SALA VERMELHA

NEXOMED

INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

IAM DE VENTRÍCULO DIREITO

IAMVD

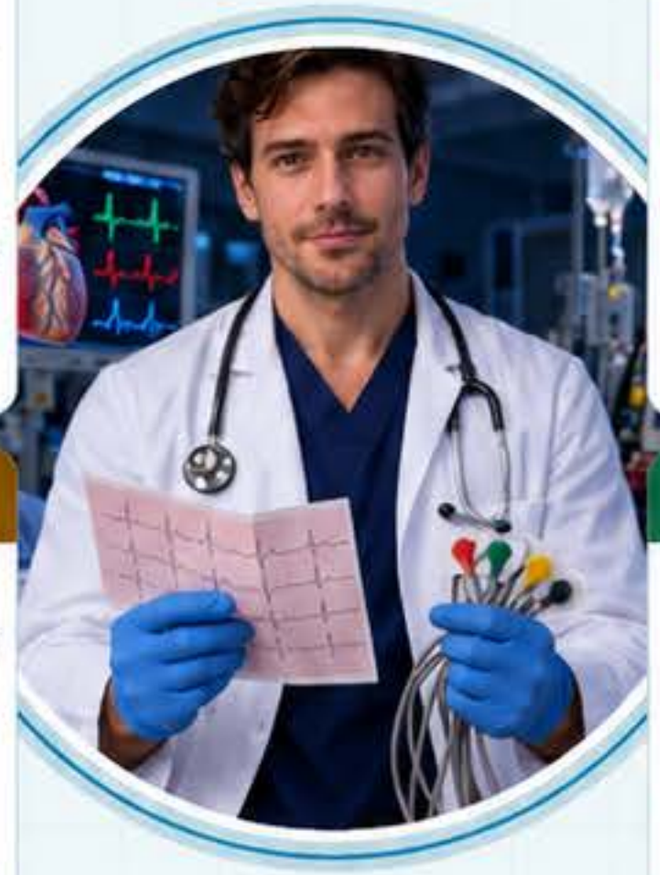
IAM INFERIOR + HIPOTENSÃO OU BAIXO DÉBITO → SUSPEITE DE ACOMETIMENTO DO VD



CLÍNICA

01 SUSPEITE

- IAM inferior associado a hipotensão ou sinais de baixo débito.
- Hipoperfusão: extremidades frias, alteração da consciência ou oligúria.
- Turgência jugular pode ocorrer; ausculta pulmonar limpa não exclui IAM de VD.
- Náusea, plenitude e dor epigástrica podem ser equivalentes anginosos.



CORAÇÃO EM FOCO • IAM VD

02 ECG E DIREITAS

- ECG de 12 derivações: procure supra nas inferiores (DII, DIII e aVF).
- IAM inferior não equivale automaticamente a IAM de VD.
- Na suspeita, registre V3R, V4R, V5R e V6R, conforme a aula.
- Supra nas direitas, no contexto clínico, sustenta IAM de VD.

V3R **V4R** **V5R** **V6R**



ECG



HEMODINÂMICA

03 HEMODINÂMICA

A isquemia reduz a força do VD e o fluxo ao pulmão. Menos sangue chega ao VE; o débito sistêmico cai. Pode haver represamento no lado direito, com turgência jugular.

Reavalie o conjunto: pressão, perfusão, consciência, extremidades e diurese.

04 SUPORTE INICIAL

SF 0,9% • 250-500 mL

Bolus com reavaliação da pressão, perfusão e nível de consciência antes de repetir.

- Se resposta insuficiente, a aula considera noradrenalina.
- Persistindo baixo débito, considerar dobutamina conforme a discussão.
- Monitore e reavalie após cada intervenção.



SUPORTE



MEDICAMENTOS

05 EVITE NA HIPOTENSÃO

NITRATOS

Podem reduzir o retorno venoso e agravar hipotensão.

MORFINA

Evitar no contexto hipotensivo discutido; não atrasar reperfusão.

BETABLOQUEADORES

Evitar na disfunção aguda com baixo débito descrita na aula.

AINEs

Não usar na síndrome coronariana aguda, conforme a aula.



REPERFUSÃO

06 REPERFUSÃO

ICP

Preferir ICP quando disponível em até 90 min; a aula tolera até 120 min.

SEM ICP NO PRAZO DE ATÉ 120 MIN

Considerar fibrinólise com alteplase ou tenecteplase após avaliar contraindicações. As fontes deste recorte não especificam dose.

Organize transferência em paralelo à estabilização e à estratégia de reperfusão.

AAS 200 mg MASTIGÁVEL – caso discutido



ARRITMIAS

07 ARRITMIAS

FA COM INSTABILIDADE

Cardioversão elétrica sincronizada.

BAV TOTAL

Marca-passo transcutâneo; atropina não corrige o BAVT descrito.

BRADICARDIA SINUSAL / BEZOLD-JARISCH

A aula descreve suporte hemodinâmico e atropina, geralmente responsiva.

TV E OUTRAS TAQUIARRITMIAS

Podem ocorrer; monitorize e maneje conforme o ritmo.

SEQUÊNCIA RÁPIDA

SUSPEITE → ECG + DIREITAS → SUPORTE + REAVALIE → REPERFUNDA / TRANSFIRA → VIGIE ARRITMIAS