



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo

PARECER TÉCNICO NAT/TJES Nº 140/2020

Vitória, 24 de janeiro de 2020.

Processo n° [REDACTED]
[REDACTED] impetrado por
[REDACTED].

O presente Parecer Técnico visa a atender solicitação de informações técnicas do 2º Juizado Especial Criminal e da Fazenda Pública de Vitória – ES, requeridas pelo MM juíza de direito Dra. Livia Regina Savergnini Bissoli Lage, sobre o procedimento: **Transferência para hospital com suporte especializado em cardiologia.**

I – RELATÓRIO

1. De acordo com a Inicial, a Requerente estava no Espírito Santo a passeio em uma excursão, passou mal e está há 04 dias no Pronto Atendimento da Praia do Suá, com suspeita de síndrome coronariana aguda sem supra de ST, necessitando com urgência de transferência para leito hospitalar de cardiologia.
2. Às fls. 10 consta o laudo Médico emitido em 21/01/2020 pelo Dr. Gabriel de Athayde Soares, médico clínico, CRMES 11395, relatando em suma; paciente 55 anos, há 04 dias no Pronto Atendimento da Praia do Suá, por SCA (síndrome coronariana aguda), história patológica pregressa de Diabetes Melitos II, miocardiopatia hipertrófica com implantação de CDI em 2017, moradora do interior de São Paulo, em acompanhamento cardiológico regular. Deu entrada no serviço com dor precordial e náuseas. Em uso de medicações de uso contínuo para cardiopatia e diabetes. Resultados dos exames de enzimas cardíacas com alterações sugestivas de síndrome coronariana aguda.



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

3. Às fls. 11 a 19, consta o Espelho da Solicitação de Internação, e evoluções subsequentes, a primeira preenchida no dia 19/01/2020 pela Dra. Celina Riva Rodrigues, com as seguintes infirmações principais; Paciente portadora de miocardiopatia hipertrófica com implantação de CDI em 2017, moradora do interior de São Paulo, em acompanhamento cardiológico regular. Hoje refere aperto em região precordial de início há 04 horas e náuseas há 02 dias. Em uso de medicações de uso contínuo para cardiopatia e diabetes. Descreve também o exame físico da paciente, o eletrocardiograma (infra de ST em D2, D3 e AVF), e a conduta (contato com SAMU para transferência para serviço de cardiologia, monitorização contínua no leito da emergência, prescrito Aas 300 mg). Resultados de exames com troponina aumentada, e diagnóstico inicial IAMSSST + cardiomiopatia hipertrófica com CDI.

II – ANÁLISE

DA LEGISLAÇÃO

1. **A Portaria Nº 399 de 22 de fevereiro de 2006** divulga o Pacto pela Saúde 2006 Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido pacto. Em seu Anexo II, item III – Pacto pela Gestão, item 2 – Regionalização, define que um dos Objetivos da Regionalização é garantir a integralidade na atenção à saúde, ampliando o conceito de cuidado à saúde no processo de reordenamento das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do sistema.
2. **A Resolução nº 1451/95 do Conselho Federal de Medicina** define urgência e emergência: Artigo 1º – Os estabelecimentos de Prontos Socorros Públicos e Privados deverão ser estruturados para prestar atendimento a situações de urgência-emergência, devendo garantir todas as manobras de sustentação da vida e com condições de dar continuidade à assistência no local ou em outro nível de atendimento referenciado. Parágrafo Primeiro – Define-se por **URGÊNCIA** a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata. Parágrafo Segundo – Define-se



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

por **EMERGÊNCIA** a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo portanto, tratamento médico imediato.

DA PATOLOGIA

1. Infarto Agudo do Miocárdio sem /supradesnivelamento de ST. As doenças cardiovasculares são responsáveis pela principal causa de óbitos na população adulta mundial, sendo a síndrome coronariana aguda (SCA) a mais prevalente dentre elas. Dividimos a SCA em infarto agudo com supradesnivelamento do segmento ST (IAMCSST) e síndrome coronariana aguda sem supradesnivelamento do segmento ST (SCASSST), sendo que a SCASSST é composta pelo infarto agudo do miocárdio sem supradesnivelamento do segmento ST (IAMSSST) e a angina instável (AI). Sabemos que hoje, do ponto de vista epidemiológico, a coronariopatia aguda sem supra de ST, tornou-se a forma mais frequente de apresentação clínica da SCA, cerca de 62%, como indica o registro multinacional GRACE. A diferença entre IAMCSST e IAMSSST é puramente eletrocardiográfica, marcada pela presença ou não do supradesnivelamento do segmento ST. Enquanto que o diagnóstico diferencial entre IAMSSST e AI, depende da presença ou não de curva de marcadores de necrose miocárdica, respectivamente.
2. A síndrome coronária sem supradesnivelamento do ST geralmente resulta da instabilização de uma placa aterosclerótica, com subsequente ativação plaquetária e de diversos fatores de coagulação. O tratamento visa aliviar a dor isquêmica, limitar o dano miocárdico e diminuir a mortalidade.
3. A SCASS-ST se apresenta de forma heterogênea com diferentes níveis de risco em termos de morte, infarto e recorrência do infarto. Para cada paciente, é necessário: estratificar corretamente o risco de morte/ reinfarto; implementar precocemente o tratamento antitrombótico amplo, com dois ou três antiplaquetários e um agente anticoagulante; definir o método de estratificação funcional/anatômica coronária, de forma invasiva ou não invasiva.
4. Diversos marcadores clínicos se associam ao risco de evolução desfavorável nos



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

pacientes com SCASS-ST como: idade avançada, diabetes, insuficiência renal, dor precordial prolongada em repouso, hipotensão, taquicardia e insuficiência cardíaca. Porém a avaliação quantitativa por meio dos escores do risco de morte/infarto é também ferramenta útil para a tomada de decisões.

5. O escore de TIMI é mais simples de utilizar, mas sua acurácia parece ser menor,(5) possivelmente por não utilizar dados hemodinâmicos, como pressão sistólica, frequência cardíaca e classificação de Killip.

DO TRATAMENTO

1. Após o diagnóstico de SCASS-ST, além do tratamento farmacológico, os pacientes devem ser submetidos a algum tipo de estratégia de estratificação com exames subsidiários para avaliação coronariana funcional (testes de isquemia não invasivos) ou anatômica (cineangiocoronariografia). De maneira geral, a escolha do método depende do risco do paciente, da presença de comorbidades, da expectativa de vida, do status funcional e da disponibilidade dos métodos de estratificação de cada serviço médico. Podemos optar por: cineangiocoronariografia imediata (nas 2 horas seguintes), estratégia invasiva (cineangiocoronariografia dentro de 48 a 72 horas) e estratégia conservadora.
2. Recomenda-se cineangiocoronariografia imediata em SCASS-ST para os seguintes grupos de pacientes instáveis que apresentam alto risco de evolução desfavorável: angina recorrente ou persistente, apesar de tratamento clínico intensivo; instabilidade hemodinâmica; disfunção ventricular severa e insuficiência cardíaca; arritmia ventricular sustentada; e complicações mecânicas (insuficiência mitral aguda e defeito do septo ventricular).
3. A estratégia invasiva (cineangiocoronariografia com a intenção de revascularização dentro de 48 a 72) pode limitar a extensão do infarto e melhorar o prognóstico em pacientes SCASS-ST de moderado e alto risco. Sugere-se optar pela estratégia invasiva quando existirem as seguintes características, sempre considerando o risco



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

hemorrágico e o status funcional dos pacientes: escore de TIMI ≥ 3 ; escore de GRACE ≥ 108 ; elevação de troponinas; infradesnivelamento do ST novo ou presumivelmente novo; fração de ejeção $< 40\%$; angioplastia coronária nos últimos 6 meses ou cirurgia de revascularização do miocárdio prévia; e angina pós-infarto.

4. A estratégia conservadora consiste na realização de teste de isquemia não invasivo após o evento. Teste ergométrico, cintilografia do miocárdio com estresse farmacológico (adenosina, dipiridamol e dobutamina) ou exercício, e ecocardiograma com dobutamina. Qualquer um dos métodos disponíveis tem sensibilidade para detecção de isquemia e avaliação do risco do paciente. Opta-se pelo mais adequado, de acordo com a disponibilidade do serviço médico, condições físicas do paciente (capacidade de se exercitar), tolerância a fármacos (asmáticos não devem utilizar adenosina ou dipiridamol) e eletrocardiograma de base (pacientes com bloqueios de ramo, marca-passo ou sobrecarga ventricular acentuada devem submeter-se a exames de imagem). Nos pacientes de baixo risco (escore de GRACE ≤ 108 ou TIMI ≤ 2) e que não apresentem nenhuma das características descritas previamente que indicam benefício com a utilização de estratégia invasiva, a opção inicialmente conservadora parece ser a mais adequada.

DO PLEITO

1. **Transferência para hospital com suporte especializado em cardiologia.**

III – DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

1. De acordo com os documentos anexados, a paciente [REDACTED], está internada desde 18/01/2020 no PA da Praia do Suá, com quadro de Infarto Agudo do Miocárdio sem supra de ST, estando cadastrada na Central de Vagas desde o dia 19/01/2020, aguardando leito de cardiologia com urgência.
2. Pelos exames apresentados, observa-se que as enzimas cardíacas da paciente, as quais



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo

REFERENCIAS

SILVA, Fernando Morita Fernandes et al . Tratamento atual da síndrome coronária aguda sem supradesnivelamento do segmento ST. **Einstein (São Paulo)**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 454-461, Sept. 2015. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082015000300454&lng=en&nrm=iso>. access on 24 Jan. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S1679-45082015RW3172>

SOUZA, Paulo Vinícius Ramos et al. ANGINA INSTÁVEL E INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO SEM SUPRADESNEVELAMENTO DE ST: TRATAMENTO E PROGNÓSTICO. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, [s.l.], v. 28, n. 4, p.403-408, 15 dez. 2018. Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de Sao Paulo. <http://dx.doi.org/10.29381/0103-8559/20182804403-8>