

Para: Hospitais e Unidades de Saúde de Ilha
Assunto: Protocolo de atuação face a síndrome coronário agudo
Fonte: **Direção Regional da Saúde**
Contacto na DRS: Direção de Serviços de Cuidados de Saúde/CAPRS

Class.: P/2012/25;P/2012/40

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*.
A presente orientação enquadra-se nos objetivos do Programa Regional de Prevenção e Controlo das Doenças Cérebro-cardiovasculares.

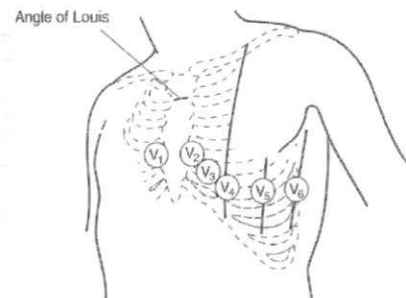
1- Síndromes Coronárias Agudas

Os **Síndromes Coronárias Agudas** 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, vômitos. 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* - fig. 1).

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 medio clavicular,
- V₅ - 5º espaço intercostal esquerdo na linha axilar anterior,
- V₆ - 5º espaço intercostal esquerdo linha axilar média.

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 se aplica ao doente com clínica de enfarte e ECG com padrão de Bloqueio Completo de Ramo Esquerdo.

Nestes doentes, na ausência de contraindicações absolutas, está preconizada a adoção de estratégias de reperfusão coronária:

1. Protocolo de fibrinólise:
 - No Hospital da Horta, EPE;
 - No Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira, EPE;
 - Nos Centros de Saúde das Unidades de Saúde de Ilha de Santa Maria, São Jorge, Graciosa, Pico, Flores e Corvo.

2. Angioplastia Primária, no Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPE, na ilha de São Miguel.

2.1 - Protocolo de Fibrinólise

- Se Reteplase: bólus de 10U ev; 30min após administrar bólus adicional de 10U.
- Se Tenecteplase: bólus único ev de acordo com o peso do doente.
 - < 60 Kg 30 mg
 - 60 a < 70 Kg 35 mg
 - 70 a < 80 Kg 40 mg
 - 80 a < 90 Kg 45 mg
 - ≥ 90 Kg 50 mg
- Enoxaparina : bólus de 30mg ev, seguido de 1mg/kg de peso, subcutânea (sc), de 12/12h, pelo menos 2 dias.
- Ácido acetilsalicílico 250mg ev; depois passa a 100mg dia *per os*.
- Clopidogrel 300mg *per os*, dose de carga, e depois 75mg dia *per os*; se >75 anos dispensar a dose de carga.

2.2 - Contraindicações Absolutas para Fibrinólise

- Antecedentes de AVC hemorrágico ou de etiologia desconhecida.
- AVC isquémico > 4h30 < 6 meses.
- Traumatismo cranioencefálico ou neoplasia intracraniana.
- Traumatismo/cirurgia/lesão craniana major (nas 3 semanas anteriores).
- hemorragia gastrointestinal no último mês.
- Coagulopatia conhecida.
- Dissecção da Aorta.
- Punções não passíveis de compressão (ex: biopsia hepática, punção lombar).

2.3 - 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.

2.4 - Estudo laboratorial básico

Tabela 1

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*

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



3 – Síndromes Coronárias Agudas sem supradesnivelamento de ST

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

Nos doentes com SCA sem supradesnivelamento ST a estratégia inicial é terapêutica medicamentosa, devendo instituir-se:

- Fondaparinux 2,5mg sc/dia ou Enoxaparina 1 mg/kg de peso sc de 12/12h, pelo menos 2 dias.
- Ácido acetilsalicílico 250mg ev, depois passa a 100mg dia *per os*.
- Clopidogrel 300mg per os, dose de carga, e depois 75mg dia *per os*; se >75 anos dispensar a dose de carga.
- Em meio Hospitalar ponderar a associação terapêutica com inibidores dos recetores da GIIb/IIIa (p. ex.: Tirofiban).

4 – Em todos os doentes com Síndrome Coronário Agudo

- Se persistência de dor após o 3ºcp de Nitromint® sublingual 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 2mg ev bólus a cada 5min (administrar Metoclopramida 1 ampola endovenosa com a 1ª dose de morfina).
- Ansiolítico (p. ex.: Diazepam 5 a 10mg per os ou sublingual).
- O2 se hipoxémia, dispneia ou outros sinais de insuficiência cardíaca.
- β-bloqueante per os (p. ex.: Metoprolol 50-100mg a cada 12h; Carvedilol 6,25mg-12,5mg a cada 12h) se frequência cardíaca > 60bpm, tensão arterial > 110mmHg e na ausência de fúres de estase ou DPOC grave.
- IECA (p. ex.: Perindopril 5mg dia *per os*) se tensão arterial > 110mmHg.
- Estatina per os, a partir do 1º dia.

5 – Transferência dos doentes para o HDES,EPE

Contactar com urgência o Serviço de Cardiologia do HDESPD para realização de coronariografia urgente e eventual Angioplastia:

1. Nos doentes com EAM com supradesnivelamento de ST tratados com fibrinólise:

- Se persistência de angor aos 90 minutos;
- **Ou** redução do supradesnivelamento de ST inferior a 50% aos 90 minutos após fibrinólise (na derivação com maior elevação do segmento ST);
- **Ou** choque cardiogénico;
- **Ou** insuficiência cardíaca grave.

NOTA: Os restantes doentes beneficiam de uma estratégia invasiva electiva (coronariografia e eventual angioplastia), pelo que devem ser transferidos para o HDES antes da alta.

2. Nos doentes com EAM sem supradesnivelamento de ST ou AI:

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

NOTA: Os doentes com evolução clínica favorável devem ser submetidos a avaliação do Score de Risco TIMI (*ver tabela 2*).

Tabela 2

SCORE DE RISCO TIMI – EAM sem supra ST ou AI

Idade \geq 65 anos	1
\geq 3 fatores de risco (História familiar, hipertensão arterial, diabetes, hipercolesterolemia, tabagismo)	1
Lesões coronárias \geq 50%	1
Toma de aspirina nos últimos 7 dias	1
\geq 2 episódios de angor nas últimas 24 h	1
Alterações de ST \geq 0,5 mm	1
Biomarcadores cardíacos positivos	1

RISCO TIMI **BAIXO**: 0 – 2 pontos

RISCO TIMI **INTERMÉDIO**: 3 – 4 pontos

RISCO TIMI **ELEVADO**: 5 – 7 pontos

Se o *score* obtido for **intermédio** ou **elevado**, os doentes beneficiam de estratégia invasiva precoce, até às 72h, pelo que devem ser referenciados diretamente para coronariografia.

Se o *score* for **baixo** (≤ 2), então justifica-se estratificação adicional sob orientação de Cardiologista do Hospital de referência.

A Diretora Regional

Sofia Adriana Carvalho Duarte