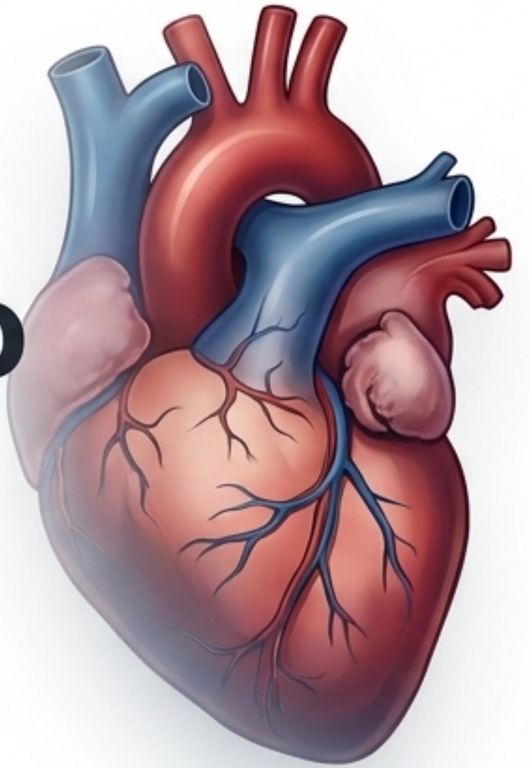
Infarto Agudo do Miocárdio de Ventrículo Direito



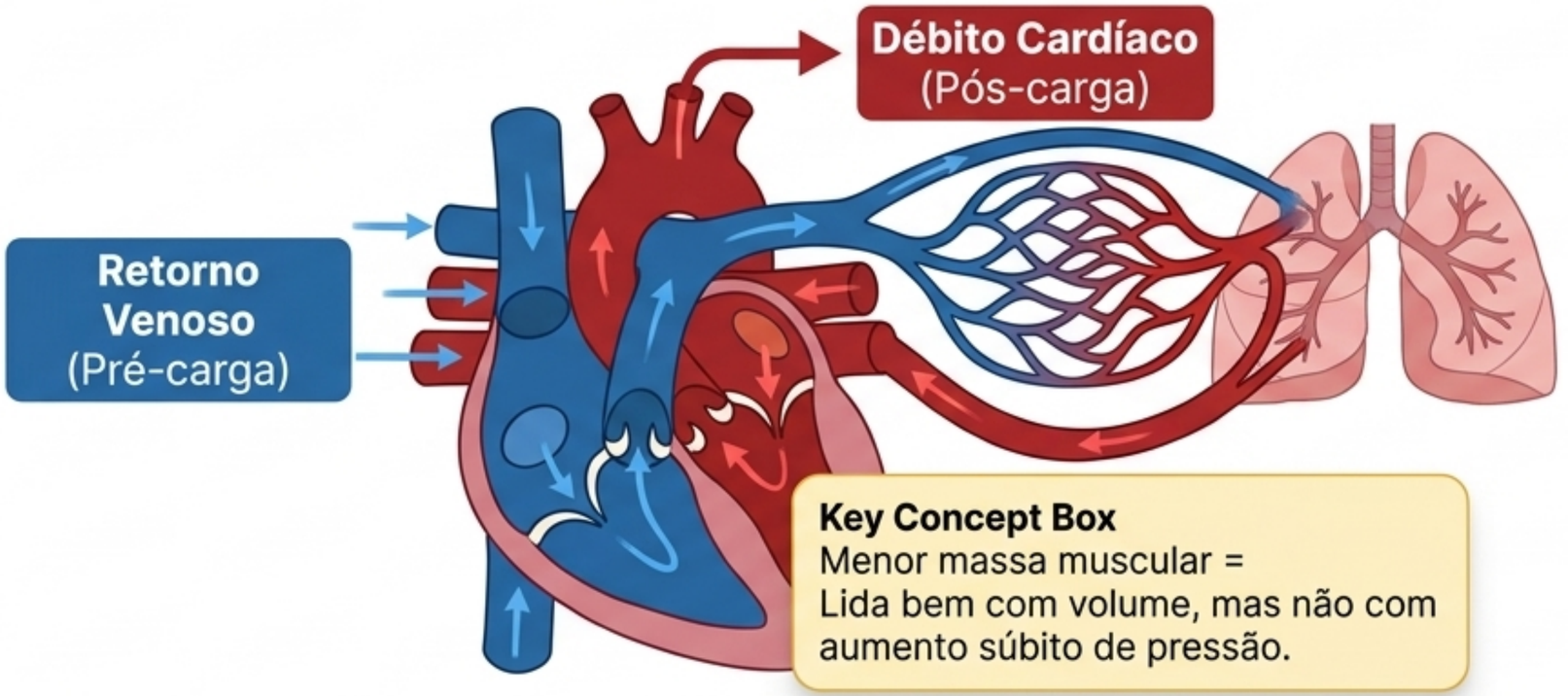
Fisiopatologia, reconhecimento eletrocardiográfico, manejo inicial e complicações.

🛡️ Fronteiras da Fonte (Metodologia de Ensino)

✅ **O que a fonte descreve:**
Fisiopatologia, aplicação prática via caso clínico documentado e direcionamento de condutas.

❌ **O que a fonte não especifica:**
Diretrizes externas, doses não mencionadas no material original ou critérios diagnósticos inventados. Todo o conteúdo é estritamente baseado no material-fonte fornecido.

O coração funciona como duas bombas em série



Fronteiras da Fonte

✅ **O que a fonte descreve:**

O **fluxo sistêmico** depende do fluxo pulmonar gerado pelo VD. A irrigação principal é pela **Artéria Coronária Direita.**

❌ **O que a fonte não especifica:**

Valores exatos de pressão pulmonar em mmHg ou **volumes** sistólicos quantitativos.

Hemodynamic Cascade

Isquemia de VD (Coronária Direita ocluída)

↓

Queda na Força do VD

↓

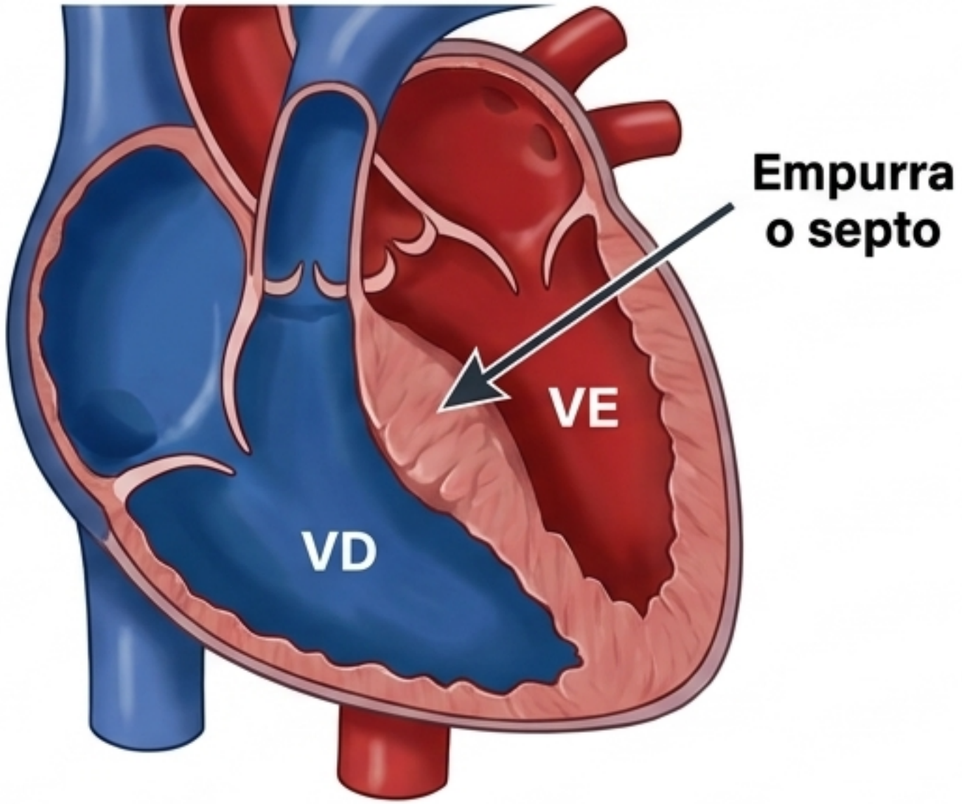
Menor ejeção de sangue para o pulmão

↓

Menor enchimento do Ventrículo Esquerdo (VE)

↓

Queda do Débito Cardíaco Sistêmico (Hipotensão)



Fronteiras da Fonte

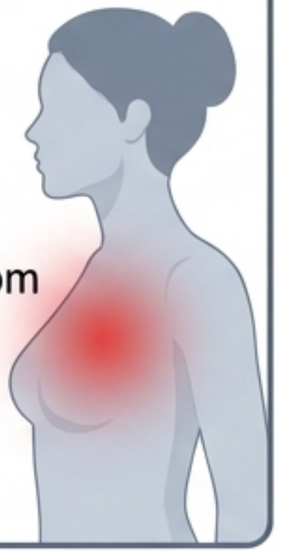
✅ **O que a fonte descreve:**
A cascata mecânica do baixo débito e o impacto do desvio de septo no VE.

❌ **O que a fonte não especifica:**
Medidas ecocardiográficas específicas de falência do VD (como TAPSE ou onda S').

Clinical Profile Card

PERFIL CLÍNICO

- **Paciente:** J.R., 57 anos.
- **Queixa:** ‘Indigestão” há 1 hora, plenitude, náuseas, epigastralgia. (Equivalente anginoso).
- **Sinais Vitais:** FC 78 bpm | FR 22 irpm | PA 100 x 60 mmHg | SatO2 92%.
- **Exame Físico:** Extremidades frias (hipoperfusão). Ausculta cardíaca e pulmonar normais.



Diagnostic Triad



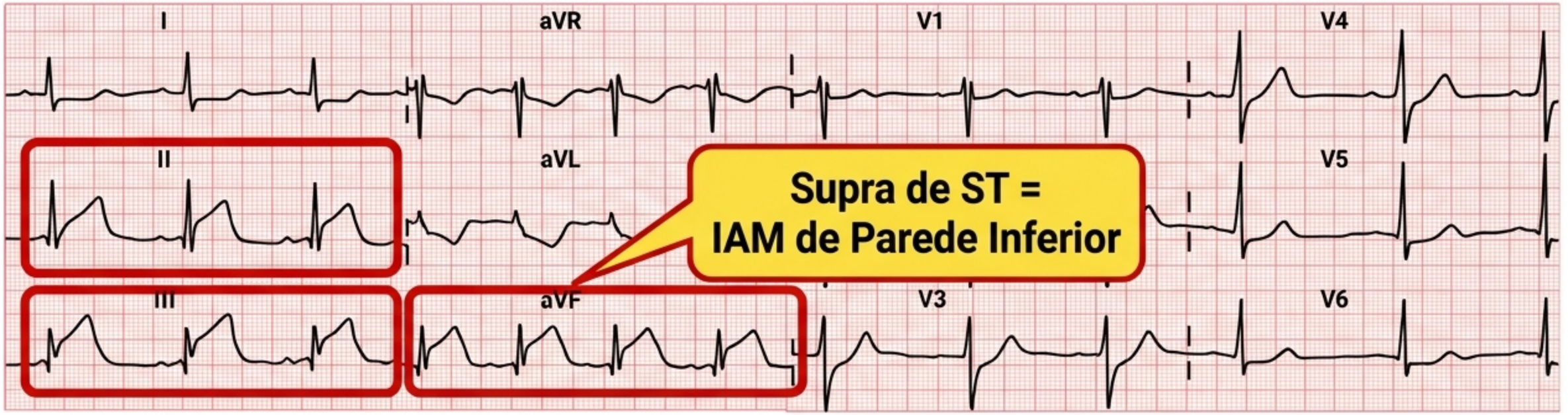
Fronteiras da Fonte

✅ **O que a fonte descreve:**

Sinais vitais exatos do caso J.R., incluindo a correção da idade para 57 anos, e a presença de queixas atípicas como manifestação do infarto.

❌ **O que a fonte não especifica:**

A estimativa visual exata da turgência jugular em cmH2O ou a presença de sopros valvulares específicos.

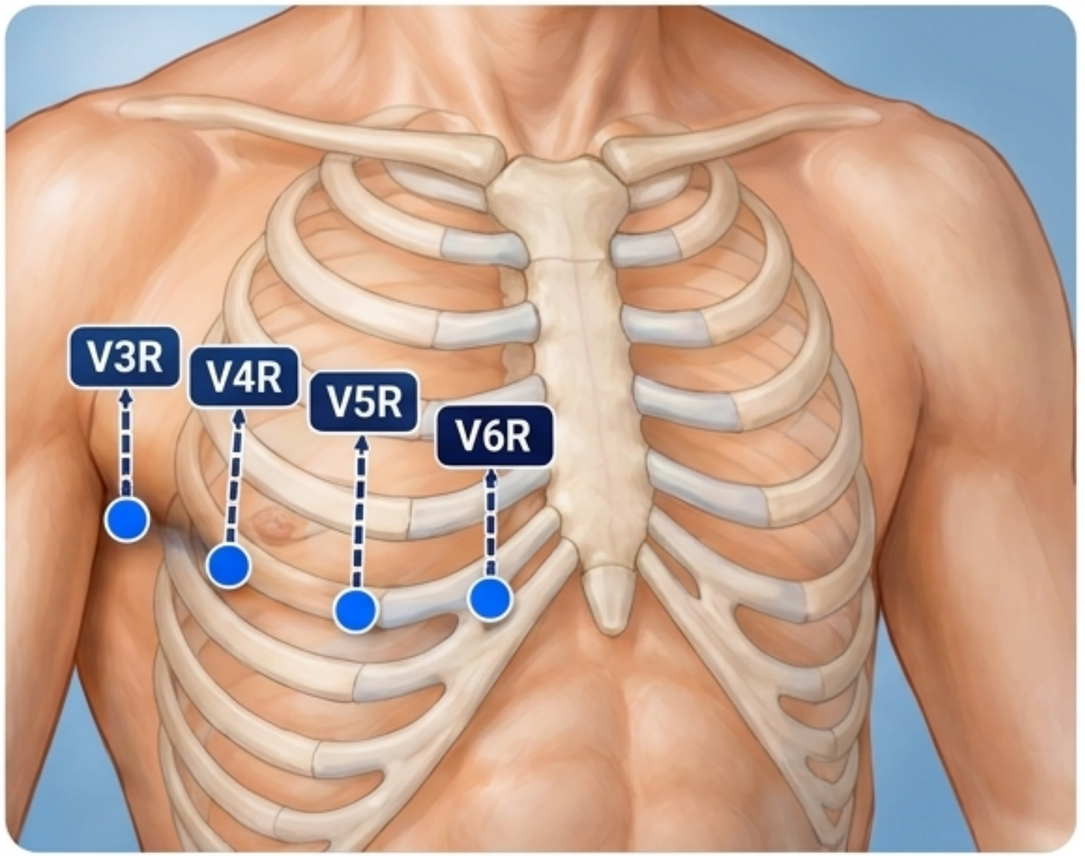


O achado isolado não determina se há acometimento do VD.
A presença de IAM inferior + hipotensão/hipoperfusão é o gatilho cognitivo.

Fronteiras da Fonte

✅ **O que a fonte descreve:**
A obrigatoriedade de investigar o VD diante de um supradesnivelamento inferior (II, III, aVF).

❌ **O que a fonte não especifica:**
Critérios de espelho (infradesnivelamento recíproco em aVL, por exemplo), embora visíveis no traçado, não são exigidos textualmente pela fonte para o diagnóstico.





Confirmação: Elevação do segmento ST em derivações direitas, especialmente V4R.

Fronteiras da Fonte

✅ **O que a fonte descreve:**

O posicionamento anatômico das derivações e a morfologia de supradesnível indicando lesão aguda.

❌ **O que a fonte não especifica:**

O critério de voltagem milimétrica exata (ex: > 1 mm ou > 0,5 mm) para fechar o diagnóstico no papel.

Manutenção da Pré-Carga (Mecanismo de Frank-Starling)

1 

SF 0,9%: 250–500 mL
(em bolus)

→ **Reavaliar após cada etapa!**
(Evitar sobrecarga)

2 

± Noradrenalina
(manter PA)

→ 3 

Dobutamina
(2-10 mcg/kg/min)
(Considerar em baixo débito com hipoperfusão)

Fronteiras da Fonte	
✅ **O que a fonte descreve:** • O volume de SF 0,9%, a dosagem exata de Dobutamina (2-10 mcg/kg/min) e a necessidade de reavaliação contínua.	❌ **O que a fonte não especifica:** • A dose da Noradrenalina ou o alvo exato de Pressão Arterial Média (PAM) a ser atingido.

O Que NÃO Fazer no Cenário Hipotensivo

✖	✖	✖
Morfina	**Nitratos**	**Betabloqueadores**
Não usar como rotina. Evitar para analgesia neste cenário.	Evitar! A venodilatação reduz o retorno venoso e agrava a hipotensão.	Evitar na fase de disfunção aguda com baixo débito.
Regra: A prioridade é apoiar o retorno venoso, não reduzi-lo. AINEs também proscritos na SCA.		

Fronteiras da Fonte

✅ **O que a fonte descreve:**
A contraindicação didática destas três classes de fármacos para este cenário específico de falência de VD hipotensivo.

❌ **O que a fonte não especifica:**
Opções farmacológicas alternativas para controle da dor, focando a analgesia na reperfusão.

E o mais importante: Abrir a Coronária

Opção 1 - Preferencial



Intervenção Coronária Percutânea (ICP)

Disponível em < 120 minutos

Conduta inicial mantida: AAS 200mg mastigável.

Opção 2



Fibrinólise (Alteplase ou Tenecteplase)

Se **ICP não disponível** a tempo e sem contraindicações. Transferência subsequente.

Fronteiras da Fonte

✅ **O que a fonte descreve:**

A janela de 120 minutos para o Cateterismo, as opções de fibrinolíticos e a dose de 200mg do AAS.

❌ **O que a fonte não especifica:**

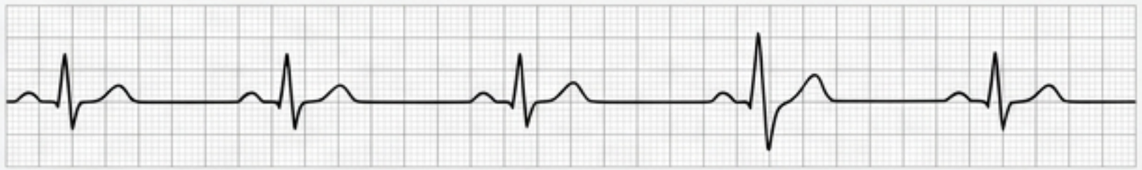
Doses exatas de Alteplase/Tenecteplase ou esquemas de anticoagulação (Heparina) e 2º antiagregante.

Evolução: J.R. após fibrinólise apresenta melhora inicial, mas evolui com intenso mal-estar e FC 34 bpm.

Bradicardia Sinusal (Reflexo de Bezold-Jarisch)

Conduta: Atropina + Suporte hemodinâmico.

Bloqueio Atrioventricular Total (BAVT)



Conduta: Marcapasso transcutâneo (Atropina não corrige BAVT).

Nota: Fibrilação Atrial instável exige cardioversão elétrica sincronizada.

Fronteiras da Fonte

✅ **O que a fonte descreve:**

A distinção crucial entre usar Atropina (para bradicardia reflexa) vs. Marcapasso (para BAVT).

❌ **O que a fonte não especifica:**

Dose da atropina em mg ou a programação em miliamperes (mA) do marcapasso.

Fixação e Revisão Dirigida (1/2)

Q Por que a isquemia do VD causa hipotensão se o coração esquerdo está intacto?

A Isquemia reduz força do VD ➔ menos sangue vai ao pulmão ➔ menos sangue enche o Ventrículo Esquerdo ➔ queda do débito sistêmico.

Q Qual é o gatilho no ECG padrão para investigar ativamente o VD?

A A presença de IAM de parede inferior (supradesnivelamento em II, III, aVF) associada a sinais de baixo débito.

Fronteiras da Fonte	
✅ **O que a fonte descreve:** Estas perguntas são respondidas exclusivamente com a arquitetura de conhecimento fornecida pela fonte (Seção 10: Checklist de Revisão).	❌ **O que a fonte não especifica:** Nenhuma informação externa foi necessária para estas respostas.

Fixação e Revisão Dirigida (2/2)

Pergunta
Quais fármacos rotineiros da SCA devem ser EVITADOS no IAM de VD hipotensivo?

Resposta
Nitratos, Morfina e Betabloqueadores, pois reduzem o retorno venoso ou deprimem a função em um ventrículo dependente de pré-carga.

Pergunta
Como diferenciar a conduta entre bradicardia reflexa e BAV total na evolução do infarto?

Resposta
BAV total exige marcapasso transcutâneo (atropina não corrige a dissociação). Bradicardia sinusal reflexa (Bezold-Jarisch) responde a atropina e suporte.

O tratamento do VD é mecânico (volume) e vascular (reperfusão). Proteja a pré-carga.

Fronteiras da Fonte	
✅ **O que a fonte descreve:** O encerramento do raciocínio clínico pautado exclusivamente no material fornecido ('Apostila Médica Ilustrada NEXOMED').	❌ **O que a fonte não especifica:** Este material substitui o julgamento clínico presencial à beira leito ou protocolos institucionais locais.