

Gerenciamento do protocolo de dor torácica no setor de emergência

Management of the toracic pain protocol in the emergency department

Paulo Eduardo Pertsew¹, Melissa Perozin¹, Patrícia Laura Lopez Chaves¹

Recebido do Hospital Nona Helen, Joinville, SC, Brasil.

RESUMO

OBJETIVO: Avaliar a adesão dos plantonistas da emergência na aplicação de um protocolo de dor torácica e o impacto no índice de mortalidade por infarto agudo do miocárdio. **MÉTODOS:** Estudo retrospectivo, realizado de maio de 2016 até maio de 2017. Os dados foram obtidos por relatórios do sistema TASY e mostram todas as admissões por queixa de dor torácica, segundo a CID10. Estas admissões foram tabuladas em planilha Excel. **RESULTADOS:** Dos 1.657 pacientes com entrada na emergência clínica por queixa de dor torácica, 471 apresentavam síndrome coronariana. Na amostra, 67,39% dos pacientes eram do sexo masculino, com média de idade de 59,72 anos. Destes, 92 (19,96%) foram diagnosticados com infarto agudo do miocárdio, 30 (28,26%) apresentavam supradesnivelamento do segmento ST e 62 (71,74%) foram diagnosticados como infarto agudo do miocárdio sem supradesnivelamento do segmento ST. Todos os casos que necessitaram de angioplastia tiveram o procedimento executado dentro do prazo estabelecido pelas diretrizes internacionais. Receberam aspirina profilática 469 (99,57%) pacientes. A mortalidade dos pacientes internados com infarto agudo do miocárdio foi de 2,17%. **CONCLUSÃO:** O gerenciamento deste protocolo permite mapear o processo, bem como verificar eficácia, pontos fortes e fracos, e os riscos.

Descritores: Infarto do miocárdio/mortalidade; Síndrome coronariana aguda/mortalidade; Dor no peito/complicações; Qualidade da assistência à saúde; Protocolos clínicos

ABSTRACT

OBJECTIVE: To evaluate the adherence of emergency doctors to the application of the chest pain protocol, and the impact on mortality rate from acute myocardial infarction. **METHODS:** This is a retrospective study performed from May 2016 to May 2017. Data were obtained from TASY reports and show all admissions for chest pain complaints (ICD-10). These admissions were tabulated in Excel spreadsheet. **RESULTS:** Of the 1.657 patients admitted to the clinical emergency due to a complaint of chest pain, 471 had a coronary syndrome. In the sample, 67.39% of patients were male, with a mean age of 59.72 years. Of these, 92 (19.96%) were diagnosed with acute myocardial infarction, 30 (28.26%) presented ST segment elevation, and 62 (71.74%) were diagnosed as acute myocardial infarction without ST segment elevation. All cases requiring angioplasty had the procedure performed within the period established by the international guidelines. Of the patients, 469 (99.57%) received prophylactic aspirin. The mortality of patients hospitalized with acute myocardial infarction was 2.17%. **CONCLUSION:** The management of this protocol allows mapping the process, checking efficacy, strengths, weaknesses, and risks.

Keywords: Myocardial infarction/mortality; Acute coronary syndrome/mortality; Chest pain/complications; Quality of health care; Clinical protocols

INTRODUÇÃO

A palavra “qualidade” vem do latim *qualitate*⁽¹⁾ e pode ser amplamente interpretada. Um de seus significados quer dizer “superioridade, excelência”. É um termo subjetivo, que também pode estar relacionado às percepções de um indivíduo, grupo ou serviço.

O diagnóstico correto e precoce da síndrome coronariana^(2,3) aguda, juntamente do gerenciamento do protocolo⁽⁴⁾ de dor torácica, pode diminuir a mortalidade por infarto agudo do miocárdio (IAM). No setor de emergência, os médicos plantonistas aplicam o protocolo de dor torácica no paciente, utilizado juntamente da prescrição médica padrão, na qual constam os itens recomendados, as medicações, o eletrocardiograma⁽⁵⁾ e os marcadores bioquímicos de lesão miocárdica.⁽⁶⁾ Este recurso deixa o processo mais rápido, evita erros de prescrição, múltiplas prescrições e retrabalho do plantonista, que este consegue obter um diagnóstico com maior precisão e em menor tempo.

1. Hospital Dona Helena, Joinville, SC, Brasil.

Data de submissão: 30/12/2017 – Data de aceite: 10/01/2018

Conflito de interesses: não há.

Fontes de fomento: não há.

Endereço para correspondência:

Paulo Eduardo Pertsew.

Rua Blumenau, 123 – Centro

CEP: 89204-250 – Joinville, SC, Brasil

Tel.: (47) 3451-3383 – E-mail: ppertsew@terra.com.br

Agradecimento: A Nelson Malagoli Faria Santos, médico cardiologista do corpo clínico do Hospital Dona Helena, Joinville, SC, Brasil.

© Sociedade Brasileira de Clínica Médica

Quando houver forte suspeita de IAM,⁽⁶⁾ protocolos específicos devem ser iniciados. Dentro das diretrizes e das recomendações,⁽⁴⁾ as prescrições foram divididas em: suspeita de síndrome coronariana aguda (SCA);⁽⁶⁾ dor torácica – rota de baixo risco;⁽⁶⁾ dor torácica – rota de alto risco;⁽⁷⁾ e dor torácica – supradesnivelamento do segmento ST.⁽⁷⁾

Dentro do protocolo para atendimento de casos de dor torácica, há o fluxograma com orientação a ser seguido na assistência ao paciente com sinais e sintomas sugestivos de SCA.

No setor de gerenciamento de protocolos, por meio da emissão de um relatório, utilizando sistema Tasy, tem-se a busca ativa de todos os pacientes com algum tipo de dor torácica, utilizando a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID10). A partir deste relatório, realiza-se a análise qualitativa dos dados, obtidos do prontuário do paciente. Com estas informações, são avaliadas as condutas tomadas desde o momento em que o paciente adentra a emergência até o desfecho clínico, sendo importante monitorar o tempo de realização do eletroencefalograma, a prescrição das medicações iniciais, os marcadores bioquímicos e, na necessidade intervenção do hemodinamista, monitorar o tempo transcorrido até a realização do cateterismo/angioplastia. Assim, obtemos indicadores que auxiliam a avaliar a qualidade do serviço, comparando o resultado obtido ao *benchmark* proposto pelas melhores referências atuais. Tais dados são a base de indicadores de processo e de qualidade.⁽⁸⁾

O objetivo deste estudo foi avaliar a adesão dos plantonistas da emergência na aplicação de um protocolo de dor torácica e o impacto no índice de mortalidade por IAM.

MÉTODOS

Este artigo é o resultado da experiência profissional dos pesquisadores aliada a um embasamento teórico de diretrizes assistenciais,^(9,10) caracterizado como uma pesquisa de natureza aplicada, que visa gerar conhecimento para aplicação prática, dirigida à solução de problemas específicos.

O estudo foi conduzido em uma instituição privada de Joinville (SC), no período de 1 ano, de maio de 2016 a maio de 2017.

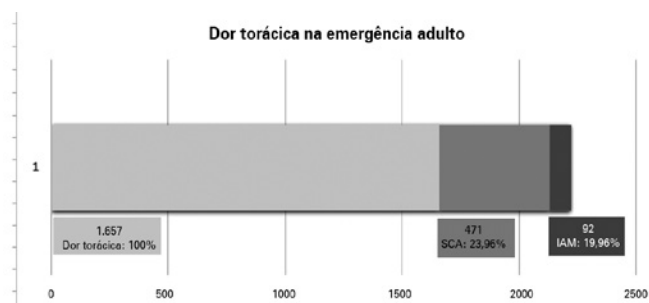
Os dados foram extraídos do setor de gerenciamento de protocolos assistenciais, com base em informações retiradas de relatórios do sistema TASY que mostram os atendimentos emergenciais de pacientes com queixa de dor torácica, CID10 pertinente à suspeita de SCA, que realizaram eletrocardiograma (ECG), e avaliação do prontuário eletrônico do paciente. Posteriormente, os dados relevantes foram tabulados em planilha Excel.

Menores de 18 anos foram excluídos da amostra.

RESULTADOS

Dos 1.657 pacientes com entrada no pronto atendimento hospitalar com queixa de dor torácica, 471 (28,42%) apresentaram SCA. Dentre estes, 92 (19,96%) pacientes foram diagnosticados com IAM (Figura 1). Dos pacientes que apresentaram SCA, 469 (99,57%) receberam ácido acetilsalicílico (AAS) profilático (Figura 2).

Os IAM foram divididos em IAM com supradesnivelamento do segmento ST, (28,26%) e sem supradesnivelamento (71,74%) (Figura 3). Todos os casos que necessitaram de angioplastia tiveram o procedimento executado com sucesso. A mortalidade dos pacientes internados com IAM foi de 2,17%. A maioria dos pacientes que foram a óbito era do sexo masculino (67,39%) com média de idade de 59,72 anos.



SCA: síndrome coronariana aguda; IAM: infarto agudo do miocárdio.

Figura 1. Dor torácica na emergência no adulto.

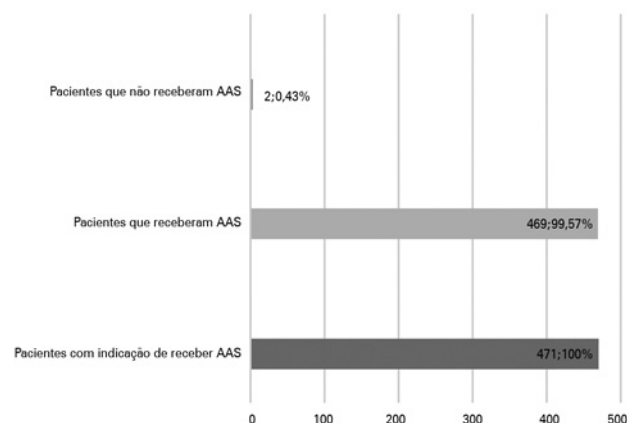
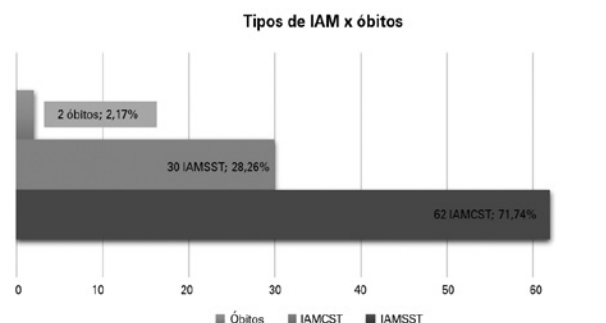


Figura 2. Utilização de ácido acetilsalicílico (AAS) na suspeita de síndrome coronariana aguda.



IAMCST: infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do ST; IAMSST: infarto agudo do miocárdio sem supradesnivelamento do ST.

Figura 3. Tipos de infarto agudo do miocárdio vs. óbitos.

DISCUSSÃO

Comparando a média da mortalidade anual obtida neste estudo (2,17%) com os dados da Associação Nacional dos Hospitais Privados (ANAHP), a média internacional foi de 15% e da ANAHP foi de 5,5% no ano de 2015, de modo que os resultados deste estudo foram positivos. Utilizar diretrizes e protocolos de entidades reconhecidas reduz a variabilidade das condutas clínicas, traz segurança ao médico e contribui para a diminuição do tempo entre a entrada do paciente ao hospital até o diagnóstico. Este o ponto é crucial para o paciente, pois quanto antes receber o tratamento adequado, maior a preservação do músculo cardíaco.

CONCLUSÃO

A adesão ao protocolo assistencial, embasada em evidências científicas, impacta positivamente nos números obtidos, aumenta a sobrevida do paciente com qualidade e diminui a mortalidade, sendo condizente com o principal objetivo na assistência ao paciente, que é sua segurança.

REFERÊNCIAS

1. DicionárioAurélio.Qualidade[Internet].Publicadoem:2016-09-24, revisado em: 2017-02-27. [citado 2017 Nov 02]. Disponível em: <https://dicionariodoaurelio.com/qualidade>
2. Braunwald E, Zipes DP, Libby P, Bonow RO. Braunwald's heart disease: a textbook of cardiovascular medicine. 7th ed. Philadelphia: Elsevier; 2004.
3. Ryan TJ, Antman EM, Brooks NH, Califf RM, Hillis LD, Hiratzka LE, et al., 1999 update: ACC/AHA Guidelines for the Management of Patients With Acute Myocardial Infarction: executive summary and recommendations: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee on Management of Acute Myocardial Infarction). *Circulation*. 1999;100(9):1016-30.
4. Missaglia MT, Neris ES, Silva ML. Uso de protocolo de dor torácica em pronto atendimento de hospital referência em cardiologia. *Rev Bras Cardiol*. 2013;26(5):374-81.
5. Zimetbaum PJ, Josephson ME. Use of the electrocardiogram in acute myocardial infarction. *N Engl J Med*. 2003;348(10):933-40.
6. Bassan R. Unidades de dor torácica: uma forma moderna de manejo de pacientes com dor torácica na sala de emergência. *Arq Bras Cardiol*. 2002;79(2):196-202.
7. Avezum Junior Á, Feldman A, Carvalho AC, Sousa AC, Mansur Ade P, Bozza AE, Falcão Bde A, Markman Filho BM, Polanczyk CA, Gun C, Serrano Junior CV, Oliveira CC, Moreira D, Prêcoma DB, Magnoni D, Albuquerque DC, Romano ER, Stefanini E, Santos ES, God EM, Ribeiro EE, Brito FS, Feitosa-Filho GS, Arruda GD, Oliveira GB, Lima GG, Dohman H, Liguori IM, Costa Junior Jde R, Saraiva JF, Maia LN, Moreira LF, Santos MA, Canesin MF, Coutinho MS, Moretti AM, Ghorayeb N, Vieira NW, Dutra OP, Coelho OR, Leães PE, Rossi PR, Andrade PB, Lemos Neto PA, Pavanetto R, Costa RV, Bassan R, Esporcatte R, Miranda R, Giraldez RR, Ramos RF, Martins SK, Esteves VB, Mathias Junior W; Brazilian Society of Cardiology. [V Guideline of the Brazilian Society of Cardiology on Acute Myocardial Infarction Treatment with ST Segment Elevation]. *Arq Bras Cardiol*. 2015;105(2 Suppl 1):1-105. Portuguese.
8. Chirolu DM, Giroto AV, Pappa MF. Utilização do ciclo de PDCA associado ao diagrama de Ishikawa como ferramentas de gestão em uma organização não governamental. In: XVIII Simpósio de Engenharia de Produção: sustentabilidade na cadeia de suprimentos. São Paulo: 2011. p.3
9. Guidelines 2000 for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Part 6: advanced cardiovascular life support: section 5: pharmacology I: agents for arrhythmias. The American Heart Association in collaboration with the International Liaison Committee on Resuscitation. *Circulation*. 2000;102(8 Suppl):I112-28. Alpert JS, Thygesen K, Antman E, Bassand JP. Myocardialinfarction redefined--a consensus document of The Joint European Society of Cardiology/American College of Cardiology Committee for the redefinition of myocardial infarction. *J Am Coll Cardiol*. 2000;36(3):959-69. Erratum in: *J Am Coll Cardiol* 2001;37(3):973.