PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DA FAMÍLIA

PEPSUS
PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Urgência e Emergência na Atenção Primária à Saúde

UNIDADE 2

Coisas do coração

Conteudista - Nancy Cristina Baumgartner Fernandes de Barros

Equipe de revisão técnico-científica
Cecília Nogueira Valença Eva Emanuela Lopes Cavalcante Feitosa José Adailton da Silva Laianny krizia maia Pereira Lyane Ramalho

Unidade 2: Coisas do coração

Caro cursista, nesta unidade iremos apresentar questões importantes sobre o manejo da dor torácica, das crises hipertensivas e do Suporte Básico de Vida na APS. Vamos lá?

Aula 1: Abordando a dor torácica

A dor torácica representa um grande desafio para a equipe de saúde, pois algumas de suas implicações clínicas são potencialmente fatais se não forem prontamente reconhecidas.

Dentre as causas de dor torácica com alto risco de complicações, ganha destaque a síndrome coronariana aguda, por ser uma condição frequente. Desse modo, a abordagem inicial de uma pessoa com dor torácica na atenção primária tem a finalidade de confirmar ou afastar esse diagnóstico, considerando ainda, para o encaminhamento ao serviço emergencial, outras causas potencialmente fatais, realizando a coordenação do cuidado.

Mas como distinguir se a causa da dor torácica é potencialmente grave?

Antes de responder a essa pergunta, vamos revisar as principais causas de dor torácica.

Etiologia

Causas cardíacas

A doença coronariana

A doença coronariana é o resultado da obstrução das artérias coronárias por placas de ateroma. Ela pode apresentar três formas clínicas distintas: assintomática, aguda e crônica.

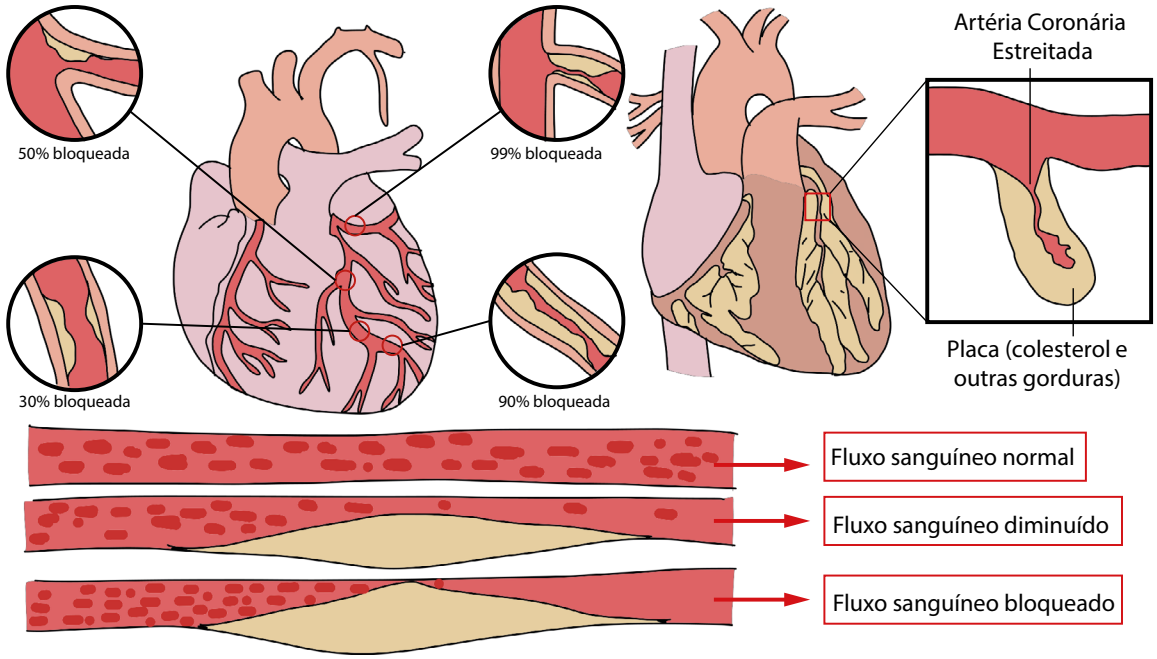


Figura 3 - Doença Arterial Coronariana (DAC)

A forma assintomática é provocada por diminuição transitória do fluxo coronariano por fenômenos de vasoconstrição. Embora não produza sintomas, a isquemia silenciosa também está relacionada a um prognóstico desfavorável.

A forma crônica, angina estável, é caracterizada por dor ou desconforto em aperto nas regiões torácica, epigástrica, mandíbula, ombro, dorso ou membros superiores, que tipicamente é agravada por exercício ou estresse emocional e aliviada com o uso de nitrato ou repouso. O quadro é consequência, na maioria das vezes, da redução da reserva coronariana relacionada a uma limitação fixa do fluxo sanguíneo coronariano, devido à presença de placas de ateroma. Mas também pode estar relacionada a um aumento da demanda de oxigênio, como ocorre nas situações de estresses emocionais ou atividade física.

A síndrome coronariana aguda é a apresentação clínica da isquemia aguda do miocárdio secundária à aterosclerose coronariana. Ela se manifesta com achados clínicos variáveis, incluindo a angina instável (AI) e o infarto agudo do miocárdio (IAM).

Na angina instável o paciente refere desconforto precordial isquêmico acompanhado de pelo uma das seguintes características:

- Surgimento em repouso (ou aos mínimos esforços);
- Duração prolongada;
- Caráter mais intenso;
- Caráter progressivo de intensidade, frequência e duração (angina em crescendo).

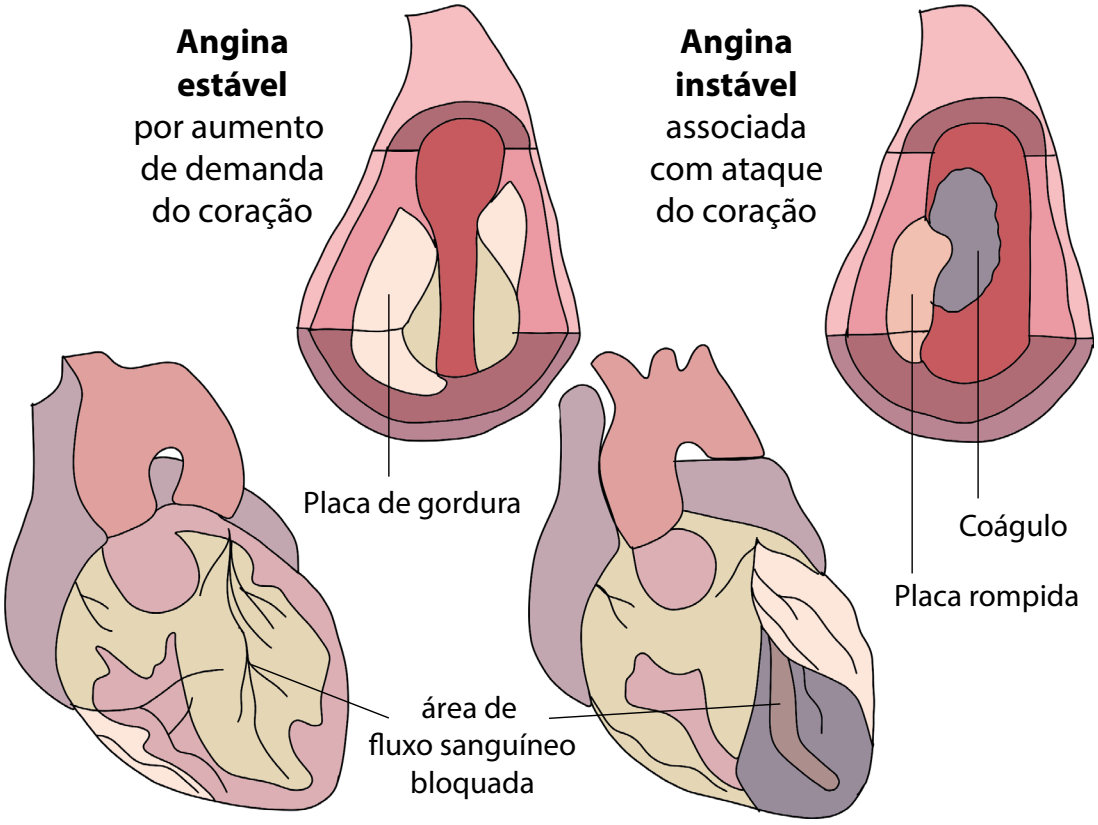
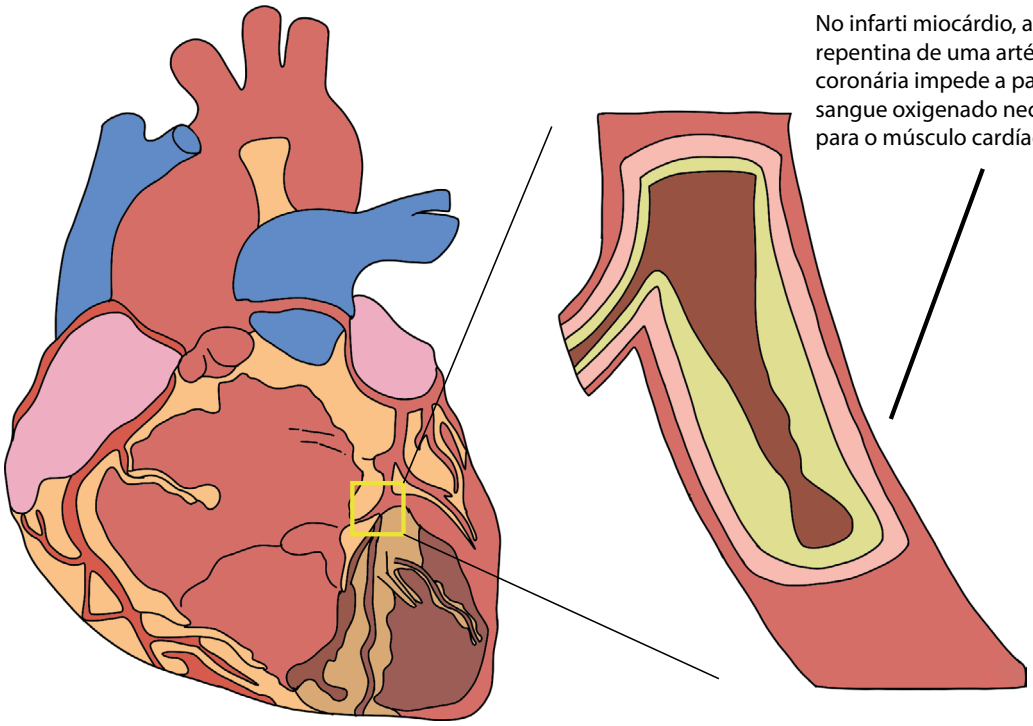


Figura 4 - angina instável

A angina instável é o resultado da instabilidade da placa de ateroma que pode se dar por vários mecanismos fisiopatológicos, como a lesão na placa de ateroma com formação de trombo suboclusivo de plaquetas, o aumento rapidamente progressivo no volume da placa, dentre outros.

Os IAM são causados por oclusões agudas nas coronárias. Na maioria dos casos, essa oclusão é causada pela aterotrombose (formação de um trombo sobre a placa de ateroma que sofreu ruptura).



O local onde a circulação é interrompida (zona mais escura) é danificado nos primeiros instantes e pode chegar à fase de necrose irreversível se a obstrução não for tratada logo.

Figura 5 - infarto do miocárdio

Outras causas cardíacas

Outras causas cardíacas de dor torácica são dissecção de aorta, valvopatias e pericardites. Na dissecção de aorta a dor costuma ser de início súbito, de forte intensidade desde o início, frequentemente com irradiação para o dorso ou para outros pontos seguindo o percurso da aorta, com presença de sinais autonômicos (palidez cutânea e sudorese profusa). A estenose aórtica pode apresentar dor torácica acompanhada de dispnéia e/ou síncope. Nesses casos, o exame físico apresenta os sinais semiológicos característicos dessa valvopatia.

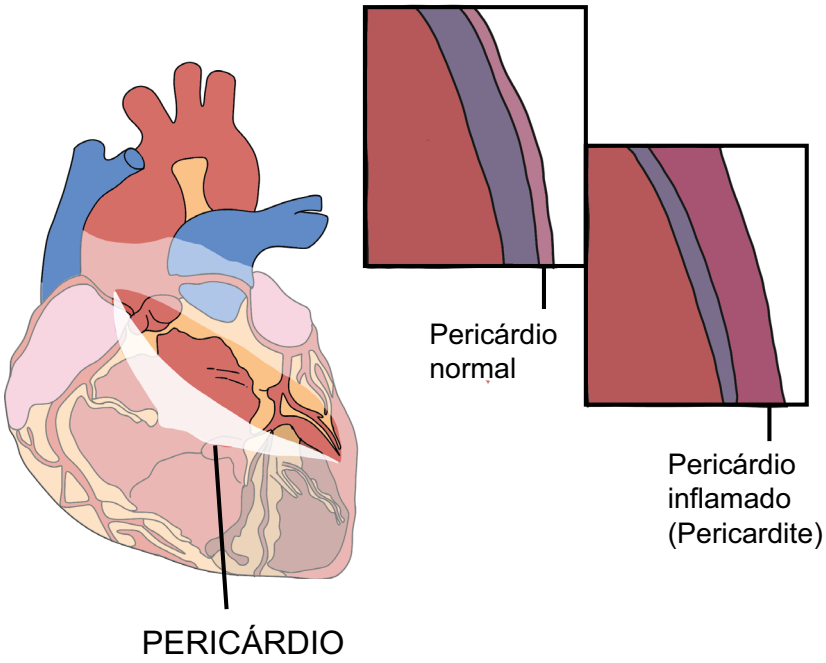


Figura 6 - pericardite

A Pericardite caracteriza-se por dor súbita, localizada na região anterior e com piora à inspiração, assemelhando-se à angina e diminuindo quando o paciente se movimenta para frente. Um achado muito sugestivo da pericardite no exame físico é o atrito pericárdico.

Causas não cardíacas

As causas mais comuns de dor torácica não cardíaca são:

- dor musculoesquelética;
- transtornos psiquiátricos (ansiedade, transtorno do pânico);
- distúrbios gastrointestinais (doença do refluxo gastroesofágico, cólica biliar, espasmo esofágico);
- doenças pulmonares (pneumonia, neoplasia torácica, pneumotórax).

Abordagem inicial da dor torácica

Agora que revisamos as principais causas de dor torácica vamos voltar a nossa pergunta inicial: *como distinguir se a causa da dor torácica é potencialmente grave?*

A avaliação inicial da gravidade da dor torácica se baseia na realização adequada da história clínica e no exame físico. Como a síndrome coronariana aguda é a mais frequente dentre as causas potencialmente graves de dor torácica, a abordagem inicial é feita no sentido de confirmar ou afastar esse diagnóstico. Desse modo, a história clínica deverá contemplar tanto o quadro clínico atual, procurando identificar sintomas e sinais típicos da SCA, quanto a presença de fatores de risco para doença cardiovascular (tabagismo, hipertensão, diabetes, dislipidemia e história familiar de doença arterial coronariana precoce). É importante lembrar que em mulheres, idosos e diabéticos a SCA pode se manifestar com dor atípica (não anginosa) ou somente com equivalentes anginosos como dor torácica em queimação, epigastralgia, síncope, entre outros.

O exame físico na maioria das SCA é pouco específico, sendo os principais achados bradicardia ou taquicardia sinusal, hipertensão arterial, quarta bulha e estertores pulmonares. O exame físico é fundamental para realização de diagnóstico diferencial.

Manejo da síndrome coronariana aguda na APS

Pacientes com suspeita de infarto agudo do miocárdio ou angina instável devem ser encaminhados para atendimento emergencial. Em localidades com acesso ao eletrocardiograma na APS, a presença de alterações de segmento ST ou onda Q auxilia a definir os pacientes que devem ser encaminhados em caráter urgência.

Medidas que devem ser realizadas ainda na APS enquanto se aguarda transferência:

- Manter o paciente em repouso;
- Verificar sinais vitais e realizar ECG;
- Administrar AAS 100 mg 3 cp de forma rotineira, exceto nos pacientes que apresentem contraindicações: alergia ou intolerância ao medicamento, sangramento ativo, hemofilia e úlcera péptica ativa;
- Administrar oxigênio se o paciente apresentar saturação de O2 < 94% ou congestão pulmonar ou presença de desconforto respiratório, 3L/min por óculos nasal;
- Administrar nitrato sublingual 5 mg, podendo repetir a dose em 15 min para reversão de eventual espasmo e/ou para alívio da dor anginosa. Contraindicado para: pacientes hipotensos (PAS < 90mmHg), uso prévio de inibidores da fosfodiestarese-5 nas últimas 24 h e suspeita de comprometimento de ventrículo direito;
- O uso de morfina endovenosa está reservado para pacientes com dor intensa e refratária, sendo as doses de 2 a 4 mg e podendo ser repetida, em 15 minutos, a dose de 2 mg.

É importante que as equipes de saúde de família continuem realizando a coordenação do cuidado desses pacientes. Após a alta hospitalar, uma visita domiciliar deve ser agendada para continuidade da assistência.

Aula 2: As crises hipertensivas

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um dos principais problemas na saúde pública brasileira, que gera um alto custo, principalmente pelas suas complicações, sendo um dos principais fatores para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares.

A elevação dos níveis pressóricos é bastante comum na atenção primária, por isso, esse tema é de muita importância para que não sejam tomadas condutas inadequadas e hipermedicalização. A grande vantagem desse paciente ser visto na unidade de saúde da família é o conhecimento de sua história prévia por uma equipe que o acompanha de forma integral e longitudinal, permitindo reconhecer de forma mais precisa e célere a gravidade do episódio agudo.

Antes de seguirmos para diagnóstico e tratamento é importante revisarmos alguns conceitos.

Hipertensão arterial sistêmica (HAS)

A HAS pode ser traduzida como o aumento dos níveis pressóricos acima do recomendado para uma determinada faixa etária e condição clínica, sempre levando em conta também o risco cardiovascular. Com base na média de duas ou mais medidas em diferentes visitas, com técnica adequada, aparelho calibrado e com indivíduo em posição sentada, é possível definir o diagnóstico. A HAS é uma doença crônica, na maior parte do tempo silenciosa, mas que pode levar a lesões em órgãos vitais, como rins, cérebro, coração, entre outros, situação conhecida como lesão de órgão-alvo, cujas repercussões clínicas são complicações como infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico, insuficiência renal, entre outras.

Crises hipertensivas

Podemos dividir as elevações inadequadas da pressão arterial (PA) em três classes:

1. *Crise Hipertensiva*

Definida pelo aumento do nível pressórico, associado ao desenvolvimento de alguma complicação clínica. Constituem as emergências e urgências hipertensivas.

Emergências hipertensivas:

Situações que apresentam lesão aguda de órgãos-alvo e risco de morte iminente. Nesse caso, os níveis pressóricos devem ser reduzidos imediatamente e gradativamente.

Urgências hipertensivas:

Nesses casos, existe uma elevação da PA, que caso não seja controlada, pode gerar complicações em órgãos-alvo a curto prazo.

2. *Pseudocrise hipertensiva:*

Ocorre quando existe um aumento acentuado da PA, entretanto, os sintomas relatados pelo paciente não se relacionam com esse aumento. Nesses casos, os níveis pressóricos se acentuam por algum desconforto ou dor (tonturas, cefaleia, cólicas...). Esse é o grupo que mais procura um atendimento de urgência.

3. *Elevação eventual do nível pressórico:*

É geralmente um achado de uma medição de rotina na Unidade de Saúde. Nesse caso existe uma alteração nos níveis pressóricos dos pacientes, que não relatam nenhuma queixa.

Como realizar a abordagem quando estamos diante de uma pessoa com nível pressórico elevado?

Para começar, precisamos conhecer a história clínica desse paciente.

O que é importante saber?

- Tempo de diagnóstico e gravidade da hipertensão previamente existente;
- Presença de lesão prévia de órgãos-alvo;
- Uso de medicações hipertensivas, grau de aderência ao tratamento e controle da PA;
- Uso de outras substâncias (como simpaticomiméticos) ou drogas ilícitas;
- Presença de sintomas específicos, sugerindo comprometimento de órgãos-alvo: dor torácica (isquemia miocárdica ou dissecção de aorta), dorsalgia ou lombalgia (dissecção de aorta), dispnéia (insuficiência cardíaca), sintomas neurológicos focais, cefaleia, convulsões e alterações do nível de consciência.

O exame físico permite completar a nossa investigação em busca de sinais que auxiliem nosso diagnóstico:

O que é importante procurar?

- Aferir PA nos dois braços;
- ferir a PA com o paciente deitado e em pé (se possível);
- ealizar fundo de olho para rastreio de retinopatia avançada com dano arteriosa, hemorragias ou papiledema;
- Procurar sinais de insuficiência cardíaca (IC): taquipneia, estase jugular, B3, ictus desviado, hepatomegalia, edema de membros inferiores ou alteração da ausculta pulmonar;
- Procurar sinais de dissecção de aorta: pulsos assimétricos, sopros cardíacos e abdominais ou massas pulsáteis abdominais;
- Observar exame neurológico: deve avaliar o nível de consciência e orientação, sinais de irritação meníngea, campo visual e sinais neu-

Através da identificação dos sinais e sintomas podemos, então, avaliar se estamos diante de uma emergência hipertensiva.

O reconhecimento de uma emergência hipertensiva é de fundamental importância para garantir ao paciente recursos adequados para o seu tratamento, o que demandará a transferência para um nível de maior densidade tecnológica. Lembrando que caberá à equipe de saúde da família realizar a coordenação do cuidado desse paciente.

A seguir, estão os sinais e sintomas das principais emergências hipertensivas.

SINAIS E SINTOMAS DAS PRINCIPAIS EMERGÊNCIAS HIPERTENSIVAS 	Encefalopatia hipertensiva	AVE Hemorrágico:
	•Evolução insidiosa; •Cefaleia (geralmente pior pela manhã); •Náuseas e vômitos (em dias subsequentes); •Queda do nível de consciência; •Crises convulsivas; •Exame Físico: hiperreflexia, sinal de Babinski bilateral, mioclônus.	•Evolução rápida; •Cefaleia intensa e súbita; •Crise convulsiva; •Queda do nível de consciência.
AVE Isquêmico	**Edema Agudo de Pulmão**	**Síndrome coronariana aguda**
•Déficit neurológico focal; •Geralmente sem alteração do nível de consciência	•Dispneia; •Sudoreses; •Má perfusão periférica e sudorese; •Estertores pulmonares; •B3 e/ou B4.	•Dor precordial (acompanhada ou não de náuseas, dispneia e sudorese); •B4 presente; •Alteração de ECG.
Dissecção aguda de aorta	**Eclâmpsia**	**Hipertensão maligna**
•Dor retroesternal (geralmente descrita como “cortante”) que pode irradiar para o dorso; •Pulsos assimétricos (Diferença de PA > 20mmHg); •Sopro de insuficiência aórtica aguda.	•Gestante com diagnóstico prévio de pré-eclampsia que desenvolve convulsões.	•Astenia, mal-estar, oligúria, sintomas vagos cardiovasculares e ou neurológicos; •Fundo de olho: papiledema.

Icons made by Freepik from www.flaticon.com

Mas e se não estamos diante de uma emergência hipertensiva, o que fazer?

Nesse caso, o paciente deve ser manejado na atenção primária. Vejamos a seguinte situação:

Sr. Carlos, 64 anos, hipertenso há 22 anos, procurou a unidade de saúde queixando-se de dificuldade para leitura mesmo usando os óculos. Acredita que precise de uma reavaliação com o oftalmologista. No preparo, verificou-se que a pressão apresentava PA de 230x140mmHg. Na consulta médica o paciente referiu cefaleia, zumbidos e tonturas, mas não foram evidenciados sinais ou sintomas de lesão de órgão-alvo.

Qual a principal hipótese diagnóstica nesse caso?

Se você respondeu urgência hipertensiva, acertou em cheio!

O que fazer nesse caso?

Diante da urgência hipertensiva, a meta é atingir o nível pressórico ideal em 24 a 48h. A conduta adequada é usar anti-hipertensivos por via oral, mas a terapêutica pode ser instituída após um período de cerca de duas horas de observação clínica em ambiente calmo e de pouca luminosidade, condição que ajuda a afastar situações de pseudocrise hipertensiva, que podem ser resolvidas somente com repouso e, às vezes, com uso de analgésicos ou tranquilizantes. O captopril é uma boa opção para esses casos e deve ser administrado **via oral**.

Na pseudocrise hipertensiva, a elevação deve-se exclusivamente a estresse físico ou psicológico (por exemplo: dor). Nessa condição a elevação da PA é uma consequência e não a causa do sintoma referido pelo paciente. Se o paciente apresenta PA elevada e sintomas que não se correlacionam à hipertensão, o médico deve sempre tratar os sintomas, visto que estes devem ser o motivo da hipertensão.

Já na elevação eventual da pressão arterial, muitos pacientes apresentam a PA demasiadamente elevada simplesmente por não usarem as medicações ou por não saberem ser portadores de hipertensão arterial sistêmica. Nesses casos é importante fazer a abordagem da hipertensão e, nos casos da má adesão, utilizar ferramentas para aumentar a adesão ao tratamento, como educação e saúde, método clínico centrado na pessoa e abordagem familiar.

Aula 3: Suporte básico de vida

A parada cardiorrespiratória (PCR) não é uma situação comum na rotina de trabalho na APS. No entanto, é uma situação possível de ocorrer e, nesse caso, o início imediato das manobras de reanimação, antes mesmo da chegada do serviço de emergência (com equipe de suporte avançado) aumenta a chance de sobrevida e evita sequelas pós-PCR. Dessa forma, as equipes de saúde da família devem estar preparadas para um atendimento rápido e organizado, com o intuito de aumentar a chance de sucesso das manobras de ressuscitação cardiopulmonar (RCP).

Define-se como parada cardiorrespiratória (PCR) a interrupção súbita e brusca da circulação sistêmica e da respiração. Após uma PCR, o indivíduo perde a consciência em cerca de 10 a 15 segundos devido à parada de circulação sanguínea cerebral.

Para que o socorro possa ser prestado de maneira sistematizada à pessoa com PCR, as Diretrizes da American Heart Association (2015) desenvolveram a cadeia de sobrevivência, constituída pela sequência de ações representadas na figura abaixo:

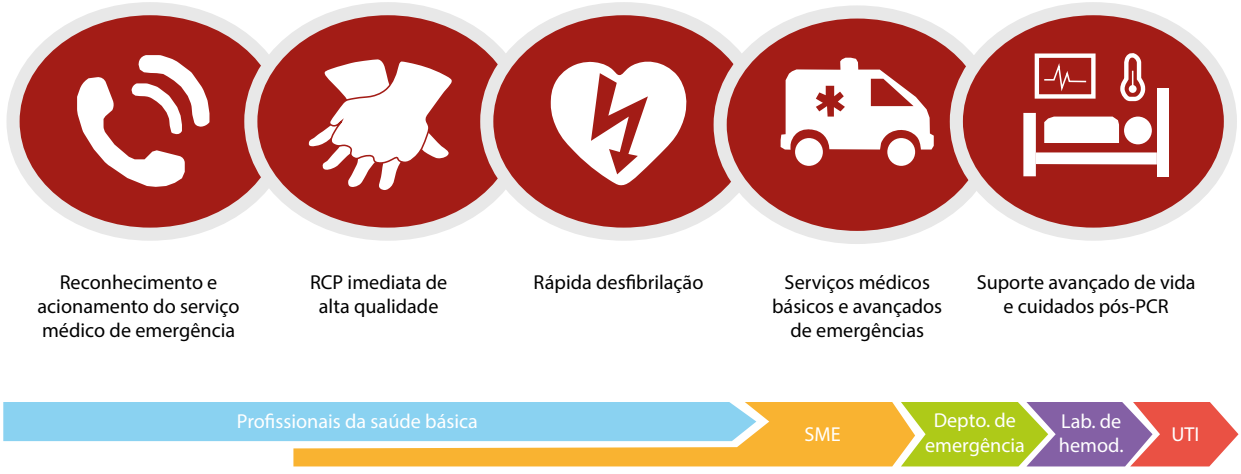


Figura 7 - Cadeia de sobrevivência (PCREH - Parada Cardiorrespiratória Extra-Hospitalar)

Fonte: Adaptado de AHA, ACLS (2015).

Vamos agora entender melhor os três primeiros ELOS que compõem a CADEIA DE SOBREVIVÊNCIA, já que eles devem ser realizados pela equipe de atenção primária, podendo ser realizados também por leigos treinados caso a PCR aconteça em ambientes fora da unidade.

1° Elo - Reconhecimento da parada cardiorespiratória e acionamento do serviço médico de emergência

Para reconhecer a PCR é necessário avaliar três parâmetros:

- Inconsciência (responsividade);
- Ausência de movimentos respiratórios;
- Ausência de pulso.

O reconhecimento, então, deve seguir os seguintes passos:

1. Checar a responsividade (tocar os ombros e chamar o paciente em voz alta). Se irresponsivo, peça ajuda (ligue para o SAMU 192 ou 193, solicite o desfibrilador da unidade e o AMBU, se disponíveis).

2. Verificar a presença de movimentos respiratórios e o pulso simultaneamente. Cheque o pulso (carotídeo) colocando as pontas dos dedos indicador e médio no meio do pescoço; escorregue-os lateralmente, como indicado na figura, para encontrar a artéria carótida (máximo de 10 segundos para este procedimento). Se pulso ausente, inicie a RCP com ênfase nas COMPRESSÕES TORÁCICAS (2° elo da cadeia de sobrevivência).

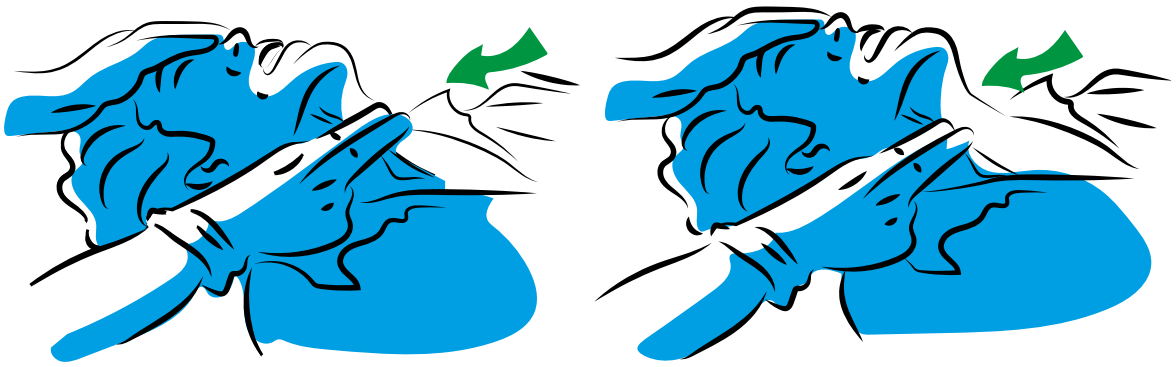


Figura 8 - Reconhecimento da parada cardiorrespiratória
Fonte: <https://www.isastur.com/external/seguridad/data/imagenes/1/12_3.jpg>.
Acesso em: 10 out. 2018.

2° Elo – RCP imediata de alta qualidade

Iniciar a RCP na sequência C – A – B

C - CIRCULAÇÃO -

Posicionar o paciente em decúbito dorsal em superfície plana, rígida e seca e iniciar RCP pelas compressões torácicas, mantendo ciclos de 30 compressões eficientes (na frequência de 100 a 120/min, deprimindo o tórax em 5 a 6 cm com completo retorno)

A – VIAS AÉREAS (AIR WAY)

As duas técnicas básicas para desobstrução das vias aéreas são: a manobra de inclinação da cabeça-elevação do queixo e a manobra de tração da mandíbula.

Inclinação da cabeça – elevação do queixo: essa manobra desloca a base da língua da região inferior da garganta. Com a palma da mão na testa do paciente, inicie delicadamente a inclinação da cabeça, com dois dedos no queixo, elevando-o e deslocando a cabeça para trás.



Figura 9 - Técnica para desobstrução das vias aéreas

Fonte: <https://media.istockphoto.com/vectors/first-aid-person-opening-the-mouth-clearing-airway-ethnicities-vector-id479278444>. Acesso em: 10 out. 2018.

Manobra de tração da mandíbula: posicionar perto da cabeça do paciente. Com as mãos nos lados do rosto do paciente, agarre a mandíbula com as pontas dos dedos e tracione-a para cima. Apoiando os polegares no rosto do paciente com os dedos indicador e médio tracionando o ângulo da mandíbula para cima, consegue-se a desobstrução das vias aéreas (essa técnica é utilizada quando se suspeita de lesão de coluna cervical).

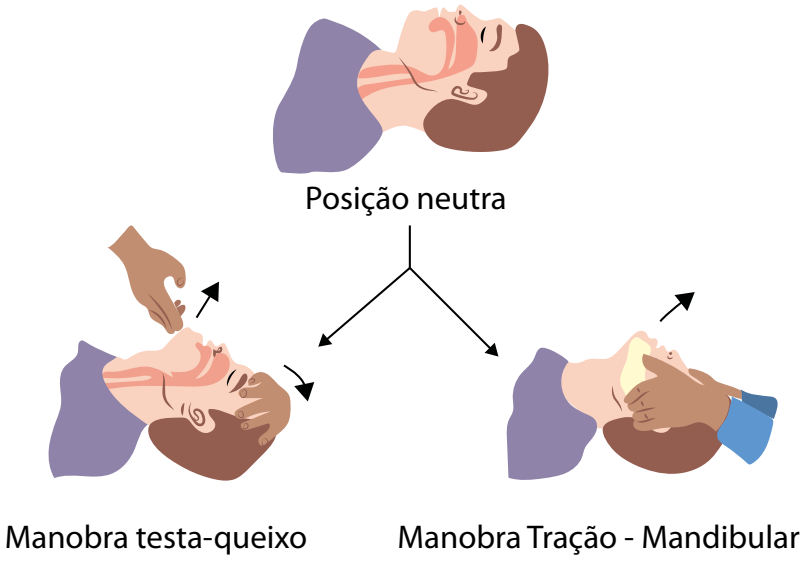


Figura 10 - Manobra de tração da mandíbula

B - VENTILAÇÃO (BREATHING)

É necessário realizar duas insuflações eficientes (de 1 seg cada e com visível elevação do tórax bilateralmente) com bolsa valva-máscara com reservatório e oxigênio adicional. Deve-se intercalar as compressões torácicas com as ventilações na proporção de 30:2 (1 ou 2 socorristas), ou seja, a cada 30 compressões torácicas (100 compressões por minuto), realizam-se duas ventilações.

Algumas considerações para manter as insuflações eficientes são:

- Expansão do tórax - Caso não haja expansão do tórax, verificar se está havendo escape de ar entre a máscara e o rosto do paciente ou se as vias aéreas estão realmente retificadas.

- Conexão à fonte externa de oxigênio - Para melhor oxigenação, o Ambu deve estar preferencialmente conectado com uma fonte externa de O2 com 15L/min e nele fixada uma bolsa de ar. Dessa forma, o ar fornecido contém quase 100% de oxigênio.

- Volume fornecido - A compressão de cerca de metade do volume do Ambu (que corresponde em média a 800mL) é suficiente para garantir o volume efetivo de resgate para maioria dos adultos.

- Prevenção de refluxo gastroesofágico - O fluxo de ar lento e suave evita ultrapassar a pressão que mantém o esfíncter gastroesofágico fechado, prevenindo assim o refluxo. Portanto, não se deve comprimir o Ambu de maneira intempestiva.

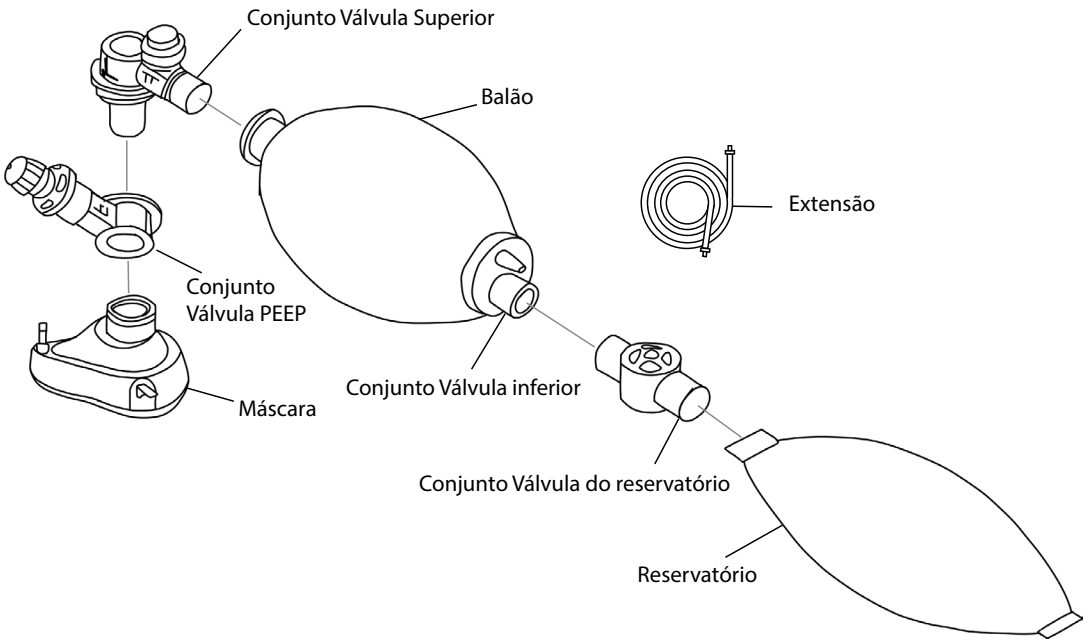


Figura 11 - Partes do Ambu

3° Elo – Rápida desfibrilação

Assim que o DEA estiver disponível (se estiver disponível), devem ser realizados os procedimentos para desfibrilação rápida, se indicada.

- Instalar os eletrodos de adulto do DEA no tórax desnudo e seco do paciente sem interromper as compressões torácicas;
- Ligar o aparelho. Interromper as compressões torácicas apenas quando o equipamento solicitar análise. Seguir as orientações do aparelho quanto à indicação de choque.
- Se choque for indicado:
- Solicitar que todos se afastem do contato com o paciente;
- Disparar o choque quando indicado pelo DEA;
- Reiniciar imediatamente a RCP após o choque, começando pelas compressões torácicas, por 2 minutos.

A cada 2 minutos de compressões e insuflações eficientes, checar novamente o ritmo com o DEA (o próprio equipamento solicita a análise no tempo indicado):

- Se choque for indicado, siga as orientações do equipamento. Em seguida, reinicie imediatamente a RCP com ciclos de 30 compressões para duas insuflações;

- Se choque não for indicado, checar pulso carotídeo e, se pulso ausente, reiniciar imediatamente a RCP com ciclos de 30 compressões para duas insuflações.

- Manter os ciclos de RCP e avaliação do ritmo até:

- A chegada do serviço médico de emergência;

- A vítima apresentar sinais de circulação (respiração, tosse e/ou movimento);

Na ausência de retorno à circulação espontânea, sem indicação de choque pelo DEA, interromper a RCP quando a equipe estiver em exaustão. Sempre que possível essa decisão deve ser tomada pelo médico da unidade.

Paciente com retorno da circulação espontânea após manobras de Ressuscitação Cardiopulmonar.

- Manter os eletrodos do DEA instalados no tórax do paciente e

- Otimizar a ventilação e a oxigenação com ênfase para: Manter permeabilidade da via aérea; Manter a SatO2 ≥ 94%; Se em parada respiratória, iniciar com 10 a 12 insuflações/min com bolsa valva-máscara, se disponível; com cuidado para não hiperventilar; Avaliar sinais vitais; Realizar ECG de segunda opinião – Telecárdio, se disponível; Controlar glicemia; Manter atenção para a recorrência de PCR e a necessidade de reiniciar RCP; Preparar para o transporte.

Fonte: AHA, ACLS (2015).