



## **VI Curso de Educação Médica Continuada em Clínica Médica**



# **Como Diagnosticar e Tratar o Infarto Agudo do Miocárdio**

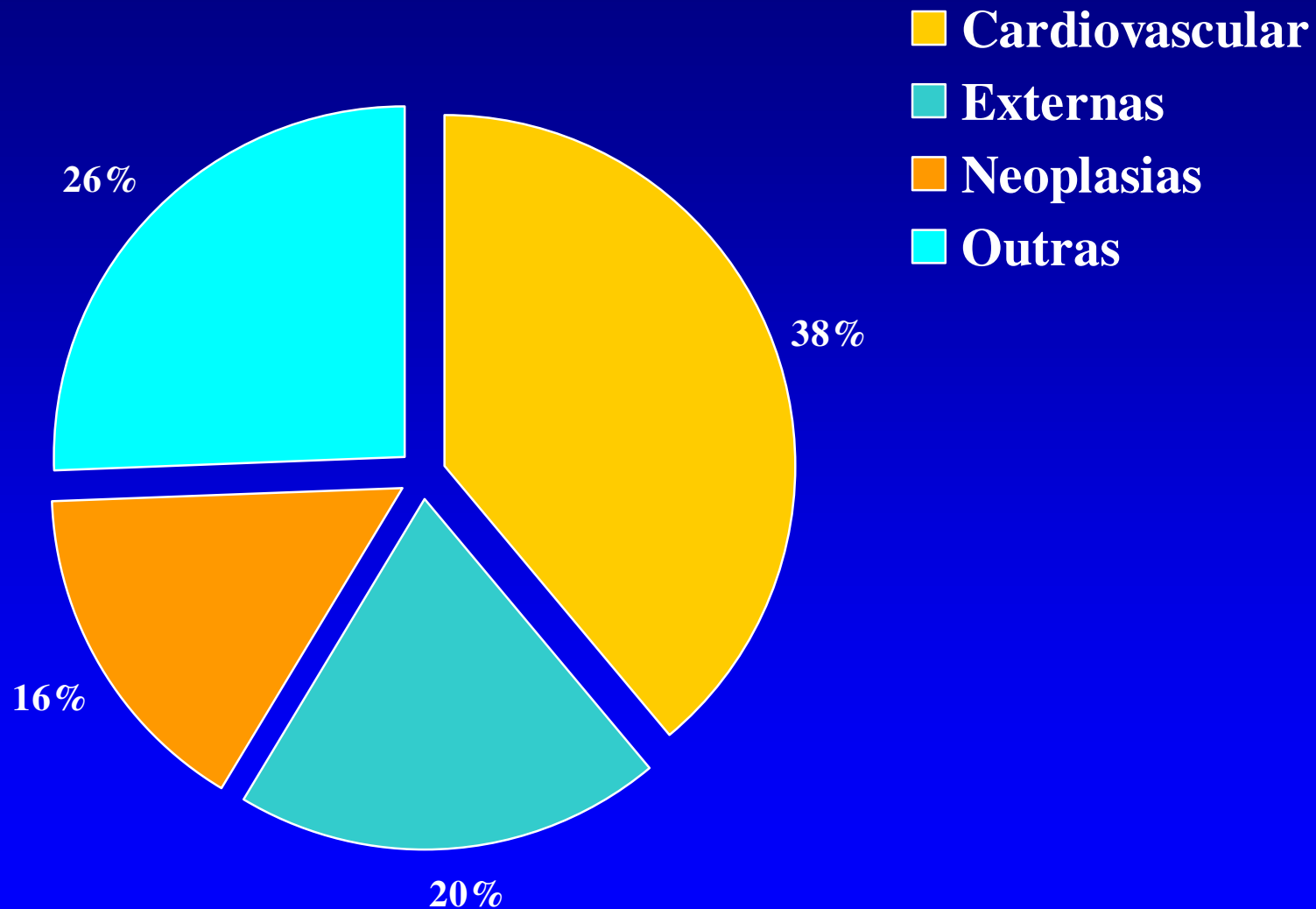
**Marcelo Assad**

**Mestre em Cardiologia UERJ**

**Rotina U. de Emergência do Hospital Pró Cardíaco**

**Médico da U.Coronariana do INCL**

# Mortalidade no Brasil



Mortalidade - Data-SUS

# Mortalidade Hospitalar no IAM

---

Década 50

30%

UTI UC

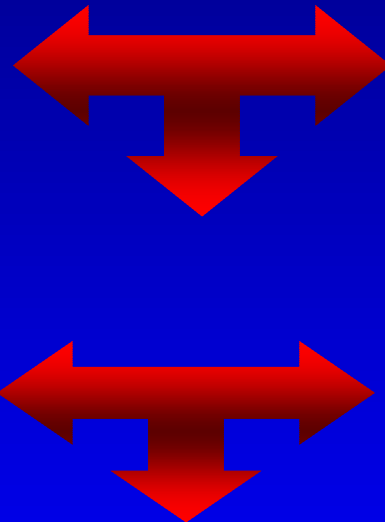
15%

Controle das Arritmias

Década de 80

6 a 10%

Recanalização Arterial

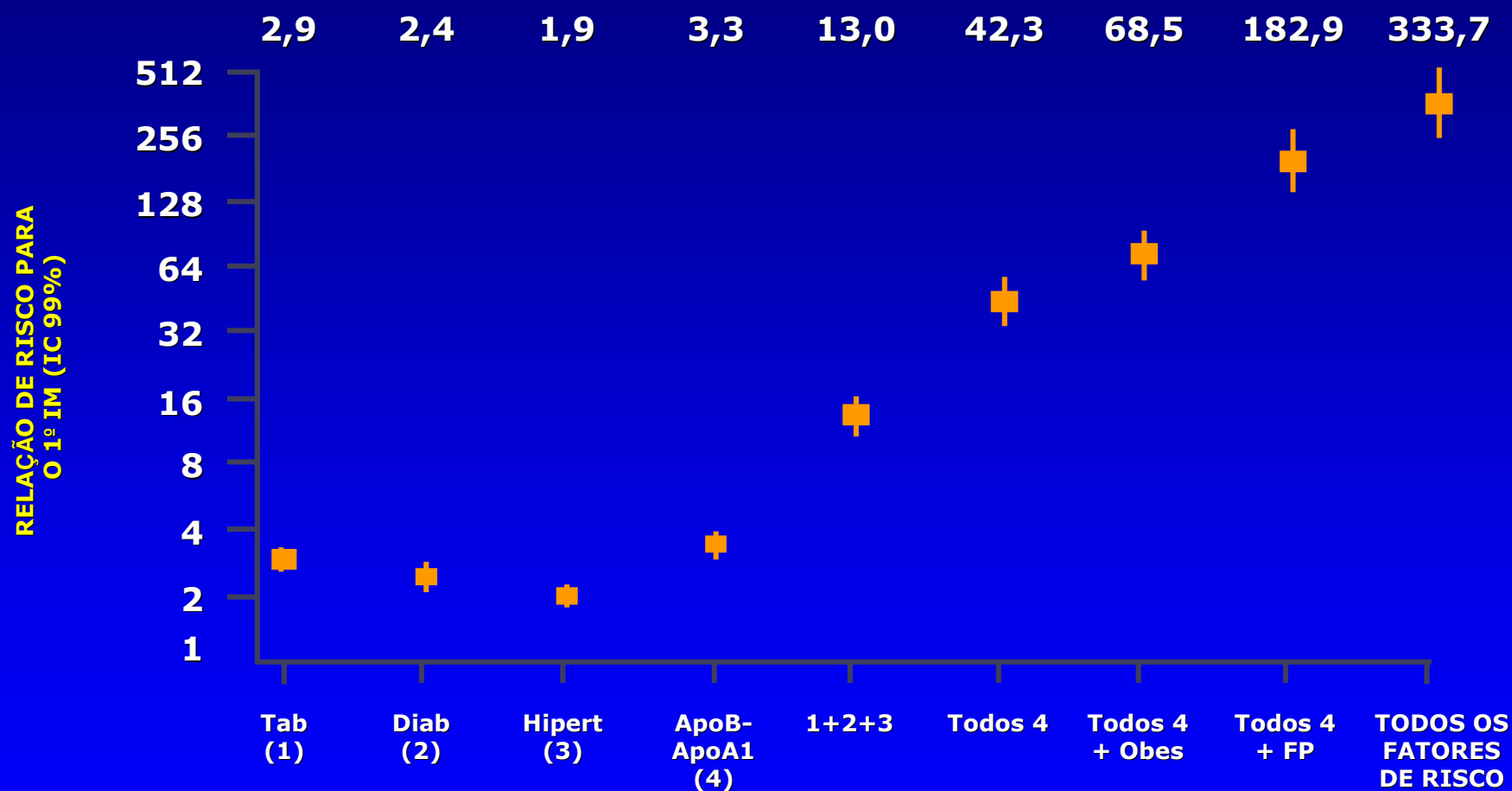


# Epidemiologia

O **Infarto Agudo do Miocárdio** é a causa líder de mortalidade no mundo ocidental, pela alta prevalência e pela alta mortalidade pré-hospitalar.

- 45 a 60% das mortes ocorrem na **1ª h** do início dos sintomas e 80% nas **1as 24 h**.
- Grande vilão da PCR nas primeiras horas do IAM → **FIBRILAÇÃO VENTRICULAR**

# Estudo INTERHEART: impacto de múltiplos fatores de risco no risco de primeiro IM



**Tab:** tabagismo

**Hipert:** hipertensão

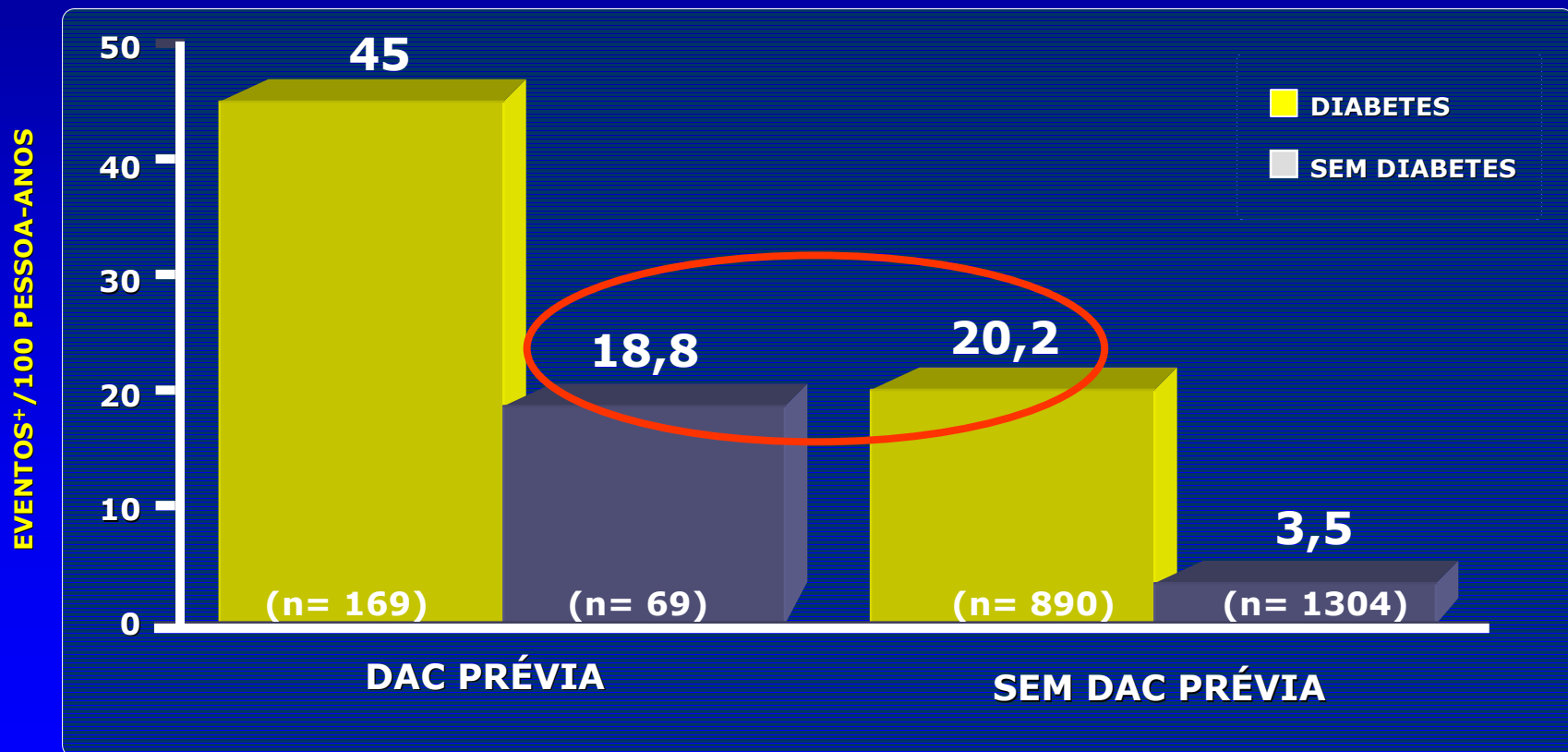
**Obes:** obesidade abdominal

**Diab:** diabetes

**FP:** fatores psicossociais

# O risco de DAC é Ainda Maior em Pacientes com Diabetes

A incidência de IM em pacientes com diabetes sem histórico de DAC é comparável a de pacientes sem diabetes com histórico de DAC



+IM (infarto do miocárdio), fatal ou não fatal; DAC= doença coronariana  
Adaptado de Haffner SM e cols. *N Engl J Med* 1998;339:229-234.

# Causas de Elevada Mortalidade Pré-Hospitalar

- ✓ Desconhecimento e desvalorização da dor do IAM
- ✓ Idade avançada
- ✓ Auto medicação
- ✓ Baixo sócio econômico
- ✓ Sexo feminino

# Abordagem da Dor Torácica

---

- ✓ Do início da dor e reconhecimento dos sintomas até a procura de socorro: **Educação comunitária e procura por serviço de emergência.**
- ✓ Da procura do socorro até deslocamento ao hospital mais próximo: **Assistência domiciliar**

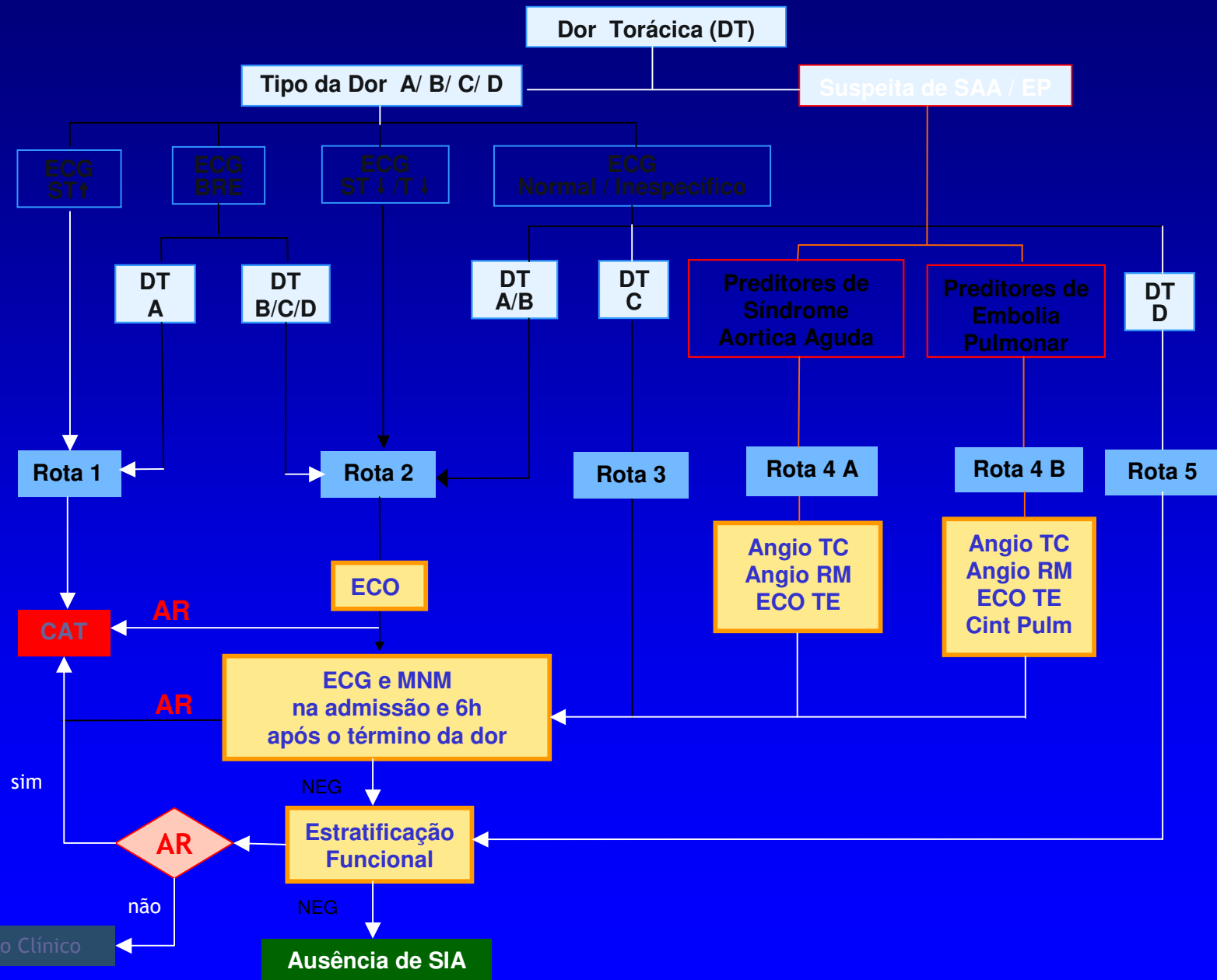
**Apenas 20% dos pacientes com dor torácica aguda chegam ao Setor de Emergência antes de 2h do início dos sintomas**



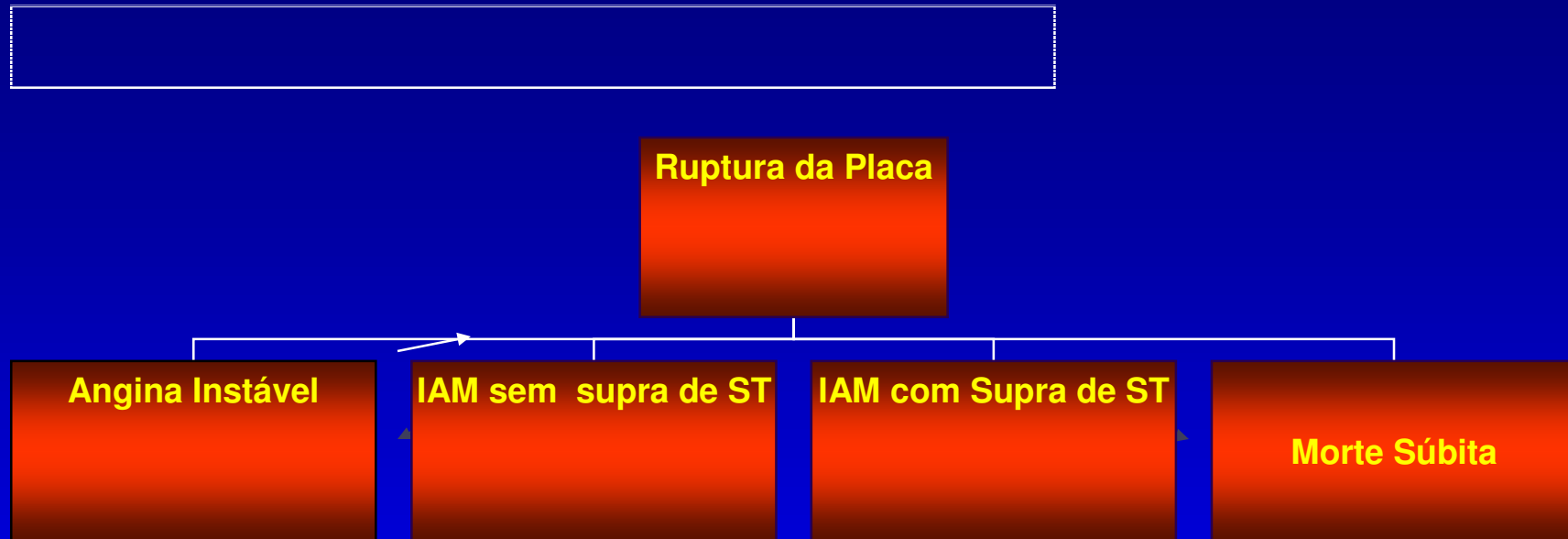
# Atraso no tratamento

- Reconhecimento dos sintomas
  - Transporte para o hospital
  - Avaliação intra-hospitalar
    - Porta-exame
    - Exame-decisão
    - Decisão-drogas
- “ 4D`s ” : Door-Data-Decision-Drugs

# Protocolo Assistencial da Dor Torácica



# Síndromes Coronarianas Agudas



***Evolução:*** Grau de obstrução, duração da oclusão, recrutamento de colaterais e consumo miocárdico.

# Definição de Infarto do Miocárdio

1. Elevação típica e queda gradual (Troponina) ou elevação e queda mais rápida (CK-mb) dos marcadores séricos de necrose miocárdica associada a 1 ou mais dos seguintes:

- ✓ **Sintoma de isquemia miocárdica;**
- ✓ **Desenvolvimento de onda Q patológica no ECG;**
- ✓ **Alteração ECG indicativa de isquemia: elevação ST**

2. Achados patológicos de IAM

# Diagnóstico e estratificação de risco

## Clínico e Eletrocardiográfico



AVALIAÇÃO  
INICIAL



ELETROCARDIOGRAFIA



ESTRATIFICAÇÃO  
DE RISCO



DIAGNÓSTICO

## Marcadores de Necrose Miocárdica



MIOGLOBINA



CPK



CKMB



CK MASSA



TROPONINA

# Escore de TIMI para SCAsST

## Critérios de Pontuação

1. Idade > 65 anos
2.  $\geq 3$  fatores de risco de DAC
3. DAC conhecida (estenose  $\geq 50\%$ )
4. Uso de AAS nos últimos 7 dias
5. Angina recente ( $\leq 24$ hs)  $\geq 2$  episódios
6. Aumento dos marcadores cardíacos (TnI)
7. Desvio do ST  $\geq 0.5$ mm

# Escore de TIMI para SCaST

## Crêterios de Pontuação e Mortalidade

Idade $\geq$ 75 anos pts	3
Idade 65-74 anos pts	2
História de HAS, DM ou angina pt	1
Exame Físico:	
PAS < 100 mmHg pts	3
FC > 100 bpm/min pts	2
Classe Killip II-IV pts	2
Peso < 67 Kg	1 pt

< 2 pts – inferior a 2%

5 pts – 10 %

> 8 pts -- > 20 %

*Morrow et al JAMA 2001;286: 1356*

# Atendimento Pré-hospitalar

---

## Protocolo pré-hospitalar

IAMcsST e choque cardiogênico <75 anos atendimento imediato – transferência para local com hemodinâmica em 18 horas.

IAMcsST e contra-indicação para fibrinolítico – atendimento imediato e transferência para CAT (porta-hospital máx. 30min) com possibilidade de revascularização



## **Atendimento Pré-hospitalar**

---

**Aspirina 162 a 325 mg mastigável na suspeita de IAM (exceto com contra-indicação), preferencialmente não tamponada.**

# Avaliação Hospitalar do IAM

## Exame Físico sumário:

1. Vias aéreas, circulação
2. Sinais vitais
3. Turgência jugular, estertores, sopros e galopes
6. Pulsos
7. Choque e AVE
8. Sinais de hipoperfusão (frio, astenia, pulsos)



# Avaliação Hospitalar do IAM

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL NÃO CARDIOLÓGICO

- Pneumotórax hipertensivo
- Ruptura de esôfago com mediastinite
- Refluxo
- Pleurite
- Pânico
- Dor pancreática ou biliar
- Dissecção de Aorta
- Embolia Pulmonar
- Úlcera Perfurada
- Hérnia de disco
- Somatização

# **Avaliação Hospitalar do IAM**

---

## **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CARDIOLÓGICO**

---

**Pericardite**

**Angina atípica**

**Repolarização precoce**

**Wolff-Parkinson-White**

**Lesão SNC**

**Mioc. Hipertrófica**

**HVE com strain**

**Miocardite**

**Hipercalemia**

**B Ramo**

**Angina vasoespástica**

---

# Procedimentos Iniciais

- Medidas Iniciais
  - ▣ Sala de urgência
  - ▣ Monitoração não invasiva
  - ▣ Acesso Venoso (marcadores)
  - ▣ ECG (< 10 minutos)
- História Clínica Dirigida
- Exame Físico
- Antecedentes / Fatores de Risco
  - **Elegibilidade para terapia de reperfusão**

# Eletrocardiograma

---

em pacientes sintomáticos ou com alta suspeição de IAM

Diagnóstico IAM inicial - ECG seriado -

Monitoração do sST

Sintomas sugestivos – ECG em 10 min. da chegada no hospital

Derivação direita em caso de IAM inferior

# Elevação ST em diversas patologias

## Elevação ST



Patologia	Características da Elevação ST
Repolarização Precoce	Mais marcado V2
Variante normal	
IAM	Segmento ST em plateau
Angina de Prinzmetal	Transitório
HVE	Strain
BRE	Segmento ST-T discordante QRS e supra < 5 mm
Pericardite	Difuso e desnível PR
Hipercalemia	Onda T grande e apiculada, onda P pequena ou ausente
Síndrome de Brugada	RSR' em V1- V2
TEP	BRD, S1Q3T3, T invertida com supra ST-T
Cardioversão	Grande e transitório

**Repolarização  
Precoce**

Mais marcado V2

**Variante normal**

**IAM**

Segmento ST em plateau

**Angina de Prinzmetal**

Transitório

**HVE**

Strain

**BRE**

Segmento ST-T discordante QRS e  
supra < 5 mm

**Pericardite**

Difuso e desnível PR

**Hipercalemia**

Onda T grande e apiculada, onda P  
pequena ou ausente

**Síndrome de Brugada**

RSR' em V1- V2

**TEP**

BRD, S1Q3T3, T invertida com supra  
ST-T

**Cardioversão**

Grande e transitório

# Exames Laboratoriais

---

Exames laboratoriais, RX tórax e ecocardiograma  
(sem atrasar a terapia de reperfusão)

- ✓ Marcadores bioquímicos de necrose miocárdica
- ✓ Hemograma
- ✓ INR
- ✓ PTT
- ✓ Eletrólitos e magnésio
- ✓ Uréia e creatinina
- ✓ Glicose
- ✓ Lipidograma



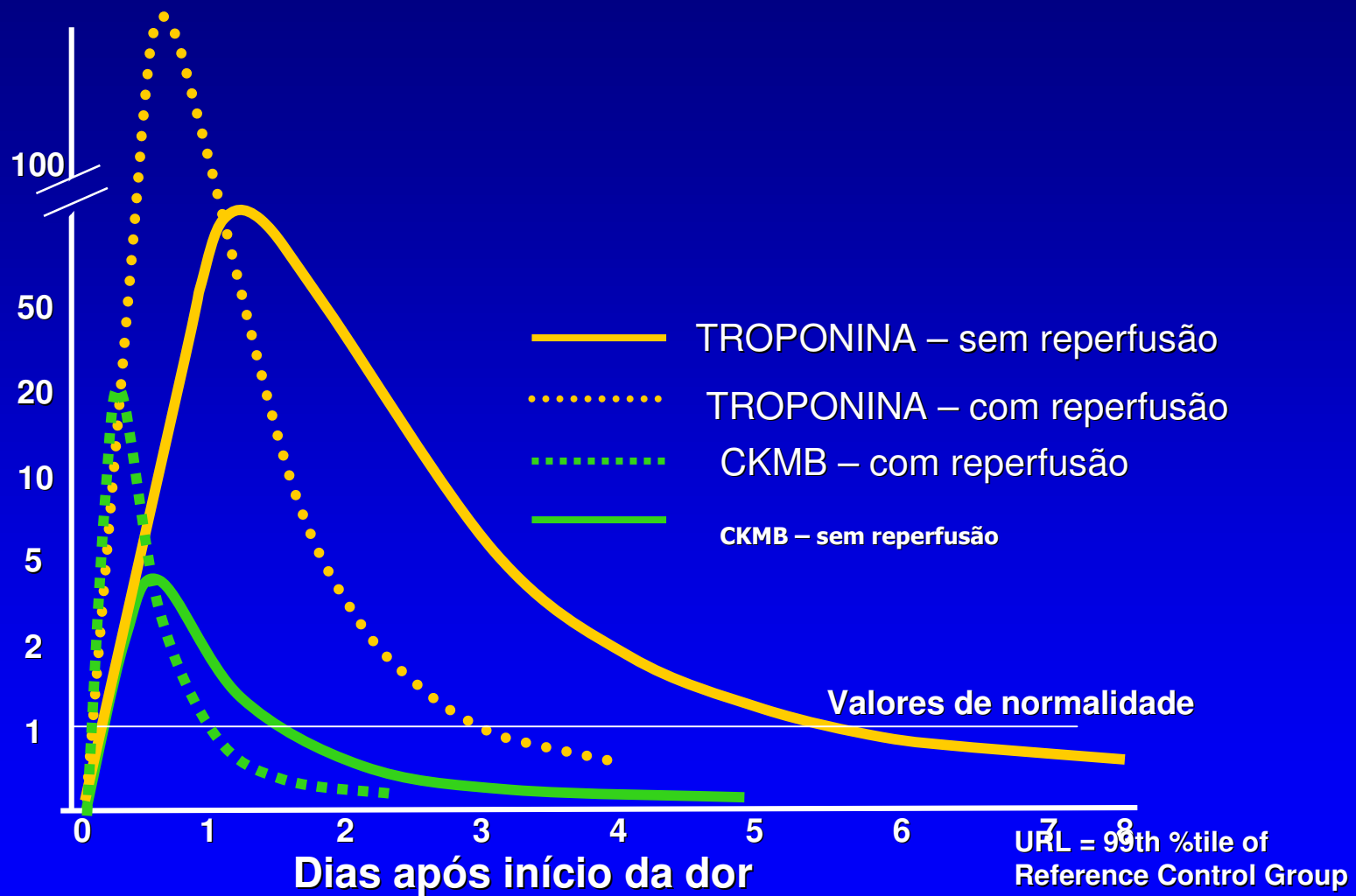
# Marcadores de necrose miocárdica

---

Troponina, especialmente em caso de outras injúrias musculares.

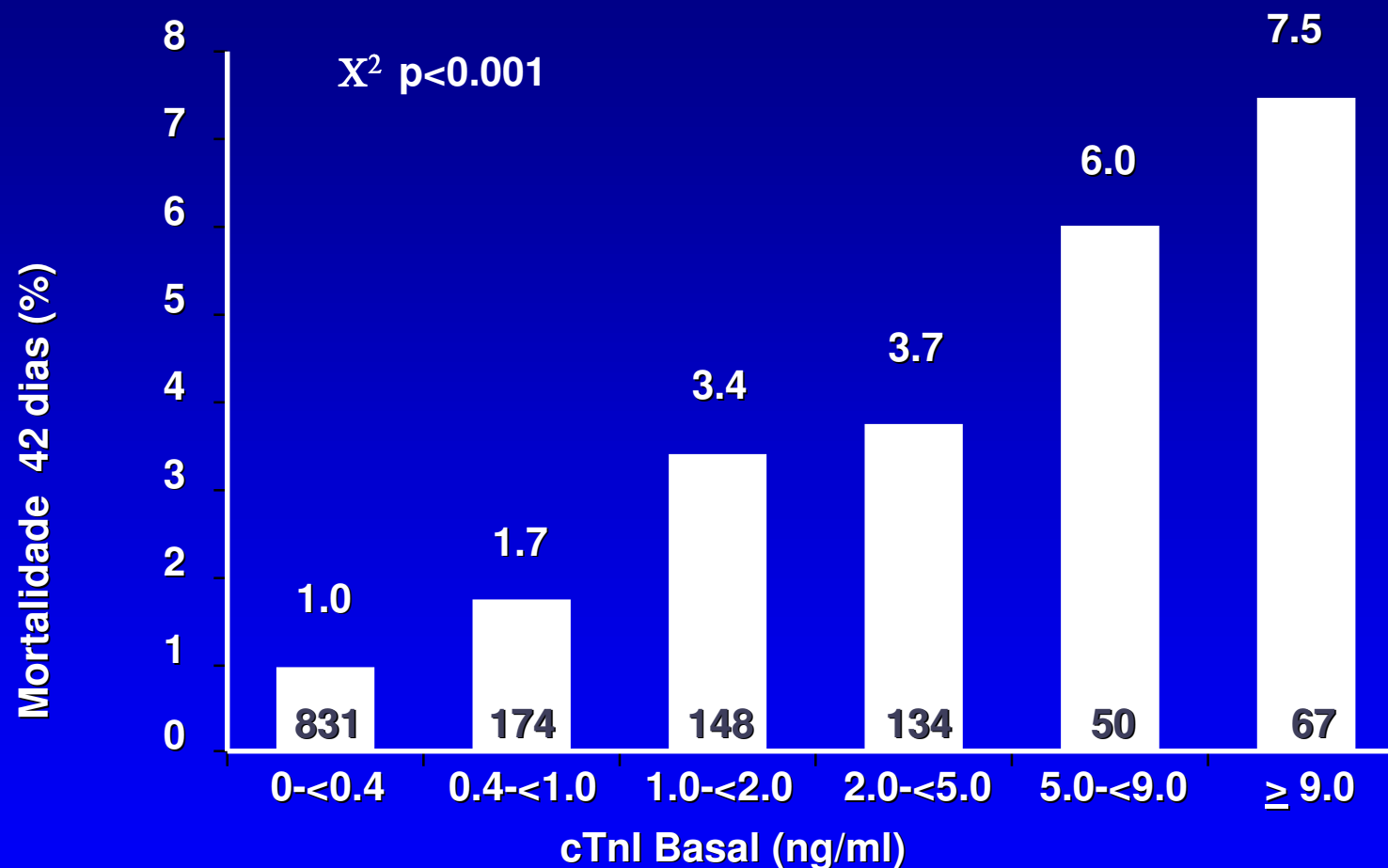
IAMcsST e sintomas , reperfusão deve ser iniciada independente dos marcadores de injúria.

# Marcadores bioquímicos



Alpert et al. J Am Coll Cardiol 2000;36:959.  
Wu et al. Clin Chem 1999;45:1104.

# TIMI IIIB: Troponina I vs. Mortalidade



Risco Relativo 1.0 1.8 3.5 3.9 6.2 7.8

Antman e col *NEJM* 1996;335: 1342

# Oxigênio

---

Administração nas primeiras 3-6 horas

Manutenção em caso de saturação  $\text{SaO}_2 < 90\%$   
e congestão pulmonar

# Nitrato

---

Total de 3 doses a cada 5 minutos

Rever necessidade de nitroglicerina venosa para controle de sintomas, HA ou manejo de congestão pulmonar

Contra-indicações:

- ✓ PAS < 90 mmHg ou decréscimo  $\geq$  to 30 mmHg
- bradicardia severa (< 50 bpm)
- ✓ taquicardia (> 100 bpm)
- ✓ suspeita de IAM de VD
- ✓ Uso de inibidor da fosfodiesterase nas últimas 24h

# Analgesia

---

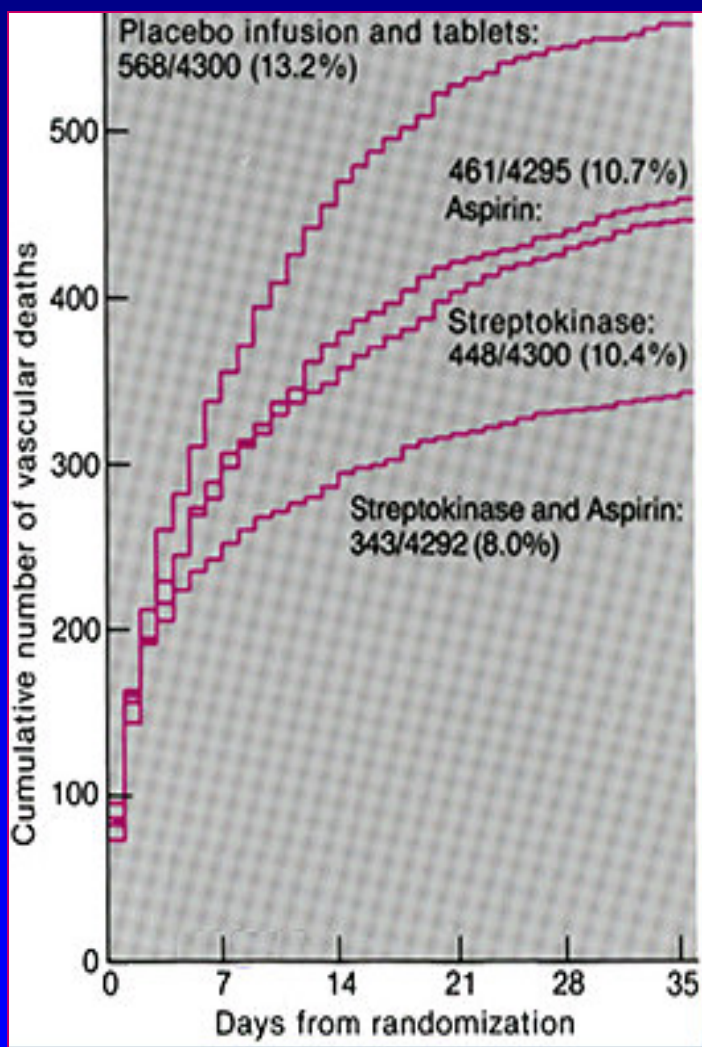
Sulfato de Morfina (2 to 4 mg IV repetida a cada 5-15min)

# Aspirina

---

Aspirina – dose inicial 162 a 325 mg  
mastigável na suspeita de IAM (exceto com  
contra-indicação), preferencialmente não  
tamponada

# TERAPIA ANTIPLAQUETÁRIA



## A- ASPIRINA (CLASSE A)

- Deve ser prescrita a todos os pacientes com IAM o mais rápido possível, mantida a longo prazo.
- Reduz a mortalidade em 23% isoladamente e 42% quando associada a STK (ISIS2).

*Lancet, 1988;332::349-360*



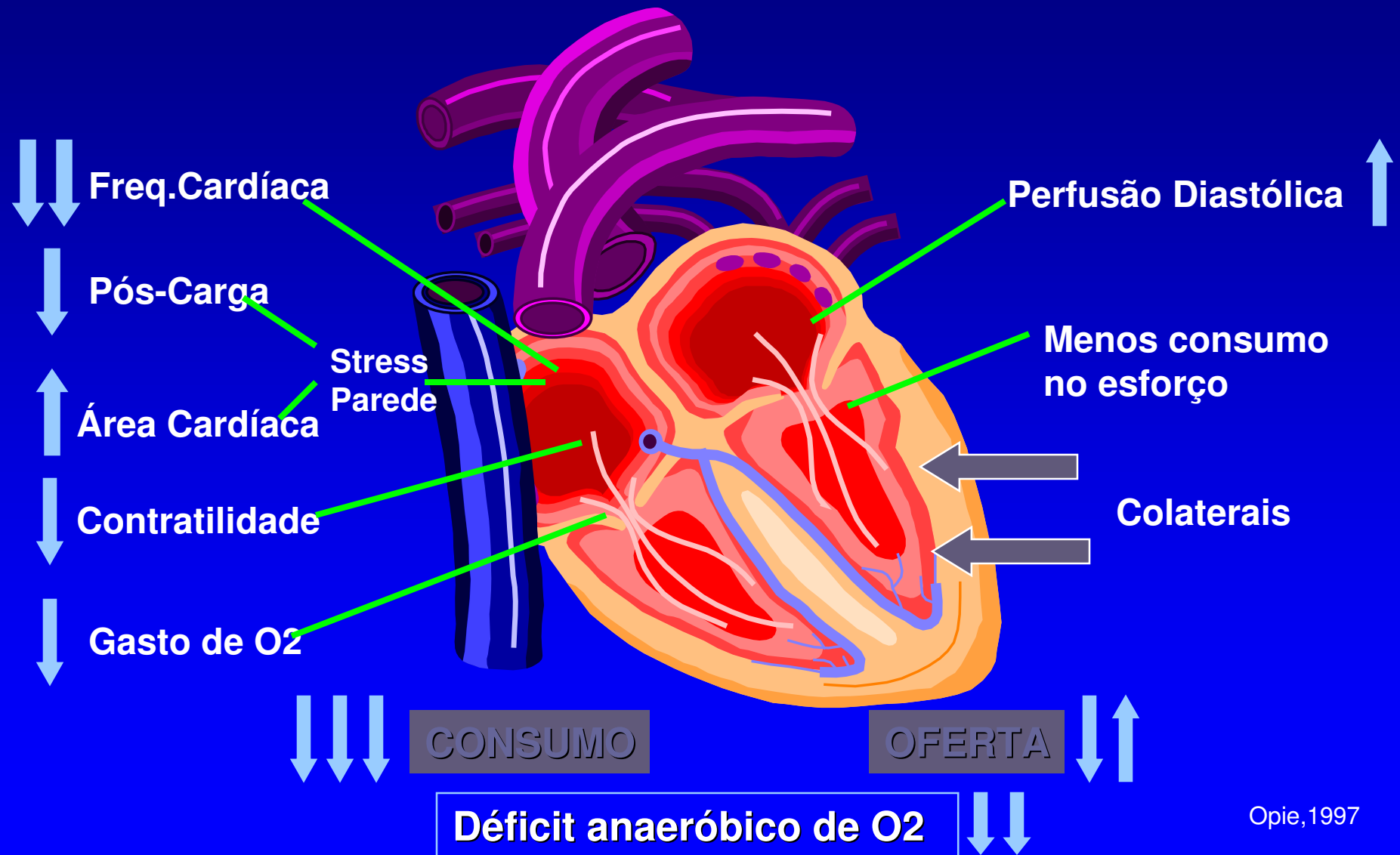
# Beta-bloqueador

---

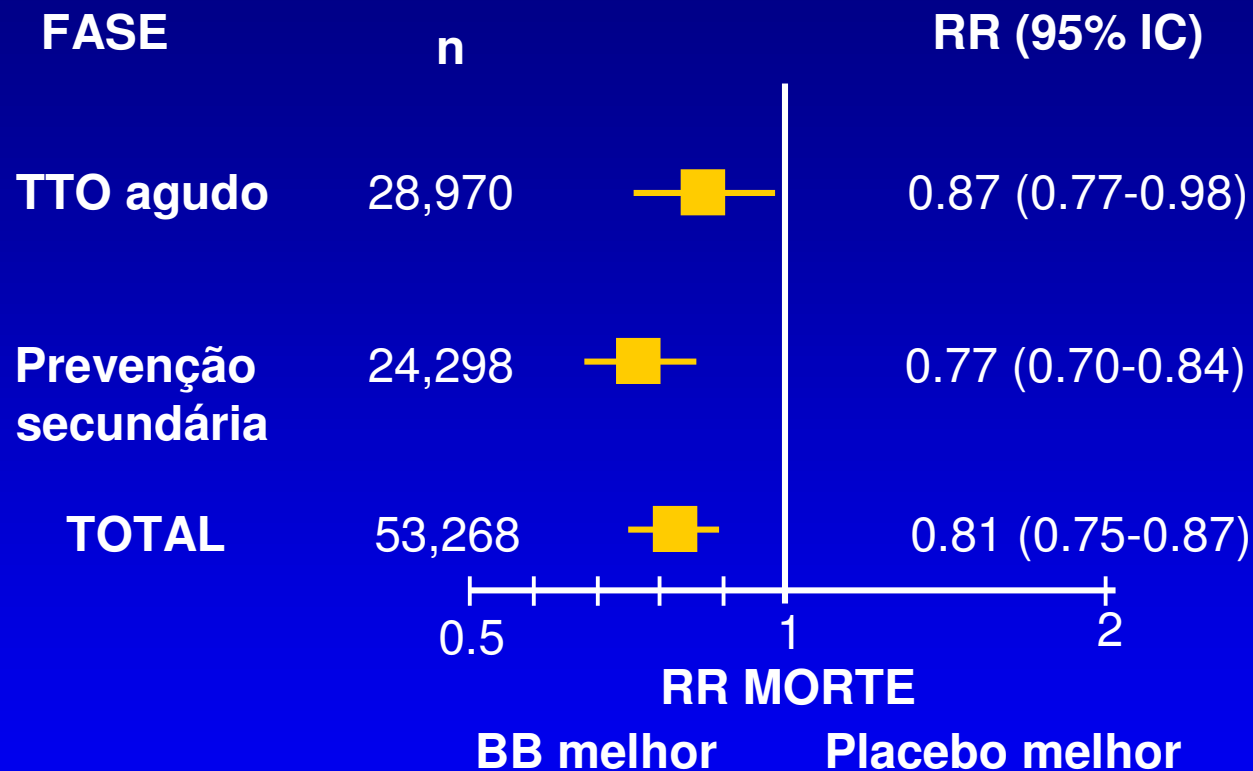
Deve ser administrado via oral em todos pacientes sem contra-indicação, independente da terapia de reperfusão farmacológica ou mecânica.

Em taquiarritmia ou HAS pode ser utilizada a administração intravenosa

# Efeitos do Beta-bloqueador na Isquemia Miocárdica



# Estudos com beta-bloqueadores



Antman E, Braunwald E. Acute Myocardial Infarction. In: Braunwald E, Zipes DP, Libby P, eds. Heart Disease: A textbook of Cardiovascular Medicine, 6th ed., Philadelphia, PA: W.B. Sanders, 2001, 1168.

# COMMIT/ CCS.2 TRIAL

---

## CLOPIDOGREL E METOPROLOL NO IAM

- ✓ Metoprolol: 5mg IV 3X → 200mg VO/dia
- ✓ ↓ RR 15-20% de Reinfarto
- ✓ ↑ RR 30% de Choque Cardiogênico, sobretudo no 1º dia.
- ✓ Reflexão sobre o uso precoce e amplo de  $\beta$ -Bloqueadores.

ZENGMING CHEN - MD

CLINICAL TRIAL SERVICE UNIT, OXFORD, UK

CHINA - UK

# Reperfunção

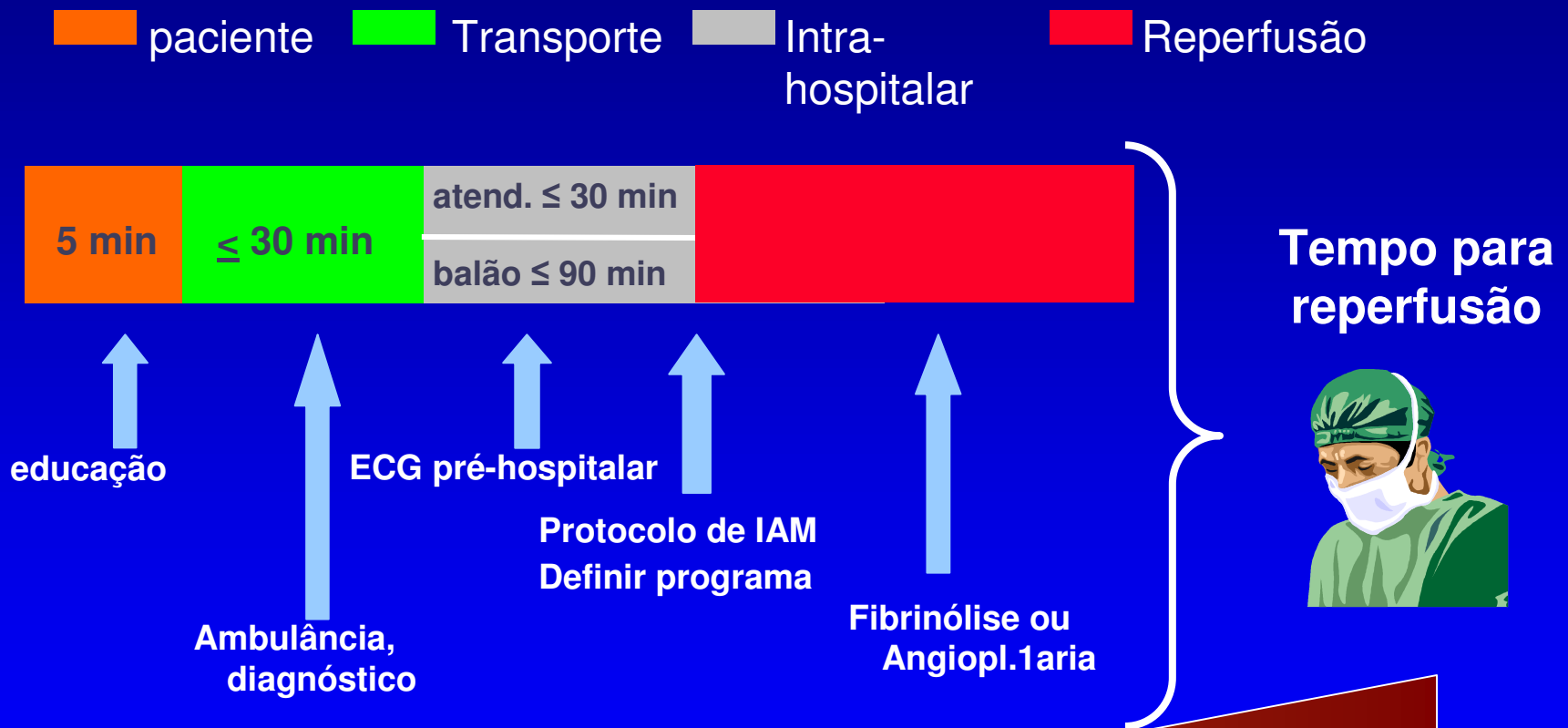
---

- Não é possível definir qual o método de reperfunção “superior” para todos os pacientes, em diferentes locais e condições clínicas.
- Algun método de reperfunção deve ser selecionado para pacientes com IAMcsST
- O tempo e a terapia apropriada é o mais importante que a escolha da terapia

# Metas

- Tempo porta-agulha:  $\leq 30$  minutos
- Tempo porta-balão:  $\leq 90$  minutos
- A PCI primária pode ser mais custo-efetiva que a fibrinólise quando o transporte for  $\leq 60$  minutos.

# Reperusão



# Seleção de pacientes

*Sintomas com < 3 horas e sem atraso para estratégia invasiva, não há preferência.*

## **Tratamento fibrinolítico preferencial**

- ♥ *Apresentação precoce (<3h e atraso para angioplastia)*
- ♥ *Quando estratégia invasiva não for opção*
- ♥ *Atraso na estratégia invasiva*
  - Transporte
  - porta-balão > 90 min





# Contra-indicações para fibrinólise

---

## Contra-indicações absolutas

- ✓ Hemorragia intracraniana
- ✓ Lesão vascular cerebral conhecida (má-formação AV)
- ✓ Neoplasia maligna intracraniana (primária ou metastática)
- ✓ AVE isquêmico < 3 meses
- ✓ Suspeita de disseção aórtica
- ✓ Sangramento ativo (exceto menstrual)

# Fibrinólise

---

Administrar na ausência de contra-indicações em IAMcsST nas primeiras 12h do início dos sintomas

Entre 12-24h em vigência de precordialgia persistente e  $sST > 0.1 \text{ mV}$  em mais de 2 derivações contíguas

Aparecimento de BRE supostamente novo

# Reperusão

---

Monitoração do sST, sintomas e PA até 180min da infusão de fibrinolítico

Achados sugestivos:

- ✓ Alívio dos sintomas
- ✓ Restauração hemodinâmica ou elétrica
- ✓ Redução  $\geq 50\%$  do sST inicial no ECG 60 a 90 min após iniciada infusão

## ***TROMBOLÍTICO IDEAL***

- ✓ Reperusão rápida
- ✓ Fluxo TIMI III em 100%
- ✓ Administração em Bolus
- ✓ Fibrino-específico
- ✓ Baixa incidência de hemorragia cerebral
- ✓ Resistência ao Inibidor do Ativador do Plasminogênio
- ✓ Baixa taxa de reoclusão
- ✓ Sem efeitos sobre a PA
- ✓ Não antigênico
- ✓ Baixo custo

# Seleção de pacientes

*Sintomas com < 3 horas e sem atraso para estratégia invasiva, não há preferência.*

## Tratamento invasivo preferencial

- ♥ *Angioplastia primária com cirurgia de stand-by*
  - porta-balão < 90 min
- ♥ *Alto risco para IAMcsST*
  - Choque cardiogênico, Killip classe  $\geq 3$
- ♥ *Contraindicação para fibrinolítico*
- ♥ *Apresentação tardia (>3h sintomas)*
- ♥ *Dúvida diagnóstica de IAM*



## ***PONDERANDO O USO DA ATC***

- ✓ Os resultados da ATC podem não refletir nem serem replicados em hospitais menos experientes.
- ✓ Tempo door-to-balloon < 90 min; ideal < 60 min.
- ✓ Equipe treinada e laboratório 24 horas.
- ✓ Inelegíveis para TT; alto risco para AVH
- ✓ Menos de 20% dos hospitais EUA e 10% Europa

## **SBC/AHA-ACC**

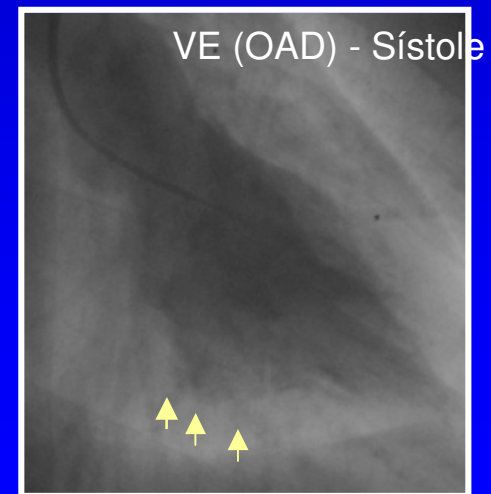
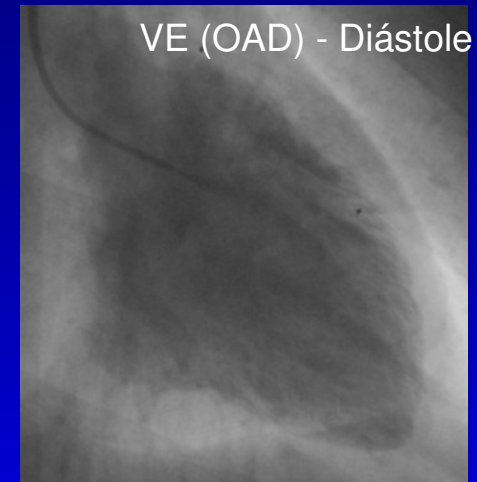
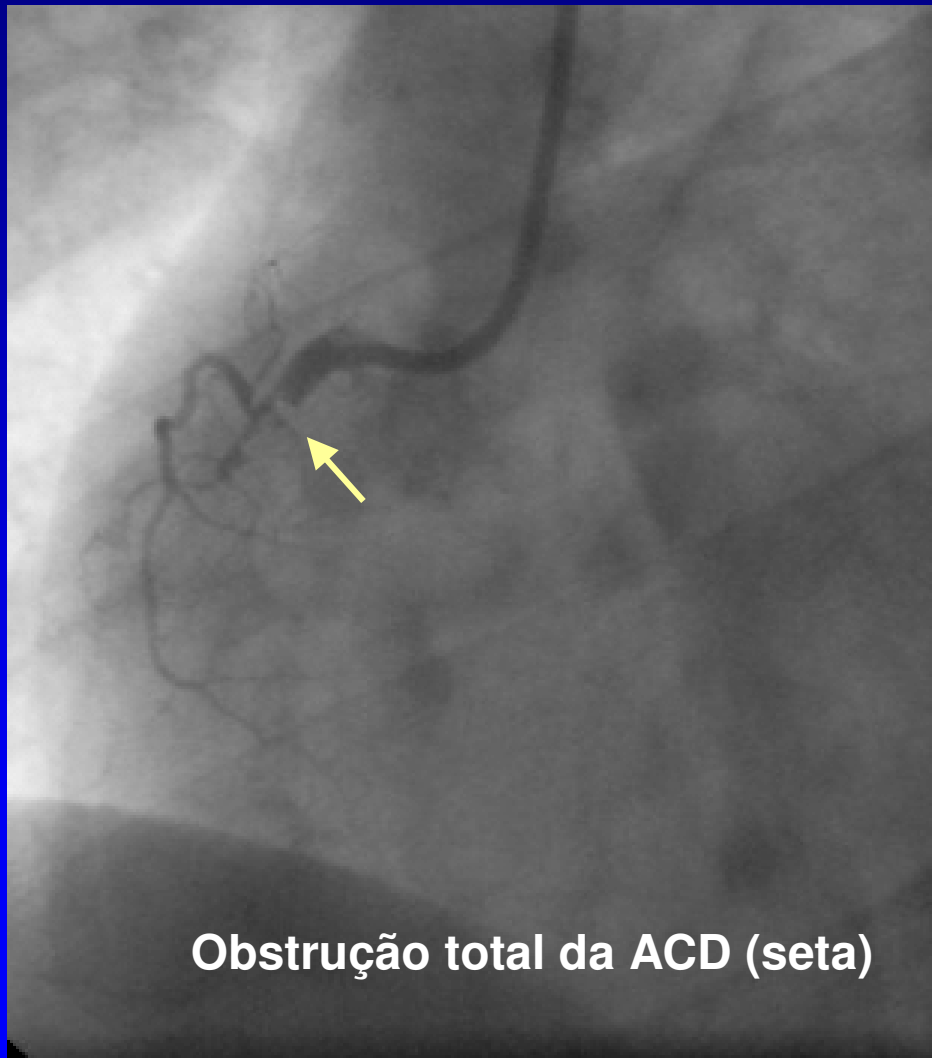
### **Classe A**

- ✓ Realizado em menos de 90 minutos.
- ✓ Operador que realize mais de 50/ano e equipe mais de 150 ATC/ano.
- ✓ Disponibilidade de cirurgia de emergência

*JACC 1999;33:1756-1784*

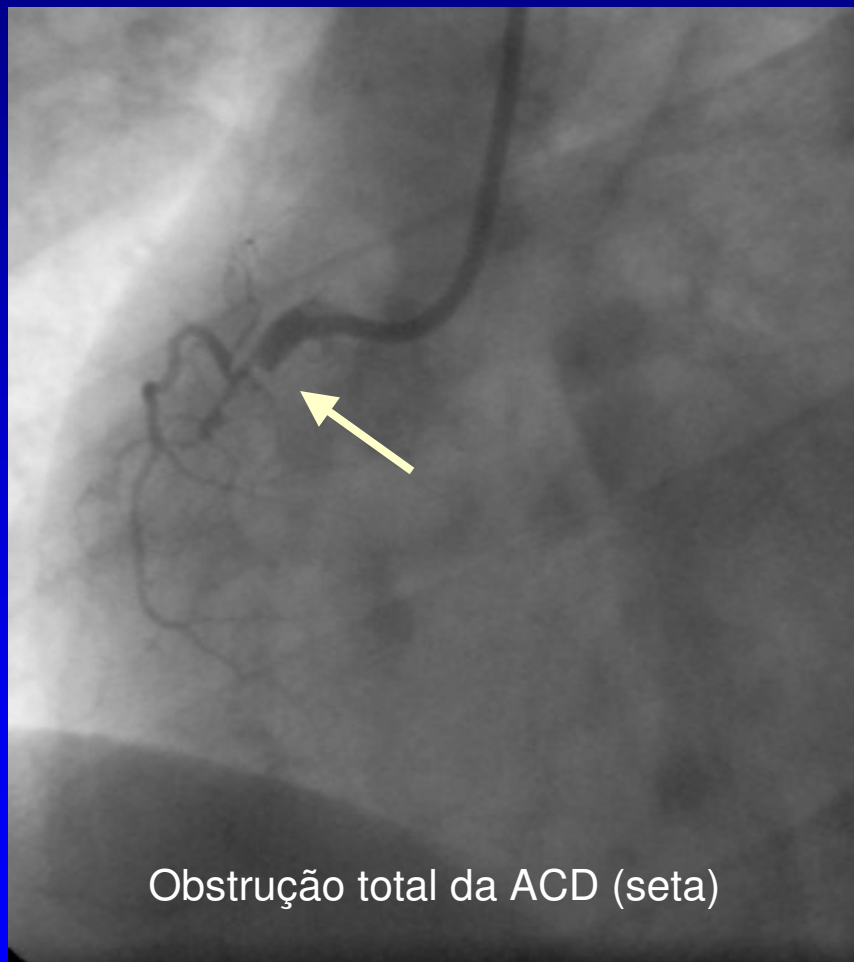
# ANGIOPLASTIA PRIMÁRIA NO IAM

( *Infarto inferior - 1/4* )



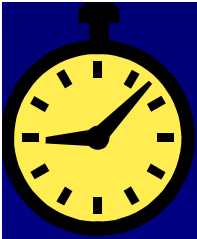
# ANGIOPLASTIA PRIMÁRIA NO IAM

( *Infarto inferior - 4/4* )



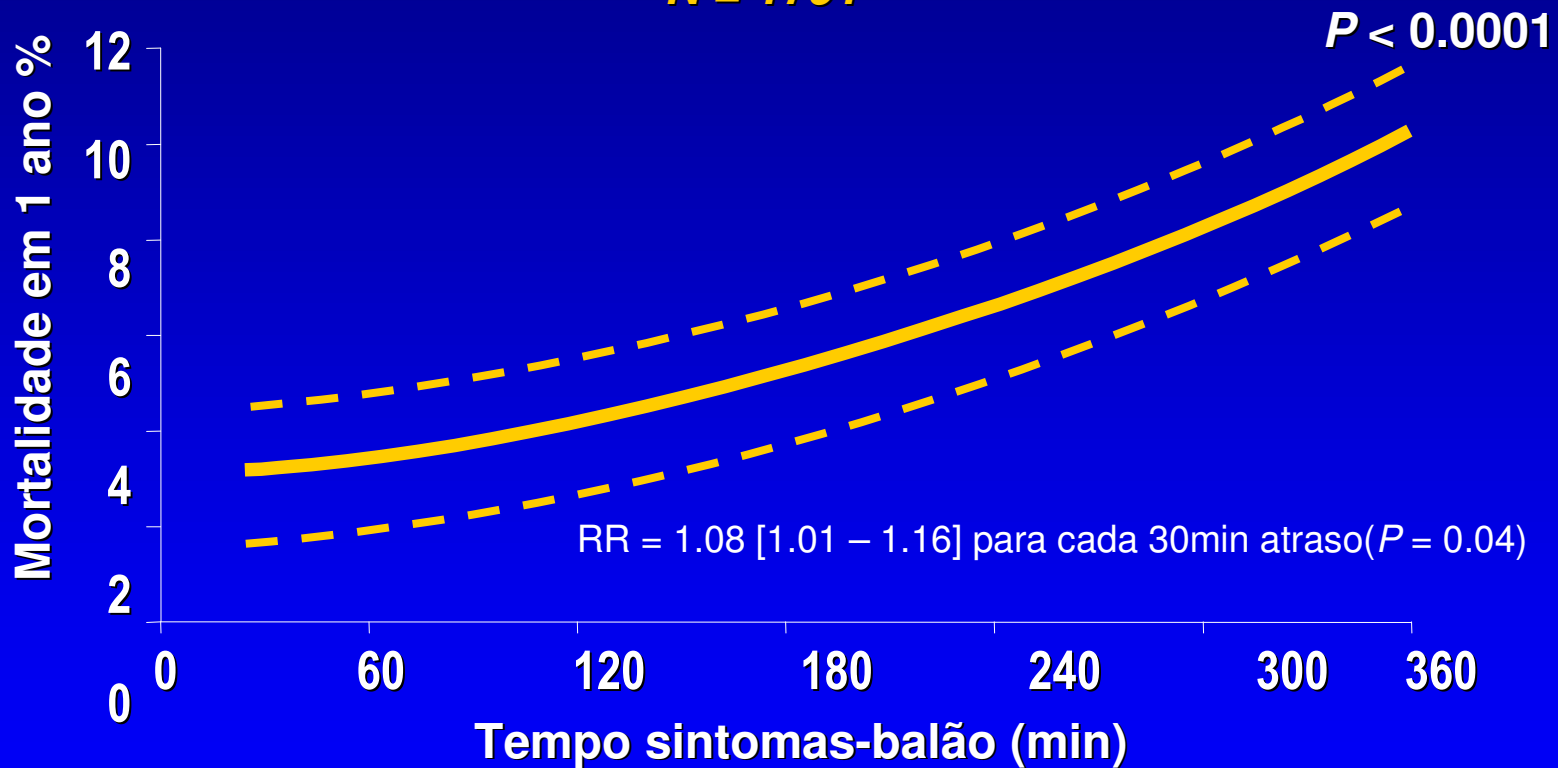
Artéria coronária direita em OAE





# Mortalidade: início dos sintomas ao balão

6 estudos "Zwolle Group" 1994 – 2001  
N = 1791



# Terapia de Reperusão: Fibrinólise x Angioplastia

ASPECTO CONSIDERADO	TROMBOLÍTICOS	ACTP PRIMÁRIA
taxa de reperusão / TIMI 3	55 - 80% / 50 - 60%	> 90% / > 90%
contra-indicações	freqüentes	menos freqüentes
estenose residual	não tratada	<i>tratada</i>
identificação da reperusão	difícil	<i>imediate e precisa</i>
identificação de outras lesões	não é possível	possível
aspectos logísticos gerais	menor complexidade	maior complexidade
qualificação de pessoal	mais fácil	dependente do operador

Holmes DR Jr. Use of PTCA in unstable angina and AMI.  
In: Califf RM. ed. AMI and other acute ischemic syndromes. St Louis: Mosby, 1996: 11.1 - 11.19.

# Terapia de Reperusão: Fibrinólise x Angioplastia

ASPECTO CONSIDERADO	TROMBOLÍTICOS	ACTP PRIMÁRIA
custos	eventualmente maiores	imediatamente maiores
eficiência comprovada	vários estudos	menor n de estudos
choque cardiogênico	benefício questionável	<i>maior benefício</i>
AVE	relativamente freqüente	<i>bem menos freqüente</i>
diag incerto do IAM	não é possível	pode auxiliar
contrapulsção	inconvenientes do	facilidade operacional
intra-aórtica	estado lítico sistêmico	na hemodinâmica

Holmes DR Jr. Use of PTCA in unstable angina and AMI.  
In: Califf RM. ed. AMI and other acute ischemic syndromes. St Louis: Mosby, 1996: 11.1 - 11.19.

## **FUTURO**

- ✓ **Facilitar a interface entre a terapia farmacológica e a intervencionista.**
- ✓ **Encurtar o tempo para o tratamento.**
- ✓ **Desenvolver terapia adjunta para limitar o dano isquêmico e induzido pela reperfusão.**
- ✓ **Desenvolver estratégias custo-eficazes aplicáveis a população.**

# Terapia coadjuvante - HEPARINA

---

Heparina não-fracionada IV

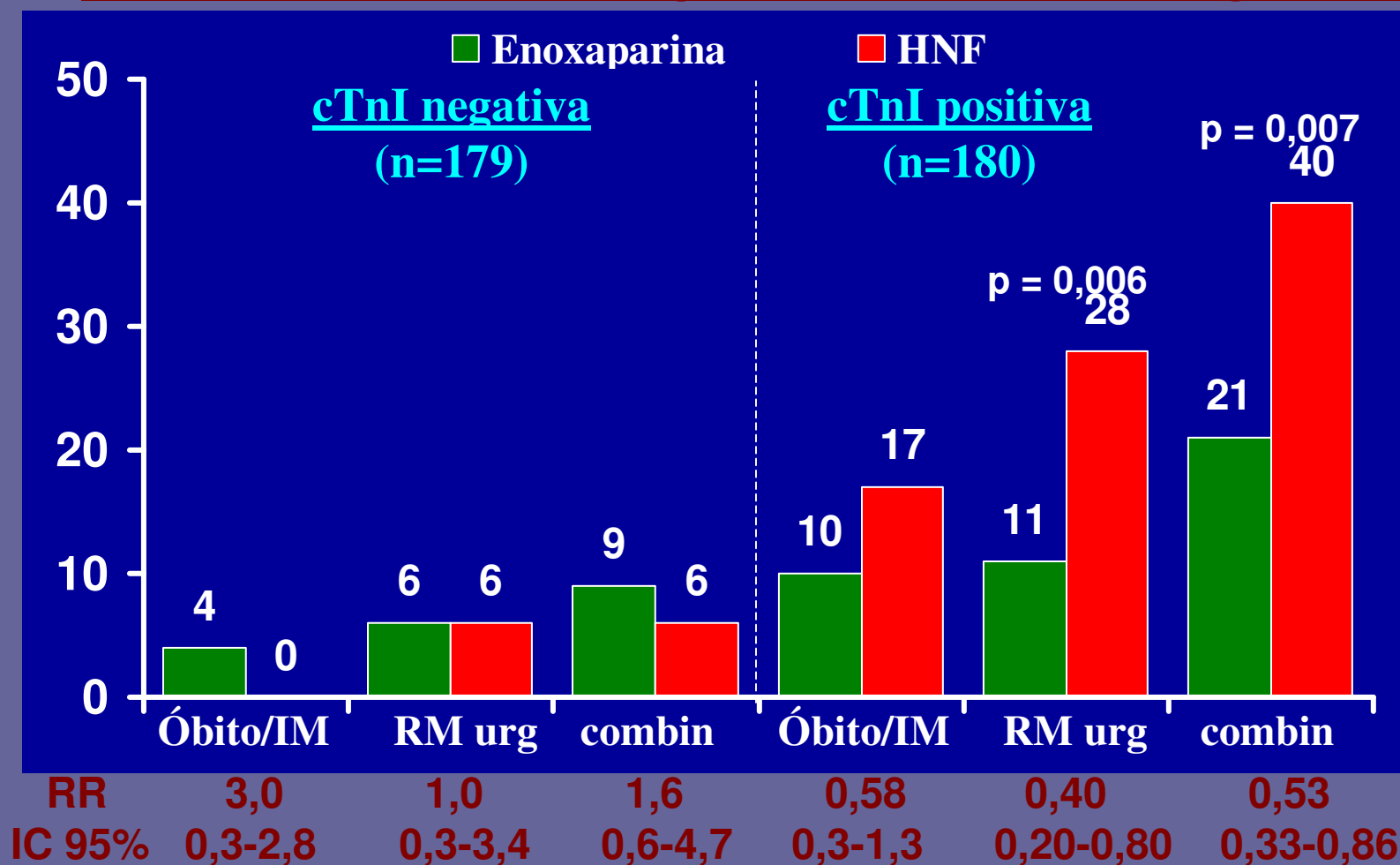
- ✓ Angioplastia primária ou revascularização
- ✓ Após alteplase, reteplase, tenecteplase
- ✓ Após streptokinase, anistreplase, urokinase em pacientes de alto risco para embolização sistêmica

Heparina de baixo peso molecular

- ✓ Pode ser alternativa na fibrinólise de pacientes <75anos, sem IR significativa (preferencialmente enoxiparina)

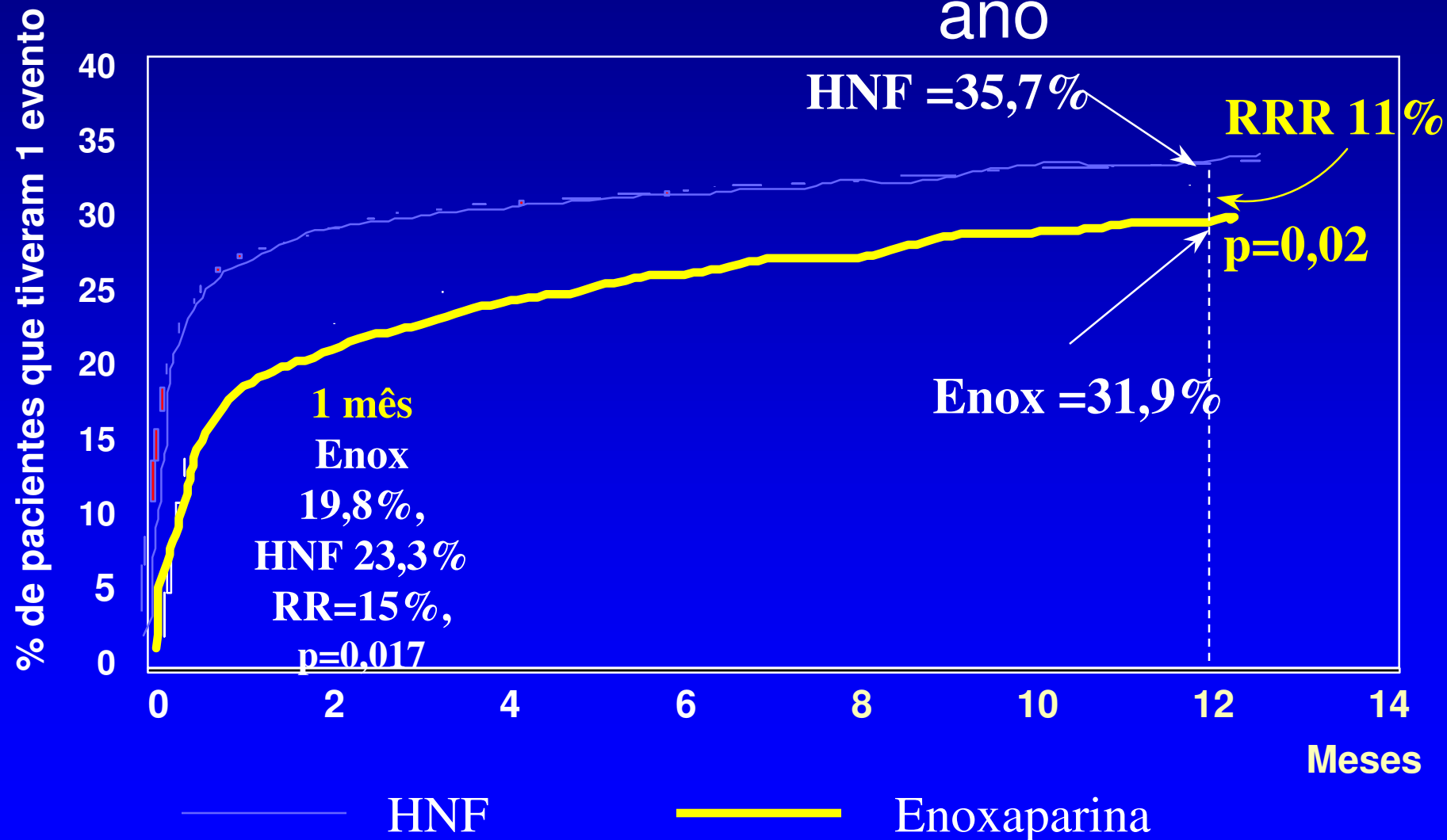
## TIMI 11B: enoxaparina x HNF

**(%) Eventos Clínicos (pacientes CK-MB negativos)**



**Morrow JACC 00;36:1812**

## Resultados após 1 ano





## Clopidogrel in Unstable angina to prevent Recurrent Events

- ✓ Suspeita de SCAssST  $> 1$  mm.
- ✓  $\Delta t < 24$  horas
- ✓ História clínica compatível com padrão de início recente ou de piora de precordialgia característica, ocorrida em repouso ou aos mínimos esforços (com duração superior a cinco minutos ou que exige nitroglicerina sublingual para alívio da dor)
- ✓  $\Delta$  ECG:
  - depressão do segmento ST (pelo menos 1 mm em 2 derivações contíguas)
  - inversão da onda T (pelo menos 2 mm em 2 derivações contíguas)
  - ondas T apiculadas hiperagudas

OU

Aumento das enzimas cardíacas ou da troponina-I ou -T  $\geq 2$   
x LSN





## Clopidogrel in Unstable angina to prevent Recurrent Events

### Principais Resultados /

#### Eficácia

Objetivo	Aspirina (n=6303)	Aspirina + clopidogrel (n=6259)	Risco Relativo	IC (95%)	Valor de p
Óbito CV, IM, AVC (objetivo 1 <sup>ario</sup> )	11,47	9,28	0,80	0,72-0,89	0.00005
Óbito	5,49	5,06	0,92	0,79-1,07	N/A
IM	6,68	5,19	0,77	0,66-0,89	<0.001
AVC	1,4	1,2	0,85	0,63-1,16	N/A
Óbito não-CV	0,70	0,67	0,96	0,63-1,46	N/A

# Clarity - Desenho do Estudo

Duplo cego, randomizado, placebo controlado trial com 3491 pacientes,  $\geq 18$ -75 anos com STEMI  $< 12$  horas

Fibrinolítico, AAS, Heparina

randomizado

Clopidogrel  
300 mg + 75 mg qd

Placebo

Droga estudo

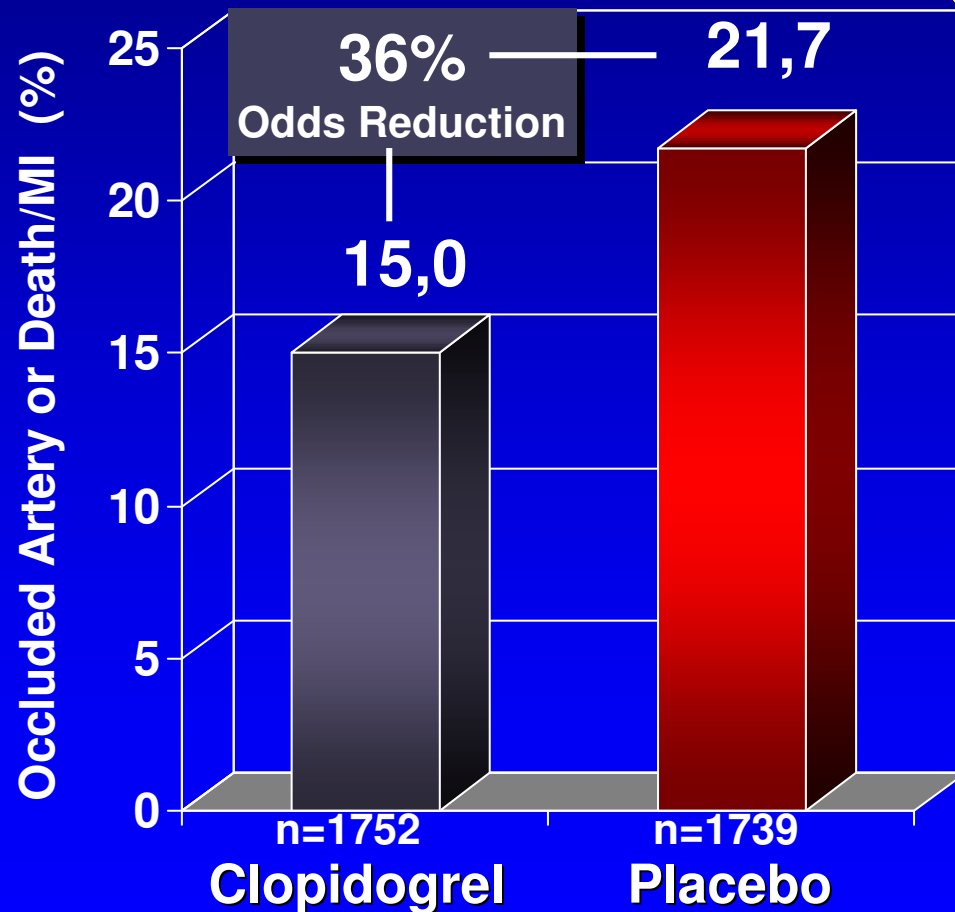
Angiografia Coronária  
(2-8 dias)

Desfecho Primário :  
artéria Ocluída  
(fluxoTIMI grau 0/1)  
ou Morte/IM até data  
do CAT

Abertura  
clopidogrel  
pelo médico  
ambos grupos

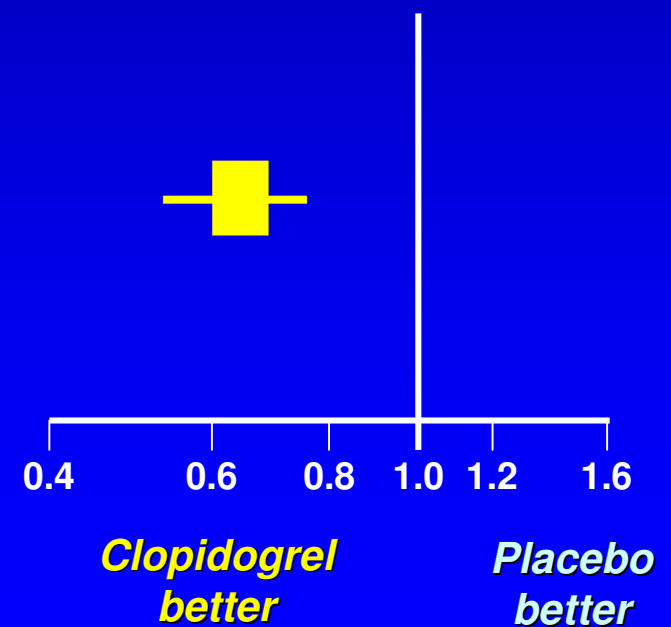
follow-up clínico por  
30 dias

# Desfecho Primário : Artéria Ocluída (ou Morte/IM até Angio)



**Odds Ratio 0.64**  
(95% CI 0.53-0.76)

***P=0.00000036***



## Terapia coadjuvante - CLOPIDOGREL

---

No planejamento da angioplastia, clopidogrel deve ser iniciado e continuado:

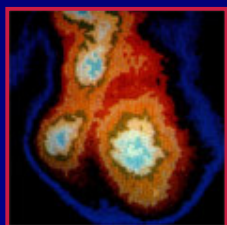
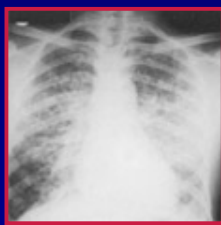
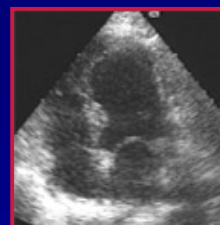
- ✓  $\geq 1$ m para stent não-farmacológico
- ✓  $\geq 3$ m para stent eluído com sirolimus
- ✓  $\geq 6$ m para stent eluído com paclitaxel
- ✓ Acima de 12 meses na ausência de risco maior de sangramento

Se necessária revascularização, suspender 5-7 dias antes

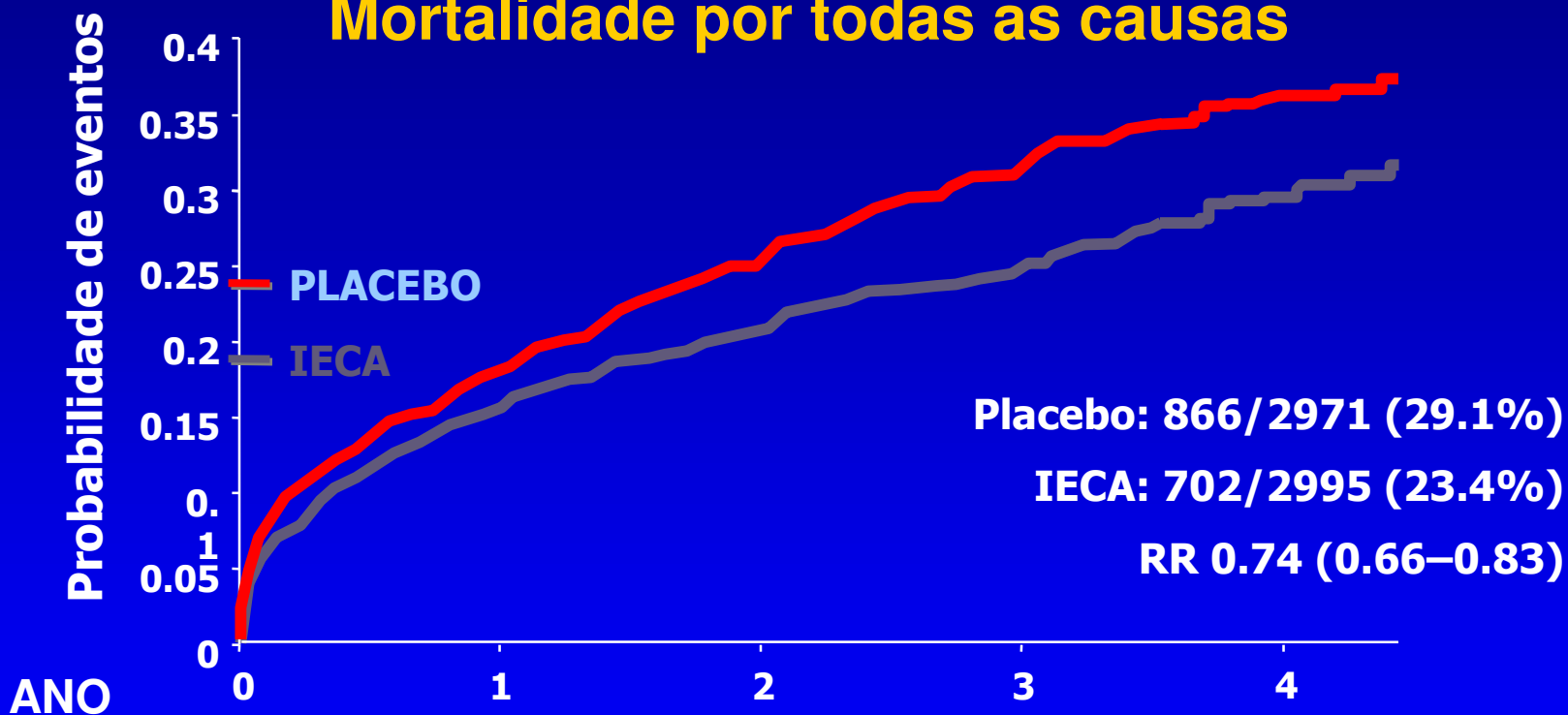
Em caso de alergia AAS, utilizar na fibrinólise

# Efeitos dos IECA

- ✓ Reduzem eventos isquêmicos recorrentes
- ✓ Restaurar o balanço simpaticovagal
- ✓ Melhoram a função endotelial
- ✓ Restauram a capacidade fibrinolítica
- ✓ Diminuem a resistência a insulina
- ✓ Aumentam o pré-condicionamento isquêmico
- ✓ Previnem ou retardam a nefropatia diabética
- ✓ Previnem ou limitam o remodelamento do VE

**SAVE**FE  $\leq$  40%  
cintigrafia**AIRE**sinais clínicos  
e radiológicos**TRACE**FE  $\leq$  35% ECO

## Mortalidade por todas as causas



ACE-I	2995	2250	1617	892	223
Placebo	2971	2184	1521	853	138

Flather MD, et al. *Lancet*. 2000;355:1575–1581

## IECA/BRA nas primeiras 24 horas

---

IECA deve ser administrado VO nas primeiras 24h do IAM não havendo hipotensão ou contra-indicação:

- ✓ IAM anterior
- ✓ Congestão pulmonar
- ✓ FE < 40%

Em caso de intolerância e com sinais clínicos ou radiológicos de disfunção ventricular, utilizar BRA.

# Vastatinas

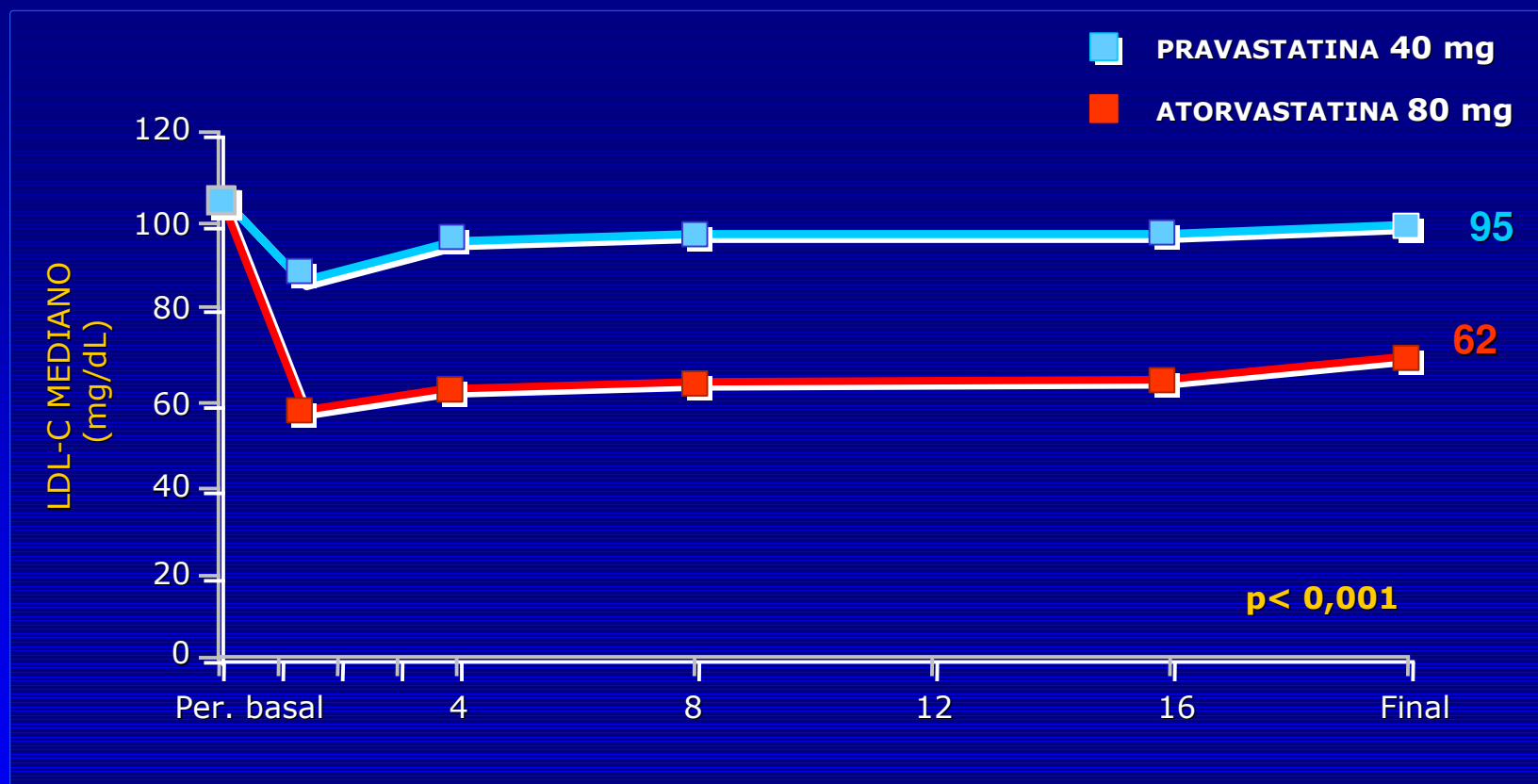
---

- ✓ Melhora a função endotelial
- ✓ Estabilização da placa
- ✓ Supressão da Inflamação
- ✓ Diminui a oxidação da LDL
- ✓ Melhora a função plaquetária
- ✓ Diminui a Viscosidade Sanguínea



# A terapia redutora de lípidos agressiva pode oferecer mais proteção contra os principais eventos cardiovasculares

PROVE IT: reduções de LDL-C



Nº SOB RISCO

**PRAVASTATINA**

**1.973**

**1.844**

**1.761**

**1.647**

**1.445**

**1.883**

**ATORVASTATINA**

**2.003**

**1.856**

**1.758**

**1.645**

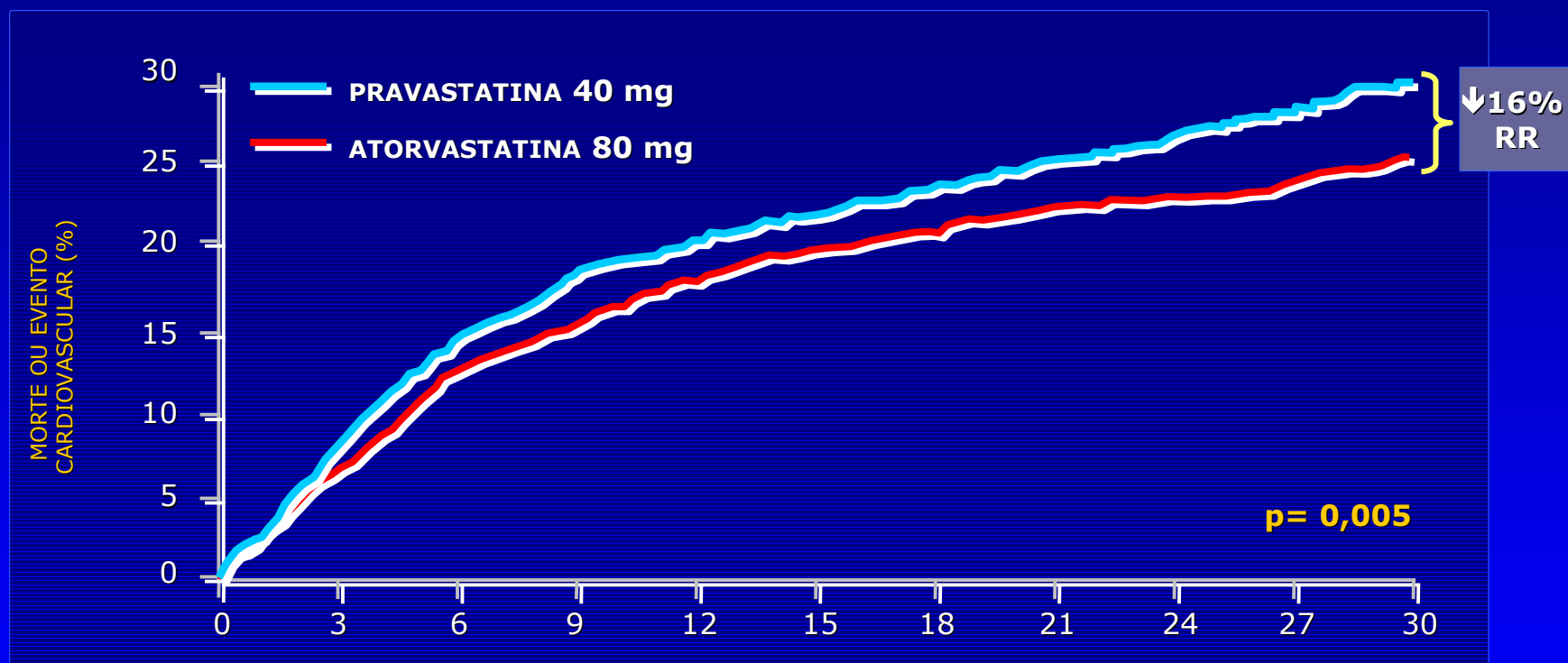
**1.461**

**1.910**

Adaptado de Cannon CP e cols. *N Engl J Med* 2004;350(15):1495–1504.

A terapia redutora de lípides agressiva pode oferecer mais proteção contra os principais eventos cardiovasculares

PROVE IT: incidência de morte ou de eventos cardiovasculares maiores

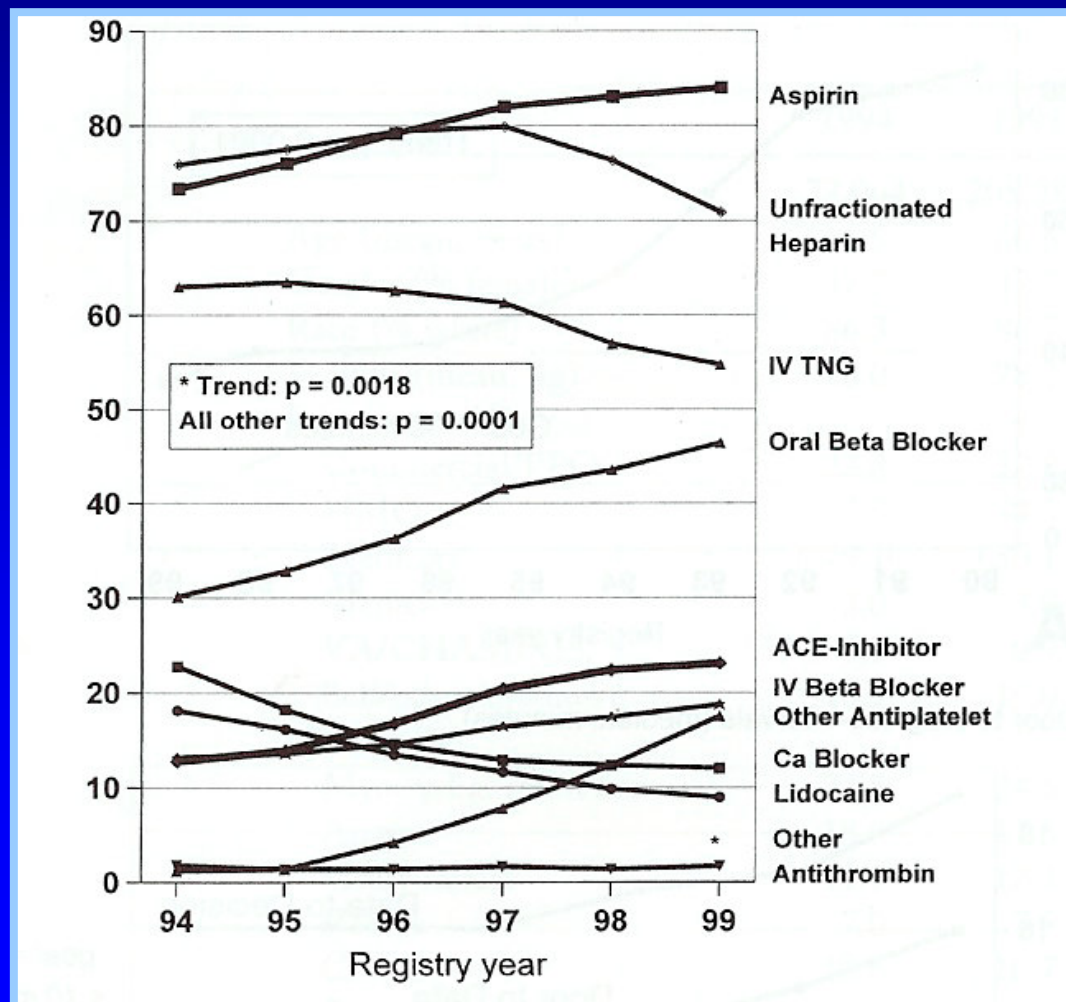


Nº SOB RISCO	MESES DE ACOMPANHAMENTO				
PRAVASTATINA	2.063	1.536	1.423	810	138
ATORVASTATINA	2.099	1.736	1.485	842	133

Adaptado de Cannon CP e cols. *N Engl J Med* 2004;350(15):1495–1504.

# Tendência Temporal no Tratamento do IAM – Registro Americano 1, 2 e 3

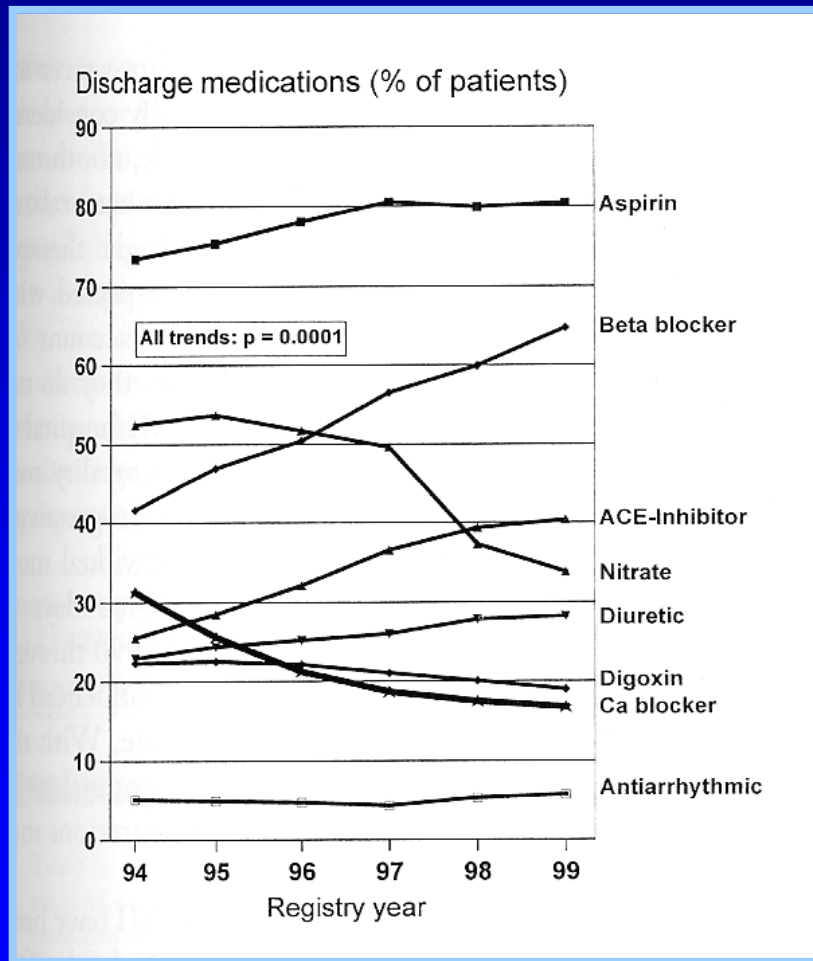
*Rogers, WJ. J. Am. Coll. Cardiol., v.36, p.2056-2063, 2000.*



Medicações utilizadas  
nas primeiras 24h

# Tendência Temporal no Tratamento do IAM – Registro Americano 1, 2 e 3

*Rogers, WJ. J. Am. Coll. Cardiol., v.36, p.2056-2063, 2000.*



Medicações utilizadas  
na alta hospitalar

## **DADOS DO REGISTRO AMERICANOS MOSTRAM**

- ✓ **Medicações que aumentam a sobrevida a curto e a longo prazo estão sendo mais utilizadas – apesar de ainda subótimas;**
- ✓ **O início da terapia trombolítica está sendo mais rápida;**
- ✓ **Existe um potencial para expansão da terapia farmacológica adjunta: AAS, beta-bloqueadores e IECA.**
- ✓ **Os médicos passaram a incorporar os achados dos ensaios clínicos para a prática médica;**

# **Recomendações**

## **Baseada em Evidências Disponíveis**

- ✓ As evidências sugerem que este paciente, com sinais de comprometimento hemodinâmico, deve ser submetido a reperfusão miocárdica.
- ✓ Embora existam benefícios claros para a terapia fibrinolítica, amplos dados apontam para um maior benefício da angioplastia primária, se realizada com tempo porta-balão de 60min ou transferência para hospital terciário com tempo máximo de 120min.
- ✓ Tratamento com IGP e trombolítico pode ser usado, mas dados sobre sua eficácia ainda estão pendentes.
- ✓ No “ mundo real” a aplicação da ATC primária é difícil, devido a *falta de disponibilidade, ao retardo no tempo porta-balão e as condições de trânsito para a transferência*. Uma estratégia ideal poderia ser a utilização de fibrinolítico no hospital local com transferência de alguns pacientes para ATC de resgate.

# Erros a evitar

- ✓ Não menosprezar a presença da dor torácica e suas características
- ✓ Um ECG inespecífico e uma dosagem enzimática normal não descartam o diagnóstico de IAM
- ✓ ECG com supradesnivelamento até que se prove o contrário é IAM
- ✓ Na dúvida, trate como tal