

Síndrome Coronariana Aguda COM Supra de ST (SCACSST)

Guia completo para manejo emergencial do infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST: dupla antiagregação, anticoagulação, reperfusão (angioplastia vs fibrinólise), orientações e prescrições práticas.

Paciente típico: Homem, 50-70 anos, com fatores de risco cardiovasculares (HAS, DM, tabagismo, dislipidemia), apresentando dor torácica intensa em aperto/peso, de início há menos de 12 horas, com irradiação para membro superior esquerdo, associada a sudorese, náuseas e dispneia.

? Guia rápido

☛ Clique nos tópicos abaixo para ver detalhes

História clínica típica

História Clínica

Paciente refere dor torácica em aperto/peso de forte intensidade (EVA 10/10) em região precordial há 2 horas, com irradiação para membro superior esquerdo, mandíbula e dorso. Associa sudorese fria, náuseas, vômitos e dispneia.

Nega melhora com repouso. Relata 3 episódios de dor torácica aos esforços nos últimos 3 dias (angina crescendo).

Fatores de risco: HAS, DM, tabagismo (20 maços-ano), dislipidemia.

História familiar: pai falecido de IAM aos 65 anos.

Nega alergias medicamentosas.

Exame físico

REG, lúcido, orientado, taquidispneico, sudoreico, ansioso, fácies de dor (Sinal de Levine).

Cardiovascular: ritmo regular, bulhas normofonéticas, presença de B4.

Pode apresentar taquicardia ou bradicardia. Pulsos periféricos simétricos.

Pulmonar: murmúrio vesicular presente bilateralmente.

Presença de estertores indica IC (Killip \geq II).

Abdome: flácido, indolor, RHA presentes.

Extremidades: perfusão periférica adequada (ou sinais de baixo débito se grave).

HD

- Síndrome Coronariana Aguda COM Supra de ST (IAMCST)
- Infarto Agudo do Miocárdio em evolução

Conduta

- Monitorização cardíaca contínua + Oximetria
- ECG em até 10 minutos \rightarrow confirmar supra ST \geq 1mm em 2 derivações contíguas
- Acesso venoso calibroso
- DUPLA ANTIAGREGAÇÃO imediata: AAS 300mg VO (mastigar) + Clopidogrel
- Avaliar estratégia de REPERFUSÃO (tempo porta-balão < 90min ou porta-agulha < 30min)
- Analgesia: Nitrato SL \rightarrow Nitroglicerina EV \rightarrow Morfina (se refratário)
- Anticoagulação conforme estratégia de reperfusão
- Betabloqueador VO (se sem contraindicações)
- Estatina dose alta
- IECA (após estabilização, se DM/HAS/disfunção VE)
- Solicitar: troponina, hemograma, ureia/creatinina, eletrólitos, glicemia, RX tórax
- Transferência para hemodinâmica ou trombólise se indicado
- Internação em UTI coronariana
- Afastamento: \square dias (mínimo 30 dias)

Prescrição para paciente típico

No pronto-socorro:

MEDIDAS GERAIS

01. Dieta oral zero até definição de estratégia
02. Monitorização cardíaca contínua + Oximetria de pulso
03. Acesso venoso periférico calibroso (jelco 18 ou 20)
04. Oxigênio suplementar 2-4 L/min em cateter nasal, se SatO₂ < 90%

DUPLA ANTIAGREGAÇÃO (INICIAR IMEDIATAMENTE)

05. AAS 100mg/cp – Administrar 3 comprimidos (300mg) VO, mastigar e engolir, dose única

06. Clopidogrel 75mg/cp – Administrar 8 comprimidos (600mg) VO, dose única*

*Se optado por FIBRINÓLISE e idade \geq 75 anos: Clopidogrel 300mg (4cp) ou 75mg (1cp) se $>$ 75 anos

*Se optado por ANGIOPLASTIA: Clopidogrel 600mg OU Ticagrelor 180mg OU Prasugrel (na hemodinâmica)

ANALGESIA (PRIMEIRA LINHA)

07. Dinitrato de Isossorbida 5mg/cp – Administrar 1 cp via sublingual, repetir a cada 5 min se dor persistir (máximo 3 doses = 15mg)

Se dor refratária ao nitrato SL:

08. Nitroglicerina 25mg/5mL (Tridil) – Diluir 10mL + 240mL de SG5% em BIC, iniciar 3mL/h EV, titular 3mL/h a cada 5min conforme PA e dor (máximo 45mL/h)

Se dor refratária ao nitrato (NÃO FAZER DE ROTINA):

09. Morfina 10mg/mL – Diluir 1mL + 9mL SF0,9%, administrar 2-4mL EV lento, repetir a cada 5-15min se necessário (máximo 25mg)

ESTATINA (ALTA POTÊNCIA)

10. Atorvastatina 80mg/cp – Administrar 1 cp VO, dose única, seguir 1x/dia
OU Rosuvastatina 40mg/cp – Administrar 1 cp VO, dose única, seguir 1x/dia

BETABLOQUEADOR (se sem contraindicações)

11. Metoprolol 50mg/cp – Administrar 1 cp VO de 6/6h no primeiro dia, após ajustar para 100mg VO de 12/12h

ANTICOAGULAÇÃO

SE FIBRINÓLISE:

12. Enoxaparina 60mg (seringa pronta) – Administrar 30mg EV em bolus imediatamente
Após 15min: 1mg/kg SC de 12/12h (máximo 100mg/dose)

Se idade \geq 75 anos: NÃO fazer bolus EV, iniciar 0,75mg/kg SC de 12/12h

SE ANGIOPLASTIA PRIMÁRIA:

12. Heparina não fracionada – Será administrada na hemodinâmica

Dose: 70-100 UI/kg em bolus EV

IECA (após estabilização hemodinâmica, se DM/HAS/IC/FEVE $<$ 40%)

13. Enalapril 10mg/cp – Administrar 1 cp VO de 12/12h (iniciar após 24h se estável)

PROTETOR GÁSTRICO

14. Pantoprazol 40mg – Administrar 1 cp VO 1x/dia

Para casa:

01. AAS 100mg ————— 30 comprimidos

Tomar 01 comprimido pela manhã, VO, em jejum, uso contínuo
(antiagregante plaquetário - uso permanente)

02. Clopidogrel 75mg ————— 360 comprimidos

Tomar 01 comprimido pela manhã, VO, 1x/dia, por 12 meses
(antiagregante plaquetário - dupla antiagregação)

03. Atorvastatina 80mg ————— 30 comprimidos

Tomar 01 comprimido à noite, VO, 1x/dia, uso contínuo
(hipolipemiante - uso permanente)

04. Metoprolol 100mg ————— 60 comprimidos

Tomar 01 comprimido de 12/12 horas, VO, uso contínuo
(betabloqueador - cardioprotetor)

05. Enalapril 10mg ————— 60 comprimidos

Tomar 01 comprimido de 12/12 horas, VO, uso contínuo
(IECA - remodelamento cardíaco)

06. Pantoprazol 40mg ————— 30 comprimidos

Tomar 01 comprimido pela manhã, VO, em jejum, 1x/dia
(protetor gástrico enquanto uso de dupla antiagregação)

07. Dinitrato de Isossorbida 5mg ————— 30 comprimidos

Tomar 01 comprimido via sublingual, se dor torácica
(vasodilatador coronariano - uso SOS)

? NO PRONTO-SOCORRO

- **MANEJO E CUIDADOS INICIAIS**

- **TEMPO É MÚSCULO:** ECG em até 10 minutos da chegada do paciente
- **Crterios diagnsticos:** Supra ST \geq 1mm em 2 derivaes contguas (\geq 2mm em V2-V3) OU BRE novo/presumidamente novo
- **Janela teraputica:** Sintomas com < 12 horas de evoluo
- **Monitorizao:** Cardaca contnua + oximetria + sinais vitais a cada 15min inicialmente
- **Acesso venoso:** Calibroso (jelco 18 ou 20) para administrao de medicaes
- **Oxignio:** Apenas se SatO2 < 90% (2-4 L/min em cateter nasal)
- **Exames laboratoriais:** Troponina, hemograma, funao renal, eletrólitos, glicemia, lipidograma
- **Imagem:** RX tórax (avaliar congesto pulmonar, descartar outras causas)
- **Classificao de Killip:** I (sem IC) | II (IC leve) | III (EAP) | IV (choque cardiogênico)
- **Sinais de gravidade:** PAS < 110mmHg, FC > 110 ou < 60bpm, estertores pulmonares, Killip \geq II
- **Infarto de VD:** Suspeitar se IAM inferior + hipotenso + estase jugular + pulmões limpos (EVITAR nitratos e diuréticos)

• ANTIPLAQUETÁRIOS (DUPLA ANTIAGREGAÇÃO) - INICIAR EM ATÉ 10 MINUTOS

- **Prescrio prtica:**
 - AAS 100mg – Administrar 3 comprimidos (300mg) VO mastigado, dose nica
 - Seguir com AAS 100mg VO 1x/dia (manutenao)
 - **SE FIBRINÓLISE:** Clopidogrel 75mg – Administrar 4 comprimidos (300mg) VO, dose nica se < 75 anos | 1 comprimido (75mg) se \geq 75 anos
 - **SE ANGIOPLASTIA:** Clopidogrel 75mg – Administrar 8 comprimidos (600mg) VO, dose nica
- **Alternativas:**
 - Ticagrelor 90mg – Ataque 180mg (2cp) VO, seguir 90mg VO 12/12h (preferencial se disponvel para angioplastia)
 - Prasugrel 10mg – Ataque 60mg VO ou conforme protocolo da hemodinmica (contraindicado se AVC prvio ou > 75 anos)
- **Indicaes:**
 - Dupla antiagregao obrigatria em TODOS os pacientes com IAMCST
 - Reduz formao e progresso de trombo intracoronrio
 - Melhora desfechos cardiovasculares e mortalidade
- **Apresentaes:**
 - AAS: comprimidos 100mg, 500mg
 - Clopidogrel: comprimidos 75mg
 - Ticagrelor: comprimidos 90mg
 - Prasugrel: comprimidos 5mg, 10mg
- **Via(s):** Oral
- **Cuidados:**
 - AAS contraindicado apenas em alergia VERDADEIRA (muito raro)
 - AAS deve ser MASTIGADO para absorao mais rpida
 - Clopidogrel dose ataque: 300mg se < 75 anos na fibrinlise, 600mg na angioplastia

- Ticagrelor preferencial ao clopidogrel (maior potência, início mais rápido)
- Prasugrel: CI se história de AVC/AIT, idade > 75 anos, peso < 60kg
- Manter dupla antiagregação por 12 meses

• ANALGESIA / VASODILATADORES CORONARIANOS

○ Prescrição prática:

- **1ª LINHA:** Dinitrato de Isossorbida 5mg – 1 comprimido sublingual, repetir a cada 5min se dor (máximo 3 doses)
- **2ª LINHA:** Nitroglicerina (Tridil) 25mg/5mL – Diluir 10mL + 240mL SG5% em BIC, iniciar 3mL/h EV, titular 3mL/h a cada 5min (máximo 45mL/h)
- **3ª LINHA:** Morfina 10mg/mL – Diluir 1mL + 9mL SF0,9%, administrar 2-4mL (2-4mg) EV lento, repetir 5-15min (máximo 25mg)

○ Alternativas:

- Mononitrato de Isossorbida 5mg sublingual – mesma posologia
- Fentanil 50mcg/mL – alternativa à morfina se hipotensão importante (0,5-1mcg/kg EV lento)

○ Indicações:

- Nitrato: analgesia, vasodilatação coronariana, redução pré e pós-carga
- Morfina: dor refratária a nitratos, ansiedade, edema agudo de pulmão
- **NÃO usar morfina de rotina** (estudos mostram piores desfechos)

○ Apresentações:

- Dinitrato/Mononitrato Isossorbida: comprimidos 5mg
- Nitroglicerina: ampolas 25mg/5mL, 50mg/10mL
- Morfina: ampolas 10mg/mL

○ Via(s): Oral (sublingual) | EV

○ Cuidados:

○ CONTRAINDICAÇÕES ABSOLUTAS:

- Uso de Sildenafil/Tadalafil nas últimas 24-48h (risco de hipotensão grave)
- IAM de VD (infarto inferior com hipotensão + estase jugular + pulmões limpos)
- Hipotensão (PAS < 90-110mmHg)
- Bradicardia significativa (FC < 50bpm)
- Nitroglicerina EV: monitorizar PA a cada 5min durante titulação
- Morfina: pode mascarar sintomas, causar hipotensão, náuseas/vômitos
- Evitar morfina em IAM inferior (risco de bradicardia reflexa)
- Titular nitratos até alívio da dor ou PA sistólica 110-130mmHg

• BETABLOQUEADORES

○ Prescrição prática:

- Metoprolol 50mg – 1 comprimido VO de 6/6h no primeiro dia
- Após primeiro dia: Metoprolol 100mg VO de 12/12h (manutenção)

○ Alternativas:

- Atenolol 25-50mg VO 12/12h ou 1x/dia

- Bisoprolol 2,5-5mg VO 1x/dia
- Carvedilol 3,125-6,25mg VO 12/12h
- **Via EV (casos refratários/arritmias):** Metoprolol 5mg EV lento a cada 5min (máximo 15mg)
- **Indicações:**
 - Redução de FC, PA, contratilidade → diminuir consumo de O₂ miocárdico
 - Previne arritmias ventriculares, reinfarto e morte súbita
 - Reduz mortalidade pós-IAM
- **Apresentações:**
 - Metoprolol: comprimidos 25mg, 50mg, 100mg | ampolas 5mg
 - Atenolol: comprimidos 25mg, 50mg, 100mg
 - Bisoprolol: comprimidos 1,25mg, 2,5mg, 5mg, 10mg
 - Carvedilol: comprimidos 3,125mg, 6,25mg, 12,5mg, 25mg
- **Via(s):** Oral | EV (casos selecionados)
- **Cuidados:**
 - **CONTRAINDICAÇÕES para uso IMEDIATO:**
 - FC < 60bpm
 - PAS < 100-110mmHg
 - Intervalo PR > 0,24s no ECG
 - BAV 2º ou 3º grau
 - Sinais de IC aguda/EAP (Killip III-IV)
 - Asma/DPOC grave em crise
 - Doença arterial periférica grave
 - Risco de choque cardiogênico (idade > 70a + PAS < 120 + FC > 110 ou < 60)
 - Preferir betabloqueadores β₁-seletivos em DPOC: metoprolol, atenolol, bisoprolol
 - Iniciar após estabilização hemodinâmica se contra-indicações relativas
 - Monitorizar FC, PA, sinais de IC
 - Evitar Pindolol (atividade simpatomimética intrínseca)
 - Meta: FC 50-60bpm

• ANTICOAGULANTES

- **Prescrição prática SE FIBRINÓLISE:**
 - Enoxaparina 60mg (seringa pronta) – 30mg EV em bolus imediatamente
 - Após 15min: Enoxaparina 1mg/kg SC de 12/12h (máximo 100mg/dose)
 - **Se idade ≥ 75 anos:** Enoxaparina 0,75mg/kg SC de 12/12h (SEM bolus EV)
 - **Se ClCr < 30mL/min:** Enoxaparina 1mg/kg SC 1x/dia (SEM bolus EV)
- **Prescrição prática SE ANGIOPLASTIA:**
 - Heparina Não Fracionada (HNF) – Será administrada na hemodinâmica
 - Dose: 70-100 UI/kg em bolus EV OU 0,5mg/kg de enoxaparina na sala
- **Alternativas:**
 - HNF em bomba infusora: Bolus 60UI/kg EV (máx 5000UI) + infusão 12UI/kg/h, ajustar por PTTa 1,5-2,5x

- **Indicações:**
 - Potencializa ação antiplaquetária
 - Previne retrombose coronariana
 - Reduz eventos cardiovasculares
- **Apresentações:**
 - Enoxaparina: seringas prontas 20mg, 40mg, 60mg, 80mg, 100mg
 - HNF: frascos 5000 UI/mL (5mL)
- **Via(s):** EV | SC
- **Cuidados:**
 - Enoxaparina preferencial na fibrinólise (não requer monitorização)
 - HNF preferencial na angioplastia (reversibilidade com protamina)
 - Ajustar dose em idosos (≥ 75 anos) e insuficiência renal
 - Enoxaparina: máximo 100mg por dose nas 2 primeiras aplicações
 - Monitorizar sinais de sangramento
 - CI: sangramento ativo, plaquetopenia < 50.000 , cirurgia recente
 - Manter anticoagulação até revascularização ou 8 dias

• ESTATINAS (ALTA POTÊNCIA)

- **Prescrição prática:**
 - Atorvastatina 80mg – 1 comprimido VO 1x/dia à noite
 - OU Rosuvastatina 40mg – 1 comprimido VO 1x/dia à noite
- **Indicações:**
 - Reduz mortalidade precoce e tardia
 - Estabiliza placa aterosclerótica
 - Efeito anti-inflamatório
 - **INDEPENDENTE dos níveis lipídicos do paciente**
- **Apresentações:**
 - Atorvastatina: comprimidos 10mg, 20mg, 40mg, 80mg
 - Rosuvastatina: comprimidos 5mg, 10mg, 20mg, 40mg
- **Via(s):** Oral
- **Cuidados:**
 - Iniciar **IMEDIATAMENTE** na admissão (dose alta)
 - Uso contínuo indefinido
 - Avaliar função hepática antes e após 4-12 semanas
 - Monitorizar sintomas musculares (mialgia, CPK)
 - CI: hepatopatia ativa, elevação persistente de transaminases
 - Orientar: evitar suco de toranja (interação com atorvastatina)

• INIBIDORES DA ECA (IECA) / BRA

- **Prescrição prática:**
 - Enalapril 10mg – 1 comprimido VO de 12/12h (iniciar após 24h se estável)
 - Captopril 25mg – 1 comprimido VO de 8/8h (alternativa, ajustar dose)

- **Alternativas:**

- Ramipril 2,5-5mg VO 1x/dia
- Losartana 50mg VO 12/12h (BRA - se intolerância a IECA)
- Valsartana 80-160mg VO 12/12h (BRA)

- **Indicações:**

- IAM anterior extenso
- FEVE < 40%
- Sinais clínicos de IC
- Diabetes ou hipertensão
- Previne remodelamento ventricular adverso

- **Apresentações:**

- Enalapril: comprimidos 5mg, 10mg, 20mg
- Captopril: comprimidos 25mg
- Losartana: comprimidos 50mg, 100mg

- **Via(s):** Oral

- **Cuidados:**

- Iniciar APÓS estabilização hemodinâmica (geralmente após 24h)
- **CONTRAINDICAÇÕES:**
 - PAS < 90-100mmHg
 - Estenose renal bilateral
 - Insuficiência renal grave não dialítica
 - Gestação
 - Alergia/angioedema prévio
- Monitorizar PA, função renal, potássio
- Titular dose progressivamente
- BRA se tosse persistente com IECA (10-20% dos pacientes)

- **ESTRATÉGIAS DE REPERFUSÃO**

- **ANGIOPLASTIA PRIMÁRIA (PREFERENCIAL):**

- **Indicação:** TODOS os IAMCST com sintomas < 12h
- **Tempo porta-balão:** < 90 minutos (ideal < 60 minutos)
- **Vantagens:** Superior à fibrinólise, menor reinfarto, diagnóstico anatômico
- **Preparação:** Dupla antiagregação + acesso femoral/radial na sala

- **FIBRINÓLISE (se angioplastia indisponível):**

- **Indicação:** Sintomas < 12h + impossibilidade de angioplastia em < 120min
- **Tempo porta-agulha:** < 30 minutos
- **Agentes fibrinolíticos:**
 - Tenecteplase (TNK-tPA) – Dose única em bolus EV conforme peso:
 - < 60kg: 30mg | 60-69kg: 35mg | 70-79kg: 40mg | 80-89kg: 45mg | ≥ 90kg: 50mg
 - Alteplase (tPA) – 15mg bolus + 0,75mg/kg em 30min (máx 50mg) + 0,5mg/kg em 60min (máx 35mg)
 - Estreptoquinase – 1,5 milhão UI EV em 60min (não recomendada se uso prévio)

- **Critérios de reperfusão (60-90min após):**
 - Resolução \geq 50% do supra ST
 - Alívio da dor
 - Arritmia de reperfusão (TVNS, ritmo idioventricular acelerado)
 - **Pós-fibrinólise:** Cateterismo em 3-24h (mesmo se reperfusão exitosa)
- **CONTRAINDICAÇÕES À FIBRINÓLISE:**
 - **Absolutas:** Sangramento ativo, AVC hemorrágico prévio, AVC isquêmico < 3 meses, neoplasia SNC, trauma/cirurgia < 3 semanas, dissecção aórtica
 - **Relativas:** HAS grave (> 180x110), uso de anticoagulante, gestação, úlcera péptica ativa, RCP traumática
- **ANGIOPLASTIA DE RESGATE:**
 - Indicação se falha de reperfusão (ausência de critérios 60-90min pós-fibrinólise)
- **CIRURGIA DE REVASCULARIZAÇÃO (CRM):**
 - **Urgência/emergência:** Lesão de tronco de coronária esquerda, doença trivascular, complicações mecânicas, choque cardiogênico refratário
 - **Eletiva (3-7 dias):** Anatomia desfavorável para angioplastia, doença multiarterial complexa

• PROTETOR GÁSTRICO

- **Prescrição prática:**
 - Pantoprazol 40mg – 1 comprimido VO 1x/dia pela manhã em jejum
- **Alternativas:**
 - Esomeprazol 40mg VO 1x/dia
 - **EVITAR Omeprazol se uso de Clopidogrel** (interação reduz eficácia)
- **Indicações:**
 - Redução risco de sangramento gastrointestinal com dupla antiagregação
 - História de úlcera péptica ou sangramento digestivo
- **Apresentações:**
 - Pantoprazol: comprimidos 20mg, 40mg
 - Esomeprazol: comprimidos 20mg, 40mg
- **Via(s):** Oral
- **Cuidados:**
 - Usar preferencialmente Pantoprazol ou Esomeprazol (menor interação)
 - Manter enquanto dupla antiagregação (12 meses)

• CONTROLE GLICÊMICO

- **Prescrição prática:**
 - Glicemia capilar de 6/6h – manter entre 140-180 mg/dL
 - Insulina Regular SC conforme esquema se glicemia > 180:
 - 181-200mg/dL: 2 UI SC
 - 201-250mg/dL: 4 UI SC

- 251-300mg/dL: 6 UI SC
- 301-350mg/dL: 8 UI SC
- 351-400mg/dL: 10 UI SC
- > 400mg/dL: 12 UI SC + reavaliar
- **Indicações:**
 - Hiperglicemia de estresse é comum no IAM
 - Hiperglicemia grave (> 180mg/dL) piora prognóstico
- **Cuidados:**
 - Evitar hipoglicemia (alvo NÃO rígido: 140-180mg/dL)
 - Se diabético em uso de insulina: ajustar esquema habitual
 - Suspender metformina se contraste iodado (risco acidose láctica)

? PARA CASA

• ANTIPLAQUETÁRIOS (DUPLA ANTIAGREGAÇÃO)

- **Prescrição:** AAS 100mg – Tomar 1 comprimido VO pela manhã em jejum, uso CONTÍNUO INDEFINIDO
- **Indicações:** Prevenção secundária de eventos cardiovasculares
- **Apresentações:** Comprimidos 100mg
- **Posologia:** 1 comprimido 1x/dia pela manhã
- **Cuidados:**
 - Uso indefinido (permanente)
 - Tomar com água, em jejum ou após café da manhã
 - Não suspender sem orientação médica
 - Informar dentista/cirurgião antes de procedimentos
- **Alternativa(s):**
 - Sem alternativa para prevenção secundária cardiovascular

• ANTIPLAQUETÁRIOS (DUPLA ANTIAGREGAÇÃO - 12 MESES)

- **Prescrição:** Clopidogrel 75mg – Tomar 1 comprimido VO 1x/dia pela manhã, por 12 MESES
- **Indicações:** Manutenção da dupla antiagregação pós-IAM e stent
- **Apresentações:** Comprimidos 75mg
- **Posologia:** 1 comprimido 1x/dia
- **Cuidados:**
 - USO OBRIGATÓRIO por NO MÍNIMO 12 meses
 - Não suspender sem orientação cardiologista (risco trombose de stent)
 - Evitar omeprazol (usar pantoprazol se precisar protetor gástrico)
 - Informar em caso de sangramento, hematomas fáceis
- **Alternativa(s):**
 - Ticagrelor 90mg – 1 comprimido VO de 12/12h por 12 meses (se prescrito na internação)

• ESTATINAS (ALTA POTÊNCIA)

- **Prescrição:** Atorvastatina 80mg – Tomar 1 comprimido VO à noite, uso CONTÍNUO INDEFINIDO
- **Indicações:** Controle lipídico, estabilização de placa, prevenção secundária
- **Apresentações:** Comprimidos 10mg, 20mg, 40mg, 80mg
- **Posologia:** 1 comprimido 1x/dia à noite
- **Cuidados:**
 - Uso indefinido (permanente)
 - Tomar à noite (maior produção de colesterol noturna)
 - Evitar suco de toranja/pomelo
 - Retornar se dor muscular intensa
 - Realizar exames de colesterol e TGO/TGP em 30-60 dias
- **Alternativa(s):**
 - Rosuvastatina 40mg VO 1x/dia à noite
 - Sinvastatina 40mg VO 1x/dia à noite (menor potência, menos recomendado)

• BETABLOQUEADORES

- **Prescrição:** Metoprolol 100mg – Tomar 1 comprimido VO de 12/12 horas, uso CONTÍNUO INDEFINIDO
- **Indicações:** Cardioproteção, redução remodelamento, prevenção arritmias e reinfarto
- **Apresentações:** Comprimidos 25mg, 50mg, 100mg
- **Posologia:** 1 comprimido de 12/12h (succinato) ou ajustar conforme resposta
- **Cuidados:**
 - Uso indefinido (permanente)
 - Não suspender abruptamente (risco isquemia de rebote)
 - Monitorizar FC e PA em casa
 - Retornar se tonturas, cansaço excessivo, FC < 50bpm
 - Pode causar sonolência, fadiga (transitório)
- **Alternativa(s):**
 - Carvedilol 6,25-25mg VO 12/12h
 - Bisoprolol 2,5-10mg VO 1x/dia

• INIBIDORES DA ECA

- **Prescrição:** Enalapril 10mg – Tomar 1 comprimido VO de 12/12 horas, uso CONTÍNUO INDEFINIDO
- **Indicações:** Remodelamento ventricular, prevenção IC, controle pressórico
- **Apresentações:** Comprimidos 5mg, 10mg, 20mg
- **Posologia:** 1 comprimido de 12/12h, ajustar conforme PA
- **Cuidados:**
 - Uso indefinido se disfunção VE, DM, HAS

- Monitorizar PA em casa
- Retornar se tonturas importantes, tosse seca persistente
- Realizar exames de função renal e potássio em 7-14 dias
- Não usar em gestação
- **Alternativa(s):**
 - Losartana 50mg VO 12/12h (BRA - se tosse com IECA)
 - Captopril 25mg VO 8/8h

• PROTETOR GÁSTRICO

- **Prescrição:** Pantoprazol 40mg – Tomar 1 comprimido VO pela manhã em jejum, por 12 MESES (enquanto dupla antiagregação)
- **Indicações:** Proteção gástrica durante dupla antiagregação plaquetária
- **Apresentações:** Comprimidos 20mg, 40mg
- **Posologia:** 1 comprimido 1x/dia em jejum
- **Cuidados:**
 - Manter pelo mesmo período da dupla antiagregação (12 meses)
 - Tomar 30-60min antes do café da manhã
 - Não substituir por omeprazol (interação com clopidogrel)
- **Alternativa(s):**
 - Esomeprazol 40mg VO 1x/dia

• NITRATO (USO SOS)

- **Prescrição:** Dinitrato de Isossorbida 5mg – Tomar 1 comprimido SUBLINGUAL se dor torácica, pode repetir após 5min (máximo 3 doses). Procurar emergência se dor não aliviar
- **Indicações:** Alívio de angina residual/recorrente
- **Apresentações:** Comprimidos sublinguais 5mg
- **Posologia:** 1 comprimido SL se dor, máximo 3 doses com 5min de intervalo
- **Cuidados:**
 - Manter sempre próximo (bolsa, gaveta)
 - Usar sentado (risco de hipotensão/queda)
 - Se 3 doses sem alívio: PROCURAR EMERGÊNCIA
 - Não usar se tomou sildenafil/tadalafil nas últimas 24-48h
 - Validade: verificar periodicamente
- **Alternativa(s):**
 - Mononitrato de Isossorbida 5mg SL

• Orientações ao paciente

- **SINAIS DE ALERTA - Retornar IMEDIATAMENTE à emergência se:**
 - Dor torácica recorrente (especialmente se não alivia com 3 doses de nitrato)
 - Falta de ar intensa ou em repouso

- Palpitações intensas ou persistentes
- Desmaio ou tonturas importantes
- Fraqueza ou cansaço excessivo súbito
- Sangramento importante (fezes escuras, vômitos com sangue, sangramento gengival excessivo)
- Inchaço nas pernas que piora rapidamente
- **Recuperação esperada:**
 - Primeiros 7 dias: repouso relativo, evitar esforços
 - 2-6 semanas: retorno gradual às atividades leves
 - Após 6 semanas: avaliação cardiológica para liberação de atividades
 - Reabilitação cardíaca: encaminhamento em 2-6 semanas
- **Restrições de atividade:**
 - Repouso nos primeiros 3-7 dias (conforme extensão do infarto)
 - Evitar esforços físicos intensos por 4-6 semanas
 - Evitar dirigir por 1-4 semanas (avaliar com cardiologista)
 - Retorno ao trabalho: 30-90 dias (conforme atividade profissional)
 - Atividade sexual: aguardar liberação médica (geralmente 2-4 semanas se estável)
- **Modificações de estilo de vida:**
 - **PARAR DE FUMAR IMEDIATAMENTE** (risco 2-3x maior de novo infarto)
 - Dieta cardioprotetora: ↓ gorduras saturadas, ↓ sal, ↑ frutas/vegetais/peixes
 - Controle de peso: meta IMC < 25 kg/m²
 - Atividade física regular após liberação: 30min 5x/semana (caminhar, nadar)
 - Controle rigoroso de pressão arterial: < 130/80 mmHg
 - Controle glicêmico se diabético: HbA1c < 7%
 - Controle do colesterol: LDL < 70 mg/dL (idealmente < 50)
 - Evitar álcool excessivo (máximo 1-2 doses/dia)
 - Controle do estresse: técnicas de relaxamento, apoio psicológico
- **Seguimento ambulatorial:**
 - Retorno em 7 dias para avaliação de exames e ajuste de medicações
 - Retorno com cardiologista em 30 dias para reavaliação completa
 - Ecocardiograma em 30-45 dias (avaliar função ventricular)
 - Teste ergométrico em 4-6 semanas (estratificação de risco)
 - Acompanhamento cardiológico a cada 3-6 meses no primeiro ano
- **Vacinação:**
 - Vacina da gripe anualmente
 - Vacina pneumocócica conforme indicação
 - Vacina COVID-19 conforme calendário
- **Apoio psicológico:**
 - Comum sentir ansiedade, medo de novo infarto, depressão
 - Considerar acompanhamento psicológico se sintomas persistentes
 - Grupos de apoio para pacientes pós-IAM
- **Medicações:**
 - USO CONTÍNUO E PERMANENTE: AAS, estatina, betabloqueador, IECA
 - NÃO SUSPENDER sem orientação do cardiologista
 - Clopidogrel por NO MÍNIMO 12 meses (obrigatório se stent)

- Tomar medicações nos horários corretos
- Não faltar medicações (organizar receitas com antecedência)

? CID-10:

- **I21.0:** Infarto agudo transmural da parede anterior do miocárdio
- **I21.1:** Infarto agudo transmural da parede inferior do miocárdio
- **I21.2:** Infarto agudo transmural do miocárdio de outras localizações
- **I21.3:** Infarto agudo transmural do miocárdio, de localização não especificada
- **I21.9:** Infarto agudo do miocárdio não especificado

Revision #6

Created 8 August 2025 22:16:09 by Heric

Updated 17 October 2025 17:15:52 by Heric