

## 4. Perfil clínico del paciente mayor con dolor torácico de un hospital de Río de Janeiro entre enero de 2021 y abril de 2022\*

Rafaella de Paula Vizotto  
Universidad Adventista del Plata  
Entre Ríos, Argentina  
rafaella.vizotto@gmail.com  
+55(19)999643904

Marisa Ileana Gómez  
Universidad Adventista del Plata  
Entre Ríos, Argentina  
marisa.gomez@uap.edu.ar  
+55(51)982561364

Recibido: 19 de diciembre de 2022

Aceptado: 8 de febrero de 2023

### Resumen

**Introducción.** El anciano mayor presenta manifestaciones atípicas de precordialgia y muchas veces tiene por etiología la enfermedad cardiovascular, la principal razón para la muerte y las internaciones hospitalarias. Al recibir un paciente con precordialgia, la atención debe ser rápida y eficaz, seguir el protocolo de dolor torácico y realizar el electrocardiograma. Es una prioridad el examen definidor de conductas hecho en tiempo ideal, pues patologías potencialmente agravantes pueden ser detectadas a través de su lectura. Se describirá el tipo de dolor torácico (A, B, C y D) del paciente mayor de 80 años a través del protocolo de dolor torácico del Hospital Adventista Silvestre (HAS) – Río de Janeiro, entre enero de 2021 y abril de 2022.

**Metodología.** Estudio de campo descriptivo retrospectivo de corte transversal. Participaron 95 ancianos mayores de ochenta años que abrieron el protocolo de dolor torácico en la emergencia de un hospital en Río de Janeiro, entre enero de 2021 y abril de 2022. Las variables del estudio fueron el tipo de dolor torácico presentado por el paciente, la presencia de infarto agudo de miocardio y el tiempo ideal puerta-electrocardiograma.

**Resultados.** Presentaron dolor torácico tipo C el 63,4 % de los pacientes, tuvieron el electrocardiograma realizado dentro de los 10 primeros minutos el 93,5 % y tuvieron infarto agudo de miocardio diagnosticado en laboratorio el 5,4 %. De esos últimos, 40 % tuvieron dolor tipo A y 40 %, dolor tipo B, y de los que tuvieron troponina negativa, 67 % manifestaron dolor tipo C. De los infartados, el 60 % eran hombres. Tuvieron tiempo puerta-electrocardiograma ideal el 80 % de pacientes con infarto agudo de miocardio (IAM).

**Conclusiones.** El dolor torácico tipo C fue el más frecuente, y la gran mayoría de los electrocardiogramas fueron correctamente realizados dentro de los 10 minutos iniciales, como recomienda la American Heart Association y la Sociedade Brasileira de Cardiologia.

---

\* No existe conflicto de intereses.

## Palabras claves

Dolor torácico — Tiempo puerta-electrocardiograma — Troponina — Infarto agudo de miocardio

## Introducción

El proceso de envejecimiento es un evento heterogéneo que depende de diversos factores, tales como la genética, las enfermedades adquiridas, la dieta, la práctica de ejercicios físicos y el estilo de vida del paciente. A pesar de los diversos estudios epidemiológicos que demuestran que el componente genético, las dislipidemias, la diabetes y el sedentarismo son los principales factores de riesgo para la enfermedad arterial coronaria — una de las enfermedades cardiovasculares más prevalentes—, la edad se configura como el principal factor de riesgo cardiovascular (1).

Los factores de riesgo cardiovasculares son más prevalentes y graves con el pasar de los años, y también hay un mayor tiempo de exposición a estos factores. A pesar de que muchos ancianos no presentan enfermedades evidentes, frecuentemente presentan comorbilidades, enfermedades subclínicas, alteraciones funcionales y anatómicas que interfieren en la estructura cardiovascular y en el tipo de manifestación clínica de esos pacientes. Teniendo en cuenta que son frecuentes presentaciones más atípicas que típicas del dolor anginoso en el anciano debido al proceso de envejecimiento, comorbilidades acumuladas y factores de riesgo prevalentes con el avance de la edad, es que se plantea el objetivo principal del trabajo de investigación: describir los tipos de dolor torácico del paciente mayor a ochenta años (2–5).

Así como todo el organismo, la función cardíaca se deteriora con los años. Existe la disminución de la complacencia vascular, la hipertrofia y la remodelación ventricular, la disminución de la respuesta a la estimulación adrenérgica, la disfunción sistólica o diastólica. El envejecimiento disminuye la tolerancia cardíaca al estrés y aumenta la susceptibilidad a la isquemia. El cambio relacionado con la edad en la contractilidad cardíaca influye en el efecto terapéutico y en el momento de la intervención. Además, para la mayoría de las terapias de isquemia cardíaca, el resultado terapéutico en ancianos no es idéntico al de los jóvenes. (6,7).

Problema de investigación: ¿Cuál es el perfil del paciente mayor a ochenta años con dolor en un hospital de Río de Janeiro en el período comprendido entre enero de 2021 y abril de 2022?

El objetivo de la investigación es describir el tipo de dolor torácico (tipos A, B, C y D) del paciente de edad igual o mayor a ochenta años a través del protocolo de dolor torácico de un hospital de Río de Janeiro, entre enero de 2021 y abril de 2022. Los objetivos específicos fueron determinar la frecuencia de IAM de los pacientes con dolor torácico, asociar el tipo de dolor torácico con la presencia de IAM, verificar cuántos tuvieron tiempo puerta-ECG ideal conforme el protocolo de dolor torácico de la institución y, por último, asociar la presencia del IAM con el tiempo puerta-ECG y el sexo.

## Metodología

Este trabajo de investigación es un estudio de campo descriptivo retrospectivo de corte transversal, que se llevó a cabo en un hospital ubicado en la ciudad de Río de Janeiro, desde el mes de enero de 2021 hasta abril de 2022. Es un hospital privado de tamaño medio, con un perfil de pacientes geriátricos. Los participantes fueron noventa y cinco ancianos mayores a ochenta años que tuvieron la apertura del protocolo de dolor torácico.

Para la realización de la investigación en el campus del hospital, se contó con la autorización del director del hospital y de la coordinadora del centro de estudios, además, de la aprobación del Comité de Ética de la Universidad Adventista del Plata (Resolución CEI No 91/22).

La obtención y la recolección de datos se hizo a partir de la revisión de documentos institucionales y los datos registrados en una planilla institucional de pacientes que abrieron el protocolo para dolor torácico en el hospital en el período de enero de 2021 hasta abril de 2022, y en la búsqueda de información accesoria en el prontuario y en la historia clínica electrónica de cada uno de los pacientes en cuestión que se necesitó para completar la información que no estuvo en la planilla institucional. La información se recolectó en forma anónima y confidencial, teniendo acceso solamente a las historias clínicas del servicio de emergencias, con la presencia de supervisor, sin acceso a otros datos que no estuvieron relacionados con esta investigación.

Los datos fueron recolectados en una planilla de Excel para su posterior análisis.

Se incluyó a pacientes de edad igual o mayor de ochenta años que ingresaron al servicio de emergencias con apertura del protocolo de dolor torácico en el período de estudio. Fueron excluidos los pacientes con datos incompletos en los registros institucionales.

Las variables del estudio fueron el tipo de dolor torácico, la presencia de IAM y el tiempo ideal puerta-ECG.

El dolor torácico se clasificó en A, B, C o D, teniendo en cuenta las tres principales características del dolor anginoso típico (8):

1. Localización retroesternal y características típicas como el dolor compresivo, opresivo, quemante o en constricción.
2. Irradiación hacia brazo izquierdo, cuello, región epigástrica, hombro o mandíbula.
3. Dolor al esfuerzo que empeora con el estrés y el frío, y que mejora con reposo o uso de nitratos.

A través de las tres características de un dolor anginoso típico, se clasificaron los pacientes de acuerdo con la sumatoria de características típicas que presentan (ver tabla 1):

1. Si las tres están presentes = dolor torácico anginoso (tipo A)
2. Si hay dos características presentes = dolor torácico probablemente anginoso (tipo B)
3. Si hay una característica presente = dolor torácico probablemente no anginoso (tipo C)
4. Si no hay ninguna característica = dolor torácico no anginoso (tipo D)

Tabla 1. Clasificación del tipo de dolor torácico

TIPO	CARACTERÍSTICAS
A	<b>Definitivamente anginosa</b> Dolor torácico que da certeza del diagnóstico de síndrome coronario agudo (SCA), independiente de exámenes complementarios. Presenta las tres principales características clásicas.
B	<b>Probablemente anginosa</b> Dolor torácico que tiene el SCA como principal hipótesis diagnóstica, pero necesita exámenes complementarios para su confirmación. Presenta dos características típicas.
C	<b>Probablemente no anginosa</b> Dolor torácico que no incluye al SCA como principal hipótesis diagnóstica, y necesita exámenes complementarios para definición. Apenas una característica típica.
D	<b>Definitivamente no anginosa</b> Dolor torácico que no incluye al SCA en el diagnóstico etiológico. No presenta ninguna de las características clásicas.

El paciente con IAM fue considerado teniendo en cuenta resultados de laboratorio, tales como molestia torácica asociada al dosaje de troponina cuantitativa elevada (valor de referencia: cuando es mayor que 14ng/L) (9). El tiempo puerta-ECG se considera ideal cuando se realiza en diez minutos o menos desde que el paciente ingresa en la guardia, conforme el protocolo de dolor torácico de la institución y conforme a la American Heart Association (AHA) (10,11).

El protocolo guiador de conductas del dolor torácico utilizado por el hospital (ver figs. 1 y 2) clasifica a los pacientes en cuanto al tipo de dolor

presentado (tipo A, B, C o D) y son direccionados a los exámenes confirmatorios y complementarios en la investigación del dolor. Cuenta con la realización del ECG y la toma de los signos vitales asociado al dosaje de troponinas y su curva enzimática. De ahí siguen los diferentes tipos de conductas de acuerdo con el resultado de las pruebas iniciales.

Para el análisis estadístico, se utilizó el programa SPSS y se aplicó la prueba exacta de Fischer y la de chi cuadrado, con un nivel de significancia de  $p \leq 0,05$ .

## Resultados

El presente estudio tiene como población universal 95 pacientes, mayores de ochenta años, que ingresaron al servicio de emergencias con apertura del protocolo de dolor torácico en el período de estudio. De estos, se excluyó a dos pacientes

que tenían los datos incompletos en los registros institucionales.

En cuanto a la manifestación del dolor encontrada en los pacientes, el 63,4% ( $n = 59$ ) de los presentó dolor torácico tipo C. Los demás resultados se presentan en la tabla 2.

Tabla 2. Tipo de dolor torácico

Tipo de dolor	Frecuencia	Porcentaje
A	10	10,8
B	15	16,1
C	59	63,4
D	9	9,7
Total	93	100,0

Presentaron IAM confirmado con diagnóstico de laboratorio el 5,4 % (n = 5) de los pacientes.

En la tabla 3, se presenta la asociación entre la presencia de IAM y el tipo de dolor torácico.

Se observó que el 40 % (n = 2) de los pacientes con diagnóstico de IAM tuvo dolor tipo A y que el 40 % (n = 2) tuvo dolor tipo B. Los que no tuvieron IAM, 67 % (n = 59) tuvieron dolor tipo C.

Tabla 3. Tipo de dolor torácico y presencia de IAM

Dolor	Infarto agudo de miocardio		Total
	Negativo	Positivo	
A	8 9,1 %	2 40,0 %	10 10,8 %
B	13 14,8 %	2 40,0 %	15 16,1 %
C	59 67,0 %	0 0,0 %	59 63,4 %
D	8 9,1 %	1 20,0 %	9 9,7 %
Total	88 100,0 %	5 100,0 %	93 100,0 %

En cuanto al tiempo ideal para la realización del electrocardiograma, la mayoría de los pacientes realizaron dicho examen dentro de los primeros diez minutos, lo que corresponde al 93,5 % (n = 87) de los casos. Los que no tuvieron el examen hecho de manera idealmente precoz, fue porque no refirieron el dolor torácico en el triaje de enfermería (proceso mediante el cual el paciente es valorado a su llegada al centro hospitalario para determinar la urgencia de su problema y asignar el

manejo siguiente), sino que hizo referencia a él solamente en la consulta con el médico.

Al cruzar los datos referentes al tiempo puerta-ECG y la confirmación de IAM, se constató que el 80 % (n = 4) de los diagnósticos positivos tuvieron el tiempo ideal de realización del electrocardiograma, dentro de los diez minutos, según las normas de la AHA (p = 0,29), tal como se observa en la tabla 4.

Tabla 4. Tiempo puerta-electrocardiograma por presencia de infarto agudo de miocardio

Puerta-ECG	Infarto agudo de miocardio		Total
	Negativo	Positivo	
Menor a 10 minutos	83 94,3 %	4 80,0 %	87 93,5 %
Mayor o igual a 10 minutos	5 5,7 %	1 20,0 %	6 6,5 %
Total	88 100,0 %	5 100,0 %	93 100,0 %

Al asociar el sexo con la presencia de IAM, se encontró que el 60 % ( $n = 3$ ) de los casos positivos de troponina eran de sexo masculino ( $p = 0,33$ ), como aparece en la tabla 5.

Tabla 5. Presencia de infarto agudo de miocardio según sexo

Sexo	Troponina		Total
	Negativa	Positiva	
Masculino	35 39,8%	3 60,0%	38 40,9%
Femenino	53 60,2%	2 40,0%	55 59,1%
Total	88 100,0%	5 100,0%	93 100,0%

## Discusión

En este estudio, se constató que la gran mayoría de los pacientes tuvo una presentación de dolor torácico tipo C (probablemente no anginoso) y que, de esos, ningún paciente fue diagnosticado con IAM. Vale resaltar que hubo un caso con presentación de dolor tipo D (definitivamente no anginoso) que se diagnosticó como IAM, coincidiendo con la problemática desarrollada en el presente trabajo: los pacientes ancianos con diagnóstico de IAM pueden presentarse clínicamente con manifestaciones más atípicas.

Se ha visto, así como en otros trabajos, que las presentaciones del dolor torácico, con el avance de la edad, no son siempre tan fidedignas para el diagnóstico certero de IAM, debido a que el propio envejecimiento y la exposición a otros factores, como las comorbilidades asociadas, modifican la

percepción del dolor experimentada por el paciente (4,5,12–15).

Fue encontrada una baja incidencia de IAM en los pacientes de edad igual o mayor a ochenta años, aunque se constata en otros estudios que el diagnóstico de tal enfermedad cardiovascular aumenta en individuos de sesenta años en adelante. El resultado de la baja incidencia puede deberse a que el hospital tiene un programa de cuidados continuados, desde su deshospitalización, en el que el paciente continúa siendo acompañado, en el ámbito ambulatorio, por el equipo médico y asistencial, que incluye especialidades tales como kinesiología, enfermería, psicología y otras. Sin embargo, es fundamental tener en cuenta que la edad avanzada es un importante predictor de mortalidad precoz y a largo plazo. Además, tiene una peor respuesta

terapéutica en comparación con generaciones anteriores (6,16–19).

El ECG, cuando es asociado a una buena historia clínica y al examen físico, tiene importancia fundamental en el diagnóstico del paciente con dolor torácico. Tiene la ventaja de ser un recurso de rápida obtención y de bajo costo. En el presente estudio, se percibió que en la gran mayoría de los pacientes la realización del ECG se hizo en el tiempo adecuado, justamente en el ingreso al hospital, según lo reglamentado por la AHA y la Sociedad Brasileira de Cardiología (SBC): el tiempo puerta-ECG ideal menor o igual a diez minutos. Los pacientes que no realizaron dicho examen dentro de los diez minutos iniciales fue porque no refirieron el dolor torácico en el triaje, hecho por el equipo de enfermería, antes de la consulta con el médico. El tiempo puerta-ECG ideal debe ser una prioridad en todo hospital. Esto constituye un indicador de calidad y costo en la atención del dolor torácico (20-22).

En este trabajo, se vio que no hay diferencia significativa en la presencia de infarto entre hombres y mujeres, aunque vemos en otros estudios que la prevalencia de IAM en hombres es mayor, debido

a que se asocia a los factores de riesgo como el tabaquismo y el etilismo.

Con el avance de la edad, la diferencia entre sexos disminuye debido al propio envejecimiento. El factor posmenopausia, período en que el estrógeno actúa como factor de protección para las enfermedades cardiovasculares porque está relacionado con la función de inhibición del acúmulo de grasa, protege a las mujeres hasta la posmenopausia. Después de ese período, y justamente con el envejecimiento, la prevalencia entre sexos se estrecha, así como se observa en el presente trabajo (15,21,23–26).

Finalmente, se constató que la mayoría de los pacientes diagnosticados con IAM tuvieron un tiempo puerta-ECG ideal, siguiendo con lo propuesto por la AHA y la SBC, al atender un paciente con dolor torácico, donde el electrocardiograma debe ser realizado para definir conductas importantes de manera precoz, lo que resulta en un mejor pronóstico de patologías agresivas, como son los eventos agudos de la enfermedad cardiovascular, aunque no se haya encontrado otros trabajos con este tipo de asociación.

## Conclusión

El dolor torácico tipo C fue el que se presentó con más frecuencia en los pacientes mayores de ochenta años que ingresaron por la guardia.

La frecuencia de IAM confirmada con estudios de laboratorio en los pacientes con dolor torácico fue mayor en presentaciones más típicas del dolor anginoso (tipo A y B), aunque 20 % de los casos

confirmados por el dosaje de troponinas se manifestó con dolor definitivamente no anginoso (tipo D).

La gran mayoría de los ECG fueron correctamente realizados dentro de los diez minutos iniciales del ingreso al hospital, tal como recomienda la AHA y la SBC.

No se encontró asociación ente los IAM confirmados en laboratorio y el sexo.

## Bibliografía

1. Fattirolli F, Pratesi A. Cardiovascular Prevention and Rehabilitation in the Elderly: Evidence for cardiac rehabilitation after myocardial infarction or chronic heart failure. *Monaldi Arch Chest Dis.* 22 de junio de 2016;84(1-2):731. doi: 10.4081/monaldi.2015.731. PMID: 27374045.
2. Puymirat E, Aissaoui N, Simon T, Bataille V, Drouet E, et al. L'infarctus du sujet âgé: Données du registre FAST-MI 2010. *Presse Medicale.* Noviembre de 2013;42 (11), 1432-1441. doi 10.1016/j.lpm.2013.04.010.
3. Cervellin G, Rastelli G. The clinics of acute coronary syndrome. *Ann Transl Med.* 2016; 1 de mayo;4(10).
4. Corsini F, Scaglione A, Iacomino M, Mascia G, Melorio S, Riccio C, et al. Acute myocardial infarction in the elderly: A case-control study with a younger population and review of literature. *Monaldi Arch Chest Dis.* Marzo de 2006;66(1):13-9. doi: 10.4081/monaldi.2006.537. PMID: 17125042.
5. Rich MW. Epidemiology, Clinical Features, and Prognosis of Acute Myocardial Infarction in the Elderly. *Am J Geriatr Cardiol* [Internet]. 2006;15. Disponible en: [www.cdc.gov/nchs/](http://www.cdc.gov/nchs/)
6. Dong M, Yang Z, Fang H, Xiang J, Xu C, Zhou Y, et al. Aging attenuates cardiac contractility and affects therapeutic consequences for myocardial infarction. *Aging Dis.* 9 de marzo de 2020;11(2):365-376. doi: 10.14336/AD.2019.0522. PMID: 32257547; PMCID: PMC7069457.
7. Gao L, Hu X, Liu YQ, Xue Q, Feng QZ. Percutaneous coronary intervention in the elderly with ST-segment elevation myocardial infarction. *Clin Interv Aging.* 31 de julio de 2014;9:1241-6. doi: 10.2147/CIA.S62642. PMID: 25114518; PMCID: PMC4124048.
8. Sgarbossa EB, Pinski SL, Barbagelata A, Underwood DA, Gates KB, et al. Electrocardiographic diagnosis of evolving acute myocardial infarction in the presence of left bundle-branch block. GUSTO-1 (Global Utilization of Streptokinase and Tissue Plasminogen Activator for Occluded Coronary Arteries) Investigators. *N Engl J Med.* 22 de febrero de 1996;334(8):481-7. doi: 10.1056/NEJM199602223340801. Errata en: *N Engl J Med* 1996 Apr 4;334(14):931. PMID: 8559200.
9. Zhelev Z, Hyde C, Youngman E, Rogers M, Fleming S, Slade T, et al. Diagnostic accuracy of single baseline measurement of Elecsys Troponin T high-sensitive assay for diagnosis of acute myocardial infarction in emergency department: Systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 20 de enero de 2015;350. doi: 10.1136/bmj.h15. PMID: 25646632; PMCID: PMC4300724.
10. Nicolau JC, Feitosa Filho GS, Petriz JL, Furtado RHM, Précoma DB, et al. Brazilian Society of Cardiology guidelines on unstable angina and acute myocardial infarction without ST-segment elevation-2021. *Arq Bras Cardiol.* Julio de 2021;117(1):181-264. English, Portuguese. doi: 10.36660/abc.20210180. PMID: 34320090; PMCID: PMC8294740.
11. de Andrade KBS, Pinheiro APB, de Bessa ATT, Paes GO, Stipp MAC. Evaluation of waiting times for initial electrocardiogram in patients with Acute Coronary Syndrome. *Revista Enfermagem.* 1º de julio de 2015;23(4):443-8.
12. Fattirolli F, Pratesi A. Cardiovascular prevention and rehabilitation in the elderly: Evidence for cardiac rehabilitation after myocardial infarction or chronic heart failure. *Monaldi Arch Chest Dis.* 22 de junio de 2016;84(1-2):731. doi: 10.4081/monaldi.2015.731. PMID: 27374045.
13. Puymirat E, Aissaoui N, Simon T, Bataille V, Drouet E, Mulak G, et al. L'infarctus du sujet âgé: Données du registre FAST-MI 2010. *Presse Medicale.* Noviembre de 2013;42(11):1432-1441. doi: 10.1016/j.lpm.2013.04.010

14. Cervellin G, Rastelli G. The clinics of acute coronary syndrome. *Ann Transl Med.* 1º de mayo de 2016;4(10).
15. Romiti GF, Cangemi R, Toriello F, Ruscio E, Sciomer S, Moscucci F, et al. Sex-specific cut-offs for high-sensitivity cardiac troponin: Is less more? *Cardiovasc Ther.* 5 de febrero de 2019. doi: 10.1155/2019/9546931. PMID: 31772621; PMCID: PMC6739766.
16. Troncoso LT. Epidemiological study of the incidence of acute myocardial infarction in the Brazilian population. *Arq Bras Cardiol* 2003;80:600-6.
17. D'Artibale EF, Silva LR, Evangelista VH, et al. Fatores relacionados a taxa de mortalidade por infarto agudo do miocárdio no Brasil com base em dados epidemiológicos. En: *Anais da III Jornada Nacional de urgência e emergência LAUEC. Anais.Manaus(AM).* Disponible en: <https://www.even3.com.br/anais/iiijornada2022/513203-fatores-relacionados-a-taxa-de-mortalidade-por-infarto-agudo-do-miocardio-no-brasil-com-base-em-dados-epidemiolog>.
18. Gao L, Hu X, Liu YQ, Xue Q, Feng QZ. Percutaneous coronary intervention in the elderly with ST-segment elevation myocardial infarction. *Clin Interv Aging.* 31 de julio de 2014;9:1241-6. doi: 10.2147/CIA.S62642. PMID: 25114518; PMCID: PMC4124048.
19. Mouhat B, Putot A, Hanon O, Eicher JC, Chagué F, Beer JC, et al. Low systolic blood pressure and mortality in elderly patients after acute myocardial infarction. *J Am Heart Assoc.* 2020;9(5).
20. Soares T, Nogueira De Souza E, Antonieta M, Azzolin K. Tempo porta-eletrocardiograma (ECG): Um indicador de eficácia no tratamento do infarto agudo do miocárdio. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 20 de octubre de 2009 [citado el 25 de abril de 2023];30(1):120. Disponible en: <https://seer.ufrgs.br/index.php/rgenf/article/view/6280>
21. Coelho AB, Romanielo AFR, Romanielo AR, Barbosa VA, de Brito AGBP, Dantas BMF, et al. Os impactos do iam para o sistema único de saúde e para o Brasil. *Braz. J. Hea. Rev.* [Internet]. 13 de julio de 2021 [citado el 25 de abril de 2023];4(4):15091-102. Disponible en: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/32870>
22. Oliveira Guimarães DB, Rodrigues TS, Oliveira SCM, Avelino FVSD. Eletrocardiogram gate time in patients with thoracic pain in the emergency. *Revista de Enfermagem UFPE on line* [Internet]. 4 de abril de 2018 [citado el 25 de abril de 2023]; 12(4): 1027-1036. Disponible en: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/231123>
23. dos Santos J, Meira KC, Camacho AR, Salvador PTC de O, Guimarães RM, Pierin ÂMG, et al. Mortality due to acute myocardial infarction in Brazil and its geographical regions: Analyzing the effect of age-period-cohort. *Cien Saude Colet* [Internet]. Agosto de 2016 [citado el 25 de abril de 2023]. Disponible en: <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/mortalidade-por-infarto-agudo-do-miocardio-no-brasil-e-suas-regioes-geograficas-analise-do-efeito-da-idadeperiodo-coorte/15794?id=15794>. doi: 0.1590/1413-81232018235.16092016
24. Maria Coelho L, Santos Resende E. Profile of patients with myocardial infarction in a university hospital. *Rev. méd. Minas Gerais.* Julio-septiembre de 2010;20(3).
25. Reis JÁ. Profile of patients admitted to hospital with diagnosis of acute coronary syndrome. *Rev Soc Bras Clin Med.* Abril a junio de 2018;16(2):104-7.
26. Meirelles RMR. Menopause and metabolic syndrome. *Arq Bras Endocrinol Metabol.* 2014;58(2):91-6.

## Lista de abreviaturas

AHA: American Heart Association

ECG: electrocardiograma

IAM: infarto agudo de miocardio

HAS: Hospital Adventista Silvestre

SBC: Sociedade Brasileira de Cardiologia

SCA: síndrome coronario agudo

	<h2>Dor Torácica</h2> <h3>Protocolo Gerenciado</h3>	Etiqueta do Paciente _____
	Data do Início do Protocolo: ____/____/____	
<b>EMERGÊNCIA</b>		
• Hora de chegada ao hospital: ____:____h • Hora início do protocolo: ____:____h		• Médico responsável pelo início: _____ <i>assinatura e carimbo</i>
<b>1) Dor Torácica</b> • Início da dor: ____:____h • Dor no momento? ( ) Sim ( ) Não		
• Classificação da Dor: ( ) Tipo A ( ) Tipo B ( ) Não se Aplica ( ) Tipo C ( ) Tipo D <i>Ver tabela 2 (verso)</i>		
<b>2) Avaliação Clínica</b> • PA (MSD): ____X____mmHg • FC: ____bpm • Sat: ____ • PA (MSE): ____X____mmHg • FR: ____rpm <i>Ver tabela 1 (verso)</i> ( ) I ( ) III ( ) II ( ) IV		
<b>3) Características Clínicas</b> • ( ) AVE Prévio • ( ) Doença Carotídea • ( ) H. familiar + • ( ) Claudicação • ( ) Etilista • ( ) Neoplasia • ( ) CRVM prévia • ( ) Ex. tabagista • ( ) PTCA prévia • ( ) DM • ( ) HAS • ( ) Sedentário • ( ) Dislipidemia • ( ) Hemoptise • ( ) Tabagista		
<b>4) Eletrocardiograma - 1º ECG</b> Hora: ____:____ • ( ) FC: ____bpm • Supra ST: ( ) Sim ( ) Não Derivações: _____ • Infra ST: ( ) Sim ( ) Não Derivações: _____ • Inversão de T: ( ) Sim ( ) Não Derivações: _____ • BRE: ( ) Sim ( ) Não • Normal: ( ) Sim ( ) Não • Outros: _____ <i>Se normal fazer 2º ECG em 2 horas</i>		<b>5) Medicações na Emergência</b> • ( ) AAS • ( ) Morfina • ( ) B-bloqueador • ( ) Nitrato • ( ) Clexane • ( ) Heparina • ( ) Estatina • ( ) Plavix • ( ) IECA • ( ) Ticagrelor • Caso <u>não</u> utilize o AAS, justificar: _____
<b>6) Laboratório</b> • Hematócrito: _____ • Troponina: 1º set (hora: ____:____) - _____ • Palqueta: _____ • Troponina: 2º set (hora: ____:____) - _____ • Creatinina: _____ • Troponina: 3º set (hora: ____:____) - _____		
<b>SCA COM SUPRA ( )</b>		<b>SCA SEM SUPRA ( )</b>
<b>CONTATO IMEDIATO COM A HEMODINÂMICA</b> HORA DO CONTATO: ____:____ HORA DA TRANSFERÊNCIA: ____:____ <i>CASO SEJA OPTADO PELA TROMBÓLISE</i> ALTEPLASE ( ) TENECTEPLASE ( ) HORA DE ADMINISTRAÇÃO: ____:____ <b>DADOS HEMODINÂMICA</b> DATA PROCEDIMENTO ____/____/____ HORA DE CHEGADA DO PACIENTE: ____:____ HORA DE CHEGADA DA EQUIPE: ____:____ HORA DE INÍCIO DO PROCEDIMENTO: ____:____ HORA DE INSUFLAÇÃO DO BALÃO ____:____		CURVA ENZIMÁTICA POSITIVA ( ) sim ( ) não DOR REFRATÁRIA ( ) sim ( ) não INFRA DE ST > 2MM ( ) sim ( ) não <b>EVOLUÇÃO NA EMERGÊNCIA</b> • ( ) Hipotensão • ( ) PCR • ( ) Necessidade de BIA • ( ) Óbito • ( ) Taquicardia Ventricular • ( ) Ins. Mitral <b>DOR TORÁCICA NÃO CARDÍACA - SAÍDA DO PROTOCOLO ( )</b> HORA: ____:____ MÉDICO _____
<b>DADOS DO PROCEDIMENTO</b>		
• Via de acesso: ( ) Radial ( ) Femoral • Balão intra aórtico: ( ) Sim ( ) Não • Aspiração de trombo: ( ) Sim ( ) Não • Uso de abciximab: ( ) Sim ( ) Não • Uso de tirofiban: ( ) Sim ( ) Não • CAT normal: ( ) Sim ( ) Não • Stent: ( ) convencional ( ) farmacológico		
Observação: Este Formulário não é parte do prontuário! Após o preenchimento entregar para Dr. Fernando Montenegro (UCO). <i>UCO, Tabelas e fluxograma (verso).</i>		

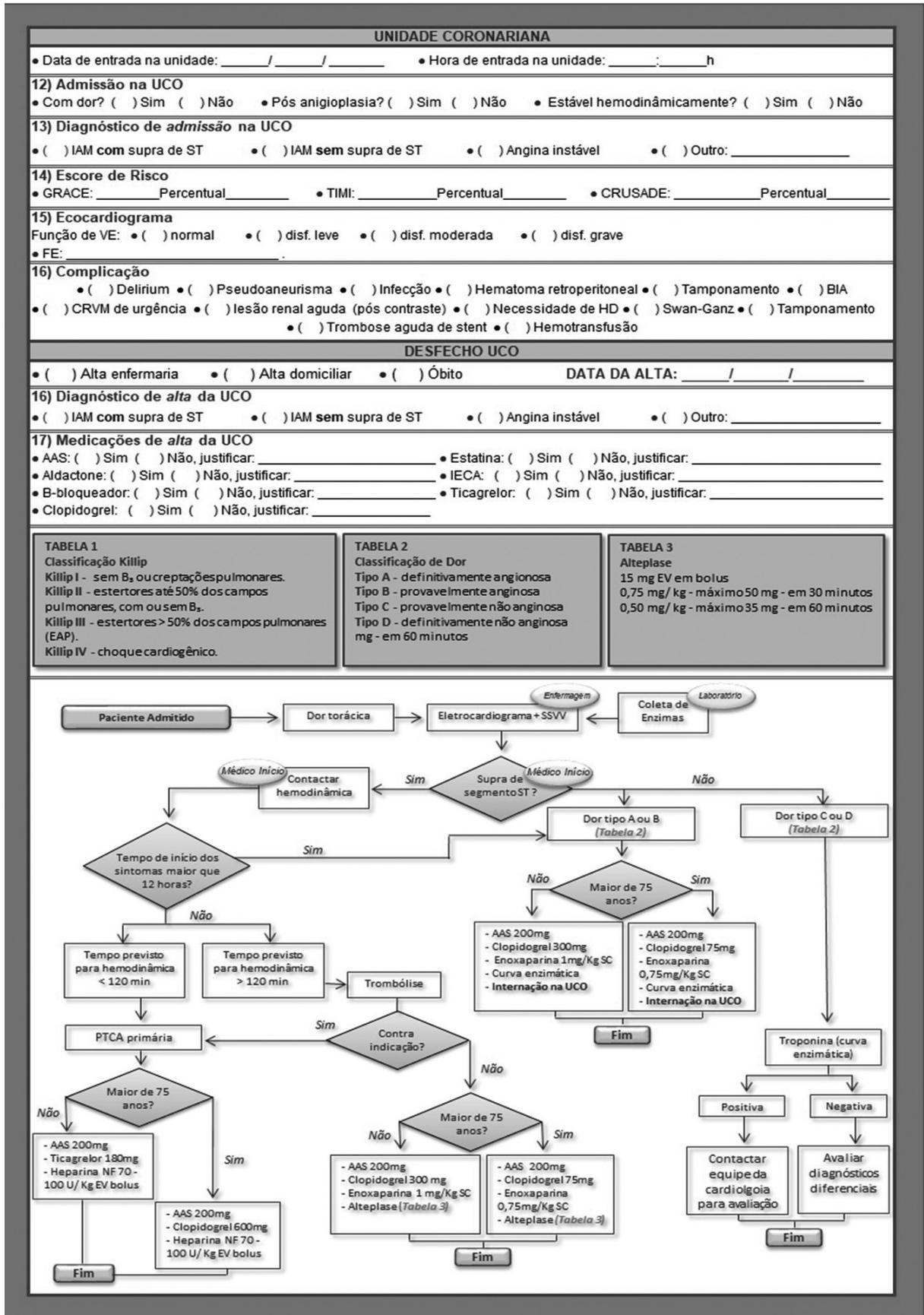


Figura 1. Protocolo de dolor torácico del Hospital Adventista Silvestre