SEMINÁRIO

Infarto agudo do miocárdio com supra de ST

Do ECG à alta: o que as diretrizes de 2023 a 2026 mudaram

DiretrizMed
Medicina · Seminário de Cardiologia

PERGUNTA PARA VOCÊS

Troponina alta é sempre infarto?

Não. Troponina alta é lesão miocárdica.
Infarto exige também evidência de isquemia.

01

Lesão miocárdica e infarto

É lesão ou é infarto?

Lesão × infarto

5ª Definição Universal de Infarto (2026)

- Lesão aguda: troponina sobe e/ou cai, com valor acima do percentil 99 do sexo
- Lesão crônica: troponina alta e estável, sem curva
- Infarto: lesão aguda + sintoma, ECG ou imagem de isquemia
- Limites por sexo: o feminino é menor, para não subdiagnosticar

Fonte: 5ª Definição Universal de Infarto (2026).

A nova classificação: três categorias

Os tipos 1 a 5 saíram

Primário	Secundário	Procedimento
Patologia coronária: aterotrombose, dissecção, embolia, espasmo	Outra condição aguda (anemia, taquiarritmia) com DAC obstrutiva	Complicação coronária em até 30 dias do procedimento

MINOCA agora é diagnóstico de trabalho, não diagnóstico final.

Fonte: 5ª Definição Universal de Infarto (2026).

02

ECG: supra e equivalentes

Onde está a oclusão?

Supra no ponto J, em 2 derivações contíguas

ECG em até 10 minutos do primeiro contato

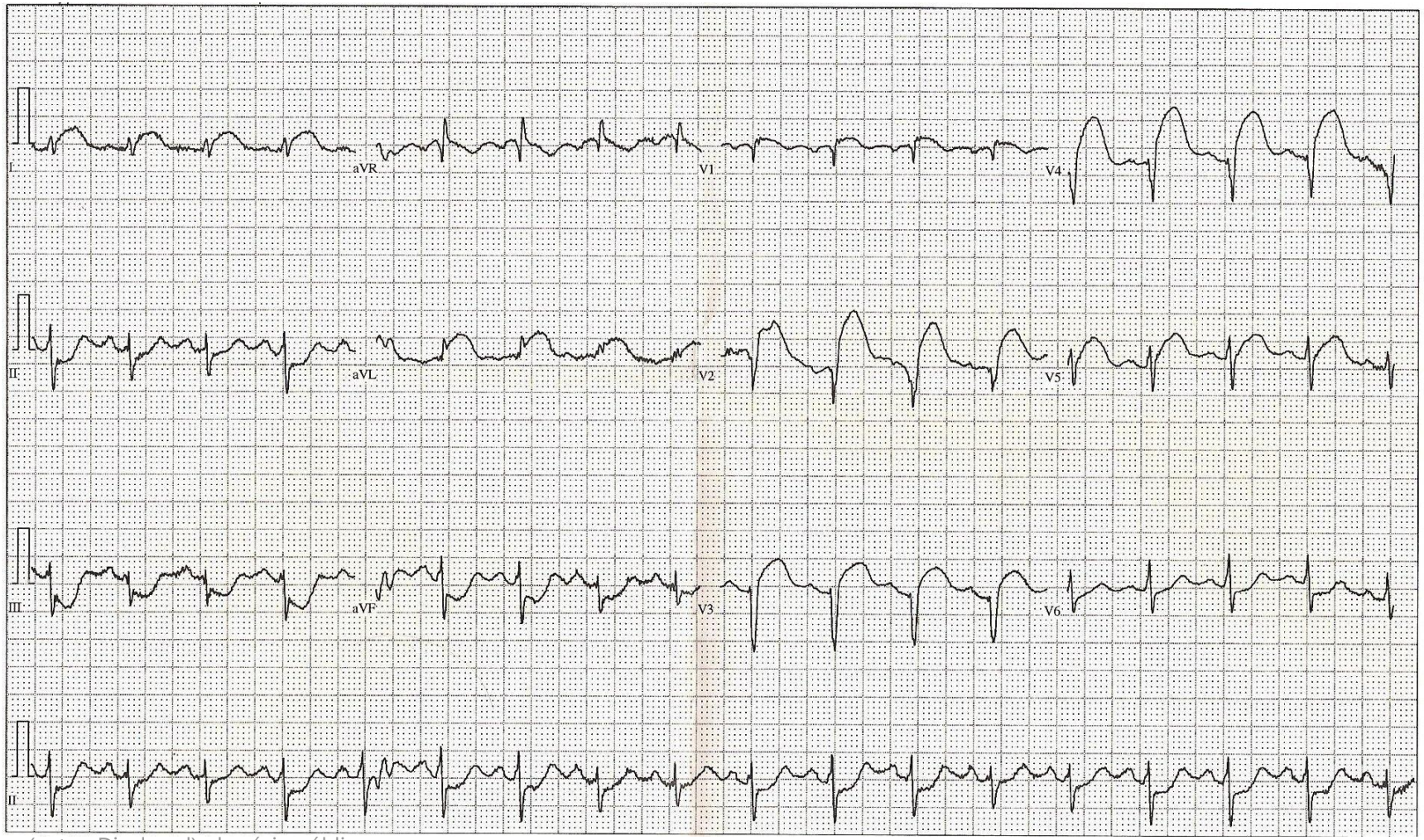
≥ 2,5 mm	≥ 2 mm	≥ 1,5 mm	≥ 1 mm
V2–V3 homem < 40 anos	V2–V3 homem ≥ 40 anos	V2–V3 mulher	demais derivações

Derivações complementares (V7–V9, V3R, V4R): ≥ 0,5 mm

Fonte: Tabela 7 da Diretriz Brasileira de Dor Torácica na Unidade de Emergência (SBC 2025).

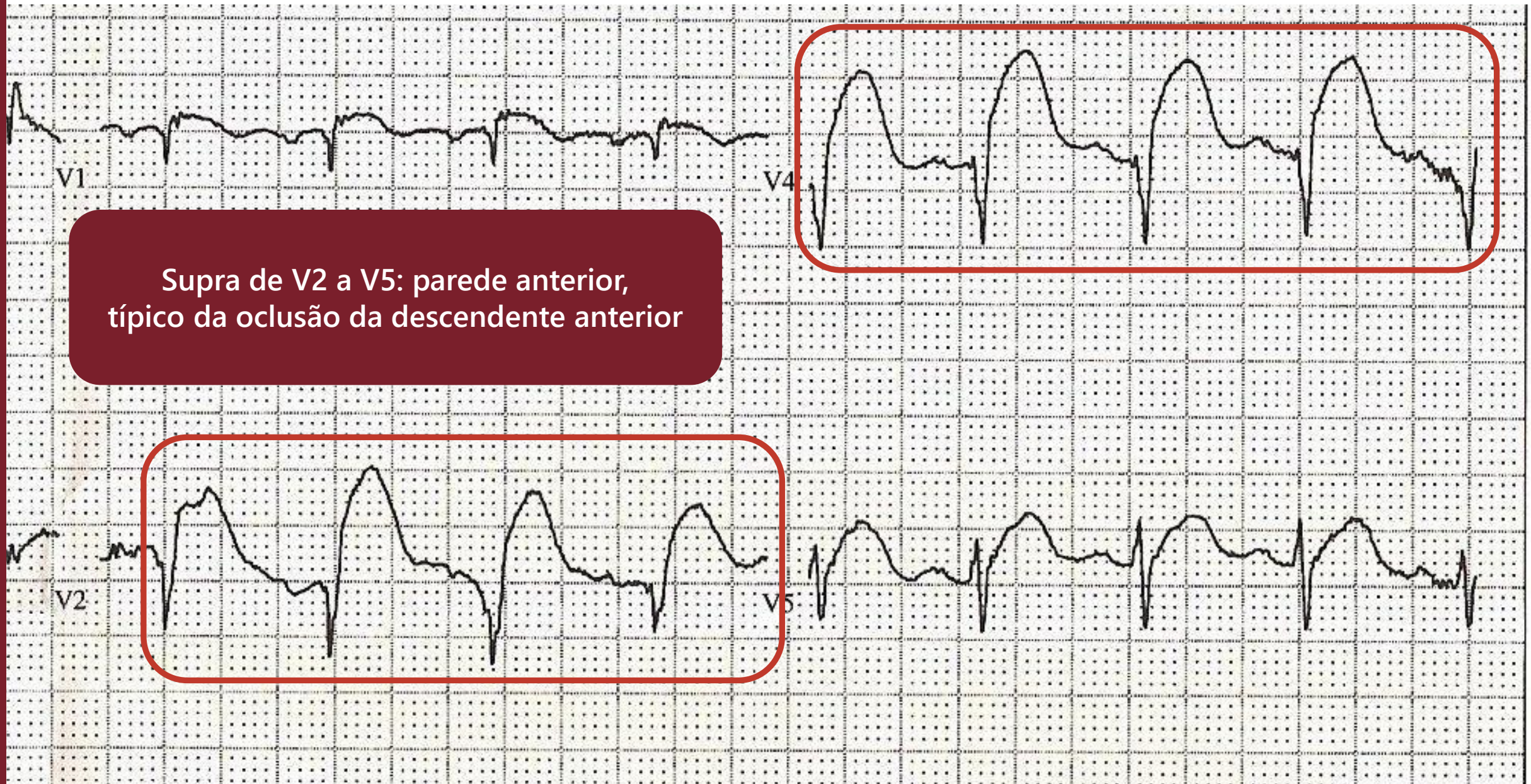
Como aparece no traçado

ECG de 12 derivações de um IAM com supra



Fonte: Wikimedia Commons (autor: Displaced), domínio público

Onde está o supra?



Supra de V2 a V5: parede anterior, típico da oclusão da descendente anterior

Sem supra clássico? Procure a oclusão

Equivalentes que levam à reperfusão

- “Posterior”: infra em V1–V3 com R ampla → registrar V7–V9
- De Winter: T altas e simétricas com infra ascendente no ponto J
- T hiperagudas: repetir o ECG em intervalos curtos
- BRE + Sgarbossa: concordante ≥ 1 mm; discordante ≥ 5 mm ou ST/S ≥ 25%

Fonte: Diretriz Brasileira de Dor Torácica na Unidade de Emergência (SBC 2025); ESC 2023 (diretriz de síndromes coronarianas agudas).

PERGUNTA PARA VOCÊS

Supra em aVR com infra em 6 derivações: trombolisa?

Não. É isquemia subendocárdica difusa: SCA sem supra de alto risco, sugestiva de lesão de tronco ou multiarterial.

03

Tratamento inicial

O que entra antes do cateterismo?

Duas trancas e um anticoagulante

ESC 2023 (diretriz de síndromes coronarianas agudas)

- AAS: ataque de 150–300 mg VO
- Inibidor de P2Y12 por 12 meses
- Oxigênio só se SatO2 < 90%

ICP primária	HNF em bólus de 70–100 UI/kg
Fibrinólise	Enoxaparina IV seguida de SC
Não usar na ICP	Fondaparinux (classe III)

Fonte: ESC 2023 (diretriz de síndromes coronarianas agudas).

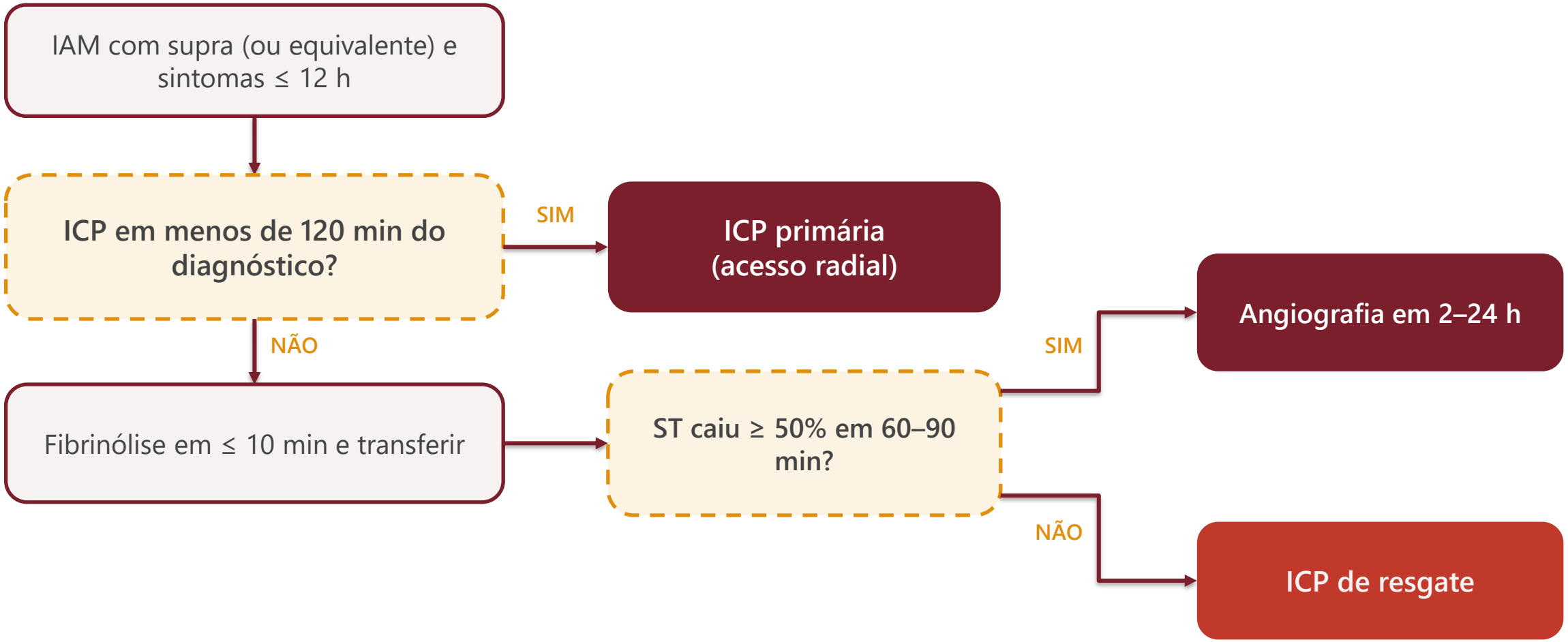
04

Reperfusão

Dá para abrir em 120 minutos?

ICP primária ou fibrinólise?

Os 120 minutos contam a partir do diagnóstico pelo ECG



Baseado em: ESC 2023 (diretriz de síndromes coronarianas agudas).

Quem chega tarde

ESC 2023 (diretriz de síndromes coronarianas agudas)

≤ 12 h

reperfusão para todos

12–48 h

considerar ICP primária
(IIa B)

> 48 h

assintomático e ocluído:
ICP de rotina não (III A)

Choque cardiogênico: revascularização precoce; bomba de fluxo microaxial em pacientes selecionados (ACC/AHA 2025).

Fontes: ESC 2023 (diretriz de síndromes coronarianas agudas); ACC/AHA 2025 (diretriz de síndromes coronarianas agudas).

05

Depois da reperfusão

O que impede o próximo infarto?

Quatro frentes na alta

ESC 2023 (diretriz de síndromes coronarianas agudas) · ACC/AHA 2025 (diretriz de síndromes coronarianas agudas)

- Revascularização completa: no índice ou em até 45 dias
- Dupla antiagregação por 12 meses
- Estatina de alta intensidade com meta de LDL
- Reabilitação cardíaca encaminhada antes da alta

LDL: ESC < 55 mg/dL · ACC/AHA: ≥ 70 com estatina máxima → somar não estatina

Fontes: ESC 2023 (diretriz de síndromes coronarianas agudas); ACC/AHA 2025 (diretriz de síndromes coronarianas agudas).

Três números para levar

10 min

do primeiro contato
até o ECG

120 min

do diagnóstico até a ICP;
senão, lítico em ≤ 10 min

45 dias

para revascularizar
as lesões não culpadas

Baseado em: ESC 2023 (diretriz de síndromes coronarianas agudas)

Referências

1. Mills NL et al. Fifth Universal Definition of Myocardial Infarction (2026). Glob Heart. 2026;21(1):64.

2. Barros e Silva PGM et al. Diretriz Brasileira de Atendimento à Dor Torácica na Unidade de Emergência – 2025. Arq Bras Cardiol. 2025;122(9):e20250620.

3. Rao SV et al. 2025 ACC/AHA/ACEP/NAEMSP/SCAI Guideline for the Management of Patients With Acute Coronary Syndromes. J Am Coll Cardiol. 2025;85(22):2135–2237.

4. Byrne RA et al. 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes. Eur Heart J. 2023;44(38):3720–3826.

5. Imagem do ECG: Displaced. 12 Lead EKG ST Elevation tracing only. Wikimedia Commons, 2008. Domínio público.