

	SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE DOR TORÁCICA	PROT: 25 Revisão: 01 Página: 1 de 24 Data: 18/10/2022
---	--	---

CLASSIFICAÇÃO: INTERNA	GRUPO DE ACESSO: COLABORADORES E COOPERADOS UVC
---	--

Sumário

1. OBJETIVO	3
2. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	3
3. DESCRIÇÃO/CONDUTAS	3
3.1. DEFINIÇÃO DE DOR TORÁCICA	3
3.2. CLASSIFICAÇÃO DA DOR TORÁCICA	3
3.2.1. Dor tipo a – definitivamente anginosa	3
3.2.2. Dor tipo b – provavelmente anginosa	4
3.2.3. Dor tipo c – provavelmente não anginosa	4
3.2.4. Dor tipo d – definitivamente não anginosa	4
3.3. AVALIAÇÃO DA DOR PRECORDIAL	4
3.4. DOR TORÁCICA DE ORIGEM CARDIOLÓGICA	5
3.5. DOR DE ORIGEM NÃO CARDIOLÓGICA	6
3.5.1. Vascular	6
3.5.2. Pulmonar	6
3.5.4. Músculo esquelético	7
3.5.5. Infecciosa	8
3.5.6. Psicogênica	8
3.6. FLUXO DE ATENDIMENTO INICIAL DO PACIENTE COM DOR TORÁCICA	8
3.7. AVALIAÇÃO DE ELETROCARDIOGRAMA	9
3.7.1. Supra desnivelamento do segmento st	10
3.8. TRATAMENTO DE ACORDO COM A CARACTERÍSTICA DA DOR E DOS ACHADOS ELETROCARDIOGRÁFICOS	11

Elaborado por: Márcio Lopes Kessler, Tiago Fontana, Nery de Oliveira, Juliana Carpes	Aprovado por: José Pettine
--	--

3.8.1. Paciente com dor torácica dos tipos a. B e c ou equivalente anginoso com alterações eletrocardiográficas (supra desnivelamento do segmento st ou bloqueio de ramo esquerdo (bre) novo	12
3.8.2. Contraindicações absolutas	13
3.8.3. Contraindicações relativas	13
3.9. ESQUEMA DE PRESCRIÇÃO	14
3.10. CUIDADOS DE ENFERMAGEM	16
3.11. APLICAÇÃO DE ESCORES PARA ESTRATIFICAÇÃO DOS RISCOS NAS SINDROMES CORONARIANAS AGUDAS	17
3.11.1. Escore de grace	17
3.12. FLUXOGRAMA	19
4. DOCUMENTOS RELACIONADOS	19
5. GERENCIAMENTO / INDICADORES	19
6. NOMENCLATURAS E SIGLAS	20
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	20
8. ANEXOS	21
9. SÍNTESES DE REVISÕES	22

Elaborado por:	Aprovado por:
Márcio Lopes Kessler, Tiago Fontana, Nery de Oliveira, Juliana Carpes	José Pettine

1. OBJETIVO

Padronizar critérios mínimos para o reconhecimento e tratamento precoce dos pacientes que apresentam Dor Torácica (independentemente de sua causa diagnóstica), alinhando as condutas de atendimento, visando obter maior agilidade e qualidade assistencial que influem diretamente no prognóstico do paciente.

2. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

a) Inclusão: Pacientes adultos com sintomas de dor torácica relatada ou sinais de infarto agudo do miocárdio observados pela equipe.

b) Exclusão: Pacientes pediátricos de idade menor que 12 anos.

3. DESCRIÇÃO/CONDUTAS

3.1. DEFINIÇÃO DE DOR TORÁCICA

O termo Dor Torácica é utilizado para definir sensação de desconforto ou dor na região do tórax, que pode ter percepção variável entre indivíduos. Geralmente

localiza-se na região anterior do tórax e pode estar associada a condições clínicas graves de rápida evolução, o que torna o diagnóstico precoce uma medida necessária e eficaz para maior sobrevivência dos pacientes.

Faz-se necessário avaliar sua localização, irradiação, características, duração, fatores precipitantes, bem como os fatores de melhora e piora. Outro aspecto importante é a categorização da dor de acordo com as informações clínicas fornecidas pelo paciente no atendimento inicial.

Elaborado por:	Aprovado por:
Márcio Lopes Kessler, Tiago Fontana, Nery de Oliveira, Juliana Carpes	José Pettine

3.2. CLASSIFICAÇÃO DA DOR TORÁCICA

A dor torácica pode ser classificada pela característica anginosa de dor.

3.2.1. Dor tipo A – Definitivamente Anginosa

- a) Desconforto retroesternal precipitado pelo esforço, com irradiação típica para o ombro;
- b) Mandíbula ou face interna do braço esquerdo, aliviado pelo repouso ou nitrato;
- c) Características que dão certeza de Síndrome Coronariana (SCA), independentemente dos exames complementares.

3.2.2. Dor tipo b – provavelmente anginosa

- a) Dor torácica cujas características faz da SCA a principal hipótese diagnóstica, porém, com necessidade de exames complementares para confirmação do diagnóstico;
- b) Tem a maioria das características da dor definitivamente anginosa, podendo ser típica sob alguns aspectos, mas atípica em outras.

3.2.3. Dor tipo C – Provavelmente Não Anginosa

- a) Dor torácica cujas características não faz da SCA a principal hipótese diagnóstica, mas, devido à existência de múltiplos fatores de risco, doença coronária prévia ou mesmo dor sem causa aparente, necessita de outros exames para excluí-la;
- b) Definida como um padrão de dor torácica que não se adapta à descrição da dor definitivamente anginosa.

3.2.4. Dor tipo D – Definitivamente Não Anginosa

- a) Dor torácica cujas características não incluem a SCA no diagnóstico diferencial;
- b) Dor com aspectos evidentes de origem não cardíaca;

Elaborado por:	Aprovado por:
Márcio Lopes Kessler, Tiago Fontana, Nery de Oliveira, Juliana Carpes	José Pettine

c) Outro ponto referente à classificação do tipo de Dor Torácica pela equipe médica, é que ela direciona o seguimento do cuidado, seja ele de caráter curativo ou preventivo a outros agravos.

3.3. AVALIAÇÃO DA DOR PRECORDIAL

O paciente deve ser avaliado em relação à característica da dor, levando em consideração:

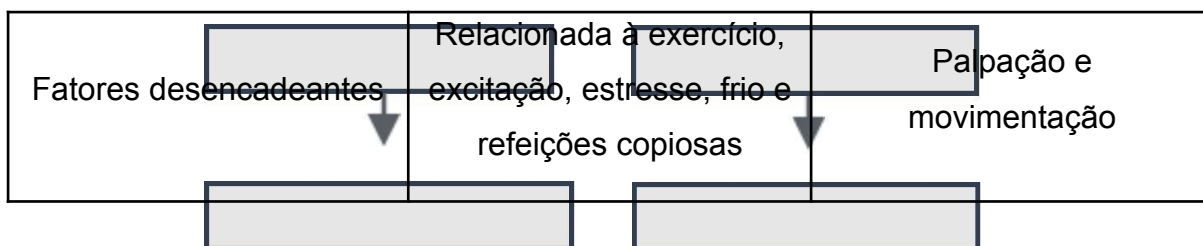
- a) Caráter;
- b) Localização;
- c) Fatores desencadeantes.

A investigação causal torna-se imprescindível para a tomada de conduta, uma vez que existem outras doenças de etiologia não cardiológica/isquêmica, que podem estar associadas à exacerbação da dor precordial.

O enfermeiro é o profissional responsável pela avaliação inicial e as coletas destes dados. No entanto, o médico é o responsável pela categorização da dor precordial em típica (relacionada a miocardiopatia isquêmica) ou atípica (provavelmente correlacionada a outras causas), seguindo a lógica ilustrada abaixo:

CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO	DOR TÍPICA	DOR ATÍPICA
Caráter da dor	Geralmente associada a constrição, compressão, queimação e sensação de peso	Geralmente associada à sensação de facada, agulhada, pontadas e piora durante a respiração
Localização da dor	Localização retroesternal, em ombro esquerdo, pescoço, face, mandíbula e região epigástrica	Localizada no hemitórax e ombro direito

Elaborado por:	Aprovado por:
Márcio Lopes Kessler, Tiago Fontana, Nery de Oliveira, Juliana Carpes	José Pettine



3.4. DOR TORÁCICA DE ORIGEM CARDIOLÓGICA

A seguir, serão apresentadas as causas e as características das doenças de origem cardiológica e não cardiológica, que se manifestam através de dor torácica.

PERICARDITE

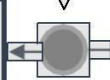
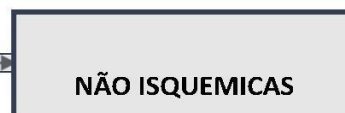
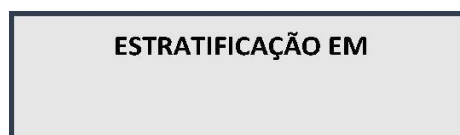


VALVULAR



ANGINA ESTÁVEL

ANGINA INSTÁVEL



DISSECÇÃO DE ARTÉRIA

Elaborado por:	Aprovado por:
Márcio Lopes Kessler, Tiago Fontana, Nery de Oliveira, Juliana Carpes	José Pettine

**AORTA
INFARTO AGUDO DO
MIOCÁRDIO****3.5. DOR DE ORIGEM NÃO CARDIOLÓGICA****3.5.1. Vascular****3.5.1.1. Embolia pulmonar**

Início súbito de dispneia e dor, geralmente pelurítica, com infarto pulmonar. Pode estar relacionada a presença de dispneia, taquidispneia, taquicardia e sinais de insuficiência Cardíaca Direita.

3.5.2. Pulmonar**3.5.2.1. Hipertensão Pulmonar**

Relacionada à pressão torácica subesternal, exacerbada pelo esforço. A dor pode estar associada ainda à dispneia e sinais de hipertensão pulmonar.

3.5.2.2. Pleurite e/ou Pneumonia

Dor pleurítica, geralmente breve, localizada em região lateral e linha média do tórax, associada à tosse.

3.5.2.3. Pneumotórax espontâneo

Início súbito de dor pleurítica unilateral, associada à dispneia.

3.5.3. Gastroesofágica

Elaborado por:	Aprovado por:
Márcio Lopes Kessler, Tiago Fontana, Nery de Oliveira, Juliana Carpes	José Pettine

3.5.3.1. Refluxo Esofágico

Desconforto do tipo queimação, subesternal e epigástrica com aproximadamente 10 a 60 minutos de duração. A dor pode se agravar após refeições pesadas ou após o período de repouso à ingesta alimentar. A sensação pode ser aliviada após o uso de antiácidos.

3.5.3.2. Úlcera Péptica

A dor pode estar associada à queimação epigástrica ou na região subesternal, geralmente com duração prolongada. A sensação de alívio pode ser obtida após o uso de antiácidos ou alteração da alimentação.

3.5.3.3. Doença da Vesícula Biliar

Dor localizada na região epigástrica ou no quadrante superior direito, não sendo exacerbada após as refeições, como as patologias anteriormente citadas.

3.5.3.4. Pancreatite

Dor localizada na região epigástrica e subesternal, intensa e prolongada. Geralmente associada à ingesta de álcool, uso de alguns medicamentos e hipertrigliceridemia.

3.5.4. Músculo esquelético

3.5.4.1. Costocondrite

Início súbito caracterizado de dor intensa e fugaz. Pode caracterizar-se como pressão na região articular afetada, associada à inflamação e a edema.

3.5.4.2. Doença do Disco Cervical

Dor de início súbito e fugaz, acentuada na movimentação do pescoço.

3.5.5. Infecçiosa

Elaborado por:	Aprovado por:
Márcio Lopes Kessler, Tiago Fontana, Nery de Oliveira, Juliana Carpes	José Pettine

3.5.5.1. Herpes Zoster

Dor do tipo queimação, prolongada, com localização cutânea, com ou sem erupção de vesículas biliares.

3.5.6. Psicogênica

3.5.6.1. Síndrome do Pânico

Dor precipitada por crise de ansiedade/pânico. Pode haver sintomas como taquicardia, sudorese, náusea, formigamento dos membros superiores e inferiores, bem como sensação de perda de controle, sem relação com alterações cardiológicas.

As causas de origem não cardiológica podem não levar a alterações evidentes nos achados eletrocardiográficos, bem como os marcadores de necrose tecidual. A avaliação do ECG é importantíssima para a detecção das doenças isquêmicas, tendo como base fundamental para sua interpretação os achados clínicos e a determinação do tipo dor precordial.

3.6. FLUXO DE ATENDIMENTO INICIAL DO PACIENTE COM DOR TORÁCICA

O atendimento do paciente com dor torácica deve ser diferenciado dos demais pacientes, nos quais o fluxo assistencial deve seguir a lógica da priorização do atendimento desde a sua entrada pelo Pronto Atendimento (PA).

No momento da chegada do paciente ao PA, o mesmo poderá sinalizar via totem/recepção/triagem a queixa de dor no peito. Desta forma, será conduzido pela recepcionista ou zelador, antes mesmo da abertura da ficha de atendimento, até o enfermeiro da triagem que deve direcionar o paciente para atendimento interno sem a necessidade de realizar a triagem e classificação de risco (processo de registros deve ser realizado posterior). Em todas as situações, deve-se sinalizar imediatamente a equipe de enfermagem para realização do eletrocardiograma (ECG) em tempo ≤ 10 minutos, contabilizado desde o horário da chegada do paciente na instituição ao horário de realização do ECG. Já nos casos em que os

Elaborado por:	Aprovado por:
Márcio Lopes Kessler, Tiago Fontana, Nery de Oliveira, Juliana Carpes	José Pettine

pacientes venham referir dor precordial no momento em que estão sendo avaliados pela equipe médica e/ou de enfermagem, o tempo ideal para realização do ECG permanece 10 minutos, contabilizados, no entanto, a partir da queixa da dor.

Após a realização do ECG, o médico deverá analisar o traçado eletrocardiográfico em até 5 minutos de sua realização e o paciente deverá ser avaliado em relação a sua história clínica e o tipo de dor, achados estes norteadores para definição da conduta. Toda a linha de cuidados proposta para os pacientes elegíveis ao protocolo, pode ser evidenciada no prontuário.

Sugerimos a realização de ECG de 12 variações seriado (5 – 10 minutos) em todos os pacientes que permanecerem sintomáticos. Aos pacientes que tiverem piora ou mudança da característica da dor torácica ou sempre na 3ª hora junto ou não com a coleta de troponina para os pacientes com dor torácica definitivamente anginosa, provavelmente anginosa ou provavelmente não anginosa (dor tipo A, B e C). Sugere-se ainda repetir ECG uma hora após a realização do primeiro nos pacientes com quadro de dor torácica iniciada há mais de 6 horas.

3.7. AVALIAÇÃO DE ELETROCARDIOGRAMA

A realização do ECG deverá ser solicitada para todos os pacientes que se apresentem com dor torácica e, usualmente, abdominal, epigástrica em situações em que tem papel fundamental para confirmação da hipótese diagnóstica do SCA. Cabe ressaltar que o ECG é um marcador fundamental para a diferenciação do tipo de SCA, estratificado de risco e tomada de conduta.

Devido à sua baixa sensibilidade para o diagnóstico de síndrome coronariana aguda, o ECG nunca deve ser o único exame complementar utilizado para confirmar ou afastar o diagnóstico da doença, necessitando de outros testes simultâneos com marcadores de necrose miocárdica, monitor do segmento ST, ecocardiograma e testes de estresse.

Abaixo, estão descritos e ilustrados os tipos de traçados eletrocardiográficos e suas respectivas interpretações de acordo com as alterações cardiológicas:

Elaborado por:	Aprovado por:
Márcio Lopes Kessler, Tiago Fontana, Nery de Oliveira, Juliana Carpes	José Pettine

3.7.1. Supra Desnívelamento do Segmento ST

Está relacionado à obstrução total da artéria coronária, evidenciando-se no traçado do ECG:

a) Elevação do segmento ST (no ponto J) nova ou presumivelmente nova, em suas ou mais derivações contínuas, de pelo menos 1mm no plano frontal e precordiais esquerdas. Para as derivações precordiais VI e V3, considerar:

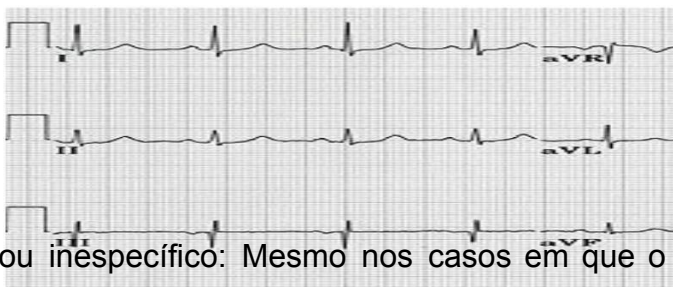
- Sexo feminino: $\geq 1,5\text{mm}$;
- Sexo masculino, acima de 40 anos: $\geq 2,0\text{mm}$;
- Sexo masculino, abaixo de 40 anos: $\geq 2,5\text{mm}$ de supra desnívelamento ST.

b) Bloqueio de Ramo Esquerdo: a presença de BRE dificulta o reconhecimento do infarto agudo do miocárdio. A avaliação do ECG pode se apresentar através de 3 tipos de desnivelamentos do segmento ST, podendo permitir a identificação do infarto agudo do miocardiorecente, destacando os seguintes critérios:

- Elevação do segmento ST $\geq 1,0\text{mm}$ de acordo com o QRS/T;
- Depressão do segmento ST $\geq 1,0\text{mm}$ em V1, V2 e V3;
- Elevação do segmento ST $\geq 5,0\text{mm}$ em discordância com o QRS/T.

c) Infra desnívelamento do segmento ST: Caracterizado como provável obstrução parcial da artéria coronária. O ECG pode apresentar infra desnívelamento do segmento ST, inversão de onda T ou até mesmo alterações mínimas da onda T e traçado normal, sendo a diferenciação relacionada a elevação dos marcadores de necrose miocárdica.

Elaborado por:	Aprovado por:
Márcio Lopes Kessler, Tiago Fontana, Nery de Oliveira, Juliana Carpes	José Pettine



d) Normal ou inespecífico: Mesmo nos casos em que o ECG se apresente normal, não é considerado critério de exclusão de doença coronária em casos com suspeita clínica. Ainda é necessária investigação com outros exames complementares. Geralmente, o ECG pode apresentar alteração de repolarização, áreas eletricamente inativas, normais ou inespecíficas.

3.8. TRATAMENTO DE ACORDO COM A CARACTERÍSTICA DA DOR E DOS ACHADOS ELETROCARDIOGRÁFICOS

Caso o paciente apresente SCA, com evidência, no traçado eletrocardiográfico de supra desnivelamento do segmento ST, deve ser submetido imediatamente à recanalização coronariana, seja por meio de procedimento intervencionista (angioplastia primária) ou, na indisponibilidade deste, pela realização de terapia trombolítica. Tendo como base os preceitos das diretrizes clínicas, nacionais e internacionais, o tempo de porta-balão deve ser de até 360 minutos, mensurado desde a chegada do paciente com dor torácica à instituição até a insuflação do balão na artéria culpada. Cabe ressaltar que, nos casos em que o paciente for admitido sem dor precordial e tenha início de queixa dentro do hospital, ou que apresente ECG inicial sem supra desnivelamento do segmento ST, com alteração do traçado eletrocardiográfico a posterior, o momento inicial a ser considerado é o da constatação do supra desnivelamento (ex.: o 2º ECG ou posterior), mantendo o objetivo de atingir menos de 360 minutos até a insuflação do balão na artéria.

Elaborado por:	Aprovado por:
Márcio Lopes Kessler, Tiago Fontana, Nery de Oliveira, Juliana Carpes	José Pettine

Quando houver impossibilidade de realização de angioplastia primária em até 360 minutos, ou na falta de serviço de hemodinâmica na instituição, o tratamento recomendado para a recanalização coronária é a terapia com trombolíticos. Para os casos elegíveis à terapia trombolítica, o indicador a ser gerenciado passa a ser o tempo porta-agulha, que deve ser contabilizado desde a chegada do paciente com dor torácica à instituição até a administração do fármaco, com objetivo de que seja menor que 30 minutos.

As recomendações de tratamento para o infarto agudo do miocárdio com supra desnivelamento do Segmento ST são provenientes de diretrizes pré estabelecidas e devem ser cumpridas de acordo com as recomendações. De acordo com a proposta dos especialistas, algumas ações são destacadas abaixo, de acordo com as diretrizes terapêuticas que devem ser seguidas ainda na sala de emergência, visando alinhar a conduta conforme os tipos de dor e achados do traçado eletrocardiográfico.

3.8.1. Paciente com dor torácica dos tipos A, B e C ou equivalente anginoso com alterações eletrocardiográficas (supra desnivelamento do segmento ST ou bloqueio de Ramo Esquerdo (BRE) novo

3.8.1.1. Angioplastia percutânea primária

Em caso de disponibilidade em até 90 minutos.

3.8.1.2. Trombólise

Intervenção da escolha inicial para as instituições que não possuam serviço de hemodinâmica ou nos casos de impossibilidade de realização de angioplastia primária em até 90 minutos. Cabe ressaltar que a terapia trombolítica deve ser realizada no pronto-socorro desde que o paciente não apresente critérios que contraindiquem o procedimento.

3.8.1.3. Tratamento conservador

Na impossibilidade de realização de ambas intervenções (angioplastia ou terapia trombolítica), opta-se por cuidados clínicos, com programação de novas

Elaborado por:	Aprovado por:
Márcio Lopes Kessler, Tiago Fontana, Nery de Oliveira, Juliana Carpes	José Pettine

abordagens terapêuticas posteriores à intervenção, variando de acordo com o tipo de paciente.

3.8.2. Contraindicações Absolutas

- a) Hemorragia Intracraniana prévia;
- b) Lesão cerebral conhecida (ex.: MAV ou aneurisma);
- c) Neoplasia intracraniana conhecida (ex.: primária ou metastática);
- d) Acidente vascular cerebral isquêmico nos últimos 3 meses, exceto nas últimas 3 horas;
- e) Suspeita de dissecação de aorta;
- f) Sangramento ativo (exceto sangramento menstrual);
- g) TCE significativo ou trauma facial nos últimos 3 meses.

3.8.3. Contraindicações relativas

- a) História de hipertensão arterial sistêmica grave e mal controlada;
- b) Acidente vascular cerebral isquêmico há mais de 3 meses, demência ou outras patologias intracranianas conhecidas, não descritas no quadro ao lado (relacionado às contraindicações absolutas);
- c) PCR prolongada;
- d) Cirurgia de grande porte há menos de 3 semanas;
- e) Sangramento interno recente (entre 2 e 4 semanas);
- f) Punção vascular não compressível;
- g) Gravidez;
- h) Úlcera péptica ativa;
- i) Uso atual de anticoagulante: uso de NOACS ou uso de Varfarina, quando INR > 1,7.
- j) Dor torácica do tipo A, B ou C, ou equivalente anginoso com evidência de alteração eletrocardiográfica relacionada a infarto agudo de miocárdio com infra desnivelamento do segmento ST ou na vigência de inversão da onda T;
- k) Dor tipo A/B com ECG inespecífico ou normal; p

Elaborado por:	Aprovado por:
Márcio Lopes Kessler, Tiago Fontana, Nery de Oliveira, Juliana Carpes	José Pettine

I) Presença de dor tipo C, com alta probabilidade clínica de doença arterial coronariana (DAC). Cabe ressaltar que, para os pacientes classificados como portadores de alta probabilidade de DAC, sugere-se a aplicação de escala TIMI Risk (preditiva do risco de morte após eventos isquêmicos, tanto para pacientes com Angina Instável, como para pacientes com IAM, apresentem elevação do segmento ST como fator de escolha para a terapia medicamentosa com antiagregantes e anticoagulantes. Para esses pacientes, procede-se com a aplicação do Heart Score para estratificação do risco do paciente.

Pacientes que apresentam dor torácica e são incluídos no protocolo, mas após a avaliação clínica e exames complementares, exclui-se a hipótese de SCA.

Nos casos de TEP confirmado, havendo indicação para terapia com trombolíticos (TEP maciço com instabilidade hemodinâmica), o tratamento pode ser indicado após avaliação clínica ainda na emergência com indicação para continuidade e acompanhamento na Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Nos casos de Dissecção de Artéria Aorta, a conduta inicial pode ser estabilização clínica em UTI ou encaminhamento imediato para Centro Cirúrgico, de acordo com o tipo de lesão e gravidade do paciente.

Nos casos de Pericardite e/ou Miocardite, os pacientes devem seguir sob cuidados na UTI ou Unidade Coronariana.

3.9. ESQUEMA DE PRESCRIÇÃO

Abaixo, esquema proposto de prescrição médica:

- a) Dieta NPO;
- b) Acesso venoso periférico;
- c) Monitorização cardíaca contínua;
- d) Controle de sinais vitais;
- e) Avaliação especialista (cardiologia);
- f) GHT – SN

g) Oxigênio: iniciar a 2L/min e ofertar conforme demanda (nos casos em que o paciente apresente saturação < 90%)

Elaborado por:	Aprovado por:
Márcio Lopes Kessler, Tiago Fontana, Nery de Oliveira, Juliana Carpes	José Pettine

h) Clopidogrel 300mg VO (observações – 300mg se paciente < 75 anos; 75mg se paciente ≥ 75 anos; 600mg se Angioplastia; contraindicado em AVC ou AIT prévio, peso ≤ 60kg; cuidar se paciente já fizer o uso de clopidogrel);

i) Dinitrato de Isossorbida 5mg – comprimido SL a critério médico (propatilnitrato 10mg – 1 comprimido (SL), nos casos de indisponibilidade Isordil). CUIDAR! Evitar em casos de infarto em parede inferior com comprometimento do ventrículo direito; uso de terapia medicamentosa com sildenafil/viagra, vardenafila/levitra, tadalafila/cialis nas últimas 72 horas; hipotensão (PAS < 90mmHg); bradicardia (FC < 60bpm);

j) Nitroglicerina 50mg + SG 5% 250mL (IV) em Bomba de Infusão Contínua (BIC) a critério médico (iniciar com 3ml/h e progredir de 3 em 3mL à cada 5-10 minutos, podendo chegar até 60mL/h, de acordo com a resposta à dor e tolerância da PA (PAM < 70mmHg));

k) Morfina 2mg + 8mL de água destilada (IV) à critério médico (utilizar nos casos de persistência de dor intensa após o uso de nitrato);

l) Metoprolol de 25 a 50mg 2x ao dia a critério médico (pode ser iniciado nas primeiras 24 horas do quadro. Como sugestão, iniciar após avaliar estabilidade do paciente após 6 horas da admissão. Contra indicações os casos de insuficiência cardíaca; FC < 60bpm e PAS < 100mmHg; nos casos de alteração do traçado eletrocardiográfico, caracterizados por: intervalo PR > 0,24 segundos, evidência de bloqueio Atrioventricular de 2 e 3º grau; nos casos de doenças prévias, caracterizadas por: história de asma ou doença pulmonar obstrutiva grave, doença vascular periférica grave, disfunção ventricular grave e KILLIP ≥ II)

m) Pantoprazol 40mg IV lento 12/12h/

n) Metoclopramida 1 ampola + SF 0,9% 100mL (IV) se n/v;

o) Clonazepam 2,5mg/ml – 6 gotas (VO) à critério médico;

p) Solução fisiológica de 0,9% 500mL (IV) de administração rápida ou administração de solução fisiológica de 1000mL (IV) em BIC (1mL/kg/h) (pacientes com IAM agudo não devem receber soro fisiológico em bolus devido ao risco de congestão pulmonar. Exceção a infarto de ventrículo direito;

q) Insulina regular SC conforme HGT (161-200 -2ui, 201-250 – 4ui; 251-300 – 6ui; 301-350 – 8ui; 351-400 – 10ui; 401 ou mais, acionar plantão);

Elaborado por:	Aprovado por:
Márcio Lopes Kessler, Tiago Fontana, Nery de Oliveira, Juliana Carpes	José Pettine

r) ECG 12 ou 16 derivações (na admissão, 3 horas após o primeiro, 3 horas após o segundo. Se tempo do início da dor igual ou superior a 6h, sugestão de repetir 1 hora após);

s) Laboratoriais: Troponina, CPK, CKMB-massa, hemograma, Na (sódio), K (potássio), Ureia, Creatinina, TGO, TGP e fatores de coagulação (TP e TPPA).

3.10. CUIDADOS DE ENFERMAGEM

- a) Realizar ECG;
- b) Puncionar acesso venoso periférico (preferencialmente em MSE);
- c) Instalar/manter a monitorização cardíaca, oximetria e pressão não invasiva;
- d) Aferir sinais vitais a cada 15 minutos, registrando-os e comunicando-os em casos de alteração;
- e) Instalar cateter de oxigênio a 2L/min/ em caso de dessaturação (< 90%), conforme prescrição médica;
- f) Retirar e guardar prótese e adornos, identificando-os e os entregando aos familiares/acompanhantes.
- g) Comunicar laboratório sobre coleta de sangue com urgência;
- h) Registrar em prontuário os cuidados prestados e os marcadores de tempo de protocolo, incluindo o específico de dor torácica;
- i) Atentar para a administração segura de medicamentos de alta vigilância (ex.: administração de antiagregantes plaquetários);
- j) Iniciar processo de internação e transferência para a unidade de terapia intensiva ou outra instituição em caso de necessidade de Cateterismo e/ou Angioplastia conforme referência pré-definida;
- k) Realizar passagem de plantão e transporte do paciente junto a equipe médica para unidade de terapia intensiva em casos que a conduta médica for trombólise e observação em UTI.

Cabe ressaltar que, para os pacientes com contraindicação à terapia fibrinolítica, torna-se fundamental considerar sua transferência para outra unidade hospitalar próxima com hemodinâmica disponível. Para os casos elegíveis ao tratamento fibrinolítico, torna-se fundamental que a unidade tenha definido o local para início da terapia. Dá-se preferência para a administração em sala de

Elaborado por:	Aprovado por:
Márcio Lopes Kessler, Tiago Fontana, Nery de Oliveira, Juliana Carpes	José Pettine

emergência para não atrasar a instituição da terapia e evitar prolongamento no tempo porta-agulha (máximo de 30 minutos).

Nos casos de curva enzimática negativa ou que não se configure caso de internação, o paciente deverá ser encaminhado ao seu cardiologista assistente/ sobreaviso para seguimento.

3.11. APLICAÇÃO DE ESCORES PARA ESTRATIFICAÇÃO DOS RISCOS NAS SINDROMES CORONARIANAS AGUDAS

A estratificação de risco para os pacientes com SCA sem supra desnivelamento do segmento ST é fundamental para definição da conduta a ser tomada desde o momento da admissão do paciente.

3.11.1. ESCORE DE GRACE

É composto de variáveis prognósticas para avaliação da mortalidade em pacientes com SCA, que variam conforme tabela abaixo:

VARIÁVEIS	VALORES REFERENCIAIS
Idade	Variando de 0 (idade < 30 anos) a 100 pontos (idade > 90 anos)
Frequência cardíaca	Variando de 0 (< 50bpm) a 46 pontos (>200bpm)
Pressão Arterial Sistólica	Variando de 0 (>200mmHg) a 58 pontos (<80mmHg)
Níveis de Creatinina	Variando de 1 (< 0,4mg/dl) a 28 pontos (> 4mg/dl)
Insuficiência Cardíaca	Variando de 0 (Killip Classe I) a 59 pontos (Killip Classe IV)
Parada Cardíaca na Admissão	Variando de 0 (PCR não correlacionada à admissão) a 39 pontos (PCR ocorrida na admissão)

Elaborado por:	Aprovado por:
Márcio Lopes Kessler, Tiago Fontana, Nery de Oliveira, Juliana Carpes	José Pettine

	SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE DOR TORÁCICA	PROT: 25 Revisão: 01 Página: 19 de 24 Data: 18/10/2022
---	--	---

CALCULADORA ESCORE DE TIMI ANGINA INSTÁVEL (UA/NSTEMI)

Desvio do Segmento ST Idade maior que 65 anos? Mais de 3 fatores de risco para doença coronariana? Doença coronariana conhecida (estenose maior ou igual a 50%)? AAS utilizado nos últimos 7 dias?	Variando de 0 (não evidenciado desvio no segmento ST) a 28 pontos (na evidência de desvio no segmento ST)
Elevação dos Marcadores de Necrose Cardíaca Marcador cardíaco positivo?	Variando de 0 (não evidenciada elevação dos marcadores) a 14 pontos (na ocorrência de elevação dos marcadores de necrose cardíaca)

De acordo com a pontuação obtida nas variáveis destacadas acima, o paciente poderá ser classificado de acordo com o Score de Grace, como abaixo, sendo intermediário ou alto risco:

Classificação de Risco	Grace	Probabilidade de Mortalidade Hospitalar (5)
Baixo Risco	1-108 pontos	< 1
Intermediário	109-140 pontos	1 – 3
Alto Risco	141-372 pontos	> 3

Para utilização do Grace, é necessário utilizar sistema digital (via computador ou smartphone). Abaixo, a figura ilustra a interface do Grace por meio eletrônico:

3.11.1.1. Score TIMI RISK

Este score preditivo também pode ser utilizado para estratificação do risco em pacientes com SCA por meio de estratificação do risco de óbito em pacientes com SCA, por meio de sete variáveis clínicas. Abaixo, são ilustradas as variáveis contempladas no TIMI RISK:

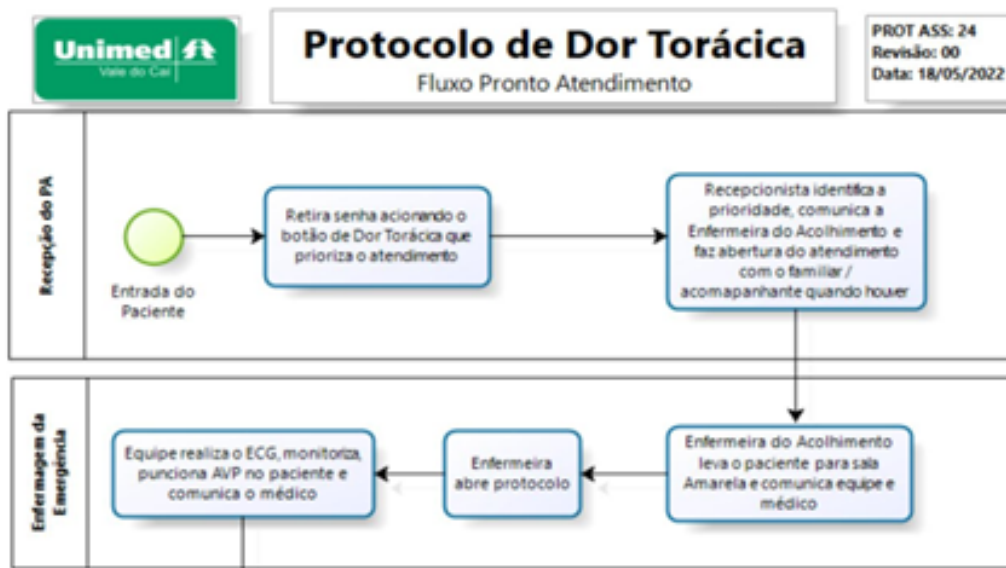
Elaborado por: Márcio Lopes Kessler, Tiago Fontana, Nery de Oliveira, Juliana Carpes	Aprovado por: José Pettine
--	--------------------------------------

FONTE: SEQ FONTE:_ ARABIC 1 - Endereço eletrônico para acesso:
HTTP://WWW.BIBLIOMED.COM.BR/CALCULADORAS/TIMIANGINA/*

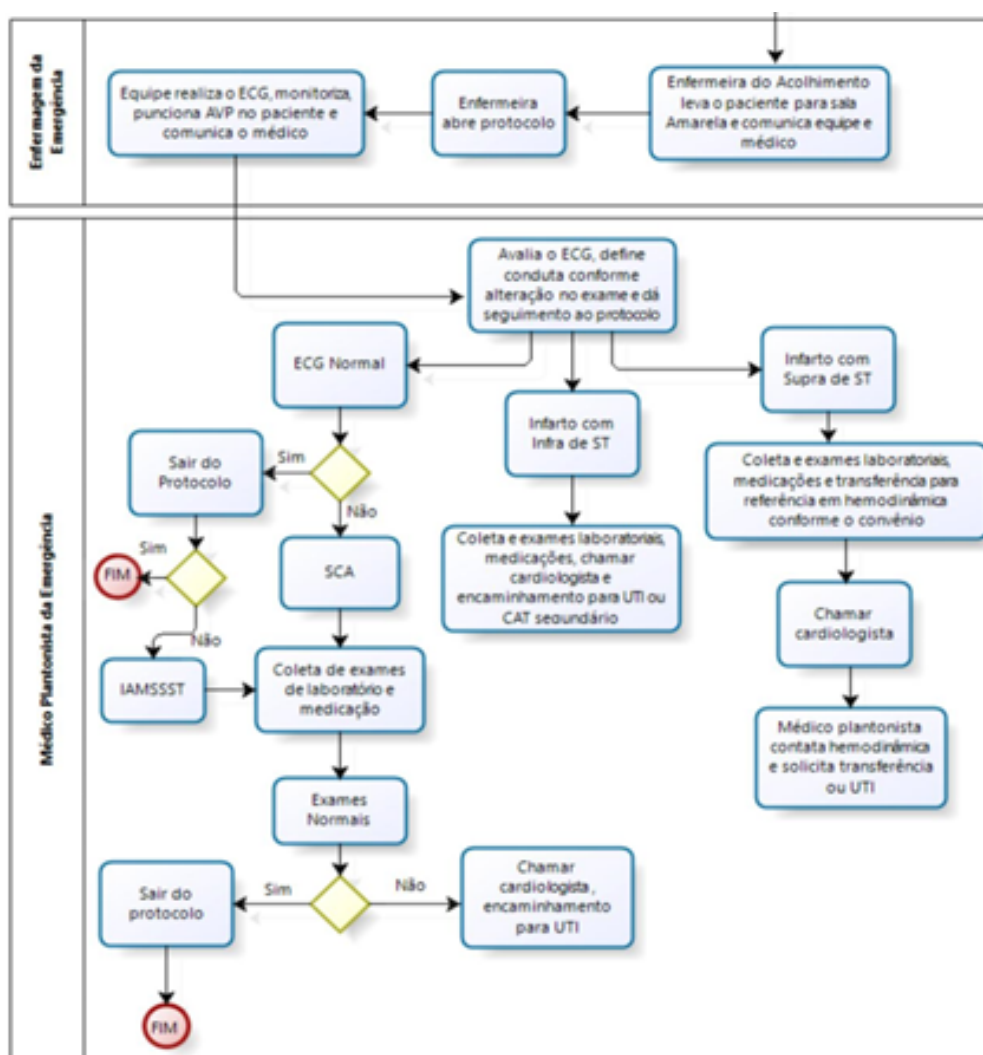
3.11.1.2. Score de Heart

Pode ser aplicado em pacientes que se apresentem ao serviço de emergência com dor torácica, tendo o objetivo de avaliar o risco de eventos cardiovasculares nas seis semanas que se seguem ao evento agudo. Pacientes com score de 0 a 3 tem 1,6% de chance de apresentar eventos, entre 4 a 6 com 13% de chance e 7 ou mais pontos com 50% de chance de apresentar infarto agudo do miocárdio. Realizar angioplastia, cirurgia de revascularização miocárdica ou há risco do paciente ir à óbito em 6 meses.

3.12. FLUXOGRAMA



Elaborado por:	Aprovado por:
Márcio Lopes Kessler, Tiago Fontana, Nery de Oliveira, Juliana Carpes	José Pettine



4. DOCUMENTOS RELACIONADOS

a) Encaminhamento para Procedimento de Hemodinâmica.

5. GERENCIAMENTO / INDICADORES

Não se aplica.

6. NOMENCLATURAS E SIGLAS

- a) HUVC – Hospital Unimed Vale do Cai;
- b) PA – Pronto atendimento;
- c) CTI – Centro de Terapia Intensiva;
- d) ECG – Eletrocardiograma;

Elaborado por:	Aprovado por:
Márcio Lopes Kessler, Tiago Fontana, Nery de Oliveira, Juliana Carpes	José Pettine

- e) Porta ECG – Tempo entre a chegada do paciente e realização do ECG;
f) FAV – Fibrilação Atrioventricular.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- a) Barish RA, Doherty RJ, Browne BJ. Re-engineering the emergency evaluation of chest pain. *J Healthcare Qual* 1997;19:6-12.
- b) Graff L, Joseph T, Andelman R, Bahr R, DeHart D, Espinosa J et al. American College of Emergency Physicians Information Paper: chest pain units in emergency departments: a report from the short-term observation section. *Am J Cardiol* 1995; 76: 1036-1039.
- c) Ibanez B, James S, Agewall S, et al. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC) *European Heart Journal*, Volume 39, Issue 2, 7 January 2018, Pages 119–177
- d) III Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre análise e emissão de laudos Eletrocardiográficos. *Arquivos brasileiros de cardiologia*. Volume 106, nº 04, Supl. 1, 2016. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/01_III_DIRETRIZES_ELETCARDIOGR%C3%81FICOS.pdf
- e) Nicolau JC, Feitosa Filho GS, Petriz JL et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST. *Arq. Bras Cardiol*. 2021; 1 – 76.
- f) Nicolau JC, Timerman A, Marin-Neto JA, Piegas LS, Barbosa CJDG, Franci. A, Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST. *Arq Bras Cardiol* 2014; 102(3Supl.1):1-61.

Elaborado por:	Aprovado por:
Márcio Lopes Kessler, Tiago Fontana, Nery de Oliveira, Juliana Carpes	José Pettine

g) Nicolau JC, Timerman A, Marin-Neto JA, Piegas LS, Barbosa CJDG, Franci A Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre AI e IAM sem Supradesnível do Segmento ST. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. 2004; Vol.83 (suplem. 83).

h) Piegas LS, Timerman A, Feitosa GS, Nicolau JC, Mattos LAP, Andrade MD, et al. V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST. Arq Bras Cardiol. 2015; 105(2):1-105.

i) Stussman BJ. National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 1995 emergency department summary. Advance data from vital and health statistics. No. 285. Hyattsville, Md.: National Center for Health Statistics, 1997. (DHHORAS publication no. (PHORAS) 97-1250.

j) Sociedade Brasileira de Cardiologia I Diretriz de Dor Torácica na Sala de Emergência. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, Supl 2, 2002. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2002/7903/Toracica.pdf>.

k) V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com supra desnível do segmento ST. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Volume em: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2015/02_TRATAMENTO%20DO%20IAM%20COM%20SUPRADESNIVEL%20DO%20SEGMENTO%20ST.pl

l) William Wijns (Chairperson) (Belgium), Philippe Kolh (Chairperson) (Belgium), Nicolas Danchin (France), Carlo Di Mario (UK), et al; The Task Force on Myocardial Revascularization of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). Developed with the special contribution of the European Association for Percutaneous Cardiovascular Interventions (EAPCI). Guidelines o Myocardial Revascularization. European Heart Journal (2010) 31, 2501–2555.

8. ANEXOS

Não se aplica.

Elaborado por:	Aprovado por:
Márcio Lopes Kessler, Tiago Fontana, Nery de Oliveira, Juliana Carpes	José Pettine

	SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE DOR TORÁCICA	PROT: 25 Revisão: 01 Página: 24 de 24 Data: 18/10/2022
---	--	--

9. SÍNTESES DE REVISÕES

Revisão	Data	Motivo	Elaboradores
00	18/05/2022	Emissão de origem	Márcio Lopes Kessler, Tiago Fontana, Nery de Oliveira, Juliana Carpes
01	18/10/2022	Incluído fluxograma	Juliana Carpes

Elaborado por: Márcio Lopes Kessler, Tiago Fontana, Nery de Oliveira, Juliana Carpes	Aprovado por: José Pettine
--	--