

47. SÍNDROME CORONARIANA AGUDA

a. CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS DE AVALIAÇÃO

A isquemia do miocárdio resulta do desequilíbrio entre a oferta e a demanda de oxigênio.

O grau e duração da isquemia determinam se a isquemia vai evoluir para necrose ou não.

O paciente apresentando dor torácica aguda de possível origem cardíaca deve ser considerado com portador de infarto agudo do miocárdio até prova em contrário.

Um número substancial das mortes relacionadas a doença coronariana ocorre nas primeiras duas horas após o início dos sintomas, geralmente antes da admissão do paciente no hospital.

Os óbitos no pré-hospitalar decorrem geralmente de taquicardia ventricular e fibrilação ventricular.

O início rápido do tratamento no ambiente pré-hospitalar reduz o número de óbitos e a morbidade decorrente deste quadro.

São síndromes coronarianas agudas: a angina instável e o infarto agudo do miocárdio.

Apesar de todos os programas de educação da comunidade, os pacientes esperam em média mais de três horas antes de procurarem auxílio médico. As consequências deste fato são que apenas 25% dos pacientes com infarto agudo do miocárdio que dão entrada nos hospitais são candidatos a trombólise.

Objetivos do tratamento pré-hospitalar da síndrome coronariana aguda

Alívio da dor
Limitação da área de miocárdio com infarto
Tratamento de arritmias letais
Controle de condições clínicas de risco de vida como choque ou congestão pulmonar

b. QUADRO CLÍNICO

Dor torácica em peso, queimação ou constrição, geralmente com localização retroesternal, pode ser irradiada para extremidades superiores, ombro ou mandíbula. A dor do infarto é semelhante a da angina, porém tem maior duração e maior intensidade, o socorrista deve suspeitar de infarto agudo do miocárdio sempre que a duração dos sintomas ultrapassar vinte minutos.

O quadro pode ser acompanhado por sudorese, náusea, vômitos, dispnéia e palpitações.

Avaliar a presença de fatores de risco para doença coronariana e outros fatores de risco para isquemia miocárdica.

Idosos e diabéticos podem apresentar infarto agudo do miocárdio sem dor, as manifestações clínicas podem ser descompensação de insuficiência cardíaca e síncope.

Algumas vezes náuseas e vômitos podem ser os únicos sintomas de infarto agudo do miocárdio de parede inferior.

O exame físico pode ser totalmente normal e as alterações quando presentes são inespecíficas.

Pode haver sinais de hipoperfusão com hipotensão arterial, diaforese e extremidades frias, que indicam o choque cardiogênico.

É comum a ocorrência de uma quarta bulha e menos frequentemente de uma terceira bulha que indica insuficiência cardíaca. A turgência jugular indica sobrecarga de volume ou disfunção do ventrículo direito.

Os sinais vitais podem estar dentro dos limites da normalidade ou apresentar alterações. O paciente pode apresentar-se taquicárdico ou bradicárdico, a tensão arterial pode estar elevada ou baixa. Em alguns casos pode estar presente um sopro sistólico de disfunção mitral ou estertoração pulmonar compatível com disfunção ventricular esquerda.

O prognóstico do infarto está diretamente relacionado à escala de Killip Kimball, baseado em ausculta pulmonar, cardíaca e nos sinais de choque.

Alterações do ECG ocorrem inicialmente em 50% dos pacientes com IAM.

O ECG inicial normal não afasta isquemia.

Classificação de Killip Kimball, baseada em ausculta pulmonar, cardíaca e em sinais de choque. Usada para estabelecer o prognóstico dos pacientes com infarto agudo do miocárdio

CLASSIFICAÇÃO	CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS
Killip I	Ausculta cardíaca normal. Ausculta pulmonar normal. FC < 100 bpm. PAS > 90 mmHg. FR < 20 irpm.
Killip II	Presença de B3 ou estertoração nas bases pulmonares. FC < 100 bpm. PAS > 90 mmHg. FR < 20 irpm.
Killip III (Congestão pulmonar)	Presença de B3. Estertoração > 50% nos hemitóraces. FC > 100 bpm. PAS > 90 mmHg. FR > 20 irpm.
Killip IV (Choque cardiogênico)	Presença de B3. Estertoração > 50% nos hemitóraces. FC > 100 bpm. PAS < 90 mmHg. FR > 20 irpm. Perfusão capilar lentificada. Oligúria.

Fatores de risco para doença isquêmica do coração

Idade
Sexo masculino
Hipertensão arterial
Tabagismo
Diabetes Mellitus
Dislipidemia
História Familiar positiva

c. CONDUTA

Administrar oxigênio sob máscara com fluxo de 10 litros por minuto.

Monitorar o paciente com cardioscópio, oxímetro de pulso e monitor de PNI.

Administrar AAS 200 mg VO, exceto se: hipersensibilidade, distúrbios de coagulação, doença hepática grave ou doença péptica ativa.

Administrar dinitrato de isossorbitol 5 mg SL, que pode ser repetido por até três vezes a cada 5 minutos dependendo da resposta apresentada pelo paciente. Não deve ser empregado se a PA sistólica for menor que 90 mmHg ou se a frequência cardíaca for menor que 60/minuto.

Obter acesso IV periférico utilizando cateter curto e calibroso.

Colher sangue venoso para dosagem de: hemograma, glicemia, creatinina, uréia, troponina, TAP e PTT.

Iniciar nitroglicerina venosa na dose inicial de 5 µg/min devendo-se aumentar esta dose em 5 µg a cada cinco minutos até atingir 50-100 µg/min ou a pressão arterial sistólica de 100 mmHg.

Utilizar morfina de 2 a 4 mg por via IV até 10 mg quando os nitratos não forem eficazes no controle da dor ou o paciente apresentar edema agudo de pulmão e pressão arterial sistólica acima de 100 mmHg.

Corrigir hipotensão arterial seguindo o protocolo.

Controlar taquiarritmias e bradiarritmias com potencial de reduzir o débito cardíaco ou aumentar o consumo de oxigênio pelo miocárdio.

Realizar eletrocardiograma de 12 derivações.

Efetuar o “screening” para terapêutica trombolítica. A decisão deve ser baseada na avaliação da dor torácica e do eletrocardiograma. **Não há necessidade de aguardar o resultado de marcadores de necrose miocárdica para iniciar o tratamento com trombolítico.**

Avaliar a presença de supradesnível do segmento ST de pelo menos um milímetro em pelo menos duas derivações de superfície contínuas e sintomas que surgiram a menos de 12 horas.

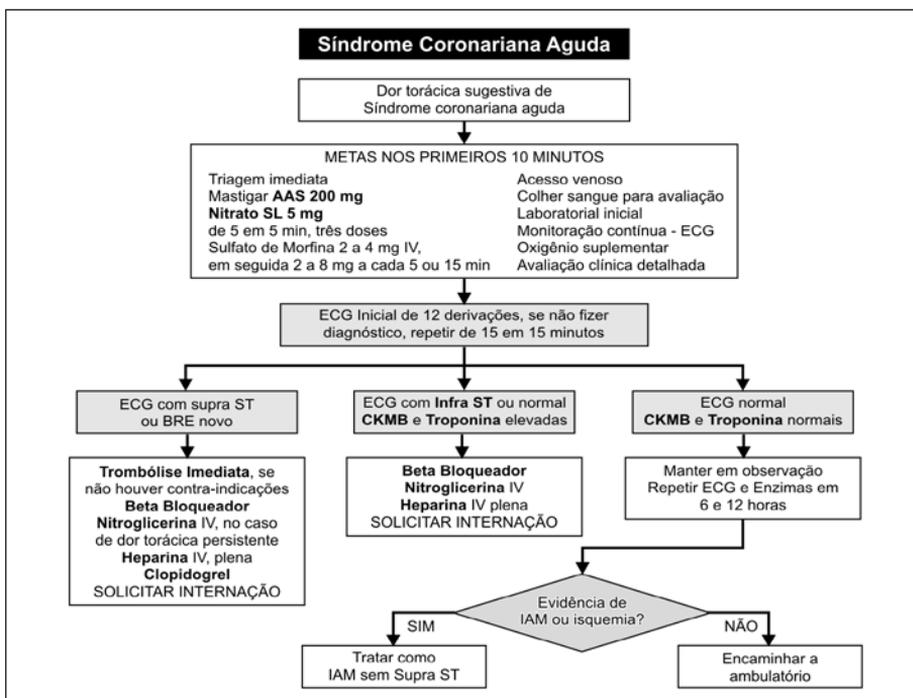
Utilizar caso indicado a estreptoquinase na dose de 750.000 unidades IV infundida em 20 minutos, seguida por mais 750.000 unidades infundidas em 40 minutos. Caso haja tenecteplase, a mesma deve ser utilizada em pacientes com menos de 80 kg. A reteplase (rtPA) pode ser aplicado em pacientes com peso acima de 80 kg.

Considerar o uso de metoprolol ou esmolol caso o paciente ainda apresente taquicardia sinusal após o controle da dor.

Manter o ritmo cardíaco, oximetria e PNI continuamente monitorizados.

Transferir o enfermo para unidade de cuidados intensivos em ambulância UTI.

d. ALGORITMO DE SÍNDROME CORONARIANA AGUDA



Algoritmo de atendimento aos pacientes com dor torácica.

e. ATENDIMENTO À DOR TORÁCICA

Passo 1 – Avaliar o quadro de dor torácica

Caracterizar a dor torácica

Determinar o tempo de duração da dor torácica

CARACTERÍSTICAS DA DOR TORÁCICA

LOCALIZAÇÃO: <input type="checkbox"/> PRECORDIAL <input type="checkbox"/> RETROESTERNAL <input type="checkbox"/> MANDIBULAR <input type="checkbox"/> EPIGÁSTRICA <input type="checkbox"/> PESCOÇO <input type="checkbox"/> OMBRO <input type="checkbox"/> OUTRAS	QUALIDADE: <input type="checkbox"/> OPRESSIVA <input type="checkbox"/> CONSTRICTIVA <input type="checkbox"/> PESO/APERTO <input type="checkbox"/> RASGANTE <input type="checkbox"/> PONTADA <input type="checkbox"/> QUEIMAÇÃO <input type="checkbox"/> OUTRAS	IRRADIAÇÃO: <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> DORSO <input type="checkbox"/> PESCOÇO <input type="checkbox"/> MANDÍBULA <input type="checkbox"/> OMBROS <input type="checkbox"/> AUSENTE	PROVOCADA POR: <input type="checkbox"/> ATIV. HABITUAL <input type="checkbox"/> EXERCÍCIO FÍSICO <input type="checkbox"/> ATIVIDADE SEXUAL <input type="checkbox"/> ESTRESSE <input type="checkbox"/> REPOUSO <input type="checkbox"/> ALIMENTAÇÃO <input type="checkbox"/> AUSENTE	MELHORA COM: <input type="checkbox"/> ESFORÇO <input type="checkbox"/> POSIÇÃO <input type="checkbox"/> RESPIRAÇÃO <input type="checkbox"/> NITRATO <input type="checkbox"/> PALPAÇÃO <input type="checkbox"/> ALIMENTAÇÃO <input type="checkbox"/> AUSENTE	PIORA COM: <input type="checkbox"/> ESFORÇO <input type="checkbox"/> POSIÇÃO <input type="checkbox"/> RESPIRAÇÃO <input type="checkbox"/> NITRATO <input type="checkbox"/> PALPAÇÃO <input type="checkbox"/> ALIMENTAÇÃO <input type="checkbox"/> AUSENTE
--	--	---	---	---	---

Início da dor: ___/___/___ Horário: ___h___min Delta t do início da dor: ___horas___min

Passo 2 – No caso de dor torácica com início de mais de 20 minutos e com alta probabilidade de Síndrome Coronariana Aguda, iniciar o atendimento com Oxigenioterapia, Nitrato, AAS e Morfina (MONA).

Passo 3 – Realizar o eletrocardiograma imediatamente!

Passo 4 – Avaliar a presença dos fatores de risco para doença coronariana, dos diagnósticos e dos procedimentos prévios através dos dados da História Patológica Progressa.

HISTÓRIA PATOLÓGICA PROGRESSA:

HIPERTENSÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	INFARTO PRÉVIO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	ANGIOPLASTIA: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
DISLIPIDEMIA: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	INSUF. CARDÍACA: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	CIR. CARDÍACA: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
DIABETES: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	INSUF. RENAL: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	HEMODÍALISE: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
HIST. FAMILIAR: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	AVE PRÉVIO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	DPOC: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
TABAGISMO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	VASC PERIFÉRICA: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

Passo 5 – Avaliar a condição clínica do paciente através do exame físico e classificar o paciente de acordo com a escala de Killip Kimball.

Passo 6 - Estabelecer o diagnóstico simplificado do eletrocardiograma, o mais rápido possível.

EXAME FÍSICO: Peso: ___ kg Altura: ___ m PA = ___/___ mmHg FC = ___ bpm FR = ___ irpm	CONFUSÃO MENTAL: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não DIÁFORESE: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não PERFUSÃO CAPILAR: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Lentificada AV. PULMONAR: Normal: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Estertores: <input type="checkbox"/> em bases <input type="checkbox"/> > 50% HT AV. CARDÍACA: B3 presente: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Turgência Jugular Patológica: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	ECG: <input type="checkbox"/> Supra ST <input type="checkbox"/> BRE <input type="checkbox"/> Infra ST/T <input type="checkbox"/> Normal	KILLIP: <input type="checkbox"/> Classe I <input type="checkbox"/> Classe II <input type="checkbox"/> Classe III <input type="checkbox"/> Classe IV
---	--	--	--

Horário: ___h___min

Passo 7 – Definir o diagnóstico da Síndrome Coronariana Aguda:

Síndrome Coronariana Aguda com Supradesnível ST (SCACSST)

Síndrome Coronariana Aguda sem Supradesnível ST (SCASSST)

Síndrome Coronariana Aguda com Supra ST (SCACSST)
Dor Torácica Isquêmica (> 20 minutos e < 12 horas) + ECG cl/ Supra ST

Síndrome Coronariana Aguda sem Supra ST (SCASSST)
Coletar Marcadores de Necrose Miocárdica (CK, CK-MB e Troponina) e ECG seriados

Passo 8 – Preencher os critérios de inclusão e de exclusão para o uso de Trombolítico nos casos de Síndrome Coronariana Aguda com Supradesnível ST.

Administrar o trombolítico nos casos indicados.

Colher marcadores de necrose miocárdica antes e três, seis e nove hora após a trombólise para avaliação da reperfusão.

CRITÉRIOS PARA USO DE TROMBOLÍTICO: (Após O₂, AAS, Nitrato e Morfina)

Iniciar trombolítico se todas as respostas SIM (inclusão) e NÃO (exclusão) forem confirmadas.

SIM	<input type="checkbox"/> DOR TORÁCICA ISQUÊMICA: dor precordial, retroesternal, mandibular, epigástrica, opressiva, em ardência ou queimação irradiada ou não, sem modificar-se com posição, compressão local ou respiração), com duração maior que 20 minutos <input type="checkbox"/> Tempo de início da dor persistente menor que 12 horas <input type="checkbox"/> ECG com Supra de ST \geq 2 mm em derivações precordiais (V1 a V6) ou \geq 1 mm em periféricas (I, aVL ou II, III, a VF)	
	NÃO Absolutas <input type="checkbox"/> AVE hemorrágico em qualquer tempo ou AVE isquêmico < 3 meses <input type="checkbox"/> Neoplasia intracraniana conhecida <input type="checkbox"/> Sangramento interno em atividade (exceto menstruação) <input type="checkbox"/> Suspeita de dissecação aórtica ou pericardite <input type="checkbox"/> Trauma recente ou grande cirurgia < 6 sem	Relativas <input type="checkbox"/> Massagem cardíaca prolongada (>10 min) <input type="checkbox"/> Uso de anticoagulantes orais ou doenças da coagulação <input type="checkbox"/> Gravidez suspeita ou confirmada <input type="checkbox"/> Úlcera péptica em atividade confirmada <input type="checkbox"/> Pressão arterial: PAS > 180 ou PAD > 110 mmHg (após tentativa de tratamento)

Passo 9 – Seguir o protocolo de atendimento a pacientes com Síndrome Coronariana Aguda sem Supra ST:

Colher marcadores de necrose miocárdica na chegada, em seis e em doze horas.

Realizar eletrocardiogramas seriados (chegada, em seis e em doze horas).

Passo 10 – Definir o diagnóstico da Síndrome Coronariana Aguda sem Supradesnível ST:

Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível ST (IAMSSST)

Angina Instável – considerar os critérios de PROGNÓSTICO de Baixo Risco e Não Baixo Risco.

Iniciar nitroglicerina venosa, antiplaquetários (AAS e clopidogrel), betabloqueador (atenolol ou propranolol) e antitrombóticos (Clexane ou heparina venosa) para os casos de IAMSSST e Angina instável (Não Baixo Risco).

<input type="checkbox"/> Síndrome Coronariana Aguda sem Supra ST (SCASSST) Colher Marcadores de Necrose Miocárdica (CK, CK-MB e Troponina) e ECG seriados	
Marcadores: Início 6 horas 12 horas CK CK-MB Troponina	<input type="checkbox"/> ECG s/ Supra ST e Marcadores elevados – IAMSSST Solicitar internação em Unidade Coronariana! <input type="checkbox"/> ECG s/ Supra ST e Marcadores normais – Angina Instável Considerar PROGNÓSTICO
PROGNÓSTICO: <input type="checkbox"/> BAIXO RISCO Dor somente aos esforços. Angina há mais de duas semanas. Angina progressiva. ECG normal. Encaminhar para Avaliação não Invasiva!	
<input type="checkbox"/> NÃO-BAIXO RISCO Dor prolongada (> 20 min) em repouso. Angina de início recente (< duas semanas). Idade > 65 anos. Alterações dinâmicas do ECG (ST ou T). Disfunção aguda de VE (B3, hipotensão, congestão pulmonar). Disfunção de músculo papilar. Solicitar internação em Unidade Coronariana.	

Passo 11 – Estabelecer contato com a Central de Regulação de Leitos para solicitar transferência dos pacientes com indicação de internação hospitalar. Registrar a evolução do caso:

EVOLUÇÃO: ALTA TRANSFERÊNCIA, QUAL HOSPITAL? _____ ÓBITO

f. PRESCRIÇÃO DE ROTINA PARA ATENDIMENTO OTIMIZADO AOS PACIENTES COM INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

1. Soro glicosado ou Ringer Lactato para manter acesso venoso.
2. Sinais vitais a cada 90 minutos até estabilizar o quadro, em seguida, a cada quatro horas. Notificar ao médico se FC < 60 ou > 100 bpm, se PAS < 100 ou PAS > 150 mmHg e se FR < 8 ou > 22 irpm.
3. Monitorização cardíaca contínua.
4. Dieta zero ou pequenas quantidades de água (50 ml) até paciente estabilizar o quadro de dor torácica. Após estabilização, iniciar dieta com 2 g de sódio por dia, hipolipídica (< 7% do total de calorias por dia) e baixo colesterol (< 200 mg por dia).
5. Monitorização contínua da oximetria. Cânula nasal de oxigênio a 2 litros por minuto quando estável, durante seis horas. Reavaliar a necessidade de oxigênio (se saturação < 90% em ar ambiente) e considerar a suspensão da oxigenioterapia.
6. Medicações:
 - a. Analgesia com Sulfato de Morfina, via venosa, de 2 a 4 mg, com incrementos de 2 a 8 mg, em intervalos de 5 a 15 minutos.
 - b. Nitroglicerina Venosa nos casos de insuficiência cardíaca, hipertensão ou isquemia persistente.
 - c. Ácido acetil salicílico (AAS) 200 mg de preferência mastigado, seguido de dose de manutenção de 100 mg por dia.
 - d. Beta bloqueador, atenolol 25 mg duas vezes ao dia ou metoprolol 50 a 100 mg duas vezes ao dia; se não houver contra-indicação, como **bradicardia** e **hipotensão**. Administrar na dose adequada através da FC e PA.
 - e. Inibidor da enzima conversora (IECA) – captopril 6,25 mg a 50 mg três vezes ao dia.

- i. Iniciar IECA nos pacientes com **congestão pulmonar** ou FEVE < 40 % se as seguintes condições não estiverem presentes: **hipotensão** (PAS < 100 mmHg ou 30 mmHg abaixo do nível basal do paciente) ou contra-indicação conhecida ao medicamento.
- f. Bloqueador do receptor da angiotensina (BRA)
 - i. Iniciar BRA nos pacientes com intolerância ao IECA, sinais radiológicos de **congestão pulmonar** e FEVE < 40 %.
- g. Heparinização plena – Administração de heparina em bomba infusora: diluir 5 ml de heparina (25.000 UI) em 245 ml de soro glicosado a 5% (solução de 100 UI por ml). Dose inicial de 4.000 UI em bolo com infusão de 800 UI por hora (8 ml/h) em pacientes até 67 kg; acima de 67 kg utilizar bolo de 5.000 UI com infusão de 1.000 UI por hora (10 ml/h). Manter PTTa com relação entre 1,5 e 2,5 (50 a 75 s) durante 48 a 72 horas. A heparina está indicada após o uso de rtPA (alteplase) e tenecteplase, ou nos casos de IAM sem supradesnível ST. Após o uso de estreptoquinase não é necessário o uso de heparina.
- h. Ansiolíticos durante as primeiras 24 a 48 horas do início do quadro, de preferência com benzodiazepínicos com meia vida curta.
- i. Laxantes

Não é recomendado o uso de bloqueadores de canais de cálcio nesta fase do IAM!

FC = frequência cardíaca; PAS = pressão arterial sistólica; FR = frequência respiratória; FEVE = fração de ejeção do ventrículo esquerdo.

Delírio pode ser provocado por medicações usadas na UCC incluindo anti-arrítmicos, bloqueadores H_2 , opiáceos e betabloqueadores. Haloperidol pode ser iniciado na dose de 2 mg em pacientes com discreta agitação e de 5 a 10 mg em pacientes mais agitados

g. INDICAÇÕES PARA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Todos os pacientes com diagnóstico de IAM, com ou sem supradesnível de ST, estão indicados para internação hospitalar para avaliação funcional através de ecocardiograma.

Os pacientes com maior risco de mortalidade e que apresentam prioridade para a internação hospitalar incluem a presença de:

Insuficiência cardíaca (taquicardia sinusal persistente por mais de dois dias e estertores crepitantes > 1/3 campos pulmonares);

Taquicardia ventricular recorrente e fibrilação ventricular;

Flutter ou fibrilação atrial;

Bloqueios atrioventriculares;

IAM de parede anterior; e,

Episódios recorrentes de angina com alterações do segmento ST em atividades com baixa carga.

Pacientes submetidos a uma estratégia de reperfusão miocárdica, precoce e bem sucedida, apresentam um bom prognóstico com relação a complicações tardias; principalmente, na ausência de taquiarritmias ventriculares, hipotensão ou insuficiência cardíaca, cursando com boa fração de ejeção. São bons candidatos a alta do ambiente hospitalar em 5 dias após o início dos sintomas.

h. INDICAÇÕES PARA ESTUDO HEMODINÂMICO

Cerca de 80% dos pacientes que apresentam Infarto Agudo do Miocárdio evoluem com estabilidade hemodinâmica, sem sinais de congestão pulmonar e sem angina pós-IAM. Em cerca de 20% dos casos, o estudo hemodinâmico é essencial para a realização de uma terapia de reperfusão mais invasiva (como a cirurgia cardíaca ou a angioplastia). Os pacientes que apresentam contra-indicação à realização de terapia trombolítica também devem ser incluídos neste grupo.

Pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio Com Supradesnível ST (IAMCSST):

Contra-indicações absolutas à realização de terapia com trombolítico

AVE hemorrágico em qualquer tempo

AVE isquêmico há menos de três meses

Neoplasia intracraniana conhecida

Sangramento interno em atividade (exceto menstruação)

Suspeita de dissecação aórtica ou pericardite

Trauma recente ou grande cirurgia < 6 semanas

Complicado com Congestão Pulmonar (Killip III)

Complicado com Instabilidade Hemodinâmica (Killip IV)

Dor persistente após terapia com trombolítico

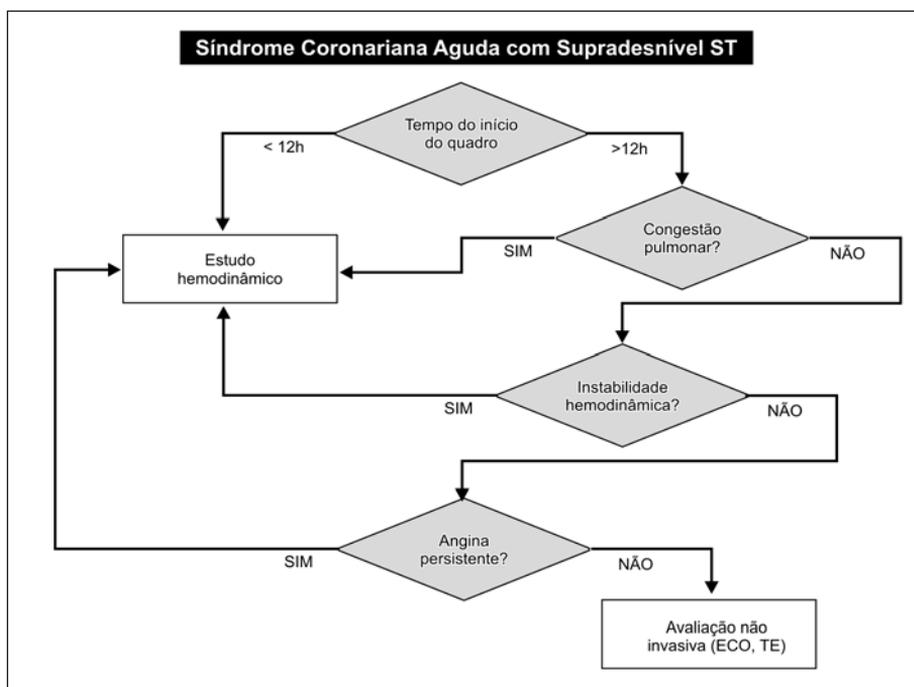
Dor persistente após 12 horas do início do quadro (na ausência de terapia com trombolítico)

Pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio Sem Supradesnível ST (IAMSSST):

Complicado com Congestão Pulmonar (Killip III) nas primeiras 18 horas

Complicado com Instabilidade Hemodinâmica (Killip IV) nas primeiras 18 horas

Dor persistente após 12 horas de terapia otimizada



Algoritmo de indicação de estudo hemodinâmico e de avaliação não invasiva de pacientes portadores de Síndrome Coronariana Aguda com supradesnível ST.

i. ANEXO – FICHA DE ATENDIMENTO À DOR TORÁCICA



Ficha de atendimento de Dor torácica

ADMISSÃO na UPA: ___/___/___ Hora: ___h___min UPA: _____	
Nome do Paciente: _____	Sexo: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem. Natural.: _____
Nascimento: ___/___/___ Profissão: _____	CNS: _____
Residência: _____	Bairro: _____
Município: _____ UF: _____ CEP: _____	Tel: (____) _____

CARACTERÍSTICAS DA DOR TORÁCICA

LOCALIZAÇÃO: <input type="checkbox"/> PRECORDIAL <input type="checkbox"/> RETROESTERNAL <input type="checkbox"/> MANDIBULAR <input type="checkbox"/> EPIGÁSTRICA <input type="checkbox"/> PESCOÇO <input type="checkbox"/> OMBRO <input type="checkbox"/> OUTRAS	QUALIDADE: <input type="checkbox"/> OPRESSIVA <input type="checkbox"/> CONSTRITIVA <input type="checkbox"/> PESO/APERTO <input type="checkbox"/> RAÇGANTE <input type="checkbox"/> PONTADA <input type="checkbox"/> QUEIMAÇÃO <input type="checkbox"/> OUTRAS	IRRADIAÇÃO: <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> DORSO <input type="checkbox"/> PESCOÇO <input type="checkbox"/> MANDÍBULA <input type="checkbox"/> OMBROS <input type="checkbox"/> AUSENTE	PROVOCADA POR: <input type="checkbox"/> ATIV. HABITUAL <input type="checkbox"/> EXERCÍCIO FÍSICO <input type="checkbox"/> ATIVIDADE SEXUAL <input type="checkbox"/> ESTRESSE <input type="checkbox"/> REPOUSO <input type="checkbox"/> ALIMENTAÇÃO <input type="checkbox"/> AUSENTE	MELHORA COM: <input type="checkbox"/> ESFORÇO <input type="checkbox"/> POSIÇÃO <input type="checkbox"/> RESPIRAÇÃO <input type="checkbox"/> NITRATO <input type="checkbox"/> PALPAÇÃO <input type="checkbox"/> ALIMENTAÇÃO <input type="checkbox"/> AUSENTE	PIORA COM: <input type="checkbox"/> ESFORÇO <input type="checkbox"/> POSIÇÃO <input type="checkbox"/> RESPIRAÇÃO <input type="checkbox"/> NITRATO <input type="checkbox"/> PALPAÇÃO <input type="checkbox"/> ALIMENTAÇÃO <input type="checkbox"/> AUSENTE
--	---	---	---	---	---

Início da dor: ___/___/___ Horário: ___h___min Delta t do Início da dor: ___horas___min

HISTÓRIA PATOLÓGICA PREGRESSA:

HIPERTENSÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	INFARTO PRÉVIO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	ANGIOPLASTIA: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
DISLIPIDEMIA: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	INSUF. CARDÍACA: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	CIR. CARDÍACA: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
DIABETES: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	INSUF. RENAL: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	HEMODIÁLISE: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
HIST. FAMILIAR: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	AVE PRÉVIO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	DPOC: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
TABAGISMO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	VASC PERIFÉRICA: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

EXAME FÍSICO: Peso: ___ kg Altura: ___ m PA = ___/___ mmHg FC = ___ bpm FR = ___ irpm	CONFUSÃO MENTAL: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não DIAFORESE: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não PERFUSÃO CAPILAR: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Lentificada AV. PULMONAR: Normal: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Estertores: <input type="checkbox"/> em bases <input type="checkbox"/> > 50% HT AV. CARDÍACA: B3 presente: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Turgência Jugular Patológica: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	ECG: <input type="checkbox"/> Supra ST <input type="checkbox"/> BRE <input type="checkbox"/> Infra ST/T <input type="checkbox"/> Normal Horário: ___h___min
---	--	---

KILLIP:
<input type="checkbox"/> Classe I
<input type="checkbox"/> Classe II
<input type="checkbox"/> Classe III
<input type="checkbox"/> Classe IV

DIAGNÓSTICO:

Síndrome Coronariana Aguda com Supra ST (SCACSST)
 Dor Torácica Isquêmica (> 20 minutos e < 12 horas) + ECG c/ Supra ST

CRITÉRIOS PARA USO DE TROMBOLÍTICO: (Após O₂, AAS, Nitrato e Morfina)

Iniciar trombolítico se todas as respostas SIM (inclusão) e NÃO (exclusão) forem confirmadas.

SIM	<input type="checkbox"/> DOR TORÁCICA ISQUÊMICA: dor precordial, retroesternal, mandibular, epigástrica, opressiva, em ardência ou queimação irradiada ou não, sem modificar-se com posição, compressão local ou respiração, com duração maior que 20 minutos <input type="checkbox"/> Tempo de início da dor persistente menor que 12 horas <input type="checkbox"/> ECG com Supra de ST ≥ 2 mm em derivações precordiais (V1 a V6) ou ≥ 1 mm em periféricas (I, aVL ou II, III, a VF)		
NÃO	<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"> Absolutas <input type="checkbox"/> AVE hemorrágico em qualquer tempo ou AVE isquêmico < 3 meses <input type="checkbox"/> Neoplasia intracraniana conhecida <input type="checkbox"/> Sangramento interno em atividade (exceto menstruação) <input type="checkbox"/> Suspeita de dissecação aórtica ou pericardite <input type="checkbox"/> Trauma recente ou grande cirurgia < 6 sem </td> <td style="width: 50%;"> Relativas <input type="checkbox"/> Massagem cardíaca prolongada (>10 min) <input type="checkbox"/> Uso de anticoagulantes orais ou doenças da coagulação <input type="checkbox"/> Gravidez suspeita ou confirmada <input type="checkbox"/> Úlcera péptica em atividade confirmada <input type="checkbox"/> Pressão arterial: PAS > 180 ou PAD > 110 mmHg (após tentativa de tratamento) </td> </tr> </table>	Absolutas <input type="checkbox"/> AVE hemorrágico em qualquer tempo ou AVE isquêmico < 3 meses <input type="checkbox"/> Neoplasia intracraniana conhecida <input type="checkbox"/> Sangramento interno em atividade (exceto menstruação) <input type="checkbox"/> Suspeita de dissecação aórtica ou pericardite <input type="checkbox"/> Trauma recente ou grande cirurgia < 6 sem	Relativas <input type="checkbox"/> Massagem cardíaca prolongada (>10 min) <input type="checkbox"/> Uso de anticoagulantes orais ou doenças da coagulação <input type="checkbox"/> Gravidez suspeita ou confirmada <input type="checkbox"/> Úlcera péptica em atividade confirmada <input type="checkbox"/> Pressão arterial: PAS > 180 ou PAD > 110 mmHg (após tentativa de tratamento)
Absolutas <input type="checkbox"/> AVE hemorrágico em qualquer tempo ou AVE isquêmico < 3 meses <input type="checkbox"/> Neoplasia intracraniana conhecida <input type="checkbox"/> Sangramento interno em atividade (exceto menstruação) <input type="checkbox"/> Suspeita de dissecação aórtica ou pericardite <input type="checkbox"/> Trauma recente ou grande cirurgia < 6 sem	Relativas <input type="checkbox"/> Massagem cardíaca prolongada (>10 min) <input type="checkbox"/> Uso de anticoagulantes orais ou doenças da coagulação <input type="checkbox"/> Gravidez suspeita ou confirmada <input type="checkbox"/> Úlcera péptica em atividade confirmada <input type="checkbox"/> Pressão arterial: PAS > 180 ou PAD > 110 mmHg (após tentativa de tratamento)		

Trombólise: Sim Não INÍCIO: ___h___min TÉRMINO: ___h___min Tipo: STK rTPa TNK
 DOR: Cessou Melhorou Persistiu SUPRA ST: Redução de ≥ 50% Inalterado
 INTERCORRÊNCIAS: Arritmia Hipotensão Outros: _____

□ Síndrome Coronariana Aguda sem Supra ST (SCASST)

Colher Marcadores de Necrose Miocárdica (CK, CK-MB e Troponina) e ECG seriados

Marcadores: Início 6 horas 12 horas CK CK-MB Troponina	<input type="checkbox"/> ECG s/ Supra ST e Marcadores elevados – IAMSSST Solicitar internação em Unidade Coronariana! <input type="checkbox"/> ECG s/ Supra ST e Marcadores normais – Angina Instável Considerar PROGNÓSTICO
---	---

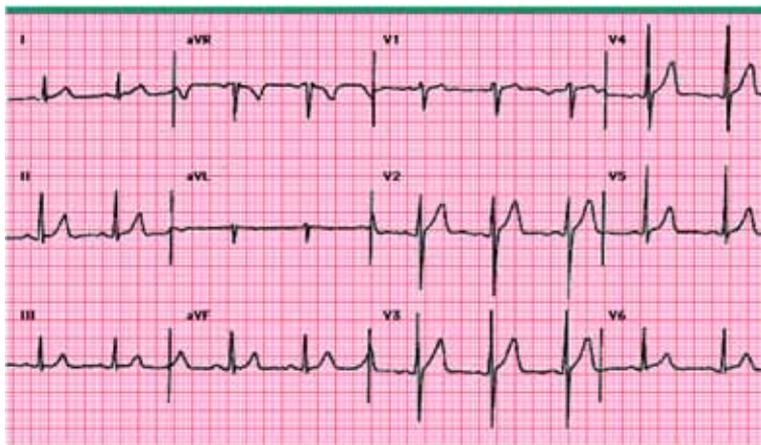
PROGNÓSTICO:

<input type="checkbox"/> BAIXO RISCO Dor somente aos esforços. Angina há mais de duas semanas. Angina progressiva. ECG normal. Encaminhar para Avaliação não Invasiva!	<input type="checkbox"/> NÃO-BAIXO RISCO Dor prolongada (> 20 min) em repouso. Angina de início recente (< duas semanas). Idade > 65 anos. Alterações dinâmicas do ECG (ST ou T). Disfunção aguda de VE (B3, hipotensão, congestão pulmonar). Disfunção de músculo papilar. Solicitar internação em Unidade Coronariana.
---	---

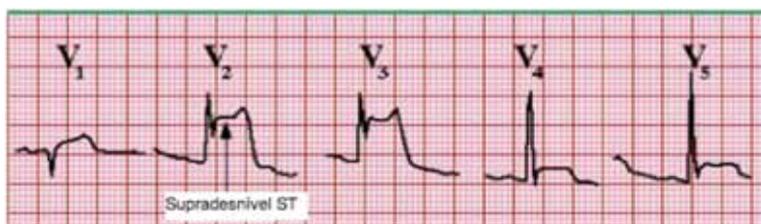
EVOLUÇÃO: ALTA TRANSFERÊNCIA. QUAL HOSPITAL? _____ ÓBITO

Ficha de atendimento a pacientes com quadro de dor torácica.

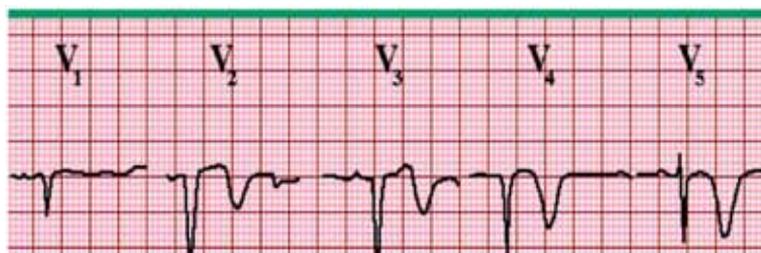
j. TRAÇADOS DE ELETROCARDIOGRAMA COM INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO



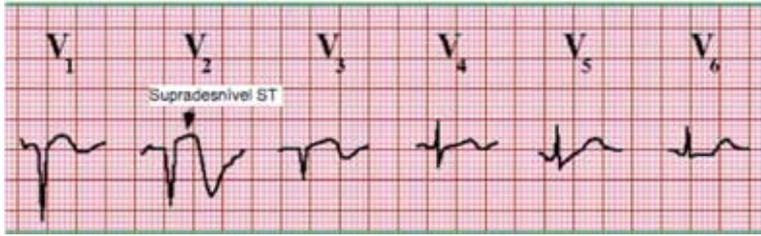
Traçado de eletrocardiograma normal.



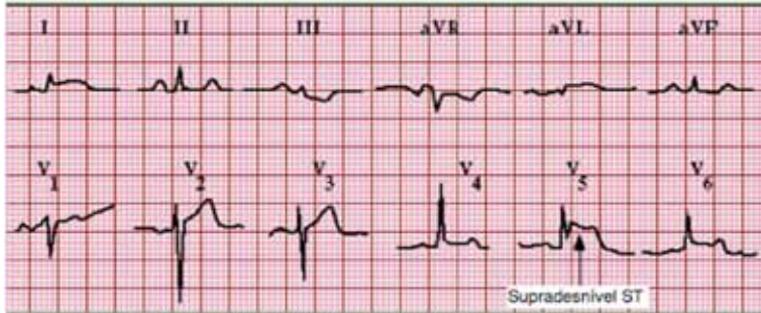
Traçado de eletrocardiograma com infarto de parede anterior na fase aguda. Pode ser observado o supradesnível do segmento ST de V2 a V5.



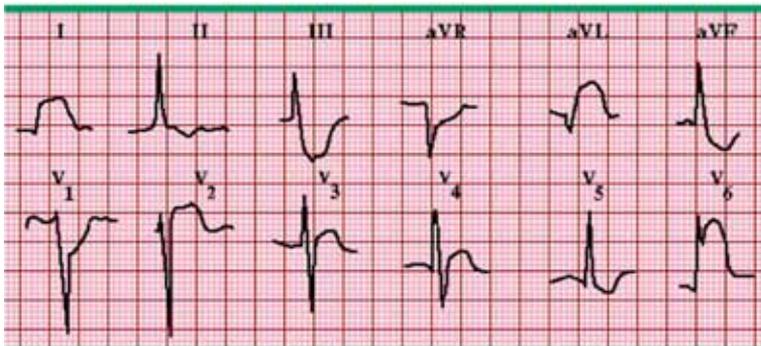
Traçado de eletrocardiograma com infarto de parede anterior na fase subaguda. Pode ser observada a presença de onda Q de V2 a V5. Nesta fase já não há benefício com a utilização de trombolítico, exceto se houver sintoma de isquemia persistente.



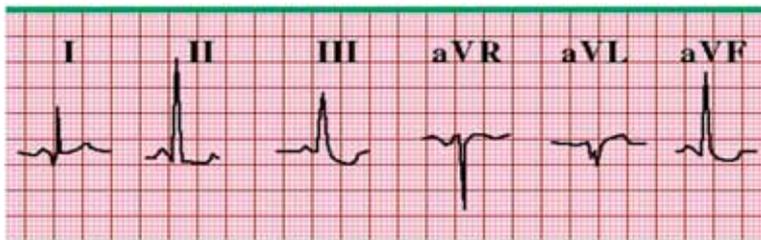
Traçado de eletrocardiograma com infarto de parede antero septal na fase aguda. Pode ser observado o supradesnível do segmento ST de V2 e V3.



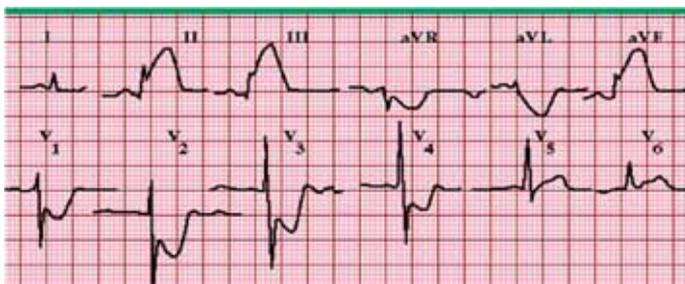
Traçado de eletrocardiograma com infarto de parede Antero lateral na fase aguda. Pode ser observado o supradesnível do segmento ST de D1, aVL, V5 e V6.



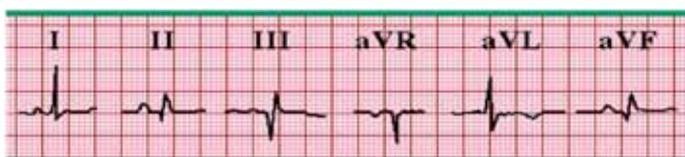
Traçado de eletrocardiograma com infarto de parede lateral na fase aguda. Pode ser observado o supradesnível do segmento ST de D1, aVL e V6.



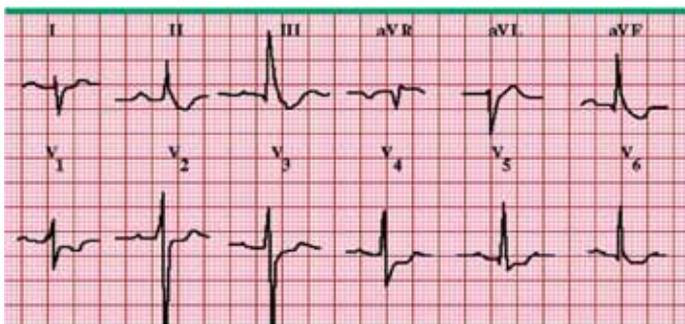
Traçado de eletrocardiograma com infarto de parede lateral na fase crônica. Pode ser observada a onda Q em D1 e aVL.



Traçado de eletrocardiograma com infarto de parede inferior na fase aguda. Pode ser observado o supradesnível do segmento ST de D2, D3 e aVF associado ao infradesnível ST de V1 a V4 e aVL (imagem em espelho).



Traçado de eletrocardiograma com infarto de parede inferior na fase crônica. Pode ser observada a onda Q patológica em D2, D3 e aVF.



Traçado de eletrocardiograma com infarto de parede posterior na fase crônica. Pode ser observada a relação R/S > 1,0 em V1.

48. ARRITMIAS CARDÍACAS

a. CONSIDERAÇÕES GERAIS

Podem representar ou não situações de emergência.

É sempre necessário avaliar o paciente e não só as alterações observadas no ECG.

As arritmias podem reduzir o débito cardíaco quando a frequência cardíaca está elevada ou baixa, produzir instabilidade elétrica do coração e mesmo causarem parada cardíaca.

As taquiarritmias podem causar aumento do trabalho cardíaco aumentando o consumo de oxigênio e causando a isquemia miocárdica.