

Atendimento ao Paciente com Dor Torácica



1. OBJETIVO:

- Padronizar e sistematizar o atendimento a pacientes com Dor Torácica nas instituições hospitalares sob gestão do Instituto de Medicina, Estudos e Desenvolvimento - IMED.

2. RESPONSABILIDADES:

- Médico: prestar assistência ao paciente e condução do caso de acordo com diretrizes do ACLS.
- Enfermeiro: prestar assistência ao paciente e condução do caso de acordo com diretrizes do ACLS.
- Fisioterapeuta: prestar assistência ao paciente e condução do caso de acordo com diretrizes do ACLS.
- Nutricionista: garantir aporte nutricional adequado ao paciente.
- Técnico de enfermagem: prestar assistência ao paciente e condução do caso de acordo com diretrizes do ACLS.
- Conductor/maqueiro: deslocar o paciente, caso solicitado, para local de assistência, exames, transferência ou internação.
- Laboratório: Colher os exames solicitados e auxiliar equipe nas coletas subsequentes e curvas de enzimas cardíacas nos tempos determinados neste protocolo.

3. DEFINIÇÕES GERAIS:

- **Características clínicas**
- Dor torácica localizada em região precordial e/ou epigástrica referida,

caracterizada como em aperto, pressão ou queimação, em qualquer idade;

- Desencadeada ou piorada ao esforço, estresse, alimentação copiosa, relação sexual ou que desperta o paciente;
- Alivia com repouso ou uso de nitrato.

OBS: Considera-se como equivalente a dor torácica anginosa, em pacientes diabéticos, doentes renais crônicos, mulheres e idosos, a presença de sintomas como dispneia, síncope, epigastralgia, náusea e dor em membros superiores.

• **Classificação de Dor Torácica**

- Dor tipo A (típica): possui 3 das 3 características típicas, descritas no item 3a
- Dor tipo B (atípica): possui 2 das 3 características típicas, descritas no item 3a
- Dor tipo C (provavelmente não anginosa): possui 1 das 3 características típicas, descritas no item 3a
- Dor tipo D (não anginosa): possui nenhuma das 3 características típicas, descritas no item 3a

4. TERMINOLOGIAS:

- ACLS: “Advanced Cardiovascular Life Support”, que corresponde à tradução “Suporte de Vida Avançado em Cardiologia”;
- AI: Angina Instável;
- ECG: Eletrocardiograma;
- IAM: Infarto Agudo do Miocárdio;
- SCA: Síndrome Coronariana Aguda;
- SCACSST: Síndrome Coronariana Aguda com Supra do Segmento ST,
- SCASSST: Síndrome Coronariana Aguda sem Supra do Segmento ST.

5. ABRANGÊNCIA:

- Setores Assistenciais da Unidade Hospitalar,
- Setores de Apoio Diagnóstico e Terapêutico.

6. DESCRIÇÃO DO PROTOCOLO:

• Causas:

• Várias doenças podem cursar com dor torácica ou equivalente, sendo que podem representar ameaça à vida em curto prazo e cujo diagnóstico e intervenção precoces estão associados a melhor prognóstico. Doenças gastrointestinais, pulmonares, arteriais e osteomusculares podem gerar dor torácica. A maioria dos casos com risco à vida são de causa cardiovascular, e a síndrome coronariana aguda (SCA) deve ser excluída caso os sinais e sintomas gerem sua hipótese, pois é a principal causa de morte, entre as causas de dor torácica.

• Atendimento inicial:

• O primeiro passo é triar corretamente portadores de potencial situação com ameaça à vida: todos pacientes com critérios citados no item 3 devem ser encaminhados imediatamente à realização de ECG 12 derivações, sendo este analisado em até 10 minutos de sua realização por médico assistente. Após esta avaliação inicial eletrocardiográfica, o médico avaliador deverá encaminhar o paciente para o adequado fluxo:

1. Fluxo de Síndrome Coronariana Aguda com Supra de ST (SCACSST)
2. Fluxo de Síndrome Coronariana Aguda sem Supra de ST (SCASSST).

• O segundo passo, após triagem, avaliação do ECG e identificação (ou não) do tipo de SCA (com ou sem supra), é avaliar sinais de instabilidade hemodinâmica e estratificar o risco (Critérios de Braunwald para definição de baixo risco em SCA – Anexo IV), requerendo prioridade no atendimento deste paciente instável ou de alto risco em sala de emergência, mobilizando equipe médica e de enfermagem, recebendo monitorização multiparamétrica, suplementação de oxigênio se necessário, coleta de exames de sangue (ANEXO III) com encaminhamento imediato de troponina, e medicação prescrita. Pacientes sem SCACSST, ou aqueles com SCASSST sem instabilidade hemodinâmica ou de médio ou baixo risco (Critérios de Braunwald para definição de baixo risco em SCA – Anexo IV), devem ser encaminhados para avaliação ambulatorial.

• Critérios para inclusão do paciente no protocolo assistencial de SCA, e dos casos hemodinamicamente instáveis e aqueles de alto risco cardiovascular:

• SCACSST:

- Quadro clínico típico, conforme descrito no item 3, associado a:
- Supra ST > 1 mm no ponto J em pelo menos 2 derivações consecutivas ou;
- Bloqueio de Ramo Esquerdo novo (critério de Sgarbossa) ou;
- Bloqueio de Ramo Direito novo ou;
- Onda T apiculada e simétrica (hiperaguda) ou;
- Onda T bifásica (plus-minus) em pelo menos uma derivação anterior (Sind. Wellens) ou;
- Supradesnivelamento de ST de aVR >0,5mm associado à infradesnivelamento difuso de ST.

• SCASSST:

- Quadro clínico típico, conforme descrito no item 3, associado a:
- Infra ST > 0,5 mm (sem diagnóstico diferencial óbvio) ou;
- Inversão profunda de onda T > 2 mm ou;
- Alteração dinâmica do segmento ST/onda T ou;
- Instabilidade elétrica, evidenciada por arritmia ventricular ou;
- ECG sem alteração.

• Instabilidade Hemodinâmica:

- A estabilidade hemodinâmica é garantida por uma adequada perfusão tecidual, sendo o sistema cardiovascular um dos garantidores deste estado. A isquemia coronária e consequente redução da oferta de oxigênio ao miocárdio na SCA é uma das principais e mais graves causas de instabilidade hemodinâmica. São critérios de instabilidade:
- Pressão arterial sistólica < 90mmHg;
- Queda da pressão arterial sistólica > 40 mmHg;
- Frequência cardíaca > 90bpm;

- Índice cardíaco $< 1,8 \text{ l/min/m}^2$;
 - Pressões de enchimento capilar elevadas >3 segundos;
 - Alteração de consciência,
 - Pele fria e pegajosa.
-
- SCA de alto risco:
 - Todo paciente com SCACSST é de alto risco e deverá receber imediatamente atendimento de emergência, conforme descrito no item 6, além de terapia de reperfusão coronária em tempo hábil em unidade portadora de laboratório de hemodinâmica, ou transferência para unidade mais próxima/regulada.
 - Os demais pacientes, sem supradesnivelamento do segmento ST ao ECG, ou seja, em SCASSST, devem ter seu risco classificado conforme o escore proposto por Braunwald (Anexo IV), que considera alto risco caso apresente um dos seguintes:
 - Idade >75 anos;
 - Dor torácica prolongada >20 minutos, que não alivia com repouso;
 - Presença de 3ª bulha à ausculta;
 - Edema agudo pulmonar relacionado à isquemia (Killip IV);
 - Alteração dinâmica do segmento ST $>1\text{mm}$ e angina em repouso,
 - Hipotensão.
-
- Para pacientes que não se enquadrarem nos critérios de alto risco ou instabilidade na SCA, o terceiro passo é a avaliação em consultório do pronto-socorro, com anamnese e exame físico apropriado, identificando o tipo da dor torácica apresentada e os pacientes de muito alto, alto, intermediário e baixo risco de eventos cardiovasculares. A associação desta avaliação clínica entre a dor torácica (A,B,C ou D) e risco do paciente, indicarão a melhor conduta. Atualmente, preconiza-se, a utilização do HEARTSCORE (ANEXO 1) para que pacientes de baixo risco (escore <4) possam ser liberados do pronto-socorro de maneira segura e ágil, caso troponina negativa, sendo encaminhados para a avaliação ambulatorial, e de alto risco (escore >6), devidamente internados para avaliação especializada. Pacientes com HEARTSCORE intermediário (4-6), deverão receber conduta conforme achados da avaliação clínica e complementar.

Escore de risco para admissão hospitalar

- Conforme descrito no item 6c, a utilização do HEARTSCORE permite diferenciar com segurança pacientes com baixo risco de sofrerem eventos cardiovascular adverso, caso liberados precocemente (HEARTSCORE baixo), daqueles que precisam ser internados ou avaliados para decisão de conduta (HEARTSCORE intermediário ou alto).

Fatores de risco a serem considerados, na avaliação clínica, além dos escores

- Paciente com >3 fatores de risco clássicos para doença arterial coronariana, ou diabéticos, ou que já tenham apresentado evento cardiovascular prévio, devem ser avaliados conforme o protocolo de SCA, mesmo que apresentem dor torácica B ou C. Abaixo os fatores:

- Evento cardiovascular prévio, como AVC, IAM ou angioplastia prévia (muito alto risco)
- Aterosclerose subclínica (incluindo alta carga de placa no escore de cálcio);
- Diabetes;
- Doença renal crônica;
- Hipertensão arterial sistêmica;
- Obesidade;
- Dislipidemia;
- Tabagismo;
- Idade do paciente masculino >45 anos e feminina >55 anos;
- Antecedente familiar de doença cardiovascular precoce em parentes de primeiro grau:
 - Pai ou irmão < 55 anos,
 - Mãe ou irmã < 65 anos.

Alocação adequada

- Paciente com diagnóstico de SCA com Supra de ST deve ser imediatamente encaminhado à serviço referenciado de hemodinâmica, portanto, após estabilização do paciente em sala vermelha ou UTI; deve ser preenchida adequadamente AIH e esta enviada por sistema próprio ao Complexo Regulador Estadual (CRE) pelo Núcleo Interno

de Regulação (NIR) para busca e disponibilização da vaga;

- Paciente com diagnóstico de SCA sem Supra de ST instável hemodinamicamente ou de alto risco, deve ser imediatamente encaminhado para o Complexo Regulador Estadual (CRE) via realização de AIH junto ao Núcleo Interno de Regulação (NIR) à serviço referenciado em hemodinâmica, após estabilização do mesmo em sala vermelha ou UTI.
- Paciente com diagnóstico de SCA sem Supra de ST estável hemodinamicamente e de risco intermediário ou baixo, com HEARTSCORE baixo (<4) e troponina negativa, deve ser orientado a ser avaliado ambulatorialmente, após avaliação médica e diagnósticos diferenciais avaliados.
- Paciente com diagnóstico de SCA sem Supra de ST estável hemodinamicamente e de risco intermediário ou baixo, com HEARTSCORE alto (>6), independentemente do valor da troponina, deverá ser internado para adequada avaliação e conduta.
- Paciente com diagnóstico de SCA sem Supra de ST estável hemodinamicamente e de risco intermediário ou baixo, com HEARTSCORE intermediário (4-6), com troponina elevada, deverá ser encaminhado para o Complexo Regulador Estadual (CRE) via realização de AIH junto ao Núcleo Interno de Regulação (NIR) à serviço referenciado em hemodinâmica, permanecendo internado em UTI caso GRACE score >140 (elevada mortalidade intrahospitalar).
- Paciente com diagnóstico de SCA sem Supra de ST estável hemodinamicamente e de risco intermediário ou baixo, com HEARTSCORE intermediário (4-6), com troponina negativa, deverá ser encaminhado para o Complexo Regulador Estadual (CRE) via realização de AIH junto ao Núcleo Interno de Regulação (NIR) à serviço referenciado em cardiologia.

Tratamento

- Para os pacientes com SCA, há protocolo específico para cada diagnóstico: IAMCSST, IAMSSST e Angina Instável (vide anexo 2).

Rotina para Atendimento

- Após identificação do paciente que se enquadre no protocolo de Dor Torácica, os seguintes passos devem ser cumpridos:

- Registre seu diagnóstico no prontuário. Todo sistema de coleta de dados está baseado no registro em prontuário. O que não estiver documentado será considerado como não realizado.
- Todos os pedidos devem ser identificados como parte do protocolo de DOR TORÁCICA de forma a garantir o atendimento diferenciado pelo laboratório e demais setores.

Atribuição de cada profissional/setor hospitalar

• Laboratório:

- Realizar a coleta de exames imediatamente (idealmente em 10 minutos), tão logo seja **solicitada por telefone**, pela Enfermagem e desde que seja informado que se trata do protocolo de DOR TORÁCICA;
- Liberar resultado em 30 minutos (prioridade para resultado da troponina).

• Enfermeiro da Emergência:

- Realizar triagem com classificação de risco (segundo Protocolo de Manchester); que se trata do protocolo de DOR TORÁCICA;
- Comunicar ao médico plantonista alterações compatíveis com diagnóstico de DOR TORÁCICA;
- Acompanhar o paciente e agilizar a realização do exame de eletrocardiograma e exames de imagem solicitados, com pedido médico em mão, carimbado e assinado;
- Realizar o primeiro eletrocardiograma ainda na triagem, preferencialmente em menos de 10 minutos da triagem;
- Solicitar avaliação do ECG em no máximo 10 minutos pelo médico plantonista;
- Registrar o horário do ECG, sua avaliação e demais comunicações realizadas ao médico;
- Avisar na sala de emergência o acionamento do protocolo de DOR TORÁCICA e que o paciente poderá ser encaminhado em caso de indicação.

• Técnico de Enfermagem da Emergência:

- Admissão do paciente na sala de emergência se indicado pelo médico do consultório ou encaminhado pelo enfermeiro da triagem;
 - Monitorizar e aferir sinais vitais na admissão e conforme prescrição médica, assim como nas reavaliações em caso de instabilidade hemodinâmica;
 - Administrar oxigênio, se prescrito;
 - Puncionar acesso venoso periférico calibroso;
 - Administrar medicamentos prescritos como prioridade;
 - Comunicar ao enfermeiro alteração nos sinais vitais, e caso instabilidade hemodinâmica, piora ou retorno da dor torácica, avisar o médico plantonista;
 - Registrar o horário das alterações, quais alterações e demais comunicações realizadas ao enfermeiro e/ou médico;
 - Dirigir-se à farmácia para atendimento da prescrição médica com agilidade, com prescrição carimbada e assinada pelo médico, deixando o paciente assistido por outro membro da equipe enquanto estiver ausente;
 - Realizar registro das ações e horários de execução das mesmas, comunicar alterações à equipe;
 - Notificar em ficha com checklist (em anexo).
-
- **Médico Plantonista da Emergência:**
 - Identificar pacientes que devem ser incluídos no protocolo, comunicar equipe e proceder registros necessários, inclusive hora do diagnóstico e avaliação do 1º ECG;
 - Preencher a ficha do paciente em anexo, classificar o evento conforme exige o protocolo e realizar o registro no prontuário;
 - Responsabilidade pela implementação do protocolo e compartilhamento do monitoramento de ações com a equipe de enfermagem;
 - Solicitar os exames do protocolo de DOR TORÁCICA (anexo 3);
 - Avaliar resultados de exames em tempo hábil, prioritariamente troponina em 30 minutos;
 - Monitorar e executar ações para atingir as metas;
 - Notificar em ficha com checklist (em anexo);

- Solicitar parecer do médico intensivista para transferência para leito de UTI se necessário.
- **Farmácia:**
 - Dispensar medicamentos prescritos e insumos com prioridade, através de prescrições identificadas como protocolo de DORTORÁCICA e comunicação verbal de prioridade pela equipe de enfermagem;
 - Tempo de atendimento da prescrição = 15 minutos;
 - Farmácias satélites na emergência;
 - Acompanhamento do farmacêutico clínico;
 - Checagem junto ao médico prescritor de contraindicações ao uso de trombolítico, caso prescrito.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

NICOLAU JC, Timerman A, Marin-Neto JA, Piegas LS, Barbosa CJ, Franci A, et al. [Guidelines of Sociedade Brasileira de Cardiologia for Unstable Angina and Non-ST-Segment

Elevation Myocardial Infarction (II Edition, 2007) 2013-2014 Update]. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arq Bras Cardiol. 2014 Mar;102(3 Suppl 1):1-61.

V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST; Arq Bras Cardiol. 2015.

AMSTERDAM EA, Wenger NK, Brindis RG, Casey DE Jr, Ganiats TG, Holmes DR Jr, et al. 2014 AHA/ACC Guideline for the Management of Patients with Non-ST-Elevation Acute

Coronary Syndromes: a report of the American College of Cardiology/ American Heart

Association Task Force on Practice Guidelines. J Am Coll Cardiol. 2014 Dec 23;64(24):e139-e228.. Epub 2014 Sep 23.

ROFFI M, Patrono C, Collet JP, Mueller C, Valgimigli M, Andreotti F, et al; ESC Scientific Document Group. 2015 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes 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 Jan 14;37(3):267-315

NICOLAU JC, Feitosa Filho GS, Petriz JL, Furtado RHM, Précoma DB, Lemke W, Lopes RD, et al. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST – 2021. Arq. Bras. Cardiol. 2021;117(1):181-264.

8. ANEXOS:

Os protocolos na íntegra com todos os anexos citados se encontram no repositório de documentos no Interact de cada unidade.