

## SÍNDROMES CORONARIANAS AGUDAS



## INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares representam a maior causa de morte nos países desenvolvidos



## INTRODUÇÃO

### Principais Causas de Óbito: 1990 → 2020

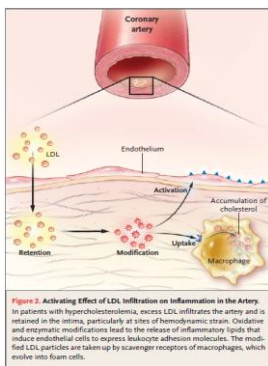
	Posição		
	1990	2020	Mudança
<b>15 primeiros colocados:</b>			
•Doença coronária	1	1	0
•Doença cerebrovascular	2	2	0
•Infecções respiratórias	3	4	↓1
•Diarréia	4	11	↓17
•Doenças perinatais	5	16	↓11
•DPOC	6	3	↑3
•Tuberculose	7	7	0
•Sarampo	8	27	↓19
•Acidentes de trânsito	9	6	↑3
•CA (pulmão, brônquios, traquéia)	10	5	↑5
•Malária	11	29	↓18
•Suicídio	12	10	↑2
•Cirrose hepática	13	12	↑1
•CA estômago	14	8	↑6
•Diabetes mellitus	15	19	↓4
<b>Dentre os 30 primeiros:</b>			
•Violência	16	14	↑2
•Vítimas de guerra	20	15	↑5
•CA fígado	21	13	↑8
•HIV	30	9	↑21

Lancet 1997; 340: 1498

## FISIOPATOLOGIA



## FISIOPATOLOGIA

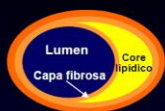


## FISIOPATOLOGIA



## FISIOPATOLOGIA

## Placas vulneráveis x Placas estáveis

**Placa vulnerável:**

- Capa fibrosa fina
- Predomínio de inflamação: macrófagos >> células musculares lisas
- Placa rica em lipídeos
- Remodelamento positivo

**Placa estável:**

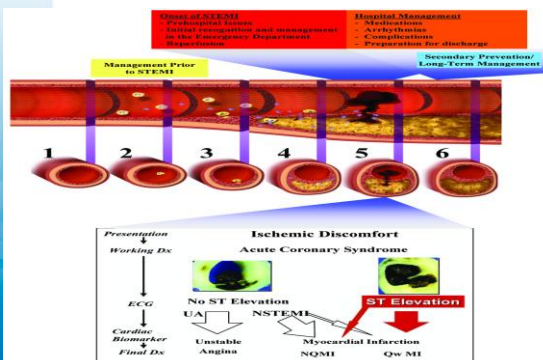
- Capa fibrosa espessa
- Predomínio de matriz extracelular: células musculares lisas >> macrófagos
- Placa pobre em lipídeos
- Remodelamento negativo

Libby P. Circulation. 1995;91:2844-2850

## FISIOPATOLOGIA

- Obstrução total de artéria coronária  
*IAM com supradesnível ST*
- Obstrução parcial de artéria coronária  
*angina instável + IAM SSST*

## FISIOPATOLOGIA



## DIAGNÓSTICO

- História de dor precordial
- Alterações eletrocardiográficas
- Marcadores bioquímicos

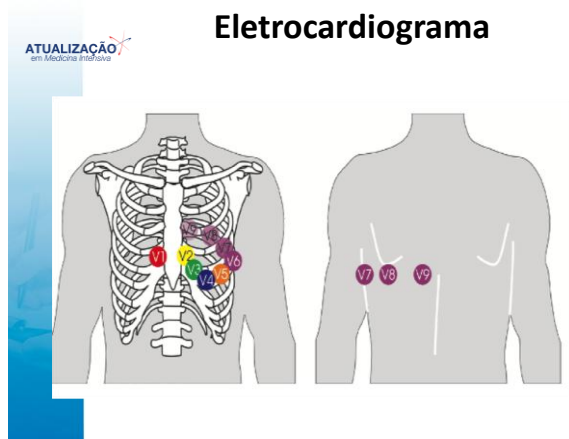
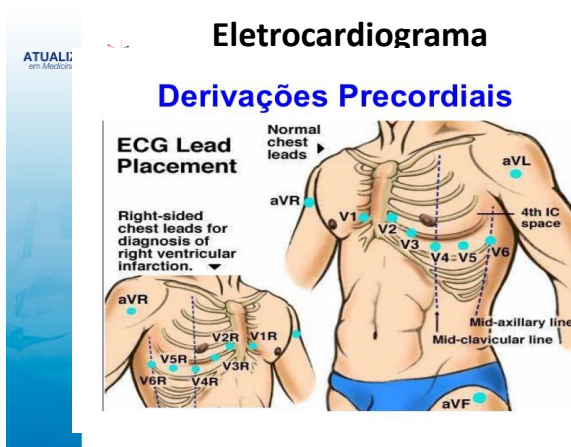
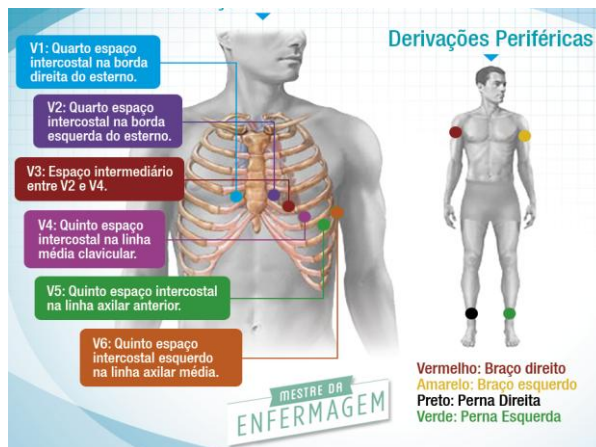
## Dor



Dor precordial em aperto, com irradiação para MSE, pescoço e mandíbula, muitas vezes acompanhada por náuseas, vômitos e sudorese.

## Eletrocardiograma





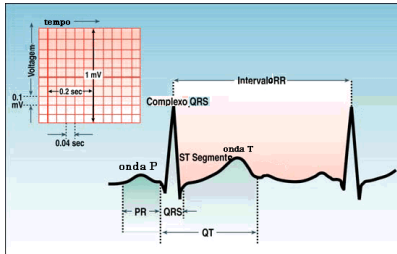
**Eletrocardiograma (SCA com SST)**

**ATUALIZAÇÃO em Medicina**

- ↑ segmento ST em 2 derivações contíguas
- Pelo menos 0,2mV nas derivações precordiais (V1-V6)
- 0,1mV nas derivações periféricas (D1, D2, D3, aVR, aVL, aVF)
- Bloqueio de ramo esquerdo (BRE) novo.

**AMIB**

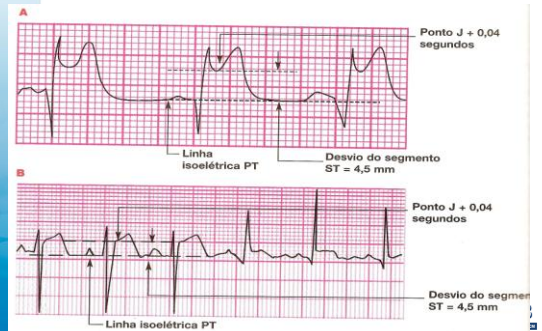
## Eletrocardiograma (SCA com SST)



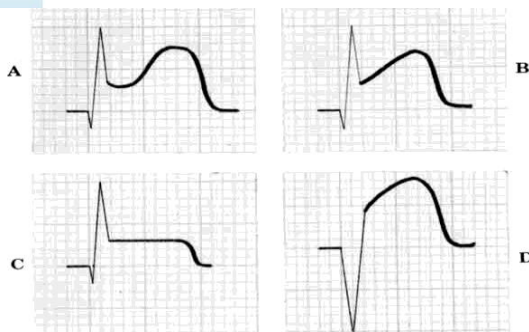
Componentes do ECG normal



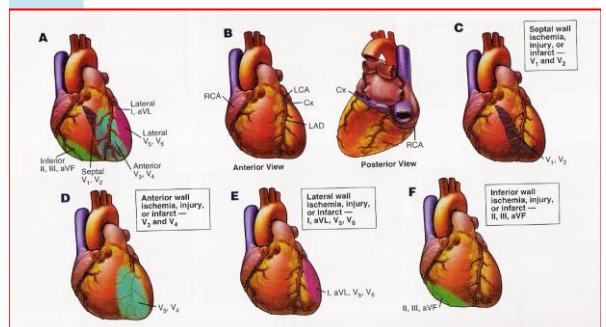
## Eletrocardiograma (SCA com SST)



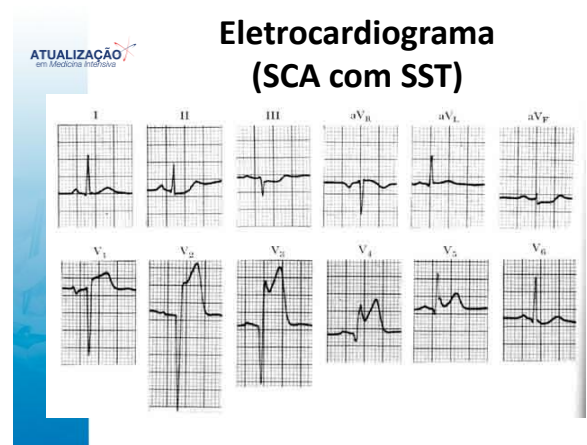
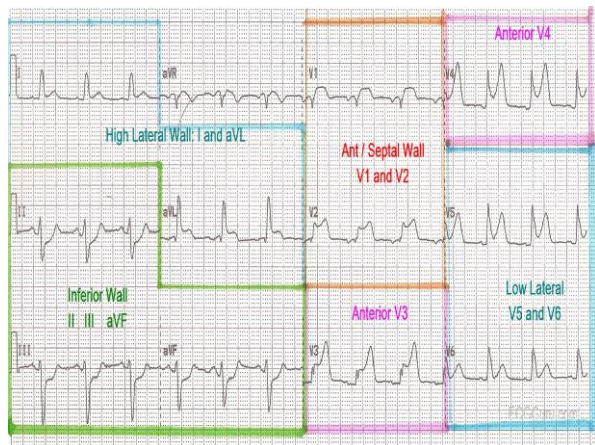
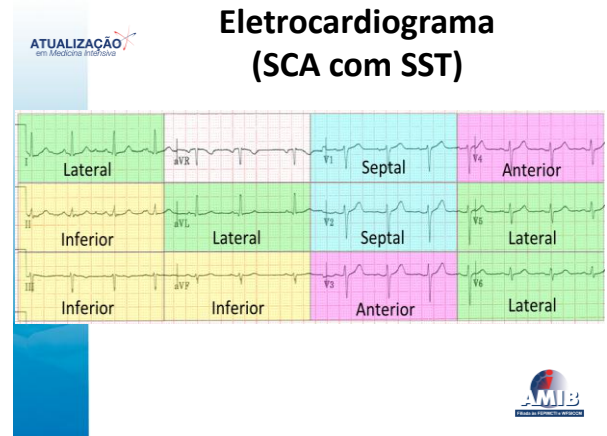
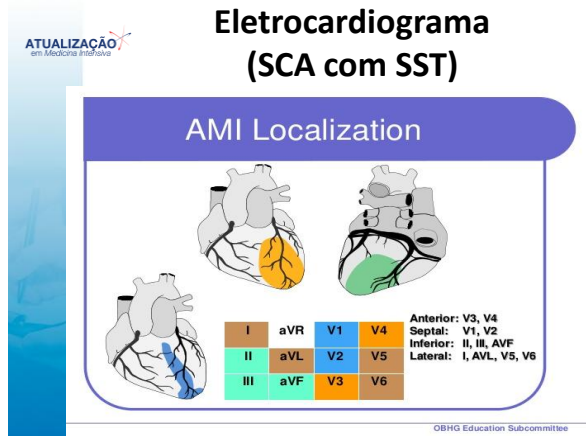
## Eletrocardiograma (SCA com SST)



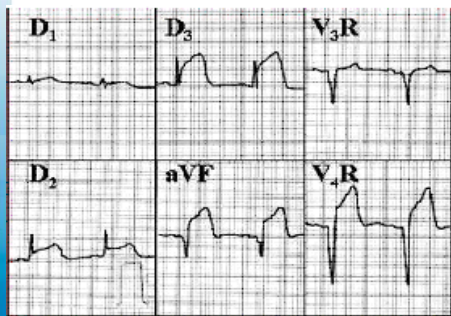
## Eletrocardiograma (SCA com SST)



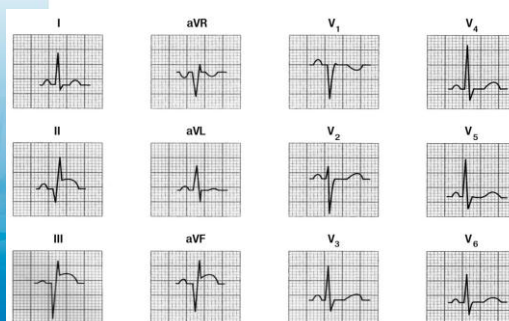




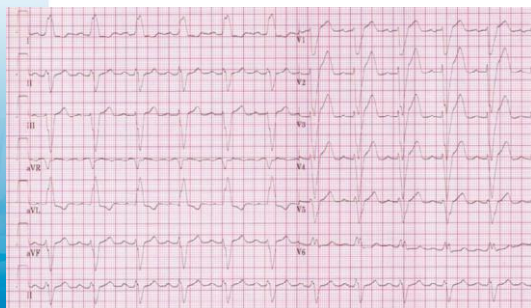
## Eletrocardiograma (SCA com SST)



## Eletrocardiograma (SCA com SST)



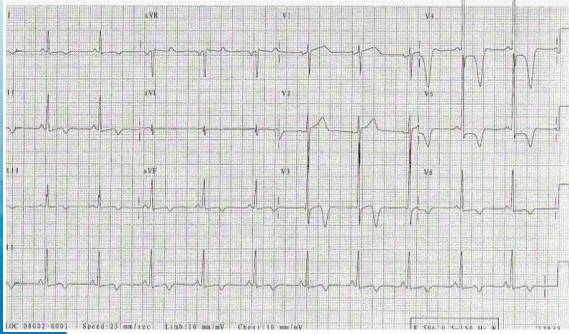
## Bloqueio de Ramo Esquerdo



## Eletrocardiograma (SCA sem SST)

- Depressão do segmento ST ( $\geq 0.5$  mm em V1 e V2 ou  $\geq 1$  mm nas demais derivações)
- Inversão da onda
- Elevação não persistente do segmento ST (0.5 mm por 20 minutos)
- ECG normal

## Eletrocardiograma (SCA sem SST)



## Eletrocardiograma (SCA sem SST)



## Eletrocardiograma (SCA sem SST)

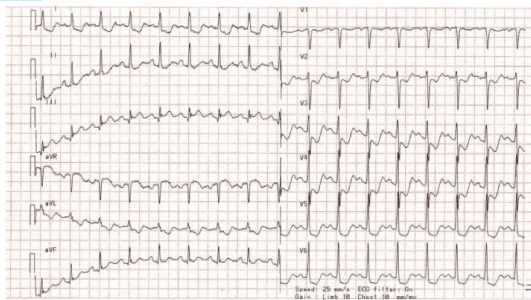
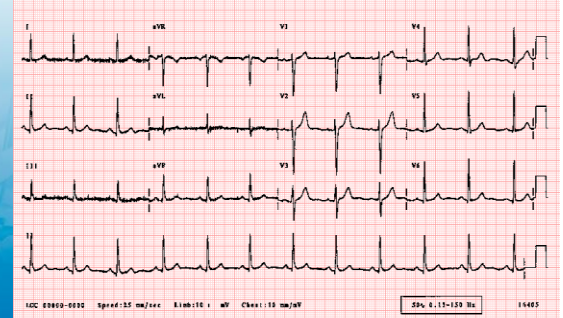


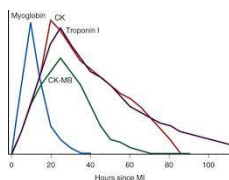
Figura 1 - Segmento ST em DI, II, aVL, V2 - V6.

## Eletrocardiograma (SCA sem SST)





## Marcadores bioquímicos



A troponina é o biomarcador de escolha  
Mais específico que a CKMB  
Deve ser feito na chegada e 6h após a admissão

### DIAGNÓSTICO DE INFARTO DO MIOCÁRDIO

#### Marcadores Bioquímicos de Infarto Agudo do Miocárdio

Marcador	Início	Pico	Normalização	Vantagens	Desvantagens
Myoglobina	1 a 2 horas	6 a 9 horas	12 a 24 horas	Alta sensibilidade, detecção precoce de IAM, detecção de reperfusão. VPN 83 a 98%	Baixa especificidade, rápido retorno ao normal
Troponinas T	3 a 12 horas	24 horas	12 a 14 dias	Bom para estratificação de risco, maior sensibilidade e especificidade que CK-MB. Diagnóstico tardio.	Baixa sensibilidade para diagnóstico com menos de 6 horas de sintomas. Limitado para diagnóstico de reinfarcto.
Troponina I Marcador mais próximo do ideal	4 a 6 horas	12 horas	3 a 10 dias		

### DIAGNÓSTICO DE INFARTO DO MIOCÁRDIO

#### Marcadores Bioquímicos de Infarto Agudo do Miocárdio

Marcador	Início	Pico	Normalização	Vantagens	Desvantagens
CK – MB Atividade	4 a 6 horas	18 horas	48 a 72 horas	Método de dosagem rápido e maior custo-eficiência. Bom para diagnóstico de reinfarcto precoce. Sensibilidade de 93% após 12h dos sintomas	Baixa especificidade em trauma ou cirurgia. Baixa sensibilidade com menos de 6h de sintomas ou além de 36h.
CK – MB Massa	3 a 6 horas	16 a 24 horas	48 a 72 dias	Sensibilidade de 80% após 6 horas. Sensibilidade de 50% após 3 horas	

A diferença entre a AI e o IAMSSST é a presença de elevação de biomarcadores.



**ATENÇÃO !**

## CLASSIFICAÇÃO

### IAM COM SST

- Dor torácica
- Supra de ST
- Troponina +

### AI & IAM SEM SST

- Dor torácica
- Ausência de supra ST
- Troponina + ou –



## TRATAMENTO



## CONDUTA INICIAL

**MOVE**

- ✓ Monitor
- ✓ Oxigênio ( < SatO2 < 90%)
- ✓ Acesso venoso



## 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation

### Relief of hypoxaemia and symptoms

Recommendations	Class <sup>a</sup>	Level <sup>b</sup>
<b>Hypoxia</b>		
Oxygen is indicated in patients with hypoxaemia (SaO <sub>2</sub> < 90% or PaO <sub>2</sub> < 60 mmHg).	I	C
Routine oxygen is not recommended in patients with SaO <sub>2</sub> ≥ 90%. <sup>c,d,e</sup>	IIb	B
<b>Symptoms</b>		
Titrated i.v. opioids should be considered to relieve pain.	IIa	C
A mild tranquilizer (usually a benzodiazepine) should be considered in very anxious patients.	IIa	C

ix: = intravenous; PaO<sub>2</sub> = partial pressure of oxygen; SaO<sub>2</sub> = arterial oxygen saturation.

<sup>a</sup>Class of recommendation.

<sup>b</sup>Level of evidence.

ATUALIZAÇÃO  
em Medicina Primária

## CONDUTA INICIAL

**MONACHEB**

- Morfina
- Oxigênio ( SatO2 < 90% )
- Nitrato
- Aspirina
- Clopidogrel / Ticagrelor / Prasugrel
- Heparina
- Estatina



ATUALIZAÇÃO  
em Medicina Primária

## Morfina 2-4 mg IV

Analgésico de escolha se a dor não melhorar com nitrato

Evitar se FC < 50 bpm

Atenção Infarto de VD e hipotensão

Antídoto: naloxone



ATUALIZAÇÃO  
em Medicina Primária

## Oxigênio

SaO2 < 90%



ATUALIZAÇÃO  
em Medicina Primária

## Nitrato

Dinitrato de isossorbida SL 5mg inicialmente

Nitroglicerina IV se necessário ( hipertensão, IC, se melhorou a dor com nitrato, IAM anterior extenso)

Benefício discutível

Cuidado com ↓ PA ( PAS<90mmHg) e pacientes com IAM inferior ou de VD

CI após uso de sildenafil ou tadalafil





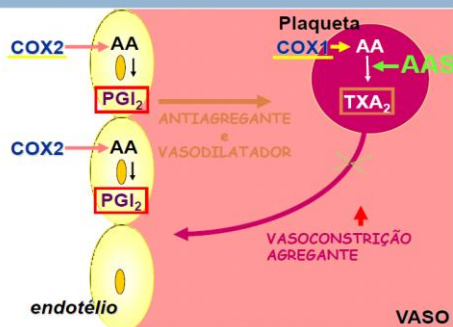
ATUALIZAÇÃO  
em Medicina Primária

## Aspirina

- Administrar imediatamente 200 mg mastigar e engolir
- Inibe tromboxane A<sub>2</sub>
- Reduz mortalidade em 23%
- Não usar em alergia grave!
- CI relativa: sangramento digestivo ativo ou asma



## Ácido Acetilsalicílico - AAS



ATUALIZAÇÃO  
em Medicina Primária

## Beta-bloqueador

Deve ser administrado em todos os pacientes em que não haja CI, nas primeiras 24h, de preferência por via oral

$\beta$



## Beta-bloqueador

Procedimento: utilização de betabloqueadores no IAM	Classe	Nível de evidência
Betabloqueador oral nas primeiras 24 horas em pacientes sem sinais de IC, evidência de baixo débito, risco aumentado de choque cardiogênicos, ou com outras contraindicações clássicas ao uso do medicamento	I	B
O betabloqueador deve ser continuado no longo prazo para todos os pacientes sem contraindicações ao seu uso	I	B
Pacientes com contraindicação inicial ao betabloqueador devem ser reavaliados posteriormente para rever a elegibilidade	I	C
Betabloqueador IV em pacientes com hipertensão arterial ou isquemia recorrente, desde que não apresentem contraindicação ao seu uso	IIa	B
Betabloqueador IV de rotina em todos os pacientes	III	A



## Beta-bloqueador

**Table 2** Classification of  $\beta$ -adrenergic antagonists

Generation, class	Characteristics	Examples
1st I	No ancillary properties	Propranolol, timolol, nadolol
2nd II	$\beta_1$ -selective	Metoprolol, atenolol, bisoprolol, esmolol
3rd III	$\beta_1$ -selective or non-selective, important ancillary properties	Carvedilol, celiprolol, bucindolol, nebivolol

British Journal of Anaesthesia 88 (1): 101-23 (2002)

## Estatinas

### Ação antiinflamatória + estabilização da placa

Procedimento: uso de estatinas	Classe	Nível de evidência
Iniciar e continuar com altas doses de estatina após admissão de pacientes com IAMCST, exceto se houver contraindicação	I	A
Dose máxima de estatina de alta potência na admissão hospitalar com ajuste posterior para LDL-c < 70 mg/dL	I	A
Dosagem de perfil lipídico nas primeiras 24 horas após admissão	IIa	C

*Podem causar hepatite e miopatia*



## Estatinas

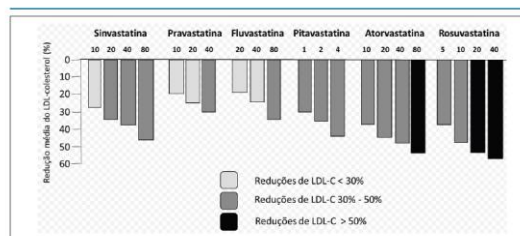
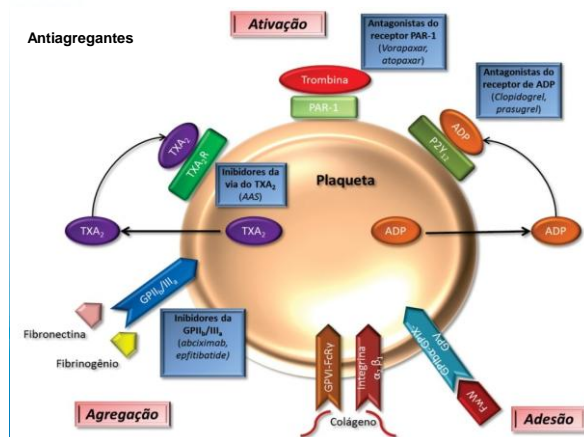


Figura 2 – Reduções do colesterol da lipoproteína de baixa densidade com as estatinas e as doses disponíveis no mercado nacional.







ATUALIZAÇÃO  
em Medicina Primária

## Clopidogrel

### IAM com supra

- Clopidogrel 300 mg, em adição ao AAS, como dose de ataque, em pacientes submetidos à terapia trombolítica. Fazer 75mg se paciente com > 75 anos. Manutenção de 75mg/dia
- Clopidogrel 600 mg, em adição ao AAS, em pacientes que serão submetidos à ICP primária. Manutenção de 75 mg ao dia

### Angina Instável / IAM sem supra

- Clopidogrel 300 mg, em adição ao AAS. Manutenção de 75mg/dia



ATUALIZAÇÃO  
em Medicina Primária

## Ticagrelor

- Ticagrelor 180 mg de ataque seguido, em adição ao AAS, por 90 mg a cada 12 horas em pacientes submetidos à ICP primária
- Ticagrelor (180 mg de ataque seguidos por 90 mg duas vezes ao dia) em pacientes portadores de IAMSST/AI, independente da estratégia de tratamento posterior (clínico, cirúrgico ou percutâneo), por 12 meses



ATUALIZAÇÃO  
em Medicina Primária

## Prasugrel

- Prasugrel 60 mg de ataque, em adição ao AAS, seguido por 10 mg uma vez ao dia em pacientes virgens de tratamento com clopidogrel, com anatomia coronária conhecida, submetidos à ICP primária e sem fatores de risco para sangramento [≥ 75 anos de idade, < 60 kg, AVC ou AIT
- Prasugrel 60 mg de ataque seguidos por 10 mg ao dia em pacientes portadores de IAMSST/AI, com anatomia coronária conhecida, tratados com ICP e sem fatores de risco para sangramento (idade ≥ 75 anos; com < 60 kg; AVE ou AIT prévios)



## Anticoagulantes

parin

In patients <75 years of age:  
30 mg i.v. bolus followed 15 min later by 1 mg/kg s.c. every 12 hours until revascularization or hospital discharge for a maximum of 8 days. The first two s.c. doses should not exceed 100 mg per injection.

In patients ≥75 years of age:  
no i.v. bolus; start with first s.c. dose of 0.75 mg/kg with a maximum of 75 mg per injection for the first two s.c. doses.

In patients with eGFR <30 mL/min/1.73 m<sup>2</sup>, regardless of age, the s.c. doses are given once every 24 hours.



## Anticoagulantes

60 IU/kg i.v. bolus with a maximum of 4000 IU followed by an i.v. infusion of 12 IU/kg with a maximum of 1000 IU/hour for 24-48 hours. Target aPTT: 50-70 s or 1.5 to 2.0 times that of control to be monitored at 3, 6, 12 and 24 hours.



## Outras medicações

- Inibidores da ECA em todos os casos (principalmente nos com sintomas de ICC, FE ≤ 40%, diabetes, IAM anterior extenso)
- Inibidores da GPIIb/IIIa (casos especiais)
- Antagonistas do cálcio (CI a beta-bloqueadores e ausência de disfunção VE)



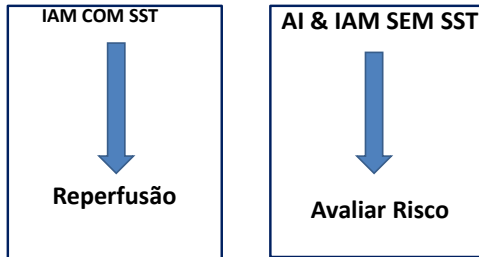
## Inibidores GPIIb/IIIa

Inibidores da Glicoproteína (GP) IIb/IIIa em pacientes sob uso de dupla antiagregação plaquetária submetidos à ICP primária em situações especiais (alta carga de trombo, *slow/no reflow* e outras complicações trombóticas)

Abciximab: 0,25 mg/kg IV bolus, seguido de 0,125 mcg/kg/min (maximum 10 mcg/min); Tirofiban 25 mcg/kg IV bolus, seguido de 0,15 mcg/min

IIa C



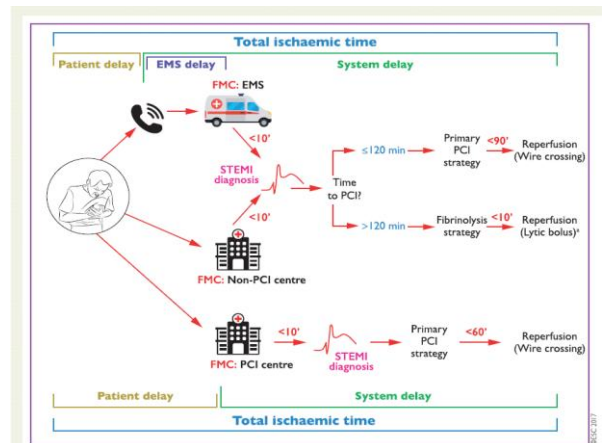
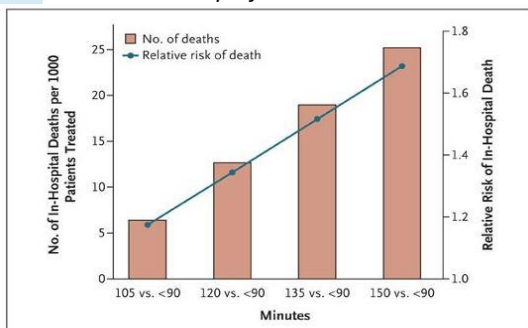


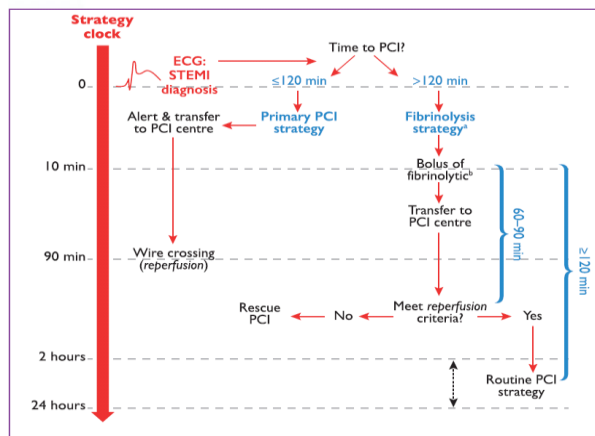
## IAM CSST Reperusão < 12 horas

**12**

- 1) Fibrinolíticos
- 2) Intervenção percutânea coronária

## IAM CSST Reperusão < 12 horas





ATUALIZAÇÃO  
em Medicina Intensiva

## Fibrinolíticos

Agente	Tratamento	Terapia antitrombótica
SK	1,5 milhões UI em 100 mL de SG 5% ou SF 0,9% em 30-60 minutos	HNF ajustada ao peso por 48 horas ou enoxaparina por até 8 dias
IPA	15 mg EV em bolus, seguidos por 0,75 mg/kg em 30 minutos e, então, 0,50 mg/kg em 60 minutos A dose total não deve exceder 100 mg	HNF ajustada ao peso por 48 horas ou enoxaparina por até 8 dias
TNK-IPA	Bolo único: • 30 mg se < 60 kg • 35 mg se entre 60 kg e menor que 70 kg • 40 mg se entre 70 kg e menor que 80 kg • 45 mg se entre 80 kg e menor que 90 kg • 50 mg se maior que 90 kg de peso Em pacientes > 75 anos, deve-se considerar o uso de metade da dose calculada de acordo com o peso*	HNF ajustada ao peso por 48 horas ou enoxaparina por até 8 dias

Aspirina e clopidogrel devem ser dados para todos desde que não haja contraindicação ao seu uso

\*Após os resultados do estudo STREAM, tem sido recomendada a utilização de metade da dose habitualmente calculada pelo peso em pacientes com idade superior a 75 anos que serão submetidos à administração de TNK-IPA™. SK: estreptokinase; SG: soro glicosado; SF: soro fisiológico; HNF: heparina não fracionada; IPA: alteplase; EV: via endovenosa; TNK-IPA: tenecteplase.

ATUALIZAÇÃO  
em Medicina Intensiva

## Trombolíticos



**ATENÇÃO !**

Considerar as contra-indicações



ATUALIZAÇÃO  
em Medicina Intensiva

## Trombolíticos

**Table 8** Contra-indications to fibrinolytic therapy

Absolute
Previous intracranial haemorrhage or stroke of unknown origin at anytime
Ischaemic stroke in the preceding 6 months
Central nervous system damage or neoplasms or arteriovenous malformation
Recent major trauma/surgery/head injury (within the preceding month)
Gastrointestinal bleeding within the past month
Known bleeding disorder (excluding menses)
Aortic dissection
Non-compressible punctures in the past 24 hours (e.g. liver biopsy, lumbar puncture)



## Trombolíticos

### Relative

Transient ischaemic attack in the preceding 6 months
Oral anticoagulant therapy
Pregnancy or within 1 week postpartum
Refractory hypertension (SBP >180 mmHg and/or DBP >110 mmHg)
Advanced liver disease
Infective endocarditis
Active peptic ulcer
Prolonged or traumatic resuscitation

©ESC 2017

DBP = diastolic blood pressure; SBP = systolic blood pressure.



Peso corpóreo do paciente (kg)	tenecteplase (U)	tenecteplase (mg)	Volume correspondente à solução reconstituída (ml)
<60	6000	30	6
≥60 a <70	7000	35	7
≥70 a <80	8000	40	8
≥80 a <90	9000	45	9
≥90	10000	50	10



## Crítérios de reperfusão

- Melhora da dor torácica
- Redução do supradesnível ST em 50% ou mais em 90 min
- Pico precoce enzimas: pico de marcadores até 12 horas após início do trombolítico
- Arritmias de reperfusão: ritmo idioventricular acelerado, bradicardia sinusal, reversão dos bloqueios AV ou de ramo





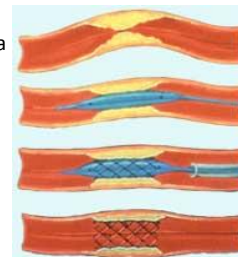
## Complicações dos trombolíticos

- **Hemorragias**  
Graves = AVC → 0,9 – 1%  
Maiores = transfusão sanguínea → 4 a 13%  
Menores = sangramento sem transfusão
- **Hipotensão arterial**  
Descartar outras causas se hipotensão arterial
- **Alergias**  
Especialmente com estreptoquinase



## Intervenção percutânea coronária

- Procedimento de escolha na recanalização coronariana
- Trombolíticos apresentam resultados similares nas primeiras 3h



## AI & IAM SSST

- Avaliar risco



## Fatores de alto risco na SCASSST

- Elevação de troponina
- Infra de ST
- DM
- Timi Score maior ou igual a 5
- Escore Grace

Cursam com prognóstico pior e devem na maioria das vezes ser tratados invasivamente



## Escore TIMI

História	Pontuação
Idade > 65 anos	1
≥ 3 fatores de risco p/ DAC	1
DAC conhecida > 50%	1
Uso de AAS nos últimos 7 dias	1
Angina recente < 24 h	1
Elevação dos Marcadores	1
Desvio do ST > 0,5 mm	1



## Escore GRACE

**GRACE ACS Risk Model**

At Admission (in-hospital/to 6 months) | At Discharge (to 6 months)

Age:  Years

HR:  bpm

SBP:  mmHg

Creat:  mg/dL

CHF:  Killip Class

☐ Cardiac arrest at admission

☐ ST-segment deviation

☐ Elevated cardiac enzymes/markers

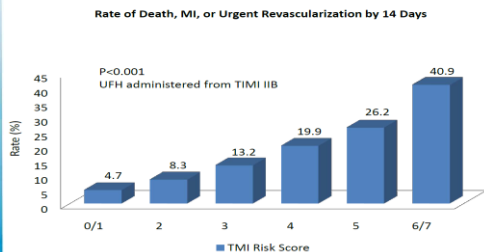
Probability of Death or MI

In-hospital	--	--
To 6 months	--	--

Calculator | Instructions | GRACE Info | References | Disclaimer



## TIMI risk score e risco de morte, IAM ou CRVM em 14 dias



## Pacientes com risco moderado ou alto estratificação

**Risco moderado (TIMI 3-4)**  
Estratificação não invasiva (cintilografia ou eco com estresse)  
Estratificação invasiva (cineangiocoronariografia)

**Alto risco (TIMI ≥ 5)**  
Estratificação invasiva (cineangiocoronariografia)



## SITUAÇÕES ESPECIAIS

- Infarto de VD
- Choque cardiogênico
- Complicações mecânicas



## Infarto de VD

- 50% dos casos de IAM inferior apresentam infarto do VD
- Aumenta complicações e mortalidade
- Suspeitar quando: IAM inferior + ↓ PA + pulmões limpos
- Não usar diuréticos, nitratos, IECA



## Choque cardiogênico

- Choque com IC ↓ e RVS ↑
- Reperusão
- Inotrópicos
- Cateter de Swan Ganz (titular hidratação e aminas)
- BIA
- ECMO
- Dispositivos de assistência ventricular



## Complicações mecânicas

- Rotura de músculo papilar
- Rotura de septo ventricular
- Rotura da parede livre do VE

Tratamento cirúrgico



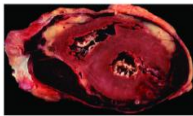
ATUALIZAÇÃO  
em Medicina Profissional

### Ruptura de parede livre de ventrículo esquerdo

#### Ruptura de parede livre de ventrículo esquerdo

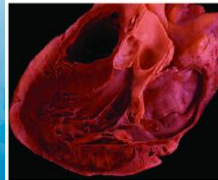
- Incidência de 0,8% a 6,2% dos infartos
- 10% dos pacientes que morrem de IAM na fase hospitalar
- Na maioria dos casos está associada a infarto transmural extenso, com envolvimento da parede anterior ou da lateral, cuja área de irrigação vem da artéria coronária descendente anterior

#### Free Wall Rupture



ATUALIZAÇÃO  
em Medicina Profissional

### Mitral Regurgitation (Papillary muscle rupture)

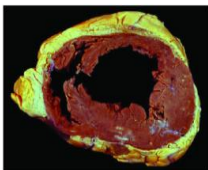


Characteristic	Papillary Muscle Rupture
Incidence	About 1% (posteromedial more frequent than anterolateral papillary muscle)
Time course	Bimodal peak; within 24 hours and 3-5 days; range 1-14 days
Clinical manifestations	Abrupt onset of shortness of breath and pulmonary edema; hypotension
Physical findings	A soft murmur in some cases, no thrill, variable signs of RV overload, severe pulmonary edema, cardiogenic shock
Echocardiographic findings	Hypercontractile LV, torn papillary muscle or chordae tendineae, flail leaflet, severe MR on color flow Doppler echocardiography
Right-heart catheterization	No increase in oxygen saturation from the RA to RV, large V waves,* very high pulmonary-capillary wedge pressures



ATUALIZAÇÃO  
em Medicina Profissional

### Ventricular Septal Rupture



Characteristic	VSR
Incidence	1-3% without reperfusion therapy, 0.2-0.34% with fibrinolytic therapy, 3.9% among patients with cardiogenic shock
Time course	Bimodal peak; within 24 hours and 3-5 days; range 1-14 days
Clinical manifestations	Chest pain, shortness of breath, hypotension
Physical findings	Harsh holosystolic murmur, thrill (+), S <sub>3</sub> , accentuated 2nd heart sound, pulmonary edema, RV and LV failure, cardiogenic shock
Echocardiographic findings	VSR, left-to-right shunt on color flow Doppler echocardiography through the ventricular septum, pattern of RV overload
Right-heart catheterization	Increase in oxygen saturation from the RA to RV, large V waves



ATUALIZAÇÃO  
em Medicina Profissional

## PONTOS CHAVES

- A SCA é uma das principais causas de morte
- Ela se divide em 1) IAMCSST e 2) IAMST e AI
- O diagnóstico de IAM é baseado na tríade dor torácica + alterações no ECG + alterações de biomarcadores



## PONTOS CHAVES

- O diagnóstico de SCA e tratamento devem ser precoces
- O melhor tratamento para IAMCSST é a reperfusão (IPC ou trombolíticos)
- Nas primeiras 3 horas, IPC e trombolíticos são equivalentes



## Casos Clínicos

### Caso Clínico 1

**46 anos**  
**Masculino**  
**HAS, Obesidade, DM2, DLP**  
**HF Negativa para DAC**

**Uso prévio:**  
**HCTZ 25mg, Enalapril 10mg 12/12h,**  
**Sinvastatina 20mg, Metformina 500mg**  
**12/12h**





ATUALIZAÇÃO  
em Medicina Interna



AMIB  
Associação Médica de Ilhéus do Brasil

ATUALIZAÇÃO  
em Medicina Interna

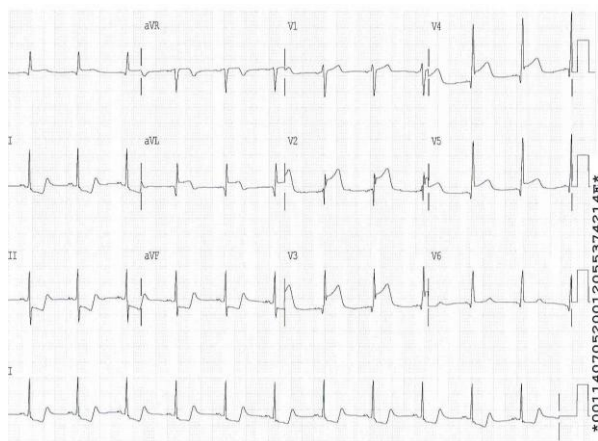
**Dor torácica retroesternal, opressiva, iniciada há 7 horas, com irradiação cervical. Sudorese e tontura associadas**

**Exame físico**  
Glasgow 15. Sem deficits

**ACV: Pulsos simétricos.**  
**FC: 104 bpm. RCR 2T sem sopros PA: 150/80 mmHg**

**AR: MV s/ RA FR: 24 irpm Sat: 94%**

AMIB  
Associação Médica de Ilhéus do Brasil



ATUALIZAÇÃO  
em Medicina Interna

## Caso Clínico 2

**62 anos**  
**Feminino**  
**Tabagista, HAS**  
**Passado de úlcera duodenal**  
**HF + DAC**

**Uso prévio:**  
**Valsartan 320mg/dia**

AMIB  
Associação Médica de Ilhéus do Brasil

ATUALIZAÇÃO  
em Medicina Profissional

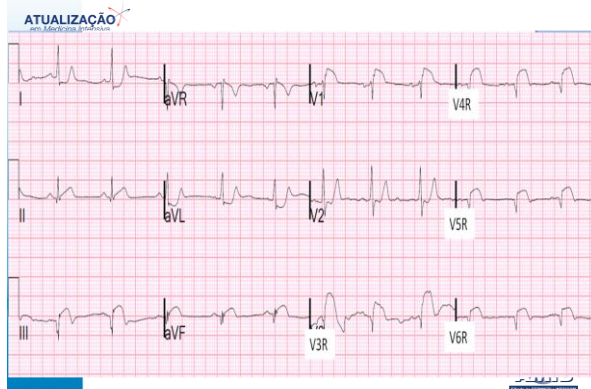
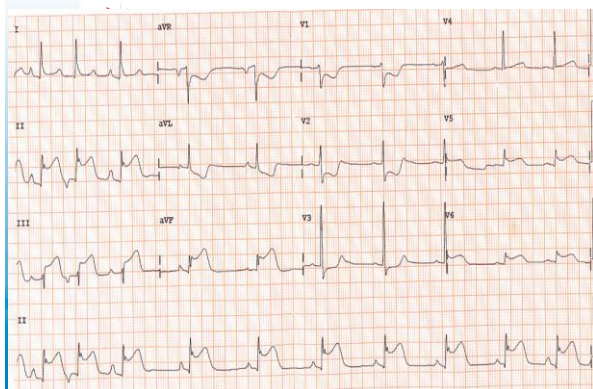


ATUALIZAÇÃO  
em Medicina Profissional

**Dor epigástrica intensa, iniciada há 1 hora, sem irradiação**

**Exame físico**  
**Glasgow 15. Sem deficits**

**ACV: Pulsos simétricos.**  
**FC: 80 bpm. RCR 2T sem sopros PA: 160/110 mmHg**  
**AR: MV s/ RA FR: 20 irpm Sat: 94%**



ATUALIZAÇÃO  
em Medicina Profissional

### Caso Clínico 3

60  
Masculino  
HAS, Tabagista

Uso prévio:  
Ramipril 5mg



ATUALIZAÇÃO  
em Medicina Profissional

Síncope durante atividade física, seguida de  
dispnéia e desconforto torácico – Início há 10 horas

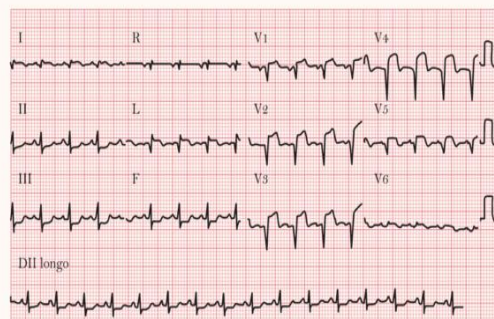
Exame físico  
Glasgow 15. Sem deficits

ACV: Pulsos simétricos.  
FC: 130 bpm. RCR 3T sem sopros. B3 PA: 90/60  
mmHg. Pele fria, má perfusão

AR: MV c/ EC bases FR: 28 irpm Sat: 89%



ATUALIZAÇÃO  
em Medicina Profissional



ATUALIZAÇÃO  
em Medicina Profissional

### Caso Clínico 4

70  
Masculino  
Uso de drogas ilícitas

Uso prévio:  
Nega uso de medicações



ATUALIZAÇÃO  
em Medicina Profissional



ATUALIZAÇÃO  
em Medicina Profissional

**Dor torácica iniciada durante relação sexual– Início há 4 horas**

**Exame físico**  
**Glasgow 15. Sem deficits**

**ACV: Pulsos simétricos.**  
**FC: 50 bpm. RCR 2T sem sopros. PA: 160/60 mmHg.**  
**Pele fria, má perfusão**

**AR: MV s/RA : 96%**

