	PROTOCOLO		Elaborado por:
			Gestão Assistencial
DOR TORÁCICA	CODIFICAÇÃO	VERSÃO	PÁGINA
	PT.INS.008-02	02	1/20
RESUMO DE REVISÕES			
DATA	DESCRIÇÃO	DATA PRÓX. REVISÃO	
Maio 2018	Emissão Inicial	Janeiro 2019	
Janeiro 2021	Primeira Revisão	Janeiro 2023	

1. OBJETIVOS

Padronização de condutas frente ao paciente com dor torácica na rede hospitalar do estado da Paraíba e critérios para transferência para o Hospital Metropolitano Dom José Maria Pires.

2. CAMPOS DE APLICAÇÃO

Unidade de Terapia Intensiva (UTIs), Internações e Urgências Cardiológicas do Hospital Metropolitano Dom José Maria Pires (HMDJMP).

3. RESPONSABILIDADE/ COMPETÊNCIA

Protocolo de responsabilidade da equipe médica e assistencial do Hospital Metropolitano Dom José Maria Pires.


4. DEFINIÇÕES

DOR TORÁCICA NÃO ANGINOSA

- ✓ dor pleurítica (piora com respiração ou tosse);
- ✓ dor localizada em região abdominal média e baixa;
- ✓ dor localizada com uma polpa digital;
- ✓ dor reproduzida com movimentação ou palpação do tórax ou braços;
- ✓ dor constante que persiste por muitas horas;
- ✓ episódios muito curtos de dor, com duração de segundos.

PT.INS.008-02



	PROTOCOLO		Elaborado por:
			Gestão Assistencial
DOR TORÁCICA	CODIFICAÇÃO	VERSÃO	PÁGINA
	PT.INS.008-02	02	2/20
RESUMO DE REVISÕES			
DATA	DESCRIÇÃO	DATA PRÓX. REVISÃO	
Maio 2018	Emissão Inicial	Janeiro 2019	
Janeiro 2021	Primeira Revisão	Janeiro 2023	

DOR TORÁCICA TÍPICA

- ✓ Dor (desconforto, peso, aperto, queimação, ardência) retroesternal ou precordial, com irradiação para o membro superior esquerdo, ombros, costas ou mandíbula;
- ✓ Associada a náuseas, vômitos, sudorese fria, palidez cutâneo-mucosa;
- ✓ Dor epigástrica, indigestão, azia, associado a náuseas e vômitos;
- ✓ Pode ocorrer em repouso ou após estresse emocional ou farta alimentação.

EQUIVALENTE ISQUÊMICO

- ✓ Síndrome coronária aguda sem dor torácica;
- ✓ Pode ocorrer dispnéia, náuseas, vômitos, sudorese fria;
- ✓ Mais frequente em idosos, mulheres e diabéticos.

DOR TORÁCICA ATÍPICA

- ✓ Episódio de dor torácica que não preenche critérios listados em dor não anginosa e dor típica.

SUPRADESNIVELAMENTO DO SEGMENTO ST

- ✓ Elevação de segmento ST ≥ 1 mm (0.1 mV) em duas derivações contíguas ou ≥ 2 mm (0.2 mV) em V2 e V3, OU novo bloqueio de ramo esquerdo durante



	PROTOCOLO		Elaborado por:
			Gestão Assistencial
DOR TORÁCICA	CODIFICAÇÃO	VERSÃO	PÁGINA
	PT.INS.008-02	02	3/20
RESUMO DE REVISÕES			
DATA	DESCRIÇÃO	DATA PRÓX. REVISÃO	
Maio 2018	Emissão Inicial	Janeiro 2019	
Janeiro 2021	Primeira Revisão	Janeiro 2023	

apresentação compatível com SCA.

5. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO NO PROTOCOLO DE DOR TORÁCICA


- ✓ Pacientes com quadro de dor torácica típica ou atípica devem ser incluídos no protocolo com realização de ECG em 10 minutos, dosagem de marcadores de necrose miocárdica e atendimento médico inicial.
- ✓ Pacientes com diversos fatores de risco (Hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, tabagismo, dislipidemia, doença coronária prévia, idade avançada) devem ser investigados de forma minuciosa devido alta prevalência de síndrome coronária aguda nesses subgrupos.
- ✓ Pacientes idosos, sexo feminino e diabéticos frequentemente se apresentam sem dor torácica, com sintomas chamados de equivalentes isquêmicos (vide acima) e também devem ser incluídos no protocolo.
- ✓ Como o Hospital Metropolitano trata-se de um hospital terciário e não termos uma urgência “porta aberta”, os pacientes serão transferidos de outras unidades hospitalares ou de UPAs. Portanto, é imperativo que essas unidades sejam treinadas e capacitadas para diminuir o tempo total de isquemia miocárdica (tempo entre o início dos sintomas e a realização de cateterismo cardíaco e angioplastia coronária).

6. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO NO PROTOCOLO DE DOR TORÁCICA

- ✓ Pacientes com quadro sugestivos de sepse não devem ser incluídos no protocolo de dor torácica. Visto que esses pacientes podem apresentar elevações dos marcadores de necrose pelo quadro séptico e podem ser confundidos com

PT.INS.008-02



	PROTOCOLO		Elaborado por:
			Gestão Assistencial
DOR TORÁCICA	CODIFICAÇÃO	VERSÃO	PÁGINA
	PT.INS.008-02	02	4/20
RESUMO DE REVISÕES			
DATA	DESCRIÇÃO	DATA PRÓX. REVISÃO	
Maio 2018	Emissão Inicial	Janeiro 2019	
Janeiro 2021	Primeira Revisão	Janeiro 2023	

pacientes com síndrome coronária aguda. Portanto, pacientes com achados citados abaixo devem ser investigados para possível foco infeccioso e não devem ser incluídos no protocolo de dor torácica até confirmação do diagnóstico:

- febre;
- leucocitose importante com desvio a esquerda (> 14000);
- saturação venosa central acima de 80%;
- sinais e sintomas sugestivos de infecção (tosse produtiva, disúria, etc.).

- ✓ Pacientes com doenças graves, incapacitantes e com prognóstico reservado devem ser avaliados de maneira criteriosa antes da inclusão no protocolo de dor torácica.
- ✓ Pacientes com dor torácica não anginosa não devem ser encaminhados ao hospital metropolitano e outro diagnóstico clínico deve ser pesquisado.

Donato

[Signature]

[Signature]

[Signature]

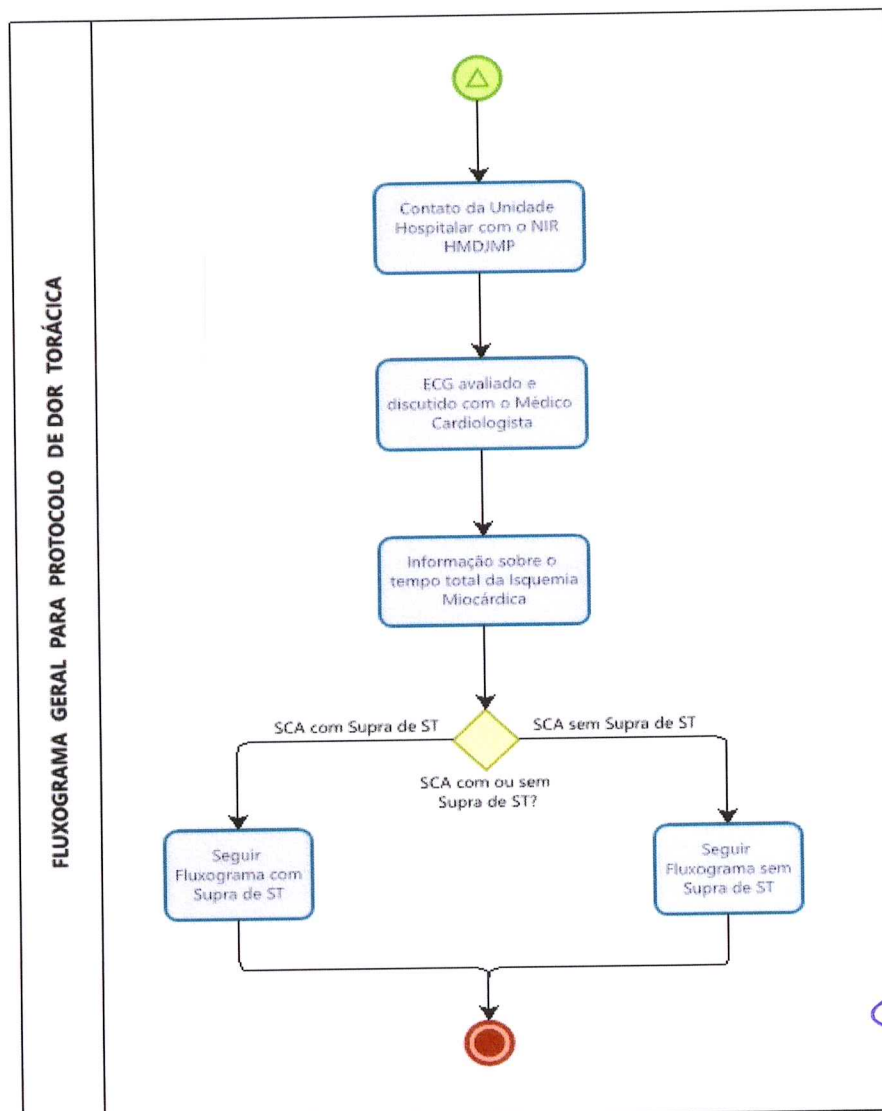
[Signature]

PT.INS.008-02

	PROTOCOLO		Elaborado por:
			Gestão Assistencial
DOR TORÁCICA	CODIFICAÇÃO	VERSÃO	PÁGINA
	PT.INS.008-02	02	5/20
RESUMO DE REVISÕES			
DATA	DESCRIÇÃO	DATA PRÓX. REVISÃO	
Maio 2018	Emissão Inicial	Janeiro 2019	
Janeiro 2021	Primeira Revisão	Janeiro 2023	

7. FLUXOS

FLUXOGRAMA GERAL PARA PROTOCOLO DE DOR TORÁCICA





	PROTOCOLO		Elaborado por:
			Gestão Assistencial
DOR TORÁCICA	CODIFICAÇÃO	VERSÃO	PÁGINA
	PT.INS.008-02	02	6/20
RESUMO DE REVISÕES			
DATA	DESCRIÇÃO	DATA PRÓX. REVISÃO	
Maio 2018	Emissão Inicial	Janeiro 2019	
Janeiro 2021	Primeira Revisão	Janeiro 2023	

Tabela 1 - Intervenções iniciais para toda Síndrome Coronariana Aguda
- Avaliar e assegurar via aérea, ventilação e circulação
- Monitorização e acesso venoso
- O2 suplementar para manter SatO2>90%
- Tratar arritmias ventriculares sustentadas rapidamente de acordo com o ACLS
- Administrar AAS 200mg – mastigar e engolir
- História clínica e exame físico – buscar sinais de insuficiência cardíaca, avaliar nível de consciência e sinais de choque circulatório
- Obter amostra de sangue para dosagem de troponina, eletrólitos, hemoglobina, coagulograma
MARCADORES DE NECROSE MIOCÁRDICA
- devem ser solicitados troponina I quantitativa, troponina de alta sensibilidade
- outros marcadores como CPK, CKMB atividade, DHL, TGO entre outros não devem ser solicitados (no contexto da SCA).
- No caso de dor torácica persistente, hipertensão ou sinais de insuficiência cardíaca sem sinais de comprometimento hemodinâmico e sem uso recente de inibidores da fosfodiesterase (para disfunção erétil): administrar Isordil 5mg sublingual a cada 5 minutos, total de 3 doses – seguido de Nitroglicerina IV se os sintomas persistirem.
- Administrar beta-bloqueador (iniciar com Atenolol 25mg VO 12/12h) se não houver sinais de insuficiência cardíaca ou alto risco para insuficiência cardíaca

	PROTOCOLO		Elaborado por:
			Gestão Assistencial
DOR TORÁCICA	CODIFICAÇÃO	VERSÃO	PÁGINA
	PT.INS.008-02	02	7/20
RESUMO DE REVISÕES			
DATA	DESCRIÇÃO	DATA PRÓX. REVISÃO	
Maio 2018	Emissão Inicial	Janeiro 2019	
Janeiro 2021	Primeira Revisão	Janeiro 2023	

<p>CONTRAINDICAÇÕES AO BETA-BLOQUEADOR:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sinais de insuficiência cardíaca; - evidência de baixo débito cardíaco; - risco aumentado para choque cardiogênico (idade maior que 70 anos, frequência cardíaca maior que 110 e menor que 60bpm, pressão sistólica menor que 120mmHg, apresentação tardia); - asma, bloqueio atrioventricular.
<ul style="list-style-type: none"> - Administrar morfina (2mg IV lento a cada 5 a 15 minutos) para dor torácica persistente e inaceitável.
<ul style="list-style-type: none"> - Administrar atorvastatina 80mg VO (ou a estatina que estiver disponível – Sinvastatina 40mg, p.e.).

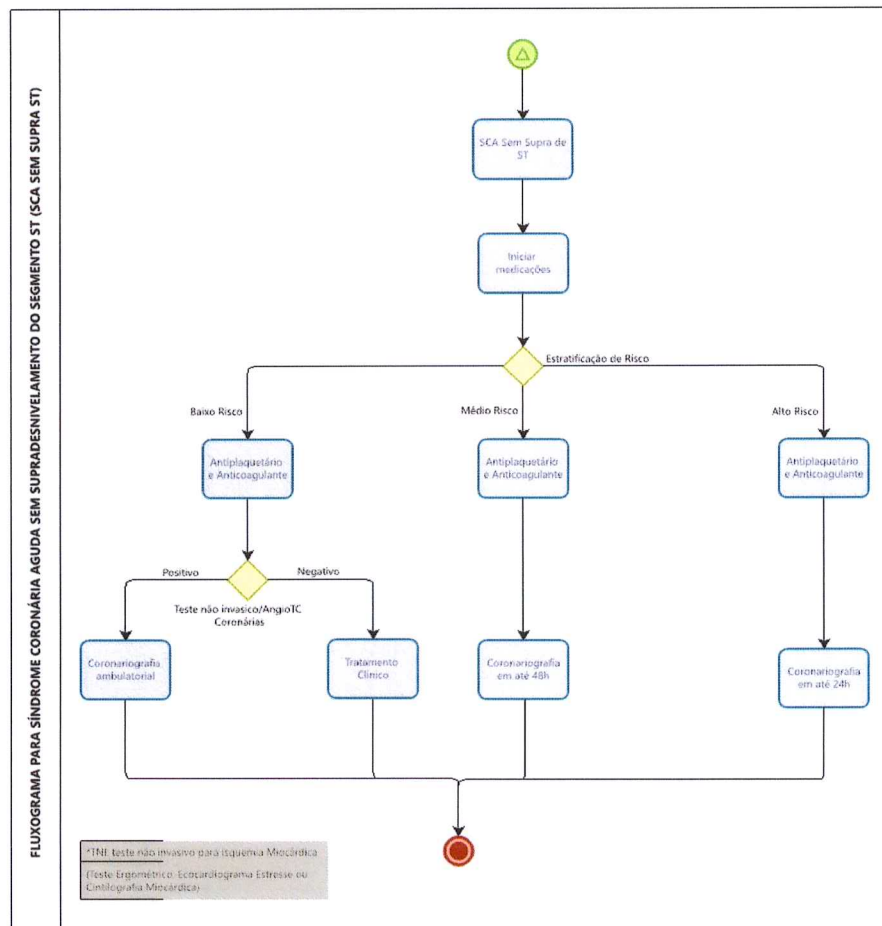
PT.INS.008-02



	PROTOCOLO		Elaborado por:
			Gestão Assistencial
DOR TORÁCICA	CODIFICAÇÃO	VERSÃO	PÁGINA
	PT.INS.008-02	02	8/20
RESUMO DE REVISÕES			
DATA	DESCRIÇÃO	DATA PRÓX. REVISÃO	
Maio 2018	Emissão Inicial	Janeiro 2019	
Janeiro 2021	Primeira Revisão	Janeiro 2023	

FLUXOGRAMA PARA SÍNDROME CORONÁRIA AGUDA SEM SUPRADESNIVELAMENTO DO SEGMENTO ST (SCA SEM SUPRA ST)

- ✓ Opções de medicações adequadas e suas respectivas doses se encontram na Tabela 2.
- ✓ Ferramentas para estratificação de risco se encontram nas Tabelas 3 e 4.





	PROTOCOLO		Elaborado por:
			Gestão Assistencial
DOR TORÁCICA	CODIFICAÇÃO	VERSÃO	PÁGINA
	PT.INS.008-02	02	9/20
RESUMO DE REVISÕES			
DATA	DESCRIÇÃO	DATA PRÓX. REVISÃO	
Maio 2018	Emissão Inicial	Janeiro 2019	
Janeiro 2021	Primeira Revisão	Janeiro 2023	

1. Pacientes com SCA sem supra de ST devem ser transferidos para o Hospital Metropolitano nas primeiras 24-48 horas para realização de cateterismo cardíaco. Porém, se o paciente apresentar alguns dos critérios abaixo deve ser transferido imediatamente para estratificação invasiva devido gravidade do caso (de preferência realização da estratificação invasiva nas primeiras duas horas):

- Dor refratária ao tratamento clínico;
- Instabilidade hemodinâmica (PAS < 90 mmHg);
- Bloqueios atrioventriculares no ECG;
- Instabilidade elétrica (arritmias ventriculares);
- Edema agudo de pulmão cardiogênico;
- Suspeita de dissecação aguda de aorta;
- Sopro no exame físico devido possível complicação mecânica (insuficiência mitral aguda, CIV).

2. Em pacientes com SCA sem supra de ST alguns estudos tem mostrado que não há necessidade de administração de dose de ataque de antiplaquetários antes da realização de cateterismo cardíaco com o uso dos novos antiagregantes plaquetários (prasugrel e ticagrelor). Porém, como o clopidogrel é o mais disponível na rede pública, a dose de ataque deve ser mantida devido início de ação do clopidogrel mais tardio que dos antiagregantes citados.

PT.INS.008-02



	PROCOLO		Elaborado por:
			Gestão Assistencial
DOR TORÁCICA	CODIFICAÇÃO	VERSÃO	PÁGINA
	PT.INS.008-02	02	10/20
RESUMO DE REVISÕES			
DATA	DESCRIÇÃO	DATA PRÓX. REVISÃO	
Maio 2018	Emissão Inicial	Janeiro 2019	
Janeiro 2021	Primeira Revisão	Janeiro 2023	

Tabela 2 - Infarto sem supradesnivelamento de ST (IAMSSSST) ou Angina Instável

- Antiplaquetários (em adição ao AAS) para todos os pacientes:

1. **Pacientes tratados com estratégia conservadora** (sem coronariografia): Clopidogrel ataque de 600mg (300mg se AVEh prévio, anemia ou plaquetopenia relevantes). Para pacientes de muito alto risco e alta carga trombótica considerar inibidor da GP IIb/IIIa (eptifibatide ou tirofiban).

2. **Pacientes tratados com abordagem invasiva:** Clopidogrel ataque de 600mg (300mg se AVEh prévio, anemia ou plaquetopenia relevantes). Para pacientes de muito alto risco alta carga trombótica considerar inibidor da GP IIb/IIIa.

- Anticoagulantes para todos os pacientes:

1. **Pacientes tratados com estratégia conservadora** (sem coronariografia): Enoxaparina

→ Dose da **Enoxaparina:**


sem dose de ataque. Administrar 1mg/kg SC 12/12h. Se ClCr <30ml/min: 1mg/kg SC a cada 24 horas.





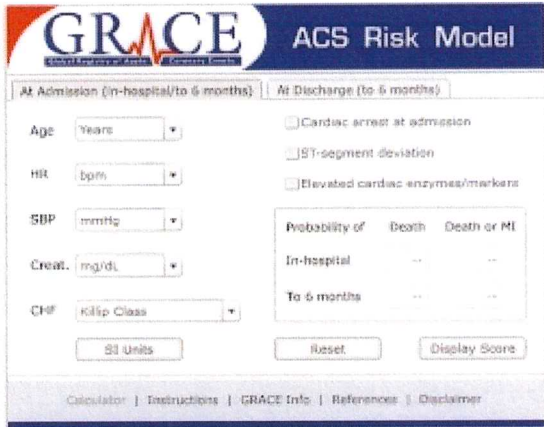




	PROTOCOLO		Elaborado por:
			Gestão Assistencial
DOR TORÁCICA	CODIFICAÇÃO	VERSÃO	PÁGINA
	PT.INS.008-02	02	11/20
RESUMO DE REVISÕES			
DATA	DESCRIÇÃO	DATA PRÓX. REVISÃO	
Maio 2018	Emissão Inicial	Janeiro 2019	
Janeiro 2021	Primeira Revisão	Janeiro 2023	

2. **Pacientes encaminhados à coronariografia com urgência** (dentro de 2 horas) **ou tratados com estratégia invasiva precoce** (coronariografia dentro de 2 a 48 horas): Heparina não-fractionada - bolus IV inicial de 60-70U/kg (no máximo 5000U), seguido por infusão IV de 12U/kg/h ajustando para alvo de TTPA 50 a 70 segundos.

Figura 1 - Escore Grace



Risk category (tertile)	GRACE risk score	In-hospital death (%)
Low	≤108	<1
Intermediate	109–140	1–3
High	>140	>3
Risk category (tertile)	GRACE risk score	Post-discharge to 6-month death (%)
Low	≤88	<3
Intermediate	89–118	3–8
High	>118	>8



	PROTOCOLO		Elaborado por:
			Gestão Assistencial
DOR TORÁCICA	CODIFICAÇÃO	VERSÃO	PÁGINA
	PT.INS.008-02	02	12/20
RESUMO DE REVISÕES			
DATA	DESCRIÇÃO	DATA PRÓX. REVISÃO	
Maio 2018	Emissão Inicial	Janeiro 2019	
Janeiro 2021	Primeira Revisão	Janeiro 2023	

Tabela 3 - Escore TIMI RISK para SCA SEM SUPRA DE ST				
História	Pontos	Risco de eventos cardíacos em 14 dias no estudo TIMI-11B		
Idade \geq 65 anos	1	Escore	Óbito/IAM (%)	Óbito/IAM/RM (%)
\geq 3 fatores de risco para DAC (HAS, AF, DLP, DM e tabagismo)	1	0 / 1	3	5
DAC conhecida (\geq 50%)	1	2	3	8
Uso de AAS nos últimos 7 dias	1	3	5	13
Apresentação clínica				
Angina recente (< 24 h)	1	4	7	20
\uparrow marcadores	1	5	12	26
Desvio ST > 0,5 mm	1	6	19	41
DAC: doença arterial coronária; HAS: hipertensão arterial sistêmica; AF: antecedente familiar; DLP: dislipidemia; DM: <i>diabetes mellitus</i> ; AAS: ácido acetilsalicílico; RM: revascularização do miocárdio.				
- 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 a 4) ou alto risco (escore de 5 a 7).				

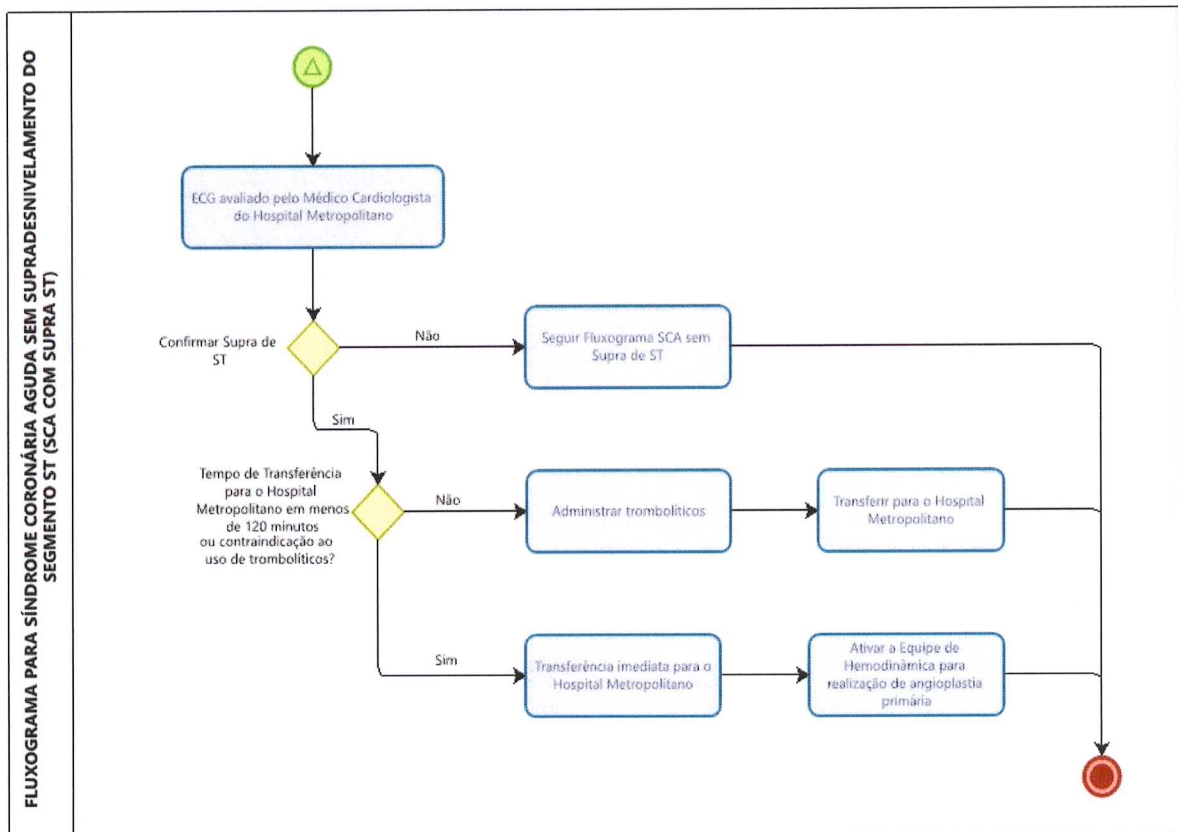
Tabela 4 - Escore de Risco para SCA Sem Supra de ST ACC/AHA			
Características	Alto	Moderado	Baixo
História	Idade > 75 anos Dor progressiva, sintomas nas últimas 48 horas	Idade 70-75 anos Infarto prévio, doença vascular periférica, diabete melito, cirurgia de revascularização, uso prévio de AAS	
Dor precordial	Prolongada (> 20 min.), em repouso	Prolongada (> 20 min.), em repouso mas com alívio espontâneo ou nitrato	Sintomas novos de angina classe III ou IV da CCS nas últimas 2 semanas sem dor em repouso prolongada (> 20 min.)
Exame físico	Edema pulmonar, piora ou surgimento de sopro de regurgitação mitral, B3, hipotensão, bradicardia e taquicardia		
Eletrocardiograma	Infradesnivel do segmento ST > 0,5 mm (associada ou não com angina), alteração dinâmica do ST, bloqueio completo de ramo, novo ou presumidamente novo. Taquicardia ventricular sustentada	Inversão onda T > 2 mm, ondas Q patológicas	Normal ou inalterado durante o episódio de dor
Marcadores séricos de isquemia	Acentuadamente elevados	Elevação discreta	Normais
<small>*TnIc, TnTc ou CK-MB (preferencialmente massa) elevados = acima do percentil 99, elevação discreta=acimado nível de detecção e inferior ao percentil 99. CCS - Canadian Cardiovascular Society.</small>			

PT.INS.008-02



	PROTOCOLO		Elaborado por:
			Gestão Assistencial
DOR TORÁCICA	CODIFICAÇÃO	VERSÃO	PÁGINA
	PT.INS.008-02	02	13/20
RESUMO DE REVISÕES			
DATA	DESCRIÇÃO	DATA PRÓX. REVISÃO	
Maio 2018	Emissão Inicial	Janeiro 2019	
Janeiro 2021	Primeira Revisão	Janeiro 2023	

FLUXOGRAMA PARA SÍNDROME CORONÁRIA AGUDA COM SUPRADESNIVELAMENTO DO SEGMENTO ST (SCA COM SUPRA ST)



PT.INS.008-02



	PROTOCOLO		Elaborado por:
			Gestão Assistencial
DOR TORÁCICA	CODIFICAÇÃO	VERSÃO	PÁGINA
	PT.INS.008-02	02	14/20
RESUMO DE REVISÕES			
DATA	DESCRIÇÃO	DATA PRÓX. REVISÃO	
Maio 2018	Emissão Inicial	Janeiro 2019	
Janeiro 2021	Primeira Revisão	Janeiro 2023	

8. CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES

CONTRAINDICAÇÕES AO USO DE TROMBOLÍTICOS

- ✓ Absolutas - doença terminal; história prévia de coagulopatia hemorrágica; acidente vascular cerebral nos últimos 3 meses; sangramento digestivo ou urinário nos últimos 3 meses; cirurgia de grande porte abdominal, torácica ou craniana e oftalmológica nos últimos 3 meses; biópsia de estruturas não compressíveis nos últimos 30 dias; outras afecções graves (coma, septicemia, etc); reanimação cardiopulmonar traumática; dissecação aguda de aorta; gravidez; úlcera péptica ativa.
- ✓ Pacientes que se apresentam com instabilidade hemodinâmica, edema agudo de pulmão, arritmias ventriculares devem ser transferidos imediatamente para o hospital Metropolitano, mesmo que o tempo de transferência seja superior a 120 minutos.
- ✓ Em pacientes com SCA com supra de ST confirmado pelo cardiologista do Hospital Metropolitano, a transferência do paciente deve ser feita de acordo com critérios citados e **NÃO HÁ NECESSIDADE DE RESULTADO DE MARCADES DE NECROSE MIOCÁRDICA** para tomada de conduta.

TENECTEPLASE


- ✓ Administração em bolus endovenoso único, em 5 a 10 segundos, com dose ajustada pelo peso do paciente:









	PROTOCOLO		Elaborado por:
			Gestão Assistencial
DOR TORÁCICA	CODIFICAÇÃO	VERSÃO	PÁGINA
	PT.INS.008-02	02	15/20
RESUMO DE REVISÕES			
DATA	DESCRIÇÃO	DATA PRÓX. REVISÃO	
Maio 2018	Emissão Inicial	Janeiro 2019	
Janeiro 2021	Primeira Revisão	Janeiro 2023	

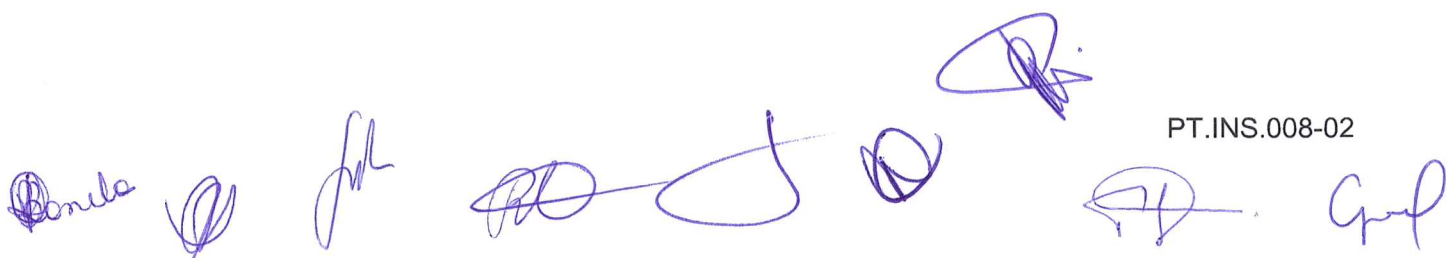
< 60 kg: 30 mg
60 – 69 kg: 35 mg
70 – 79 kg: 40 mg
80 – 89 kg: 45 mg
> ou = 90 kg: 50 mg


- ✓ Todo paciente deverá ter sido medicado com aas 200mg;
- ✓ Deverá ocorrer infusão concomitante de enoxaparina na dose de 30 mg em bolus endovenoso, seguido pela administração de 1 mg/kg subcutânea a cada 12 horas, por 24-48h. Para indivíduos com idade superior a 75 anos deve-se administrar heparina não fracionada iV, devido a chance aumentada de sangramento no SNC.

ESTRETOQUINASE

- ✓ Dose total de infusão de 1.500.000 ui iV, diluída em 100 ml de solução fisiológica 0,9%, sendo 200.000 ui (14 ml) em bolus e o restante 1.300.000 ui (86 ml) em 30 a 60 minutos. caso ocorram efeitos colaterais, diminuir o gotejamento ou suspender a infusão temporariamente. o seu uso está restrito aos pacientes com idade superior a 75 anos. contra-indicação ao uso de estreptoquinase ocorre em pacientes com reação alérgica em uso anterior. deve ser respeitado um intervalo superior a 2 anos após o uso de estreptoquinase.

PT.INS.008-02




	PROCOLO		Elaborado por:
			Gestão Assistencial
DOR TORÁCICA	CODIFICAÇÃO	VERSÃO	PÁGINA
	PT.INS.008-02	02	16/20
RESUMO DE REVISÕES			
DATA	DESCRIÇÃO	DATA PRÓX. REVISÃO	
Maio 2018	Emissão Inicial	Janeiro 2019	
Janeiro 2021	Primeira Revisão	Janeiro 2023	

- ✓ Pacientes que foram submetidos a administração de trombolíticos devem ser avaliados quanto ao sucesso da trombólise após 60 minutos do término da infusão com realização de novo ECG e questionamento sobre melhora da dor torácica. Se houver sucesso (queda de pelo menos 50% do supra de ST na derivação de maior amplitude do supra de ST inicial e melhora da dor), o paciente pode ser transferido nas próximas 24h. Se não houver sucesso da trombólise baseado nos critérios citados, o paciente deve ser transferido para o hospital metropolitano imediatamente para realização de angioplastia de resgate.

- ✓ Pacientes com dor torácica de forte intensidade, com irradiação para as costas, associado a diferença de pressão arterial nos membros superiores que o diagnóstico de **DISSECÇÃO AGUDA DE AORTA** seja possível não devem receber trombolítico intravenoso.

PT.INS.008-02



	PROTOCOLO		Elaborado por:
			Gestão Assistencial
DOR TORÁCICA	CODIFICAÇÃO	VERSÃO	PÁGINA
	PT.INS.008-02	02	17/20
RESUMO DE REVISÕES			
DATA	DESCRIÇÃO	DATA PRÓX. REVISÃO	
Maio 2018	Emissão Inicial	Janeiro 2019	
Janeiro 2021	Primeira Revisão	Janeiro 2023	

9. INDICADORES

No caso de SCA com supra desnivelamento do segmento ST, devemos estratificar o tempo total de isquemia miocárdica, desse modo, conseguiremos avaliar a performance de cada fase do processo.

CONCEITOS

- Tempo de chegada do paciente: é o tempo decorrente entre o início dos sintomas, reconhecimento dos mesmos e procura por um serviço de saúde.

Responsável: próprio paciente e familiares

Medidas: campanhas públicas de conscientização sobre infarto do miocárdio com educação da população.

- Tempo porta-contato com hospital Metropolitano: é o tempo em que a unidade que recebeu o paciente faz o diagnóstico de SCA com supra de ST e solicita a transferência.

Responsável: equipe multidisciplinar da unidade receptora (médico, enfermeiro)

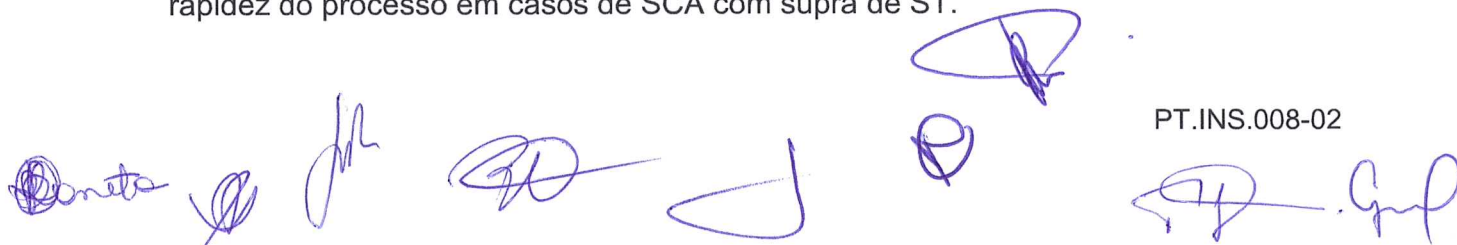
Medidas: treinamento e capacitação dos profissionais das unidades “porta-aberta”.


- Tempo de transferência para o hospital Metropolitano: é tempo entre a solicitação da vaga no HM e a chegada do paciente na urgência do HM.

Responsável: sistema de transferência inter-hospitalar, NIR do HM e regulação estadual.

Medidas: treinamento e capacitação dos profissionais de transporte para aumentar rapidez do processo em casos de SCA com supra de ST.

PT.INS.008-02



	PROTOCOLO		Elaborado por:
			Gestão Assistencial
DOR TORÁCICA	CODIFICAÇÃO	VERSÃO	PÁGINA
	PT.INS.008-02	02	18/20
RESUMO DE REVISÕES			
DATA	DESCRIÇÃO	DATA PRÓX. REVISÃO	
Maio 2018	Emissão Inicial	Janeiro 2019	
Janeiro 2021	Primeira Revisão	Janeiro 2023	

- Tempo porta balão no HMDJMP (META: INFERIOR A 90 MINUTOS): é tempo entre a chegada do paciente no HM a passagem da corda guia durante intervenção coronária na hemodinâmica.

Responsável: Urgência e Hemodinâmica do HM.

Medidas: ativação rápida da hemodinamica, capacitação dos profissionais dos setores envolvidos.

Todos esses tempos juntos formam o tempo total de isquemia miocárdica. Quanto mais curto for esse período, melhor serão os desfechos dos pacientes. Esse tempo avalia o sistema de saúde como um todo, em todas suas fases.

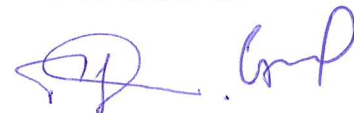
Para uma análise da performance do Hospital Metropolitano Dom José Maria Pires de forma isolada, elencamos os seguintes indicadores:

1. Tempo porta-balão no HMDJMP.
2. Administração de antiplaquetários na chegada do paciente (AAS e clopidogrel).
3. Percentual de trombose de stent.
4. Mortalidade por síndrome coronária aguda (comparativa com escores prognósticos).
5. Tempo de internação hospitalar dos pacientes com SCA.









	PROTOCOLO		Elaborado por:
			Gestão Assistencial
DOR TORÁCICA	CODIFICAÇÃO	VERSÃO	PÁGINA
	PT.INS.008-02	02	19/20
RESUMO DE REVISÕES			
DATA	DESCRIÇÃO	DATA PRÓX. REVISÃO	
Maio 2018	Emissão Inicial	Janeiro 2019	
Janeiro 2021	Primeira Revisão	Janeiro 2023	


10. REFERÊNCIAS


ALFAKIH, K.; PLEIN. The NICE guidelines on the assessment of chest pain. S. J R Soc Med. 2012 May;105(5):192-4.doi: 10.1258/jrsm.2011.110141]. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22637769/>> Acesso em: 20 de maio 2021.

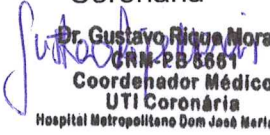
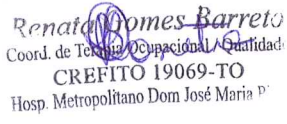
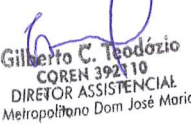

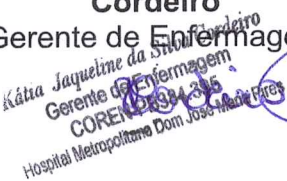
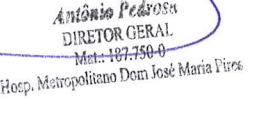
HERZ. **Evidence-based management of ST-segment elevation myocardial infarction (STEMI)**. Latest guidelines of the European Society of Cardiology, 2010 Dec;35(8):558-64. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21107514/>>. Acesso em: 20 de maio de 2021.

EUR HEART J. **Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC)**, 2018 Jan 7;39(2):119-177. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28886621/>>. Acesso em: 20 de maio 2021.

PT.INS.008-02



	PROTOCOLO		Elaborado por:
			Gestão Assistencial
DOR TORÁCICA	CODIFICAÇÃO	VERSÃO	PÁGINA
	PT.INS.008-02	02	20/20
RESUMO DE REVISÕES			
DATA	DESCRIÇÃO	DATA PRÓX. REVISÃO	
Maio 2018	Emissão Inicial	Janeiro 2019	
Janeiro 2021	Primeira Revisão	Janeiro 2023	

CONTROLE DE EMISSÃO		
ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
<p>Gustavo Rique Morais Coordenador Médico da UTI Coronária</p>  <p>Dr. Gustavo Rique Morais CRM-PB 6664 Coordenador Médico UTI Coronária Hospital Metropolitano Dom José Maria Pires</p>	<p>Renata Gomes Barreto Coordenadora da Terapia Ocupacional e de Qualidade</p>  <p>Renata Gomes Barreto Coord. de Terapia Ocupacional / Qualidade CREFITO 19069-TO Hosp. Metropolitano Dom José Maria Pires</p>	<p>Gilberto Costa Teodózio Direção Assistencial</p>  <p>Gilberto C. Teodózio COREN 392110 DIRETOR ASSISTENCIAL Hosp. Metropolitano Dom José Maria Pires</p>
<p>Othilia Maria Henriques Brandão Nóbrega Coordenadora de Enfermagem da UTI Coronária</p> <p>Othilia Maria H. Brandão Nóbrega Coordenadora de Enfermagem COREN-PB 234.009 - ENF Hosp. Metropolitano Dom José Maria Pires</p>	<p>Bruno da Silva Brito Gerente Multidisciplinar e de Qualidade</p>  <p>Dr. Bruno da Silva Brito CREFITO 171763-F Gerente Multidisciplinar / Qualidade Hosp. Metropolitano Dom José Maria Pires</p>	<p>Thiago Vila Nova Direção Técnica</p>  <p>Thiago Vila Nova DIRETOR TÉCNICO Mat.: 909.222-6 Hosp. Metrop. Dom José Maria Pires</p>
<p>Antônio Fernandes Brunet Coordenador Médico da Clínica Cardiológica</p> 	<p>Kátia Jaqueline da Silva Cordeiro Gerente de Enfermagem</p>  <p>Kátia Jaqueline da Silva Cordeiro Gerente de Enfermagem COREN-PB 315 Hospital Metropolitano Dom José Maria Pires</p>	<p>Antônio Cavalcanti Pedrosa Direção Geral</p>  <p>Antônio Pedrosa DIRETOR GERAL Mat.: 187.750-0 Hosp. Metropolitano Dom José Maria Pires</p>
<p>Glauco de Gusmão Filho Coordenador Médico da Hemodinâmica</p> <p>Dr. Glauco de Gusmão Filho CRM - PB 4824 Cardiologista Intervencionista</p>		