	<b>HOSPITAL PORTO DIAS</b>	Data 1ª versão: 03/11/2016
		Ult. Revisão: 21/04/2024
		Vencimento: 21/04/2026
		Versão: 07
		Nº Páginas: 1/16
<b>PROTOCOLO</b>	<b>DOR TORÁCICA E INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO</b> <b>HPD-GE-PT-02</b>	

## 1. OBJETIVO

Sistematizar a abordagem e direcionar o atendimento dos pacientes com quadro clínico de dor torácica, de forma rápida e efetiva, com diminuição da morbidade e mortalidade.

## 2. RESPONSABILIDADES

### 2.1. RECEPÇÃO/AUTORIZAÇÕES

Realizar o cadastro dos pacientes no Tasy conforme senha de chegada ao serviço de pronto atendimento. Realizar autorização, junto ao convênio, de exames complementares solicitados pelo médico.

### 2.2. ENFERMEIRO

Realizar triagem do paciente conforme o protocolo de triagem de paciente na Unidade de Emergência (UE). Gerenciar junto à equipe de técnicos de enfermagem, médica e laboratório para rápida e correta execução das medicações e exames laboratoriais.


### 2.3. TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Administrar as medicações prescritas, realizar eletrocardiograma e acionar o laboratório para execução rápida de exames solicitados.

### 2.4. MÉDICO

Realizar o atendimento humanizado, de maneira rápida, eficiente e segura, com coleta de anamnese e exame físico, bem como o devido registro no prontuário eletrônico do sistema Tasy. Realizar a prescrição de medicações e solicitar os exames complementares que julgar necessário para afirmação/exclusão da suspeita diagnóstica.

<b>Elaboração e Revisão:</b> Dr. Andrei Sales Coordenação Médico UE	<b>Validação:</b> Enf. <sup>a</sup> Rainá Carvalho Qualidade	<b>Aprovação:</b> Enf. <sup>a</sup> Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
---	--	---

	<b>HOSPITAL PORTO DIAS</b>	Data 1ª versão: 03/11/2016
		Ult. Revisão: 21/04/2024
		Vencimento: 21/04/2026
		Versão: 07
		Nº Páginas: 2/16
<b>PROTOCOLO</b>	<b>DOR TORÁCICA E INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO</b> <b>HPD-GE-PT-02</b>	

Realizar a devida reavaliação, após a liberação dos exames complementares, tomada de decisão relativa à internação hospitalar ou alta, condução clínica e à necessidade de emergência no tratamento proposto.

## 2.5. LABORATÓRIO

Executa a coleta e análise dos exames laboratoriais solicitados conforme alinhamento de interação de processos.

- Troponina ultrasensível (Troponina US): resultado em até 45 minutos.
- CKMB: resultado em até 45 minutos.

## 2.6 SETOR DE IMAGEM

**Executa a realização dos exames de imagem**

ECG: em até 10 minutos.

Raio x de tórax no leito: em até 30 minutos.

## 3. ABRANGÊNCIA

Unidade de Emergência.

## 4. DESCRIÇÃO


### 4.1. ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM

Paciente atendido nas unidades assistenciais do Hospital Porto Dias (HPD) apresentando sinais e sintomas de dor torácica é acionado o médico plantonista, equipe de enfermagem para realização de ECG em até 10 minutos e serviço de laboratório para coleta de enzimas cardíacas (Anexo I).

Os tempos de realização do ECG e da troponina são monitorados pelo B.I. de acordo com os dados registrados no sistema Tasy.

### 4.2. ATENDIMENTO MÉDICO

<b>Elaboração e Revisão:</b> Dr. Andrei Sales Coordenação Médico UE	<b>Validação:</b> Enf. <sup>a</sup> Rainá Carvalho Qualidade	<b>Aprovação:</b> Enf. <sup>a</sup> Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
---	--	---

	<b>HOSPITAL PORTO DIAS</b>	Data 1ª versão: 03/11/2016
		Ult. Revisão: 21/04/2024
		Vencimento: 21/04/2026
		Versão: 07
		Nº Páginas: 3/16
<b>PROTOCOLO</b>	<b>DOR TORÁCICA E INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO</b> <b>HPD-GE-PT-02</b>	

#### 4.2.1. Diagnóstico

A dor torácica aguda é definida como início recente da dor, pressão ou aperto no tórax anterior entre apêndice xifóide, a incisura supraesternal e ambas as linhas axilares médias. A dor torácica pode irradiar e/ou se apresentar da cabeça até o abdome.

Sintomas equivalentes anginosos devem ter no seu diagnóstico diferencial a Síndrome Coronariana Aguda (SCA) e devem ser manejados como tal até satisfatoriamente excluída. São equivalentes anginosos: dor epigástrica, dispepsia, dispneia, náuseas e vômitos, sudorese, hipotensão e síncope.

O diagnóstico de causa psicogênica é sempre de exclusão e incluem a somatização, depressão, ansiedade e transtorno de pânico.

O Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) com supradesnivelamento de ST (supra de ST) é diagnosticado por manifestações clínicas compatíveis associadas a evidência de necrose miocárdica usando modalidades laboratoriais, eletrocardiográficas ou de imagem.


A abordagem do IAM com supra de ST não depende de dosagem de enzima e deve-se iniciar a partir da identificação do padrão eletrocardiográfico no contexto clínico compatível.

Médico plantonista avalia o ECG realizado e define tipo de evento cardiológico: IAM com supra de ST, bloqueio de ramo esquerdo novo (BRE) ou bloqueio de ramo direito novo (BRD).

A partir da avaliação do médico plantonista é acionado imediatamente o médico hemodinamicista, a partir da escala de sobreaviso no Call Center, Unidade de Emergência ou Hemodinâmica, para confirmação do diagnóstico de IAM com supra de ST e indicação para o procedimento intervencionista de urgência.

##### 4.2.1.1. Anamnese

<b>Elaboração e Revisão:</b> Dr. Andrei Sales Coordenação Médico UE	<b>Validação:</b> Enf. <sup>a</sup> Rainá Carvalho Qualidade	<b>Aprovação:</b> Enf. <sup>a</sup> Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
---	--	---

	<b>HOSPITAL PORTO DIAS</b>	Data 1ª versão: 03/11/2016
		Ult. Revisão: 21/04/2024
		Vencimento: 21/04/2026
		Versão: 07
		Nº Páginas: 4/16
<b>PROTOCOLO</b>	<b>DOR TORÁCICA E INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO</b> <b>HPD-GE-PT-02</b>	

Obter uma história dirigida de sintomas, antecedentes médicos procurando características de dor torácica associada a risco de morte, como SCA, dissecação aórtica, embolia pulmonar, pneumonia grave e ruptura esofágica.

O diagnóstico rápido de IAM é essencial em todo paciente que se apresenta com dor torácica ou equivalente anginoso no pronto-socorro.

Na anamnese deve ser caracterizado o início da dor, tempo, gravidade, radiação e caráter da dor torácica, fatores atenuantes ou agravantes e presença de sintomas associados, como sudorese, dispneia, náuseas, vômitos, palpitações e tonturas.

#### 4.2.1.2. Exame físico

Realizar inspeção local, avaliar simetria dos pulsos, medir a pressão arterial nos quatro membros, ausculta pulmonar e cardíaca, testar dor à palpação e pesquisa de sinais focais neurológicos.

Ecotopia com sudorese profusa, fácies de dor, turgor jugular, dispneia. Na ausculta cardíaca e pulmonar: avaliar presença de sopros, bulhas acessórias, atrito pericárdico, crepitação pulmonar.

#### 4.2.1.3. Exames complementares

##### **Eletrocardiograma (ECG) e Raio x de tórax:**


O ECG é realizado e analisado em até 10 minutos da sua chegada no Hospital para identificação de supradesnivelamento de segmento ST e tomada de decisão para revascularização.

O supradesnivelamento do segmento ST  $\geq$  1mm em pelo menos duas derivações contíguas, BRE ou BRD novos (Tabela 1).

**Tabela 1: Localização do IAM no ECG e Artéria acometida**

Derivações	Localização	Coronária envolvida

<b>Elaboração e Revisão:</b> Dr. Andrei Sales Coordenação Médico UE	<b>Validação:</b> Enf. <sup>a</sup> Rainá Carvalho Qualidade	<b>Aprovação:</b> Enf. <sup>a</sup> Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
---	--	---

	<b>HOSPITAL PORTO DIAS</b>	Data 1ª versão: 03/11/2016
		Ult. Revisão: 21/04/2024
		Vencimento: 21/04/2026
		Versão: 07
		Nº Páginas: 5/16
<b>PROTOCOLO</b>	<b>DOR TORÁCICA E INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO</b> <b>HPD-GE-PT-02</b>	

V1, V2, V3	Ântero-septal	ADA ou ramo diagonal
V1 a V4	Anterior	ADA
V1 a V6	Ântero-lateral	ADA proximal
V1 a V6 +D1 e aVL	Anterior extenso	ADA proximal
D2, D3 e aVF	inferior	ACD ou ACx
D2, D3, aVF + V5 e V6	Inferior-lateral	ACD ou ACx
D2, D3, aVF + V3R e V4R	Inferior+ VD	ACD
D2, D3, aVF+infrast v1-V3	Ífero-dorsal	ACD

O ECG é o principal exame para avaliação de isquemia coronariana. Tem papel também na sobrecarga de ventrículo direito – encontrado no tromboembolismo pulmonar. Baixa voltagem com taquicardia pode sugerir tamponamento cardíaco.


A realização pela radiografia de tórax visa identificar outras etiologias da dor torácica pneumotórax, pneumonia, alargamento de mediastino.

#### **Exames laboratoriais:**

A troponina é o marcador de necrose de cardiomiócito. Após a necrose de cardiomiócitos, começa a haver alteração no valor da troponina em 2 a 3 horas. A troponina identifica o infarto agudo do miocárdio quando existe uma curva com elevação e queda de seu valor.

Comparada à troponina convencional, a troponina US leva ao diagnóstico de IAM em número adicional de pacientes com dor torácica e acelera a decisão no departamento de emergência, pois detecta evidências bioquímicas de lesão

<b>Elaboração e Revisão:</b> Dr. Andrei Sales Coordenação Médico UE	<b>Validação:</b> Enf.ª Rainá Carvalho Qualidade	<b>Aprovação:</b> Enf.ª Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
---	--	---

	<b>HOSPITAL PORTO DIAS</b>	Data 1ª versão: 03/11/2016
		Ult. Revisão: 21/04/2024
		Vencimento: 21/04/2026
		Versão: 07
		Nº Páginas: 6/16
<b>PROTOCOLO</b>	<b>DOR TORÁCICA E INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO</b> <b>HPD-GE-PT-02</b>	

miocárdica em concentrações mais baixas. As troponinas são mais sensíveis e específicas que a CKMB.

#### **4.2.2. Paciente com dor torácica sem o diagnóstico de IAM sem ou com supra de ST, BRE e BRD novos no ECG**

A dor torácica pode ser o sintoma cardinal de um paciente instável. Os pacientes devem ser atendidos na sala de graves (UTI do térreo) e monitorizados com a chamada abordagem **MOV**:


- Iniciar **M**onitorização cardíaca.
- **O**xigênio se saturação de O<sub>2</sub> < 95%.
- Obter acesso **V**enoso periférico.

Devemos identificar e tratar as necessidades imediatas da vida, como suporte de vias aéreas, respiração e circulação. Os sinais vitais são reavaliados regularmente durante a sua permanência na Unidade de Emergência.

Para os casos de dor torácica sem o diagnóstico de IAM com supra de ST, BRE e BRD novos no ECG, as condutas serão:

- Pacientes com dor definitivamente anginosa, provavelmente anginosa, solicitar o pacote completo na entrada (Troponina US, CKMB). Repetir troponina US e ECG de 1 em 1 hora; e a CKMB após 3 horas, sendo o paciente avaliado por até 4 horas. O ECG deve ser repetido em casos de recorrência dos sintomas, e as derivações V3R-V4R, V7-V9, devem ser realizados em pacientes sintomáticos e com ECG de 12 derivações não diagnóstico.
- Para pacientes com dor provavelmente não anginosa, seguir o protocolo acima citado, porém, a avaliação final conta com estratificação de alto, médio ou baixo risco conforme diretrizes da American Heart Association (AHA), utilizando a escala TIMI Risk que subsidia a decisão médica quanto a continuidade dos cuidados,

<b>Elaboração e Revisão:</b> Dr. Andrei Sales Coordenação Médico UE	<b>Validação:</b> Enf. <sup>a</sup> Rainá Carvalho Qualidade	<b>Aprovação:</b> Enf. <sup>a</sup> Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
---	--	---

	<b>HOSPITAL PORTO DIAS</b>	Data 1ª versão: 03/11/2016
		Ult. Revisão: 21/04/2024
		Vencimento: 21/04/2026
		Versão: 07
		Nº Páginas: 7/16
<b>PROTOCOLO</b>	<b>DOR TORÁCICA E INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO</b> <b>HPD-GE-PT-02</b>	

sendo: pacientes de alto ou médio risco encaminhados para a UTI, pacientes de baixo risco encaminhados para Unidade de Internação (UI) com solicitação para avaliação da cardiologia em até 24 horas.

No caso de identificação de pneumotórax hipertensivo e tamponamento cardíaco, estes são prontamente tratados. Se houver suspeita razoável ou for identificada uma dissecção de aorta, os antiagregantes e anticoagulantes estão contraindicados.


#### **4.2.3. Paciente com diagnóstico de IAM sem ou com supra de ST**

A partir do diagnóstico de IAM registrado em prontuário pelo médico da Unidade de Emergência o paciente é incluído no protocolo de IAM e realizado seguimento em conjunto com hemodinamicista. Os pacientes com supra de ST, BRE e BRD novos no ECG são submetidos aos procedimentos de cateterismo, angioplastia, trombólise e/ou revascularização cirúrgica do miocárdio a depender da avaliação dos médicos especialistas. Nestes casos a equipe de enfermagem contacta a Unidade de Hemodinâmica informando o procedimento, nome do paciente, data de nascimento e convênio, além de acionamento do gerenciamento de leitos para inclusão na agenda cirúrgica e reserva de leito na unidade de terapia intensiva (UTI).

Caso optado pela angioplastia coronariana, o tempo porta-balão é de 90 minutos a contar da entrada do paciente no Hospital ou do horário da inclusão no protocolo caso o início dos sintomas seja após admissão e internação hospitalar, sendo pactuado a entrega do paciente, pela equipe da U.E em até 45 minutos, no setor de hemodinâmica, nos seguintes casos:

- IAM com supra de ST, com até 12 horas de evolução de sintomas ou até 24 horas de evolução, na presença de dor persistente.
- Sintomas <12 horas com insuficiência cardíaca ou edema pulmonar

<b>Elaboração e Revisão:</b> Dr. Andrei Sales Coordenação Médico UE	<b>Validação:</b> Enf. <sup>a</sup> Rainá Carvalho Qualidade	<b>Aprovação:</b> Enf. <sup>a</sup> Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
---	--	---


	<b>HOSPITAL PORTO DIAS</b>	Data 1ª versão: 03/11/2016
		Ult. Revisão: 21/04/2024
		Vencimento: 21/04/2026
		Versão: 07
		Nº Páginas: 8/16
<b>PROTOCOLO</b>	<b>DOR TORÁCICA E INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO</b> <b>HPD-GE-PT-02</b>	

- Choque cardiogênico dentro das 36 horas do início dos sintomas em pacientes com idade menor de 75 anos.

A contingência para indisponibilidade de salas para realização do procedimento em até 90 minutos, é a opção pela trombólise sob monitoramento da equipe assistencial.

A terapia trombolítica é mais efetiva, nas primeiras 3 horas do início dos sintomas e todo médico que atue em unidade de pronto-atendimento deve estar familiarizado com seu uso. O seu uso é baseado na alta prevalência do trombo oclusivo nas primeiras horas do IAM reduzindo a necrose miocárdica com reperfusão do vaso e consequente redução de mortalidade. Sua indicação encontra-se nas primeiras 12 horas de evolução, o tempo porta-agulha deve ser inferior a 30 minutos. Sendo necessária a consulta das contraindicações para sua indicação. Existem diferentes tipos de drogas disponíveis. Seus efeitos colaterais como sangramentos e AVCH devem ser comunicados aos pacientes e familiares (Tabela 2).

<b>Tabela 2: Contraindicações Absolutas e Relativas ao Uso de Trombolíticos no Tratamento do IAM</b>		
Absolutas		Relativas
<ul style="list-style-type: none"> <li>• TCE grave nos últimos 3 meses.</li> <li>• Dissecção de aorta conhecida ou suspeita.</li> <li>• Sangramento interno ativo (exceto: menstruação).</li> <li>• Qualquer lesão de SNC: malformação arteriovenosa (MAV), aneurisma.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• AVC isquêmico com mais de 3 meses.</li> <li>• Úlcera péptica ativa.</li> <li>• Sangramento interno recente (até 4 semanas).</li> <li>• Hipertensão grave não compensada (PA &gt; 180/110mmHg).</li> </ul>
<b>Elaboração e Revisão:</b> Dr. Andrei Sales Coordenação Médico UE	<b>Validação:</b> Enf. <sup>a</sup> Rainá Carvalho Qualidade	<b>Aprovação:</b> Enf. <sup>a</sup> Drielly Costa Coordenadora da Qualidade

	<b>HOSPITAL PORTO DIAS</b>	Data 1ª versão: 03/11/2016
		Ult. Revisão: 21/04/2024
		Vencimento: 21/04/2026
		Versão: 07
		Nº Páginas: 9/16
<b>PROTOCOLO</b>	<b>DOR TORÁCICA E INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO</b> <b>HPD-GE-PT-02</b>	


<ul style="list-style-type: none"> <li>• AVC hemorrágico em qualquer tempo.</li> <li>• AVC isquêmico nos últimos 3 meses.</li> <li>• Uso de anticoagulante oral com INR &gt; 1,5.</li> </ul>	
--	--

Seguir o esquema da Tabela 3 para trombólise.

Tabela 3: Trombolíticos disponíveis no Brasil				
Propriedades	Estreptoquinase	Alteplase	Reteplase	Tenecteplase
Dose/preparo	1.500.000 UI em 100 ml de SF a 9%, fazer 14 ml em bolus e o restante em 60 minutos.	> 65 kg: 15 mg em bolus em 2 minutos; 50 mg em 30 minutos e 30 mg em 1 hora.  < 65kg: 15 mg em bolus, 0,75 mg/kg em 30 minutos e 0,5 mg/kg em 60 minutos.	10 UI em bolus, seguida de mais 10 UI em bolus, com intervalo de 30 minutos entre as doses.	Bolus único por peso: <60 kg: 30 mg 60-69 kg: 35 mg 70-79 kg: 40 mg 80-89 kg: 45 mg >90 kg: 50 mg

Terminada a infusão do trombolítico devemos avaliar os critérios de sucesso da trombólise durante os 60 a 180 minutos subsequentes. A trombólise foi eficaz:

<b>Elaboração e Revisão:</b> Dr. Andrei Sales Coordenação Médico UE	<b>Validação:</b> Enf. <sup>a</sup> Rainá Carvalho Qualidade	<b>Aprovação:</b> Enf. <sup>a</sup> Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
---	--	---

	<b>HOSPITAL PORTO DIAS</b>	Data 1ª versão: 03/11/2016
		Ult. Revisão: 21/04/2024
		Vencimento: 21/04/2026
		Versão: 07
		Nº Páginas: 10/16
<b>PROTOCOLO</b>	<b>DOR TORÁCICA E INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO</b> <b>HPD-GE-PT-02</b>	

- Alívio da dor.
- ECG após 60 a 90 minutos com redução de 50% do Supra de ST (avaliar a derivação com maior supra inicial).
- Arritmias de reperfusão (taquicardia ventricular).
- Melhora hemodinâmica.

Não existe indicação de utilização, no contexto de trombólise química, o uso do Tirofiban (inibidor da glicoproteína IIb/IIIa). Eles são adjuvantes na angioplastia, devendo sua administração ser condicionada ao insucesso de reperfusão mecânica.

Para os pacientes em trombólise, avaliados pelo hemodinamicista com critério de reperfusão o cateterismo cardíaco é realizado em até 24 horas.

Quanto mais precoce for a reperfusão, melhor o prognóstico dos pacientes. A mortalidade aumenta a cada 30 minutos de retardo da terapêutica.


Para os pacientes em trombólise, avaliados sem critério de reperfusão, a indicação é de encaminhamento para hemodinâmica o mais rápido possível, respeitando, entretanto, o período mínimo de 3 horas após o uso do trombolítico.

Após a conduta realizada seja angioplastia ou trombólise, o paciente fica sob internação hospitalar alocado na Unidade Assistencial de acordo com o risco definido pelo médico assistente. Pacientes inclusos no protocolo e submetidos aos procedimentos de angioplastia ou revascularização cirúrgica do miocárdio cirúrgica recebem alta hospitalar em até 6 dias.

#### **4.2.3. Acompanhamento pós alta hospitalar**

Os pacientes inseridos no protocolo de infarto agudo do miocárdio submetidos a angioplastia são acompanhados ambulatorialmente pela célula de desfecho do Escritório de Proteção ao Paciente (EPP) com 90 e 180 dias após procedimento, para o monitoramento do estado funcional cardíaco.

<b>Elaboração e Revisão:</b> Dr. Andrei Sales Coordenação Médico UE	<b>Validação:</b> Enf. <sup>a</sup> Rainá Carvalho Qualidade	<b>Aprovação:</b> Enf. <sup>a</sup> Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
---	--	---

	<b>HOSPITAL PORTO DIAS</b>	Data 1ª versão: 03/11/2016
		Ult. Revisão: 21/04/2024
		Vencimento: 21/04/2026
		Versão: 07
		Nº Páginas: 11/16
<b>PROTOCOLO</b>	<b>DOR TORÁCICA E INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO</b> <b>HPD-GE-PT-02</b>	

#### 4.2.4. Atestado Médico

- Dor torácica: CID-10 R07.4
- Infarto Agudo do Miocárdio: CID-10 I21.9
- Síndrome Coronariana Aguda: CID-10 I24.9

#### 5. CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Pacientes com sinais e/ou sintomas de dor torácica cujo tipo de dor seja classificado como: dor definitivamente anginosa, dor provavelmente anginosa, dor provavelmente não anginosa.

#### 6. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Pacientes com sinais e/ou sintomas de dor torácica cujo tipo de dor seja classificado como: definitivamente não anginosa.


#### 7. MARCADORES

- Número de pacientes inseridos no protocolo.
- Taxa de ECG realizados em até 10 minutos.

#### 8. INDICADORES

- Taxa de realização do procedimento no tempo porta-balão, em pacientes com indicação, em até 90 minutos.
- Taxa de cateterismo realizado em até 48 horas.
- Taxa de angioplastia realizada em até 48 horas após realização do cateterismo.
- Taxa de letalidade durante internação hospitalar.
- Tempo de permanência hospitalar (alta em até 6 dias).
- Porcentagem de pacientes que mantiveram ou melhoram o status funcional cardíaco 90 dias após o procedimento.

<b>Elaboração e Revisão:</b> Dr. Andrei Sales Coordenação Médico UE	<b>Validação:</b> Enf. <sup>a</sup> Rainá Carvalho Qualidade	<b>Aprovação:</b> Enf. <sup>a</sup> Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
---	--	---

	<b>HOSPITAL PORTO DIAS</b>	Data 1ª versão: 03/11/2016
		Ult. Revisão: 21/04/2024
		Vencimento: 21/04/2026
		Versão: 07
		Nº Páginas: 12/16
<b>PROTOCOLO</b>	<b>DOR TORÁCICA E INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO</b> <b>HPD-GE-PT-02</b>	

- Porcentagem de pacientes que mantiveram ou melhoram o status funcional cardíaco 180 dias pós procedimento.

## 9. REFERÊNCIAS

Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. Diretrizes Assistenciais - Protocolo de Dor Torácica. <https://www.einstein.br/especialidades/cardiologia/exames-tratamento/protocolo-dor-toracica>. Acessado em 01/09/2023.

Diretriz Da Sociedade Brasileira De Cardiologia sobre Angina Instável E Infarto Agudo Do Miocárdio, Sem Supradesnível Do Seguimento ST- 2021. <https://www.scielo.br/j/abc/a/QvqxLFycJhLvNGFzPhsbZPF/?lang=pt> Acessado em 01/09/2023.

Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia e da sociedade brasileira de hemodinâmica e cardiologia intervencionista sobre intervenção coronária percutânea • ISSN-0066-782X • Volume 109, Nº 1, Supl. 1, Julho 2017. <http://www.scielo.br/pdf/abc/v109n1s1/0066-782X-abc-109-01-s1-0001.pdf> Acessado em 01/09/2023.


Diretriz de dor Torácica na Sala de Emergência. Arq Bras Cardiol, vol 79 (suplemento II), 2002.

BONFIM, A.V.; ALVES, C. M. R. Doença coronariana e cardiologia intervencionista. São Paulo: Editora Atheneu, 2011.

MARCHINI, J.F.M.; NETO, R.A.B. Dor torácica. In: NETO, R.A.B. et al. Medicina de emergência Abordagem Prática. 17ª ed. Santana de Parnaíba (SP): Manole, 2023. p. 293-315.

MARCHINI, J.F.M. Infarto agudo do miocárdio com supradesnívelamento do segmento ST. In: NETO, R.A.B. et al. Medicina de emergência Abordagem Prática. 17ª ed. Santana de Parnaíba (SP): Manole, 2023. p. 444-460.

<b>Elaboração e Revisão:</b> Dr. Andrei Sales Coordenação Médico UE	<b>Validação:</b> Enf.ª Rainá Carvalho Qualidade	<b>Aprovação:</b> Enf.ª Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
---	--	---

	<b>HOSPITAL PORTO DIAS</b>	Data 1ª versão: 03/11/2016
		Ult. Revisão: 21/04/2024
		Vencimento: 21/04/2026
		Versão: 07
		Nº Páginas: 13/16
<b>PROTOCOLO</b>	<b>DOR TORÁCICA E INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO</b> <b>HPD-GE-PT-02</b>	

Piegas LS, Feitosa G, Mattos LA, Nicolau JC, Rossi Neto JM, et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST. Arq Bras Cardiol. 2009; 93 (6 supl.2):e179-e264.

## 10. ANEXOS


ANEXO I – FLUXOGRAMA DO PROTOCOLO DE DOR TORÁCICA

ANEXO II – TIPIFICAÇÃO DA DOR TÓRÁCICA E ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO

## 11. QUADRO RECAPITULATIVO

Descrição da Revisão	Versão	Data
Emissão inicial: elaboração	01	03/11/2016
Revisão Geral no conteúdo e adequação ao GLD.11.2 do manual da JCI	02	03/11/2017
Revisão sobre intervenção coronária percutânea eletiva após trombólise	03	09/07/2020
Atualização do item 7 Referências	04	01/07/2021
Revisão geral sobre cuidados no infarto agudo do miocárdio, diretriz 2021. Atualização item 4.3 e nova logo do Hospital.	05	03/05/2022
Atualização do layout conforme novo template para protocolos.  Revisão geral do conteúdo através de literatura de emergência atualizada. Atualização do item 9 Referências. Atualizado título.	06	21/09/2023


<b>Elaboração e Revisão:</b> Dr. Andrei Sales Coordenação Médico UE	<b>Validação:</b> Enf.ª Rainá Carvalho Qualidade	<b>Aprovação:</b> Enf.ª Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
---	--	---

	<b>HOSPITAL PORTO DIAS</b>	Data 1ª versão: 03/11/2016
		Ult. Revisão: 21/04/2024
		Vencimento: 21/04/2026
		Versão: 07
		Nº Páginas: 14/16
<b>PROTOCOLO</b>	<b>DOR TORÁCICA E INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO</b> <b>HPD-GE-PT-02</b>	

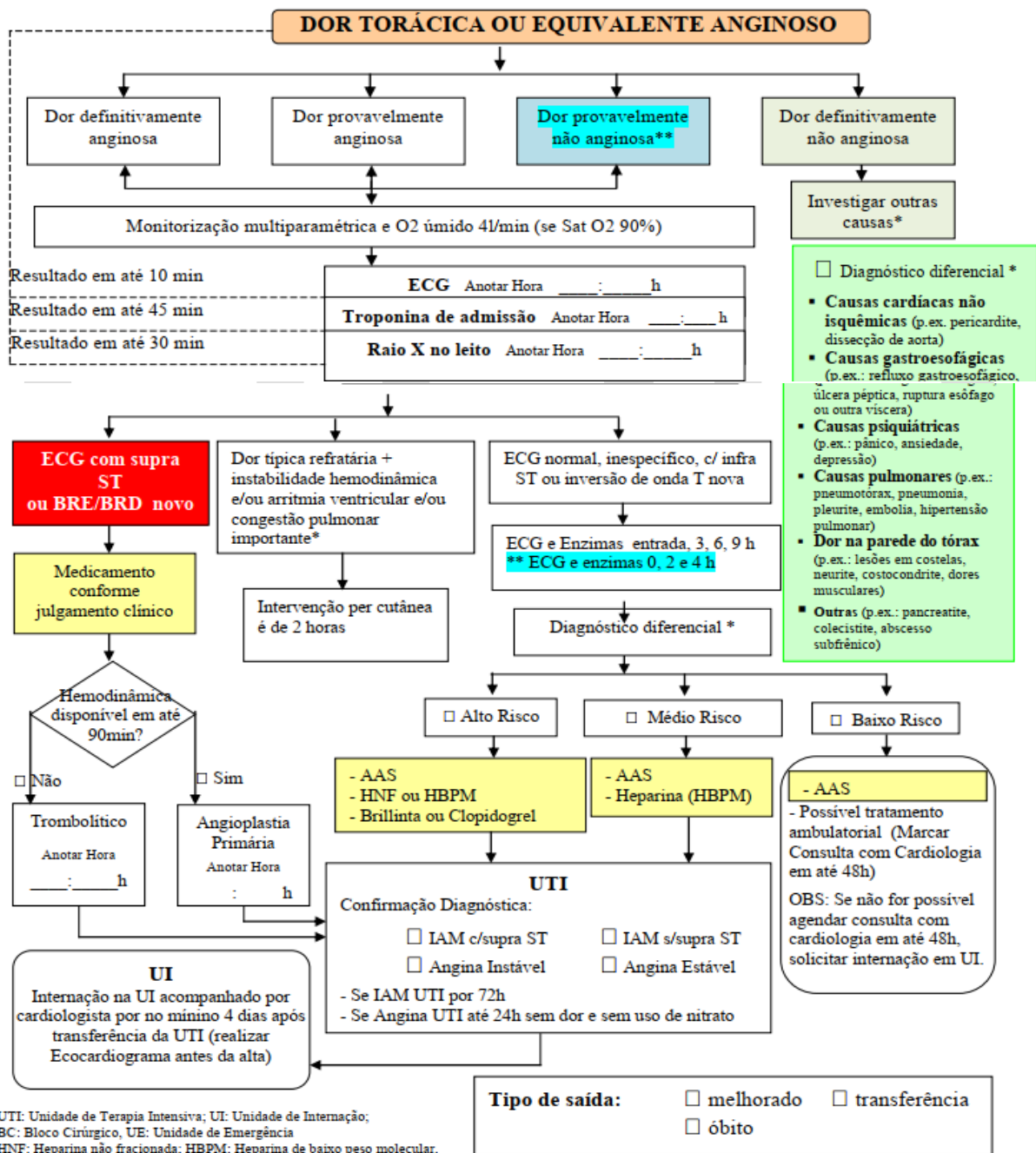
Localização no ECG da artéria acometida.  Esquema de trombólise.  Critérios de reperfusão pós-trombólise.  Indicação de Tirofiban (inibidor da glicoproteína IIb/IIIa).  Atualização do item 9 Referências.	07	21/04/2024
---	----	------------

# HPD


<b>Elaboração e Revisão:</b> Dr. Andrei Sales Coordenação Médico UE	<b>Validação:</b> Enf. <sup>a</sup> Rainá Carvalho Qualidade	<b>Aprovação:</b> Enf. <sup>a</sup> Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
---	--	---

	<b>HOSPITAL PORTO DIAS</b>	Data 1ª versão: 03/11/2016
		Ult. Revisão: 21/04/2024
		Vencimento: 21/04/2026
		Versão: 07
		Nº Páginas: 15/16
<b>PROTOCOLO</b>	<b>DOR TORÁCICA E INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO</b> <b>HPD-GE-PT-02</b>	

## ANEXO I – FLUXOGRAMA DO PROTOCOLO DE DOR TORÁCICA



<b>Elaboração e Revisão:</b> Dr. Andrei Sales Coordenação Médico UE	<b>Validação:</b> Enf. <sup>a</sup> Rainá Carvalho Qualidade	<b>Aprovação:</b> Enf. <sup>a</sup> Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
---	--	---

	<b>HOSPITAL PORTO DIAS</b>	Data 1ª versão: 03/11/2016
		Ult. Revisão: 21/04/2024
		Vencimento: 21/04/2026
		Versão: 07
		Nº Páginas: 16/16
<b>PROTOCOLO</b>	<b>DOR TORÁCICA E INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO</b> <b>HPD-GE-PT-02</b>	

## ANEXO II – TIPIIFICAÇÃO DA DOR TÓRACICA E ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO

<i>Formas de apresentação da angina instável:</i>		<i>Características dos marcadores de necrose miocárdica</i>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Angina progressiva:</b></li> <li>▪ <b>Angina de início recente:</b></li> <li>▪ <b>Angina de repouso:</b></li> </ul>	<p>Angina prévia que piorou no mínimo uma classe funcional (Cardiovascular Canadian Society – CCS) para no mínimo, classe funcional III nas últimas 4 semanas</p> <p>Angina iniciada já em classe III nas últimas 4 semanas</p> <p>Dor anginosa prolongada, geralmente superior a 20 minutos</p>	CK-MB	Troponina	CPK	Mioglobina	
		Elevação (horas)	4-6	3-6	4-8	0,5-3
		Pico (horas)	12-20	10-24	18-24h	5-12
		Normalização (dias)	2-3	10-15	2-3	1-2
		Fonte extracardiaca	Músculo esquel., útero e próstata	Músculo esquel.	Tecido mmsc.	Músc. esquel.

**Estratificação precoce de risco nas SCA sem supradesnivelamento de ST (risco para óbito e infarto não-fatal – um dos fatores descritos é suficiente para determinar a classificação mais grave – adaptado da American Heart Association/América College of Cardiology)**

Característica	<input type="checkbox"/> Alto Risco	<input type="checkbox"/> Médio risco	<input type="checkbox"/> Baixo risco
História	Sintomas isquêmicos agravando-se nas últimas 48h Idade > 70 anos	Presença de doença cardiovascular prévia ou uso de aspirina vigente Idade entre 65 e 70 anos	Novo episódio de dor progressiva (CF III ou IV da CCS) nas últimas duas semanas, com probabilidade alta ou moderada de DAC
Dor e exame físico	Dor em repouso > 20 minutos, vigente edema pulmonar, B3 ou estertores Hipotensão, bradi ou taquicardias acentuadas Dor e sopro novo de insuficiência mitral	Dor em repouso > 20 minutos, revertida	Dor em repouso < 20 minutos
ECG	Angina com infradesnivelamento transitório de ST 0,5mm BRD novo TVS	Angina com inversão transitória de onda T 0,2mV ou ondas Q patológicas	ECG normal
Marcadores bioquímicos CKMB, Troponina	Marcadores bioquímicos elevados	Marcadores bioquímicos limitrofes	Marcadores bioquímicos normais

DAC = Doença arterial coronariana; CCS= Classe funciona da angina pela Sociedade Canadense Cardiovascular; TVS = Taquicardia ventricular sustentada; BRD = Bloqueio de Ramo Direito

<p>As recomendações podem não se aplicar a um paciente específico. As sugestões baseiam-se na redução de risco para um grupo de pacientes, necessitando sempre de avaliação do médico responsável pelo paciente para decisão final. Desta forma, estas recomendações não devem ser encaradas como regra para o clínico, convênio ou instituição de saúde, e sim como ferramenta de auxílio à decisão.</p>	<p><b>Medicamento conforme julgamento clínico</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❑ <b>Nitroglicerina</b> (Tridil 25mg) 1 amp diluída em 250ml de Ecoflax plus EV em BI (iniciar com 5ml/h, aumentando 5 ml/h a cada 5 minutos até alívio dos sintomas, PA sistólica &lt; 90mmHg ou cefaleia insuportável – dose máxima 60ml/h) – não realizar se infarto de VD</li> <li>❑ <b>Beta-bloqueador</b> Metoprolol (Selozok) 25 mg VO – não realizar se bradicardia e/ou BAV de 2º ou BAVT</li> <li>❑ <b>HBPM</b> - Enoxaparina sódica (Clexane) 60mg SC 12/12h; se supra optar por heparina não fracionada</li> <li>❑ <b>Heparina não fracionada</b> – 18 un/Kg/min EV contínuo, não ultrapassando 1000 un/hora – se supra, fazer 5.000 Un EV em bolus</li> <li>❑ <b>Antiplaquetários:</b> <u>Ácido Acetilsalicílico (AAS)</u> 100mg (2comp) VO Clopidogrel (plavix) 75mg (4comp) VO - se supra, fazer 8 comp. (pacientes &gt; 75 anos, fazer 1 comp. com ou sem supra); manutenção 1 comp. por dia <u>Brillinta</u> 2 comp ataque (com ou sem supra); manutenção 1 comp 12/12h</li> <li>❑ <b>Analgésico Opióide</b> Morfina 2 a 4mg EV</li> <li>❑ <b>Inibidor de IIb-IIIa</b> (Agrastat 0,25mg/ml) fr/p/ infusão 50ml EV – diluir em 200ml de SF (dose inicial 0,4mg/Kg/min por 30 min e mant com 0,1 mg/Kg/min) – só prescrito por hemodinamicista</li> </ul>
---	---

<b>Elaboração e Revisão:</b> Dr. Andrei Sales Coordenação Médico UE	<b>Validação:</b> Enf.ª Rainá Carvalho Qualidade	<b>Aprovação:</b> Enf.ª Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
---	--	---