

# Síndrome Coronariana Aguda SEM Supra de ST (SCASSST)

Guia prático de prescrição para SCASSST (angina instável e IAM sem supra), incluindo antiagregação plaquetária, anticoagulação, nitratos, estatinas, IECA e estratificação de risco no pronto-socorro.

**Paciente típico:** Adulto ou idoso com fatores de risco cardiovasculares (HAS, DM, tabagismo, dislipidemia), apresentando dor torácica em aperto, precordial ou retroesternal, com duração > 20 minutos, podendo irradiar para MSE, ombros, mandíbula ou dorso. Pode apresentar sintomas associados como dispneia, náuseas, vômitos, sudorese ou síncope. ECG com infradesnivelamento de ST, inversão de onda T ou sem alterações. Troponina elevada caracteriza IAMSSST, troponina normal caracteriza angina instável.

## ? Guia rápido

*ℹ Clique nos tópicos abaixo para ver detalhes*

### História clínica típica

#### # História Clínica

Paciente refere dor torácica em aperto/opressão de início há □ horas, em repouso ou aos esforços mínimos, localizada em região precordial/retroesternal, intensidade □/10, com irradiação para membro superior esquerdo, ombros ou mandíbula. Associada a dispneia, sudorese, náuseas e/ou vômitos. Dor refratária a repouso ou nitratos. Nega febre. Refere história de HAS/DM/tabagismo/dislipidemia. História familiar de DAC precoce. Nega alergias conhecidas.

#### # Exame físico

REG a BEG, lícido, orientado, sudoreico, ansioso, taquipneico ou dispneico

ACV: RCR 2T, BNF, sem sopros. Pode haver B3 ou B4. Pulsos simétricos.

AR: MV+ universalmente, sem RA. Pode haver crepitações em bases se ICC associada.

ABD: Plano, flácido, RHA+, indolor, sem VMG.

MMII: Sem edemas. Perfusão periférica preservada ou diminuída.

#### # HD

- Síndrome Coronariana Aguda sem Supra de ST (Angina Instável vs IAMSSST)

#### # Conduta

- Monitorização contínua, O2 se SatO2 < 90%
- ECG de 12 derivações (< 10 min da admissão), repetir se necessário
- Acesso venoso calibroso
- Solicitar troponina, CPK-MB, hemograma, função renal, eletrólitos, glicemia, coagulograma
- Dupla antiagregação plaquetária: AAS + inibidor P2Y12
- Anticoagulação: enoxaparina ou HNF
- Nitroglicerina sublingual ou EV para controle da dor
- Betabloqueador se sem contraindicação
- Estatina de alta intensidade
- IECA se HAS, DM ou disfunção ventricular
- Estratificar risco (GRACE/TIMI) para definir momento do cateterismo
- Internação em unidade coronariana ou CTI
- Afastamento: □ dias (mínimo 7-14 dias, aguardar definição após estratificação invasiva)

### Prescrição para paciente típico

#### No pronto-socorro:

##### # DUPLA ANTIAGREGAÇÃO PLAQUETÁRIA

01. AAS 100mg/cp VO – Ataque: 300mg VO mastigado, agora  
Manutenção: 100mg VO 1x/dia

02. Clopidogrel 75mg/cp VO – Ataque: 300mg VO agora (600mg se cateterismo < 24h)  
Manutenção: 75mg VO 1x/dia  
OU Ticagrelor 90mg/cp VO – Ataque: 180mg VO agora, Manutenção: 90mg VO 12/12h  
(Inibidor P2Y12 só iniciar se cateterismo NÃO previsto em < 24h)

##### # ANTICOAGULAÇÃO

03. Enoxaparina 60mg/0,6mL (100mg/mL) – 1mg/kg SC 12/12h  
(Dose máx 100mg. Se >75 anos: 0,75mg/kg. Se ClCr <30: 1mg/kg 24/24h)

##### # CONTROLE DA DOR/ISQUEMIA

04. Dinitrato de Isossorbida 5mg – 01 comprimido SL, agora  
Repetir até 3x de 5/5min se dor persistente

05. Nitroglicerina 25mg/5mL (Tridil) – 10mL + 240mL SG5%, EV em BIC, iniciar 3mL/h  
(Se dor refratária a Isossorbida. Ajustar conforme PA e dor)

# BETABLOQUEADOR

06. Metoprolol 25mg – 01 comprimido VO 24/24h  
(Se FC >60bpm, PA normal, sem contraindicação)

# ESTATINA

07. Atorvastatina 80mg – 01 comprimido VO, agora e depois 24/24h

# IECA

08. Enalapril 5-10mg – 01 comprimido VO 12/12h  
(Se HAS, DM ou disfunção ventricular)

# IBP

09. Pantoprazol 40mg – 01 comprimido VO 24/24h

# SE NECESSÁRIO

10. Morfina 10mg/mL – Diluir 1mL + 9mL SF0,9%, fazer 2-4mL EV lento  
(Apenas se dor refratária a nitratos. Usar com cautela)

11. Ondansetrona 4mg/2mL – 01 ampola (2mL) + 8mL SF0,9%, EV lento, se náusea/vômito

12. Oxigênio 2-3L/min CN, se SatO2 < 90%

## Para casa:

01. AAS 100mg ————— 30 comprimidos

Tomar 01 comprimido, VO, 1x/dia, pela manhã, uso contínuo

02. Clopidogrel 75mg ————— 90 comprimidos

Tomar 01 comprimido, VO, 1x/dia, pela manhã, por 12 meses  
(OU Ticagrelor 90mg, tomar 01 comprimido VO 12/12h)

03. Atorvastatina 40mg ————— 30 comprimidos

Tomar 01 comprimido, VO, 1x/dia, à noite, uso contínuo

04. Enalapril 10mg ————— 60 comprimidos

Tomar 01 comprimido, V0, 12/12h, uso contínuo

05. Metoprolol 25mg ————— 30 comprimidos

Tomar 01 comprimido, V0, 1x/dia, uso contínuo

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

Tomar 01 comprimido, V0, 1x/dia, em jejum, uso contínuo

07. Dinitrato de Isossorbida 5mg ————— 20 comprimidos

Tomar 01 comprimido SL, se dor torácica. Repetir até 3x de 5/5min.

Se dor persistir após 3 doses, procurar emergência imediatamente

## Para casa (receituário especial):

Não se aplica para SCASSST de rotina

## ? NO PRONTO-SOCORRO

### • ▲ MANEJO E CUIDADOS INICIAIS

- **ECG em até 10 minutos da admissão:** buscar infra de ST, inversão de onda T, alterações transitórias ou ECG normal
- **Monitorização contínua:** cardíaca, PA, SatO<sub>2</sub>
- **Acesso venoso calibroso** para coleta de exames e infusão de medicações
- **Oxigênio suplementar** apenas se SatO<sub>2</sub> < 90% (evitar hiperoxigenação)
- **Solicitar:** troponina (0h, 1h e 3h ou 6h), CPK-MB, hemograma, função renal, eletrólitos, glicemia, coagulograma, perfil lipídico
- **Estratificação de risco** (GRACE ou TIMI): define momento do cateterismo
  - **Muito alto risco** (instabilidade hemodinâmica, choque, arritmia maligna, angina refratária): cateterismo em < 2h
  - **Alto risco** (GRACE >140, troponina+, alterações dinâmicas ECG, ICC/FEVE<40%): cateterismo em < 24h
  - **Risco intermediário** (GRACE 109-140, DM, IRC): cateterismo em < 72h
  - **Baixo risco:** estratégia conservadora com teste funcional
- **Sinais de alarme:** dor persistente apesar do tratamento, instabilidade hemodinâmica, arritmias graves, sinais de ICC
- **Contraindicações aos nitratos:** PAS <100mmHg, IAM de VD, uso de sildenafil (<24h) ou tadalafil (<48h)
- **Contraindicações aos betabloqueadores:** bradicardia, BAV avançado, broncoespasmo ativo, hipotensão, risco de choque cardiogênico

## • ANTIAGREGANTE PLAQUETÁRIO (AAS)

### ○ Prescrição prática:

- AAS 100mg/cp – Ataque: 300mg VO mastigado, imediatamente. Manutenção: 100mg VO 1x/dia
- Deve ser mastigado para absorção mais rápida

### ○ Indicações:

- Todos os pacientes com suspeita de SCA, exceto se alergia verdadeira ou suspeita de dissecação de aorta

### ○ Apresentações:

- Comprimidos 100mg, 500mg

### ○ Via(s): Oral

### ○ Cuidados:

- Contraindicações: alergia ao AAS, sangramento ativo, úlcera péptica ativa grave
- Dose de ataque: 150-300mg (mais comum 300mg no Brasil)
- Dose de manutenção: 75-100mg/dia (100mg é padrão)
- Não usar formulações tamponadas ou revestidas no ataque
- Uso contínuo indefinido após SCA

## • ANTIAGREGANTE PLAQUETÁRIO (INIBIDOR P2Y12)

### ○ Prescrição prática:

- Clopidogrel 75mg/cp – Ataque: 300mg VO agora (ou 600mg se cateterismo < 24h). Manutenção: 75mg VO 1x/dia
- Ticagrelor 90mg/cp – Ataque: 180mg VO agora. Manutenção: 90mg VO 12/12h
- Prasugrel 10mg/cp – Ataque: 60mg VO (na hemodinâmica). Manutenção: 10mg VO 1x/dia

### ○ Alternativas:

- Prioridade: Ticagrelor > Prasugrel > Clopidogrel
- Ticagrelor e Prasugrel são superiores ao Clopidogrel, mas mais caros
- Prasugrel só deve ser usado após anatomia coronariana conhecida (na hemodinâmica)

### ○ Indicações:

- Dupla antiagregação plaquetária por 12 meses após SCA
- **IMPORTANTE:** Só iniciar inibidor P2Y12 no PS se cateterismo NÃO previsto em < 24h (conforme diretrizes recentes)
- Se cateterismo < 24h: aguardar para escolher o melhor inibidor após conhecer anatomia coronariana

### ○ Apresentações:

- Clopidogrel: comprimidos 75mg
- Ticagrelor: comprimidos 90mg
- Prasugrel: comprimidos 5mg, 10mg

### ○ Via(s): Oral

### ○ Cuidados:

- **Clopidogrel:** dose ataque 300mg (conservador) ou 600mg (se ICP).  
Manutenção 75mg/dia
- **Ticagrelor:** mais potente que clopidogrel, reversível. Pode causar dispneia, bradicardia. Suspende 48-72h antes de cirurgia
- **Prasugrel:** 10x mais potente que clopidogrel. Contraindicado: AVC/AIT prévio, idade >75 anos, peso <60kg. Dose 5mg/dia se >75 anos ou <60kg
- Manter por 12 meses, depois avaliar risco-benefício de manutenção
- Risco de sangramento: avaliar escore HAS-BLED

## • ANTICOAGULANTE (ENOXAPARINA)

### ○ Prescrição prática:

- Enoxaparina 60mg/0,6mL (100mg/mL) – 1mg/kg SC 12/12h
- Dose máxima: 100mg por dose
- Paciente 80kg: Enoxaparina 80mg (0,8mL) SC 12/12h

### ○ Alternativas:

- Fondaparinux 2,5mg – 01 ampola SC 1x/dia (menor risco de sangramento que enoxaparina)
- Heparina não fracionada 25.000UI + 245mL SG5%, EV em BIC a 12UI/kg/h (ajustar pelo PTTa 1,5-2,5x)

### ○ Indicações:

- Anticoagulação de todos os pacientes com SCASSST para prevenir progressão do trombo

### ○ Apresentações:

- Enoxaparina: seringas preenchidas 20mg, 40mg, 60mg, 80mg, 100mg
- Fondaparinux: seringas 2,5mg
- HNF: ampolas 5.000UI/mL

### ○ Via(s): SC (enoxaparina, fondaparinux) | EV (HNF)

### ○ Cuidados:

- **Enoxaparina:** 1mg/kg SC 12/12h. Se >75 anos: 0,75mg/kg 12/12h. Se ClCr <30: 1mg/kg 24/24h. Dose máx 100mg/dose
- **Fondaparinux:** 2,5mg SC 1x/dia. Preferir se alto risco de sangramento. Não usar se ClCr <20
- **HNF:** indicada se ICP em <2h, IRC grave (ClCr <15), alto risco de sangramento. Bólus 60UI/kg (máx 5.000UI) + infusão 12UI/kg/h. PTTa alvo 1,5-2,5x
- Suspende enoxaparina 12-24h antes de procedimentos invasivos
- Manter anticoagulação até cateterismo ou alta hospitalar (mínimo 48h)

## • NITRATO

### ○ Prescrição prática:

- Dinitrato de Isossorbida 5mg – 01 comprimido SL, agora. Repetir de 5/5min se dor, até 3 doses
- Nitroglicerina 25mg/5mL – 10mL + 240mL SG5%, EV em BIC, iniciar 3mL/h (5mcg/min). Titular conforme PA e dor

- **Alternativas:**

- Mononitrato de Isossorbida 5mg SL

- **Indicações:**

- Controle da dor anginosa
- Redução da demanda miocárdica de O<sub>2</sub> (vasodilatação venosa reduz pré-carga)
- Vasodilatação coronariana (melhora oferta de O<sub>2</sub>)

- **Apresentações:**

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

- **Via(s):**  Sublingual |  EV

- **Cuidados:**

- **Contraindicações:** PAS <100mmHg, IAM de VD, uso de sildenafil <24h ou tadalafil <48h
- **Via SL:** início de ação em 1-3min. Repetir até 3x de 5/5min
- **Via EV:** indicada se dor refratária a SL. Dose inicial 5-10mcg/min, aumentar 5-10mcg/min a cada 5-10min até controle da dor ou PAS <100mmHg
- Diluição: 50mg (10mL) + 240mL SG5% = 200mcg/mL
- Manter por 24-48h após última dor, depois desmame gradual
- Monitorar PA rigorosamente
- Pode causar cefaleia (reduzir dose ou usar analgésico)

- **BETABLOQUEADOR**

- **Prescrição prática:**

- Metoprolol 25mg – 01 comprimido VO 24/24h (titular até 100mg/dia conforme FC e PA)
- Carvedilol 3,125mg – 01 comprimido VO 12/12h (titular até 25mg 12/12h)
- Bisoprolol 2,5mg – 01 comprimido VO 24/24h (titular até 10mg/dia)

- **Alternativas:**

- Atenolol 25-100mg VO 1x/dia
- Propranolol 40mg VO 8/8h (se taquiarritmias)

- **Indicações:**

- Redução da FC e PA → diminui demanda miocárdica de O<sub>2</sub>
- Redução de arritmias ventriculares
- Melhora prognóstico na SCA

- **Apresentações:**

- Metoprolol: comprimidos 25mg, 50mg, 100mg
- Carvedilol: comprimidos 3,125mg, 6,25mg, 12,5mg, 25mg
- Bisoprolol: comprimidos 2,5mg, 5mg, 10mg

- **Via(s):**  Oral |  EV (metoprolol)

- **Cuidados:**

- **Contraindicações:** BAV 2º/3º grau, bradicardia (<50bpm), hipotensão (PAS<100mmHg), broncoespasmo ativo, ICC descompensada, risco de choque

cardiogênico

- **FC alvo:** 50-60bpm
- Iniciar precocemente (primeiras 24h) se estável hemodinamicamente
- Preferir carvedilol, metoprolol ou bisoprolol se disfunção ventricular (comprovadamente reduzem mortalidade em ICC)
- Titular dose progressivamente conforme tolerância
- Metoprolol EV: 5mg EV lento de 5/5min até 3 doses (se instabilidade elétrica/hemodinâmica)
- Suspende se desenvolver choque, BAV, broncoespasmo

## • ESTATINA DE ALTA INTENSIDADE

### ○ Prescrição prática:

- Atorvastatina 80mg – 01 comprimido VO, agora e depois 1x/dia à noite
- Rosuvastatina 40mg – 01 comprimido VO, agora e depois 1x/dia à noite

### ○ Alternativas:

- Atorvastatina 40mg VO 1x/dia (se intolerância a dose alta)
- Rosuvastatina 20mg VO 1x/dia (se intolerância a dose alta)

### ○ Indicações:

- Estabilização da placa aterosclerótica
- Redução de LDL-colesterol (meta <50mg/dL pós-SCA)
- Efeito pleiotrópico anti-inflamatório
- Redução de mortalidade e eventos cardiovasculares

### ○ Apresentações:

- Atorvastatina: comprimidos 10mg, 20mg, 40mg, 80mg
- Rosuvastatina: comprimidos 5mg, 10mg, 20mg, 40mg

### ○ Via(s): Oral

### ○ Cuidados:

- Iniciar na admissão, independente do nível de colesterol
- Benefício já evidente com 3 meses de tratamento (estudo PROVE-IT)
- Uso contínuo indefinido
- Monitorar enzimas hepáticas e CPK (risco de hepatotoxicidade e miopatia)
- Pode causar mialgia, náusea, diarreia
- Interação com genfibrozila (aumenta risco de rabdomiólise)
- Evitar uso concomitante de suco de toranja
- Ajustar dose se IRC grave ou hepatopatia

## • INIBIDOR DA ENZIMA CONVERSORA DE ANGIOTENSINA (IECA)

### ○ Prescrição prática:

- Enalapril 5mg – 01 comprimido VO 12/12h (titular até 10-20mg 12/12h)
- Captopril 25mg – 01 comprimido VO 8/8h (titular até 50mg 8/8h)
- Ramipril 2,5mg – 01 comprimido VO 1x/dia (titular até 10mg/dia)

### ○ Alternativas:

- **BRA (se intolerância a IECA por tosse ou angioedema):**
- Losartana 50mg V0 1x/dia (titular até 100mg/dia)
- Valsartana 80mg V0 1x/dia (titular até 160mg 12/12h)
- **Indicações:**
  - Pacientes com disfunção sistólica (FE <40%)
  - Pacientes com HAS, DM ou ICC
  - Remodelamento ventricular pós-IAM
- **Apresentações:**
  - Enalapril: comprimidos 5mg, 10mg, 20mg
  - Captopril: comprimidos 12,5mg, 25mg, 50mg
  - Losartana: comprimidos 25mg, 50mg, 100mg
- **Via(s):**  Oral
- **Cuidados:**
  - Iniciar nas primeiras 24h se estável
  - Contraindicações: hipotensão (PAS<100mmHg), IRC grave (creatinina >2,5mg/dL), hipercalemia (K>5,5mEq/L), estenose bilateral de artéria renal, gestação
  - Monitorar função renal e potássio após 1-2 semanas
  - Titular dose progressivamente
  - Tosse seca: efeito colateral comum (10-20%), trocar por BRA
  - Angioedema: suspender e contraindicar IECA definitivamente

## • ANTAGONISTA DA ALDOSTERONA

- **Prescrição prática:**
  - Espironolactona 25mg – 01 comprimido V0 1x/dia
- **Indicações:**
  - Pacientes com disfunção sistólica (FE ≤40%) E (ICC ou DM)
  - Após SCA com disfunção ventricular
- **Apresentações:**
  - Espironolactona: comprimidos 25mg, 50mg, 100mg
- **Via(s):**  Oral
- **Cuidados:**
  - Contraindicações: hipercalemia (K>5,0mEq/L), IRC grave (CICr <30mL/min)
  - Monitorar potássio e função renal regularmente
  - Pode causar ginecomastia (usar eplerenona como alternativa)
  - Não associar suplementação de potássio
  - Dose máxima 50mg/dia

## • INIBIDOR DE BOMBA DE PRÓTONS

- **Prescrição prática:**
  - Pantoprazol 40mg – 01 comprimido V0 ou EV 1x/dia, em jejum
  - Omeprazol 40mg – 01 comprimido V0 1x/dia, em jejum

- **Indicações:**
  - Pacientes em dupla antiagregação plaquetária com risco de sangramento digestivo:
  - História de úlcera ou sangramento GI
  - Uso de anticoagulante, AINE ou corticoide
  - $\geq 65$  anos + 1 fator adicional: dispepsia, DRGE, H. pylori, etilismo
- **Apresentações:**
  - Pantoprazol: comprimidos 20mg, 40mg | ampolas 40mg
  - Omeprazol: cápsulas 20mg, 40mg
- **Via(s):**  Oral |  EV
- **Cuidados:**
  - Preferir pantoprazol ou esomeprazol (menor interação com clopidogrel)
  - Omeprazol pode reduzir eficácia do clopidogrel (evitar se possível)
  - Tomar em jejum, 30-60min antes do café
  - Uso contínuo enquanto mantiver dupla antiagregação

## • ANALGÉSICO / OPIOIDE (MORFINA)

- **Prescrição prática:**
  - Morfina 10mg/mL – Diluir 1mL + 9mL SF0,9% (solução 1mg/mL). Fazer 2-4mL (2-4mg) EV lento. Repetir de 5-15min se necessário
- **Indicações:**
  - Dor anginosa refratária a nitratos
  - Edema agudo de pulmão
  - Ansiedade intensa associada
- **Apresentações:**
  - Morfina: ampolas 10mg/mL (1mL, 2mL)
- **Via(s):**  EV
- **Cuidados:**
  - **ATENÇÃO:** Estudos recentes mostram desfechos piores com uso de morfina na SCA (não fazer de rotina!)
  - Usar apenas se dor refratária a nitratos ou EAP
  - Contraindicações: alergia, IAM de VD (pode causar hipotensão grave), bradiarritmia
  - Efeitos adversos: náusea, vômito, hipotensão, depressão respiratória, bradicardia
  - Dose máxima: 15mg em 1h
  - Manter oximetria e monitorização
  - Ter naloxone disponível (antagonista)

## • ANTIEMÉTICO

- **Prescrição prática:**

- Ondansetrona 4mg/2mL – 01 ampola (2mL) + 8mL SF0,9%, EV lento em 3-5min, se náusea/vômito
- Metoclopramida 10mg/2mL – 01 ampola (2mL) + 8mL SF0,9%, EV lento, se náusea/vômito
- **Alternativas:**
  - Bromoprida 10mg/2mL – 01 ampola EV lento (alternativa se indisponibilidade)
- **Indicações:**
  - Náusea e vômito associados à SCA ou aos medicamentos (morfina, AAS)
- **Apresentações:**
  - Ondansetrona: ampolas 4mg/2mL, 8mg/4mL
  - Metoclopramida: ampolas 10mg/2mL
- **Via(s):**  EV |  Oral
- **Cuidados:**
  - Ondansetrona: primeira escolha. Pode prolongar QT (evitar se QTc >500ms)
  - Metoclopramida: pode causar sintomas extrapiramidais, sedação
  - Dose máxima ondansetrona: 16mg/dia
  - Repetir se necessário

## ? PARA CASA

### • ANTIAGREGANTE PLAQUETÁRIO (AAS)

- **Prescrição:** AAS 100mg – Tomar 01 comprimido VO 1x/dia pela manhã, uso contínuo
- **Indicações:** Prevenção secundária de eventos cardiovasculares
- **Apresentações:** Comprimidos 100mg
- **Posologia:** 100mg VO 1x/dia
- **Cuidados:**
  - Uso contínuo indefinido
  - Não suspender sem orientação cardiológica
  - Tomar após café da manhã (reduz desconforto gástrico)
  - Se necessário procedimento cirúrgico: suspender 7 dias antes conforme orientação médica

### • ANTIAGREGANTE PLAQUETÁRIO (INIBIDOR P2Y12)

- **Prescrição:** Clopidogrel 75mg – Tomar 01 comprimido VO 1x/dia pela manhã, por 12 meses
- **Indicações:** Dupla antiagregação plaquetária pós-SCA
- **Apresentações:** Comprimidos 75mg | Ticagrelor 90mg | Prasugrel 10mg/5mg
- **Posologia:**
  - Clopidogrel 75mg VO 1x/dia
  - Ticagrelor 90mg VO 12/12h
  - Prasugrel 10mg VO 1x/dia (5mg se >75 anos ou <60kg)
- **Cuidados:**

- Uso por 12 meses obrigatório (risco de trombose de stent se suspender precocemente)
- Após 12 meses: reavaliar com cardiologista
- Não suspender sem orientação médica
- Risco de sangramento aumentado (evitar traumas, AINE)
- Se sangramento espontâneo ou trauma grave: procurar emergência
- **Alternativa(s):**
  - Ticagrelor 90mg VO 12/12h (mais potente, preferencial se disponível)

## • ESTATINA

- **Prescrição:** Atorvastatina 40mg – Tomar 01 comprimido VO 1x/dia à noite, uso contínuo
- **Indicações:** Controle do colesterol e estabilização de placa aterosclerótica
- **Apresentações:** Atorvastatina 10mg, 20mg, 40mg, 80mg | Rosuvastatina 10mg, 20mg, 40mg
- **Posologia:** Atorvastatina 40-80mg VO à noite OU Rosuvastatina 20-40mg VO à noite
- **Cuidados:**
  - Uso contínuo indefinido
  - Meta de LDL <50mg/dL pós-SCA
  - Pode causar dor muscular (avisar se dor persistente)
  - Evitar suco de toranja
  - Controlar enzimas hepáticas e CPK periodicamente
- **Alternativa(s):**
  - Rosuvastatina 20-40mg VO 1x/dia à noite

## • INIBIDOR DA ECA (IECA)

- **Prescrição:** Enalapril 10mg – Tomar 01 comprimido VO 12/12h, uso contínuo
- **Indicações:** Remodelamento ventricular pós-SCA, HAS, DM, disfunção ventricular
- **Apresentações:** Enalapril 5mg, 10mg, 20mg | Captopril 25mg, 50mg
- **Posologia:** Enalapril 5-20mg VO 12/12h OU Captopril 25-50mg VO 8/8h
- **Cuidados:**
  - Uso contínuo
  - Pode causar tosse seca (avisar se tosse persistente)
  - Evitar uso de anti-inflamatórios (reduz eficácia)
  - Controlar função renal e potássio periodicamente
- **Alternativa(s):**
  - Losartana 50-100mg VO 1x/dia (se tosse por IECA)

## • BETABLOQUEADOR

- **Prescrição:** Metoprolol 25mg – Tomar 01 comprimido VO 1x/dia, uso contínuo
- **Indicações:** Controle de FC, prevenção de arritmias, redução de demanda miocárdica
- **Apresentações:** Metoprolol 25mg, 50mg, 100mg | Carvedilol 3,125mg, 6,25mg, 12,5mg, 25mg
- **Posologia:** Metoprolol 25-100mg VO 1x/dia OU Carvedilol 3,125-25mg VO 12/12h
- **Cuidados:**
  - Uso contínuo
  - Não suspender abruptamente (risco de isquemia rebote)
  - FC alvo 50-60bpm
  - Pode causar cansaço, tontura nos primeiros dias
  - Avisar se dispneia, cansaço excessivo, tontura intensa
- **Alternativa(s):**
  - Carvedilol 6,25mg VO 12/12h (preferencial se disfunção ventricular)

#### • INIBIDOR DE BOMBA DE PRÓTONS

- **Prescrição:** Pantoprazol 40mg – Tomar 01 comprimido VO 1x/dia em jejum, uso contínuo
- **Indicações:** Proteção gástrica durante dupla antiagregação plaquetária
- **Apresentações:** Pantoprazol 20mg, 40mg | Omeprazol 20mg, 40mg
- **Posologia:** Pantoprazol 40mg VO em jejum OU Omeprazol 20mg VO em jejum
- **Cuidados:**
  - Tomar 30min antes do café da manhã
  - Uso enquanto mantiver dupla antiagregação (12 meses)
  - Pode causar diarreia, cefaleia
- **Alternativa(s):**
  - Omeprazol 20mg VO em jejum (usar pantoprazol preferencialmente)

#### • NITRATO (SE NECESSÁRIO)

- **Prescrição:** Dinitrato de Isossorbida 5mg – Tomar 01 comprimido SUBLINGUAL se dor torácica. Repetir até 3x de 5/5min. Se dor persistir após 3 doses, procurar emergência IMEDIATAMENTE
- **Indicações:** Alívio de crises anginosas
- **Apresentações:** Comprimidos sublinguais 5mg
- **Posologia:** 5mg SL em caso de dor, repetir até 3x de 5/5min
- **Cuidados:**
  - Sentar ou deitar antes de usar (pode causar hipotensão/tontura)
  - Não engolir o comprimido, deixar dissolver sob a língua
  - Validade após abertura do frasco: 3-6 meses
  - NÃO usar se tiver usado sildenafil/tadalafil nas últimas 24-48h

- **☐☐☐☐ Orientações ao paciente**

- **Sinais de alarme - Retornar IMEDIATAMENTE se apresentar:**
  - Dor torácica intensa ou prolongada (>20min)
  - Falta de ar importante
  - Palpitações intensas ou desmaio
  - Fraqueza intensa em um lado do corpo
  - Sangramento importante (fezes escuras, vômito com sangue, sangramento gengival persistente)
  - Inchaço súbito nas pernas
- **Recuperação esperada:**
  - Fase aguda: primeiros 7-14 dias (repouso relativo, evitar esforços)
  - Recuperação completa: 4-6 semanas
  - Retorno às atividades habituais: conforme orientação do cardiologista após reavaliação
  - Atividade sexual: liberar após 1-2 semanas se assintomático e estável
- **Restrições de atividade:**
  - Repouso relativo nas primeiras 2 semanas
  - Evitar esforços intensos, carregar peso, exercícios vigorosos
  - Caminhadas leves permitidas após 1 semana
  - Dirigir: aguardar 2-4 semanas conforme evolução
  - Trabalho: afastamento de 7-30 dias conforme atividade laboral
- **Modificações de estilo de vida (FUNDAMENTAIS):**
  - **Cessar tabagismo** (essencial! Risco 2-3x maior de novo IAM se continuar fumando)
  - **Dieta:** reduzir sal (<5g/dia), gorduras saturadas, açúcares. Aumentar frutas, verduras, peixes
  - **Peso:** meta de IMC <25 kg/m<sup>2</sup>. Perder 5-10% do peso já traz benefícios
  - **Atividade física:** após liberação, 150min/semana de exercício moderado (caminhada)
  - **Controle de estresse:** técnicas de relaxamento, acompanhamento psicológico se necessário
  - **Sono:** 7-8h por noite
  - **Álcool:** evitar ou consumo leve (máx 1 dose/dia para mulheres, 2 para homens)
- **Controle de fatores de risco:**
  - **Pressão arterial:** meta <130/80mmHg
  - **Diabetes:** HbA1c <7%, glicemia de jejum 70-130mg/dL
  - **Colesterol:** LDL <50mg/dL (meta rígida pós-SCA)
  - **Peso:** IMC <25 kg/m<sup>2</sup>
- **Seguimento:**
  - **Retorno com cardiologista em 7-14 dias** (fundamental!)
  - Trazer todos os exames realizados na internação
  - Manter uso correto de todas as medicações prescritas
  - Não suspender medicações por conta própria
  - Considerar programa de reabilitação cardíaca
- **Medicações:**

- Tomar todos os dias nos horários corretos
- Nunca suspender por conta própria (especialmente AAS e clopidogrel - risco de trombose de stent)
- Se esquecer uma dose: tomar assim que lembrar, mas não duplicar dose
- Antes de qualquer procedimento cirúrgico/dentário: avisar sobre uso de antiagregantes

## ? CID-10:

- **I20.0:** Angina instável
- **I21.4:** Infarto agudo subendocárdico do miocárdio (IAMSSST)
- **I21.9:** Infarto agudo do miocárdio não especificado
- **I25.2:** Infarto antigo do miocárdio (para seguimento ambulatorial)
- **I24.9:** Doença isquêmica aguda do coração não especificada

---

Revision #4

Created 8 August 2025 22:14:26 by Heric

Updated 17 October 2025 17:04:47 by Heric