



Protocol clinic standardizat pentru medicii de familie

INFARCTUL MIOCARDIC ACUT

Infarct miocardic - necroza a miocardului, ca urmare a ischemiei acute, cauzată de ocluzia completă sau parțială a unei artere coronariene.

Codul bolii (CIM 10): I21

Sindrom coronarian acut - ischemie acută a miocardului, drept urmare a ocluziei complete sau parțiale a unei artere coronariene.

Sindrom coronarian acut cu supradenivelare de segment ST - ischemie acută a miocardului asociată cu supradenivelare de segment ST.

Sindrom coronarian acut fără supradenivelare de segment ST - ischemie acută a miocardului fără supradenivelare de segment ST.

Infarct miocardic cu unda Q - necroza miocardică asociată cu formarea undei Q la ECG.

Infarct miocardic fără unda Q - necroza miocardică fără formarea undei Q la ECG.

Diagnosticarea promptă a IMA permite acordarea urgentă a asistenței medicale rapide și în volum deplin, contribuind la reducerea mortalității și complicațiilor.

Exemplu de diagnostic clinic

Cardiopatie ischemică, infarct miocardic acut cu unda Q anterior (23.03.2009), anevrism al ventriculului stîng, insuficiență de valvă mitrală, gr.III, extrasistolie ventriculară, insuficiență cardiacă III NYHA.

Diagnosticarea IMA prevede obligatoriu

Anamneza

Examenul primar al pacientului cu durere toracică

Durerea toracică sau disconfortul este simptomul care îndrumă pacientul spre consultație medicală sau spitalizare. Evaluarea pacientului cu durere toracică se efectuează fără întârziere în scopul excluderii ischemiei de miocard.

Diagnosticul diferențial al durerii toracice îndelungate

<input type="radio"/> Sindrom coronarian acut <input type="radio"/> Infarct miocardic acut <input type="radio"/> Disecție de aortă <input type="radio"/> Pericardită <input type="radio"/> Durere anginoasă în cardiomiopatia hipertrofică <input type="radio"/> Maladii ale esofagului, stomacului sau ale tractului biliar	<input type="radio"/> Maladii pulmonare – pneumotorax – embolie cu sau fără infarct – pleurezie: infecțioasă, canceroasă sau legată de maladii imune <input type="radio"/> Sindrom de hiperventilație <input type="radio"/> Perete toracal – musculo-scheletale – neuropatice – psihogene
---	---

Se vor lua în considerare:

- caracteristicile durerii toracice (sediu, iradierea și caracterul durerii; condiții de apariție; durata accesului dureros; modul în care dureea răspunde la repaus, nitroglicerină)
- evaluarea probabilității bolii cardiaice ischemice (vîrsta, factorii de risc, infarctul miocardic anterior, revascularizarea mecanică în antecedente)
- parametrii hemodinamici (tensiunea arterială, frecvența contracțiilor cardiace)

Examenele paraclinice

Obligatoriu

- Examenul ECG: se evaluatează prezența modificărilor de segment ST și/sau undei T în contextul clinic sugestiv ischemiei de miocard:
- ✓ subdenivelarea orizontală a segmentului ST $\geq 0,5$ mm și/sau inversia undei T în două sau mai multe derivații indică prezența SCA fără supradenivelarea segmentului ST (IMA fără supradenivelarea segmentului ST);
- ✓ supradenivelarea segmentului ST în două sau mai multe derivații indică prezența SCA, cu supradenivelarea segmentului ST (IMA, cu supradenivelarea segmentului ST);
- ✓ bloc de ram stîng recent apărut.

Notă: ECG normală nu exclude posibilitatea unui SCA.

Tratamentul de urgență la etapa prespitalicească

Obligatoriu

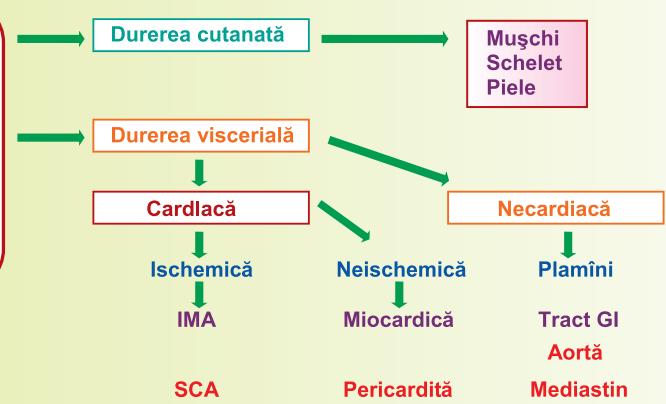
- Regim la pat (reduce ischemia miocardică și riscul complicațiilor)
- Tratamentul medicamentos urmărește suprimarea sindromului dureros, reducerea ischemiei, sedarea pacientului:
 - ✓ Acid acetilsalicilic 150-325 mg (gastrosolubilă)
 - ✓ Nitroglicerină 0,5 mg sublingual, la necesitate doza poate fi repetată peste 5 minute (pînă la 3 tab. sau 1,5 mg)

Notă: Nitroglicerina se administrează sub controlul TA (se va evita la TAs <90 mm Hg)

- ✓ Opioide i/v (de ex. Morfină sulfat 5-10 mg) sau administrarea altor analgezice
- Solicitarea serviciului AMU (903) și transportarea la spital pentru acordarea asistenței medicale specializate în volum deplin și monitorizarea dinamică a pacientului

Algoritmul de diagnostic al durerii toracice acute

Sимптомы:
Intensitatea?
Durata?
Localizarea?
Iradierea?
Depinde de poziție?
Mișcare?
Influență de alimentație?
Reacția la NTG?



Tratamentul complicațiilor în IMA la etapă prespitalicească / AMU

Tratamentul insuficienței cardiace acute stângi ușoare și moderate

- Administrare de Oxigen prin sondă sau mască.
- Furosemid, administrat lent i/v 20-40 mg, repetat la 1-4 ore dacă e necesar.
- În lipsa unui răspuns satisfăcător, Nitroglicerina sublingual, doza fiind titrată în funcție de valoarea TA (se va evita TAs < 90 mm Hg).
- IECA (Captopril) - în absența hipotensiunii, hipovolemiei sau insuficienței renale (creatinină serică > 220 µmol/l).

Tratamentul insuficienței cardiace acute stângi severe

- Oxigen.
- Diuretic de ansă.
- În lipsa hipotensiunii, Nitroglicerina în doză inițială 0,5 mg cu creștere ulterioară la fiecare 5 min pînă la reducerea TA cu 15 mm Hg sau pînă la valoarea TAs ≥ 90 mm Hg.
- Agenți inotropi pozitivi în hipotensiune cu semne de hipoperfuzie renală. Dopamina se va iniția în doză de 2,5-5 mg/kg/min, i.v.
- În congestie pulmonară - Dobutamină, începînd cu o doză de 2,5 mg/kg/min, majorată treptat pînă la 10 mg/kg/min în 5-10 min sau pînă la obținerea redresării hemodinamice.

Tratamentul șocului cardiogen

- Dopamină în doze de 2,5-5 µg/kg/min pentru ameliorarea funcției renale.
- A lua în considerare posibilitatea de adăugare a Dobutaminei 5-10 µg/kg/min.

Tratamentul tahiariitmilor ventriculare

- Lidocaină - bolus inițial de 1 mg/kg, i/v, urmat de jumătate din această doză la fiecare 8-10 min pînă la maxim 4 mg/kg sau perfuzie i/v continuă (1-3 mg/min).
- Amiodaronă i/v (5 mg/kg în prima oră, urmată de 900-1200 mg/24 ore), este eficace în tahiariitmile rezistente.
- Șocul electric extern în tahicardia ventriculară susținută cu alterare hemodinamică.

Tratamentul fibrilației atriale

- Beta-adrenoblocante și Digoxină (0,125 - 0,375 mg) pentru scăderea frecvenței contractiilor ventriculare.
- Cardioversia de urgență în instabilitatea hemodinamică.

Tratamentul blocurilor AV

- Blocul AV de gradul I nu necesită tratament.
- Blocul AV de gradul II tipul I rar produce efecte hemodinamice severe. Se administrează Atropină i/v, începînd cu doza de 0,3-0,5 mg, repetat pînă la doza totală de 1,5-2,0 mg. Se va considera stimularea electrică cardiacă temporară.
- Blocul AV de gradul II tipul II și blocul AV complet au indicație pentru inserția electrodului de stimulare electrică cardiacă, în cazul în care bradicardia produce hipotensiune arterială sau insuficiență cardiacă.

Recomandările și tratamentul de durată după suportarea infarctului miocardic acut

Combaterea factorilor de risc:

- ✓ Abandonarea fumatului
- ✓ Reducerea consumului de alcool
- ✓ Scăderea și menținerea la nivel optimal a greutății corporale
- ✓ Efort fizic zilnic (mers la pas, plimbari, gimnastică ușoară)
- ✓ Respectarea regimului alimentar cu reducerea produselor cu conținut sporit de colesterol
- Aspirină 325 mg/zi
- Beta-bolcanți (**Betoprolol**, **Carvedilol**, **Bisoprolol**) în doze selectate individual
- Inhibitori ai enzimei de conversie (**Captopril**, **Enalapril**, **Lisinopril**, **Perindopril**) pentru pacienții cu fractia de ejectione sub 40%
- Statine (**Lovastatină**, **Simvastatină**, **Atorvastatină**, **Fluvastatină**) cu reducerea nivelului seric al LDL - colesterol sub 2,5 mmol (100 mg/dl).
- Alți agenți hipolipemianți în cazul LDL- colesterolului peste 2,5 mmol/l (100 mg/dL)
- Control al HTA și coborârea cifrelor pînă la atingerea nivelului țintă sub 130/85 mm Hg
- Control strict al hiperglycемiei în diabetul zaharat

Protocol orientativ de reabilitare a pacienților cu IMA necomplicat

- Supravegherea de către medicul de familie la domiciliu după externare (circa la 14 zile de la debut) pînă la 6 – 8 săptămîni, treptat largindu-se regimul de activitate fizică
- Se monitorizează starea pacientului, datele clinice, senzațiile și simptomele apărute în timpul efortului. Se înregistrează săptămînal sau la necesitate ECG, analizînd evoluția electrocardiografică.
- Se recomandă măsuri pentru combaterea factorilor de risc cardiovascular
- Majoritatea pacienților își pot relua munca după 6-8 săptămîni de la infarct
- Este interzis supraefortul fizic, în special ridicarea greutăților

Notă: Protocolul recuperării bolnavilor cu IMA complicat se recomandă a fi individualizat.

Abrevierile folosite în document

AMU - Asistență medicală de urgență
AV - Atrioventricular
AVC - Accident vascular cerebral
ECG - Electrocardiografie
GI - Gastrointestinal
HTA - Hipertensiune arterială

ICA - Insuficiență cardiacă acută
IECA - Inhibitori ai enzimei de conversie a angiotenzinei
IMA - Infarct miocardic acut
LDL - colesterol - Colesterolul lipoproteinelor cu densitate joasă
SCA - Sindrom coronarian acut
TA - Tensiune arterială

