

Código:

PROTOCOLO DO PRIMEIRO ATENDIMENTO DA DOR TORÁCICA NAS UNIDADES DE SAÚDE




INTRODUÇÃO

Este protocolo, é baseado no protocolo de dor torácica utilizado internacionalmente que desde sua criação, **diminuiu as internações desnecessárias em 68% dos casos, reduzindo custos e melhorando o bem-estar dos pacientes.** Trata-se de um protocolo assistencial gerenciado para o atendimento a pacientes com queixas de dor torácica aguda ou de seus equivalentes, ou seja, sintomas compatíveis com a possibilidade de serem decorrentes de uma síndrome coronária aguda (SCA) ou de outras doenças cardiovasculares graves.

Embora o número de pacientes com essas queixas seja grande, apenas uma pequena porcentagem tem o diagnóstico de doenças cardiovasculares graves. A maioria dos casos que se incluem neste protocolo acabam fazendo algum tipo de avaliação adicional à consulta médica e aos exames básicos de avaliação cardiológica inicial, como o eletrocardiograma, a radiografia do tórax e as dosagens dos marcadores bioquímicos de lesão miocárdica no sangue. Neste contexto, os pacientes submetidos ao Protocolo de Dor Torácica podem passar por um período de observação e reavaliações médicas sob monitorização cardíaca contínua, durante o qual mais exames laboratoriais, de imagem e/ou de métodos gráficos são realizados, visando principalmente avaliar o risco de se tratar de alguma das doenças de maior gravidade e que podem se manifestar por dor torácica.

No intuito de garantir a qualidade de atendimento prestado aos pacientes de forma objetiva e rápida, foi elaborado um **formulário de triagem de pacientes com dor torácica.** Desta forma o enfermeiro classificador irá avaliar o paciente de acordo com a queixa clínica, seguindo o fluxograma de dor torácica Manchester juntamente com o novo **Formulário de Classificação de Risco para a Dor Torácica.** Assim priorizando o atendimento emergencial para a cardiologia, evitando futuros riscos aos pacientes, garantido uma melhor assistência, organização do fluxo (encaminhados as especialidades médicas de forma coerente com o quadro clínico) e atendimento de qualidade e interação entre as equipes do primeiro atendimento, SAMU, central de regulação e hospital terciário, evitando transtorno para o paciente e para as equipes assistenciais.

Por meio deste protocolo, é possível oferecer uma estratégia baseada em evidências adequada à

	PROTOCOLO MULTIDISCIPLINAR	Código:
	Título: CLASSIFICAÇÃO DA DOR TORÁCICA E TRATAMENTO DO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO COM SUPRADESNÍVEL DO SEGMENTO ST	Página: 2 / 9

estrutura das diferentes unidades de saúde, que orienta a tomada de decisão da equipe de enfermeiros da classificação de risco quanto direcionamento do atendimento para as equipes de saúde.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO – URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Atribuições do Enfermeiro Classificador:

Coletar dados e Sinais Vitais do paciente: pressão arterial (PA), frequência cardíaca (FC), frequência respiratória (FR) e saturação.


- Identificar histórico do paciente, queixa principal, seguindo o fluxograma do Manchester; Além de sempre perguntar se possui alergia a algum tipo de medicamento e/ou substância;
- Verificar a presença dos sinais e sintomas que caracterizam uma **dor torácica típica**:

CARACTERÍSTICAS DA DOR TORÁCICA		
	TÍPICA	ATÍPICA
1. CARATER DA DOR	CONSTRIÇÃO COMPRESSÃO QUEIMAÇÃO "PESO" "DOR SURDA"	FACADA, AGULHADA PONTADAS PIORA AO RESPIRAR "AGUDA"
2. LOCALIZAÇÃO DA DOR	RETROESTERNAL OMBRO ESQUERDO PESCOÇO FACE, DENTES REGIAO INTERESCAPULAR EPIGÁSTRICA	OMBRO DIREITO HEMITÓRAX DIREITO
3-FATORES DESENCADEANTES	EXERCÍCIO EXCITAÇÃO ESTRESSE FRIO REFEIÇÕES COPIOSAS	AO REPOUSO

- Preencher o formulário – **Protocolo de Dor Torácica**: Avaliar Sinais Clínicos; Queixa Principal; e Fatores de Risco.
- Proceder com os encaminhamentos necessários a partir do resultado da classificação.
- Realizar o ECG (Se constatado dor típica)
- Comunicar ao médico de plantão

IMPORTANTE:

- **DOR TÍPICA**: encaminhar o paciente para a Sala de Emergência ou consultório do médico plantonista.
- **NÃO CONSTATADO DOR TÍPICA**: encaminhar o paciente para atendimento clínico seguindo o protocolo de Manchester.

	PROTOCOLO MULTIDISCIPLINAR	Código:
	Título: CLASSIFICAÇÃO DA DOR TORÁCICA E TRATAMENTO DO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO COM SUPRADESNÍVEL DO SEGMENTO ST	Página: 3 / 9

TRIAGEM DE PACIENTE COM DOR TORÁCICA: APLICAÇÃO DO FORMULÁRIO

No intuito de garantir a qualidade de atendimento prestado aos pacientes de forma objetiva e rápida, foi elaborado um **formulário de triagem de pacientes com dor torácica**. Desta forma o enfermeiro classificador irá avaliar o paciente de acordo com a queixa clínica, seguindo o fluxograma de dor torácica Manchester juntamente com o novo **Formulário de CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PARA A DOR TORÁCICA**.

1. AVALIAR A QUEIXA PRINCIPAL:

- **Aperto/Pressão/ Queimação (Risco Laranja)**
- **Irradiação para MSE (Risco Laranja)**
- **Acompanhada de dispneia (Risco Laranja)**
- Dor precordial
- Pontada
- Piora ao mover o Membro superior
- Palpitação
- **SOMADO: Duração >5 minutos**

ENCAMINHAMENTOS:

- Se a dor contemplar uma **(01) característica marcado como laranja e tiver duração maior que 5 minutos**, será considerada dor anginosa e deverá ser **encaminhado para o médico plantonista independente** dos fatores de risco.

OBS: quando indicação de encaminhamento para o médico, o **EGG deverá ser realizado e apresentado idealmente em até 10 minutos**.

- Se a dor **NÃO contemplar as características de risco laranja, MAS** pontuar de **3 ou mais das demais características**, o paciente será classificado como ALTO RISCO, podendo ser considerado como equivalente anginoso.

OBS: encaminhar para o cardiologista, o **EGG deverá ser realizado e apresentado em até 10 minutos**.

2. AVALIAR FATORES DE RISCO:

Fatores de risco	Peso
Idade >60 anos	2
HAS	1
DM	2
Dislipidemia	1
Tabagismo	1
História Familiar de Infarto (mãe, pai ou irmãos) < 60anos	1
Obesidade	1
Revascularizado prévio por angioplastia ou cirurgia	3
Somatório dos pesos de acordo com os fatores de risco apresentados pelo paciente.	

ENCAMINHAMENTOS:

- Se a somatória dos fatores de risco **for igual ou maior que 3 (três)** será considerado como **Risco Laranja (muito urgente)**.

OBS: quando indicação de encaminhamento para o cardiologista, o **EKG deverá ser realizado e apresentado idealmente em até 10 minutos.**

3. AVALIAR SINAIS CLÍNICOS

Os sinais clínicos abaixo caracterizam sinais de **RISCO VERMELHO**:

- Hipotensão arterial (PA sistólica <80mmHG)
- Bradicardia (FC <50 bpm)
- Taquicardia (FC >120 bpm)
- Rebaixamento do nível de consciência
- Taquipnéia (FR .25 IRPM) SAT <92%

ENCAMINHAMENTOS:

- A presença de **apenas um (01) sinal clínico**, classifica o paciente com **RISCO VERMELHO**, devendo encaminhá-lo imediatamente para a **Sala de Emergência**.

4. RESULTADO DA CLASSIFICAÇÃO:

- **RISCO VERMELHO**: encaminhar o paciente para a sala de emergência; Realizar **EKG** e mostrar ao médico **em até 10 minutos**.
- **RISCO LARANJA**: encaminhar o paciente ao consultório do Cardiologista; Realizar **EKG** e mostrar ao médico **em até 10 minutos**.

ATENDIMENTO MÉDICO

- Realizar Anamnese e Exame Físico Dirigidos
- Avaliar o ECG: EVIDENCIADO SUPRA DE ST = ENTRAR EM CONTATO COM O SAMU 192**
- ECG SEM SUPRA DE ST PORÉM APÓS REALIAR TIMI RISK MAIOR OU IGUAL À 4 = ENTRAR EM CONTATO COM O SAMU 192**

Realizar a Prescrição Médica conforme protocolo:

Aplicar TIMI RISK em caso de IAM sem supra de ST, ECG sem evidência de supradesnivelamento de ST com troponina positiva.

TIMI RISK, escore de risco desenvolvido para avaliar evento coronariano e mortalidade, com os seguintes fatores de risco:

Idade \geq 65 anos

Elevação de marcadores bioquímicos (troponina positiva)

Depressão do segmento ST \geq 0,5 mm

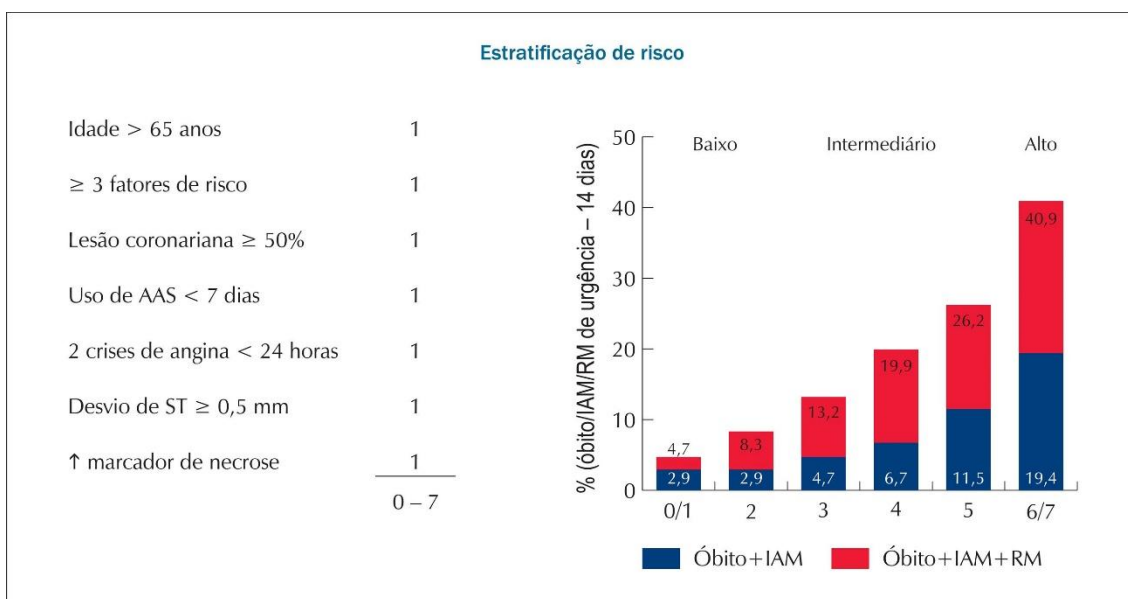
Uso de ácido acetilsalicílico (AAS) nos últimos sete dias

Presença de três ou mais fatores de risco tradicionais para doença arterial coronariana (DAC) (hipertensão, hipercolesterolemia, diabetes melito, tabagismo, história familiar positiva para DAC)


DAC conhecida (angioplastia coronariana ou cirurgia de revascularização prévia)

Dois episódios de angina grave (típica) recente em menos de 24 horas.

Conferindo um ponto para cada um desses itens, o paciente é catalogado como: de baixo risco (escore de 0 a 2), risco intermediário (escore de 3 ou 4) ou alto risco (escore de 5 a 7).



CARACTERÍSTICA	ALTO	MODERADO	BAIXO
História	Idade = ou > 75 anos; diabetes; Dor progressiva, sintomas nas últimas 48 horas.	Idade 70-75 anos; IAM prévio; doença vascular periférica; cirurgia de revascularização miocárdica; uso prévio de AAS (última semana)	
Dor precordial	Prolongada (> 20 min), em repouso.	Prolongada (>20 min), em repouso, mas com alívio espontâneo ou nitrato.	Sintomas novos de angina classe III ou M da CCS nas últimas 2 semanas sem dor em repouso prolongada (>20 mi.)
Exame Físico	Edema pulmonar; piora ou surgimento de sopro de regurgitação mitral B3, hipotensão; bradicardia e taquicardia.		
ECG	Infra desnível do segmento ST 0,5mm (associado ou não a episódio anginoso); alteração dinâmica do ST; bloqueio completo de ramo novo ou presumidamente novo; taquicardia ventricular sustentada.	Inversão da onda T>2mm; ondas Q patológicas.	Normal ou inalterado durante o episódio de dor.
Marcadores bioquímicos de dano miocárdio	Acentuadamente elevados (>0,6 ng/ml)	Elevados discretamente (0,1 – 0,5ng/ml)	Normais (0 – 0,05ng/ml)

	PROTOCOLO MULTIDISCIPLINAR	Código:
	Título: CLASSIFICAÇÃO DA DOR TORÁCICA E TRATAMENTO DO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO COM SUPRADESNÍVEL DO SEGMENTO ST	Página: 7 / 9

EXAMES LABORATORIAIS

No atendimento ao paciente com suspeita de síndrome coronária aguda em Pronto Socorro Cardiológico, são indispensáveis ao correto diagnóstico, a dosagem dos **marcadores de necrose miocárdica**, de maneira seriada, na maior parte dos casos. Segue padronização dos exames:

- **TROPONINA I:** Deverá ser dosado a Troponina com fins prognósticos na SCA com supradesnivelamento de ST.
 - A Troponina passa a ser o biomarcador para diagnóstico de reinfarto. Sendo considerado reinfarto um incremento de 20% relativo entre a medida de base com quadro clínico compatível com esse diagnóstico.
 - A Troponina deverá ser mensurada na admissão e repetida pelo menos uma vez, 6 a 9 horas após (repetir em 9 a 12 horas **se suspeita clínica forte**). Sendo no máximo 3 medidas seriadas no intervalo de 24 horas.
 - Após 24 horas do atendimento inicial, poderá ser solicitado nova coleta de Troponina uma vez ao dia até que seja detectada queda dos valores em referência à última coleta, sendo essa a última coleta necessária.

OBS: Não é necessário dosar nova Troponina após a detecção de queda, ou seja, não será necessário dosar a Troponina até sua normalização, visto que esse marcador poderá permanecer com valores alterados por até duas semanas após o evento.

Situações especiais poderão fugir a este protocolo, de acordo com justificativa feita pelo solicitante.

Contingência: Caso a Troponina não esteja disponível, seja por falta do kit ou qualquer eventualidade, deverá ser realizado a **dosagem de CK-MB**.

EM QUE MOMENTO DEVO SOLICITAR O EXAME LABORATORIAL?


- **IAM COM SUPRA ST:** o paciente deve ser direcionado para a Hospital de referência, **APENAS** com o resultado do ECG. O exame Laboratorial deverá ser solicitado pelo hospital de referência a fim de prognóstico ou para excluir diagnóstico diferenciais em quadro atípicos.
- **IAM SEM SUPRA ST:** o exame laboratorial poderá ser realizado no período do atendimento para definir diagnóstico.

PRESCRIÇÃO MÉDICA NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

MEDICAMENTOS	QTD	FREQ	COM SUPRA	SEM SUPRA
AAS 300mg <i>Obs: mastigar e engolir</i>	1 CP	AGORA	X	X
CLOPIDOGREL 50 mg	4CP	AGORA	X	4CP (todas as idades)
SIVASTATINA 20 mg	2 CP	AGORA	X	X
ATENOLOL 50mg <i>Obs: Não administra se Contra-indicação: FR < 60 bpm; PAS < 100mmHg; Disfunção de VE grave; Hipoperfusão periférica; Intervalo PR > 0,24 segundos; BAV de 2º ou 3º grau; DPOC ou asma grave.</i>	1 CP	ACM	X	X
ENALAPRIL 10 mg <i>Obs: Não administra se Contra-indicação: PAS < 100mmHg; Hipoperfusão periférica; Sinais de choque cardiogênico.</i>	1 CP	ACM	X	X
MORFINA 10 mg/ml <i>Obs: se persistir dor.</i>	1 AMP	ACM	X	X
MONITORIZAÇÃO CARDÍACA CONTÍNUA		CONT	X	X
ELETROCARDIOGRAMA	-	AGORA	X Em 10 min	X Em 10 min

MONITORIZAÇÃO E CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA SALA DE EMERGÊNCIA

- Instalar Monitorização Cardíaca Contínua no paciente;
- Realizar Acesso Venoso, preferencialmente em membro superior esquerdo (MSE), se possível calibre nº 20;
- Administrar medicação, conforme prescrição médica.

	PROTOCOLO MULTIDISCIPLINAR	Código:
	Título: CLASSIFICAÇÃO DA DOR TORÁCICA E TRATAMENTO DO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO COM SUPRADESNÍVEL DO SEGMENTO ST	Página: 9 / 9

CONTATO COM O SAMU

- O contato com SAMU deverá ser realizado através do 192 com o protocolo devidamente preenchido com o ECG. Atentar para o correto preenchimento do horário dos inícios dos sintomas.
- **ECG: EVIDENCIADO SUPRA DE ST = ENTRAR EM CONTATO COM O SAMU 192**
- **ECG SEM SUPRA DE ST PORÉM APÓS REALIZAR TIMI RISK MAIOR OU IGUAL À 4 = ENTRAR EM CONTATO COM O SAMU 192**

CADASTRO NA CENTRAL DE VAGAS

Em caso ECG apresentando SUPRA DE ST evoluído maior que 12 horas, ou com alterações que mostrem evolução do quadro como **onda de necrose miocárdica (onda Q patológica)**, o paciente deverá ter a prescrição de síndrome coronariana aguda (IAM sem supra de ST ou com supra evoluído >12 horas) e o paciente deverá ser cadastrado na **CENTRAL DE VAGAS** através do www.saude.es.gov.br/regulacao.

Em caso de ECG sem supra de ST e com troponina negativa, ou TIMI RISK menor que 4, o paciente também deverá ter sua prescrição de síndrome coronariana aguda (IAM sem supra de ST ou com supra evoluído >12 horas) e o paciente deverá ser cadastrado na **CENTRAL DE VAGAS** através do www.saude.es.gov.br/regulacao.

REFERÊNCIAS

- V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST; Arq Bras Cardiol. 2015
- Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST (II Edição, 2007) - Atualização 2013/2014
- I Diretriz de Dor Torácica na Sala de Emergência, Arq Bras Cardiol volume 79, (suplemento II), 2002
- Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular. Arq Bras Cardiol. 2013: 101
- Third universal definition of myocardial infarction; European Heart Journal (2012)