

Para: **Hospitais e Unidades de Saúde de Ilha do SRS**
Assunto: **Protocolo de atuação face a síndrome coronário agudo.
Atualização da Circular Normativa n.º 7, de 06/09/2012.**
Fonte: **Direção Regional da Saúde**
Contacto na DRS: **Direção de Serviços de Cuidados de Saúde**

Class.:C/P.2016/46.

O Protocolo de Atuação face a Síndrome Coronário Agudo (SCA) visa a racionalização da prestação dos cuidados de saúde, perante esta entidade clínica, no Serviço Regional de Saúde, por forma a assegurar o melhor tratamento disponível, de acordo com as mais recentes linhas de orientação.

Este protocolo tem como população-alvo os indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos.

1-SÍNDROMES CORONÁRIOS AGUDOS

Os **Síndromes Coronários Agudos** classificam-se em Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) com supradesnivelamento de ST, EAM sem supradesnivelamento de ST e Angina Instável (AI).

O **EAM** manifesta-se por dor precordial, dispneia, sudorese, náuseas, vómitos. A sintomatologia pode ser atípica, nomeadamente, nos idosos, diabéticos e mulheres.

Para o diagnóstico de EAM é indispensável a realização do **Eletrocardiograma (ECG)** nos primeiros 10 minutos após a entrada na Unidade de Saúde (atenção à colocação dos elétrodos nas posições *standard* - figura 1).

- V₁ – 4º espaço intercostal bordo direito do esterno
- V₂ – 4º espaço intercostal bordo esquerdo do esterno
- V₃ – Entre o V₂ e V₄
- V₄ – 5º espaço intercostal esquerdo na linha medioclavicular
- V₅ – 5º espaço intercostal esquerdo na linha axilar anterior
- V₆ – 5º espaço intercostal esquerdo linha axilar média

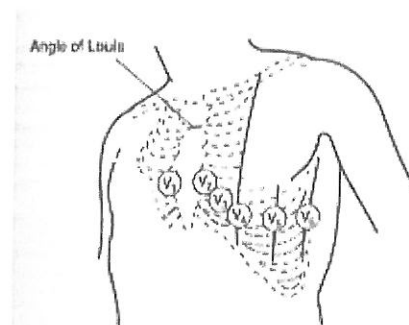


Figura 1

2 - EAM com supradesnivelamento de ST

No EAM com supradesnivelamento de ST ocorre a elevação do segmento ST ($\geq 1\text{mm}$; em V₁ e em V₂ exige-se $\geq 2\text{mm}$), pelo menos em duas derivações sucessivas ($1\text{mV}=10\text{mm}$).

O objetivo do tratamento do EAM com supradesnivelamento de ST é a **revascularização precoce**. A mesma atitude aplica-se ao doente com clínica de enfarte e ECG com padrão de Bloqueio Completo de Ramo Esquerdo. Nestes doentes, na ausência de contra-indicações absolutas (*tabela 1*), deve-se instituir rapidamente o protocolo de fibrinólise:

- No Hospital da Horta, EPER, na Ilha do Faial;
- No Hospital de Santo Espírito, EPER, na Ilha Terceira;
- Nos Centros de Saúde das Unidades de Saúde de Ilha de Santa Maria, São Jorge, Graciosa, Pico, Flores e Corvo.

Na Ilha de São Miguel, o Serviço de Cardiologia do HDES, EPER, providencia revascularização urgente por **Angioplastia Primária**.

Contraindicações absolutas para fibrinólise

Antecedentes de AVC hemorrágico ou de etiologia desconhecida
AVC isquémico >3 horas e <6 meses
Traumatismo cranioencefálico ou neoplasia intracraniana
Traumatismo/cirurgia/lesão craniana major (nas 3 semanas anteriores)
Hemorragia gastrointestinal no mês anterior
Coagulopatia
Dissecção da aorta
Punções não passíveis de compressão (ex.: biopsia hepática, punção lombar)

Tabela 1

2.1 – Protocolo de fibrinólise

ATENÇÃO: Para colocação de cateter venoso periférico, EVITAR PUNCIONAR a metade distal do antebraço direito e a mão direita.

- Se **Retepase**: bólus de 10U ev; 30min após administrar bólus adicional de 10U.
- Se **Tenecteplase**: bólus único ev, de acordo com o peso do doente.

Peso	Dose
<60Kg	30mg
60Kg a <70Kg	35mg
70Kg a <80Kg	40mg
80Kg a <90Kg	45mg
≥90Kg	50mg

Tabela 2

- **Enoxaparina**: bólus de 30mg ev, seguido de 1mg/kg 12/12h sc, pelo menos 2 dias.

- **Ácido acetilsalicílico:** dose de carga de 250mg po (endovenosa se o doente não conseguir deglutir), depois 100mg/dia po.
- **Clopidogrel:** dose de carga de 300mg po, depois 75mg/dia po; se idade >75 anos dispensar a dose de carga e administrar apenas 75mg/dia po.

2.1.1 – Realização de eletrocardiogramas

- Na admissão (nos primeiros 10 minutos);
- 90 minutos após fibrinólise;
- Diariamente durante o internamento;
- Em qualquer momento se dor, instabilidade elétrica ou hemodinâmica.

2.1.2 – Estudo laboratorial básico

Hora zero	Colheitas do Serviço de Urgência com CK e troponina
6h	CK e troponina
24h	Rotinas* com CK e troponina
48h	Rotinas* com CK e troponina
72h	Rotinas*
96h	Rotinas*

Tabela 3

(*) **Rotinas:** Hemograma, PCR, ureia, creatinina, glicemia, ionograma venoso.

3 – Síndromes Coronárias Agudas sem supradesnivelamento ST

Os Síndromes Coronárias sem supradesnivelamento de ST (EAM sem supra ST e AI) caracterizam-se pela presença de sintomas, podendo ou não haver infradesnivelamento de ST e/ou ondas T negativas. Nos doentes com EAM sem supra de ST ocorre subida dos biomarcadores de necrose miocárdica (CK, troponina).

Nos doentes com SCA sem supra ST a estratégia inicial é **terapêutica medicamentosa**. Iniciar:

1.	- Fondaparinux 2,5mg/dia sc, <u>pelo menos 48h</u> ; ou - Enoxaparina 1mg/kg de 12/12h sc, <u>pelo menos 48h</u> .
2.	- Ácido acetilsalicílico : dose de carga de 250mg po (endovenosa se o doente não conseguir deglutir), seguida de 100mg/dia po.
3.	- Ticagrelor : dose de carga de 180mg po, seguida de 90mg de 12/12h po; INDICADO em todos os doentes com risco moderado a elevado de eventos isquémicos (por exemplo, troponinas elevadas), independentemente da estratégia terapêutica inicial, incluindo nos doentes previamente tratados com clopidogrel (o qual deverá ser descontinuado); ou - Prasugrel : dose de carga de 60mg po, seguida de 10mg/dia po; INDICADO em doentes cuja <u>anatomia coronária é conhecida</u> , que têm indicação para intervenção coronária percutânea; CONTRA-INDICADO se idade ≥ 75 anos, peso < 60 Kg e história de AVC/AIT prévios; ou - Clopidogrel : dose de carga de 300mg po (se > 75 anos dispensar a dose de carga), seguida de 75mg/dia po; INDICADO apenas se o Ticagrelor ou o Prasugrel estiverem contraindicados ou indisponíveis.
4.	- Em meio hospitalar, ponderar a associação terapêutica com inibidores dos recetores da GIIb/IIIa .

Tabela 4

4 – Em todos os doentes com SCA

- Nitromint® sublingual

- Se persistência de dor, iniciar **DNI em perfusão** (50mg/50cc; iniciar a 2cc/h podendo-se aumentar até 7cc/h).

- Se persistência da dor após terapêutica com nitratos, medicar com **Morfina** (10mg/10cc; administrar 2mg ev bólus a cada 5min; administrar **Metoclopramida** 1F ev com a 1ª dose de morfina).

- Ansiolítico (ex.: **Diazepam** 5mg SL)

- **O2 4L/min** por óculo nasal (se hipoxemia, dispneia ou outros sinais de insuficiência cardíaca, bem como durante o transporte inter-hospitalar).

Outros fármacos:

- **β-bloqueante**, se FC>60bpm, TAS>110mmHg e na ausência de fevres de estase ou DPOC grave.

- **IECA**, se TAS>110mmHg.

- **Estatina**, a partir do 1º dia.

5 – Referenciação para o serviço de cardiologia do HDES, EPER

5.1. – Doentes com EAM com supra ST

ILHA DE SÃO MIGUEL

Na Ilha de São Miguel, todos os doentes admitidos pelo Serviço de Urgência do HDES, EPER, independentemente da sua proveniência, serão submetidos a coronariografia urgente com angioplastia direta.

RESTANTES ILHAS DA RAA

Nas restantes Ilhas da Região Autónoma, após instituição de terapêutica fibrinolítica, deverá ser acionada de imediato a evacuação aérea do doente para o Serviço de Cardiologia do HDES, EPER, para angioplastia de recurso ou estratégia invasiva precoce, desde que existam condições de segurança para a concretização da referida evacuação aérea.

ATENÇÃO: Lembra-se que para colocação de cateter venoso periférico, EVITAR PUNCIÓNAR a metade distal do antebraço direito e a mão direita.

5.2. – Doentes com EAM sem supra ST ou AI

Para coronariografia e eventual angioplastia

1. Durante o internamento (transferência hospitalar)

- Se angor refratário ou recorrente
- Alterações dinâmicas do ECG
- Instabilidade arritmica ou hemodinâmica

2. Após alta hospitalar (admissão eletiva)

Os doentes com evolução clínica favorável devem ser submetidos a avaliação do **Score de Risco TIMI** (*tabela 5*).

Score de risco TIMI – EAM sem supra ST ou AI

Idade ≥ 65 anos

1



≥ 3 fatores de risco (história familiar, hipertensão arterial, diabetes, hipercolesterolemia, tabagismo)	1
Lesões coronárias ≥ 50%	1
Toma de aspirina nos últimos 7 dias	1
≥ 2 episódios de angor nas últimas 24h	1
Alterações de ST ≥ 0,5mm	1
Biomarcadores cardíacos positivos	1

Tabela 5

Risco TIMI	Score TIMI	Estratégia
Baixo	0-2 pontos	Justifica-se <u>estratificação adicional</u> , sob orientação de cardiologista do hospital de referência.
Intermédio	3-4 pontos	Os doentes beneficiam de estratégia invasiva precoce, até às 72h, pelo que devem ser referenciados diretamente para coronariografia
Elevado	5-7 pontos	

Tabela 6

Estes procedimentos vigoram a partir da presente data.

O Diretor Regional

João Baptista Soares