



Síndrome coronária aguda

Resumo de diretriz NHG M80 (dezembro 2012)

Frans Rutten, Carel Bakx, Madeleine Bruins Slot, Bernadette van Casteren, Con Derks, Ravee Rambharose, Jako Burgers, Tjerk Wiersma, Paul Mensink, Margriet Bouma

traduzido do original em holandês por Luiz F.G. Comazetto • 2014

autorização para uso e divulgação sem fins lucrativos à Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade



Conteúdo

- Definições
- Diagnóstico
 - Anamnese
 - Exame físico
 - Avaliação
- Conduta
 - Medicação
 - Comunicação com paramédicos da ambulância e encaminhamento
 - Fase de recuperação
 - Controles

O programa de diretrizes da Associação Holandesa de Clínica Geral (NHG) foi desenvolvido para médicos de clínica geral no contexto do sistema de saúde holandês. A Associação não garante a eficácia das diretrizes para utilização em outros países. A informação é apenas para uso educacional e/ou profissional e é fornecida de boa fé, sem qualquer garantia expressa ou implícita. A Associação não se responsabiliza por qualquer perda ou dano resultante do uso das informações contidas nas diretrizes. Todo o acesso e utilização é de responsabilidade do usuário final.

Definições

Síndrome coronária aguda (SCA) inclui o infarto agudo do miocárdio (IAM) e angina pectoris instável (API) com queixas em repouso.

Diagnóstico

Suspeita de SCA: telefonar imediatamente o serviço de ambulância com nível máximo de urgência¹ e visita urgente à casa do paciente², salvo em casos onde o acordo regional diferir do padrão. Permanecer com o paciente até a chegada da ambulância.

Este texto é uma tradução literal das diretrizes clínicas holandesas de medicina de família e comunidade para o português do Brasil.

Anamnese

Perguntar em caso de *suspeita de síndrome coronária aguda*:

- duração das queixas em repouso (dor durante mais de 15 minutos condiz com SCA);
- dor retroesternal e/ou dor em braço(s), ombro, pescoço, mandíbula, eventualmente nas costas ou região epigástrica (condizente com SCA).
- sintomas vegetativos ou de choque cardiogênico como suor (frio), náusea, vômito, palidez ou cianose (SCA provável)
- dispnéia (condizente a SCA).
- doença cardiovascular isquêmica no histórico médico (aumenta a probabilidade de SCA).
- tipo de dor:
 - dor constrictiva ou aperto no peito, ocasionalmente acompanhada de ‘medo ou ansiedade’; (condizente a SCA)
 - ‘pontada’ no peito, dor localizada em região delimitada, dor local à palpação ou pressão, dor relacionada à respiração e dor que altera dependentemente da postura (diminuem a probabilidade de SCA).

Para uma avaliação da situação clínica, perguntar:

- tontura, sensação de colapso, perda de consciência (sinais de problemas circulatórios)
- falta de ar, ortopnéia (sinais de descompensação aguda³);

Verificar também:

- uso de medicação, como ácido acetilsalicílico, acenocumarol, femprocumom, antiarrítmico, beta-bloqueador;
- comorbidade: DPOC (devido a um nível alvo mais baixo de saturação do oxigênio no sangue);
- alergia a ácido acetilsalicílico ou outro medicamento cardiovascular;
- intoxicações (uso de cocaína, álcool ou GHB⁴)

Se houver *dúvidas sobre o diagnóstico*, e se a situação clínica permitir, investigar a presença de fatores de risco para SCA (doenças cardiovasculares em parentes de primeiro grau abaixo de 65 anos de idade, tabagismo).

Exame físico

Avaliar a estabilidade do quadro clínico do paciente. Realizar, dependendo do grau de urgência, as seguintes partes do exame físico:

Este texto é uma tradução literal das diretrizes clínicas holandesas de medicina de família e comunidade para o português do Brasil.

- observação: agitação, ansiedade, sudorese, falta de ar aguda, tosse aguda, estertores pulmonares, pele fria e úmida, palidez (SCA, insuficiência cardíaca, choque cardiogênico);
- pulso (frequência, ritmo) (bradicardia indica infarto da parede interior do miocárdio);
- pressão arterial (tensão sistólica abaixo de 90-100 mmHg indica choque cardiogênico e/ou infarto da parede inferior);
- ausculta de batimentos cardíacos, tons, sopro cardíaco, atrito pericárdico;
- ausculta dos pulmões: estertores pulmonares, crepitações, diminuição do ruído respiratório nos campos pulmonares basais (insuficiência cardíaca aguda);
- palpação da parede torácica onde o paciente aponta a dor (dor reprodutível em pressão local é argumento contra SCA).

Avaliação

- Em caso de dor retroesternal (intensa) com ou sem irradiação, e certamente se essa estiver acompanhada de sinais vegetativos, SCA é provável.
- Em pacientes de idade avançada e pacientes diabéticos o padrão de sintomas pode ser menos claro, por exemplo com dispnéia aguda repentina.

Conduta

Medicação

- Administrar em caso de dor (e ausência de contra-indicação a nitratos) spray de nitroglicerina sublingual, exceto se a pressão arterial sistólica estiver abaixo de 90 mmHg. Se a dor persistir, administrar repetidamente a cada 5 minutos até um máximo de 3 doses.
- Em caso de insuficiência respiratória, administrar oxigênio (10 a 15 litros por minuto) através de um máscara de oxigênio com reservatório. A saturação de oxigênio alvo deve ser acima de 94%; em pacientes com DPOC acima de 90%, devido ao risco de hipercapnia. Após 5 minutos ou se a saturação alvo for atingida: cânula nasal (com fluxo de oxigênio entre 1 e 6 litros/minuto dependendo da saturação).
- Se possível estabelecer acesso venoso.
- Em caso de dor moderada ou grave e uma amenização insuficiente após administração de nitratos (ou se esses forem contra-indicados) administrar morfina de 5 a 10 mg (>

Este texto é uma tradução literal das diretrizes clínicas holandesas de medicina de família e comunidade para o português do Brasil.

65 anos de 2,5 a 5 mg) ou fentanil 50 a 100 microgramas, lentamente por via intravenosa.

- Em pacientes que ainda não tomam ácido acetilsalicílico rotineiramente (mesmo quando se usa cumarina), administrar ácido acetilsalicílico em dose bolus mínima de 160 mg (máximo de 320 mg) por via oral (por exemplo 2 comprimidos de 80 mg).
- Em caso de bradicardia (frequência cardíaca < 50 batimentos por minuto) com impacto na hemodinâmica, administrar atropina 0,5 mg por via intravenosa.

Em caso de insuficiência cardíaca consulte a conduta na Diretriz NHG *Insuficiência Cardíaca*. Em caso de parada circulatória, iniciar reanimação, enquanto se aguarda a chegada da ambulância.

Comunicação com paramédicos da ambulância e encaminhamento

- Fique com o paciente até a chegada da ambulância e garanta uma boa transferência de informações oralmente e se possível por escrito aos paramédicos.
- Os paramédicos assumem a liderança à partir de sua chegada. Esses são responsáveis pela escolha entre centro especializado para uma eventual intervenção coronária percutânea (IPC) ou outro hospital, tomando como base o eletrocardiograma (ECG).
- Pacientes com suspeita de SCA existente a menos de 12 horas em combinação com alterações no ECG condizentes com infarto agudo do miocárdio com elevação ST (STEMI): encaminhamento de urgência a centro de intervenção para IPC.
- Todos os outros pacientes com suspeita de SCA: encaminhamento com emergência para pronto atendimento emergencial hospitalar para diagnóstico.

Fase de recuperação

- Discutir a experiência após a admissão hospitalar, restrições, incertezas, preocupações potenciais (por exemplo, medo de infarto recorrente, morte ou invalidez), sintomas depressivos, problemas psicossociais ou falta de apoio social.
- Incentivar a participação em programa de reabilitação cardíaca.
- Verifique a ingestão dos medicamentos. Discutir perguntas sobre a medicação, as oportunidades de exercício físico, retorno ao trabalho e atividade sexual.

Controles

A ênfase deve estar na administração do risco cardiovascular (ver diretriz NHG *Administração dos riscos cardiovasculares*).

- Inventariar eventuais sintomas, estilo de vida e uso de medicamentos.

Este texto é uma tradução literal das diretrizes clínicas holandesas de medicina de família e comunidade para o português do Brasil.

- Inibidores da proteína P2Y12, tais como o clopidogrel, prasugrel ou ticagrelor podem ser interrompidos normalmente 12 meses após o episódio de SCA. O médico de família, farmacologista⁵ e cardiologista devem fazer acordo sobre o assunto. Se houverem razões para interromper temporariamente o uso de ácido acetilsalicílico ou um inibidor da proteína P2Y12 dentro de 12 meses após SCA (apenas em caso de cirurgias ou procedimentos odontológicos que não podem ser adiados), o cardiologista deve ser consultado anteriormente.
- Considere a proteção gástrica (ver diretriz NHG *Dores de estômago*).
- Examine o pulso, pressão arterial e medidas de peso corpóreo e faça exames de sangue conforme as normas vigentes (por exemplo, diretrizes NHG *Administração dos riscos cardiovasculares, Diabetes Mellitus tipo 2*).
- Fornecer informações sobre como agir no caso de recorrência de dor no peito: quando (com urgência) contatar o seu médico de família e comunidade ou a ambulância. Repita as instruções regularmente.

Notas do tradutor

1. No sistema médico holandês são usados códigos para determinar o grau de urgência em que a ambulância deve dirigir-se ao paciente. Nesse caso o maior grau de urgência é utilizado (U1), onde a ambulância faz o uso de sirene e normalmente chega ao paciente em até 15 minutos.

Este texto é uma tradução literal das diretrizes clínicas holandesas de medicina de família e comunidade para o português do Brasil.

2. A população holandesa, comumente entra em contato com o médico de família e comunidade em caso de emergência. Após uma curta anamnese pelo telefone o médico da família define o grau de urgência, necessidade de visita imediata e/ou ambulância. Os pacientes residem nas proximidades do consultório e em muitas situações o médico de família chega ao domicílio do paciente antes da ambulância. O médico de família normalmente é equipado com oxímetro de pulso, máscara para respiração 'boca-boca' e diversas medicações. Alguns médicos possuem também equipamento para administração de oxigênio.
3. Insuficiência cardíaca.
4. GHB: ácido gama hidroxibutírico.
5. O farmacologista na Holanda possui um papel importante na monitoração do uso de medicamentos. A 'venda' de todo medicamento prescrito é registrada no nome do paciente. Dessa forma é possível implementar alarmes automáticos que sinalizem o uso de determinado medicamento durante um período mais longo que o indicado (como no caso de um inibidor da proteína P2Y₁₂).