

# Infarto Agudo do Miocárdio com supra do segmento ST

## Lázaro Fernandes de Miranda

Especialista em Cardiologia pela SBC/AMB/CFM  
 Coordenador de Cardiologia do Hospital Santa Lúcia  
 Fellow Membership of American College of Cardiology  
 Doutorando em Cardiologia pela FCSFA

Antes denominado **Infarto Subepicárdio** ou **Infarto com onda Q** ou **Infarto Transmural**, constitui hoje cerca de 48 a 60% dos casos de Infarto Agudo do Miocárdio. É causado pela **obstrução completa** da coronária culpada, por ruptura de placa, hemorragia e coágulo (Figuras 1 e 2), razão pela qual urge a abertura imediata do respectivo vaso. Aqui **“tempo é vida”**: cada 10 minutos de retardo, representam 120 dias de vida perdidos<sup>(1)</sup>. O atendimento tem que obedecer a uma “fast track”, sem atrasos de qualquer natureza.

O seu tratamento diferencia-se da Angina Instável e do Infarto **Sem** Supra de ST pela necessidade de **abrir precoce e imediatamente a coronária** agudamente ocluída, seja por meio de uma Angioplastia com STENT ou com o emprego de substâncias fibrinolíticas. Já no Infarto Sem Supra de ST e na **Angina Instável, estão CONTRAINDICADOS os trombolíticos**, assim como a Coronariografia, a depender da classificação de risco (baixo, intermediário ou alto), resultará em maiores benefícios, se realizada após 4 a 72 horas, com o paciente já estabilizado (TIMACS).

Os objetivos do tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio são:

- » Analgesia/tranquilização;
- » Aumentar a oferta de O<sub>2</sub> e reduzir o seu consumo em nível do miocárdio;



Figura 1. Placa rota, com trombo ocluindo 100% da luz coronariana.

## IAM C/SSST INFERIOR

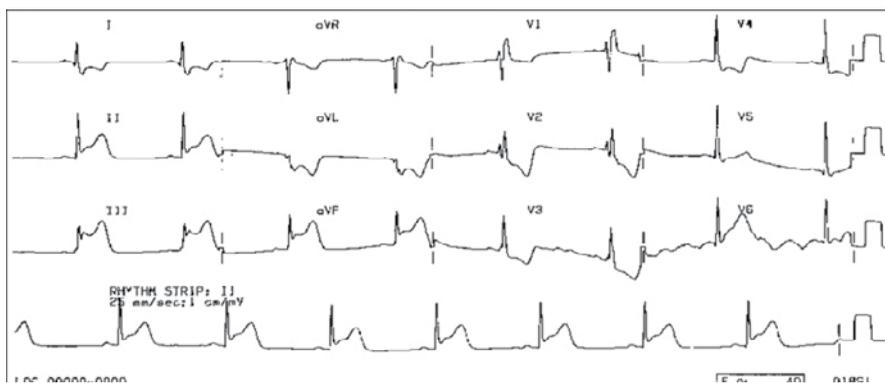


Figura 2. ECG com supra de ST em região inferior, com imagem em espelho em D1, aVL e V1-V3

- » Restabelecimento/ampliação do fluxo coronário;
- » Alcançar fluxo miocárdico TIMI-3;

- » Manter a patência coronária;
- » Proteção celular, preservando o miocárdio;
- » Manuseio das arritmias cardíacas;
- » Mortalidade líquida mínima (5-10%).

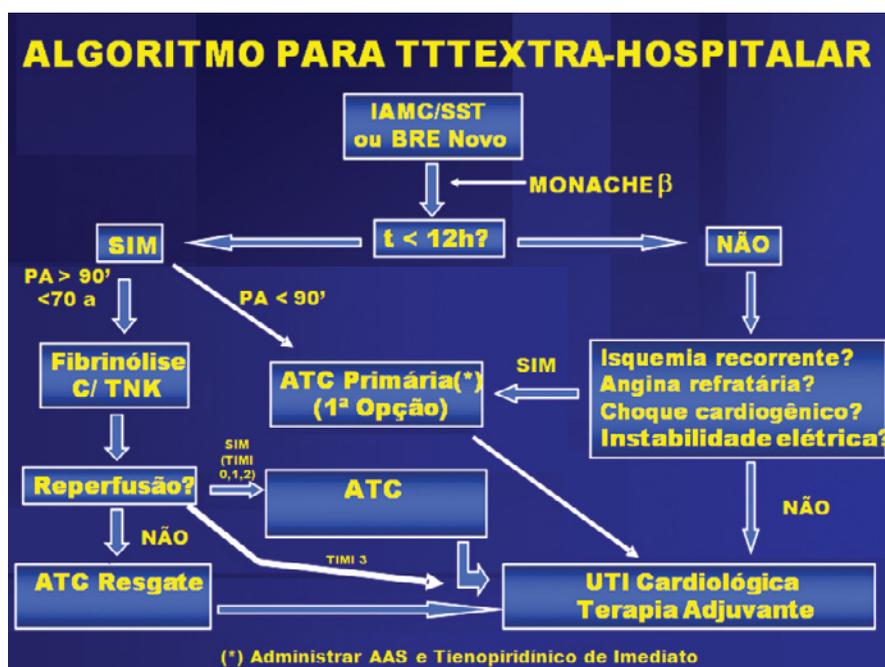
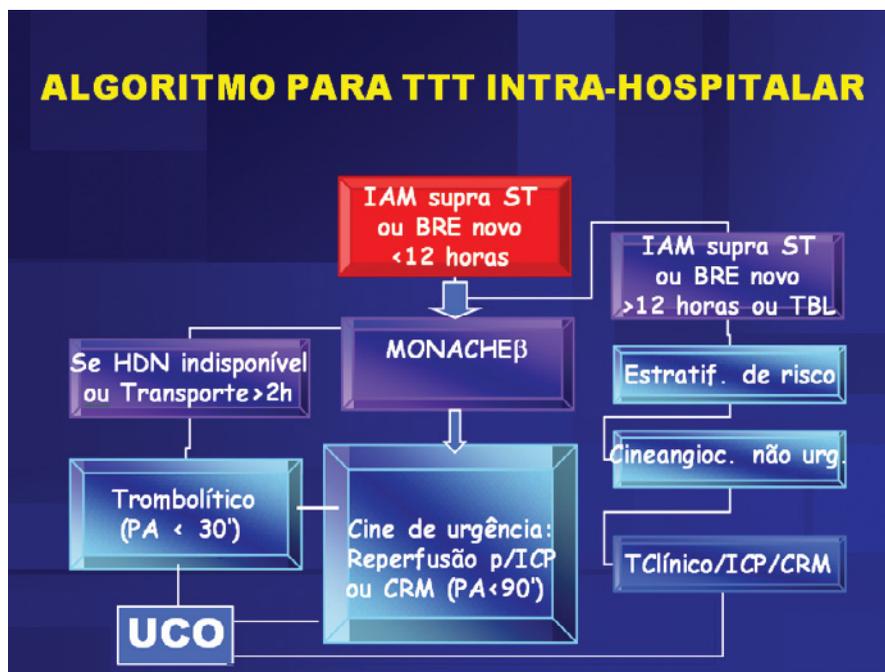
Este eficiente tratamento estará na dependência dos recursos oferecidos pela unidade hospitalar de atendimento: **há laboratório de hemodinâmica disponível?**

Qual o **tempo para transportar** o paciente até um laboratório de hemodinâmica?

Segundo os resultados de recente estudo (CAPTIM TRIAL), em até 2 horas o paciente ainda será beneficiado com a Angioplastia Primária no destino. Em situações em que o transporte demore mais do que 2 horas, o paciente deverá receber a terapêutica Trombolítica no hospital de origem e, posteriormente, transportado para um hospital com laboratório de hemodinâmica.

Ressalta-se que os procedimentos iniciais ou gerais devem ser **padronizados**, rápidos e bem concatenados sob a denominação **MONACHEB**, onde **M** = morfina, **O** = oxigênio, **N** = nitrato, **A** = aspirina, **C** = clopidogrel, prasugrel ou ticagrelor **H** = heparina, **E** = estatina, **B** = beta-bloqueador, com reavaliações e estratificações frequentes (TIMI risk score para IAM com Supra de ST), a definir a indicação de Bloqueadores IIb/IIIa (TIMI risk score Alto), bem como o melhor momento para a realização de Angioplastia Secundária.

Se por questões logísticas, se impuser o emprego de Trombolíticos, realize previamente o "checklist" das suas contraindicações. Tenha em mente que para idosos **acima de 70 anos**,



a estreptoquinase ainda é o fibrinolítico mais seguro, pela menor propensão em causar hemorragia intracraniana. Indivíduos mais jovens receberão tenecteplase.

Atenção ao remodelamento ventricular pós-infarto, que se inicia já nas primeiras 24 horas, ocasião em que deverão ser prescritos inibidores da enzima convertora da angiotensina (IECA) ou bloqueadores do receptor de

angiotensina II (**BRA**), prevenindo possível disfunção ventricular.

#### REFERÊNCIAS

1. GREAT study, Rowiss, JM, JACC 1997;30:1181-86.
2. III Diretriz sobre o Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio, da SBC.
3. TIMACS Trial.
4. CAPTIM Trial.