

Síndrome Coronariana Aguda Com Supra de ST na Emergência
Versão: 01
Departamento: Urgência e Emergência
Objetivo: Padronizar o atendimento à Síndrome Coronariana Aguda com Supra de ST
Frequência: Contínuo
Executante: Profissionais Médicos e Enfermeiros

Índice:

I-Introdução	2
II-Definições.....	2
III-Objetivos.....	3
IV-Classificação de Risco.....	4
V-Diagnóstico.....	6
VI-Tratamento.....	8
VII-Fluxogramas.....	11
VIII-Referências.....	13

Elaborado	Revisado	Aprovado – 2024
Dra. Lara Suellen M.São Mateus Núcleo de Educação em Urgência	Dra. Merabe Muniz Diniz Cabral Dr. Alcides Pinto de Souza Júnior	Dr. André Luciano Baitello Dra Mônica Buchalla

I- Introdução

A maioria dos casos de infarto agudo do miocárdio (IAM) é causada pela oclusão de um ramo coronariano principal. A obstrução e consequente redução do fluxo coronariano se devem comumente à ruptura física de uma placa aterosclerótica com subsequente formação de trombo oclusivo. Vasoconstrição coronária e microembolização podem também estar envolvidos neste processo.

No Brasil, estima-se a ocorrência de 300 mil a 400 mil casos anuais de infarto, e que a cada 5 a 7 casos, ocorra um óbito.

A morbidade e a mortalidade do IAM fazem com que os médicos e enfermeiros atuem com agilidade na tomada de decisões e condutas. O diagnóstico rápido de IAM é essencial em todo paciente que se apresenta com dor torácica ou equivalente anginoso no departamento de emergência.

II- Definições

O termo SCA é utilizado nas situações que o paciente apresenta evidências clínicas/e ou laboratoriais de isquemia miocárdica aguda, produzida por desequilíbrio entre oferta e demanda de oxigênio para o miocárdio, tendo como principal causa a estabilização de uma placa aterosclerótica.

A SCA se apresenta sob duas formas clínicas: SCA Com Supra ST e SCA Sem Supra ST. Esta diferenciação é fundamental para definir o tratamento imediato de reperfusão de escolha da forma com supra. **Este protocolo irá abordar somente a forma SCA com supra ST.**

SCA COM Supradesnivelamento de ST (SCACSST): Condição relacionada com a oclusão aguda e total da coronária, com necessidade de reperfusão imediata. Paciente com dor torácica aguda associado a supradesnivelamento do segmento ST persistente ou bloqueio de ramo esquerdo (BRE) novo ou supostamente novo.

A dor torácica pode ser classificada pela característica anginosa da dor:

Elaborado	Revisado	Aprovado – 2024
Dra. Lara Suellen M.São Mateus Núcleo de Educação em Urgência	Dra. Merabe Muniz Diniz Cabral Dr. Alcides Pinto de Souza Júnior	Dr. André Luciano Baitello Dra Mônica Buchalla

Tipo A: Definitivamente Anginosa: Dor retroesternal desencadeada pelo esforço físico com irradiação para ombro, mandíbula ou braço esquerdo, aliviado pelo repouso ou nitrato. Características que dão certeza de Síndrome Coronariana Aguda, independente dos exames.

Tipo B: Provavelmente Anginosa: Dor que apresenta quase todas as características da dor tipo A, porém com necessidade de exames complementares para confirmar o diagnóstico. Síndrome Coronariana Aguda é a principal hipótese diagnóstica.

Tipo C: Provavelmente Não Anginosa: Padrão atípico de dor torácica que não se adapta à descrição da dor definitivamente anginosa. Dor torácica cujas características não fazem da Síndrome Coronariana Aguda a principal hipótese diagnóstica, mas devido à existência de múltiplos fatores de risco, doença coronária prévia ou mesmo dor sem causa aparente, necessita de exames para excluí-la.

Tipo D: Definitivamente Não Anginosa: Dor torácica com aspectos evidentes de origem não cardíaca. Dor torácica cujas características não incluem a Síndrome Coronariana Aguda no diagnóstico diferencial.

III-Objetivos

- Reconhecer rapidamente a dor torácica que sugere síndrome coronariana aguda e realizar o eletrocardiograma de 12 derivações **em até 10 minutos** da admissão do paciente.
- Identificar rapidamente os pacientes com SCA com Supra de ST e solicitar encaminhamento via SAMU para referência de hemodinâmica, em até 30 minutos da admissão na unidade.
- Treinamento de todos os profissionais envolvidos desde a admissão do paciente na unidade até o encaminhamento.
- Padronizar a administração dos medicamentos indicados

Elaborado	Revisado	Aprovado – 2024
Dra. Lara Suellen M.São Mateus Núcleo de Educação em Urgência	Dra. Merabe Muniz Diniz Cabral Dr. Alcides Pinto de Souza Júnior	Dr. André Luciano Baitello Dra Mônica Buchalla

IV- Classificação de Risco (Triagem)

A Classificação de Risco tem por objetivo determinar e desencadear a resposta mais adequada a cada caso, para oferecer a resolutividade para o problema apresentado, sendo de responsabilidade do enfermeiro. É um processo dinâmico de identificação das condições dos usuários que necessitam de tratamento imediato.

Conforme preconizado pelo sistema de triagem de Manchester o atendimento e a classificação na urgência e emergência devem ocorrer em até 10 minutos quando o paciente chega com dor torácica associada aos sintomas relatados, pois a primeira hora desde o início dos sintomas leva de 40 a 60% dos pacientes a óbito. Por isso, a compreensão da subjetividade da dor (descrição da dor dita pelo paciente) é fundamental para a compreensão do quadro clínico e direcionamento. Nesse sentido, cabe ao enfermeiro mensurar e qualificar a dor, sintomas associados e fatores de risco, para melhor tomada de decisão nesta etapa.

Elaborado	Revisado	Aprovado – 2024
Dra. Lara Suellen M.São Mateus Núcleo de Educação em Urgência	Dra. Merabe Muniz Diniz Cabral Dr. Alcides Pinto de Souza Júnior	Dr. André Luciano Baitello Dra Mônica Buchalla

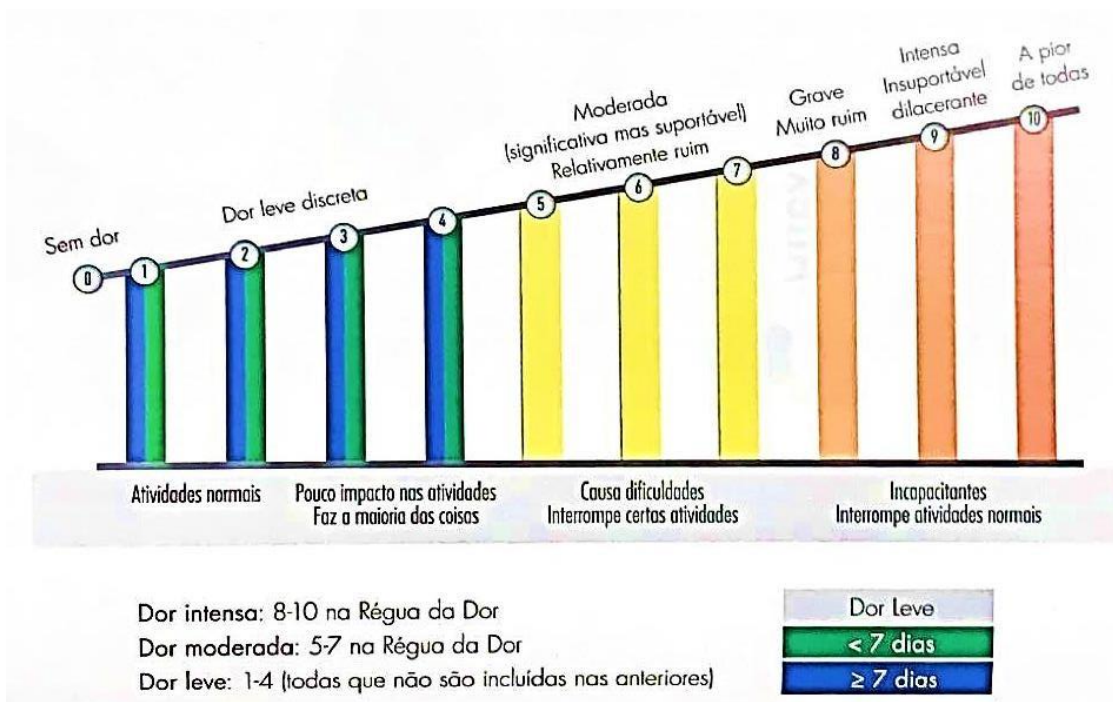
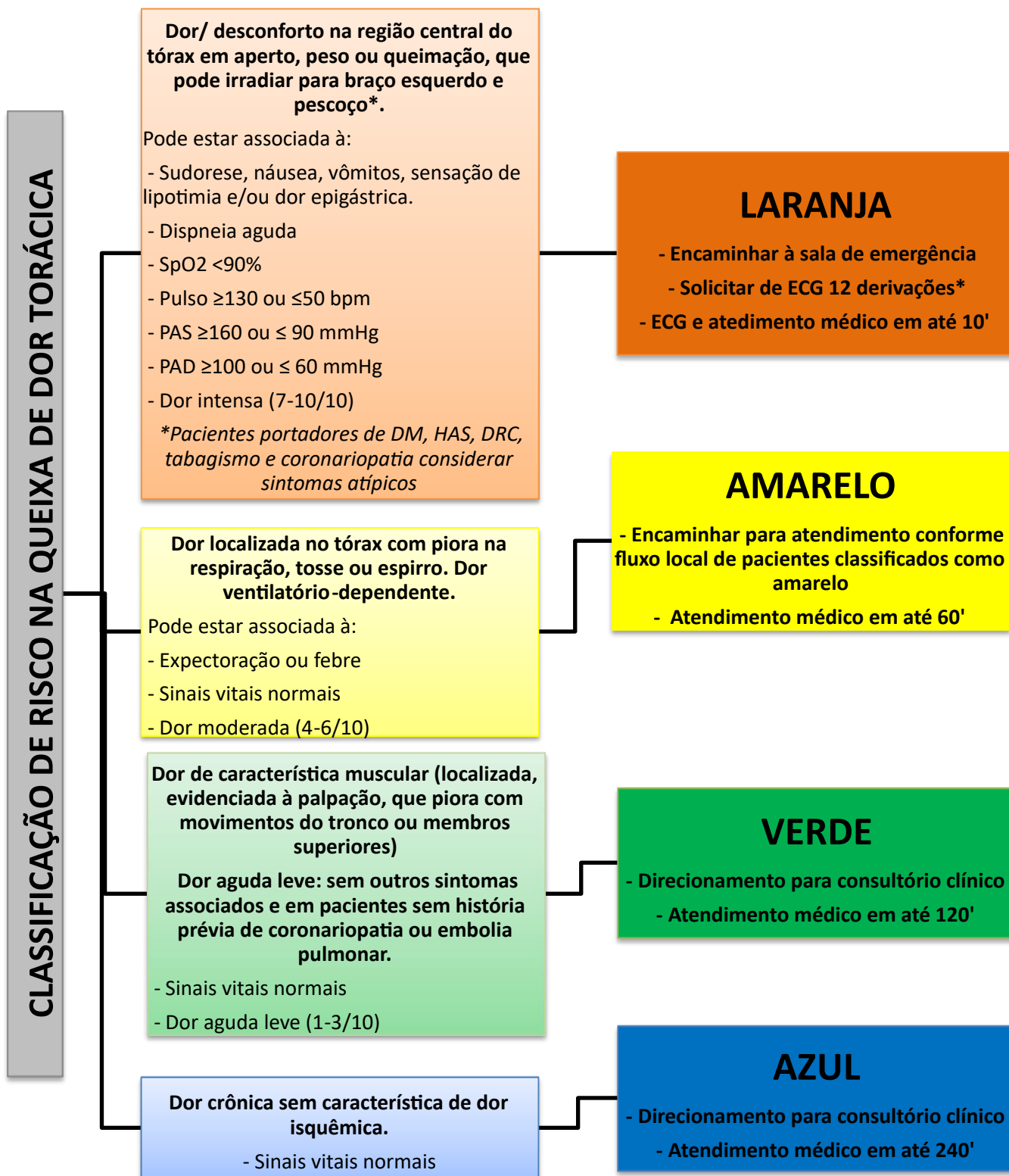


Imagem: Régua de Dor – Adulto (Sistema de triagem de Manchester, 2018)

Elaborado	Revisado	Aprovado – 2024
Dra. Lara Suellen M. São Mateus Núcleo de Educação em Urgência	Dra. Merabe Muniz Diniz Cabral Dr. Alcides Pinto de Souza Júnior	Dr. André Luciano Baitello Dra Mônica Buchalla

Fluxograma de Classificação de Risco e Acesso ao Atendimento Médico



Elaborado	Revisado	Aprovado – 2024
Dra. Lara Suellen M.São Mateus Núcleo de Educação em Urgência	Dra. Merabe Muniz Diniz Cabral Dr. Alcides Pinto de Souza Júnior	Dr. André Luciano Baitello Dra Mônica Buchalla

V- Diagnóstico

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

- Supra desnivelamento do segmento ST \geq 1,0mm, em 2 derivações contíguas;

Em V2-V3:

- **Homens < 40 anos:** supra ST \geq 2,5 mm
- **Homens > 40 anos:** supra ST \geq 2,0 mm
- **Mulheres:** supra ST \geq 1,5mm
- Infra desnivelamento do segmento ST difuso, associado a supra desnivelamento isolado de aVR e/ou V1 (pode estar associado a doença multiarterial ou lesão grave do tronco da coronária esquerda)
- As derivações V3R-V4R e V7-V8 devem ser realizadas nos casos suspeitos de infarto do ventrículo direito ou infartos dorsais, respectivamente.
- **Bloqueio de Ramo Esquerdo Novo** (aplicar critérios de Sgarbossa)

O Bloqueio de Ramo Esquerdo dificulta o diagnóstico de infarto do miocárdio associado, pelas alterações de repolarização inerentes desse bloqueio. Para auxiliar nesse diagnóstico, podemos utilizar os critérios definidos por Sgarbossa, que quando atinge pontuação maior que 3 tem alta especificidade (90-98%), porém baixa sensibilidade (20-36%) para o diagnóstico de IAM.

Paredes acometidas segundo derivações analisadas:

- **Anterior:** duas ou mais derivações precordiais (V1-V6)
- **Ântero-septal:** V1 a V3
- **Apical ou lateral:** I e aVL , V4 a V6

Elaborado	Revisado	Aprovado – 2024
Dra. Lara Suellen M.São Mateus Núcleo de Educação em Urgência	Dra. Merabe Muniz Diniz Cabral Dr. Alcides Pinto de Souza Júnior	Dr. André Luciano Baitello Dra Mônica Buchalla

- **Inferior:** II, III e aVF; deverá ser realizado derivações direitas (V3R e V4R) para avaliação de infarto de ventrículo direito.
- **Posterior:** V7 e V8; que devem ser realizadas na presença de infra desnivelamento em parede anterior.
- **Ventrículo direito (VD) :** V3R / V4R . Derivações direitas devem ser realizadas em todos os infartos de parede inferior

Critérios de Sgarbossa

Critérios de SGARBOSSA	
Alterações eletrocardiográficas	Pontuação
Elevação do segmento ST > 5,0 mm em discordância com o QRS	2
Depressão do segmento ST > 1,0 mm em V1, V2 ou V3	3
Elevação do segmento ST > 1,0 mm em concordância com o QRS	5

Classificação de Killip:

- **Killip I:** sem sinais de insuficiência cardíaca – taxa de mortalidade de 6% em 30 dias;
- **Killip II:** estertores crepitantes nos pulmões, galope de 3ª bulha e pressão venosa central elevada – taxa de mortalidade de 17% em 30 dias;
- **Killip III:** franco edema agudo de pulmão – taxa de mortalidade de 38% em 30 dias;
- **Killip IV:** choque cardiogênico ou hipotensão (pressão arterial sistólica – PAS < 90 mmHg) e vasoconstricção periférica (oliguria, cianose e sudorese) – taxa de mortalidade de 81% em 30 dias.

Elaborado	Revisado	Aprovado – 2024
Dra. Lara Suellen M.São Mateus Núcleo de Educação em Urgência	Dra. Merabe Muniz Diniz Cabral Dr. Alcides Pinto de Souza Júnior	Dr. André Luciano Baitello Dra Mônica Buchalla

VI- Tratamento

Abordaremos neste protocolo o tratamento específico para pacientes com Síndrome Coronariana Aguda Com Supra ST.

A angioplastia primária é o tratamento de escolha quando possível. Está indicada para pacientes com choque cardiogênico em até 36 horas após o início da dor e até 18 horas após o início do choque. O tempo porta-balão deve ser menor que 2 horas em qualquer paciente submetido à angioplastia primária. Nos pacientes que se apresentam em até 2 horas do início dos sintomas, esse tempo deve ser idealmente inferior a 90 minutos.

1- Oxigênio

Suplementação por máscara ou cateter nasal se saturação de O₂ < 90% (2 a 4L/min a 100%), se desconforto respiratório ou se congestão pulmonar.

2-Nitrato

Indicado para o alívio de dor tipo anginosa persistente, reversão de possível espasmo, hipertensão arterial, congestão pulmonar. O dinitrato de isossorbida 5 mg sublingual é o medicamento dessa classe mais utilizado. Pode-se administrá-lo em até três doses, com intervalo de 5 minutos entre elas (máximo de 15 mg).

Contraindicações:

- PAS < 90 mmHg;
- Bradicardia ou taquicardia;
- Suspeita clínica e/ou eletrocardiográfica de comprometimento de Ventrículo Direito;
- Uso de inibidores da fosfodiesterase para disfunção erétil nas últimas 24 a 48 horas

Elaborado	Revisado	Aprovado – 2024
Dra. Lara Suellen M.São Mateus Núcleo de Educação em Urgência	Dra. Merabe Muniz Diniz Cabral Dr. Alcides Pinto de Souza Júnior	Dr. André Luciano Baitello Dra Mônica Buchalla

3- Morfina

Pode ser utilizada para alívio da dor.

Apresentação: ampola 10 mg/ml (1 ml)

Diluir 10 mg (1 ampola) em SF 0,9% 10 ml e administrar EV de 2 a 8ml lentamente, podendo ser repetidos a cada 5 -15 minutos (até máximo de 30 mg).

Contraindicações: hipersensibilidade ao fármaco, hipotensão, náuseas e vômitos. Efeitos colaterais como hipotensão e bradicardia respondem bem à atropina (0,5 - 1,5 mg,EV) e a depressão respiratória responde bem ao naloxone (0,1 a 0,2 mg a cada 15 minutos).

3 - AAS

Administrar 300mg (3 comprimidos) via oral, independentemente da idade do paciente ou se já faz uso do medicamento.

Contraindicações: hipersensibilidade comprovada ao medicamento, sangramento digestivo ativo, discrasia sanguínea, hemofilia ou hepatopatia grave.

4- Clopidogrel

Uma vez que não há como saber qual será a estratégia de reperfusão escolhida no Hospital de Referência, **sugere-se:**

Pacientes com menos 75 anos: 300mg (4 comprimidos).

Caso chegue na referência e seja escolhida angioplastia como terapia, complementa-se a dose a critério do cardiologista hemodinamicista.

Pacientes com idade a partir de 75 anos: 1 comprimido (75mg).

Caso chegue na referência e seja escolhida a angioplastia como terapia, complementa-se a dose a critério do cardiologista hemodinamicista.

Elaborado	Revisado	Aprovado – 2024
Dra. Lara Suellen M.São Mateus Núcleo de Educação em Urgência	Dra. Merabe Muniz Diniz Cabral Dr. Alcides Pinto de Souza Júnior	Dr. André Luciano Baitello Dra Mônica Buchalla

5 - Enoxaparina

Não administrar pois será administrada no Hospital de Referência de acordo com a terapia de reperfusão escolhida e a critério do cardiologista.

6 -Beta bloqueador

Na ausência de contraindicações iniciar precocemente e preferencialmente por via oral. Realizar somente em pacientes estáveis, Killip I, sem evidência de disfunção ventricular esquerda. O medicamento disponível na rede e recomendado neste protocolo é o Atenolol 25 mg via oral.

Reservar a via de administração endovenosa com Metoprolol para os casos selecionados de pacientes com hipertensão arterial ou taquicárdicos, na ausência de disfunção ventricular importante.

Metoprolol apresentação: 1mg/ml(ampola 5ml)

Administrar 5 mg EV em 1 a 2 min e repetindo, se necessário, a cada 5 min., até completar 15 mg (objetivando FC 60 bpm)

Contraindicações:

- Frequência cardíaca < 60 bpm
- Pressão Arterial Sistólica < 100 mmHg
- Intervalo PR > 0,24 segundos
- Bloqueio atrioventricular de segundo e terceiro graus
- História de asma ou doença pulmonar obstrutiva grave
- Doença vascular periférica grave
- Disfunção ventricular grave
- Classe Killip \geq II

Elaborado	Revisado	Aprovado – 2024
Dra. Lara Suellen M.São Mateus Núcleo de Educação em Urgência	Dra. Merabe Muniz Diniz Cabral Dr. Alcides Pinto de Souza Júnior	Dr. André Luciano Baitello Dra Mônica Buchalla

7- Inibidores do sistema Renina-Angiotensina-Aldosterona:

Estão indicados para todos os pacientes com infarto com supra nas primeiras 24 horas, que não apresentem contraindicações. Os medicamentos disponíveis na rede são Captopril, Enalapril e Losartana.

- Captopril: Dose inicial de 12,5 mg via oral
- Enalapril: Dose inicial de 2,5 mg, via oral
- Losartana: Dose inicial de 25 mg, via oral

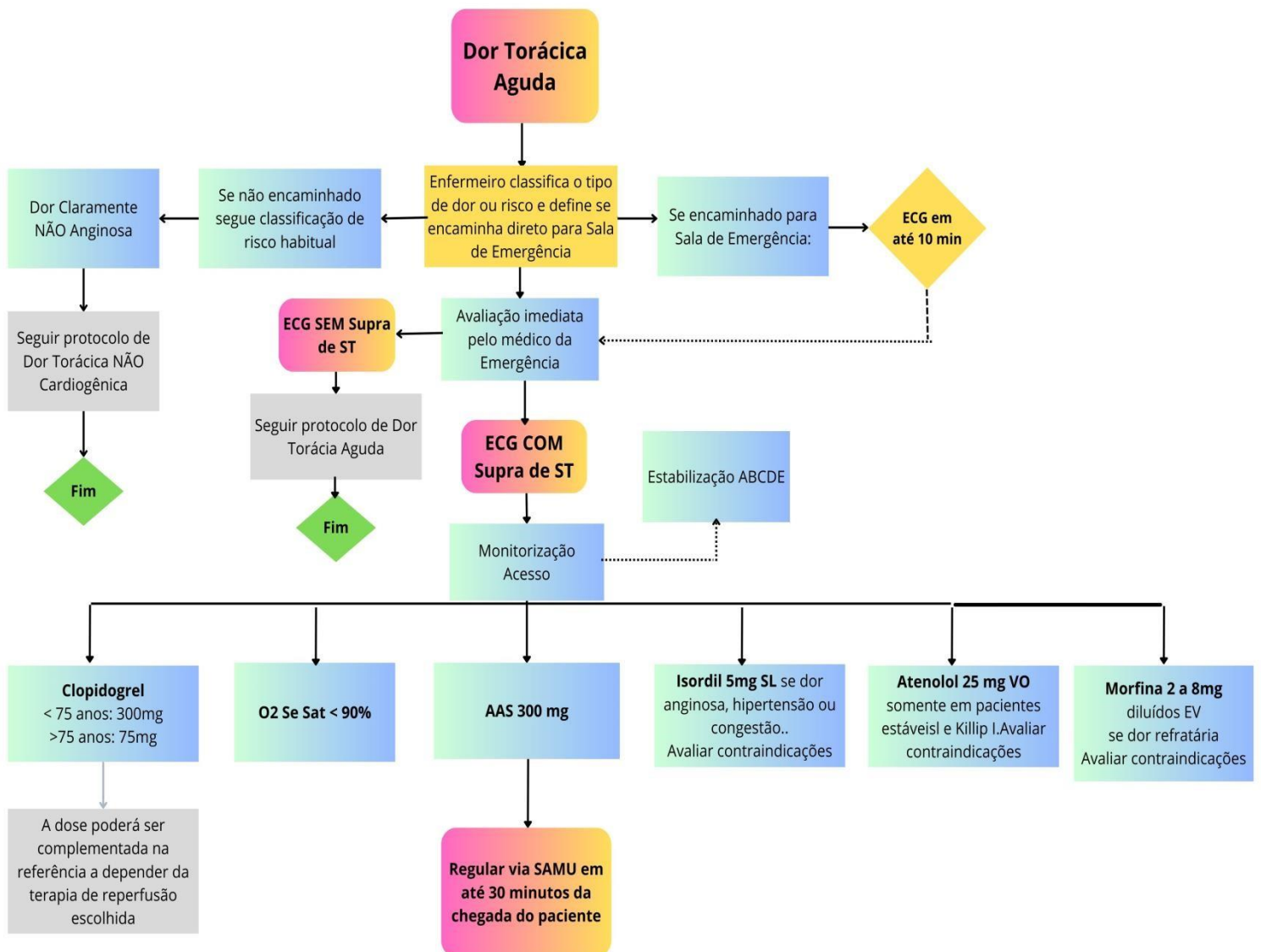
Contraindicações:

- Hipercalemia (> 5,5 mEq/L)
- Estenose de artéria renal bilateral ou unilateral de rim único
- Gestação
- Antecedentes de angioedema com uso da medicação
- Hipotensão arterial sintomática

VII- Fluxograma

Elaborado	Revisado	Aprovado – 2024
Dra. Lara Suellen M.São Mateus Núcleo de Educação em Urgência	Dra. Merabe Muniz Diniz Cabral Dr. Alcides Pinto de Souza Júnior	Dr. André Luciano Baitello Dra Mônica Buchalla

Fluxograma de IAM COM SUPRA ST



VIII- Referências

1-<https://revistaft.com.br/atuacao-da-enfermagem-ao-paciente-com-queixa-de-dortoracica-e-sua-participacao-na-classificacao-de-risco-nas-unidades-de-emergencias/>

Elaborado	Revisado	Aprovado – 2024
Dra. Lara Suellen M.São Mateus Núcleo de Educação em Urgência	Dra. Merabe Muniz Diniz Cabral Dr. Alcides Pinto de Souza Júnior	Dr. André Luciano Baitello Dra Mônica Buchalla

2-Sistema Manchester de Classificação de Risco, 2ª edição, 2018. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 56 p. : il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

3-Piegas LS, Timerman A, Feitosa GS, Nicolau JC, Mattos LAP, Andrade MD, 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.

4- Nicolau JC, Feitosa-Filho G, Petriz JL, Furtado RHM, Précoma DB, Lemke W, et al. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST – 2021. Arq Bras Cardiol. 2021; 117(1):181-264.

5- Wang J, Luo H, Kong C, et al. (2018) Prognostic value of new-onset right bundlebranch block in acute myocardial infarction patients: A systematic review and metaanalysis Lau D, ed. Peer J 6: e4497.

6- Shaikh S, Al-Sadawi M, Dogar MU, Cavusoglu E, Hegde S, Salciccioli L, Piccione M, Abraham C, Yacoub M, Ponce D, McFarlane SI. New Onset Right Bundle Branch Block In Acute Coronary Syndrome and High-Grade Stenosis: A Case Series. Scifed J Cardiol. 2019;3(1):23.

7- Moffa PG, Sanches PCR. Tranchesi - Eletrocardiograma normal e patológico. Roca, 2001. 7 ed. 463-584.

8- Santos ECL, et al. Manual de Cardiologia Cardipapers, Atheneu. 1 ed. 141-154.

Elaborado	Revisado	Aprovado – 2024
Dra. Lara Suellen M. São Mateus Núcleo de Educação em Urgência	Dra. Merabe Muniz Diniz Cabral Dr. Alcides Pinto de Souza Júnior	Dr. André Luciano Baitello Dra Mônica Buchalla