

Síndrome Coronariana Aguda (SCA) sem Supradesnivelamento do Segmento ST (SSST)

Autores e Afiliação:

Fábio Therezo Galliano. Médico residente de Clínica Médica - Departamento de Clínica Médica - FMRP - USP; Carlos Henrique Miranda. Docente da Divisão de Emergências Clínicas do Departamento de Clínica Médica - FMRP –USP.

Área:

Unidade de Emergência / Subárea: Clínica Médica.

Objetivos:

Definir a abordagem e tratamento inicial dos pacientes com suspeita de síndrome coronariana aguda sem supradesnivelamento do segmento ST na sala de urgência.

Data da última alteração: Segunda-feira, 24 de julho de 2017

Data de validade da versão: Domingo, 27 de janeiro de 2019

Definição / Quadro Clínico:

Doença de alta prevalência na atualidade. Caracteriza-se por instabilização de uma placa aterosclerótica na artéria coronariana e consequente formação de trombo adjacente podendo se manifestar através de um quadro de síndrome coronariana aguda com supradesnivelamento do segmento ST (vide protocolo específico) ou sem supradesnivelamento do segmento ST, objetivo do atual protocolo.

Diagnóstico:

Diagnóstico:

- Dor precordial/retroesternal com duração de pelo menos 20 minutos no repouso;
- Dor precordial de início recente (menos que 1 mês);
- Dor precordial inédita para realização de atividades leves a moderadas;
- Piora da classe funcional da angina estável.

ATENÇÃO - UTILIZAÇÃO DE ESCORES DE RISCO:

- 1 - Os escores de risco incluídos neste protocolo (TIMI, GRACE e BRAUNWALD) podem ter divergências em casos específicos;
- 2 - No entanto, está comprovado que sua utilização aumenta a acurácia diagnóstica e o prognóstico dos pacientes, indicando sua utilização;
- 3 - Todos devem ser calculados e anotados no prontuário. A conduta deve ser tomada com base no pior dos escores calculados.

ATENÇÃO: Pacientes idosos, mulheres, diabéticos, doentes renais crônicos podem apresentar manifestações atípicas.

Fatores de risco associados ao desenvolvimento de SCA:

- Tabagismo;
- Dislipidemia;
- História Familiar Positiva;
- Idade avançada;
- Cardiomiopatia / Aterosclerose;
- Sexo Masculino;
- Diabetes Melitus / Doença Renal Crônica.

Buscar ativamente fatores que podem precipitar ou piorar a SCA: anemia, tireoideopatias, febre/infecção/inflamação, desordens metabólicas.

Exame físico: extremamente direcionado, devendo-se realizar ausculta cardiopulmonar, aferir pressão arterial e palpação de pulsos arteriais periféricos.

Crítérios Diagnósticos de IAM SSST:

O diagnóstico de IAM sem supradesnivelamento do segmento ST será realizado com a elevação de troponina I acima do percentil 99* associado a pelo menos mais um critério a seguir:

- Dor torácica anginosa;
- Alteração eletrocardiográfica compatível (supradesnivelamento ST transitório, infradesnivelamento do segmento ST, inversão de onda T, nova onda Q patológica);
- Alteração nova de mobilidade no ecocardiograma ou novo defeito de perfusão na cintilografia miocárdica;

* Este valor de corte pode variar de acordo com o kit utilizado para dosagem de troponina. Em nosso hospital este valor é 0,01.

Exames Complementares:

Eletrocardiograma (ECG):

Deve ser obtido um ECG de 12 derivações em até 10 minutos após a chegada do paciente ao serviço de emergência. O ECG de ser repetido a cada 15 minutos na primeira hora e depois de 6 em 6 horas nas primeiras 24 horas ou sempre que o paciente recorrer dor ou apresentar novos sintomas relacionados.

Devem ser realizadas de rotina as 12 derivações e ainda V7, V8 e V3R, V4R.

Atentar para as seguintes alterações:

- Depressão do segmento ST em 0,5 mm (0,5 mV) ou mais em pelo menos 02 derivações contíguas.
- Inversão dinâmica da onda T.
- Elevação transitória ST em 0,5 mm ou mais, com duração menor que 20 minutos.

Observação: O ECG NORMAL NÃO EXCLUI O DIAGNÓSTICO DE SCA

Exames bioquímicos e de imagem

- Marcadores de necrose miocárdica (CK-MB de 6/6 horas nas primeiras 24 horas, troponina I (preferencialmente) uma dosagem após 10-12 horas do início da dor;
- Glicemia, eletrólitos, função renal, hemograma, TP, TTPA, lipidograma;
- Radiografia de tórax (PA+ perfil);
- Ecocardiograma transtorácico - indicado quando houver dúvida diagnóstica com outras condições clínicas concomitantes como derrame pericárdio ou dissecação de aorta ou quando houver alterações eletrocardiográficas que dificultem a interpretação, como Bloqueio de Ramo Esquerdo). A indicação deste exame deve ser discutida com o contratado e com o residente da Cardiologia de plantão.

Tratamento:

- Em se caracterizando IAM ou Angina Instável, todo paciente deverá receber:

- Acesso venoso periférico calibroso - É CONTRA-INDICADO O ACESSO VENOSO CENTRAL PELA PERSPECTIVA DE TROMBÓLISE QUÍMICA!
- Oxigênio a baixo fluxo (1-2 l/min por cateter nasal) se saturação arterial < 90% ou sinais de insuficiência respiratória.
- Leito monitorizado (principalmente para pacientes de alto risco).
- Glicosimetria capilar a cada 6 horas nas primeiras 24hs e alvo de glicemia < 180mg/dL
- Ácido Acetil Salicílico via oral - 300mg de ataque e posteriormente 100 mg diários para serem mastigados

- Clopidogrel via oral - 300mg de ataque e posteriormente 75 mg diários. A dose de ataque de clopidogrel poderá ser 600 mg nos pacientes que serão submetidos precocemente ao cateterismo cardíaco).
- O clopidogrel poderá ser substituído pelo ticagrelor dose de ataque: 180 mg seguido por 90 mg de 12/12 horas.
- Morfina 3 a 5 mg a cada 10 minutos para alívio da dor.
- Nitrato sublingual 5 mg a cada 10-15 minutos até alívio dos sintomas (dose máxima de 15 mg).

ATENTAR PARA AS CONTRAINDICAÇÕES DO NITRATO (hipotensão, supradesnivelamento do segmento ST em V3R ou V4R, uso de sildenafil nas últimas 24 horas).

PARA RISCOS INTERMEDIÁRIO / ALTO:

- Heparinização plena;
- Preferencialmente: enoxaparina 1mg/kg 12 em 12 horas até a alta hospitalar, tratamento angiográfico da lesão culpada ou por 01 semana (o que ocorrer antes).

Obs.: Em pessoas com mais de 75 anos, a dose é 0,75 mg/kg 12/12hs.

Quando Clearance de Creatinina <30, a dose é de 1mg/kg 1 x ao dia.

Se clearance de creatinina <10 ml/min ou piora progressiva da função renal ou peso corporal > 144 kg devemos utilizar.

Heparina não-fracionada (HNF): Bolus 60–70 IU/kg (máximo 4000 UI) seguida de infusão contínua de 12 UI/kg/h (máximo 1000 IU/h) com medidas do TTPA a cada 6 horas e alvo de manter o ratio entre 1.5-2.5 o controle.

(Para ajuste da HNF vide protocolo de heparinização).

- Tentar iniciar estatina (sinvastatina 40 mg/dia ou atorvastatina 40 mg/dia), betabloqueador, iECA ou BRA nas primeiras 24 horas, desde que o paciente não apresente nenhuma contraindicação.

Referências Bibliográficas:

1. BRAUNWALD, E. Tratado de Doenças Cardiovasculares. 7.a edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.
2. Diretriz Brasileira de Angina instável e IAM sem supradesnivelamento do segmento ST. Arquivos Brasileiros de Cardiologia – www.cardiol.com.br.
3. MARIN-NETO JA; MACIEL BC; PAZIN FILHO A & CASTRO RBP. Conduas de urgência nas síndromes isquêmicas miocárdicas instáveis. Medicina, Ribeirão Preto, 36: 187-199, abr./dez. 2003.

4. ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation.

Considerações Administrativas:

- 1 - A UCO da UE deve ser solicitada a avaliar o paciente mesmo que não se considere internação ou não haja vaga na unidade.
- 2 - A avaliação desta equipe deve constar no prontuário do paciente
- 3 - A alta do paciente deve ser de comum acordo entre os contratados da urgência e da UCO.

Anexos:

Tabela 1: Escore de TIMI para classificação de risco na SCA

O escore de TIMI é um dos mais utilizados devido a sua praticidade na aplicação na sala de urgência. A sociedade europeia de cardiologia rec.

História/ Apresentação Clínica	Pontos	Nº de pontos acumulados	% de Risco ¹
Idade \geq 65 anos	1		
Três ou mais fatores de risco	1		
Coronária com obstrução \geq 50%	1	0/1	4,7 Baixo
Desvio do segmento ST \geq 0,5mm	1	2	8,3 Baixo
\geq Dois episódios anginosos em 24 horas	1	3	13,2 Intermediário
Uso de AAS durante a última semana	1	4	19,9 Intermediário
Aumento de enzimas cardíacas	1	5	26,2 Alto
Total	7	6/7	40,9 Alto

Tabela 2: Escore de BRAUNWALD para classificação de risco na SCA.

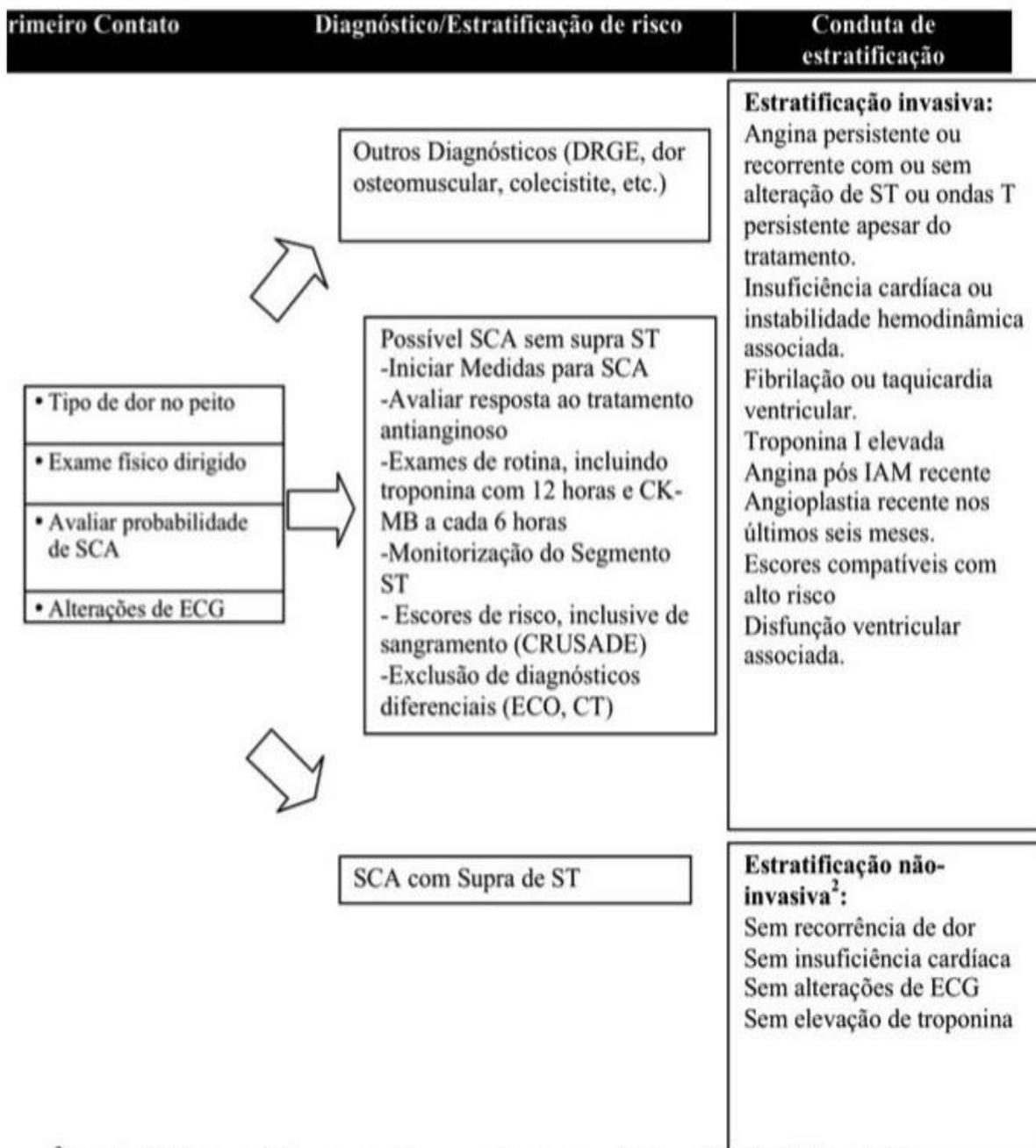
Estratificação de risco de morte ou infarto em pacientes na SCASSST			
Características	Alto	Moderado	Baixo
História	Idade > 75 anos Dor progressiva, sintomas nas últimas 48 horas	Idade 70-75 anos Infarto prévio, doença vascular periférica, diabete melito, cirurgia de revascularização, uso prévio de AAS	
Dor precordial	Prolongada (> 20 min.), em repouso	Prolongada (> 20 min.), em repouso mas com alívio espontâneo ou nitrato	Sintomas novos de angina classe III ou IV da CCS nas últimas 2 semanas sem dor em repouso prolongada (> 20 min.)
Exame físico	Edema pulmonar, piora ou surgimento de sopro de regurgitação mitral, B3, hipotensão, bradicardia e taquicardia		
Eletrocardiograma	Infradesnível do segmento ST > 0,5 mm (associada ou não com angina), alteração dinâmica do ST, bloqueio completo de ramo, novo ou presumidamente novo. Taquicardia ventricular sustentada	Inversão onda T > 2 mm, ondas Q patológicas	Normal ou inalterado durante o episódio de dor
Marcadores séricos de isquemia	Acentuadamente elevados	Elevação discreta	Normais

Tabela 3: Escore de GRACE para classificação de risco na SCA.

Variável		Pontos
Idade (anos)	<29	0
	30-39	0
	40-49	18
	50-59	36
	60-69	55
	70-79	73
	80-89	91
	> 90	100
História de IC		24
História de IAM		12
FC em repouso (bpm)	< 49	0
	50-69	3
	70-89	9
	90-109	14
	110-149	23
	150-199	35
	>200	43
PAS (mmHg)	<79	24
	80-99	22
	100-119	18
	120-139	14
	140-159	10
	160-199	4
	> 200	0
Depressão segment ST		11
Creatinina (mg/dl)	0- 0,39	1
	0,4-0,79	3
	0,8-1,19	5
	1,2-1,59	7
	1,6-1,99	9
	2,0-3,99	15
	>4	20
Troponina elevada		15

BAIXO RISCO: <108 PONTOS
RISCO INTERMEDIÁRIO: 109-140 PONTOS
ALTO RISCO: > 140 PONTOS

Fluxograma 1: Abordagem sistemática de pacientes com suspeita de síndrome coronariana aguda na sala de urgência.



² Angio-CT de coronárias, ecocardiograma de estresse, cintilografia miocárdica, teste ergométrico).