

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO INICIAL DE URGÊNCIAS CARDIOLÓGICAS E NEUROLÓGICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Protocolo singularizado para o Município de
Jundiaí –2024
Versão I



Prefeitura
de Jundiaí



**Prefeitura
de Jundiaí**

**PROTOCOLO DE ATENDIMENTO
INICIAL DE URGÊNCIAS
CARDIOLÓGICAS E
NEUROLÓGICAS NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA**

Protocolo singularizado para o Município de Jundiaí - 2024

Versão I



Organização e Elaboração

Departamento de Regulação da Saúde (DRS)
Departamento de Atenção Básica em Saúde (DABS)
Unidade de Gestão de Promoção da Saúde

Dra. Erika Pimenta de Padua Mayer (Apoio Técnico Saúde da Mulher)

Dra. Fernanda Tiemi Dotto Matsusaki (Apoio Técnico Saúde da Criança e Adolescente)

Dra. Patrícia Ledo Martins Costa (Apoio Técnico Saúde do Adulto e Idoso)



SUMÁRIO

1. CRISE HIPERTENSIVA -----	03
2. DOR TORÁCICA -----	06
3. SÍNCOPE OU PERDA TRANSITÓRIA DE CONSCIÊNCIA -----	11
4. OUTRAS ALTERAÇÕES CARDIOLÓGICAS -----	14
4.1 Insuficiência Cardíaca	
4.2 Arritmias	
4.3 Doença Orovalvar	
5. OUTRAS ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS -----	15
5.1 Cefaléia	
5.2 Epilepsia	
5.2 Distúrbio do Movimento	
5.3 Dor neuropática	
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS -----	16



1. CRISE HIPERTENSIVA

É a situação na qual há aumento agudo da pressão arterial, arbitrariamente definida como superior ou igual a 180 mmHg de sistólica e/ou 120 mmHg de diastólica, geralmente sintomática, que pode ou não resultar em risco ou em deterioração de órgãos-alvo. É dividida em **urgência** e **emergência** hipertensiva.

1.1) Urgência Hipertensiva

Elevação da pressão arterial sem risco imediato de vida ou de dano agudo a órgãos-alvo. O controle da pressão deve ser feito com medicações orais e em até 24 horas;

O manejo terapêutico das **urgências hipertensivas** deve ser feito com agentes anti-hipertensivos administrados por via oral, que tenham início de ação e tempo de duração da ação relativamente curtos. Em geral, o paciente deve ser observado por algumas horas em ambiente calmo, com o objetivo de reduzir a pressão e de controlar os sintomas. Deve-se avaliar sintomas de dor e ansiedade.

Em caso de uma crise hipertensiva deve-se colocar o paciente de forma confortável e proceder a aferição dos outros sinais vitais e exame físico completo.

Medicação antihipertensiva para urgência disponíveis na atenção básica:

- Captopril 25mg via oral repetir após 1h se necessário
- Hidralazina 25mg se não houver resposta ao captopril ou se paciente tem alergia

Medicação para dor:

- Dipirona 40 gotas ou comprimido 500mg
- Paracetamol 40 gotas ou comprimido 500mg



Medicação para ansiedade (se medidas não farmacológicas como escuta e ambiente calmo não tiver resposta):

- Diazepam 10 mg meio comprimido

Importante ressaltar que não se deve baixar a pressão abruptamente, ou seja, paciente que está com 180 mmHg de sistólica não deve baixar para 120 mmHg nas próximas horas. Se baixar para 160 mmHg - 150 mmHg está adequado.

Para alta, o alvo é pressão arterial 160x100 mmHg. Orientar na alta dieta pobre em sal, fazer uso regular das medicações anti hipertensivas e procurar pronto atendimento caso apresente sinais de alerta como dor torácica, sangramento, dispneia e mal estar. Retornar no dia seguinte para medir a pressão arterial ou medir em casa.

1.2) Emergência Hipertensiva

Elevação da pressão arterial com risco iminente de morte ou de dano agudo a órgãos-alvo. Geralmente a pressão está acima de 180 x 120 mmHg e o tratamento é hospitalar. A elevação da pressão arterial está associada a sintomas como: dispneia, dor torácica, náusea e vômitos, déficit motor novo, embaçamento ou turvação visual, confusão mental aguda, convulsão, alteração do nível de consciência, hematúria, edema ou hemorragias.

Em caso de uma crise hipertensiva deve-se colocar o paciente de forma confortável e proceder a aferição dos outros sinais vitais além do exame físico completo. Se houver déficit motor novo ou confusão mental, deve-se suspeitar de acidente vascular cerebral, nesses casos, deve ser aplicada a escala de Cincinnati. Todas essas informações são essenciais no acionamento ao SAMU.



Escala de Cincinnati na suspeita de **Acidente Vascular Cerebral**:

	Normal	Alterado
Assimetria Facial (pedir para sorrir)	ambos os lados se movem igualmente	um lado move menos que outro
Debilidade dos braços (manter os braços estendidos a 90 graus por 10 segundos de olhos fechados)	ambos são sustentados igualmente	um membro cai comparado ao outro
Alteração na fala (Repetir a frase: "O Brasil é o país do Futebol")	troca as palavras, ou não consegue falar algumas ou todas as palavras	fala corretamente todas as palavras

Caso seja uma **emergência hipertensiva**, deve-se acionar o socorro médico de imediato. Se houver suspeita de AVC deve-se comunicar ao SAMU a alteração neurológica presente e dizer se a Escala de Cincinnati está alterada ou não. Se houver emergência hipertensiva associada a dor torácica seguir o protocolo de DOR TORÁCICA.



2. DOR TORÁCICA

A dor torácica é o principal sintoma da síndrome coronariana aguda. Uma dor torácica tipicamente anginosa é precordial ou retroesternal, em aperto ou queimação, com início súbito, com irradiação para dorso, membros superiores, cervical ou epigástrico. Porém, a isquemia pode-se apresentar apenas como equivalente anginoso: dor epigástrica, dispepsia, dispneia, náuseas e vômitos, sudorese, hipotensão e síncope. Pacientes idosos (> 75 anos de idade), mulheres e portadores de diabetes, doença renal crônica ou demência, podem se apresentar mais comumente com equivalentes anginosos.

Não podemos deixar de mencionar sintomas atípicos, que ajudam a descartar Síndrome Coronariana Aguda (SCA) e que podem aparecer como dor em agulhada, facada, ou dor aos movimentos respiratórios, dor em região epigástrica que melhora com alimentação ou acompanhada de sensação de refluxo, dores localizadas em ombro direito ou Hemitórax direito.

Lembrar dos diagnósticos diferenciais da dor torácica: SCA, Dissecção Aórtica, Trombo Embolismo Pulmonar (TEP), Pneumotórax, Causas Musculoesqueléticas, Doença do Refluxo Gastroesofágico, Pancreatite Aguda, Causas Cardíacas não isquêmicas, Causas Psiquiátricas.

Exame físico:

Os sintomas podem ser comuns à angina instável, infarto agudo do miocárdio sem supra ST (IAMSST) e ao infarto agudo do miocárdio com supra ST (IAMCST). Geralmente, os pacientes que apresentam um exame físico com mais comemorativos possuem um IAMCST.

Podem apresentar diaforese, pele pegajosa, presença de bulha acessória. A ausculta cardíaca pode revelar um sopro sistólico devido à insuficiência mitral isquêmica, que está associada a mau prognóstico. Sinais de insuficiência cardíaca ou instabilidade hemodinâmica ou elétrica exigem um diagnóstico e tratamento imediatos.



A Assimetria de pulsos (principalmente em membros superiores) e a diferença de pressão arterial entre os membros (normalmente maior que 20 mmHg) sugerem dissecação aórtica.

Eletrocardiograma:

O eletrocardiograma fornece pistas para alterações isquêmicas que sugerem infarto oclusivo ou não oclusivo. A principal alteração que sugere infarto oclusivo é o supradesnivelamento de segmento ST.

O eletrocardiograma pode mostrar sinais isquêmicos como alteração do segmento ST e onda T, bloqueio atrioventricular, alterações dinâmicas entre ECGs. Pacientes com ECG completamente normal ou com alterações inespecíficas ainda têm possibilidade de apresentarem uma SCA.

Isquemia subepicárdica - Alterações (primárias) da repolarização ventricular sugestivas de isquemia subepicárdica (onda T negativa, pontiaguda e simétrica) na área (localizada pela correlação com as derivações correspondentes aos eletrodos que exploram a isquemia, subdividida em parede anterior, inferior e dorsal): a) Anterior: a1) ântero-septal (V1, V2, V3, V4); a2) ântero-lateral (V4, V5, V6, D1 e aVL); a3) lateral alta (D1 e aVL); a4) anterior extensa (V1 a V6 e em D1 e aVL); b) Inferior: (D2, D3 e aVF); c) Dorsal: (V7 e V8 com imagem recíproca em V1, V2 e V3).

Isquemia subendocárdica - Alterações (primárias) da repolarização ventricular sugestivas de isquemia subendocárdica (onda T positiva, pontiaguda e simétrica), na área ântero-septal (V1, V2, V3 e V4) ou ântero-lateral (V4, V5, V6, D1 e aVL) ou em outras regiões anteriormente citadas.

IAM com Supra de ST

Os critérios utilizados pela terceira definição universal de infarto, que também são usados nas III Diretrizes de ECG da SBC são:



- Nova elevação do segmento ST, medida no ponto J (ponto entre o fim do QRS e o início do segmento ST) $\geq 1\text{mm}$ em pelo menos duas derivações contíguas com exceção de V2 e V3
- Em V2 e V3, o critério depende do gênero e da idade do paciente: se mulher: $\geq 1,5\text{ mm}$, se homem ≥ 40 anos: $\geq 2\text{ mm}$, se homem < 40 anos: $\geq 2,5\text{ mm}$. Esta observação de V2 e V3 é bastante importante já que não é raro observarmos, nestas derivações, um supra de ST discreto em pacientes ambulatoriais assintomáticos.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA DOR TORÁCICA

1. Avaliar queixa principal:

Risco Laranja
Aperto/Pressão/ Queimação
Irradiação para MSE
Acompanhada de dispneia
Sintomas com menor risco de ser SCA
Dor precordial em pontada
Dor que piora ao mover o membro superior
Palpitação

Pacientes com sintomas de **Risco Laranja**, ou seja, sintomas mais sugestivos de síndrome coronariana, são pacientes de maior risco.

Se a dor contemplar uma característica marcada como **LARANJA** e tiver duração maior que 5 minutos, será considerada dor anginosa e **EKG deverá ser realizado e avaliado idealmente em até 10 minutos. Ligar para SAMU**

Além das informações sobre sintomas, é importante avaliar os fatores de risco que o paciente já possui.



2. Avaliar fatores de Risco:

Tabela de Pontuação para Avaliação de Risco:

Fator de Risco	Pontos
Idade > 60 anos	2
Diabetes Mellitus	2
Hipertensão Arterial Sistêmica	1
Dislipidemia	1
Tabagismo	1
Parente 1º grau com história IAM < 60 anos	1
Obesidade	1

Se a somatória dos fatores de risco for igual ou maior que 3 (três) será considerado como **RISCO LARANJA**, ou seja, paciente de maior risco.

3. Avaliar sinais clínicos

Os sinais clínicos abaixo caracterizam sinais de gravidade

Sinais de Risco Vermelho
Hipotensão arterial (PA sistólica <80 mmHG)
Bradycardia (FC <50 bpm)
Taquicardia (FC >120 bpm)
Rebaixamento do nível de consciência
Taquipnéia (FR .25 IRPM) SAT <92%

A presença de **apenas um (01) sinal clínico citados acima**, classifica o paciente como **RISCO VERMELHO**, emergência, devendo encaminhá-lo imediatamente ao Pronto Atendimento acionando o SAMU.



4. Conduta:

CONTATO COM SAMU:

Ao chegar paciente com dor torácica aguda deve-se estratificar o risco realizar ECG, encaminhar para sala onde serão realizadas as primeiras medidas e deve-se CONTACTAR o SAMU.

O contato com SAMU deverá ser realizado através do **192** com o protocolo devidamente aplicado com o ECG. Atentar para o correto preenchimento da referência com o horário do início dos sintomas.

Importante sempre na ligação informar:

- Nome e função de quem está ligando
- Dizer em qual Unidade Básica está
- Passar os sintomas, fatores de risco e sinais vitais do paciente
- Passar o ECG
- Falar claramente se o paciente tem sinais de **Risco Vermelho ou Laranja**



NA SALA DE ATENDIMENTO:

Essas medidas devem ser realizadas na própria Atenção Básica enquanto aguarda a chegada do SAMU:

Contactar SAMU	Manter o paciente em jejum
Repouso no leito	Administrar 300 mg de AAS, exceto se for alérgico ou se suspeitar de dissecção aórtica*
Monitorização cardíaca	Oxigenioterapia se saturação O ₂ < 90%
Acesso venoso periférico	Avaliar dinitrato isossorbida 5mg** SL a cada 5 minutos (não administrar em paciente hipotenso)
Monitorar Pressão arterial	Morfina 10mg/ml -1 ampola IV se persistência da dor após nitrato

*A Assimetria de pulsos (principalmente em membros superiores) e a diferença de pressão arterial entre os membros (normalmente maior que 20 mmHg) sugerem dissecção aórtica.

** Dinitrato de Isossorbida 5 mg SL: não existe uma indicação rotineira do seu uso, podendo optar-se caso suspeita de vasoespasmos e/ou dor refratária. Se houver persistência da dor pode ser repetido até 2 vezes (15 mg no máximo), com intervalos de 3 a 5 minutos entre as doses (raramente existe esta necessidade). Limitar a redução da PA em 10% se paciente normotenso ou até 30% se hipertenso. Em pacientes com suspeita de infarto de ventrículo direito (VD) ou infarto de parede inferior com possibilidade de envolvimento do VD, e/ou se o paciente fez uso de inibidores da fosfodiesterase-5, Sildenafil (Viagra) e correlatos, não administrar NITRATOS.

3. SÍNCOPE OU PERDA TRANSITÓRIA DA CONSCIÊNCIA

Síncope é definida pela perda transitória da consciência, ocasionada pela hipoperfusão cerebral global e caracterizada por rápido início, curta duração e recuperação completa e espontânea. Em algumas formas de síncope, podem existir determinados sintomas prodrômicos (algumas vezes denominados “pré-síncope” ou “quase síncope”) que incluem náusea, sudorese, fraqueza, escurecimento visual. Entretanto, frequentemente a síncope ocorre sem qualquer pródromo.

De maneira geral, todas as formas de síncope cursam com diminuição ou rápida interrupção do fluxo sanguíneo cerebral. Ela corresponde a mais de



3% de todas as consultas ao pronto-socorro, podendo ser uma condição benigna ou um marcador de grande risco de morte súbita.

Dentre as causas de síncope temos que mencionar a síncope vasovagal, uma das mais comuns.

Síncope vasovagal:

É uma perda transitória de consciência provocada pela diminuição dos batimentos cardíacos e da pressão arterial. Isso ocorre devido a uma ação do nervo vago, que faz com que a chegada do sangue no coração e no cérebro demore mais do que o normal.

Ambientes fechados ou aglomerados, como igreja, salão de beleza e elevador, são torturantes para as pessoas com síndrome vasovagal. Ficar em jejum, horas em pé ou ansioso também é determinante para desencadear o problema, que se caracteriza pela diminuição da pressão arterial e do batimento cardíaco por ação do nervo vago, localizado na região da nuca.

A principal manifestação da síncope vasovagal é o desmaio. Porém, é comum que surjam outros sinais antes que isso ocorra, como:

- Fraqueza;
- Palidez;
- Transpiração;
- Calor;
- Tontura;
- Náusea;
- Visão embaçada;
- Dor de cabeça;
- Palpitação

Quando esses sinais surgem, a recomendação é que o paciente fique calmo e **procure imediatamente um local para se deitar**, pois, nessa



posição, o sangue passa a circular mais rapidamente pelo corpo, minimizando o mal-estar.

Existem alguns fatores de risco para a síncope vasovagal. Os principais são:

- Ficar em jejum;
- Grandes emoções;
- Sustos;
- Ingestão de bebida alcoólica;
- Ambientes fechados e/ou com grandes aglomerações;
- Ficar horas em pé;
- Ansiedade.

No geral, as pessoas com síndrome vasovagal vivem bem. No entanto, se não forem tomados os devidos cuidados, aumentam-se os riscos de fraturas decorrentes das quedas por desmaio e a sensação de insegurança, podendo acarretar depressão e tristeza.

Os cuidados em relação à síndrome vasovagal, no entanto, devem ser preventivos. Em primeiro lugar, é preciso que seja feito o diagnóstico diferencial dos sintomas observados, pois os desmaios também estão associados a problemas mais graves, como arritmia cardíaca e crises convulsivas.

Não existe um tratamento específico contra a síndrome de vasovagal. Se for confirmado o diagnóstico da doença, medicamentos podem ser receitados em alguns casos, (ex. Florinef/Fludrocortisona), para evitar a queda da pressão arterial, mas geralmente os cuidados são comportamentais.

Orientações Preventivas

- Evitar ficar em pé por períodos longos.
- Beber bastante água (2 litros por dia), pois ajuda a aumentar a pressão arterial e prolongar a capacidade de ficar em pé por mais tempo.
- Evitar bebidas desidratantes, como álcool.



- Evitar ambientes quentes e fechados.
- Movimentar as pernas e panturrilhas enquanto estiver em pé.
- Ao sentir algo estranho, deitar-se com as pernas elevadas.
- Se for desmaiar, deitar-se ou aproximar -se do chão para não se machucar na queda.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para **emergência e será necessário acionar o SAMU:**

Episódio agudo de síncope em paciente com:

- Sinais de hipoperfusão,
- Congestão pulmonar,
- Fibrilação de início recente,
- Suspeita de síndrome coronariana aguda,
- Alterações de risco em eletrocardiograma (taquiarritmia/bradiarritmia/bloqueios).

4. OUTRAS ALTERAÇÕES CARDIOLÓGICAS

Para todos os casos abaixo citados será necessário o acionamento do **SAMU (192)** para encaminhar ao pronto atendimento.

4.1 Insuficiência Cardíaca:

- Pacientes com insuficiência cardíaca com sinais de hipoperfusão, síncope ou com sinais de congestão pulmonar, entre outros sintomas de gravidade.

4.2 Arritmias:

- Arritmias ou bloqueios em paciente com sinais de hipoperfusão;



- Bradicardia sinusal sintomática ou assintomática com frequência cardíaca menor que 45 bpm
- Síncope;
- Dispneia;
- Fibrilação atrial/flutter atrial agudo sintomático (dispnéia e/ou palpitação e/ou tontura e/ou dor precordial e/ou síncope e/ou pré síncope)
- Suspeita de síndrome coronariana aguda;
- Alterações de risco em eletrocardiograma (taquicardia atrial sustentada, taquicardia ventricular);
- BAV de 3º grau sintomático.

4.3 Doença Orovalvar:

- Paciente com sopro possivelmente patológico e quadro agudo de dispneia, síncope, dor torácica ou cianose.

5. OUTRAS ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS

Para todos os casos abaixo citados será necessário o acionamento do **SAMU (192)** para encaminhar ao pronto atendimento.

5.1 Cefaleia

Cefaléia com algum sinal de alarme citado abaixo na tabela

- Sintomas sistêmicos
- Sinal neurológico focal
- Início súbito ou abrupto
- Precipitada por mudança postural
- Precipitada por exercício, tosse ou espirro
- Papiledema
- Dor orbicular intensa
- Pós-trauma recente



5.2 Epilepsia

- Estado de mal epiléptico: crises epilépticas reentrantes com duração de 5 minutos (crises tônico-clônico generalizadas), 10 minutos (crises focais), 10-15 minutos (crises de ausência);
- Crise epiléptica nova com ou sem sinal neurológico focal ou sistêmico (como febre)

5.3 Distúrbio de movimento

- Quadro de início súbito ou agudo, associado a quadro confusional, sintomas sistêmicos ou déficits neurológicos focais

5.4 Dor neuropática

- Dor neuropática aguda com déficit motor ou sensitivo agudo

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Gillum RF. Heart and stroke facts. Am Heart J. 1993;126:1042-7.
- Vasan RS, Benjamin EJ, Levy D. Congestive heart failure with normal left ventricular systolic function. Arch InternMed. 1996;156:146-57.
- Katz AM, Lorell BH. Regulation of cardiac contraction and relaxation. Circulation. 2000;102:65-9.
- Albanesi FM. Insuficiência cardíaca no Brasil. Arq Bras Cardiol. 1998;71:561-2
- Levinson PD, Millman RP. Management of sleep apnea. In: Izzo JL, Black HR. Hypertension primer. The essentials of high blood pressure. Council on high blood pressure research. 2 ed. American Heart Association. Dallas: Lippincott Williams & Wilkins; 1999. p. 456-7
- Pimenta E, Gaddam KK, Oparil S, Aban I, Husain S, Dell'Italia LJ, et al. Effects of dietary sodium reduction on blood pressure in subjects with resistant hypertension: results from a randomized trial. Hypertension. 2009 Sep;54(3):475-81.
- Passarelli O Jr, Gonzaga CC. Combinação medicamentosa tripla. In: Passarelli O Jr, Póvoa R, Malachias MVB, Bortolotto LA. Combinações de



fármacos anti-hipertensivos na prática clínica. São Paulo: Segmen-toFarma; 2010. p. 89-100.

- Bickley LS, Szilagyí PG. Bates Propedêutica Médica. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
- Pellanda LC, Souza WB, Achutti A, Borges FK. Sopros Cardíacos. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, Duncan MS, Giugliani C. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed; 2013. p. 797-805.
- Protocolo de Síndrome Coronariana Aguda-Divisão de Emergências Clínicas - IC H C – FMUSP-09/11/18
- Protocolo do Primeiro Atendimento da Dor Torácica nas Unidades de Saúde-ES