

Fibrinolíticos utilizados no cenário pré-hospitalar

Dr. Andrés R. Pérez Riera

Los medicamentos fibrinolíticos utilizados no cenário pré-hospitalar são os mesmos usados dentro do hospital, inclusive as doses, dando-se natural preferência àquelas de mais fácil administração endovenosa, como é o caso dos fibrinolíticos utilizados em bolo, como o **TNK-tPA (tecnecteplase)**. Administração em bolus endovenoso único, em 5 a 10 segundos, com dose ajustada pelo peso do paciente: < 60 kg: 30 mg; 60 – 69 kg: 35 mg ; 70 – 79 kg: 40 mg 80 – 89 kg: 45 mg ≥90 kg: 50 mg Todo paciente deverá ter sido medicado com AAS 200mg. Deverá ocorrer infusão concomitante de Enoxaparina na dose de 30 mg em bolus endovenoso, seguido pela administração de 1 mg/kg subcutânea a cada 12 horas, por 24-48h. Para indivíduos com idade > 75 anos deve-se administrar heparina não fracionada IV, devido a chance aumentada de sangramento no SNC.

Poderá ter seu uso sugerido ao médico do paciente, em situações de IAM com Supra desnivelamento do Segmento ST (IAMSST), em ambiente extra-hospitalar, onde o socorro está sendo prestado por médico plantonista.

A utilização pré-hospitalar de fibrinolítico no IAMSST pode ser considerada para aqueles pacientes atendidos por ambulância com pessoal treinado para esse fim e equipada para administrar o medicamento, monitorizar continuamente o ECG e prover cardioversão elétrica, e para os quais se antecipa uma demora de pelo menos 180min até a chegada ao hospital onde lhe seria oferecida a terapêutica fibrinolítica. Quando o hospital para onde o paciente será levado dispuser de condições para realizar ou prover angioplastia primária de imediato, esta última estratégia é preferida, mesmo que as condições acima exigidas para a fibrinólise pré-hospitalar sejam atendidas.

Uma vez feito o diagnóstico de IAMSST é de suma importância a eleição de adequada estratégia de reperfusão visando a obtenção de fluxo efetivo no território da artéria acometida. A escolha da terapia de reperfusão depende da disponibilidade e experiência de cada centro com a estratégia a ser desempenhada. Se recomenda a realização de angioplastia primária como primeira abordagem, esta decisão deva ser realizada no serviço de Pronto Atendimento, objetivando a diminuição do tempo de isquemia. Como justificativas para a adoção desta estratégia salientamos que a angioplastia primária:

1. Implica maior índice de patência e fluxo da artéria relacionada ao infarto (> 90% em 90 min frente 70% da média da terapia fibrinolítica) acarretando menor comprometimento da função miocárdica;
2. Redução de mortalidade em condições específicas como no choque cardiogênico;
3. Menor índice de complicações imediatas relacionadas à técnica de reperfusão (menor taxa de AVC hemorrágico particularmente em pacientes com mais que 65 anos de idade);

4. Menor taxa de complicações tardias (reinfarto, reoclusão, ruptura ventricular, interações decorrentes de disfunção ventricular);
5. Definição precoce da anatomia coronária;
6. Menor período de permanência hospitalar com redução do custo global do tratamento.

Cabe salientar também que a angioplastia primária constituirá a única terapia de reperfusão possível nos casos onde houver contraindicação à administração de fibrinolíticos. Abaixo seguem as condições que constituem contraindicações à adoção de terapia fibrinolítica. Serão elegíveis para reperfusão imediata todos os pacientes que se apresentarem ao Pronto Atendimento com dor torácica ou sintomas equivalentes de isquemia miocárdica (dispneia, síncope) e IAMSST ou BRE novo com intervalo do início do evento ≤ 12 horas. Em determinadas situações a indicação de terapia de reperfusão pode ultrapassar esse limite temporal às custas de potencial benefício. Tais situações compreendem:

Ø A presença de isquemia miocárdica recorrente;

Ø Apresentação em choque cardiogênico (particularmente em pacientes com histórico de infarto do miocárdio prévio e idade inferior a 75 anos).

Para a indicação de angioplastia primária deve ser observado os tempos de Porta-Sala de Hemodinâmica < 60 minutos e Porta-Balão < 90 minutos e para a indicação de fibrinolítico porta-agulha < 30 minutos.

Contra-indicações Absolutas ao Uso de Fibrinolíticos

1. Episódio pregresso de hemorragia intra-craniana (em qualquer época da vida).
2. AVC isquêmico < 3 meses (exceto os casos com menos de 3h);
3. Neoplasia Intracraniana conhecida;
4. Suspeita diagnóstica de dissecação aguda de aorta;
5. Sangramento interno ativo (exceto menstruação).
6. Redução da expectativa de vida (coma, sepse, neoplasia)
7. Hipertensão acentuada à apresentação (PA $>180 \times 110$ mmHg) e não controlada;
8. Histórico de HAS acentuada;
9. Patologias de SNC não descritas nas contra-indicações absolutas, assim como outros antecedentes cérebro-vasculares;
10. Uso corrente de terapia anticoagulante (INR maior ou igual a 2-3) ou conhecida diátese hemorrágica;
11. Trauma recente, incluindo trauma cranioencefálico (em 2 a 4 semanas) ou procedimentos de RCP prolongados (> 10 min);
12. Procedimentos cirúrgicos de grande porte dentro das 3 últimas semanas;
13. Punções de vasos sanguíneos não passíveis de compressão; • Sangramentos internos dentro das últimas 2 a 4 semanas;
14. Gestação;
15. Úlcera péptica ativa.

