

Edema Agudo de Pulmão (EAP) Cardiogênico

Guia completo para manejo de EAP cardiogênico: vasodilatadores, diuréticos, VNI, prescrições práticas para PS e alta hospitalar, orientações ao paciente e CID-10.

Paciente típico: Adulto ou idoso com histórico de cardiopatia (ICC, IAM prévio, HAS não controlada) ou sem histórico conhecido, apresentando dispneia intensa de início súbito ou progressivo, ortopneia, estertores crepitantes difusos, hipertensão arterial e dessaturação.

? Guia rápido

i Clique nos tópicos abaixo para ver detalhes

História clínica típica

História Clínica

Paciente refere dispneia intensa de início há \square horas, associada a ortopneia, tosse com expectoração rósea e espumosa, sudorese profusa e ansiedade. Relata piora progressiva aos esforços mínimos. Nega dor torácica. Refere dispneia paroxística noturna há \square dias. Possui histórico de HAS e/ou ICC. Nega alergias medicamentosas.

Exame físico

Paciente em regular/mau estado geral, ansioso, taquipneico, sudoreico, usando musculatura acessória.

Aparelho respiratório: estertores crepitantes difusos em todos os campos pulmonares, tiragem intercostal

Aparelho cardiovascular: RCR, taquicárdico, presença de B3 (ritmo de galope), bulhas hipofonéticas, sem sopros audíveis

Extremidades: perfusão periférica lentificada, pulsos finos, cianose periférica, edema de MMII \square + /4+

HD

- Edema Agudo de Pulmão Cardiogênico
- Insuficiência Cardíaca Aguda Descompensada

- Crise Hipertensiva (se PA muito elevada)

Conduta

- Monitorização contínua em sala de emergência/UTI
- Oxigenoterapia suplementar (alvo SatO2 > 94%)
- Posição sentada ou Fowler elevada
- Acesso venoso calibroso
- Vasodilatador endovenoso (Nitroglicerina ou Nitroprussiato)
- Diurético de alça EV (Furosemida)
- VNI com CPAP se SatO2 < 90% apesar de O2 suplementar
- Restrição hídrica rigorosa
- ECG de 12 derivações para investigar isquemia/IAM
- RX de tórax (não aguardar para iniciar tratamento)
- Solicitar: troponina, BNP/NT-proBNP, eletrólitos, ureia, creatinina, hemograma
- Avaliar necessidade de ecocardiograma à beira do leito
- IOT + VMI se refratário à VNI ou deterioração clínica
- Internação em UTI para monitorização e ajuste de terapia

Prescrição para paciente típico

No pronto-socorro:

01. VASODILATADOR - Nitroglicerina 50mg/10mL (5mg/mL) – Diluir 01 ampola (10mL) em SG5% 240mL, infundir em bomba de infusão contínua, iniciar 5mL/h (5mcg/min), titular 2-3mL a cada 5-10min até PA alvo (redução 25% da PA inicial), EV contínuo

PA ALVO: Redução de 25% da PAM nas primeiras horas (máximo 25% em 24h)

02. DIURÉTICO DE ALÇA - Furosemida 20mg/2mL (10mg/mL) – 04 ampolas (8mL = 80mg) + 12mL de SF0,9%, EV lento em 10min (dose: 0,5-1mg/kg ou 2x dose oral habitual)

Reavaliar após 20-30min, repetir dose se necessário

03. OXIGENOTERAPIA - O2 suplementar com cateter nasal 2-5L/min ou máscara com reservatório 10-15L/min

ALVO: SatO2 > 94%

SE SatO2 < 90% APESAR DE O2 SUPLEMENTAR:

04. VNI - CPAP com pressão 5-10 cmH2O, FiO2 ajustada para SatO2 > 94%

Volume corrente alvo: 6-8 mL/kg

SE ANSIEDADE IMPORTANTE:

05. BENZODIAZEPÍNICO - Midazolam 5mg/5mL (1mg/mL) – 01 ampola (5mL) + 15mL SF0,9%, EV lento em 3-5min

Dose: 0,05-0,1mg/kg (máximo 5mg)

CUIDADO: Pode causar depressão respiratória

SE DOR TORÁCICA ASSOCIADA (INVESTIGAR IAM):

06. MORFINA - Morfina 10mg/mL – 01 ampola (1mL = 10mg) + 09mL SF0,9%, administrar 3-5mL (3-5mg) EV lento

Reduz ansiedade, pré-carga e pós-carga

CUIDADO: Monitorar depressão respiratória

Para casa:

ALTA HOSPITALAR APÓS ESTABILIZAÇÃO E COMPENSAÇÃO CLÍNICA

GERALMENTE APÓS INTERNAÇÃO HOSPITALAR DE □ DIAS

01. Furosemida 40mg ————— 60 comprimidos

Tomar 01 comprimido, VO, pela manhã em jejum

Manter acompanhamento cardiológico para ajuste de dose

02. Espironolactona 25mg ————— 30 comprimidos

Tomar 01 comprimido, VO, 1x/dia pela manhã

Realizar controle de potássio sérico

03. Enalapril 20mg ————— 60 comprimidos

Tomar 01 comprimido, VO, de 12/12h

Controlar PA e função renal periodicamente

04. Carvedilol 6,25mg ————— 60 comprimidos

Tomar 01 comprimido, VO, de 12/12h (após estabilização)

Iniciar com dose baixa e titular gradualmente

05. Sinvastatina 40mg ————— 30 comprimidos

Tomar 01 comprimido, VO, 1x/dia à noite

? NO PRONTO-SOCORRO

- **MANEJO E CUIDADOS INICIAIS**

- **Posicionamento:** Manter paciente sentado ou em posição Fowler elevada (cabeceira 45-90°)
- **Monitorização:** Cardíaca contínua, oximetria de pulso, PA não invasiva a cada 5-10min inicialmente
- **Acesso venoso:** Obter acesso venoso calibroso imediatamente
- **Oxigenoterapia:** Iniciar O2 suplementar imediatamente (alvo SatO2 > 94%)
- **Restrição hídrica:** Suspender qualquer infusão venosa desnecessária
- **Classificação de risco:** Paciente VERMELHO - atendimento imediato
- **Exames iniciais:** ECG 12 derivações (descartar IAM), RX tórax, gasometria arterial, troponina, BNP/NT-proBNP, eletrólitos, função renal
- **Sinais de alarme:** Hipotensão, bradicardia, alteração do nível de consciência, cianose refratária, parada cardiorrespiratória iminente
- **Crítérios para IOT + VMI:** Glasgow < 8, acidose respiratória grave (pH < 7,25), hipoxemia refratária (PaO2 < 60mmHg com FiO2 > 60%), fadiga muscular respiratória, parada respiratória
- **Meta terapêutica PA:** Reduzir PAM em 10-15% na primeira hora, máximo de 25% em 24h (evitar hipotensão)
- **Internação:** Todos os casos devem ser internados em UTI ou unidade coronariana para monitorização

- **VASODILATADOR ENDOVENOSO**

- **Prescrição prática:**
 - Nitroglicerina 50mg/10mL (5mg/mL) – Diluir 01 ampola (10mL) em SG5% 240mL (concentração final: 200mcg/mL), infundir em bomba de infusão contínua, iniciar 5mL/h (equivale a 16mcg/min ou ~5mcg/min conforme diluição), titular 2-3mL/h a cada 5-10min, EV contínuo
 - Nitroglicerina – Dose: 5-200mcg/min, iniciar 5-10mcg/min, titular conforme resposta pressórica
- **Alternativas:**
 - Nitroprussiato de sódio 50mg/2mL – Diluir 01 ampola (2mL) em SG5% 248mL (concentração: 200mcg/mL), infundir em BIC iniciando 2mL/h (0,25mcg/kg/min), titular 2mL/h a cada 3-5min até PA alvo, dose máxima 10mcg/kg/min, EV contínuo
 - Nitroprussiato – Usar quando PA muito elevada (PAS > 200mmHg) ou nitroglicerina insuficiente
- **Indicações:**
 - Primeira escolha no EAP cardiogênico hipertensivo
 - Redução de pré-carga e pós-carga ventricular
 - Melhora do débito cardíaco
 - Nitroglicerina oferece vantagem adicional de melhorar perfusão coronariana
- **Apresentações:**
 - Nitroglicerina: ampolas 5mg/mL (10mL), 25mg/5mL, 50mg/10mL
 - Nitroprussiato de sódio: ampolas 50mg/2mL
- **Via(s):** EV (exclusivo - infusão contínua)
- **Cuidados:**

- **Nitroglicerina:** Meia-vida 1-4min, efeito imediato; cefaleia comum; taquifilaxia após 24-48h; contraindicada em uso recente de inibidor de PDE-5 (sildenafil - 24h, tadalafila - 48h); evitar em estenose aórtica grave, cardiomiopatia hipertrófica obstrutiva; usar equipo próprio (pode ser absorvida por PVC)
- **Nitroprussiato:** Meia-vida 3-5min; fotossensível (proteger da luz); risco de intoxicação por tiocianato (uso > 48-72h); contraindicado em gestantes; monitorar nível de tiocianato se uso prolongado (> 48h); contraindicado em insuficiência hepática grave
- **IMPORTANTE:** Titular cuidadosamente monitorando PA a cada 3-5min inicialmente
- **PA alvo:** Reduzir PAM em 25% ou PAS 110-130mmHg na primeira hora
- Preparar material de IOT à beira do leito

• DIURÉTICO DE ALÇA

○ Prescrição prática:

- Furosemida 20mg/2mL (10mg/mL) – Dose para paciente virgem de diurético: 04 ampolas (8mL = 80mg ou 0,5-1mg/kg) diluído em 12mL de SF0,9%, administrar EV lento em 10min
- Furosemida – Dose para paciente em uso crônico: administrar 1-2x a dose oral habitual (1 comprimido 40mg VO = 1 ampola 20mg EV = 2mL)
- Furosemida – Reavaliar após 20-30min, se diurese insuficiente repetir mesma dose ou dobrar dose

○ Alternativas:

- Bumetanida 0,5mg/4mL – Dose: 0,5-2mg EV (equivale a 40-80mg de furosemida), mais potente que furosemida

○ Indicações:

- Redução de volemia e congestão pulmonar
- Redução de pré-carga ventricular
- Tratamento complementar à vasodilatação

○ Apresentações:

- Furosemida: ampolas 20mg/2mL (10mg/mL)
- Bumetanida: ampolas 0,5mg/4mL

○ Via(s): EV | IM | Oral

○ Cuidados:

- Administrar EV lento (máximo 20mg/min para furosemida) para evitar ototoxicidade
- Monitorar diurese horária (esperar 0,5-1L na primeira hora)
- Monitorar eletrólitos (risco de hipocalcemia, hipomagnesemia, hiponatremia)
- Ajustar dose em insuficiência renal
- Evitar hipovolemia iatrogênica (não usar doses excessivas)
- Contraindicado em anúria, insuficiência renal com anúria
- Interação: aumenta toxicidade de aminoglicosídeos e digitálicos
- Uso crônico: avaliar necessidade de reposição de potássio

- **CUIDADO:** Em EAP, a volemia pode não estar aumentada (redistribuição); evitar depleção excessiva

• VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA (VNI) - CPAP

◦ Prescrição prática:

- CPAP (Continuous Positive Airway Pressure) – Pressão: 5-10 cmH₂O, FiO₂ ajustada para manter SatO₂ > 94%, interface: máscara facial total
- Parâmetros iniciais: PEEP/CPAP 5 cmH₂O, aumentar 2 cmH₂O a cada 5min se necessário até 10 cmH₂O, FiO₂ 30-100%

◦ Alternativas:

- BIPAP (BiLevel) – IPAP 10-15 cmH₂O, EPAP 5-10 cmH₂O, FR backup 12-15 irpm (se disponível)

◦ Indicações:

- SatO₂ < 90% apesar de oxigenoterapia convencional
- Desconforto respiratório grave (FR > 30, uso de musculatura acessória)
- Reduz necessidade de IOT em 50% dos casos
- Melhora rapidamente oxigenação e reduz trabalho respiratório

◦ Apresentações:

- Equipamento de CPAP com máscara facial
- Gerador de fluxo + válvula PEEP

◦ Via(s): Inalatória (pressão positiva)

◦ Cuidados:

- **Contraindicações absolutas:** PCR, instabilidade hemodinâmica grave (PAS < 90mmHg), rebaixamento de consciência (Glasgow < 10-12), obstrução de vias aéreas superiores, pneumotórax não drenado, trauma facial/cirurgia facial recente, vômitos incoercíveis
- **Contraindicações relativas:** Agitação psicomotora, obesidade mórbida, cirurgia esofágica recente
- Monitorar sinais de não resposta: piora da dispneia, queda de SatO₂, fadiga muscular, alteração do sensório, acidose respiratória persistente (pH < 7,25)
- **Falha de VNI:** Considerar IOT se ausência de melhora em 30-60min ou piora clínica
- Interface: preferir máscara facial total (melhor tolerância)
- Realizar pausas a cada 2-4h (5-10min) para alimentação/higiene
- Ajustar pressão gradualmente para conforto do paciente
- Explicar procedimento ao paciente antes de iniciar

• MORFINA (Uso criterioso)

◦ Prescrição prática:

- Morfina 10mg/mL – Diluir 01 ampola (1mL = 10mg) em 09mL de SF0,9% (concentração final: 1mg/mL), administrar 3-5mL (3-5mg) EV lento em 3-5min, pode repetir 2-5mg a cada 5-10min se necessário

- Morfina – Dose: 2-5mg EV em bolus lento, repetir se necessário (dose total geralmente não excede 10-15mg)

- **Indicações:**

- Ansiedade grave associada ao EAP
- Redução de pré-carga e pós-carga (efeito venodilatador)
- Alívio de dispneia e desconforto respiratório
- Especialmente útil se dor torácica isquêmica associada

- **Apresentações:**

- Ampolas 10mg/mL (1mL)

- **Via(s):** EV | IM | SC

- **Cuidados:**

- **USO CONTROVERSO:** Diretrizes atuais desencorajam uso rotineiro (associado a pior prognóstico em alguns estudos)
- **Usar apenas se:** Ansiedade extrema refratária, dor torácica isquêmica, agitação dificultando tratamento
- Monitorar rigorosamente: depressão respiratória (FR < 10irpm), hipotensão, náuseas/vômitos
- Ter naloxona disponível (antídoto: 0,4mg EV)
- Contraindicações: hipotensão (PAS < 90mmHg), bradicardia, depressão respiratória, rebaixamento do sensorio
- Reduzir dose em idosos (50% da dose)
- Evitar em insuficiência renal grave
- Pode precipitar broncoespasmo em asmáticos (libera histamina)

- **BENZODIAZEPÍNICO (Uso criterioso - se ansiedade grave)**

- **Prescrição prática:**

- Midazolam 5mg/5mL (1mg/mL) – Diluir 01 ampola (5mL) em 15mL de SF0,9%, administrar 3-5mL (1,5-2,5mg) EV lento em 2-3min

- **Alternativas:**

- Diazepam 10mg/2mL (5mg/mL) – 01 ampola (2mL) + 18mL SF0,9%, administrar 4-8mL (2-4mg) EV lento

- **Indicações:**

- Ansiedade extrema dificultando manejo
- Agitação psicomotora
- **NÃO É ROTINA** - usar com muita cautela

- **Apresentações:**

- Midazolam: ampolas 5mg/5mL, 15mg/3mL
- Diazepam: ampolas 10mg/2mL

- **Via(s):** EV | IM | Oral

- **Cuidados:**

- **RISCO:** Depressão respiratória (especialmente se associado a morfina)
- Monitorar FR, SatO2 e nível de consciência rigorosamente
- Ter flumazenil disponível (antídoto: 0,25mg EV)
- Usar dose mínima efetiva

- Contraindicado se Glasgow < 12, depressão respiratória, miastenia gravis
- Evitar em idosos (risco de delirium)
- **PREFERIR:** Tranquilização verbal e posicionamento adequado ao invés de sedação

• SUPORTE DE OXIGÊNIO

○ Prescrição prática:

- Oxigênio suplementar – Cateter nasal 2-5L/min ou máscara com reservatório 10-15L/min, titular para manter SatO₂ > 94%
- Oxigênio 100% – Máscara facial com reservatório 15L/min (FiO₂ ~90-95%) se dessaturação grave

○ Indicações:

- Todos os pacientes com EAP devem receber O₂ suplementar inicialmente
- Hipoxemia (SatO₂ < 94%)

○ Apresentações:

- Cilindro ou rede de O₂ canalizado
- Dispositivos: cateter nasal, máscara simples, máscara com reservatório, máscara Venturi

○ Via(s): Inalatória

○ Cuidados:

- **Alvo SatO₂:** 94-98% (evitar hiperoxia - SatO₂ > 98% associada a pior prognóstico)
- Monitorar continuamente com oxímetro de pulso
- Se SatO₂ < 90% apesar de O₂ 100%: iniciar VNI imediatamente
- Gasometria arterial para avaliar PaO₂, PaCO₂ e pH
- Umidificar O₂ se fluxo > 4L/min
- Atenção em pacientes DPOC: risco de retenção de CO₂ (usar Venturi FiO₂ 24-28%)

? PARA CASA

IMPORTANTE: A alta hospitalar no EAP cardiogênico só deve ocorrer após **internação hospitalar**, compensação completa do quadro, identificação e tratamento da causa desencadeante, e ajuste adequado da terapia medicamentosa. O paciente **NÃO** deve ter alta diretamente do PS para casa sem internação.

• DIURÉTICO DE ALÇA

- **Prescrição:** Furosemida 40mg – Tomar 01 comprimido, VO, 1x/dia pela manhã em jejum, uso contínuo
- **Indicações:** Controle de volemia, prevenção de congestão pulmonar, tratamento de ICC

- **Apresentações:** Comprimidos 20mg, 40mg
- **Posologia:**
 - Dose inicial: 20-40mg 1x/dia pela manhã
 - Ajustar conforme resposta clínica (balanço hídrico, peso, edema)
 - Alguns pacientes necessitam 40-80mg 2x/dia
- **Cuidados:**
 - Tomar pela manhã para evitar noctúria
 - Monitorar peso diariamente (em casa)
 - Controle periódico de eletrólitos (K, Na, Mg)
 - Suplementação de potássio se necessário
 - Ajustar dose se ganho de peso > 2kg em 3 dias
 - Sinais de desidratação: tonturas, hipotensão postural
- **Alternativa(s):**
 - Furosemida 80mg – Tomar 01 comprimido, VO, 1x/dia (doses mais altas)

• ANTAGONISTA DA ALDOSTERONA

- **Prescrição:** Espironolactona 25mg – Tomar 01 comprimido, VO, 1x/dia pela manhã, uso contínuo
- **Indicações:** ICC classe II-IV, pós-IAM com disfunção ventricular, associado a diurético de alça
- **Apresentações:** Comprimidos 25mg, 50mg, 100mg
- **Posologia:**
 - Dose inicial: 12,5-25mg 1x/dia
 - Dose alvo: 25-50mg 1x/dia
- **Cuidados:**
 - **CONTRAINDICAÇÃO:** Hipercalemia (K > 5,0 mEq/L), insuficiência renal grave (Cr > 2,5mg/dL)
 - Monitorar K e creatinina em 1 semana, depois mensalmente nos primeiros 3 meses
 - Evitar suplementos de potássio concomitantes
 - Ginecomastia possível (efeito antiandrogênico)
 - Evitar IECAs/BRAs em doses altas (risco de hipercalemia)
- **Alternativa(s):**
 - Eplerenona 25mg – Tomar 01 comprimido, VO, 1x/dia (menos efeitos antiandrogênicos)

• INIBIDOR DA ECA (IECA)

- **Prescrição:** Enalapril 5mg – Tomar 01 comprimido, VO, de 12/12h, titular dose conforme orientação cardiológica, uso contínuo
- **Indicações:** ICC, disfunção ventricular esquerda (FEVE < 40%), pós-IAM, HAS
- **Apresentações:** Comprimidos 5mg, 10mg, 20mg
- **Posologia:**
 - Dose inicial: 2,5-5mg 2x/dia

- Titular gradualmente (a cada 1-2 semanas) até dose alvo: 10-20mg 2x/dia
- Ajustar conforme PA e tolerância
- **Cuidados:**
 - Monitorar PA (risco de hipotensão na primeira dose)
 - Monitorar função renal e potássio em 1-2 semanas após início/ajuste
 - **Contraindicações:** Gravidez, angioedema prévio com IECA, estenose bilateral de artéria renal, hipercalemia ($K > 5,5$ mEq/L)
 - Tosse seca (10-15% dos pacientes) - trocar por BRA se intolerável
 - Evitar AINEs (reduzem eficácia e pioram função renal)
 - Suspender se Cr aumentar $> 30\%$ ou $K > 5,5$ mEq/L
- **Alternativa(s):**
 - Captopril 25mg – Tomar 01 comprimido, VO, de 8/8h (início rápido, útil para titulação)
 - Ramipril 5mg – Tomar 01 comprimido, VO, 1x/dia (posologia 1x/dia)
 - Losartana 50mg – Tomar 01 comprimido, VO, 1x/dia (BRA - se intolerância a IECA)

• BETABLOQUEADOR

- **Prescrição:** Carvedilol 3,125mg – Tomar 01 comprimido, VO, de 12/12h com alimentação, titular conforme orientação, uso contínuo
- **Indicações:** ICC com FEVE reduzida, pós-IAM, HAS
- **Apresentações:** Comprimidos 3,125mg, 6,25mg, 12,5mg, 25mg
- **Posologia:**
 - Dose inicial: 3,125mg 2x/dia (iniciar apenas após compensação clínica)
 - Titular a cada 2 semanas dobrando a dose: 6,25mg → 12,5mg → 25mg 2x/dia
 - Dose alvo: 25-50mg 2x/dia (conforme peso e tolerância)
- **Cuidados:**
 - **IMPORTANTE:** Iniciar apenas após compensação clínica completa (paciente estável, euvolêmico)
 - **Contraindicações:** Bradicardia ($FC < 50$ bpm), BAV 2º/3º grau, asma/DPOC grave, choque cardiogênico
 - Monitorar FC e PA (pode causar bradicardia e hipotensão)
 - Suspender temporariamente se descompensação aguda
 - Não suspender abruptamente (risco de síndrome de retirada)
 - Tomar com alimentação (melhor absorção)
 - Avisar sobre possível fadiga inicial (melhora com uso)
- **Alternativa(s):**
 - Bisoprolol 1,25mg – Tomar 01 comprimido, VO, 1x/dia (betabloqueador seletivo)
 - Metoprolol succinato 25mg – Tomar 01 comprimido, VO, 1x/dia (liberação prolongada)
 - Nebivolol 2,5mg – Tomar 01 comprimido, VO, 1x/dia (vasodilatador adicional)

• ESTATINA

- **Prescrição:** Sinvastatina 40mg – Tomar 01 comprimido, VO, 1x/dia à noite, uso contínuo
- **Indicações:** ICC de etiologia isquêmica, pós-IAM, dislipidemia, prevenção cardiovascular
- **Apresentações:** Comprimidos 10mg, 20mg, 40mg, 80mg
- **Posologia:**
 - Dose habitual: 20-40mg 1x/dia à noite
 - Ajustar conforme perfil lipídico
- **Cuidados:**
 - Tomar à noite (síntese de colesterol é noturna)
 - Monitorar transaminases (TGO/TGP) em 3 meses
 - Risco de miopatia (dor muscular) - orientar reportar
 - Dosagem de CPK se sintomas musculares
 - Evitar suco de toranja (aumenta concentração)
 - Interação com fibratos (aumenta risco de miopatia)
- **Alternativa(s):**
 - Atorvastatina 40mg – Tomar 01 comprimido, VO, 1x/dia (mais potente)
 - Rosuvastatina 20mg – Tomar 01 comprimido, VO, 1x/dia (mais potente)

• ANTIAGREGANTE PLAQUETÁRIO (se etiologia isquêmica)

- **Prescrição:** AAS 100mg – Tomar 01 comprimido, VO, 1x/dia após café da manhã, uso contínuo
- **Indicações:** Etiologia isquêmica (DAC, pós-IAM), prevenção cardiovascular secundária
- **Apresentações:** Comprimidos 100mg, 200mg (uso cardiovascular)
- **Posologia:**
 - Dose: 100mg 1x/dia
 - Tomar com alimentos (reduz irritação gástrica)
- **Cuidados:**
 - Tomar com alimentos ou após refeição
 - Associar IBP se alto risco de sangramento GI
 - Monitorar sinais de sangramento
 - Contraindicado em úlcera péptica ativa, discrasias sanguíneas
 - Suspender 7 dias antes de cirurgias eletivas (se possível)
- **Alternativa(s):**
 - Clopidogrel 75mg – Tomar 01 comprimido, VO, 1x/dia (se intolerância/alergia ao AAS)

• ANTICOAGULANTE ORAL (se fibrilação atrial associada)

- **Prescrição:** Varfarina 5mg – Tomar □ comprimidos, VO, 1x/dia no mesmo horário, ajustar dose conforme RNI, uso contínuo
- **Indicações:** Fibrilação atrial, tromboembolismo venoso, prótese valvar mecânica
- **Apresentações:** Comprimidos 1mg, 2,5mg, 5mg

- **Posologia:**

- Dose inicial: 5mg/dia (ajustar conforme RNI)
- RNI alvo: 2,0-3,0 (FA, TEV) ou 2,5-3,5 (prótese mecânica)
- Controle de RNI semanal no início, depois mensal

- **Cuidados:**

- **Controle rigoroso de RNI** necessário
- Tomar sempre no mesmo horário
- Interação com diversos alimentos (vitamina K) e medicamentos
- Evitar mudanças bruscas na dieta (vegetais verdes escuros)
- Orientar sobre risco de sangramento
- Contraindicado na gestação
- Ter cautela com AINEs, antibióticos, antifúngicos

- **Alternativa(s):**

- Rivaroxabana 20mg – Tomar 01 comprimido, VO, 1x/dia com alimentos (anticoagulante direto - sem necessidade de RNI)
- Apixabana 5mg – Tomar 01 comprimido, VO, de 12/12h (anticoagulante direto)
- Dabigatrana 150mg – Tomar 01 comprimido, VO, de 12/12h (anticoagulante direto)

- **☒☒☒☒ Orientações ao paciente**

- **Sinais de alarme - Retornar IMEDIATAMENTE ao PS se:**

- Falta de ar intensa ou em repouso
- Dor no peito
- Palpitações ou batimentos cardíacos irregulares
- Desmaio ou tontura intensa
- Inchaço súbito das pernas ou ganho de peso > 2kg em 3 dias
- Tosse com expectoração rósea ou espumosa
- Impossibilidade de deitar-se (ortopneia)
- Confusão mental

- **Recuperação esperada:**

- Melhora clínica em 24-48h com tratamento adequado
- Compensação completa pode levar 3-7 dias
- Seguimento cardiológico em 7-14 dias após alta hospitalar

- **Restrições de atividade:**

- Repouso relativo nos primeiros 3-7 dias
- Retornar às atividades gradualmente conforme orientação médica
- Evitar esforços intensos até liberação cardiológica
- Programa de reabilitação cardíaca é recomendado

- **Recomendações dietéticas:**

- **CRÍTICO:** Restrição de sódio < 2g/dia (evitar sal de cozinha, alimentos processados, enlatados, embutidos)
- Restrição hídrica: 1,5-2L/dia (incluindo água, sopas, frutas)
- Pesar-se diariamente pela manhã (mesmas condições)
- Dieta balanceada, rica em frutas, vegetais e grãos integrais
- Evitar excesso de líquidos

- **Modificações de estilo de vida:**
 - **Cessar tabagismo** (fundamental)
 - Evitar consumo de álcool
 - Controlar peso (IMC < 25 kg/m²)
 - Atividade física regular após liberação (caminhadas leves inicialmente)
 - Controle rigoroso de comorbidades (HAS, DM, dislipidemia)
 - Vacinação: influenza (anual) e pneumocócica
 - Gerenciamento de estresse
- **Acompanhamento:**
 - Consulta cardiológica em 7-14 dias após alta
 - Seguimento regular com cardiologista (mensal até estabilização)
 - Ecocardiograma de controle em 3-6 meses
 - Ajustes medicamentosos serão feitos gradualmente
 - Considerar participação em programa de IC
- **Adesão ao tratamento:**
 - Tomar medicações rigorosamente nos horários prescritos
 - NÃO interromper medicações sem orientação médica
 - Ter lista de medicações sempre disponível
 - Informar outros médicos sobre uso de anticoagulantes
- **Monitoramento domiciliar:**
 - Peso diário (reportar ganho > 2kg em 3 dias)
 - Pressão arterial (se possível)
 - Frequência cardíaca
 - Edema de membros inferiores
 - Dispneia aos esforços
- **Atestado médico:**
 - Afastamento de □ dias a critério médico (geralmente 15-30 dias após internação)
 - Reavaliação em retorno ambulatorial

? CID-10:

- **I50.1:** Insuficiência cardíaca ventricular esquerda
- **I50.0:** Insuficiência cardíaca congestiva
- **J81:** Edema pulmonar
- **I11.0:** Doença cardíaca hipertensiva com insuficiência cardíaca (congestiva)
- **I25.5:** Cardiomiopatia isquêmica

Revision #5

Created 8 August 2025 22:07:54 by Heric

Updated 17 October 2025 21:20:12 by Heric