

PROTOCOLO ASSISTENCIAL



MANEJO DA SÍNDROME CORONARIANA AGUDA COM SUPRA DE ST

Denominação: PRC.INST.0001/05.2022 - Síndrome Coronariana Aguda com Supra de ST

Elaborado por: Dr. Marcus Vinicius Matos (Coordenador Médico do PA Adulto), Dr. Paulo Barbosa (Coordenador Médico da UCO) e Dr. Joberto Sena (Médico Hemodinamicista)

Validado por: Dra. Andrea Karoline (Gerente Técnica Assistencial) e Soraia Accioly (Gerente de Qualidade)

Aprovado por: Dr. Ricardo Madureira (Diretor Técnico Assistencial) **Em:** 07/04/2022

Vigência: A partir de 05 de Maio de 2022

Abrangência da Aplicação: Institucional

Nível de Confidencialidade: Público Interno e Liderança

OBJETIVO

Correspondence addresses:

Dra. Soraya T.A. Accioly
soraia.accioly@santacasaba.org.br

Received: March 15, 2021

Revised: April 22, 2022

Accepted: May 20, 2022

Published: June 30, 2022

Data Availability Statement:

All relevant data are within the paper and its Supporting Information files.

Funding: This work was the result of authors' initiative. There was no support of research or publication funds.

Competing interests: The authors have declared that no competing interests exist.

Copyright

© 2022 by Santa Casa de Misericórdia da Bahia.
All rights reserved.
ISSN: 2526-5563
e-ISSN: 2764-2089

Oferecer aos pacientes que procuram o serviço de emergência de adulto do Hospital Santa Izabel com Síndrome Coronariana Aguda um atendimento rápido, organizado e tratamento adequado baseado em diretrizes atuais.

SIGLAS

HSI – Hospital Isabel Izabel

UCO – Unidade Coronariana

IAM – Infarto Agudo do Miocárdio

IAM SST – Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnívelamento do Segmento ST

ICPP – Intervenção Coronária Percutânea Primária

ECG – Eletrocardiograma

PAAD – Pronto Atendimento Adulto

AAS – Ácido acetilsalicílico

BRA – Bloqueadores dos Receptores de Angiotensina

CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO

Em paciente que apresenta dor torácica isquêmica ou com sintomas sugestivos de equivalente isquêmico deverá ser realizado eletrocardiograma nos primeiros 10 minutos.

ELABORADO POR:

Dr. Marcus Vinicius Matos (Coordenador Médico do PA Adulto)
Dr. Paulo Barbosa (Coordenador Médico da UCO)
Dr. Joberto Sena (Médico Hemodinamicista)

	PROTOCOLO CLÍNICO MANEJO DA SÍNDROME CORONARIANA AGUDA COM SUPRA DE ST
---	---

Todos os pacientes com supra de ST nas derivações da parede inferior deverão realizar o registro das derivações precordiais direitas, notadamente a derivação V4R. Pacientes com dor persistente sem critérios eletrocardiográficos definidos e naqueles com infra de ST em V1 e V2, devem fazer o registro das derivações posteriores (V7, V8 e V9).

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Paciente que apresenta dor torácica suspeita de isquemia miocárdica com duração > 20 minutos ou com equivalentes isquêmicos (dispneia, mal-estar, confusão mental, síncope ou edema pulmonar) na presença de supradesnívelamento de ST em duas derivações contíguas de uma mesma parede ou de um BRE ou BRD novos ou presumivelmente novos.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Paciente com idade inferior a 15 anos.

CASOS ESPECIAIS

Pacientes Diretamente Atendidos pela Emergência do HSI

Os pacientes que procurem diretamente o Serviço de Emergência do HSI com diagnóstico de SCA com supra de ST, definido a partir do critério de sintoma e dos achados do ECG, dentro de uma janela de tempo de até 24 horas, deverão ser encaminhados para estratégia de angioplastia primária. Pacientes com janela de apresentação superior a 24 horas e/ou com sinais de disfunção ventricular esquerda devem ser encaminhados para tentativa de angioplastia.

Em situações excepcionais, em que não seja possível realizar a angioplastia primária, dentro de uma janela de até 12 horas de início dos sintomas, deve-se utilizar a terapia trombolítica. Os casos com janela de apresentação clínica entre 12 e 24 horas, quando não houver disponibilidade da angioplastia primária, e o paciente apresente dor persistente e supradesnível de ST, pode-se ainda optar pela terapia trombolítica.

Observação: Quanto mais precoce a reperfusão, maiores são os benefícios clínicos. Assim, todos os processos precisam ser ágeis a fim de evitar perdas desnecessárias de tempo.

ELABORADO POR:

Dr. Marcus Vinicius Matos (Coordenador Médico do PA Adulto)

Dr. Paulo Barbosa (Coordenador Médico da UCO)

Dr. Roberto Sena (Médico Hemodinamista)



PROTOCOLO CLÍNICO

MANEJO DA SÍNDROME CORONARIANA AGUDA COM SUPRA DE ST

Pacientes Submetidos à Terapia Fibrinolítica – Terapia Fármaco-Invasiva

Pacientes que fizeram uso da terapia trombolítica no pré-hospitalar ou em outras unidades de saúde, que tiveram aparente sucesso na reperfusão (alívio da dor e redução > 50% do supra de ST), devem ser elegíveis para a rotada Terapia Fármaco-Invasiva. Esta estratégia consiste na realização de um cateterismo cardíaco, no período entre 2 e 24 horas após trombólise, seguido de angioplastia, caso esta esteja indicada.

Pacientes Submetidos à Fibrinolítica sem Sucesso – Angioplastia de Regate

Paciente que fizeram uso de trombolítico e não tiveram critérios de reperfusão devem ser encaminhados para Angioplastia de Resgate, o mais cedo possível. Esta estratégia consiste na realização de angioplastia nos pacientes que receberam trombolítico como estratégia de reperfusão inicial e que, decorridos 60 e 90 minutos, persistem com dor importante, instabilidade hemodinâmica e/ou com supra de ST sem redução superior a 50% em relação ao padrão inicial.

Pacientes Oriundos de Transferência Externa – Sem Terapia de Reperusão

Pacientes admitidos no HSI fora da janela de reperfusão e que não fizeram uso prévio de trombolítico, deverão, preferencialmente, realizar um cateterismo para fins de estratificação. Nos pacientes com sinais de insuficiência cardíaca, instabilidade hemodinâmica ou recorrência espontânea de isquemia deverão ser submetidos ao exame em caráter de urgência. Pacientes que evoluam sem complicações poderão fazer o exame durante qualquer período da internação hospitalar.

Estratificação Seletiva Invasiva

Pacientes que não realizaram angioplastia primária nem terapia fármaco-invasivo, que evoluíram sem insuficiência cardíaca, sem arritmias ventriculares graves, sem recorrência espontânea de isquemia poderão ser estratificados, antes da alta, quanto ao seu risco de futuros eventos através de testes funcionais (TE, ECO estresse ou cintilografia miocárdica). Esta estratégia de estratificação será utilizada apenas quando for a opção do médico assistente e/ou do paciente.

TRATAMENTO

Tratamento Inicial (Antes da Terapia de Reperusão)

ELABORADO POR:

Dr. Marcus Vinicius Matos (Coordenador Médico do PA Adulto)

Dr. Paulo Barbosa (Coordenador Médico da UCO)

Dr. Joberto Sena (Médico Hemodinamista)

 Hospital SANTA IZABEL Santa Casa de São Paulo	PROTOCOLO CLÍNICO MANEJO DA SÍNDROME CORONARIANA AGUDA COM SUPRA DE ST
---	--

Antiplaquetários

AAS (Ácido acetilsalicílico)

Dose inicial: 200mg mastigado ou macerado;

Dose de manutenção: 100mg/dia.

Contraindicação ao uso do AAS:

Alergia e úlcera péptica ativa.

No caso de alergia a AAS, utilizar dose de ataque do Ticagrelor ou Prasugrel e na hemodinâmica a administração de inibidores da Glicoproteína IIb/IIIa será avaliado. Para pacientes que receberão terapia fibrinolítica a recomendação é que seja utilizado o Clopidogrel.

O paciente deverá ser submetido a protocolo de dessensibilização ao AAS na unidade de cuidados intensivos.

Segundo Antiplaquetário em Associação ao AAS

Inibidores dos Receptores P2Y₁₂ plaquetários.

No momento utilizamos uma das três drogas em associação ao AAS no infarto com supra de ST: Clopidogrel, Prasugrel ou Ticagrelor.

Observação: Salientamos que no contexto da utilização de trombolíticos a escolha recairá sobre o Clopidogrel.

Clopidogrel

Na angioplastia primária:

Dose inicial: 600mg (08 comprimidos) por via oral;

Dose de manutenção: 75mg ao dia, por via oral.

Observação: Para os pacientes submetidos à terapia fibrinolítica ou não reperfundidos: Idade ≤ 75 anos dose de ataque 300mg, seguido de dose manutenção 75mg.

Idade > 75 anos: administrar somente 75mg e manutenção 75mg.

ELABORADO POR:

Dr. Marcus Vinicius Matos (Coordenador Médico do PA Adulto)

Dr. Paulo Barbosa (Coordenador Médico da UCO)

Dr. Joberto Sena (Médico Hemodinamicista)



PROTOCOLO CLÍNICO

MANEJO DA SÍNDROME CORONARIANA AGUDA COM SUPRA DE ST

Ticagrelor

Dose inicial: 180mg (02 comprimidos) por via oral;

Dose de manutenção: 90mg de 12/ 12 h.

Observação: Não utilizar em pacientes submetidos a trombolíticos e pacientes com insuficiência hepática severa.

Prasugrel

Dose inicial: Dose de ataque 60mg (06 comprimidos) por via oral;

Dose de manutenção: 10mg de 1 x ao dia;

Observação: Não recomendamos o uso do Prasugrel em pacientes com idade ≥ 75 anos, peso corpóreo < 60 Kg, em pacientes que utilizaram trombolíticos, pacientes com história conhecida de ataque isquêmico transitório ou acidente vascular cerebral, e em pacientes com Insuficiência hepática grave.

Oxigênio

Indicado somente para pacientes com hipoxemia arterial (saturação abaixo de 90 %), dispneia e insuficiência cardíaca congestiva aguda.

Nitrato/ Nitroglicerina

Dose inicial: Dinitrato de Isossorbida, 5mg sublingual a cada 5 minutos, em três oportunidades se necessário.

Dose de manutenção: Nitroglicerina IV, 5 a 10 mcg/ min. em infusão contínua, podendo-se aumentar a dose em 10mcg/min a cada 10 minutos até o alívio do sintoma ou o aparecimento de efeitos adversos (cefaléia, hipotensão arterial PAS < 90 mmHg e/ou aumento da frequência cardíaca para $> 10\%$ do basal).

Observação: Indicado a todos os pacientes sintomáticos e naqueles com episódios recorrentes de angina, nas últimas 24 horas. Evitar no infarto de parede inferior.

Contraindicação ao Uso do Nitrato:

Hipotensão arterial (PAS < 90 mmHg);

Bradicardia (FC < 50 bpm);

Uso de inibidores da fosfodiesterase (sildenafil ou análogos) nas últimas 24h;

Estenose aórtica grave.

ELABORADO POR:

Dr. Marcus Vinicius Matos (Coordenador Médico do PA Adulto)

Dr. Paulo Barbosa (Coordenador Médico da UCO)

Dr. Joberto Sena (Médico Hemodinamista)

	PROTOCOLO CLÍNICO MANEJO DA SÍNDROME CORONARIANA AGUDA COM SUPRA DE ST
---	---

Morfina

Dose inicial: 1 a 5 mg, por via intravenosa.

Observação: Indicada para pacientes que persistam com sintomas de dor. Morfina deve ser empregada na dose de 1 a 5 mg, podendo repetida a cada 5 ou 30 minutos se for necessário.

Exames Complementares na Admissão Hospitalar:

Exames Laboratoriais: Os pacientes devem ser submetidos a coleta de sangue na admissão, antes da reperfusão, para realizar os seguintes exames: hemograma completo, glicemia, ureia, creatinina, sódio, potássio, colesterol total, HDL, triglicérides e troponina. Vale ressaltar que não se deve aguardar resultados de exames laboratoriais para a implementação das medidas terapêuticas iniciais, para a realização da angioplastia primária ou trombólise química. Estes exames servirão como um parâmetro laboratorial basal no acompanhamento do paciente.

Tratamento Farmacológico Adjuvante

Heparina – Enoxaparina

Uso: Não administramos aos pacientes que vão para angioplastia primária.

Para pacientes que fizeram trombólise com Alteplase (tPA) e Tenecteplase (TNK- tPA);

Tratamento Anticoagulante;

Idade menor que 75 anos;

Dose inicial: 30 mg em bolus IV, seguido após 15 minutos de 1 mg/kg SC de 12x12 horas,

Observação: Dose não excedendo 100mg na mesma aplicação. Idade maior que 75 anos

Prescrição: Não realizar dose inicial em bolus. Dose de manutenção de 0,75 mg/kg SC de 12x12 horas.

Observação: Dose não excedendo 75mg na mesma aplicação.

Em pacientes com GFR entre 30 e 15 ml/min/1,73m², recomendamos administração subcutânea a cada 24 horas. Naqueles com GRF 15 ml/min/1,73m² ou em Terapia Renal Substitutiva, recomendamos o uso de heparina não fracionada por via intravenosa contínua.

ELABORADO POR:

Dr. Marcus Vinicius Matos (Coordenador Médico do PA Adulto)

Dr. Paulo Barbosa (Coordenador Médico da UCO)

Dr. Roberto Sena (Médico Hemodinamista)

**PROTOCOLO CLÍNICO****MANEJO DA SÍNDROME CORONARIANA AGUDA COM SUPRA DE ST****Betabloqueador**

Deve ser iniciado por via oral nas primeiras 24 horas, exceto em pacientes com sinais de IC aguda, sinais de baixo débito, risco aumentado para choque cardiogênico (infarto muito extenso ou sinais de disfunção de VE ao exame clínico ou RX de tórax), ou ainda naqueles de contraindicações (bloqueio AV de 1º grau com PR > 240 mseg, BAV de II ou III grau sem uso de MP, história de asma ou reatividade brônquica).

Metoprolol

Prescrição: 25 a 200 mg/dia de acordo com a frequência cardíaca e a pressão arterial.

Esmolol

Pode ser uma opção naquelas situações em se deseje início de ação rápido, e/ou reversão rápida do betabloqueio após a interrupção da droga.

Prescrição: 1 ampola de Brevbloc (2500mg) em 250 ml de SG a 5% (concentração de 10 mg/mL) e adose varia de 50 a 200 mcg/kg/min (0,05 a 0,2 mg/kg/min).

IECA/ Bloqueadores dos Receptores de Angiotensina (BRA)

Inibidores da ECA devem ser iniciados nas primeiras 24 horas de evolução do IAM desde que não existam contraindicação e a PA permita. Os Bloqueadores dos Receptores de Angiotensina (BRA) devem ser reservados para pacientes com história de intolerância a IECA.

Captopril

Prescrição: 12,5 a 50 mg a cada 8 horas;

Dose Alvo: 150 mg/dia,

Enalapril

Prescrição: 5 a 10 mg a cada 12 horas;

Dose Alvo: 20 a 40 mg/dia,

Ramipril

Prescrição: 2,5 a 10 mg a cada 12 horas;

Dose Alvo: 20 mg/dia,

Valsartana

Prescrição: 80 a 160 mg a cada 12 horas;

Dose Alvo: 320 mg/dia,

ELABORADO POR:

Dr. Marcus Vinicius Matos (Coordenador Médico do PA Adulto)

Dr. Paulo Barbosa (Coordenador Médico da UCO)

Dr. Joberto Sena (Médico Hemodinamista)

	PROTOCOLO CLÍNICO MANEJO DA SÍNDROME CORONARIANA AGUDA COM SUPRA DE ST
---	---

Losartana Potássica

Prescrição: 50mg a cada 12/12 h;

Dose Alvo: 150 mg/dia,

Espironolactona

Indicação: Pacientes com IC ou pós IAM com FE < 40% e em uso de betabloqueador e IECA,

Prescrição: 25 mg/ 1 x ao dia,

Contraindicação: Pacientes com disfunção renal significativa (creatinina > 2,5 mg / dl em homens ou > 2,0 mg / dL em mulheres) ou hipercalemia ($K > 5,0$ mEq / L).

Estatina

Prescrição: 80 mg/dia de atorvastatina ou 40 mg de rosuvastatina, por via oral, deve ser administrada a partir das primeiras 24 horas a todos os pacientes.

Estratificação de Risco de Eventos Clínicos:

Os pacientes internados com SCA com supra de ST deverão ter estimado o seu risco de mortalidade hospitalar e de morte aos 6 meses, 1 e 3 anos, utilizando o escore GRACE VERSÃO 2.0. Este escore inclui características clínicas, eletrocardiográficas, elevação dos marcadores de necrose miocárdicas, função renal e variáveis hemodinâmicas. Para calcular o escore GRACE, existem vários aplicativos para smartphones com a calculadora inclusa, mas também pode-se utilizar a calculadora online no <https://www.mdcalc.com/grace-acs-risk-mortality-calculator>, ou ainda a calculadora no próprio MV. A partir da soma de pontos obtida, os pacientes têm sido separados em três estratos de risco:

Baixo Risco: Até 108 pts. (mortalidade hospitalar < 1%);

Risco Intermediário: De 109 a 140 pts. (mortalidade hospitalar entre 1 e 3%);

Alto Risco: ≥ 140 pts. (mortalidade hospitalar > 3%).

Estratificação de Risco de Sangramento

Para fins de estimativa do risco de sangramento maior durante a internação hospitalar, os pacientes internados com SCA com supra de ST devem ter calculado o seu escore CRUSADE. Este escore está presente em vários aplicativos de cardiologia, também pode ser acessada a calculadora online

ELABORADO POR:

Dr. Marcus Vinicius Matos (Coordenador Médico do PA Adulto)

Dr. Paulo Barbosa (Coordenador Médico da UCO)

Dr. Roberto Sena (Médico Hemodinamista)



PROTOCOLO CLÍNICO

MANEJO DA SÍNDROME CORONARIANA AGUDA COM SUPRA DE ST

no endereço <https://www.mdcalc.com/crusade-score-post-mi-bleeding-risk>, ou ainda na calculadora disponível no MV. Estas calculadoras já trazem a estimativa de risco de sangramento maior durante a hospitalização.

MONITORIZAÇÃO

O paciente com SCA e supra de ST deverá ser colocado pulseira de identificação no membro superior esquerdo, monitorizado, punção venosa no membro superior esquerdo, tricotomizado na região inguinal bilateral e membro superior direito. O paciente será encaminhado para a hemodinâmica monitorizado com o Monitor Cárdiodesfibrilador portátil no intervalo de tempo no máximo até 25 minutos, acompanhado por médico plantonista, enfermeiro e auxiliar de transporte.

INDICADORES

ECG em 10 minutos;
Tempo porta-cruzamento da guia ≤ 70 minutos;
Percentual de angioplastia primária;
Percentual de pacientes que apresenta disfunção do ventrículo esquerdo antes da alta;
Percentual de pacientes que saíram de alta com:
Aspirina e/ou inibidores P2Y12 em dupla antiagregação;
Mediana do tempo de permanência hospitalar;
Taxa de letalidade;
Taxa de readmissão: Em 30 dias;
Taxa de mortalidade: Em 30 dias; 180 dias; 360 dias.

RESPONSABILIDADES

Enfermagem

Realizar ECG em 10 min. e registrar derivações V3r, V4r e V7, V8 e V9;
Marcar na pele os locais das derivações precordiais;
Monitorizar o paciente;
Colocar pulseira de identificação do paciente no membro superior esquerdo;
Realizar punção venosa no membro superior esquerdo;

ELABORADO POR:

Dr. Marcus Vinicius Matos (Coordenador Médico do PA Adulto)
Dr. Paulo Barbosa (Coordenador Médico da UCO)
Dr. Joberto Sena (Médico Hemodinamista)

	PROTOCOLO CLÍNICO MANEJO DA SÍNDROME CORONARIANA AGUDA COM SUPRA DE ST
---	---

Coletar sangue para os exames de laboratório admissionais;
Tricotomizar se necessário no membro superior direito e região inguinal bilateral;
Encaminhar e acompanhar o paciente para a hemodinâmica (enfermeira) monitorizado com o monitor Cárdiodesfibrilador portátil no intervalo de tempo no máximo até 25 minutos;
Realizar novo ECG no retorno da hemodinâmica (UCO/ UTI);
Monitorar o introdutor arterial e/ou curativo compressivo (UCO/UTI);
Monitorar sítio de punção (UCO/UTI);
Monitorar hidratação e diurese (UCO/UTI).

Médico

Realizar anamnese e exame físico direcionado ao sistema respiratório e cardiovascular e palpação dos pulsos nos 4 membros com especial atenção à assimetria de pulsos e sopro diastólico em foco aórtico, principalmente naqueles pacientes com dor torácica e cifras pressóricas elevadas, pois estes achados podem sinalizar o diagnóstico de uma síndrome aórtica aguda;
Perguntar se o paciente fez uso de Sildenafil ou similares;
Acionar os médicos hemodinamicista e anestesista de sobreaviso (acessar a escala de sobreaviso);
Realizar prescrição médica;
Solicitar exame laboratorial;
Solicitar internação aos cuidados do cardiologista de sobreaviso ou assistente quando houver;
Orientar a família e paciente a respeito da terapia definida;
Encaminhar e acompanhar o paciente para a hemodinâmica monitorizado com o monitor Cardio-Desfibrilador portátil no intervalo de tempo no máximo até 25 minutos;
Calcular o escore GRACE 2.0 (UCO / UTI);
Calcular o escore CRUSADE (UCO /UTI).

Auxiliar Administrativo

Abrir ficha de atendimento e internamento do paciente.

Auxiliar de Transporte

Transportar paciente para hemodinâmica.

ELABORADO POR:

Dr. Marcus Vinicius Matos (Coordenador Médico do PA Adulto)

Dr. Paulo Barbosa (Coordenador Médico da UCO)

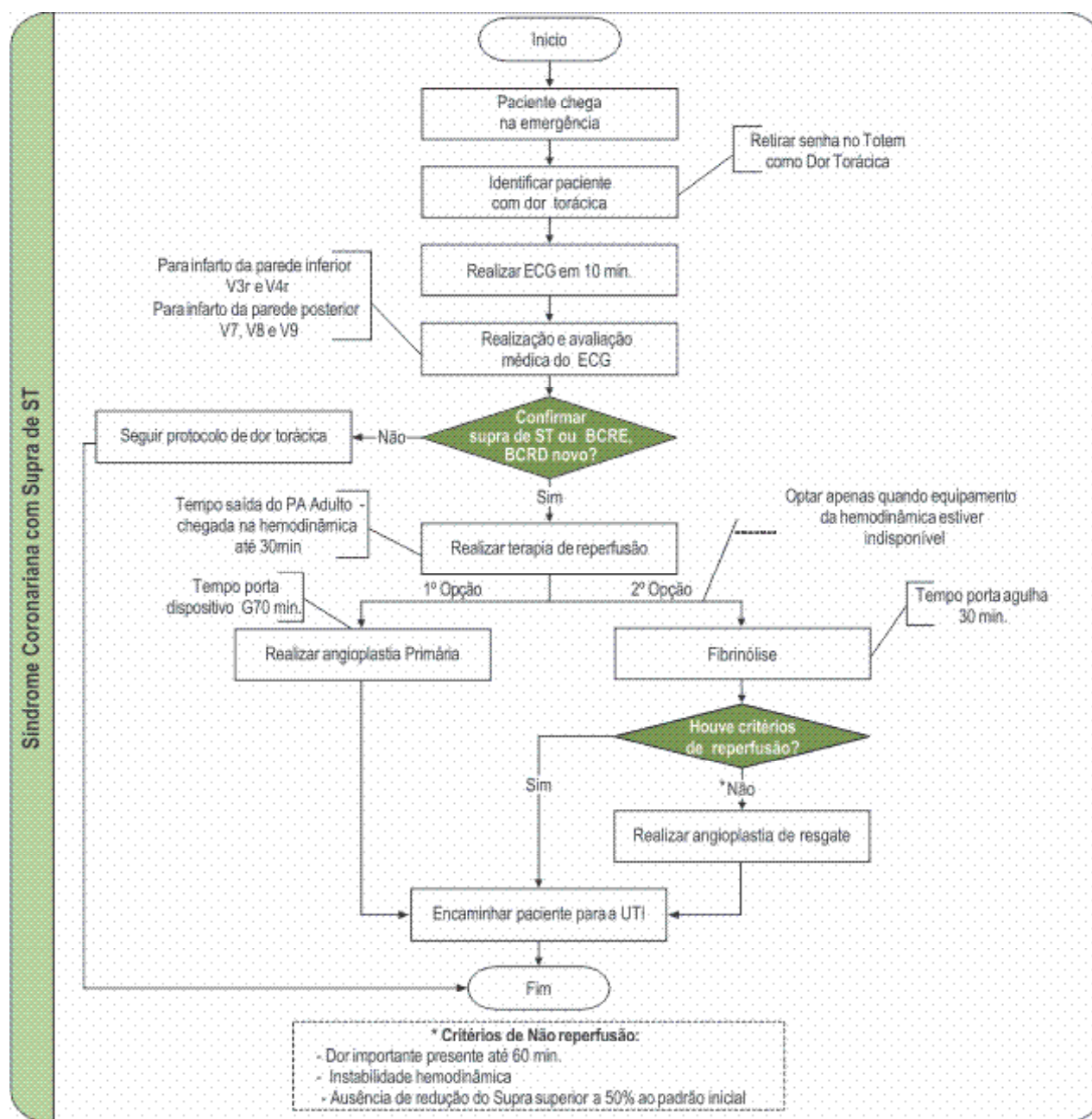
Dr. Roberto Sena (Médico Hemodinamicista)



PROTOCOLO CLÍNICO

MANEJO DA SÍNDROME CORONARIANA AGUDA COM SUPRA DE ST

FLUXOGRAMA



ELABORADO POR:

Dr. Marcus Vinicius Matos (Coordenador Médico do PA Adulto)

Dr. Paulo Barbosa (Coordenador Médico da UCO)

Dr. Joberto Sena (Médico Hemodinamista)

 Hospital SANTA IZABEL Santa Casa de São Paulo	PROTOCOLO CLÍNICO MANEJO DA SÍNDROME CORONARIANA AGUDA COM SUPRA DE ST
--	---

REFERÊNCIA NORMATIVA

Diretrizes Brasileiras de Antiagregantes Plaquetários e Anticoagulantes em Cardiologia; Third universal definition of myocardial infarction, European Heart Journal (2012) 33, 2551–2567; Acute Myocardial Infarction in patients presenting with ST-segment elevation, ESC Clinical Practice Guidelines, European Heart Journal (2017) 00, 1–66 doi:10.1093/eurheartj/ehx393 2017 AHA/ACC Clinical Performance and Quality Measures for Adults With ST-Elevation and Non–ST-Elevation.

ELABORADO POR:

Dr. Marcus Vinicius Matos (Coordenador Médico do PA Adulto)

Dr. Paulo Barbosa (Coordenador Médico da UCO)

Dr. Roberto Sena (Médico Hemodinamista)