



Coleções Clínicas - Síndrome Coronária Aguda

Nova Diretriz Europeia para Síndrome Coronariana Aguda Sem Supra de ST

Autor: Dr. Humberto Graner Moreira

Referência: Hamm CW, Bassand JP, Agewall S, et al. ESC Guidelines for the Management of Acute Coronary Syndromes in Patients Presenting Without Persistent ST-Segment Elevation: The Task Force for the Management of Acute Coronary Syndromes (ACS) in Patients Presenting Without Persistent ST-Segment Elevation of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J 2011;Aug 26:[Epub ahead of print].

A seguir, os 10 pontos mais importantes da nova diretriz da Sociedade Europeia de Cardiologia:

1. Definição: Síndrome Coronariana Aguda (SCA) é uma manifestação ameaçadora à vida, geralmente precipitada por trombose aguda, induzida por uma ruptura ou erosão da placa aterosclerótica coronariana, com ou sem vasoconstrição concomitante, causando uma redução brusca e crítica do fluxo sanguíneo.

2. Abordagem inicial: Além da necessidade de uma triagem rápida e obtenção do ECG diagnóstico em até 10 minutos da chegada do paciente no serviço de emergência, amostras sanguíneas devem ser obtidas para dosagem de marcadores de necrose miocárdica, particularmente troponina (T ou I). O resultado deve estar disponível dentro de 60 minutos. O teste deve ser repetido 6-9 horas após a avaliação inicial, se a primeira medida não for conclusiva. Repetição do teste após 12-24 horas é aconselhável apenas se o quadro clínico ainda for sugestivo de SCA.

3. Estratificação de risco: Avaliação quantitativa do risco é útil para a tomada de decisão clínica. Existem diversos escores de risco disponíveis. De acordo com a Sociedade Europeia, com base em comparações diretas, o escore de risco GRACE é aquele que fornece a estratificação mais precisa, tanto na admissão quanto na alta, devido ao seu bom poder discriminativo.

4. Estratificação invasiva: Angiografia coronária deve ser realizada com urgência para fins de diagnóstico em pacientes de alto risco e nos quais o diagnóstico diferencial não é claro. Angiotomografia coronária deve ser considerada como uma alternativa à angiografia invasiva para excluir SCA quando há uma probabilidade baixa a intermediária de doença arterial coronariana, ou quando troponina e ECG são inconclusivos.

5. Ácido acetilsalicílico (AAS): O AAS continua como prioritário no tratamento, e deve ser dado a todos os pacientes (150-300mg dose inicial, seguido de manutenção com 75-100mg), a menos que haja contra-indicações.

6. Inibidor P2Y12: Um inibidor do P2Y12 deve ser acrescido ao AAS em todos os pacientes, e mantidos por 12 meses, independente da estratégia inicial, a menos que haja risco considerável de sangramento.

- **Ticagrelor:** O ticagrelor (180mg dose inicial, seguido de 90mg duas vezes ao dia) é recomendado para *todos* os pacientes com risco moderado a alto de eventos isquêmicos (por exemplo, troponinas elevadas), independentemente da estratégia inicial de tratamento. Essa recomendação inclui também aqueles que já faziam uso prévio de clopidogrel (que deve ser interrompido quando o ticagrelor é iniciado).

- **Prasugrel:** O prasugrel (60mg dose inicial, seguido de 10mg por dia) é recomendado para pacientes que não estão recebendo um inibidor P2Y12 (especialmente diabéticos), nos quais a anatomia coronariana é conhecida e para os quais está programada intervenção coronária percutânea (ICP), a menos que haja um risco elevado de hemorragias graves ou outras contra-indicações.

- **Clopidogrel:** Diante das outras medicações, o clopidogrel (300mg dose inicial, 75mg/dia dose de manutenção) fica relegado a terceira opção, sendo recomendado para pacientes que não podem receber ticagrelor ou prasugrel. Dose de ataque de 600mg pode ser realizada em pacientes em que se planeja ICP em situações nas quais ticagrelor ou prasugrel não está disponível.

Home

Editorial

Corpo Editorial

Cobertura dos Congressos

Coleções Clínicas

Notícias

Contato

Busca

Fale Conosco

Membros do ACC

Cardiosource links rápidos

Portal da SBC

ACC.org

JACC Jornal

Diretrizes





	Clopidogrel	Prasugrel	Ticagrelor
Classe	Tienopiridínico	Tienopiridínico	Triazolopirimidina
Reversível?	Não	Não	Sim
Ativação	Pró-droga, limitada por metabolização	Pró-droga, não limitada por metabolização	Droga ativa
Início de ação	2-4h	30min	30min
Duração do efeito	3-10 dias	5-10 dias	3-4 dias
Retirada antes de grandes cirurgias	5 dias	7 dias	5 dias

7. Inibidores da Glicoproteína IIb/IIIa (IG IIb/IIIa): Entre pacientes já em uso de terapia antiplaquetária dupla, o acréscimo de IG IIb/IIIa é recomendada em pacientes submetidos a ICP de alto risco e baixo risco de sangramento. Eptifibatide ou tirofiban podem ser utilizados com o AAS antes da angiografia em pacientes que não receberam inibidor P2Y12 (Classe IIa, C). O IG IIb/IIIa não é indicado em pacientes tratados conservadoramente.

8. Anticoagulantes: Anticoagulação é recomendada para todos os pacientes em adição à terapia antiplaquetária dupla.

- **Fondaparinux** (2,5mg/dia por via subcutânea) é recomendado como aquele de melhor perfil de eficácia e segurança em relação à anticoagulação. Se for utilizar fondaparinux, um bolus único de heparina não-fracionada (85 UI/kg e ajustado pelo tempo de coagulação ativado; ou 60 UI em caso de uso concomitante de IG IIb/IIIa) deve ser adicionado no momento da ICP.

- **Enoxaparina** (1mg/kg duas vezes ao dia; dose ajustada por grupos especiais) é indicada quando o fondaparinux não está disponível.

- **Heparina não-fracionada** (por infusão venosa, TTP alvo entre 50-70 seg) é recomendada em caso de indisponibilidade de fondaparinux ou enoxaparina.

9. Sobre a estratégia invasiva e revascularização:

- **Estratégia invasiva** (até 72h da apresentação) é recomendada para pacientes de alto risco e/ou sintomas recorrentes

- **Estratégia invasiva precoce** (até 24 da apresentação) é indicada em pacientes com escore GRACE>140 e pelo menos um critério primário de alto risco (elevação de troponinas ou alteração dinâmica no ECG).

- **Angiografia de urgência** (<2 horas) é recomendada em pacientes de muito alto risco de isquemia (angina refratária, insuficiência cardíaca, arritmias ventriculares ameaçadoras à vida, ou instabilidade hemodinâmica).

- **Estratificação não-invasiva** pode ser indicada em pacientes com baixo risco e/ou sem sintomas recorrentes antes de se decidir pela angiografia.

- **Angioplastia:** como não há diferenças em termos de resultados e segurança em relação aos tipos de stents, no contexto de SCA, recomenda-se que o stent farmacológico deva ser utilizado preferencialmente em subpopulações específicas (diabéticos, baixo risco de sangramento, características angiográficas, etc.)

10. Prevenção secundária: O tratamento da SCA não termina com a alta do paciente, e metas específicas de prevenção secundária devem ser buscadas e alcançadas pelos profissionais que cuidam desses pacientes. Isso inclui cessação do tabagismo, controle pressórico, meta de LDL<70mg/dl, atividade física regular, controle do peso e aderência às medicações de uso crônico.

Fórum

LEGENDA :  **Comentários**
 **Respostas**

 **Inserir Comentários**

Nenhum comentário foi encontrado.

Desenvolvido pela Diretoria de Tecnologia da SBC - Todos os Direitos Reservados
© Copyright 2009 | Sociedade Brasileira De Cardiologia | Tecnologia@cardiol.br