

CARTÃO DE PROTOCOLO — SALA VERMELHA

IAM DE VENTRÍCULO DIREITO

reconhecer, sustentar a hemodinâmica, reperfundir

A CASCATA DO BAIXO DÉBITO

ISQUEMIA DO VD → Perda aguda da força contrátil.

↓

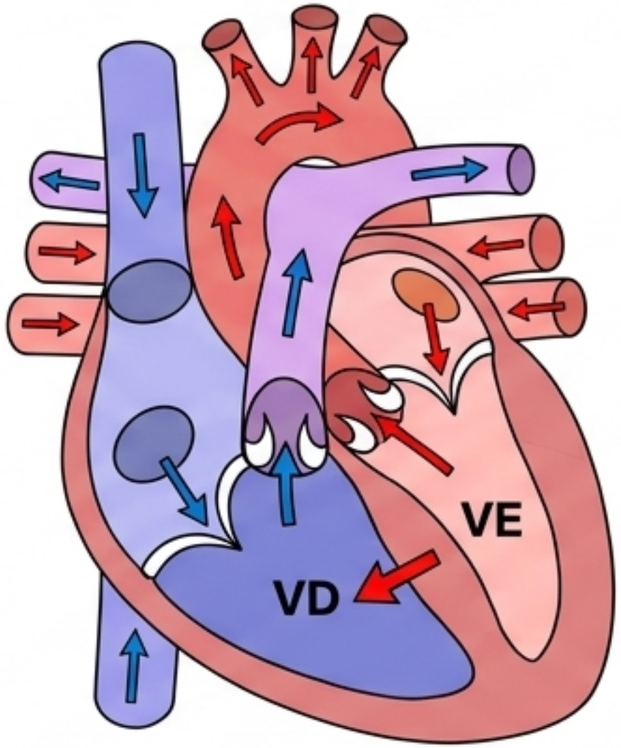
↓ DÉBITO PARA OS PULMÕES → VD dilata e empurra o septo.

↓

↓ ENCHIMENTO DO VE → Menos sangue chega ao lado esquerdo.

↓

↓ DÉBITO CARDÍACO (DC) → Hipotensão sistêmica e hipoperfusão.



⚠

DEPENDÊNCIA DA PRÉ-CARGA:
O ventrículo isquêmico depende criticamente do Retorno Venoso (Lei de Frank-Starling) para manter o mínimo de ejeção, mas possui reserva contrátil limitada.

GATILHO PRINCIPAL = IAM Inferior no ECG + Hipotensão / Baixo Débito

Padrão Clássico

TRÍADE CLÁSSICA:

1. Hipotensão
2. Turgência Venosa Jugular
3. Ausculta pulmonar limpa (sem congestão)

Sinais Atípicos

EQUIVALENTES ANGINOSOS:

- Epigastralgia (desconforto ou indigestão)
- Náuseas
- Sudorese
- Sinais de instabilidade e extremidades frias

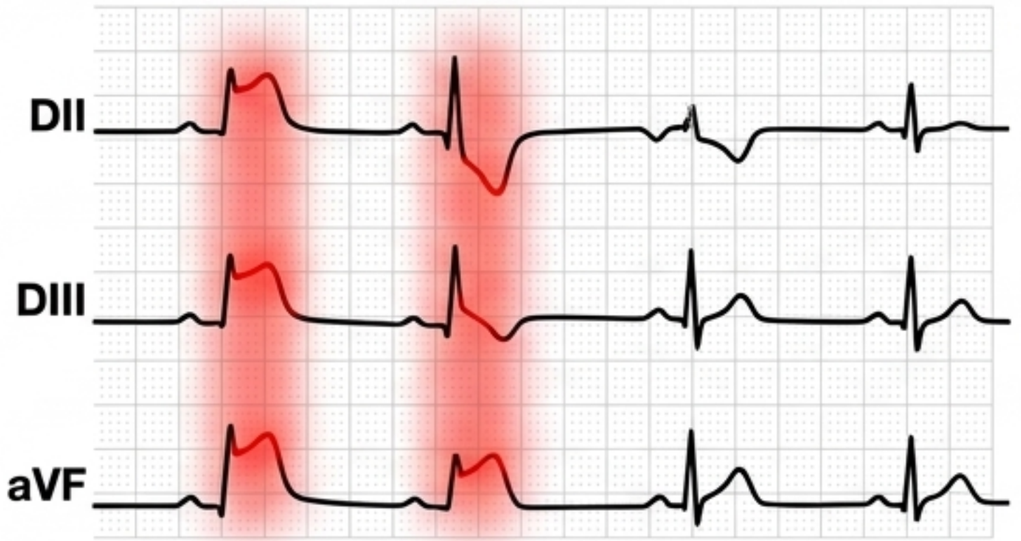


⚠ A ausência de ausculta pulmonar congesta não exclui o quadro.

RECONHECIMENTO ELETROCARDIOGRÁFICO

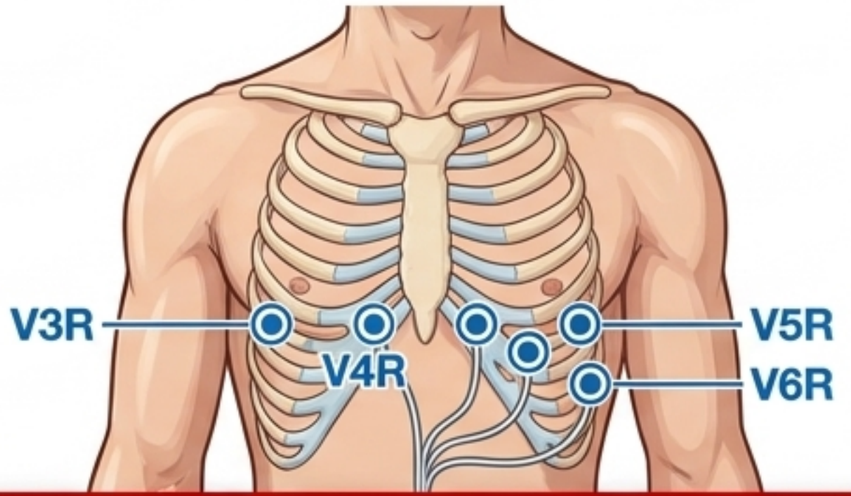
1. OLHE A PAREDE INFERIOR

Identifique supradesnivelamento de ST nas derivações DII, DIII e aVF.

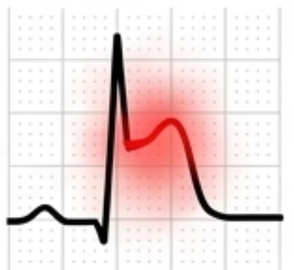


2. SOLICITE DERIVAÇÕES DIREITAS

Mude os eletrodos para o lado direito do tórax (V3R a V6R).



FOCO EM V4R:
O supradesnivelamento do segmento ST em derivações direitas (especialmente V4R) confirma a extensão para o VD no contexto clínico adequado.



SUPORTE INICIAL: MANUTENÇÃO DA PRÉ-CARGA

BOLUS DE VOLUME



SF 0,9% em alíquotas de 250–500 mL.

Objetivo: Manter volume e PA adequada.

TERAPIA ADJUVANTE

Adição de AAS 200 mg mastigável.

REAVALIAR (PA, perfusão, nível de consciência)

SE BAIXO DÉBITO MANTIDO

Considerar Dobutamina (2–10 mcg/kg/min) para melhora da força.

± Noradrenalina (conforme necessidade clínica).

NEXOMED

ALERTAS: MEDICAMENTOS A EVITAR

Prevenção de iatrogenia no cenário hipotensivo / dependente de pré-carga.

NITRATOS

Por que: Venodilatação reduz o retorno venoso e agrava a hipotensão severamente.

MORFINA

Por que: Evitar como rotina para analgesia; reduz retorno venoso e deprime função. A prioridade é reperfundir.

BETABLOQUEADORES

Por que: Deprimem a função cardíaca na fase de disfunção aguda e baixo débito.

AINEs

Por que: Contraindicados na síndrome coronariana aguda de forma geral.

O MAIS IMPORTANTE: REPERFUSÃO (Abrir a Coronária)



ICP Primária disponível em < 120 minutos?

SIM

INTERVENÇÃO CORONÁRIA PERCUTÂNEA (Cateterismo)

Estratégia preferencial. Restabelece fluxo **imediatamente.**

NÃO

FIBRINÓLISE + TRANSFERÊNCIA

- Alteplase ou Tenecteplase (avaliar contraindicações).
- Iniciar organização do destino e transporte em paralelo.

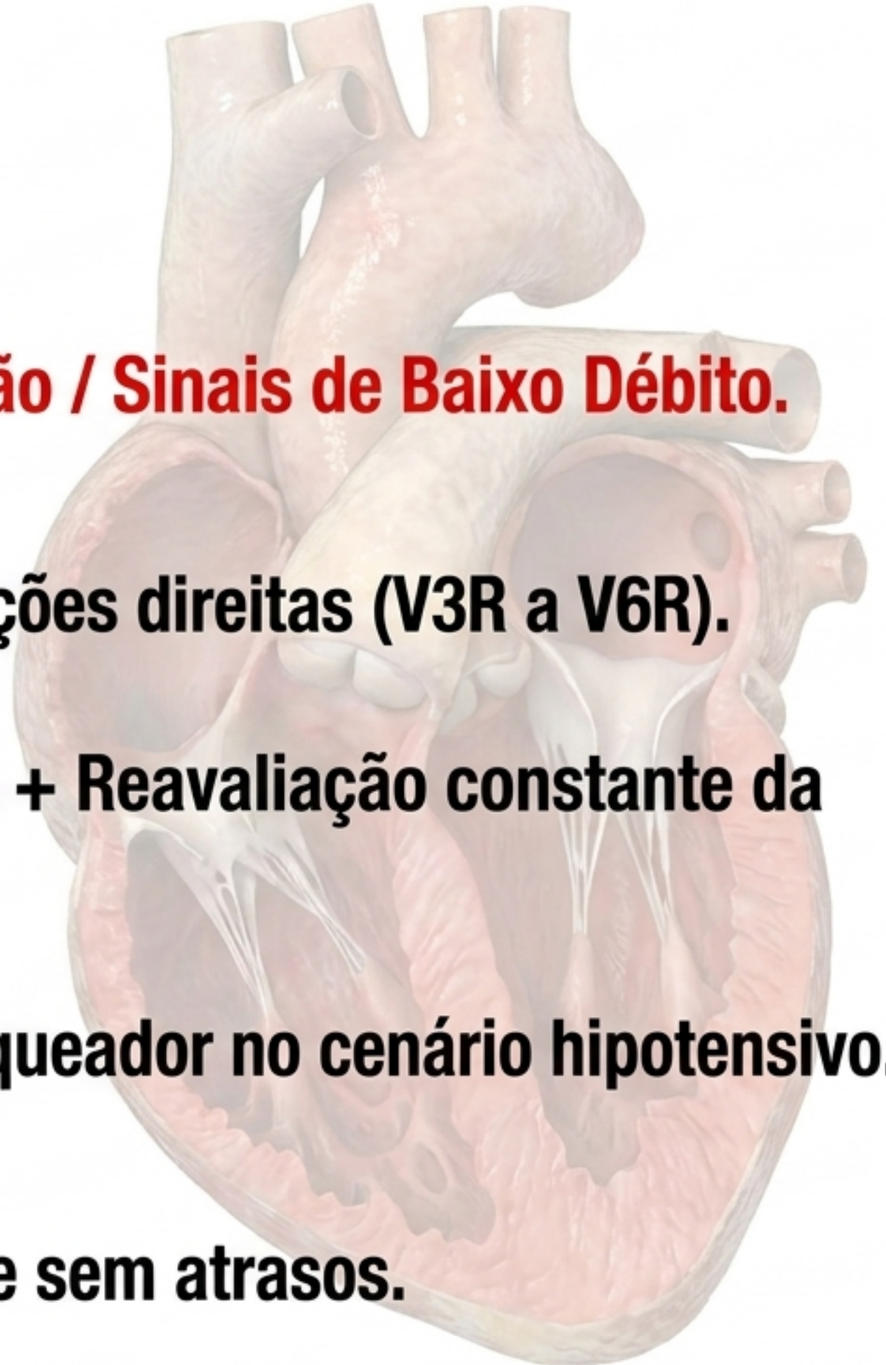
Atenção: Manter vigilância clínica pós-fibrinólise.

NEXOMED

MANEJO DE ARRITMIAS FREQUENTES

ARRITMIA	SINAL CHAVE	CONDUTA DIRETA
Fibrilação Atrial (FA) instável	Ritmo irregular com piora hemodinâmica	**Cardioversão elétrica sincronizada**
Bloqueio Atrioventricular Total (BAVT)	Dissociação AV (entre ondas P e QRS)	**Marcapasso transcutâneo** (Atropina não corrige BAVT) 
Bradicardia Sinusal (Reflexo de Bezold-Jarisch)	Bradicardia extrema associada à isquemia inferior	**Atropina** + Suporte hemodinâmico e reavaliação

SEQUÊNCIA RÁPIDA
(Checklist Operacional)



1. **SUSPEITAR:** IAM Inferior no ECG + Hipotensão / Sinais de Baixo Débito.
2. **CONFIRMAR:** Solicitar imediatamente derivações direitas (V3R a V6R).
3. **SUSTENTAR:** SF 0,9% 250–500 mL em bolus + Reavaliação constante da perfusão/PA.
4. **BLOQUEAR:** Zero Nitrato, Morfina ou Betabloqueador no cenário hipotensivo.
5. **REPERFUNDIR:** ICP (< 120 min) ou Fibrinólise sem atrasos.

NOTA TÉCNICA: PENDÊNCIAS EDITORIAIS

Conflitos identificados nas fontes originais aguardando padronização da coordenação:

IDADE NO CASO CLÍNICO

- Imagens 14 e 16 descrevem a paciente J.R. com 62 anos.
- Imagens 11, 12 e a apostila descrevem a paciente com 57 anos.

ESCOPO DE DERIVAÇÕES DIREITAS

- Texto base cita registro de V3R e V4R.
- Imagens 13 e 17 citam o registro de V3R a V5R.
- Imagens 12 e 14 esquematizam a colocação de V3R a V6R.

Material provisório padronizado com os valores mais amplos (V3R-V6R) e idade de 57 anos até deliberação final.