


PROTOCOLO DE
ATENDIMENTO AO
PACIENTE COM
DOR TORÁCICA


 <p>PREFEITURA DE GUARULHOS - SP</p>	<p>SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE COORDENAÇÃO DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA</p>	<p>PROTOCOLO DOR TORÁCICA</p>		
<p>Controlado por: DCUE Equipe Técnica</p>	<p>Público-alvo: Unidades de Saúde de Urgência e Emergência do Município de Guarulhos</p>			
<p>Código: DCUE - TEC.14</p>	<p>Data desta Versão: 11/10/2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 1</p>	



**PREFEITURA DE GUARULHOS
SECRETARIA DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE COORDENAÇÃO DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO AO PACIENTE COM DOR TORÁCICA

OUTUBRO 2022

 <p>PREFEITURA DE GUARULHOS - SP</p>	<p>SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE COORDENAÇÃO DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA</p>	<p>PROTOCOLO DOR TORÁCICA</p>		
<p>Controlado por: DCUE Equipe Técnica</p>	<p>Público-alvo: Unidades de Saúde de Urgência e Emergência do Município de Guarulhos</p>			
<p>Código: DCUE - TEC.14</p>	<p>Data desta Versão: 11/10/2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 2</p>	

PREFEITO DO MUNICÍPIO DE GUARULHOS

Gustavo Henric Costa - “Guti”

SECRETÁRIO DA SAÚDE

Dr. Ricardo Rui Rodrigues Rosa

SECRETÁRIO ADJUNTO DA SAÚDE

Silvio Cardoso do Prado Junior

DIRETOR DO DEPARTAMENTO DE COORDENAÇÃO DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Raphael Sebastian de Souza Pinto

COORDENAÇÃO MÉDICA DO DEPARTAMENTO DE COORDENAÇÃO DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Dra. Paula Andrade Alvares

Dra. Silvia Maria Rocha Gonçalves Fuentes

Dra. Suellen Santos Mendes

Dr. Tiago Estevam de Almeida

CONSULTORES E COLABORADORES

Adelmo Nunes de Araújo Junior

André Henrique Scervino

Claudia Batista Urbano


Claudia Mara Alves da Silva

Débora Felix Menezes

Felipe Lucena Silva

Jaqueline Sousa Pessoa

Solange Regina Fontebasso

 <p>PREFEITURA DE GUARULHOS - SP</p>	<p>SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE COORDENAÇÃO DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA</p>	<p>PROTOCOLO DOR TORÁCICA</p>		
<p>Controlado por: DCUE Equipe Técnica</p>	<p>Público-alvo: Unidades de Saúde de Urgência e Emergência do Município de Guarulhos</p>			
<p>Código: DCUE - TEC.14</p>	<p>Data desta Versão: 11/10/2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 3</p>	

Tabatha Krystina Faria Corradi

Vivian Stefani de Godoy Franchi


VALIDAÇÃO INTERNA E EXTERNA

Validação Interna: Secretaria da Saúde do Município de Guarulhos

Validação Externa: Gestores, médicos e enfermeiros das Unidades de Urgência e Emergência do Município


PÚBLICO-ALVO

Médicos do Corpo Clínico, Enfermagem e demais profissionais envolvidos na atenção de Urgência e Emergência.


	<p align="center">SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE COORDENAÇÃO DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA</p>	<p align="center">PROTOCOLO DOR TORÁCICA</p>		
<p>Controlado por: DCUE Equipe Técnica</p>	<p>Público-alvo: Unidades de Saúde de Urgência e Emergência do Município de Guarulhos</p>			
<p>Código: DCUE - TEC. 14</p>	<p>Data desta Versão: 11/10/2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 4</p>	

SUMÁRIO

I. INTRODUÇÃO	6
II. DEFINIÇÕES.....	6
III. CLASSIFICAÇÃO DO IAM	7
IV. FATORES DE RISCO.....	7
V. AVALIAÇÃO INICIAL.....	8
DOR TORÁCICA.....	8
CLASSIFICAÇÃO DA DOR TORÁCICA	8
EXAME FÍSICO	9
ELETROCARDIOGRAMA	9
MARCADORES BIOQUÍMICOS DE NECROSE CARDÍACA	10
Troponina	10
CPK e CPK-MB.....	12
VI. CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	12
ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO NA ANGINA INSTÁVEL	13
ESTRATIFICAÇÃO ATRAVÉS DE KILLIP.....	14
SCORE TIMI.....	14
Estratificação de risco no IAM com supra ST.....	15
Estratificação de risco no IAM sem supra ST.....	16
SCORE HEART.....	16
VII. DIAGNÓSTICO.....	17
IAM COM SUPRA DE ST	17
IAM SEM SUPRA ST	18
Definição:	18
ANGINA INSTÁVEL.....	18
Definição:	18
VIII. TRATAMENTO.....	18
MEDIDAS GERAIS	18
TRATAMENTO IAM COM SUPRA (ROTA 1) E IAM SEM SUPRA (ROTA2)	19
Tratamento adjuvante	21
Inibidor da ECA e bloqueadores dos receptores da angiotensina II	21
Bloqueador da aldosterona	22
Estatinas	22
IX. TERAPIA DE REPERFUSÃO MEDICAMENTOSA - FIBRINOLÍTICA.....	22

	<p align="center">SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE COORDENAÇÃO DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA</p>	<p align="center">PROTOCOLO DOR TORÁCICA</p>		
<p>Controlado por: DCUE Equipe Técnica</p>	<p>Público-alvo: Unidades de Saúde de Urgência e Emergência do Município de Guarulhos</p>			
<p>Código: DCUE - TEC.14</p>	<p>Data desta Versão: 11/10/2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 5</p>	

X. TERAPIA DE REPERFUSÃO MECÂNICA.....	24
ANGIOPLASTIA	24
INDICAÇÕES:	24
ANGIOPLASTIA DE RESGATE.....	25
REVASCULARIZAÇÃO CIRÚRGICA	25
XI. TERAPIA CONSERVADORA X INVASIVA.....	25
ESTRATÉGIA INVASIVA EMERGENCIAL	25
ESTRATÉGIA INVASIVA PRECOCE.....	25
ESTRATÉGIA CONSERVADORA	26
XII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	26
XIII. ANEXOS	28
ANEXO I - FLUXO DE ATENDIMENTO DE DOR TORÁCICA.....	28
ANEXO II - FICHA DOR TORÁCICA.....	29

	SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE COORDENAÇÃO DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	PROTOCOLO DOR TORÁCICA		
Controlado por: DCUE Equipe Técnica	Público-alvo: Unidades de Saúde de Urgência e Emergência do Município de Guarulhos			
Código: DCUE - TEC.14	Data desta Versão: 11/10/2022	Revisão 01	Página 6	

I. Introdução


As doenças cardiovasculares, especialmente o infarto agudo do miocárdio, são responsáveis pela primeira causa de óbito no Brasil, alcançando o patamar de 95.758 mortes durante o ano de 2019, segundo o Data SUS do Ministério da Saúde. Baseado na fisiopatogenia e nos fatores de risco envolvidos, a taxa de mortalidade, em 30 dias, varia de 3-5% em centros avançados e quase 30% naqueles cujo atendimento não se aplica às diretrizes recomendadas. Para alcançarmos mudanças que aumentem a preservação da vida neste cenário, torna-se imperiosa a necessidade de aprimoramento organizacional com ações educativas para o paciente, qualificação dos profissionais do setor de emergência, e plena sintonia com os gestores de saúde pública e suplementar.

Sabendo que a maior parte dos nossos pacientes são acolhidos pelas unidades de urgência e emergência da estrutura pré-hospitalar (PA's e UPA's), podemos concluir que, em que pese o diagnóstico e tratamento do infarto serem um grande desafio de saúde pública, quanto maior o conhecimento, a agilidade e a presteza no diagnóstico e tratamento dessa patologia, maior será a redução da morbidade/mortalidade.

II. Definições

O infarto agudo do miocárdio (IAM) é definido como necrose e morte da célula do miocárdio, como consequência do processo isquêmico prolongado.

- IAM com supra ST (Infarto agudo do miocárdio com supra desnivelamento do segmento ST), corresponde à oclusão da artéria coronária (por ruptura de placa de ateroma ou erosão de placas ateroscleróticas) e consequente necrose dos miócitos causada pela isquemia prolongada;
- IAM sem supra (Infarto agudo do miocárdio sem supra desnivelamento do segmento ST), caracteriza-se por sinais e sintomas de síndrome coronariana aguda (SCA) associada à inversão de onda T, outras alterações inespecíficas

	<p align="center">SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE COORDENAÇÃO DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA</p>	<p align="center">PROTOCOLO DOR TORÁCICA</p>		
<p>Controlado por: DCUE Equipe Técnica</p>	<p>Público-alvo: Unidades de Saúde de Urgência e Emergência do Município de Guarulhos</p>			
<p>Código: DCUE - TEC.14</p>	<p>Data desta Versão: 11/10/2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 7</p>	

da onda T, ou mesmo ECG normal, no entanto, com elevações significativas de marcadores de lesão cardíaca (CKMB e Troponina ou Troponina ultrasensível). Neste grupo estão os pacientes com angina instável que não apresentam alteração dos marcadores de necrose miocárdica;


- Angina instável é caracterizada por precordialgia súbita, não associada ao esforço, com piora com o tempo, porém não resulta em infarto do miocárdio.

III. Classificação do IAM

Classificação	Descrição
1	IAM espontâneo relacionado com a isquemia devido a evento coronariano como ruptura, fissura ou dissecção de placa aterosclerótica coronariana
2	IAM secundário a isquemia por inadequação de oferta/ demanda de oxigênio pelo miocárdio, como em espasmo coronariano, anemia, arritmias, hipotensão e hipertensão
3	Morte cardíaca súbita. (Diagnóstico obtido em necropsia)
4a	IAM associado a intervenção coronariana percutânea
4b	IAM associado a trombose documentada de <i>stent</i>
5	IAM associado a cirurgia de revascularização miocárdica

IV. Fatores de risco

- Hipertensão arterial sistêmica
- Tabagismo
- Dislipidemia
- Diabetes Mellitus
- Sedentarismo

 <p>PREFEITURA DE GUARULHOS - SP</p>	<p>SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE COORDENAÇÃO DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA</p>	<p>PROTOCOLO DOR TORÁCICA</p>		
<p>Controlado por: DCUE Equipe Técnica</p>	<p>Público-alvo: Unidades de Saúde de Urgência e Emergência do Município de Guarulhos</p>			
<p>Código: DCUE - TEC.14</p>	<p>Data desta Versão: 11/10/2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 8</p>	

- História familiar para doença arterial coronariana (homens < 55anos e mulheres < 65 anos).

V. Avaliação inicial

Dor torácica

Geralmente caracterizada por:

- Início súbito sem fator desencadeante de grande intensidade;
- Duração maior que 20 minutos em repouso;
- Pode apresentar irradiação para membro superior esquerdo ou mandíbula;
- Pode ou não estar acompanhada de náuseas, vômitos, sudorese fria, síncope ou dispneia.


Classificação da dor torácica

TIPO A – Dor/desconforto retroesternal ou precordial, geralmente precipitada pelo esforço físico, podendo irradiar-se para ombro, mandíbula ou face interna do braço (ambos), com duração de alguns minutos e aliviada pelo repouso ou nitrato, não são necessários exames complementares para definição diagnóstica.

TIPO B – Tem a maioria, mas não todas as características da dor definitivamente anginosa, são necessários exames complementares para definição diagnóstica.

TIPO C – “dor atípica” (facada, agulhada, pontada, piora ao respirar), sintomas de “equivalente anginoso”, devido à presença de múltiplos fatores de risco são necessários exames complementares para excluí-la.

TIPO D – definitivamente não anginosa - Nenhuma característica da dor anginosa, fortemente indicativa de diagnóstico não-cardiológico.

 <p>PREFEITURA DE GUARULHOS - SP</p>	<p>SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE COORDENAÇÃO DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA</p>	<p>PROTOCOLO DOR TORÁCICA</p>		
<p>Controlado por: DCUE Equipe Técnica</p>	<p>Público-alvo: Unidades de Saúde de Urgência e Emergência do Município de Guarulhos</p>			
<p>Código: DCUE - TEC.14</p>	<p>Data desta Versão: 11/10/2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 9</p>	

Independentemente do tipo da dor, todo paciente com dor torácica deverá realizar minimamente um eletrocardiograma (ECG) e passar por avaliação médica.

Exame físico

Ao exame físico:


- Avaliar possíveis causas da isquemia (tireotoxicose, taquicardia, hipertensão, hemorragia gastrointestinal);
- Excluir diagnósticos diferenciais cardíacos e não-cardíacos: dissecção aguda de aorta, pericardite aguda, embolia pulmonar, espasmo esofágico, dor musculoesquelética, dentre outras no IAM sem SST;
- Avaliar a presença de congestão pulmonar, hipotensão (PAS < 110 mmHg) e taquicardia, pois colocam o paciente em maior risco de desenvolver eventos cardíacos nas próximas 72 horas no IAM com SST.

Eletrocardiograma

Deve ser realizado ECG de 12 derivações, idealmente, até 10 minutos da chegada do paciente e para todo paciente relatando dor torácica (dor tipo A, B, C e D).

- Se 1º ECG normal, deve-se repetir ECG a cada 15-30min e obter outras derivações (V3R, V4R);
- Supra desnivelamento de ST ≥ 0.5 mm em V3R, V4R e V6, V7 e V8: considerar supra de ST;
- A presença de infra-ST (≥ 0.5 mm) ou inversão da onda T (≥ 2 mm e simétrica) durante o episódio de angina são sugestivos de isquemia por doença arterial coronariana (DAC), no entanto não são capazes de diferenciar entre IAM sem supra e angina Instável;

Deve ser realizado **novo ECG** no máximo 3 horas após o primeiro em pacientes com

	<p align="center">SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE COORDENAÇÃO DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA</p>	<p align="center">PROTOCOLO DOR TORÁCICA</p>		
<p>Controlado por: DCUE Equipe Técnica</p>	<p>Público-alvo: Unidades de Saúde de Urgência e Emergência do Município de Guarulhos</p>			
<p>Código: DCUE - TEC.14</p>	<p>Data desta Versão: 11/10/2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 10</p>	

suspeita de síndrome coronariana aguda (grau recomendação I, nível de evidência B);

Marcadores bioquímicos de necrose cardíaca

Os marcadores bioquímicos de necrose miocárdica devem ser solicitados em todos os pacientes com sintomas compatíveis com síndrome coronariana aguda (SCA), preferencialmente a troponina. São exames específicos, porém podem ser encontrados resultados falso positivos (ex.: Tromboembolismo Pulmonar, Congestão Pulmonar, Insuficiência Cardíaca).

Devem ser solicitados para pacientes com dor torácica sem supra de ST no ECG.


Troponina

- Aumenta em 3-12 horas após o início do IAM;
- Pico em 10-24 horas;
- Normaliza em 10-15 dias;
- A magnitude do aumento não reflete a extensão ou gravidade do infarto. Deve ser repetida a cada 3 horas nas primeiras 24 horas (curva enzimática);

A **troponina I ultrasensível** (cTn) permite a detecção precoce do infarto agudo, com encurtamento da janela do tempo para medição seriada para 3 horas. Isso permitiu o desenvolvimento de algoritmos para descarte confiável ou admissão no infarto do miocárdio em 2 horas.

Valores de referência da troponina I ultrasensível:

- < 19 ng/L: descartar IAM;
- ≥ 100 ng/L inclusão para IAM;
- ≥ 19 ng/L e ≤ 100ng/L:
 - Dor menor que 6 horas: realizar curva de 3 horas

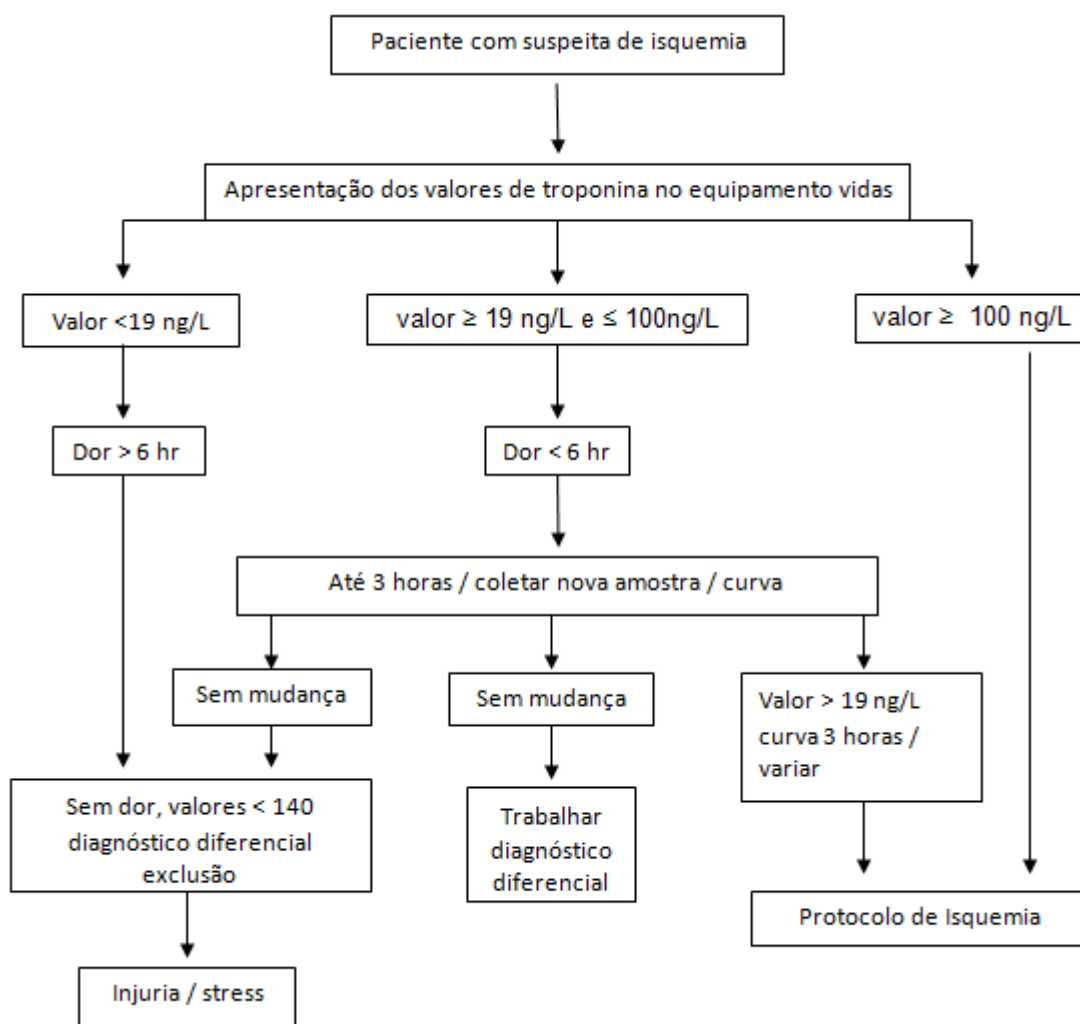
 <p>PREFEITURA DE GUARULHOS - SP</p>	<p>SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE COORDENAÇÃO DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA</p>	<p>PROTOCOLO DOR TORÁCICA</p>		
<p>Controlado por: DCUE Equipe Técnica</p>	<p>Público-alvo: Unidades de Saúde de Urgência e Emergência do Município de Guarulhos</p>			
<p>Código: DCUE - TEC.14</p>	<p>Data desta Versão: 11/10/2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 11</p>	


- Se variação > 10 ng/l é significativo de isquemia
- Se não houver mudança trabalhar diagnóstico diferencial.

A última definição de IAM adicionou definitivamente a alteração da troponina como marcador.

Troponina normal após as 6 horas de evolução seriada afasta definitivamente o diagnóstico de SCA.

Avaliação da Troponina I ultrasensível



	<p align="center">SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE COORDENAÇÃO DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA</p>	<p align="center">PROTOCOLO DOR TORÁCICA</p>		
<p>Controlado por: DCUE Equipe Técnica</p>	<p>Público-alvo: Unidades de Saúde de Urgência e Emergência do Município de Guarulhos</p>			
<p>Código: DCUE - TEC.14</p>	<p>Data desta Versão: 11/10/2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 12</p>	


CPK e CPK-MB

A CPK aumenta na SCA, mas é inespecífica. Se coletada troponina ultrasensível, não é necessário realizar a dosagem.

Nas Diretrizes atuais a CPK-MB deve ser colhida caso nenhuma das troponinas estiverem disponíveis.

VI. Estratificação de Risco

Todos os pacientes com diagnóstico de síndrome coronariana aguda devem ser estratificados obrigatoriamente em 2 momentos: precoce (no momento inicial do atendimento) e pós-infarto.

	<p align="center">SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE COORDENAÇÃO DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA</p>	<p align="center">PROTOCOLO DOR TORÁCICA</p>		
Controlado por: DCUE Equipe Técnica	Público-alvo: Unidades de Saúde de Urgência e Emergência do Município de Guarulhos			
Código: DCUE - TEC. 14	Data desta Versão: 11/10/2022	Revisão 01	Página 13	


Estratificação de risco na angina instável

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO NA ANGINA INSTÁVEL		
RISCO ALTO Deve estar presente pelo menos um dos seguintes achados:	RISCO INTERMEDIÁRIO Nenhum achado de alto risco, mas deve ter qualquer um dos seguintes:	RISCO BAIXO Nenhum achado de risco alto ou intermediário, mas deve ter qualquer um dos seguintes:
Dor em repouso prolongada (> 20 minutos) e contínua	Angina em repouso ausente no momento da avaliação, mas sem baixa probabilidade de DAC	Angina aumentada em frequência, gravidade ou duração
Edema pulmonar	Angina de repouso (> 20 minutos ou melhorada com repouso ou nitroglicerina)	Angina desencadeada com limiar baixo de esforço
Angina associada a sopro de insuficiência mitral	Angina noturna	Angina de início recente no intervalo de duas semanas a dois meses
Angina com 3º bulha à ausculta cardíaca ou estertores	Angina de início recente grau III ou IV (CCS) nas últimas duas semanas, mas com baixa probabilidade de DAC	ECG normal ou não alterado
Angina com hipotensão	Ondas Q ou depressão de ST \geq 1 mm em várias derivações	
Angina em repouso com alterações dinâmicas de ST (> 1 mm)	Idade > 65 anos	
	Angina com alterações dinâmicas da onda T	

DAC: doença arterial coronariana; CCS: Canadian Cardiovascular Society; ECG: eletrocardiograma.

Podemos considerar paciente com risco coronariano aquele que apresentar mais de 4 respostas sim para:

- Idade \geq 65 anos
- 3 ou mais fatores de risco para doença arterial coronariana (DAC)
- Uso de AAS

	<p align="center">SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE COORDENAÇÃO DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA</p>	<p align="center">PROTOCOLO DOR TORÁCICA</p>		
<p>Controlado por: DCUE Equipe Técnica</p>	<p>Público-alvo: Unidades de Saúde de Urgência e Emergência do Município de Guarulhos</p>			
<p>Código: DCUE - TEC.14</p>	<p>Data desta Versão: 11/10/2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 14</p>	


- DAC conhecida (estenose maior que 50%)
- Mais de 1 episódio de angina em até 24 horas

Estratificação através de Killip

CLASSIFICAÇÃO DE KILLIP		
Killip I	Sem dispnéia, B3 ou estertoração pulmonar	Mortalidade = 6%
Killip II	Dispnéia e estertoração pulmonar no 1/3 inferior do tórax	Mortalidade = 17%
Killip III	Edema agudo de pulmão	Mortalidade = 38%
Killip IV	Choque cardiogênico	Mortalidade = 81%

Escore TIMI


O escore TIMI prediz eventos cardiovasculares e consegue estabelecer conduta terapêutica mais adequada.

 <p>PREFEITURA DE GUARULHOS - SP</p>	<p>SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE COORDENAÇÃO DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA</p>	<p>PROTOCOLO DOR TORÁCICA</p>		
<p>Controlado por: DCUE Equipe Técnica</p>	<p>Público-alvo: Unidades de Saúde de Urgência e Emergência do Município de Guarulhos</p>			
<p>Código: DCUE - TEC. 14</p>	<p>Data desta Versão: 11/10/2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 15</p>	

Estratificação de risco no IAM com supra ST

	Pontos
Idade	
75 anos	3
65-74 anos	2
História de DM, HAS ou angina	1
Exame físico	
PAS 100 mmhg	3
FC > 100 bpm	2
Killip II – IV	2
Peso < 67 Kg	1
Supra-ST anterior ou BRE novo	1
Início de tratamento > 4 horas	1
Total Máximo	14

Escore	Mortalidade Hospitalar	Risco
Inferior a 2	Menor 2%	Baixo Risco
2 a 8	10%	Risco Intermediário
Maior a 8	Maior 20%	Alto Risco

	SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE COORDENAÇÃO DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	PROTOCOLO DOR TORÁCICA		
Controlado por: DCUE Equipe Técnica	Público-alvo: Unidades de Saúde de Urgência e Emergência do Município de Guarulhos			
Código: DCUE - TEC.14	Data desta Versão: 11/10/2022	Revisão 01	Página 16	


Estratificação de risco no IAM sem supra ST

	Pontos
Idade	
Maior 65 a 74 anos	1
3 ou mais fatores de risco	1
Lesão coronariana \geq 50%	1
2 crises de angina menor que 24 hs	1
Desvio do segmento ST \geq a 0,5 mm	1
Aumento do marcador de necrose	1
Total	6

Escore	Mortalidade Hospitalar	Risco
0 a 2	Menor 2%	Baixo Risco
3 a 4	10%	Risco Intermediário
Maior ou igual 5	Maior 20%	Alto Risco

Escore Heart

O escore Heart auxilia no caso do paciente com dor torácica incerta e cuja troponina e ECG não serviram de diagnóstico, contribuindo para alta hospitalar ou internação.

	<p align="center">SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE COORDENAÇÃO DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA</p>	<p align="center">PROTOCOLO DOR TORÁCICA</p>		
Controlado por: DCUE Equipe Técnica	Público-alvo: Unidades de Saúde de Urgência e Emergência do Município de Guarulhos			
Código: DCUE - TEC.14	Data desta Versão: 11/10/2022	Revisão 01	Página 17	

Escore de HEART		
História	2 pontos: altamente suspeita 1 ponto: moderadamente suspeita Nenhum ponto: pouco/nada suspeita	
ECG	2 pontos: depressão significativa do segmento ST 1 ponto: distúrbios de repolarização inespecíficos Nenhum ponto: pouco/nada suspeita	
Anos (idade)	2 pontos: ≥ 65 anos 1 ponto: ≥ 45 anos e < 65 anos Nenhum ponto: < 45 anos	
Risco (fatores) *	2 pontos: ≥ 3 ou história de doença aterosclerótica 1 ponto: 1 ou 2 Nenhum ponto: nenhum	
Troponina	2 pontos: ≥ 3 vezes o limite superior 1 ponto: 1 – 3 vezes o limite superior Nenhum ponto: ≤ limite superior	
Escore	Risco	Conduta
≤ 3	Risco muito baixo e baixo	Alta com estratificação secundária
> 3	Risco moderado e alto	Internar para investigação

Estratificação secundária: encaminhar para a unidade básica de saúde de origem.


VII. Diagnóstico

IAM com supra de ST

A presença de supra de ST ou desenvolvimento de onda Q ocorrem em apenas 50% dos pacientes com IAM.

Considerar supra de ST nas seguintes situações:

- Supra de ST > 1,0 mm em 2 ou mais derivações contíguas;
- Se presença de supra de ST nas derivações V2 e V3 considerar IAM com supra em:

	<p align="center">SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE COORDENAÇÃO DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA</p>	<p align="center">PROTOCOLO DOR TORÁCICA</p>		
<p>Controlado por: DCUE Equipe Técnica</p>	<p>Público-alvo: Unidades de Saúde de Urgência e Emergência do Município de Guarulhos</p>			
<p>Código: DCUE - TEC.14</p>	<p>Data desta Versão: 11/10/2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 18</p>	

- Homens menor que 40 anos $\geq 2,5$ mm
- Homens maior que 40 anos ≥ 2 mm
- Mulheres $\geq 1,5$ mm
- V3R, V4R e V6, V7 e V8 ≥ 0.5 mm

A presença de infra de ST $\geq 0,05$ mm em 2 ou mais derivações contíguas ou inversão de onda T $\geq 0,2$ mm conferem risco moderado de síndrome isquemia e de maior morbimortalidade.

IAM sem supra ST

Definição:

- Quadro clínico compatível com SCA;
- ECG normal ou infra-ST ou inversão de onda T;
- Marcadores bioquímicos de necrose do miocárdio positivos.

Angina Instável


Definição:

- Quadro clínico compatível com SCA;
- ECG normal ou infra-ST ou inversão de ondas T;
- Marcadores bioquímicos de necrose do miocárdio negativos.

VIII. Tratamento

Medidas gerais


- Repouso no leito ECG 12 derivações;
- Monitorização contínua;

 <p>PREFEITURA DE GUARULHOS - SP</p>	<p>SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE COORDENAÇÃO DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA</p>	<p>PROTOCOLO DOR TORÁCICA</p>		
<p>Controlado por: DCUE Equipe Técnica</p>	<p>Público-alvo: Unidades de Saúde de Urgência e Emergência do Município de Guarulhos</p>			
<p>Código: DCUE - TEC.14</p>	<p>Data desta Versão: 11/10/2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 19</p>	


- O2 nasal para manter saturação de oxigênio maior/igual do que 90%;
- Acesso venoso.

Tratamento IAM com supra (Rota 1) e IAM sem supra (Rota2)

Conduta	Medicação / Dose	Contraindicação
<p>M Morfina</p>	<p>Morfina Dose: 1 a 5 mg em <i>bolus</i> EV a cada 5 min. - Deve ser administrada se permanecer dor continua apesar da terapia anti-isquêmica</p>	<p>- Hipotensão e/ou bradicardia</p>
<p>O Oxigênio</p>	<p>Se saturação \leq 90% ou sinais de desconforto respiratório.</p>	<p>-----</p>
<p>N Nitrato</p>	<p>Dinitrato de isossorbida (Isordil®) Dose: 5 mg SL repetir a dose a cada 5 min, máxima de 15 mg.</p> <p>Nitroglicerina (Tridil®) Dose: 10 a 20 mcg/min com incrementos de 5-10 mcg a cada 5 minutos, até alívio da dor ou PAS < 90 mmHg. - <u>Diluição</u>: Nitroglicerina (50mg\10ml) 1 ampola + SG5% 240 ml: inicial 5 ml/h.</p>	<p>- Uso de inibidores da fosfodiesterase 5 (ex: Viagra) nas últimas 24 - 48h - Evidência de Infarto de VD (ventrículo direito) - Hipotensão - Sinais de choque cardiogênico</p>
<p>A AAS</p>	<p>AAS <u>Dose de ataque</u>: 300 mg <u>Dose de manutenção</u>: 100mg/dia</p>	<p>- Úlcera péptica ativa - Intolerância comprovada ao medicamento - Sangramento digestivo recente - Discrasia sanguínea - Hepatopatia grave</p>

 <p>PREFEITURA DE GUARULHOS - SP</p>	<p>SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE COORDENAÇÃO DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA</p>	<p>PROTOCOLO DOR TORÁCICA</p>		
<p>Controlado por: DCUE Equipe Técnica</p>	<p>Público-alvo: Unidades de Saúde de Urgência e Emergência do Município de Guarulhos</p>			
<p>Código: DCUE - TEC. 14</p>	<p>Data desta Versão: 11/10/2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 20</p>	

<p>C Clopidogrel</p>	<p>Clopidogrel <u>Dose de ataque:</u> - Se angioplastia primária: 600 mg - Se fibrinólise e paciente < que 75 anos: 300 mg - Se fibrinólise e paciente ≥ 75 anos: 75 mg <u>Dose de manutenção:</u> 75 mg/dia</p>	
<p>H Heparina</p>	<p>Utilizar uma das seguintes medicações:</p> <p>Heparina não fracionada (HNF) - Se <u>trombólise química</u>: - Dose: <i>bolus</i> de 60 U/kg (até 4.000 U) (IV) seguido de 12 U/kg/h (até 4.000 U/hora) (IV) em BIC. - Ajuste pelo TTPA em 1,5 a 2,0 vezes o controle por 48 horas ou até ATC. - Se <u>angioplastia primária</u>: - Dose: <i>bolus</i> de 100 U/kg seguido de 15 U/kg/h - Ajuste de TTPA entre 200-300 segundos até realizar o procedimento.</p> <p>Heparina de baixo peso molecular (HBPM) Dose: - Pacientes com até 75 anos: 30mg em bolus (IV) seguido de 1mg/kg (SC) 12/12hs. - Pacientes com mais de 75 anos: sem dose de ataque e 0,75mg/kg (SC) 12/12hs. - Se clearance de creatinina < 30 ml/minuto 1mg/kg (SC) a cada 24hs durante 8 dias.</p>	<p>- HBPM não deve ser usada como alternativa aceitável à HNF em pacientes com > 75 anos que recebem terapia fibrinolítica</p> <p>- HBPM não deve ser usada como alternativa à HNF em pacientes com menos de 75 anos que recebem terapia fibrinolítica e apresentam disfunção renal significativa (creatina > 2,5 mg/dl para homens; ou creatinina > 2 mg/dl para mulheres)</p>

	<p align="center">SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE COORDENAÇÃO DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA</p>	<p align="center">PROTOCOLO DOR TORÁCICA</p>		
<p>Controlado por: DCUE Equipe Técnica</p>	<p>Público-alvo: Unidades de Saúde de Urgência e Emergência do Município de Guarulhos</p>			
<p>Código: DCUE - TEC.14</p>	<p>Data desta Versão: 11/10/2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 21</p>	

<p align="center">B Beta- bloqueador</p>	<p>Uma das seguintes medicações:</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Frequência cardíaca menor que 60 bpm - Pressão sistólica < 100 mmHg - Intervalo PR > 0,24 segundos - BAV de 2° e 3° - História de broncoespasmo, asma e DPOC grave - Doença vascular periférica grave - Disfunção ventricular grave - Uso de cocaína - Choque cardiogênico
	<p>Atenolol Dose 25 ou 50mg (VO) 12/12hs; dose ideal 50 – 100 mg em 24 horas.</p>	
	<p>Propranolol Dose 20 ou 40mg (VO) de 8/8hs; dose ideal 40 – 80 mg VO 8/8 hs.</p>	
<p>Metoprolol Dose 5 ou 10mg (IV) a cada 5min, podendo chegar a 15mg. Iniciar dose (VO) 15 min após última dose (IV) – 50 – 100 mg 12/12 hs.</p>		


Tratamento adjuvante

Inibidor da ECA e bloqueadores dos receptores da angiotensina II

Atenua e até mesmo previne o remodelamento ventricular, reduz a incidência de insuficiência Cardíaca, melhora a qualidade de vida e a capacidade funcional, reduz sintomas, previne o reinfarto e aumenta a sobrevida.

Deve ser iniciado nas primeiras 24 h de evolução em pacientes com infarto de parede anterior e/ou FE <40% e/ou congestão pulmonar; pode ser substituído por bloqueador do receptor de angiotensina II em pacientes com intolerância. Os pacientes sem contra-indicação, principalmente os de maior risco, devem utilizar um iECA por tempo indefinido após a alta hospitalar.

Devem ser iniciados logo após a terapia fibrinolítica ter sido realizada e pressão arterial estabilizada.

 <p>PREFEITURA DE GUARULHOS - SP</p>	<p>SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE COORDENAÇÃO DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA</p>	<p>PROTOCOLO DOR TORÁCICA</p>		
<p>Controlado por: DCUE Equipe Técnica</p>	<p>Público-alvo: Unidades de Saúde de Urgência e Emergência do Município de Guarulhos</p>			
<p>Código: DCUE - TEC.14</p>	<p>Data desta Versão: 11/10/2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 22</p>	

Recomenda-se uma das seguintes medicações:

- **Captopril:** inicialmente 12,5 mg de 12/12 hs, dose ideal de 50 mg 8/8 hs
- **Enalapril:** 2,5 mg 12/12/hs, dose ideal 20 mg 12/12 hs
- **Losartana:** 50 mg 12/12 hs

Contraindicações: gravidez, PAS < 90 mmHg ou queda > 30 mmHg em relação ao nível basal, estenose da artéria renal bilateral, hipersensibilidade ao IECA

Bloqueador da aldosterona

Indicar para todo paciente com IAM sem disfunção renal ou hipercalemia, desde que apresentem FE ≤ 40% e sintomas de insuficiência cardíaca e/ou diabetes.

- **Espirolactona:** 25 mg 1x/dia podendo aumentar para 50 mg após 8 semanas se progressão da insuficiência cardíaca sem hipercalemia

Estatinas


Iniciar precocemente independentemente do valor do LDL com dose alta.

Pacientes em uso de estatina previamente à internação não devem descontinuar o tratamento durante hospitalização.

IX. Terapia de reperfusão medicamentosa - fibrinolítica

Indicações de trombólise química:

- Apresentação precoce (<3 horas) do início da dor;
- Situações em que a angioplastia não pode ser realizada;
- Tempo entre a chegada do paciente e o início do procedimento (tempo porta-balão) > 120 min;

 <p>PREFEITURA DE GUARULHOS - SP</p>	<p>SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE COORDENAÇÃO DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA</p>	<p>PROTOCOLO DOR TORÁCICA</p>		
<p>Controlado por: DCUE Equipe Técnica</p>	<p>Público-alvo: Unidades de Saúde de Urgência e Emergência do Município de Guarulhos</p>			
<p>Código: DCUE - TEC.14</p>	<p>Data desta Versão: 11/10/2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 23</p>	

- Dor sugestiva de IAM aonde a duração maior que 20 minutos com menos de 12 horas não responsiva a nitrato sublingual;
- Supra ST > 1,0 mm em 2 ou mais derivações contíguas;
- Ausência de contraindicações (ver abaixo).

Tratamento sugerido, com uma das seguintes medicações:


- Tenectaplaste – dose única de ataque, em *bolus*, IV:
 - Peso < 60 kg 30 mg = 6 ml
 - Peso 60-70 kg 35 mg = 7 ml
 - Peso 71-80 kg 40 mg = 8 ml
 - Peso 81-90 kg 45 mg = 9 ml
 - Peso ≥ 91 kg 50 mg = 10 ml
 - Pacientes ≥ 75 anos administrar metade da dose total
- Alteplase
 - 15 mg ev bolus + 0,75 mg/ kg (até 50 kg) em 30 min (até 50 mg) + 0,50 mg/kg EV 60 min (até 35 mg)

Efeitos adversos dos trombolíticos: sangramento, em casos extremos pode apresentar AVE hemorrágico, hipotensão e arritmias.

Critérios de reperfusão:

- Redução ≥ 50% do Supra-ST;
- Pico precoce (<12 horas) de CPK-MB;
- Desaparecimento súbito da dor;
- Arritmias de reperfusão (ritmo idioventricular acelerado – RIVA).

Contraindicação para Terapia Fibrinolítica:

	SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE COORDENAÇÃO DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	PROTOCOLO DOR TORÁCICA		
Controlado por: DCUE Equipe Técnica	Público-alvo: Unidades de Saúde de Urgência e Emergência do Município de Guarulhos			
Código: DCUE - TEC.14	Data desta Versão: 11/10/2022	Revisão 01	Página 24	


Contraindicação para Terapia Fibrinolítica	
Contra-indicações ABSOLUTAS	Contra-indicações RELATIVAS
Neoplastia do SNC (primária ou metastática)	Ataque isquêmico transitório nos últimos 6 meses
AVC isquêmico nos últimos 6 meses	Anticoagulantes orais
Hemorragia prévia SNC	Gravidez, aborto, pós-parto < 7 dias
Trauma cranioencefálico e/ou face < 30 dias	Ressuscitação cardiopulmonar prolongada ou traumática
Cirurgia SNC < 2 meses	Doença hepática avançada
Sangramento ativo (exceto menstruação)	HAS grave e refratária ao tratamento (PAS > 180 mmHg ou PAD > 110 mmHg) *
Suspeita de dissecação de aorta	Cirurgia de grande porte < 21 dias
Coagulopatias	Úlcera péptica ativa
Sangramento gastrointestinal < 30 dias	Cocaína: preferir angioplastia primária
Punção sítio não compressível < 24 h (fígado, rins, lombar)	* sem resposta aos hipotensores

X. Terapia de reperfusão mecânica

Angioplastia

Indicações:

- Até 120 minutos após a chegada do paciente ao PS, ou nas primeiras 3 horas após o início dos sintomas;
- Nos casos de angina pós-infarto;
- Nos casos de contraindicação à fibrinólise;
- Em pacientes com choque cardiogênico (delta-T até 18 horas nestes casos)
- Método de recanalização ideal no IAM com supra-ST e deve ser realizada, idealmente, em até 120 minutos após a chegada do paciente ao hospital.

 <p>PREFEITURA DE GUARULHOS - SP</p>	<p>SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE COORDENAÇÃO DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA</p>	<p>PROTOCOLO DOR TORÁCICA</p>		
<p>Controlado por: DCUE Equipe Técnica</p>	<p>Público-alvo: Unidades de Saúde de Urgência e Emergência do Município de Guarulhos</p>			
<p>Código: DCUE - TEC.14</p>	<p>Data desta Versão: 11/10/2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 25</p>	

- Se duração dos sintomas é > 12hrs, porém os mesmos são persistentes e sugestivos de isquemia, ou há presença de arritmia potencialmente grave ou instabilidade, está indicada a realização de angioplastia primária.

Angioplastia de resgate

Se falha do tratamento fibrinolítico (após 60-90 minutos, houver menos de 50% de resolução do Supra-ST), está indicada a realização imediata de angioplastia de resgate.

Se a qualquer momento após a terapia fibrinolítica, houver instabilidade hemodinâmica ou elétrica, ou piora da isquemia, deve ser realizada a angioplastia de resgate imediatamente.

Revascularização cirúrgica

Indicada em pacientes com anatomia coronariana favorável, quando houver contraindicação ou falha das terapêuticas trombolítica e de revascularização percutânea, na presença de complicações como isquemia recorrente, choque cardiogênico ou complicações mecânicas do infarto.


XI. Terapia conservadora x invasiva

Estratégia invasiva emergencial

Envolve cateterismo cardíaco já na admissão está indicada nos casos de:

- Isquemia recorrente apesar da otimização clínica.
- Insuficiência cardíaca ou choque cardiogênico.

Estratégia invasiva precoce

	<p align="center">SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE COORDENAÇÃO DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA</p>	<p align="center">PROTOCOLO DOR TORÁCICA</p>		
<p>Controlado por: DCUE Equipe Técnica</p>	<p>Público-alvo: Unidades de Saúde de Urgência e Emergência do Município de Guarulhos</p>			
<p>Código: DCUE - TEC.14</p>	<p>Data desta Versão: 11/10/2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 26</p>	

Envolve cateterismo cardíaco precoce (em até 72 horas após a admissão) e revascularização com angioplastia coronária ou cirurgia de revascularização miocárdica. Está indicada para os seguintes pacientes:


- Alterações novas do segmento ST.
- Marcadores de necrose miocárdicas positivas.
- Nos seis primeiros meses após uma angioplastia coronária.

Estratégia conservadora

Pressupõe o tratamento clínico inicial, reservando-se o cateterismo e revascularização apenas para casos de angina recorrente, instabilidade elétrica/hemodinâmica ou isquemia detectada em teste funcional.

XII. Referências bibliográficas


1. V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia Sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supra Desnível do Segmento SI, arquivo brasileiro de cardiologia, volume 105, nº 2, supl. 1, agosto 2015;
2. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia Sobre Angina Instável e Infarto Agudo Miocárdio Sem Supradesnível do Segmento ST (ii edição, 2007) – atualização 2013/2014 arquivo brasileiro de cardiologia, 2014; 102(3supl.1):1-61;
3. Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo, volume 28, nº4, p 409 - 413, outubro/dezembro 2018;
4. 2017 Esc Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with st-segment elevation – web addenda. european heart journal (2017) 00, 1–8;

	<p align="center">SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE COORDENAÇÃO DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA</p>	<p align="center">PROTOCOLO DOR TORÁCICA</p>		
<p>Controlado por: DCUE Equipe Técnica</p>	<p>Público-alvo: Unidades de Saúde de Urgência e Emergência do Município de Guarulhos</p>			
<p>Código: DCUE - TEC.14</p>	<p>Data desta Versão: 11/10/2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 27</p>	

5. Nicolau et al Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio Sem Supradesnível do Segmento ST – 2021, arquivo brasileiro de cardiologia 2021; 117(1):181-264;

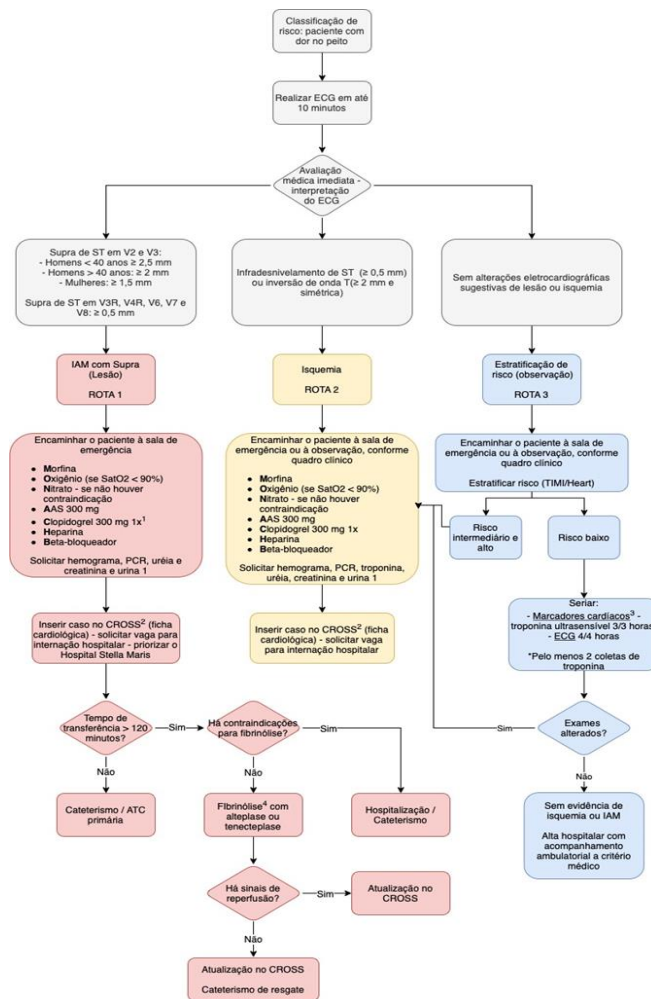
6. Silveira et al. internacional journal of cardiovascular sciences 2016; 29 (3); 189 – 197;

7. Ministério da Saúde - Linhas de Cuidado, 2022 disponível em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/dor-toracica/definicao/> (Acesso em 13/10/2022);


 <p>SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE COORDENAÇÃO DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA</p>	<h1>PROTOCOLO DOR TORÁCICA</h1>		
<p>Controlado por: DCUE Equipe Técnica</p>	<p>Público-alvo: Unidades de Saúde de Urgência e Emergência do Município de Guarulhos</p>		
<p>Código: DCUE - TEC.14</p>	<p>Data desta Versão: 11/10/2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 28</p>

XIII. Anexos

Anexo I - Fluxo de atendimento de dor torácica



- Observações**
- Clopidogrel:
 - Se ATC: realizar dose de ataque de 600 mg;
 - Se fibrinólise:
 - Paciente menor que 75 anos: 300 mg;
 - Paciente ≥ 75 anos: 75 mg
 - Ficha CROSS: obrigatoriamente preencher com valores da hemograma, PCR, uréia, creatinina, peso, urina 1.
 - Marcadores cardíacos conforme troponina colhida:
 - Se troponina ultra-sensível: 3/3 horas;
 - Se troponina normal: 6/6 horas.
 - Fibrinólise:
 - Tenecteplase – dose única de ataque, em bolus, IV
 - Peso < 50 kg: 30 mg = 6 ml
 - Peso 50-59 kg: 35 mg = 7 ml
 - Peso 70-79 kg: 40 mg = 8 ml
 - Peso 60-69 kg: 45 mg = 9 ml
 - Peso > ou = 80 kg: 50 mg = 10 ml
 - Alteplase
 - 15 mg ev bolus + 0,75 mg/kg (até 50 kg) em 30 min (até 50 mg) + 0,50mg/kg EV 60 min (até 35 mg).

 <p>PREFEITURA DE GUARULHOS - SP</p>	<p align="center">SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE COORDENAÇÃO DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA</p>	<p align="center">PROTOCOLO DOR TORÁCICA</p>		
<p>Controlado por: DCUE Equipe Técnica</p>		<p>Público-alvo: Unidades de Saúde de Urgência e Emergência do Município de Guarulhos</p>		
<p>Código: DCUE - TEC.14</p>		<p>Data desta Versão: 11/10/2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 29</p>

Anexo II - Ficha dor torácica

PROTOCOLO DE DOR TORÁCICA - FICHA - (ANEXO II) - FRENTE																			
<p align="center">Identificação</p> <p>Nome: _____</p> <p>FAA/RH nº _____ Idade: _____ (anos) Sexo: <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/> Masc. Peso: _____ Kg</p>			<p align="center">ABERTURA</p> <p>_____ h</p>																
<p align="center">I - Antecedentes Pessoais</p> <p>a) Fatores de risco: <input type="checkbox"/> tabagismo <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> Obesidade <input type="checkbox"/> Hst. Familiar <input type="checkbox"/> DLP/HiperTrig <input type="checkbox"/> Outros _____</p> <p>b) Medicamentos: _____</p> <p>a) Alergias: _____</p>																			
<p align="center">II - Classificação de dor</p> <table border="1"> <tr> <td data-bbox="279 862 550 1019"> <p>Tipo A - Definitivamente anginosa</p> <p>Dor/desconforto retroesternal ou precordial, geralmente precipitada pelo esforço físico, podendo irradiar-se para ombro, mandíbula ou face interna do braço (ambos), com duração de alguns minutos e aliviada pelo repouso ou nitrato, não necessários exames complementares para definição diagnóstica.</p> <p align="center"><input type="checkbox"/></p> </td> <td data-bbox="550 862 790 1019"> <p>Tipo B - Provavelmente anginosa</p> <p>Tem a maioria, mas não todas as características da dor definitivamente anginosa, são necessários exames complementares para definição diagnóstica.</p> <p align="center"><input type="checkbox"/></p> </td> <td data-bbox="790 862 1013 1019"> <p>Tipo C - Provavelmente não anginosa</p> <p>"dor atípica", sintomas de "equivalente anginoso", porém são necessários exames complementares para excluí-la.</p> <p align="center"><input type="checkbox"/></p> </td> <td data-bbox="1013 862 1204 1019"> <p>Tipo D - Definitivamente não anginosa</p> <p>Nenhuma característica da dor anginosa, fortemente indicativa de diagnóstico não-cardiológico.</p> <p align="center"><input type="checkbox"/></p> </td> </tr> </table>				<p>Tipo A - Definitivamente anginosa</p> <p>Dor/desconforto retroesternal ou precordial, geralmente precipitada pelo esforço físico, podendo irradiar-se para ombro, mandíbula ou face interna do braço (ambos), com duração de alguns minutos e aliviada pelo repouso ou nitrato, não necessários exames complementares para definição diagnóstica.</p> <p align="center"><input type="checkbox"/></p>	<p>Tipo B - Provavelmente anginosa</p> <p>Tem a maioria, mas não todas as características da dor definitivamente anginosa, são necessários exames complementares para definição diagnóstica.</p> <p align="center"><input type="checkbox"/></p>	<p>Tipo C - Provavelmente não anginosa</p> <p>"dor atípica", sintomas de "equivalente anginoso", porém são necessários exames complementares para excluí-la.</p> <p align="center"><input type="checkbox"/></p>	<p>Tipo D - Definitivamente não anginosa</p> <p>Nenhuma característica da dor anginosa, fortemente indicativa de diagnóstico não-cardiológico.</p> <p align="center"><input type="checkbox"/></p>												
<p>Tipo A - Definitivamente anginosa</p> <p>Dor/desconforto retroesternal ou precordial, geralmente precipitada pelo esforço físico, podendo irradiar-se para ombro, mandíbula ou face interna do braço (ambos), com duração de alguns minutos e aliviada pelo repouso ou nitrato, não necessários exames complementares para definição diagnóstica.</p> <p align="center"><input type="checkbox"/></p>	<p>Tipo B - Provavelmente anginosa</p> <p>Tem a maioria, mas não todas as características da dor definitivamente anginosa, são necessários exames complementares para definição diagnóstica.</p> <p align="center"><input type="checkbox"/></p>	<p>Tipo C - Provavelmente não anginosa</p> <p>"dor atípica", sintomas de "equivalente anginoso", porém são necessários exames complementares para excluí-la.</p> <p align="center"><input type="checkbox"/></p>	<p>Tipo D - Definitivamente não anginosa</p> <p>Nenhuma característica da dor anginosa, fortemente indicativa de diagnóstico não-cardiológico.</p> <p align="center"><input type="checkbox"/></p>																
<p align="center">III - ECG</p> <table border="1"> <tr> <td data-bbox="279 1041 550 1176"> <p>Supradesnivelamento de segmento ST nas derivações.</p> <p align="center">ROTA 1</p> <p align="center">Lesão</p> </td> <td data-bbox="550 1041 837 1176"> <p>Infradesnivelamento de segmento ST ou onda T invertida.</p> <p align="center">ROTA 2</p> <p align="center">Isquemia</p> </td> <td data-bbox="837 1041 1093 1176"> <p>Normal ou não diagnóstico: (estratificação não invasiva, enfermária ou alta).</p> <p align="center">ROTA 3</p> <p align="center">Estratificação de risco (Observação)</p> </td> <td data-bbox="1093 1041 1204 1176"> <p>Realização</p> <p>_____ h</p> <p>Análise</p> <p>_____ h</p> </td> </tr> </table>				<p>Supradesnivelamento de segmento ST nas derivações.</p> <p align="center">ROTA 1</p> <p align="center">Lesão</p>	<p>Infradesnivelamento de segmento ST ou onda T invertida.</p> <p align="center">ROTA 2</p> <p align="center">Isquemia</p>	<p>Normal ou não diagnóstico: (estratificação não invasiva, enfermária ou alta).</p> <p align="center">ROTA 3</p> <p align="center">Estratificação de risco (Observação)</p>	<p>Realização</p> <p>_____ h</p> <p>Análise</p> <p>_____ h</p>												
<p>Supradesnivelamento de segmento ST nas derivações.</p> <p align="center">ROTA 1</p> <p align="center">Lesão</p>	<p>Infradesnivelamento de segmento ST ou onda T invertida.</p> <p align="center">ROTA 2</p> <p align="center">Isquemia</p>	<p>Normal ou não diagnóstico: (estratificação não invasiva, enfermária ou alta).</p> <p align="center">ROTA 3</p> <p align="center">Estratificação de risco (Observação)</p>	<p>Realização</p> <p>_____ h</p> <p>Análise</p> <p>_____ h</p>																
<p align="center">IV - PROTOCOLO INTERROMPIDO (?)</p> <p>Justificativa: _____</p> <p>UBS de referência: _____</p> <p align="right">Médico (Carimbo e assinatura) _____ h</p>																			
<p align="center">V - MOV - Monitorização, Oxigênio e Veia</p> <table border="1"> <tr> <td data-bbox="279 1332 550 1467"> <p>ROTA 1</p> <p align="center">Lesão</p> <p><input type="checkbox"/> Uréia <input type="checkbox"/> Creatinina <input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> HMG <input type="checkbox"/> UI <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> Na <input type="checkbox"/> Glicemia <input type="checkbox"/> Coagulograma</p> </td> <td data-bbox="550 1332 837 1467"> <p>ROTA 2</p> <p align="center">Isquemia</p> <p><input type="checkbox"/> Uréia <input type="checkbox"/> Creatinina <input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> HMG <input type="checkbox"/> UI <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> Na <input type="checkbox"/> CPK <input type="checkbox"/> CKMB <input type="checkbox"/> Tropon <input type="checkbox"/> Glicemia <input type="checkbox"/> Coagulograma</p> </td> <td data-bbox="837 1332 1093 1467"> <p>ROTA 3</p> <p align="center">Estratificação de risco (Observação)</p> <p><input type="checkbox"/> Uréia <input type="checkbox"/> Creatinina <input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> HMG <input type="checkbox"/> UI <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> Na <input type="checkbox"/> CPK <input type="checkbox"/> CKMB <input type="checkbox"/> Tropon <input type="checkbox"/> Glicemia <input type="checkbox"/> Coagulograma</p> </td> <td data-bbox="1093 1332 1204 1467"> <p>_____ h</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="279 1467 550 1668"> <p><input type="checkbox"/> M Morfina <input type="checkbox"/> O Oxigênio <input type="checkbox"/> N Nitrato (se não houver CI) <input type="checkbox"/> A AAS Clopidogrel - ATC 800mg; <input type="checkbox"/> C Fibrinólise: 300mg, paciente < 75 anos 75mg, paciente >75anos <input type="checkbox"/> H Heparina <input type="checkbox"/> Estatinas <input type="checkbox"/> B Beta bloqueador <input type="checkbox"/> IECA</p> </td> <td data-bbox="550 1467 837 1668"> <p><input type="checkbox"/> M Morfina <input type="checkbox"/> O Oxigênio <input type="checkbox"/> N Nitrato (se não houver CI) <input type="checkbox"/> A AAS <input type="checkbox"/> C Clopidogrel <input type="checkbox"/> H Heparina <input type="checkbox"/> B Beta bloqueador <input type="checkbox"/> IECA <input type="checkbox"/> Estatinas <input type="checkbox"/> Solicitar hemodinâmica</p> </td> <td data-bbox="837 1467 1093 1668"> <p>Marcadores cardíacos Se tropon ultra sensível, de 03h/03h Se tropon normal, de 06h/06h</p> <p>2ª Coleta (até ___h do início da dor) CPK _____ CKMP _____ Troponina _____</p> <p>3ª Coleta (até ___h do início da dor) CPK _____ CKMP _____ Troponina _____</p> </td> <td data-bbox="1093 1467 1204 1668"> <p>_____ h</p> </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <p align="center">- Inserir caso do CROSS</p> <p>Solicitar vaga, via CROSS, no Hospital de Referência, informando obrigatoriamente os valores da uréia, creatinina e peso.</p> <p><input type="checkbox"/> Transferência maior que 120 minutos</p> <p align="center">Fibrinólise</p> <p><input type="checkbox"/> Alteplase <input type="checkbox"/> Tenecteplase</p> <p align="center">Sinais de reperfusão (resolução do supra de ST>50% (60-90 min))</p> <p><input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO (CATE Resgate)</p> <p>Atualizar o CROSS em ambas as situações</p> <p><input type="checkbox"/> Transferência até 120 minutos</p> <p><input type="checkbox"/> ATC Primária</p> </td> <td colspan="2"> <p align="center">- Inserir caso do CROSS</p> <p>Solicitar vaga via CROSS para Hospital de referência, informando obrigatoriamente os valores da HMG, uréia, creatinina, urina I, peso e PCR.</p> <p>Em caso de alterações nas enzimas ou no ECG, desviar para rota 2.</p> <p>Encerramento <input type="checkbox"/> Óbito</p> <p><input type="checkbox"/> Transferido p/ _____</p> <p align="center">Médico (Carimbo e assinatura) _____ h</p> </td> </tr> <tr> <td colspan="4"> <p align="center">ECG</p> <p>2ª tração (até 4h do início da dor) _____ h</p> <p>3ª tração (até 8h do início da dor) _____ h</p> <p>4ª tração (até 12h do início da dor) _____ h</p> </td> </tr> </table>				<p>ROTA 1</p> <p align="center">Lesão</p> <p><input type="checkbox"/> Uréia <input type="checkbox"/> Creatinina <input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> HMG <input type="checkbox"/> UI <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> Na <input type="checkbox"/> Glicemia <input type="checkbox"/> Coagulograma</p>	<p>ROTA 2</p> <p align="center">Isquemia</p> <p><input type="checkbox"/> Uréia <input type="checkbox"/> Creatinina <input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> HMG <input type="checkbox"/> UI <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> Na <input type="checkbox"/> CPK <input type="checkbox"/> CKMB <input type="checkbox"/> Tropon <input type="checkbox"/> Glicemia <input type="checkbox"/> Coagulograma</p>	<p>ROTA 3</p> <p align="center">Estratificação de risco (Observação)</p> <p><input type="checkbox"/> Uréia <input type="checkbox"/> Creatinina <input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> HMG <input type="checkbox"/> UI <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> Na <input type="checkbox"/> CPK <input type="checkbox"/> CKMB <input type="checkbox"/> Tropon <input type="checkbox"/> Glicemia <input type="checkbox"/> Coagulograma</p>	<p>_____ h</p>	<p><input type="checkbox"/> M Morfina <input type="checkbox"/> O Oxigênio <input type="checkbox"/> N Nitrato (se não houver CI) <input type="checkbox"/> A AAS Clopidogrel - ATC 800mg; <input type="checkbox"/> C Fibrinólise: 300mg, paciente < 75 anos 75mg, paciente >75anos <input type="checkbox"/> H Heparina <input type="checkbox"/> Estatinas <input type="checkbox"/> B Beta bloqueador <input type="checkbox"/> IECA</p>	<p><input type="checkbox"/> M Morfina <input type="checkbox"/> O Oxigênio <input type="checkbox"/> N Nitrato (se não houver CI) <input type="checkbox"/> A AAS <input type="checkbox"/> C Clopidogrel <input type="checkbox"/> H Heparina <input type="checkbox"/> B Beta bloqueador <input type="checkbox"/> IECA <input type="checkbox"/> Estatinas <input type="checkbox"/> Solicitar hemodinâmica</p>	<p>Marcadores cardíacos Se tropon ultra sensível, de 03h/03h Se tropon normal, de 06h/06h</p> <p>2ª Coleta (até ___h do início da dor) CPK _____ CKMP _____ Troponina _____</p> <p>3ª Coleta (até ___h do início da dor) CPK _____ CKMP _____ Troponina _____</p>	<p>_____ h</p>	<p align="center">- Inserir caso do CROSS</p> <p>Solicitar vaga, via CROSS, no Hospital de Referência, informando obrigatoriamente os valores da uréia, creatinina e peso.</p> <p><input type="checkbox"/> Transferência maior que 120 minutos</p> <p align="center">Fibrinólise</p> <p><input type="checkbox"/> Alteplase <input type="checkbox"/> Tenecteplase</p> <p align="center">Sinais de reperfusão (resolução do supra de ST>50% (60-90 min))</p> <p><input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO (CATE Resgate)</p> <p>Atualizar o CROSS em ambas as situações</p> <p><input type="checkbox"/> Transferência até 120 minutos</p> <p><input type="checkbox"/> ATC Primária</p>		<p align="center">- Inserir caso do CROSS</p> <p>Solicitar vaga via CROSS para Hospital de referência, informando obrigatoriamente os valores da HMG, uréia, creatinina, urina I, peso e PCR.</p> <p>Em caso de alterações nas enzimas ou no ECG, desviar para rota 2.</p> <p>Encerramento <input type="checkbox"/> Óbito</p> <p><input type="checkbox"/> Transferido p/ _____</p> <p align="center">Médico (Carimbo e assinatura) _____ h</p>		<p align="center">ECG</p> <p>2ª tração (até 4h do início da dor) _____ h</p> <p>3ª tração (até 8h do início da dor) _____ h</p> <p>4ª tração (até 12h do início da dor) _____ h</p>			
<p>ROTA 1</p> <p align="center">Lesão</p> <p><input type="checkbox"/> Uréia <input type="checkbox"/> Creatinina <input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> HMG <input type="checkbox"/> UI <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> Na <input type="checkbox"/> Glicemia <input type="checkbox"/> Coagulograma</p>	<p>ROTA 2</p> <p align="center">Isquemia</p> <p><input type="checkbox"/> Uréia <input type="checkbox"/> Creatinina <input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> HMG <input type="checkbox"/> UI <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> Na <input type="checkbox"/> CPK <input type="checkbox"/> CKMB <input type="checkbox"/> Tropon <input type="checkbox"/> Glicemia <input type="checkbox"/> Coagulograma</p>	<p>ROTA 3</p> <p align="center">Estratificação de risco (Observação)</p> <p><input type="checkbox"/> Uréia <input type="checkbox"/> Creatinina <input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> HMG <input type="checkbox"/> UI <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> Na <input type="checkbox"/> CPK <input type="checkbox"/> CKMB <input type="checkbox"/> Tropon <input type="checkbox"/> Glicemia <input type="checkbox"/> Coagulograma</p>	<p>_____ h</p>																
<p><input type="checkbox"/> M Morfina <input type="checkbox"/> O Oxigênio <input type="checkbox"/> N Nitrato (se não houver CI) <input type="checkbox"/> A AAS Clopidogrel - ATC 800mg; <input type="checkbox"/> C Fibrinólise: 300mg, paciente < 75 anos 75mg, paciente >75anos <input type="checkbox"/> H Heparina <input type="checkbox"/> Estatinas <input type="checkbox"/> B Beta bloqueador <input type="checkbox"/> IECA</p>	<p><input type="checkbox"/> M Morfina <input type="checkbox"/> O Oxigênio <input type="checkbox"/> N Nitrato (se não houver CI) <input type="checkbox"/> A AAS <input type="checkbox"/> C Clopidogrel <input type="checkbox"/> H Heparina <input type="checkbox"/> B Beta bloqueador <input type="checkbox"/> IECA <input type="checkbox"/> Estatinas <input type="checkbox"/> Solicitar hemodinâmica</p>	<p>Marcadores cardíacos Se tropon ultra sensível, de 03h/03h Se tropon normal, de 06h/06h</p> <p>2ª Coleta (até ___h do início da dor) CPK _____ CKMP _____ Troponina _____</p> <p>3ª Coleta (até ___h do início da dor) CPK _____ CKMP _____ Troponina _____</p>	<p>_____ h</p>																
<p align="center">- Inserir caso do CROSS</p> <p>Solicitar vaga, via CROSS, no Hospital de Referência, informando obrigatoriamente os valores da uréia, creatinina e peso.</p> <p><input type="checkbox"/> Transferência maior que 120 minutos</p> <p align="center">Fibrinólise</p> <p><input type="checkbox"/> Alteplase <input type="checkbox"/> Tenecteplase</p> <p align="center">Sinais de reperfusão (resolução do supra de ST>50% (60-90 min))</p> <p><input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO (CATE Resgate)</p> <p>Atualizar o CROSS em ambas as situações</p> <p><input type="checkbox"/> Transferência até 120 minutos</p> <p><input type="checkbox"/> ATC Primária</p>		<p align="center">- Inserir caso do CROSS</p> <p>Solicitar vaga via CROSS para Hospital de referência, informando obrigatoriamente os valores da HMG, uréia, creatinina, urina I, peso e PCR.</p> <p>Em caso de alterações nas enzimas ou no ECG, desviar para rota 2.</p> <p>Encerramento <input type="checkbox"/> Óbito</p> <p><input type="checkbox"/> Transferido p/ _____</p> <p align="center">Médico (Carimbo e assinatura) _____ h</p>																	
<p align="center">ECG</p> <p>2ª tração (até 4h do início da dor) _____ h</p> <p>3ª tração (até 8h do início da dor) _____ h</p> <p>4ª tração (até 12h do início da dor) _____ h</p>																			

