



PREFEITURA MUNICIPAL DE
FEIRA DE SANTANA



POP 01 - Síndrome Coronariana Aguda



SAMU
192

ELABORADORES

Maíza Sandra Ribeiro Macedo
Coordenação Geral

Robson Batista
Coordenação Administrativa

Fabrcia Passos Pinto
Coordenação de Enfermagem

José Luiz Oliveira Araújo Júnior
Coordenador Médico

Milena Soares Araújo Amorim
Coordenação do NEP

Rodrigo do Santos Matos
Médico do NEP

Março/2012

PRIMEIRA REVISÃO

Maíza Sandra Ribeiro Macedo
Coordenação Geral

Robson Batista
Coordenação Administrativa

Fabrcia Passos Pinto
Coordenação de Enfermagem

José Luiz Oliveira Araújo Júnior
Coordenador Médico

Milena Soares Araújo Amorim
Coordenação do NEP

Rodrigo do Santos Matos
Médico do NEP

Julho/2015



SEGUNDA REVISÃO

Maíza Sandra Ribeiro Macedo
Coordenação Geral

Fabricia Passos Pinto
Coordenação do NEP

Bruno Passos Sampaio
Médico do NEP

Março/2020

COLABORADORES

Equipe SAMU 192



SAMU

192



POP 01: SÍNDROME CORONARIANA AGUDA

- A doença arterial coronariana (DAC) representa a principal causa de óbito no mundo e configura entre as patologias de maior impacto clínico e financeiro.
- O tratamento moderno da Síndrome Coronariana Aguda (SCA) depende do uso de terapias de reperfusão, rápido acesso ao serviço médico e uso de medicações específicas com benefício comprovado.
- **O tempo de condução do paciente até um hospital capacitado** para realizar o tratamento da SCA é determinante do prognóstico destes indivíduos.
- Embora a maioria das abordagens indicadas no tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) estejam disponíveis no SUS, a mortalidade hospitalar continua elevada.

1 Conceitos

- A Síndrome Coronariana Aguda (SCA) é um termo utilizado para descrever uma série de sintomas clínicos resultantes da redução do fluxo sanguíneo para o músculo cardíaco, por obstrução da artéria coronária, configurando entre elas o infarto agudo do miocárdio em progressão ou a ameaça iminente do infarto (angina instável).
- A sua origem é multifatorial, no entanto a principal causa é uma doença aterotrombótica, onde uma placa aterosclerótica é formada no interior da artéria coronariana levando inflamação endotelial e a obstrução mecânica progressiva vascular.

2 Fatores de risco

✓ HAS	✓ LDL aumentado
✓ Diabetes Mellitus	✓ Sedentarismo
✓ Tabagismo	✓ Fatores pró-inflamatórios
✓ Obesidade	✓ História familiar positiva
✓ HDL < 40	✓ Idade: Homem > 45 anos; mulheres > 55 anos;

3 Classificação:

- As síndromes coronarianas agudas são divididas em SCA com supradesnível de ST (CSSST) e sem supradesnível (SSSST) e angina instável (AI).



3.1 SCACSST é representada pelo **IAMCSSST**, no qual ocorre obstrução completa da artéria coronária e se evidencia positividade dos marcadores de necrose miocárdica e elevação do segmento de ST no eletrocardiograma (ECG).

No ECG será visto elevação maior que 2 mm em duas ou mais derivações precordiais ou maior que 1 mm em duas ou mais derivações contíguas periféricas; ou Bloqueio de Ramo Esquerdo novo ou presumivelmente novo.

3.2 SCASSST divide-se em **IAMSSST**, no qual ocorre obstrução incompleta do lúmen coronário e se evidencia positividade dos marcadores de necrose miocárdica, sem elevação do segmento ST no ECG; e **angina instável**, na qual não há positividade dos marcadores.

4 Diagnóstico

- Baseia-se em três critérios clínicos, sendo que com apenas dois dos mesmos já se fecha o diagnóstico;

- ✓ **História clínica**
- ✓ **ECG (Eletrocardiograma)**
- ✓ **MNM (Marcadores de Necrose Miocárdica)** – Solicitado no ambiente intrahospitalar.

5 Achados da história clínica

- Marcado por dor torácica anginosa, devendo haver a investigação semiológica a seguir:

▪ Característica	✓ Opressão, peso, constrição, queimação
▪ Intensidade	✓ Gradual, progressiva
▪ Localização	✓ Precordial, retroesternal
▪ Irradiação	✓ Mandíbula, dorso, membros superiores
▪ Duração	✓ Maior que 30 minutos
▪ Fatores Desencadeantes	✓ Esforço físico; estresse emocional
▪ Fatores Associados	✓ Tontura, sudorese, fadiga, náusea, vômitos
▪ Fatores de Melhora	✓ Uso do nitrato
▪ Fatores de piora	✓ Esforço físico, aumento da frequência cardíaca



6 Eletrocardiograma (ECG):

- ✓ Deve ser realizado em todo paciente com suspeita de SCA **em até 10 minutos da admissão hospitalar.**
- ✓ Se disponível, deve ser realizado em **ambiente pré-hospitalar.**
- ✓ Seriar: cada 3 horas nas primeiras 9 a 12h ou a qualquer momento, caso haja mudança na condição clínica.
- ✓ De acordo com a derivação altera, pode-se inferir a parede do coração acometida e qual provável artéria coronária envolvida.

Localização	ECG	Coronária
Parede Anterior	V1 – V4	Descendente Anterior (DA)
Anterior Extenso	V1 – V6; D1 e aVL	DA proximal
Lateral	D1 e aVL, V5 – V6	Circunflexa (Cx)
Inferior	DII, DIII e aVF	Coronária Direita (CD) ou Cx
Posterior	Infra anterior, V7 e V8	CD ou Cx
Ventrículo Direito	V1, V3R, V4R	CD

7 Tratamento Inicial:

- O tratamento clínico inicial é o MESMO para qualquer SCA – com ou sem supra de ST.
- A conduta de reperfusão primária está indicada apenas nos casos em que há obstrução total da coronária, ou seja, no IAMCST.
- Sempre realizar a monitorização multiparamétrica, oxigenoterapia conforme necessidade (SatO₂ < 94%) e puncionar acesso venoso periférico.
- Medicamentos a serem realizados pelo serviço pré-hospitalar.

Ação	Medicação	Dose e via
Anti-Trombótica	AAS	200 mg (02 cp de 100 mg), via oral
Anti-Trombótica	Clopidogrel	300 mg (04 cp de 75 mg), via oral
Anti-Isquêmica	Nitrato (Isordil)	5 mg de 5/5 min, sublingual
Anti-Isquêmica	Morfina	2 a 10 mg, intravenoso

- IECA/ BRA, beta-bloqueadores e Estatinas serão utilizados nas primeiras 24 horas, já no ambiente hospitalar.
- Heparina de baixo peso molecular também realizada no intrahospitalar.



8 Tratamento definitivo

- ✓ Se o diagnóstico for confirmado pela presença de SSST, o paciente deve receber tratamento de recanalização da artéria culpada pelo infarto no menor prazo de tempo possível: 30 minutos (tempo porta-agulha) para trombólise e 90 minutos (tempo porta-balão) para angioplastia primária.
- ✓ A decisão da unidade de destino que o médico regulador deve referenciar o paciente, depende dentre outras coisas, da possibilidade em se atingir os tempos acima citados, dando-se sempre preferência a angioplastia primária em relação a trombólise, se realizada em tempo hábil.
- ✓ **Janela Trombolítica: o HGCA trabalha com a janela de até 12h.**

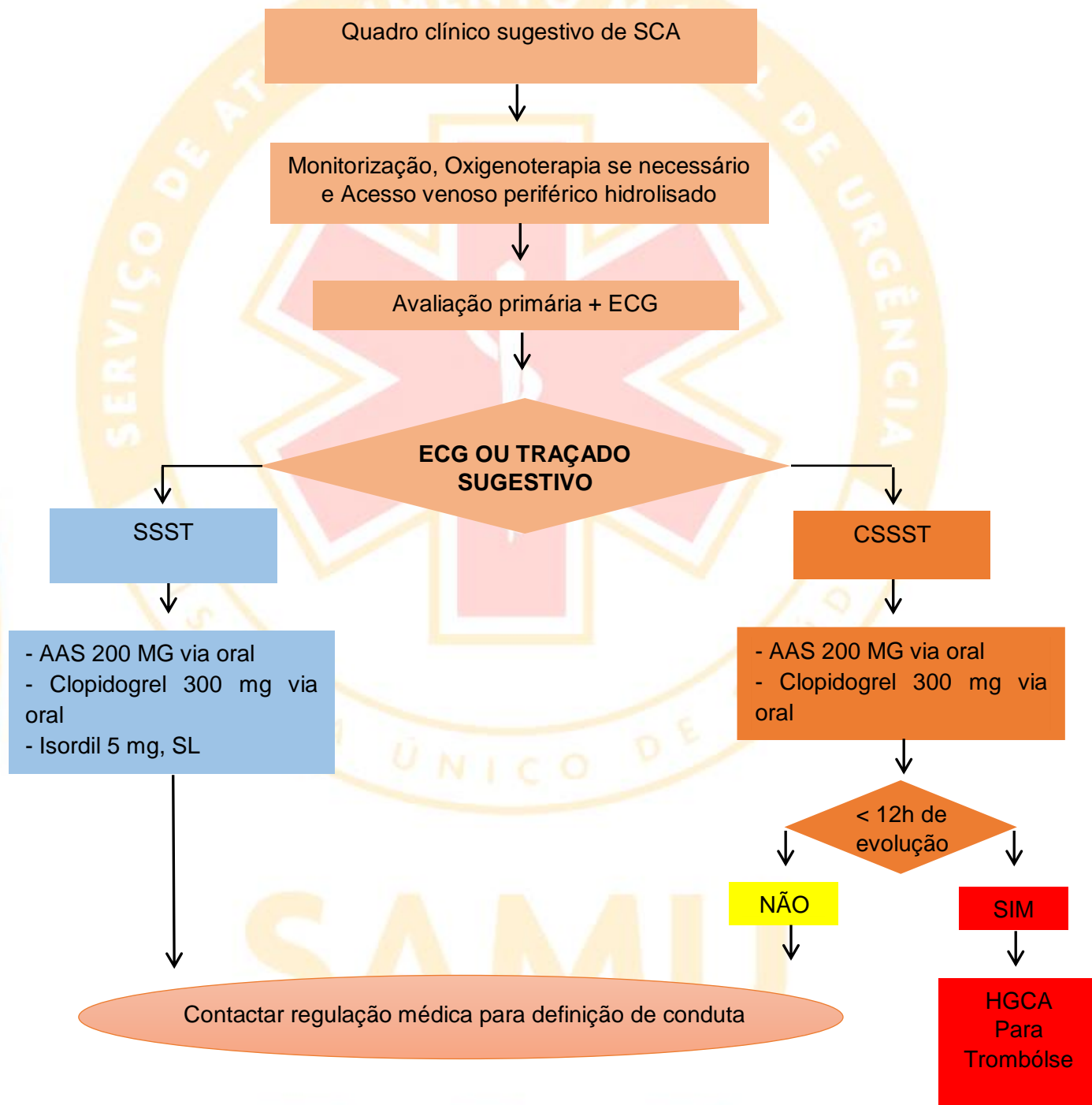
9 Conduta Pré-Hospitalar

- ✓ Suspeitar do quadro ainda na regulação.
- ✓ Instalar monitorização.
- ✓ Proteção das vias aéreas.
- ✓ Manter em decúbito de 30°.
- ✓ Oferecer oxigenação, se SPO₂<94%.
- ✓ Instalar acesso venoso catéter 18G em MMSS.
- ✓ AAS 100 MG: 02 cp via oral.
- ✓ Clopidogrel 75 mg: 04 cp via oral (sem maior que 75 anos, fazer apenas 01 cp).
- ✓ Dinitrato de isossorbida (Isordil): 5mg sublingual. Não usar nitrato se PAS < 90mmHg ou PAD < 60mmHg. Evitar se suspeita de IAM de VD.
- ✓ Morfina (2-3mg em bolus IV) deve ser administrada ao paciente se dor não ceder com nitrato. Não fazer se suspeita de IAM de VD.
- ✓ Remover paciente conforme quadro clínico para Hospital Geral Clériston Andrade (HGCA) ou outra unidade com suporte cardiológico.
- ✓ Todos os pacientes com **IAMCSSST em janela trombolítica**, sem convênios de saúde, serão encaminhados para o HGCA, com comunicação prévia ao chefe de plantão, conforme Protocolo de IAM da referida unidade.

Lembre-se: Tempo é músculo!!!



Fluxograma de atendimento ao paciente com suspeita de IAM



REFERÊNCIAS

American Heart Association. Guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. Part 5: Adult Basic Life Support. Circulation. 2015;132:S414-35. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000259>

Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre tratamento do infarto agudo do miocárdio. Sociedade Brasileira de Cardiologia • Volume 102, Nº 3, Supl. 1, Março 2014.

Martins HS, et al. Medicina de Emergência. Abordagem Prática: Síndrome Coronariana Aguda, 12ª Ed, Manole. São Paulo, 2017.

SAMU
192

