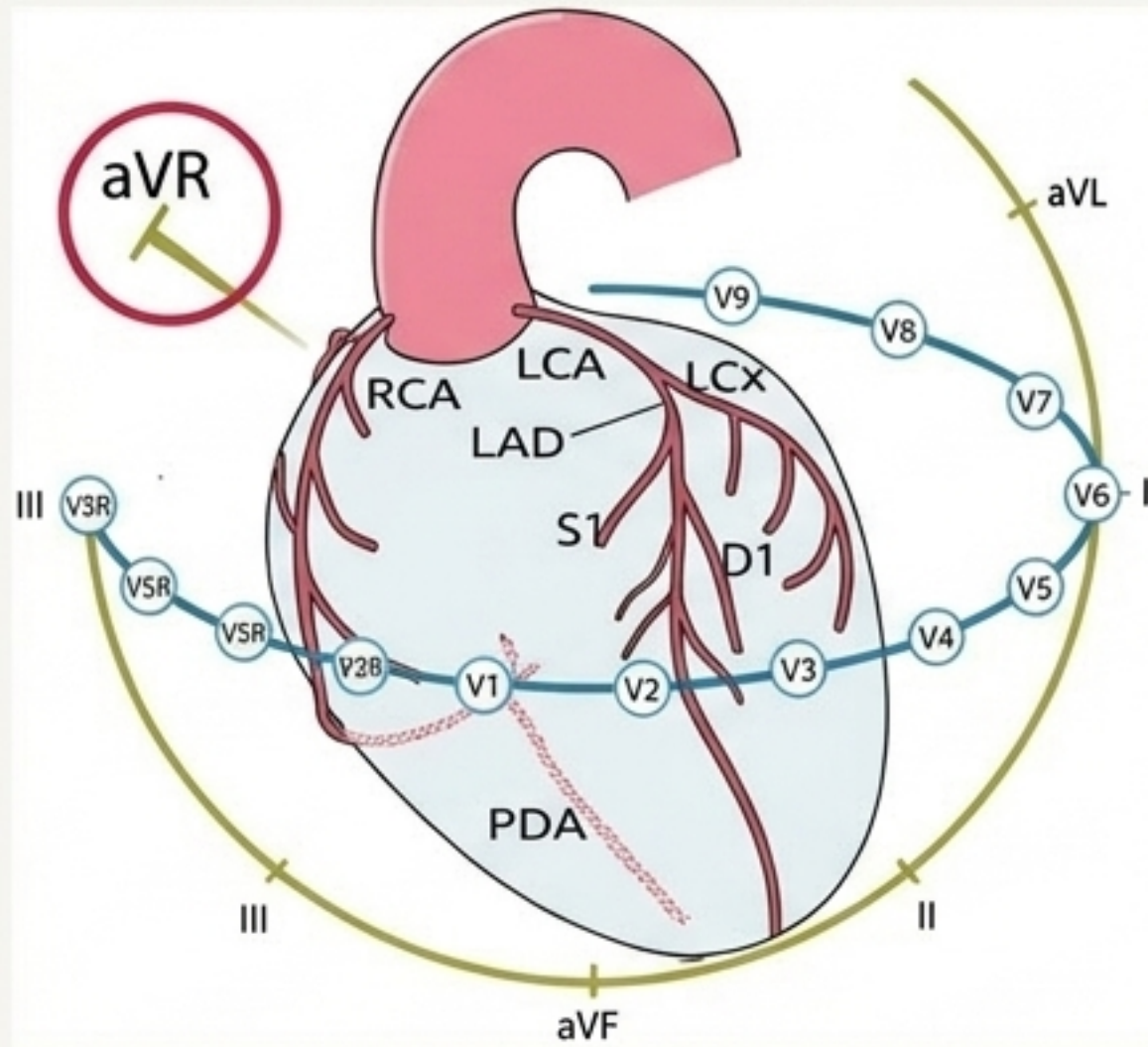
REGRA DE OURO:
NÃO ESPERE A TROPONINA.
Diagnóstico operacional é
clínico-eletrocardiográfico.

Diagnóstico: Supradesnívelamento de ST em V1 a V6.

Critério: ≥ 1 mm em 2 derivações contíguas (Atenção aos limites de V2-V3 por idade/sexo).

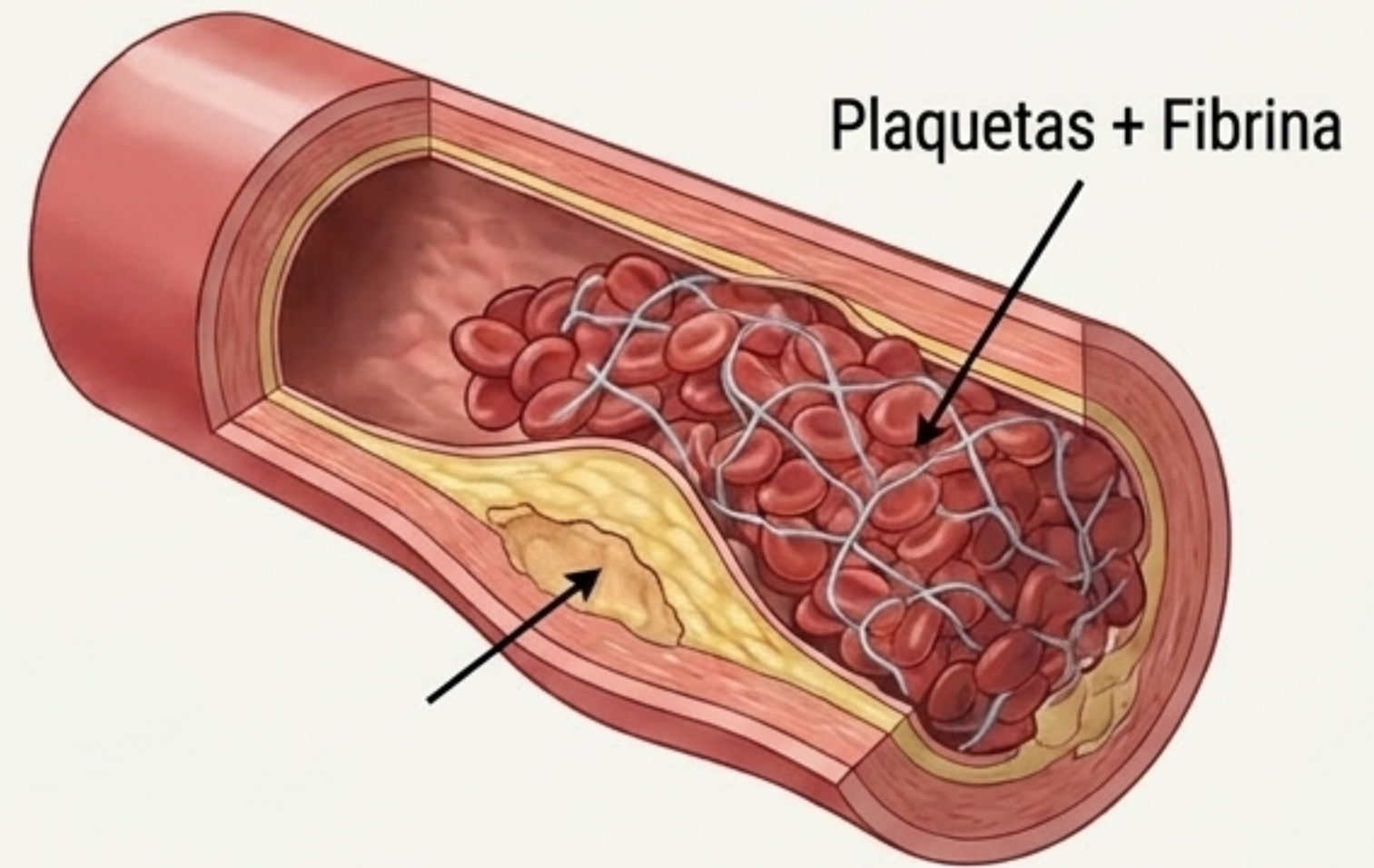
Confirmando o Território: Anterior Extenso

ANATOMIA DO TERRITÓRIO



- Oclusão provável da Descendente Anterior (LAD).
- **Lembrete:** IAM Inferior exige V3R-V4R (Infarto de VD).

FISIOPATOLOGIA DA OCLUSÃO



Fisiopatologia:

- Placa Instável → Trombo Oclusivo
- Alvos: Plaquetas (AAS/P2Y12) + Fibrina (Fibrinolítico)

DECISÃO CLÍNICA 2

ICP Primária ou Estratégia Farmacoinvasiva?



Tempo é Miocárdio. A decisão conta a partir do diagnóstico do ECG.

Minuto 15 | Estratégia Farmacoinvasiva Definida
Homem, 57 anos, 80 kg | PA: 150/95 | SpO2: 96%

Medidas Iniciais (Preparo para a Agulha)



- **AAS:** 300 mg VO (Mastigável).



- **Regulação:** Acionar CROSS / Central de vagas simultaneamente.



SpO2 está 96%: SEM OXIGÊNIO DE ROTINA!

Apenas se hipoxemia (SpO2 < 90%) ou desconforto grave.

Minuto 15 | Checagem de Segurança

Homem, 57 anos, 80 kg | PA: 150/95 | SpO2: 96%

DECISÃO CLÍNICA 3

**Há indicação de fibrinólise?
Existe contraindicação?**



SINAL VERDE (Indicação)

Sintomas < 12h + Impossibilidade de ICP < 120 min.



SINAL VERMELHO (Contraindicações Absolutas)

- Hemorragia intracraniana prévia
- AVC isquêmico < 3 meses
- Suspeita de dissecção de aorta
- Sangramento ativo



ATENÇÃO (Relativa)

PA > 180/110 (No nosso caso, PA 150/95 = Sinal Verde).

Minuto 30 | A Fibrinólise
Paciente: 57 anos, 80 kg



Antiplaquetário 2

Clopidogrel: 300 mg VO
(Ataque).

Nota: Como tem < 75 anos.



Anticoagulação

Enoxaparina: 30 mg EV
em bolus.

Após 15 min: 80 mg SC
(1 mg/kg).



0 Fibrinolítico

Tenecteplase (TNK):
45 mg EV em bolus
único (Peso: 80-89 kg).

O Erro Comum: Analgesia que Prejudica

O Mito do **Betabloqueador**



NÃO use betabloqueador EV como analgésico de rotina.

Evite em IAM anterior extenso se houver risco de choque ou congestão inicial.
Comece VO baixo e titule.

Controle da Dor Seguro



Nitrato (Isossorbida SL): Sim, se PA > 90.
Cuidado com sildenafil/tadalafila!

Morfina: Apenas se dor intensa e refratária. Pode atrasar a absorção do antiplaquetário.

Minuto 90 | Reavaliação Pós-Lítico
Homem, 57 anos, 80 kg

DECISÃO CLÍNICA 4

A reperfusão foi bem-sucedida?



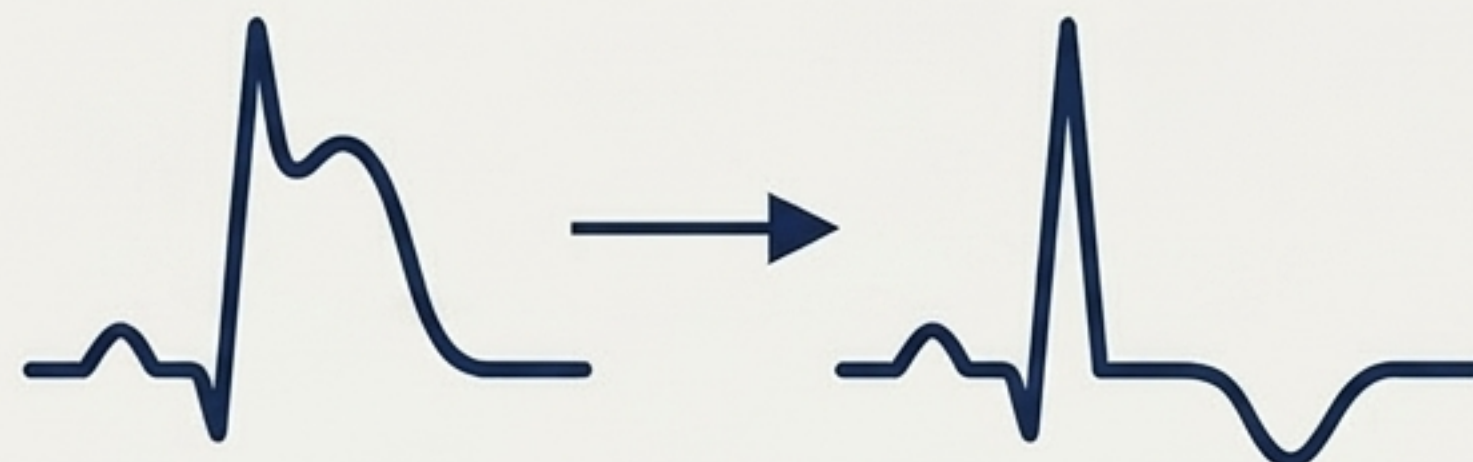
Queda $\geq 50\%$ do supra de ST (na derivação com maior supra).



Melhora expressiva da dor torácica.



Estabilidade elétrica e hemodinâmica.



ANTES

DEPOIS
(REPERFUSÃO
BEM-SUCEDIDA)

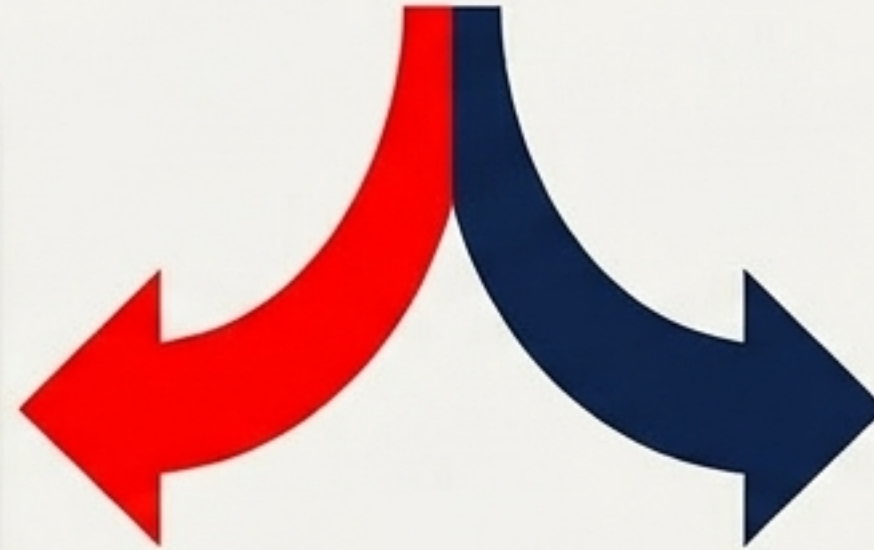
Nota: Arritmias de reperfusão podem ocorrer, não definem falha sozinhas.

O Destino Definitivo

É necessária angioplastia de resgate?

FALHA TERAPÊUTICA

- Supra não caiu $<50\%$, dor persiste, ou choque.
- **Conduta:** ICP de Resgate (Acionamento de emergência máxima).



SUCESSO TERAPÊUTICO

- Critérios atingidos.
- **Conduta:** Angiografia precoce (entre 2 e 24 horas).

A fibrinólise não encerra o tratamento. A transferência é mandatória para TODOS os pacientes.

Manutenção Pré-Transferência

DAPT

Manter AAS + Clopidogrel.

Estatina

Alta potência imediata (Atorvastatina 40-80mg ou Rosuvastatina 20-40mg).
Nota: Sinvastatina 40mg não é equivalente.

IECA/BRA

Especialmente neste IAM anterior, após estabilizar PA/função renal.

Betabloqueador

Iniciar via oral com cautela.

ERRO CRÍTICO: Não prescrever soro de manutenção rotineiro (ex: SG 5% + NaCl 20%)! Avalie a volemia, risco de congestão grave.

O Algoritmo Farmacoinvasivo (Visão Geral)

Dor típica -> ECG < 10 min.

Confirmação IAM com Supra -> AAS 300mg + Regulação.

Janela < 120 min? (NÃO) -> Excluir contraindicações.

Fibrinólise < 10 min do diagnóstico: Clopi + Enox + Tenecteplase.

Reavaliação 60-90 min -> Sucesso (Cine 2-24h) vs. Falha (Resgate).

Checklist Salva-Vidas (10 - 30 - 60)

10 Minutos

- ECG na mão (Sem esperar troponina).
- AAS 300mg + Cross acionado.

30 Minutos

- Contraindicações checadas.
- Agulha na veia (P2Y12 + Enoxaparina + TNK).

60-90 Minutos

- ECG repetido (Queda de 50%?).
- Transferência garantida (Resgate vs. Eletiva).

No IAM com Supra, a conduta perfeita no dia seguinte não compensa o tempo perdido na primeira hora.