

	<b>PROTOCOLO</b>			<b>PRO</b>
	<b>PROTOCOLO DE DOR TORACICA</b>			<b>PRO-UUE-03</b>
	<b>Data de Emissão:</b>	<b>Data da Revisão:</b>	<b>Número da Revisão:</b>	<b>Página:</b>
	<b>02/01/2018</b>	<b>20/01/2021</b>	<b>01</b>	<b>1 de 14</b>
<b>Aplicação:</b>	<b>SERVIÇOS PRÓPRIOS</b>			

## 1. OBJETIVO:

Identificar rapidamente o paciente de alto risco para SCA (Síndrome Coronariana Aguda). Estabelecer a rotina de atendimento de pacientes com dor torácica ou suspeito de SCA, fornecendo orientações práticas para médicos e equipe multiprofissional, visando segurança, efetividade e praticidade nas condutas. Fornecer alta segura para pacientes de baixa e muito baixa probabilidade para SCA. Estratificar de forma adequada e com segurança os pacientes de intermediária probabilidade para SCA. Buscar outros diagnósticos diferenciais de dor torácica, eventualmente com elevação de troponinas, além de SCA. Evitar internações desnecessárias com a racionalização dos recursos disponíveis.

## 2. LOCAL:

Serviços próprios.

## 3. RESULTADOS ESPERADOS:

Contemplar em 100% dos clientes elegíveis ao protocolo um tempo porta – ECG de até 10 minutos e tempo porta – balão entre 60 – 90 minutos, assim reduzindo a taxa de morbidades/ mortalidades por Infarto Agudo do Miocárdio.

Reconhecimento e triagem precoce de clientes que se enquadram clinicamente neste protocolo.

## 4. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE:

### 4.1 Indicações:

A abertura do protocolo está indicada para o paciente que apresentar dor torácica aguda ou equivalente na admissão ou nas últimas 24 horas (mesmo que ausente na admissão). Além dos casos que apresentem critérios objetivos que podem ser identificados no atendimento de enfermagem. Também fazem parte deste protocolo clientes que após avaliação médica apresentem suspeita diagnóstica de condições que possam confundir com Síndrome Coronariana Aguda – SCA, como por exemplo: dispneia, síncope, confusão mental, náuseas e vômitos inexplicados. Tais sintomas podem ser considerados equivalentes em pacientes de alto risco (idosos, diabéticos, antecedente de doença cardiovascular).

### 4.2 Conceito:

Síndrome coronariana aguda é um espectro de condições que envolvem isquemia miocárdica aguda decorrente da redução abrupta do fluxo coronariano.

Existem três formas de apresentação de SCA:

Cópia controlada  
02/02/2021

	PROTOCOLO			PRO
	PROTOCOLO DE DOR TORACICA			PRO-UUE-03
	Data de Emissão:	Data da Revisão:	Número da Revisão:	Página:
	<b>02/01/2018</b>	<b>20/01/2021</b>	<b>01</b>	<b>2 de 14</b>
Aplicação:	<b>SERVIÇOS PRÓPRIOS</b>			

- Infarto agudo do miocárdio com supra desnivelamento do segmento ST (IAM com Supra ST), onde além de alteração característica no ECG ocorre elevação de troponina;
- Infarto agudo do miocárdio sem elevação do segmento ST (IAM sem supra ST), quando ocorre elevação de troponina, mas sem as alterações do ECG que configurem IAM com supra ST;
- Angina instável, onde há isquemia, sem elevação de troponina.

#### 4.2.1 Reconhecimento da Dor Torácica:

Dor torácica é um sintoma subjetivo, logo a avaliação de suas características é passo fundamental para a distinção entre SCA e os diagnósticos diferenciais.

Avaliação do Tipo de Dor Torácica	
Tipo de Dor	Características da Dor
<p><b>Tipo A – Definitivamente anginosa:</b> As características dão certeza do diagnóstico de SCA independente dos resultados de exames complementares</p>	Dor/ desconforto retroesternal ou precordial, geralmente precipitada pelo esforço físico, podendo se irradiar para ombro, mandíbula ou face interna do braço (ambos), com duração de alguns minutos e aliviada pelo repouso ou uso de nitrato em menos de 10 minutos.
<p><b>Tipo B – Provavelmente anginosa:</b> As características fazem a SCA a principal hipótese, porém é necessário a complementação de exames.</p>	Tem a maioria, mas não todas as características da dor definitivamente anginosa.
<p><b>Tipo C – Provavelmente não anginosa:</b> As características não fazem a SCA a principal hipótese, porém é necessária a complementação de exames para a exclusão.</p>	Tem poucas características da dor definitivamente anginosa (dor atípica, equivalentes anginosos).
<p><b>Tipo D – Definitivamente não anginosa:</b> <b>As características não incluem a SCA como hipótese diagnóstica.</b></p>	Nenhuma característica da dor definitivamente anginosa, fortemente indicativa de diagnóstico não cardiológico.

Adaptado do estuco CASS. Circulation 1981;64 360-7. SCA= Síndrome coronariana aguda.

#### 4.3 Diagnóstico:

	PROTOCOLO			PRO
	PROTOCOLO DE DOR TORACICA			PRO-UUE-03
	Data de Emissão:	Data da Revisão:	Número da Revisão:	Página:
	02/01/2018	20/01/2021	01	3 de 14
Aplicação:	SERVIÇOS PRÓPRIOS			

- Apresentação clínica sugestiva;
- Eletrocardiograma (ECG) alterado;
- Marcadores de necrose miocárdica (**troponina\***) alterados;
- Exame de imagem demonstrando nova perda de miocárdio e que tenha padrão isquêmico (evidência inequívoca na ressonância);
- Trombose coronária evidenciada no cateterismo ou autópsia

De uma maneira geral, quando há **dois elementos positivos** (ex: quadro clínico + ECG) é possível definir o diagnóstico de SCA.

#### 4.3.1 Troponina US:

O hospital do Círculo dispõe de troponina de alta sensibilidade, possibilitando a utilização de protocolo diagnóstico acelerado. A sensibilidade analítica aprimorada dos ensaios de troponina de alta sensibilidade significa que a lesão do miocárdio pode ser detectada mais cedo em mais pacientes.

- A dosagem deste biomarcador deve ser realizada na chegada do paciente e após uma hora. A troponina identifica o infarto agudo do miocárdio quando existe uma curva com elevação de seu valor ou com redução progressiva, quando o diagnóstico é retrospectivo.
- **Informações técnicas:**

	<b>Novo Reagente de Troponina I</b>
<b>Unidade de medida</b>	Ng / L
<b>Valor da referência</b>	Sexo feminino: 9 ng / L Sexo masculino: 12 ng / L
<b>Exemplo de resultado</b>	“21 ng / L”

Cópia controlada  
02/02/2021

#### 4.4 Fatores de Risco:

**FATORES DE RISCO ISOLADOS**

**FATORES DE RISCO EMERGENTES**

	<b>PROTOCOLO</b>			<b>PRO</b>
	<b>PROTOCOLO DE DOR TORACICA</b>			<b>PRO-UUE-03</b>
	<b>Data de Emissão:</b>	<b>Data da Revisão:</b>	<b>Número da Revisão:</b>	<b>Página:</b>
	<b>02/01/2018</b>	<b>20/01/2021</b>	<b>01</b>	<b>4 de 14</b>
<b>Aplicação:</b>	<b>SERVIÇOS PRÓPRIOS</b>			

Aterosclerose manifesta	Doença Renal Crônica
Síndrome coronariana prévia	Doença Inflamatória Crônica
Revascularização arterial coronariana	Menopausa
Doença arterial periférica	Reposição de Testosterona/ anabolizantes
AVE / AIT prévio	Uso de cocaína
Diabetes mellitus	
Hipertensão arterial sistêmica	
Tabagismo	
Dislipidemia	
Obesidade	
Idade (homens > 45 anos e mulheres > 55 anos)	
História Familiar de doença cardiovascular precoce (parentes de 1º grau)	

#### 4.5 Diagnósticos Diferenciais da Dor Torácica:

O sintoma de dor torácica constitui um grande desafio para o médico da emergência em decorrência da ampla lista de diagnósticos diferenciais.

Representa em torno de 5% a 10% das consultas em Pronto-Socorro. A síndrome coronária aguda (SCA) é responsável por quase 1/5 das causas de dor torácica.

#### 4.6 Avaliação Inicial:

Pacientes com suspeita de SCA devem ser avaliados rapidamente para identificar aqueles em situação de emergência ameaçadora à vida e os que apresentam condição clínica de maior benignidade.

##### 4.6.1 Passo 1:

O paciente deve ser triado para o protocolo de dor torácica conforme os critérios de inclusão ao protocolo, citados acima.

##### 4.6.2 Passo 2:

Cópia controlada  
02/02/2021

Esses pacientes devem ser levados à sala de emergência ou UTI Coronariana, se paciente internado em

	PROTOCOLO			PRO
	<b>PROTOCOLO DE DOR TORACICA</b>			<b>PRO-UUE-03</b>
	Data de Emissão:	Data da Revisão:	Número da Revisão:	Página:
	<b>02/01/2018</b>	<b>20/01/2021</b>	<b>01</b>	<b>5 de 14</b>
Aplicação:	<b>SERVIÇOS PRÓPRIOS</b>			

unidade de internação, e devemos proceder as seguintes ações:

- ECG < 10 minutos, deve ser repetido em 15 min com 12 derivações (após paciente receber nitrato, se houver indicação) e após angioplastia primária. Repetir sempre que houver alterações do quadro clínico;
- Monitorização cardíaca;
- Oxigênio se SatO2 < 90%, ou sinais de desconforto respiratório;
- AAS 300mg VO macerados / mastigados;
- Acesso venoso periférico calibroso, preferencialmente no membro superior esquerdo, coleta de Troponina, encaminhamento dos demais exames (hemograma, coagulograma, NA/K, U/C, glicemia e Radiografia do Tórax), conforme orientação médica;
- Monitorização cardíaca e vigilância contínua à beira-leito.

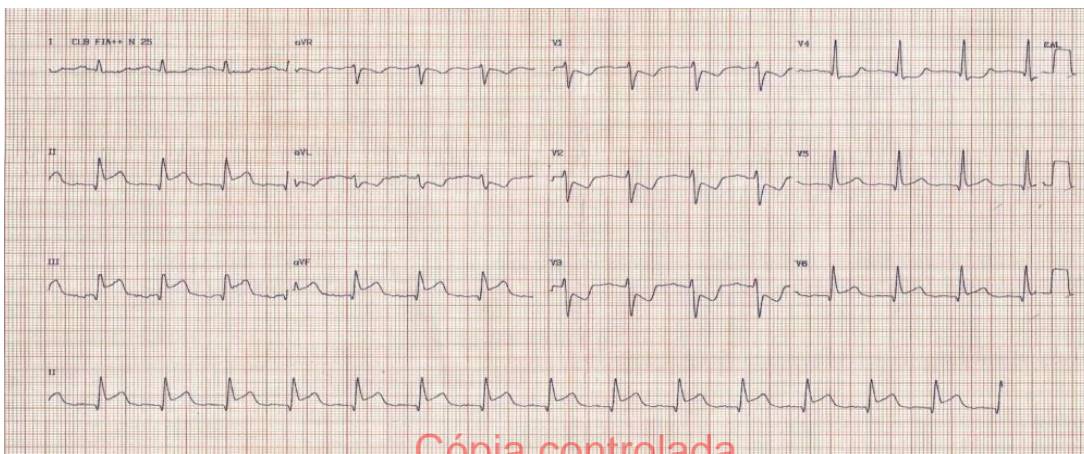
A permanência no protocolo de dor torácica e coleta de troponina ficam a critério do médico após análise do ECG e avaliação inicial do paciente.

#### 4.6.3 Passo 3:

Identificação precoce dos casos de alta probabilidade de SCA Sem Supra ST e IAM Com Supra ST.

##### 4.6.3.1 IAM com supra ST:

Supra de ST em 2 derivações contíguas ( $\geq 1$ mm, e no caso de V2 e V3 até 2,5mm como nos homens com menos de 40 anos).



- BRE agudo (idealmente comparado à ECG prévio)

Cópia controlada

02/02/2021

	PROTOCOLO			PRO
	<b>PROTOCOLO DE DOR TORACICA</b>			<b>PRO-UUE-03</b>
	Data de Emissão:	Data da Revisão:	Número da Revisão:	Página:
	<b>02/01/2018</b>	<b>20/01/2021</b>	<b>01</b>	<b>6 de 14</b>
Aplicação:	<b>SERVIÇOS PRÓPRIOS</b>			



- Critérios modificados de Sgarbossa: Supradesnivelamento de segmento ST  $\geq 1$  mm com QRS predominantemente positivo. Infradesnivelamento de segmento ST  $\geq 1$  mm com QRS predominantemente negativo. Discordância entre nível do segmento ST e amplitude do QRS acima de 30%. O segmento ST deve ter desvio mínimo de 1mm. O cálculo é a razão entre o desvio do segmento ST (seja positivo ou negativo) e o tamanho da onda S no caso de QRS predominantemente negativo ou tamanho da onda R no caso de QRS predominantemente positivo.

Esses pacientes devem ser direcionados para terapia de reperfusão o mais precoce possível.

A coleta de exames não deve retardar o encaminhamento do paciente ao setor de hemodinâmica. Não aguardar o resultado dos exames para acionar o plantão da hemodinâmica.

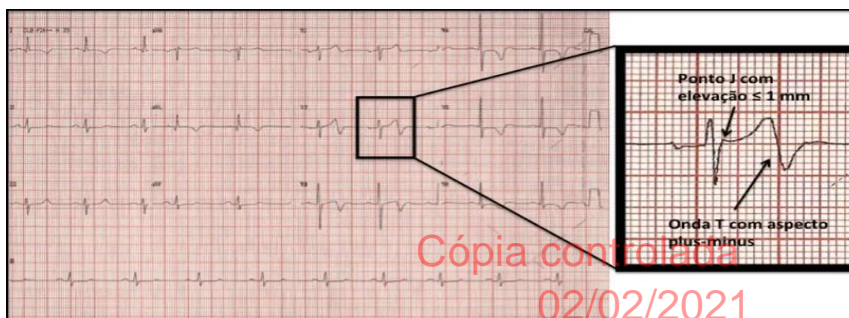
#### 4.6.3.2 SCA sem supra ST:

Os pacientes com SCA sem supra ST devem ser internados em Unidade Coronariana, com prévio contato ao médico da cardiologia, conforme os seguintes critérios:

- Avaliação do ECG:

Infra ST  $> 0,5$ mm (sem diagnóstico diferencial óbvio. ex: strain, miocardiopatia hipertrófica);

Plus minus em pelo menos uma derivação anterior (síndrome de Wellen)  $> 1$ mm;



Inversão de onda T profunda e simétrica  $> 2$ mm;

	<b>PROTOCOLO</b>			<b>PRO</b>
	<b>PROTOCOLO DE DOR TORACICA</b>			<b>PRO-UUE-03</b>
	<b>Data de Emissão:</b>	<b>Data da Revisão:</b>	<b>Número da Revisão:</b>	<b>Página:</b>
	<b>02/01/2018</b>	<b>20/01/2021</b>	<b>01</b>	<b>7 de 14</b>
<b>Aplicação:</b>	<b>SERVIÇOS PRÓPRIOS</b>			

Alteração dinâmica do ECG;

TV sustentada.

· Avaliação da Dor:

Dor A/B prolongada ao repouso;

Dor A/B de início ao esforço em CF III/IV;

Piora da angina prévia para Dor A/B em CF III/IV;

Dor semelhante à SCA prévia.

· Avaliação do exame físico:

Manifestação de Insuficiência Cardíaca aguda: congestão esquerda, má perfusão periférica.

4.6.4 Passo 4:

Avaliar os pacientes de muito baixa/ baixa/ intermediária probabilidade para SCA.

As diretrizes brasileira/americana/europeia de SCA sem supra ST enfatizam a importância da estratificação de probabilidade de dor torácica entre os pacientes que não apresentam diagnóstico definido na primeira avaliação. A diretriz americana sugere o uso de ferramenta auxiliadora; neste protocolo optou-se por utilizar o HEART score pelo seu desenvolvimento e validação em unidades de emergência.

Escore HEART		
<b>História</b>	Forte suspeita	2
	Moderada suspeita	1
	Leve ou nenhuma suspeita	0
<b>ECG</b>	Desvio do segmento ST	2
	Alterações inespecíficas	1
	Normal	0
<b>Idade</b>	>64 anos	2
	46 a 64 anos	1
	<46 anos	0
<b>Fatores de Risco</b>	>2 fatores de risco ou história de doença arterial coronariana	2
	1 ou 2 fatores de risco	1
	Sem fatores de risco	0
<b>Troponina</b>	>2 vezes o valor da normalidade	2
	Até 2 vezes o valor da normalidade	1
	No limite da normalidade ou abaixo	0
Heart I: 0 pontos (Muito baixa probabilidade) Heart II: 1 a 3 pontos (Baixa probabilidade) Heart III: ≥ 4 pontos (Intermediária probabilidade)		

Cópia controlada  
02/02/2021

	<b>PROTOCOLO</b>			<b>PRO</b>
	<b>PROTOCOLO DE DOR TORACICA</b>			<b>PRO-UUE-03</b>
	<b>Data de Emissão:</b>	<b>Data da Revisão:</b>	<b>Número da Revisão:</b>	<b>Página:</b>
	<b>02/01/2018</b>	<b>20/01/2021</b>	<b>01</b>	<b>8 de 14</b>
<b>Aplicação:</b>	<b>SERVIÇOS PRÓPRIOS</b>			

#### 4.6.5 Passo 5:

Conduta conforme score de Heart e Troponina, dividindo os pacientes em 3 grupos:

##### 4.6.5.1 Alta hospitalar:

- Descartado infarto agudo do miocárdio;
- Alta hospitalar após descartar outras causas de dor torácica potencialmente grave.

##### 4.6.5.2 Internação hospitalar:

- Critério para internação hospitalar;
- O diagnóstico mais frequente nesse grupo é infarto agudo do miocárdio;
- Quando o diagnóstico não for infarto agudo do miocárdio, provavelmente se trata de condição clínica grave que justifica internação como miocardite, embolia pulmonar, síndrome de takotsubo entre outras.

##### 4.6.5.3 Observação:

- Pacientes que não preenchem critérios para os dois grupos anteriores;
- Grupo heterogêneo;
- Conduta individualizada, compartilhada com médico cardiologista.

A literatura não respalda uma conduta definitiva para esse grupo, logo sugerimos avaliar:

- Repetir Troponina T com 3 horas
- Ecocardiograma transtorácico;
- Teste não invasivo anatômico ou funcional;
- Retorno precoce com cardiologista/clínico de referência;
- Avaliar internação hospitalar.

##### 4.6.5.4 Testes de estresse cardíaco não-invasivos:

Não indicados em pacientes instáveis, com sintomas persistentes ou com diagnóstico de IAM.

- Pacientes que não conseguem fazer exercício = ecocardiograma com estresse;
- Pacientes com ECG de difícil interpretação para isquemia (BRE, uso de marcapasso, terapia com digoxina) = ecocardiograma com estresse;
- Demais pacientes deverão ser submetidos a teste ergométrico.

Cópia controlada  
02/02/2021



	PROTOCOLO			PRO
	<b>PROTOCOLO DE DOR TORACICA</b>			<b>PRO-UUE-03</b>
	Data de Emissão:	Data da Revisão:	Número da Revisão:	Página:
	<b>02/01/2018</b>	<b>20/01/2021</b>	<b>01</b>	<b>9 de 14</b>
Aplicação:	<b>SERVIÇOS PRÓPRIOS</b>			

#### 4.6.5.5 Teste Ergométrico:

O teste ergométrico é recomendado nas unidades de dor torácica como exame complementar seguro em pacientes de riscos baixo.

#### 4.6.5.6 Ecocardiografia com Estresse:

O teste ecocardiográfico sob estresse permite a verificação das anormalidades regionais transitórias da contração, indicativas de isquemia induzida. O estresse farmacológico com administração de dobutamina é seguro e eficaz neste contexto, além de propiciar informações prognósticas.

#### 4.6.5.7 Angio TC coronariana:

A acurácia da angiografia por tomografia computadorizada das artérias coronárias (ATCCor) para o diagnóstico de estenose coronariana, quando em comparação com a angiografia convencional, já está bem demonstrada, com destaque para seu alto valor preditivo negativo<sup>1</sup>.

### 4.7 Tratamento:

- Repouso: Por até 24hs nos pacientes estáveis hemodinamicamente e sem precordialgia;
- Jejum: No mínimo de 4hs em presença de dor para a realização de CATE, para reduzir o risco de aspiração pelos vômitos;
- Oxigenioterapia: Deve ser realizada através da administração de cateter ou óculos nasal com fluxo de 2- 4 L/min caso saturação < 90%;
- Terapia anti agregante:

AAS deve ser administrado na dose de 300 mg por via oral- mastigado, exceto em casos de reconhecida anafilaxia aos salicilatos ou na presença de sangramentos ativos quando da admissão hospitalar. Associado a: Ticagrelor 180mg (dose de ataque) – se SCA com SST. OU Clopidogrel 300mg (dose de ataque) – se SCA com SST.

Atentar para o diagnóstico de dissecação de aorta e/ou indicações de cirurgia cardíaca antes da administração de clopidogrel ou ticagrelor.

- Monitorização cardíaca contínua: Para detecção e terapia precoces de arritmias primárias; monitorização eletrocardiográfica contínua (na derivação com maior supradesnívelamento do segmento ST).

Cópia controlada  
02/02/2021

	<b>PROTOCOLO</b>			<b>PRO</b>
	<b>PROTOCOLO DE DOR TORACICA</b>			<b>PRO-UUE-03</b>
	<b>Data de Emissão:</b>	<b>Data da Revisão:</b>	<b>Número da Revisão:</b>	<b>Página:</b>
	<b>02/01/2018</b>	<b>20/01/2021</b>	<b>01</b>	<b>10 de 14</b>
<b>Aplicação:</b>	<b>SERVIÇOS PRÓPRIOS</b>			

- Analgesia e sedação: Diminui a intensidade da dor (que gera ansiedade e amplifica a resposta autonômica), reduzindo o limiar para desencadeamento de taquiarritmias ventriculares e o consumo miocárdico de oxigênio. Recomenda-se sulfato de morfina, na dose de 1 a 3 mg cada 5 minutos por via intravenosa até o alívio da dor, atentar para a evidência de toxicidade (hipotensão, depressão respiratória ou vômitos frequentes);
- Nitratos: São medicamentos que promovem vasodilatação arterial e principalmente venosa. Diminuem a pré e pós-carga ventricular, trabalho cardíaco e o consumo de oxigênio. Não devem ser utilizados de rotina. São utilizados para alívio de dor isquêmica, congestão pulmonar e diminuição pressórica. Logo após o primeiro ECG, nos casos em que houver dor torácica isquêmica, deve ser administrado nitrato SL (dinitrato de isossorbida 5mg ou mononitrato de isossorbida 5mg);
- Contra-indicações dos Nitratos: infarto de ventrículo direito, uso de sildenafil ou derivados nas últimas 24h, hipotensão arterial.

#### 4.7.1 Estratégia de Reperusão:

##### 4.7.1.1 Angioplastia Primária:

- IAMSST ou BCRE novo (especificações citadas em diagnóstico de IAM com SST) com < 12 horas do início dos sintomas de isquemia ou > 12 horas se estes ainda persistirem;
- Pacientes que desenvolvem Choque Cardiogênico, dentro das 36 horas do IAM e que podem ser abordados de preferência em até 18 horas do início do choque (pacientes preferentemente <75 anos).


##### 4.7.1.2 Tratamento Medicamentoso (Manutenção):

Medicamento:	Dose de Manutenção:	Contra-Indicações Absolutas:	Contra-Indicações Relativas:
<b>Antiplaquetários Oraís:</b>			
<b>AAS</b>	100 mg/dia por via oral em dose única após almoço	Pacientes com hipersensibilidade e à salicilatos - Hemorragia digestiva ativa.	Pacientes com gastrite ou úlcera gastroduodenal prévia, devendo seu uso ser cauteloso e associado a inibidor de bomba de prótons. Uso cauteloso em pacientes com discrasias sanguíneas ou com insuficiência hepática.
<b>Clopidogrel</b>	<b>Dose de manutenção:</b> 75 mg/dia via oral 1 x ao dia		

	<b>PROTOCOLO</b>			<b>PRO</b>
	<b>PROTOCOLO DE DOR TORACICA</b>			<b>PRO-UUE-03</b>
	<b>Data de Emissão:</b>	<b>Data da Revisão:</b>	<b>Número da Revisão:</b>	<b>Página:</b>
	<b>02/01/2018</b>	<b>20/01/2021</b>	<b>01</b>	<b>11 de 14</b>
<b>Aplicação:</b>	<b>SERVIÇOS PRÓPRIOS</b>			

<b>Medicamento:</b>	<b>Dose de Manutenção:</b>	<b>Contra-Indicações Absolutas:</b>	<b>Contra-Indicações Relativas:</b>
<b>Antiplaquetários Oraís:</b>			
<b>Ticagrelor</b>	<b>Dose de manutenção:</b> 90 mg 2 x dia		
<b>Nitratos</b>	Recomenda-se o uso nas primeiras 24/48 h de evolução do IAMSST, na presença de isquemia recorrente, ICC ou hipertensão. A dose inicial é de 5-10 µg/min devendo-se aumentar progressivamente até a obtenção dos resultados, aparecimento de efeitos colaterais, objetivando-se redução de 10% PAS em normotensos ou 30% em hipertensos.	Uso de sildenafil ou análogos nas últimas 24h, suspeita de infarto de VD e estenose aórtica grave.	
<b>Anticoagulantes:</b> A Em casos de indicação de angioplastia primária, a heparina será realizada no setor de hemodinâmica.			
<b>Heparina Não Fracionada</b>	Utilizar em todos os pacientes submetidos à angioplastia primária, por via endovenosa. Injeção endovenosa inicial de 5.000 UI seguida de infusão de 1.000 UI/h e ajuste do tempo parcial de tromboplastina ativada (TTPa).		
<b>Heparina de Baixo Peso Molecular</b>	<b>Enoxaparina:</b> Deve ser utilizada na dose 1mg/kg SC a cada 12/12h, precedida de 30 mg EV em bolus.  Nos pacientes com mais de 75 anos não se deve realizar dose de ataque; a dose de manutenção será de 0,75mg/Kg 12/12h.  Em pacientes com clearance menor que 30ml/min, não se faz a dose de ataque e a manutenção será de 1mg/kg 1x/d.		
<b>Betabloqueadores:</b>			
<b>Atenolol</b>	50–100 mg VO/dia  Está indicado a sua introdução precocemente após IAM, principalmente quando há isquemia recorrente, ocorrência de taquiarritmias (FA alta resposta ventricular), disfunção moderada de VE (sinais de congestão e sem evidências de baixo débito).	FC ≤ 60 bpm PAS <100 mmHg, disfunção grave de VE, hipoperfusão periférica Intervalo PR > 0,24 seg BAV 2º ou 3º grau DPOC grave, asma e doença vascular periférica grave.	
<b>Metoprolol</b>	15 mg EV (3 doses 5 mg a cada 2 min de intervalo) seguido por 50 mg VO 2x dia até 100 mg VO 2x dia.		

Cópia controlada  
02/02/2021

	<b>PROTOCOLO</b>			<b>PRO</b>
	<b>PROTOCOLO DE DOR TORACICA</b>			<b>PRO-UUE-03</b>
	<b>Data de Emissão:</b>	<b>Data da Revisão:</b>	<b>Número da Revisão:</b>	<b>Página:</b>
	<b>02/01/2018</b>	<b>20/01/2021</b>	<b>01</b>	<b>12 de 14</b>
<b>Aplicação:</b>	<b>SERVIÇOS PRÓPRIOS</b>			

<b>Esmolol</b>	1 mg/kg em bolus s/n seguido de 50-200µg/kg quando houver dúvida quanto a possibilidade de uso de β Bloqueador devido a meia vida curta (8 a 10 min).		
<b>Medicamento:</b>	<b>Dose de Manutenção:</b>	<b>Contra-Indicações Absolutas:</b>	<b>Contra-Indicações Relativas:</b>
<b>Betabloqueadores:</b>			
<b>Bloqueadores de Enzima de Conversão de Angiotensina</b>	<p>Devem ser utilizados nas primeiras 24h do IAMSST na ausência de hipotensão (PAS&lt;100mmHg) ou outra contraindicação a uso de IECA.</p> <p><b>As indicações incluem:</b></p> <p>FE &lt; 40% ou ICC clínica pós IAM. Pacientes pós IAM com função VE normal ou disfunção leve.</p> <p>Captopril 6,25 mg (dose inicial) → 25 a 50 mg VO 8/8 hs</p> <p>Enalapril 2,5 mg (dose inicial) → 10 a 20 mg VO 12/12 hs.</p>	<p>Hipotensão (PAS &lt; 90 mmHg), Estenose renal bilateral, Alergia prévia, Insuficiência renal não dialítica.</p>	
<b>Hipoglicemiantes</b>	<p><b>Atorvastatina:</b> 80 mg</p> <p>Seu uso deve ser iniciado o mais precocemente possível.</p>		

#### 4.8 CUIDADOS DE ENFERMAGEM:

##### 4.8.1 Pré-angioplastia:

- Identificação precoce de sinais e sintomas;;
- Realização de ECG com 12 derivações;
- Monitorização cardíaca contínua;
- Controle de sinais vitais;
- Punção de acesso venoso periférico calibroso, preferencialmente em membro superior esquerdo;
- Instalar oxigênio suplementar com cateter ou óculos nasal, se saturação de oxigênio < 90%;
- Encaminhamento ágil à hemodinâmica, no caso de pacientes com SCA com SST; ou transferência para UTI Coronariana, se instabilidade hemodinâmica.

##### 4.8.2 Pós-angioplastia:

- Instalar monitorização cardíaca contínua;
- Controle rigoroso de sinais vitais, com frequência de 15/15 minutos na primeira hora, de 30/30 minutos na segunda hora e de h/h até completar a sexta hora;
- Se paciente em infusão de drogas vasoativas, o controle de sinais vitais deverá ser realizado de 30/30 minutos enquanto permanecer infundindo tais medicações, entre as quais: noradrenalina,

Cópia controlada  
02/02/2021

	<b>PROTOCOLO</b>			<b>PRO</b>
	<b>PROTOCOLO DE DOR TORACICA</b>			<b>PRO-UUE-03</b>
	<b>Data de Emissão:</b>	<b>Data da Revisão:</b>	<b>Número da Revisão:</b>	<b>Página:</b>
	<b>02/01/2018</b>	<b>20/01/2021</b>	<b>01</b>	<b>13 de 14</b>
<b>Aplicação:</b>	<b>SERVIÇOS PRÓPRIOS</b>			

vasopressina, nitroprussiato e nitroglicerina.

- Quando for realizado ACTP via região femoral direita, manter curativo compressivo por até 5 horas, e repouso no leito por este período;
- O repouso no leito será definido conforme o calibre da bainha de punção do cateterismo:

<b>PUNÇÃO FEMORAL</b>	<b>REPOUSO</b>
Bainha 4 F	3 horas
Bainha 5 F	4 horas
Bainha 6 F	5 horas

- Orientar paciente, se consciente e orientado, para não movimentar o membro inferior direito, mantendo-o alongado. Da mesma forma, orientar para não realizar esforço físico flexionando o tronco ou a região cervical;
- Quando for realizado ACTP via região radial direita, manter curativo compressivo por até 3 horas, retirando as três faixas previamente dispostas pelo setor de hemodinâmica conforme tempo previamente disposto. Orientar paciente, se consciente e orientado, para não flexionar o membro até que todas as faixas sejam retiradas;
- Avaliar FC, atentar para arritmia;
- Vigiar sangramentos e/ou hematoma em sítio de punção, demarcando o hematoma formado e sempre comunicar o médico plantonista e hemodinâmica;
- Aplicar escala de dor, atentar para queixa de dor torácica típica.

#### **6. INDICADORES:**

- Tempo Médio do Porta-ECG - 10 minuto;
- Tempo Médio Porta-Balão – 90 minutos;
- Taxa de Mortalidade de pacientes com supra desnível de ST ou Bloqueio de ramo esquerdo;
- Taxa de Adesão ao protocolo de dor torácica.

#### **7. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA:**

Bonow, Robert O, et al; Braunwald, tratado de doenças cardiovasculares [tradução de Alcir Costa Fernandes, et al], nona edição, Rio de Janeiro, Elsevier, 2013.

Roffi M, Patrono C, Collet J-P, et al 2015 ESC guidelines for the management of acute coronary syndromes

	<b>PROTOCOLO</b>			<b>PRO</b>
	<b>PROTOCOLO DE DOR TORACICA</b>			<b>PRO-UUE-03</b>
	<b>Data de Emissão:</b>	<b>Data da Revisão:</b>	<b>Número da Revisão:</b>	<b>Página:</b>
	<b>02/01/2018</b>	<b>20/01/2021</b>	<b>01</b>	<b>14 de 14</b>
<b>Aplicação:</b>	<b>SERVIÇOS PRÓPRIOS</b>			

in patients presenting without persistent ST-segment elevation: Task Force for the Management of Acute Coronary Syndromes in Patients Presenting without Persistent ST-Segment Elevation of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J. 2016;37:267–315.

Lee TH, Rouan GW, Weisberg MC, et al. Clinical characteristics and natural history of patients with acute myocardial infarction sent home from the emergency room. Am J Cardiol 1987;60:219-224.

Amsterdam EA, Wenger NK, Brindis RG, et al. 2014 AHA/ACC guideline for the management of patients with non-ST-elevation acute coronary syndromes: executive summary: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Circulation 2014; 130:2354.

Glickman SW, Shofer FS, Wu MC, et al. Development and validation of a prioritization rule for obtaining an immediate 12-lead electrocardiogram in the emergency department to identify ST-elevation myocardial infarction. Am Heart J 2012; 163:372

Pesaro AEP. Corrêa TD. Forlenza L. Bastos JF. Knobel M. Knobel E. Síndromes coronarianas agudas: como fazer um diagnóstico correto na sala de emergência. Einstein. 2007; 5 (1): 80-4

Thygesen K, Alpert JS, Jaffe AS, et al. Quarta definição universal do infarto do miocárdio (2018) – ESC/ACC/AHA/WHF. Am Coll Cardiol 2018; Aug 25

Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo 2018;28(4):394-402

Recommendations for Institutions Transitioning to High-Sensitivity Troponin Testing JACC Scientific Expert Panel James L. Januzzi, JR, MD,<sup>a</sup> Simon A. Mahler, MD, MS,<sup>b</sup> Robert H. Christenson, PHD,<sup>c</sup> Jennifer Rymer, MD, MBA,<sup>d</sup> L. Kristin Newby, MD, MHS,<sup>d</sup> Richard Body, MBCHB, PHD,<sup>e</sup> David A. Morrow, MD, MPH,<sup>f</sup> Allan S. Jaffe, MD

#### **8. FORMULÁRIOS ASSOCIADOS:**

FOR-UTIA-09- Fluxograma Atendimento A Dor Torácica.

#### **9. ANEXOS:**

Não se aplica

Cópia controlada  
02/02/2021