

<b>14: PROTOCOLO DE MANEJO DA DOR TORÁCICA</b>
<b>Departamento: URGÊNCIA E EMERGÊNCIA</b>
<b>Objetivo: Auxiliar na conduta médica.</b>
<b>Frequência: Contínuo</b>
<b>Executante: PROFISSIONAIS MÉDICOS</b>

<b>SUMÁRIO</b>	<b>1. OBJETIVO</b>	<b>.....</b>	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
1.1	GERAL:	.....	2
1.2	ESPECÍFICOS:	.....	2
2.	ABRANGÊNCIA	.....	2
3.	RESPONSABILIDADES E AUTORIDADES UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO	....	2
4.	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO:	.....	3
4.1	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:	.....	3
4.2	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:	.....	3
5.	CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:	.....	3
5.1	CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PARA A DOR TORÁCICA:	.....	4
5.2	DOR TORÁCICA	.....	4
5.3	AVALIAR A QUEIXA PRINCIPAL:	.....	5
5.4	AVALIAR FATORES DE RISCO:	.....	8
6.	ATENDIMENTO MÉDICO:	.....	9
6.1	ANAMNESE (ANEXO 1)	.....	9
6.2	EXAME FÍSICO	.....	10
6.3	EXAMES DIAGNÓSTICOS INDICADOS	.....	10
6.4	OBSERVAÇÃO NA UNIDADE DE EMERGÊNCIA	.....	13
6.5	AVALIAÇÃO NÃO INVASIVA (DISPONÍVEIS EM SERVIÇOS DE REFERÊNCIA)	....	15
7.	ALTA E ENCAMINHAMENTO PARA O PROGRAMA DE CONTINUIDADE DO CUIDADO	.....	15
8.	CONCLUSÃO:	.....	23

## 1. OBJETIVO

<b>Elaborado/Revisado</b>	<b>Validado</b>	<b>Aprovado – 2024</b>
Dr. Frederico Folgosi Dra. Merabe Muniz Diniz Cabral	Gerência de Educação em Saúde	Dr. André Luciano Baitello

### 1.1 GERAL:

Estabelecer uma estratégia sistematizada para a avaliação da dor torácica no primeiro atendimento, com objetivo de identificar precocemente as causas de maior risco de morte, e que permite ao médico direcionar o fluxo de atendimento de acordo com os dados clínicos – laboratoriais.

### 1.2 ESPECÍFICOS:

- ☐ Padronização no atendimento da dor torácica nas Unidades de Pronto Atendimento do município de S. J. do Rio Preto/SP;
- ☐ Redução da morbidade e mortalidade dos pacientes com dor torácica;
- ☐ Reconhecer causas potencialmente fatais de dor torácica que requerem atenção imediata; ☐ Padronização no fluxo diagnóstico da dor torácica.

## 2. ABRANGÊNCIA

Sigla da Unidade	Nome da Unidade de Saúde
UPA TG	Unidade Pronto Atendimento - Tangará
UPA JG	Unidade Pronto Atendimento - Jaguaré
UPA NO	Unidade Pronto Atendimento - Norte

## 3. RESPONSABILIDADES E AUTORIDADES UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO

Diretor Técnico	Responsável por orientar, treinar a equipe médica em relação ao protocolo, bem como monitorar os resultados.	
Gerente	Garantir as condições para realização do Protocolo. Monitorar os resultados.	
Médicos, Enfermeiros e Técnicos em Enfermagem	Serão responsáveis por manter-se atualizado e realizar o programa descrito.	
<b>Elaborado/Revisado</b>	<b>Validado</b>	<b>Aprovado – 2024</b>
Dr. Frederico Folgosi Dra. Merabe Muniz Diniz Cabral	Gerência de Educação em Saúde	Dr. André Luciano Baitello

<b>Elaborado/Revisado</b>	<b>Validado</b>	<b>Aprovado – 2024</b>
Dr. Frederico Folgosi Dra. Merabe Muniz Diniz Cabral	Gerência de Educação em Saúde	Dr. André Luciano Baitello

Enfermeiros	Responsáveis em realizar o exame através do Teste Rápido (POC)
Departamento de Urgência e Emergência	Prover as condições para realização do Protocolo. Monitoramento dos resultados.

#### 4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO:

##### 4.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:

- Pacientes admitidos nas UPA municipais com quadro de dor torácica.

##### 4.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:

- Pacientes com idade inferior a 18 anos;
- Pacientes que se recusarem a seguir o protocolo de atendimento de Insuficiência Coronariana Aguda;
- Pacientes com quadro de dor torácica que se evadirem da UPA.

#### 5. CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

A avaliação diagnóstica deve ser desencadeada imediatamente após o primeiro contato com a equipe do pronto atendimento (Recepção / Técnico de Enfermagem / Enfermeiro / Médico) ou após a avaliação do profissional nas áreas assistenciais.

A triagem inicial consiste na definição da probabilidade de síndrome coronariana aguda (SCA) por meio da caracterização da dor torácica (anamnese) aliada ao exame físico direcionado e solicitação imediata de eletrocardiograma de 12 derivações.

Atribuições do Enfermeiro classificador:

- I) Coletar dados e sinais vitais (PA / FC / FR / Sat. O2);
- II) Identificar histórico do paciente, queixa principal, seguindo Protocolo Institucional vigente;
- III) Avaliar alergias;
- IV) Verificar presença de sinais e sintomas que caracterizam dor torácica típica;
- V) Proceder com os encaminhamentos necessários a partir do resultado da classificação;

Elaborado/Revisado	Validado	Aprovado – 2024
Dr. Frederico Folgosi Dra. Merabe Muniz Diniz Cabral	Gerência de Educação em Saúde	Dr. André Luciano Baitello

### 5.1 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PARA A DOR TORÁCICA:

- Intensidade, duração, característica, localização, irradiação;
- Atividade física no início da dor;
- Existência de trauma torácica;
- Alteração dos dados vitais;
- Tipos de dor;
- Fatores que melhoram ou pioram a dor PERGUNTAR :
  - Já teve infarto do Miocárdio? - Já teve angina de peito?
  - Já teve embolia pulmonar? - Tem diabetes?

### 5.2 DOR TORÁCICA

- Contínua, de 30 seg. a 30 min (angina) ou mais de 30 min (Infarto);
- Em peso, opressão, queimação, aperto, facada ou como desconforto;
- Com sintomas associados: sudorese, náusea, dispneia;
- Associada a falta de ar ou cianose;
- Irradiações: pescoço, ombros, mandíbula, braços, dorso;
- Pessoa que já teve infarto, angina, embolia pulmonar;
- Diabético;
- > 60 anos;
- Dor torácica súbita, em fincada (embolia pulmonar, dissecação de aorta, pneumotórax, pneumonia).

- **Dados vitais normais** • **localizada, em fincada**
- **Piora da respiração** • **sem dispneia**
- **profunda, tosse, dispneia, palpação** • **sem sintomas associados**

Elaborado/Revisado	Validado	Aprovado – 2024
Dr. Frederico Folgosi Dra. Merabe Muniz Diniz Cabral	Gerência de Educação em Saúde	Dr. André Luciano Baitello

### 5.3 AVALIAR A QUEIXA PRINCIPAL:

- a) Aperto / Pressão / Queimação (Risco Laranja)
- b) Irradiação para MSE ou mandíbula (Risco Laranja)
- c) Acompanhada de dispneia (Risco laranja)
- d) Dor Precordial
- e) Pontada
- f) Piora ao mover o Membro superior
- g) Palpitação
- h) Somado: Duração > 5 min.

Dor típica: encaminhar o paciente para a Sala de Emergência ou consultório do médico plantonista.

- Se a dor contemplar uma (01) característica marcada como laranja e tiver duração maior que 5 minutos, será considerada dor anginosa e deverá ser encaminhada para o médico plantonista independente dos fatores de risco.

OBS: Quando indicação de encaminhamento para o médico, o EGG deverá ser realizado e apresentado idealmente em até 10 minutos.

- Se a dor **NÃO contemplar as características de risco laranja, MAS pontuar de 3 ou mais das demais características**, o paciente será classificado como **ALTO RISCO**, podendo ser considerado como equivalente anginoso.

OBS: Ao encaminhar para o plantonista, o EGG deverá ser realizado e apresentado em até 10 minutos.

CARACTERÍSTICAS DA DOR		
	TÍPICA	ATÍPICA
CARATER DA DOR	CONSTRIÇÃO COMPRESSÃO QUEIMAÇÃO PESO “DOR SURDA” APERTO	FACADA, AGULGADA PONTADA PIORA AO RESPIRAR

Elaborado/Revisado	Validado	Aprovado – 2024
Dr. Frederico Folgosi Dra. Merabe Muniz Diniz Cabral	Gerência de Educação em Saúde	Dr. André Luciano Baitello

LOCALIZAÇÃO DA DOR	RETROESTERNAL OMBRO ESQUERDO PESCOÇO FACE, DENTES REGIÃO INTERESCAPULAR	OMBRO DIREITO HEMITÓRAX DIRETO
	EPIGÁSTRICA	
FATORES DESENCADEANTES	EXERCÍCIO EXCITAÇÃO ESTRESSE FRIO REFEIÇÕES COPIOSAS	AO REPOUSO

**NÃO CONSTATADO DOR TÍPICA:** Encaminhar o paciente para atendimento clínico, conforme Protocolo.

<b>Elaborado/Revisado</b>	<b>Validado</b>	<b>Aprovado – 2024</b>
Dr. Frederico Folgosi Dra. Merabe Muniz Diniz Cabral	Gerência de Educação em Saúde	Dr. André Luciano Baitello

<p><b>DOR TORACICA</b></p> <p>Avaliar intensidade da dor, dados vitais, se espontânea ou traumática, duração, Característica, localização, irradiação e uso de medicamentos.</p>	<p><b>Respiração inadequada</b>            Descritor: FR &lt; 10 ou ≥ 36 irpm com incapacidade de falar; cianose; letargia e/ou confusão mental; FC ≤ 40 ou ≥ 150 bpm.</p> <p><b>Dor precordial</b>            Descritor: dor intensa em aperto ou peso no meio do peito, irradiando para o braço esquerdo ou pescoço. Pode-se associar sudorese e náuseas.</p> <p><b>Sinais de choque</b>            Descritor: hipotensão (PA sistólica ≤ 80 mmHg); taquicardia (FC ≥ 140 bpm) ou bradicardia (FC ≤ 40 bpm).</p> <p><b>Trauma penetrante</b></p>	<b>Vermelho</b>
	<p><b>Dor intensa (7-10/10)</b>            Descritor: dor intolerável, geralmente descrita como jamais sentida.</p> <p><b>Hemoptise ativa</b>            Descritor: sangramento ativo vermelho vivo em quantidade maior que uma colher de chá.</p> <p><b>Trauma torácico com falta de ar</b></p> <p><b>Pulso anormal</b>            Descritor: tipo de pulso arterial muito fraco.</p>	<b>Laranja</b>
	<p><b>História cardíaca importante</b></p> <p><b>Dor moderada (4-6/10)</b></p> <p><b>Dor pleurítica</b>            Descritor: dor aguda provocada pela irritação do revestimento dos pulmões – torna-se mais intensa com a respiração profunda e com a tosse.</p> <p><b>Epistaxe</b>            Descritor: sangramento ativo controlado por compressão direta.</p> <p><b>Vômito persistente</b></p> <p><b>História cardíaca importante</b></p>	<b>Amarelo</b>
	<p><b>Dor leve (1-3/10)</b>            Descritor: sem outros sintomas associados e em pacientes sem história prévia de coronariopatia ou embolia pulmonar.</p> <p><b>Dor que piora ao movimento</b>            Descritor: dor de característica muscular (localizada, evidenciada à palpação, que piora com movimentos do tronco ou membros superiores).</p> <p><b>Dificuldade para deglutir</b></p> <p><b>Tosse produtiva</b></p>	<b>Verde</b>
	<p><b>Nenhum dos determinantes anteriores</b></p>	<b>Azul</b>

Elaborado/Revisado	Validado	Aprovado – 2024
Dr. Frederico Folgosi Dra. Merabe Muniz Diniz Cabral	Gerência de Educação em Saúde	Dr. André Luciano Baitello

<b>DOR TORACICA</b> Avaliar intensidade da dor, dados vitais, se espontânea ou traumática, duração, característica, localização, irradiação e uso de medicamentos.	<b>Respiração inadequada</b> Descritor: FR < 10 ou ≥ 36 irpm com incapacidade de falar; cianose; letargia e/ou confusão mental; FC ≤ 40 ou ≥ 150 bpm. <b>Dor precordial</b> Descritor: dor intensa em aperto ou peso no meio do peito, irradiando para o braço esquerdo ou pescoço. Pode-se associar sudorese e náuseas. <b>Sinais de choque</b> Descritor: hipotensão (PA sistólica ≤ 80 mmHg); taquicardia (FC ≥ 140 bpm) ou bradicardia (FC ≤ 40 bpm). <b>Trauma penetrante</b>	<b>Vermelho</b>
	<b>Dor intensa (7-10/10)</b> Descritor: dor intolerável, geralmente descrita como jamais sentida. <b>Hemoptise ativa</b> Descritor: sangramento ativo vermelho vivo em quantidade maior que uma colher de chá. <b>Trauma torácico com falta de ar</b> <b>Pulso anormal</b> Descritor: tipo de pulso arterial muito fraco.	<b>Laranja</b>
	<b>História cardíaca importante</b> <b>Dor moderada (4-6/10)</b> <b>Dor pleurítica</b> Descritor: dor aguda provocada pela irritação do revestimento dos pulmões – torna-se mais intensa com a respiração profunda e com a tosse. <b>Epistaxe</b> Descritor: sangramento ativo controlado por compressão direta. <b>Vômito persistente</b> <b>História cardíaca importante</b>	<b>Amarelo</b>
	<b>Dor leve (1-3/10)</b> Descritor: sem outros sintomas associados e em pacientes sem história prévia de coronariopatia ou embolia pulmonar. <b>Dor que piora ao movimento</b> Descritor: dor de característica muscular (localizada, evidenciada à palpação, que piora com movimentos do tronco ou membros superiores). <b>Dificuldade para deglutir</b> <b>Tosse produtiva</b>	<b>Verde</b>
	<b>Nenhum dos determinantes anteriores</b>	<b>Azul</b>

#### 5.4 AVALIAR FATORES DE RISCO:

Se a somatória dos fatores de risco for igual ou maior que 3 (três) será considerado como

Risco **Laranja** (Muito Urgente)

FATORES DE RISCO	PESO
Idade > 60 anos	2
HAS	1
DM	2

Elaborado/Revisado	Validado	Aprovado – 2024
Dr. Frederico Folgosi Dra. Merabe Muniz Diniz Cabral	Gerência de Educação em Saúde	Dr. André Luciano Baitello



Dislipidemia	1
Tabagismo	1
História familiar de infarto (pai, mãe, irmãos) < 60 anos	1
Obesidade	1
Ravascularizado prévio por angioplastia ou cirurgia	3
Somatório dos pesos de acordo com os fatores de risco apresentado pelo paciente	

## 6. ATENDIMENTO MÉDICO:

### 6.1 ANAMNESE (ANEXO 1)

- Atenção para presença de fatores de risco cardiovascular - Maior probabilidade para síndrome coronariana aguda
- Doença arterial coronariana (DAC) conhecida;
- Hipertensão arterial;
- Diabetes Mellitus;
- Idade;
- Dislipidemia;
- História familiar para DAC precoce;
- Tabagismo;

#### 6.1.1 TIPOS DE DOR TORÁCICA

**TIPO A (DEFINITIVAMENTE ANGINOSA)** As características dão certeza do diagnóstico de SCA independentemente dos resultados de exames complementares. Dor ou desconforto ou queimação ou sensação opressiva localizada na região precordial ou retroesternal, que pode ter irradiação para o ombro e/ou braço esquerdo, braço direito, pescoço ou mandíbula, acompanhada frequentemente de diaforese, náuseas, vômitos ou dispneia.

**TIPO B (PROVAVELMENTE ANGINOSA)** As características fazem a SCA a principal hipótese, porém é necessária a complementação por exames.

**TIPO C (PROVALMENTE NÃO ANGINOSA)** As características não fazem a SCA a principal hipótese, porém precisa de exames complementares para a exclusão.

Elaborado/Revisado	Validado	Aprovado – 2024
Dr. Frederico Folgosi Dra. Merabe Muniz Diniz Cabral	Gerência de Educação em Saúde	Dr. André Luciano Baitello

*TIPO D (DEFINITIVAMENTE NÃO ANGINOSA)* As características não incluem a SCA como hipótese diagnóstica

Em pacientes com dor torácica súbita, descrita como “rasgada”, de forte intensidade geralmente iniciando-se no tórax anterior e com irradiação para dorso deve ser avaliada a hipótese de dissecação aguda de aorta.

## 6.2 EXAME FÍSICO

- ☐ Sinais vitais;
- ☐ Palpação de pulsos periféricos - Alterado em até 30% dos casos de dissecação de aorta tipo A;
- ☐ Sinais de pressão de enchimento ventricular elevada - Estase de jugulares - Congestão pulmonar;
- ☐ Presença de sopro de regurgitação aórtica;
- ☐ Pesquisa de diagnóstico diferencial - Febre, atrito pericárdico, pneumonia, pneumotórax.

## 6.3 EXAMES DIAGNÓSTICOS INDICADOS

**6.3.1 ECG 12 derivações** - Deve ser obtido o mais precoce possível. Objetivo < 10 minutos (Classe I Nível de evidência B). Em pacientes sem elevação do segmento ST no ECG-12 derivações, porém com quadro clínico sugestivo, recomenda-se complementar o eletrocardiograma com derivações posteriores (V7 – V9) (Classe II e Nível de evidência C). O ECG deve ser repetido a cada 3 horas nas primeiras 9 a 12 h ou a qualquer momento, caso haja mudança na condição clínica.

Avaliação de ECG e definição de fluxos de atendimento - Tratamento Indicado

• Os pacientes com dor torácica tipo A (Definitivamente anginosa) devem ser encaminhados para a sala de emergência quando no Pronto Atendimento e conduzidos conforme Protocolo para síndrome coronariana aguda, independente de alterações eletrocardiográficas.

DOR TIPO A



- Sala de emergência  
- Medidas para SCA  
- Independente do ECG

- ☐ ECG evidenciando supradesnível de ST = entrar em contato com SAMU 192
- ☐ ECG sem supra ST porém após realizar TIMI RISK > ou = 4 = entrar em contato com SAMU 192

Elaborado/Revisado	Validado	Aprovado – 2024
Dr. Frederico Folgosi Dra. Merabe Muniz Diniz Cabral	Gerência de Educação em Saúde	Dr. André Luciano Baitello

Os pacientes com dor torácica tipo D (Definitivamente não anginosa) que não apresentam alterações no exame físico e eletrocardiograma normal ou inespecífico na admissão devem ser considerados para alta hospitalar ou conduta específica para dor não cardíaca, devendo ainda ser encaminhados para ambulatório de UBSF / UBS em que se encontram cadastrados.



Pacientes com dor torácica tipos B ou C terão seus fluxos definidos por achados eletrocardiográficos e/ou de marcadores de necrose miocárdica (Troponina T)



Aplicar TIMI RISK em caso de IAM sem supra de ST, ECG sem evidência de supradesnívelamento de ST com troponina positiva.

**TIMI RISK, escore de risco desenvolvido para avaliar evento coronariano e mortalidade, com os seguintes fatores de risco:**

- Idade  $\geq$  65 anos
- Elevação de marcadores bioquímicos (troponina positiva)
- Depressão do segmento ST  $\geq$  0,5 mm

Elaborado/Revisado	Validado	Aprovado – 2024
Dr. Frederico Folgosi Dra. Merabe Muniz Diniz Cabral	Gerência de Educação em Saúde	Dr. André Luciano Baitello

- ☐ Uso de ácido acetilsalicílico (AAS) nos últimos sete dias
- ☐ Presença de três ou mais fatores de risco tradicionais para doença arterial coronariana (DAC) (hipertensão, hipercolesterolemia, diabetes melito, tabagismo, história familiar positiva para DAC)
- ☐ DAC conhecida (lesão coronariana > ou = 50%, angioplastia coronariana ou cirurgia de revascularização prévia)
- ☐ Dois episódios de angina grave (típica) recente em menos de 24 horas.

Conferindo um ponto para cada um desses itens, o paciente é catalogado como: **Baixo Risco** (escore de 0 a 2), **Risco Intermediário** (escore de 3 ou 4) ou **Alto Risco** (escore de 5 a 7).

OBSERVAÇÃO:

- 1) Em caso de ECG apresentando SUPRA DE ST evoluído maior que 12 horas, ou com alterações que demonstrem evolução do quadro como onda de necrose miocárdica (onda Q patológica), o paciente deverá ter a prescrição de síndrome coronariana aguda (IAM sem supra de ST ou com supra evoluído >12 horas) e deverá ser regulado via SAMU a Hospital de Referência.
- 2) Em caso de ECG sem supra de ST e com troponina negativa, ou TIMI RISK menor que 4, o paciente também deverá ter sua prescrição de síndrome coronariana aguda (IAM sem supra de ST ou com supra evoluído >12 horas) e deverá ser regulado via SAMU a Hospital de Referência.

**6.3.2 Troponina T** - Dosagem realizada à admissão do paciente na Sala de Emergência e repetida, se negativa, pelo menos uma vez, após 2 horas. O exame de troponina US é um importante método complementar para descartarmos IAM de forma precoce, mas persiste sendo apenas um método complementar. Sempre devemos avaliar o paciente de forma global, com especial enfoque nos sintomas e no ECG.

- ☐ **IAM COM SUPRA ST:** O paciente deve ser direcionado para a Hospital de referência, APENAS com o resultado do ECG. O exame Laboratorial deverá ser solicitado pelo hospital de referência a fim de prognóstico ou para excluir diagnóstico diferenciais em quadro atípicos.
- ☐ **IAM SEM SUPRA ST:** O exame laboratorial poderá ser realizado no período do atendimento para definir diagnóstico.

Elaborado/Revisado	Validado	Aprovado – 2024
Dr. Frederico Folgosi Dra. Merabe Muniz Diniz Cabral	Gerência de Educação em Saúde	Dr. André Luciano Baitello

**6.3.3 RX Tórax** - Deve ser solicitado para os casos com estabilidade hemodinâmica ou que apresentem causas com risco de vida (Ex: pneumotórax, dissecação de aorta...)

Os pacientes com suspeita de síndrome coronariana aguda têm caracteristicamente um RX de tórax sem alterações, mas deve ser solicitado para excluir uma dissecação de aorta (é obrigatório)

O caso de dissecação de aorta em 90% dos casos tem alterações no RX de tórax (alargamento de mediastino).

A grande maioria dos pacientes com TEP tem um RX de tórax normal ou não específico, outros exames de imagem (US e TC) serão solicitados de acordo com a suspeita clínica.

#### 6.4 OBSERVAÇÃO NA UNIDADE DE EMERGÊNCIA

Instalar monitorização cardíaca contínua e monitorização de oximetria periférica.

Estabelecer acesso venoso, preferencialmente em MSE, se possível com abocath calibre 20.

- **Oxigenioterapia** – Pacientes com Dor Torácica / SCA devem receber O<sub>2</sub> se dor ou sintomas de Insuf. Respiratória se medidas de saturação de O<sub>2</sub> forem < 90% (Grau de Recomendação I, Nível de Evidência C e D).

- **Nitratos** – 5 mg de Dinitrato de **isossorbida** SL, podendo ser repetido a cada 5-10 min., se não houver alívio da dor, até o máximo de 15 mg (Grau de recomendação I, Nível de Evidência A e D).

- **Analgesia e sedação** – Controle da dor (se a mesma não foi aliviada com o uso de nitratos SL). Sulfato de **Morfina** na dose de 1 a 5 mg, podendo-se repetir 5 a 30 min após, se não houver alívio (Grau de Recomendação I, Nível de Evidência C e D).

- **Betabloqueadores** – Utilizados em SCA sem supradesnível do segmento (Grau de recomendação IIa, Nível de Evidência A e D). Não podem ser utilizados em pacientes com sinais de Insuf. Ventricular Esquerda, BAV, broncoespasmo ou história de asma brônquica. **Metoprolol** 5 mg EV em 1 a 2 min e repetindo, se necessário, a cada 5 min., até completar 15 mg (objetivando FC 60 bpm), passando-se a seguir para a dose oral de 25-50 mg a cada 12 h.

- **Antagonistas do canal de cálcio** – Alternativa quando houver contra-indicação a betabloqueadores ou nitratos. Diltiazem 60 mg VO 3 a 4 vezes/dia ou Verapamil 80 mg 3 vezes/dia (Grau de Recomendação I, Nível de Evidência B e D). Anlodipina só pode ser utilizada concomitantemente com betabloqueadores (Grau de Recomendação IIb, Nível de Evidência A).

- Recanalização coronária e controle do processo aterotrombótico

Elaborado/Revisado	Validado	Aprovado – 2024
Dr. Frederico Folgosi Dra. Merabe Muniz Diniz Cabral	Gerência de Educação em Saúde	Dr. André Luciano Baitello

>> **Aspirina** – Sempre que não houver contra-indicação (alergia / intolerância gástrica / sangramento ativo / hemofilia ou úlcera péptica ativa), imediatamente após chegada na Sala de Emergência. Dose inicial de 200 – 300 mg VO mastigada (Grau de recomendação I, Nível de Evidência A e D)

>> Tienopiridínicos – **Clopidogrel** é droga de 1ª escolha na substituição ou no uso concomitante com aspirina, em pacientes com SCA sem supradesnível do segmento ST que irão ou não à intervenção coronariana percutânea, devendo ser iniciada logo após a chegada ao serviço de hospital ou quando o diagnóstico de SCA for estabelecido (Grau de Recomendação I, Nível de Evidência A). Dose inicial 300-600 mg VO, seguida de dose de manutenção de 75 mg/dia.

>> Angioplastia coronária percutânea primária – Método de eleição, se realizado dentro dos primeiros 60-90 min. após a chegada do paciente à Sala de Emergência, e por equipe experiente (Grau de Recomendação I, Nível de Evidência A e D). Disponível em Serviço contratado pela SMS – Santa Casa de Misericórdia de S.J.do Rio Preto.

>> Fibrinolíticos - Dor torácica prolongada sugestiva de isquemia miocárdica aguda e que apresentam supradesnível do segmento ST no ECG(ou um padrão de BRE). Início o mais breve possível, desde o início da dor, considerando-se critérios de inclusão / exclusão (Grau de Recomendação I, Nível de Evidência A e D). Alternativa na impossibilidade de se realizar Angioplastia coronária percutânea primária em tempo adequado. Disponível em Serviço contratado pela SMS – Sta. Casa de Misericórdia de S.J.do Rio Preto.

>> Anticoagulantes - Heparina não fracionada é administrada como bolus EV de 60-70 UI/Kg/h (Máximo de 5000 U), seguido de infusão de 12-15 U/Kg/h (máximo de 1000 U/h), mantendo-se o PTTa entre 1,5-2 vezes o controle (ajustes a cada 4-6 h).

Durante as horas de observação, a presença de elevação nos marcadores de necrose miocárdica ou alterações isquêmicas do ECG deve direcionar medidas para síndrome coronariana aguda (Protocolo específico).

Deve ser realizada uma radiografia de tórax durante o período de observação na unidade de emergência para a avaliação de diagnóstico diferencial como dissecação de aorta.

Pacientes que permanecem sem elevação de marcadores de necrose miocárdica e eletrocardiograma sem alterações isquêmicas devem ter condutas individualizadas.

Pacientes com baixa probabilidade para DAC (Jovens com menos de 2 fatores de risco) devem ser considerados para alta hospitalar sem exames adicionais.

Elaborado/Revisado	Validado	Aprovado – 2024
Dr. Frederico Folgosi Dra. Merabe Muniz Diniz Cabral	Gerência de Educação em Saúde	Dr. André Luciano Baitello

Pacientes com moderada e alta probabilidade para DAC (>2 fatores de risco, DAC ou aterosclerose conhecida, diabetes mellitus) devem ser considerados para a realização de teste isquêmico provocativo ou avaliação não invasiva da anatomia coronariana – A critério do médico plantonista.

## 6.5 AVALIAÇÃO NÃO INVASIVA (DISPONÍVEIS EM SERVIÇOS DE REFERÊNCIA)

### 6.5.1 Teste Ergométrico

- Valor preditivo negativo elevado (> 98%)
- Alta taxa de falsos positivos ou exames inconclusivos (incapacidade motora, distúrbios da condução ou sobrecarga no ECG) gerando exames diagnósticos adicionais.
- A solicitação deverá ser feita pelo plantonista da UPA – impresso de SADT
- A enfermeira do plantão ou gerente da unidade deverá entrar em contato com a gerência do

Hospital Dia

- Transporte do paciente através da Central de Remoção
- O laudo do TE deverá ser emitido imediatamente após a sua realização
- Após a realização do exame o paciente retornará para a UPA para conclusão diagnóstica -  
**Atenção especializada**

## 7. ALTA E ENCAMINHAMENTO PARA O PROGRAMA DE CONTINUIDADE DO CUIDADO

Pacientes com **dor torácica de baixo risco** para evento coronariano e após descartar doenças graves conforme apresentado anteriormente, serão encaminhados para o programa de continuidade do cuidado ou receberão alta de acordo com o diagnóstico estabelecido.

O encaminhamento será para a Atenção Básica ou Centro Médico de Especialidade

**Observação:** Situações especiais poderão fugir a este protocolo, de acordo com justificativa feita pelo solicitante.

### QUADRO I - PRINCIPAIS CAUSAS DE DOR TORÁCICA

Elaborado/Revisado	Validado	Aprovado – 2024
Dr. Frederico Folgosi Dra. Merabe Muniz Diniz Cabral	Gerência de Educação em Saúde	Dr. André Luciano Baitello

<b>Musculoesquelética:</b>	<b>Causas cardíacas:</b>
• Lesões em costelas (fratura, metástase, trauma)	• Isquêmica: Síndrome Coronarianas Aguda
• Nervos sensitivos (herpes-zóster)	• Não isquêmica:
• Costocondrite (síndrome de Tietze)	☐ Pericardite
• Fibromialgia	☐ Valvular: estenose aórtica
• Síndrome radiculares	☐ Cardiomiopatia: hipertrófica
• Dores musculares inespecíficas	
<b>Causas gastroesofágicas:</b>	<b>Causas pulmonares:</b>
• Refluxo gastroesofágico	• Pneumotórax
• Espasmo esofágico	• Embolia pulmonar
• Esofagite	• Pneumonia
• Úlcera péptica/gastrite	• Pleurite
• Ruptura de esôfago (Boerhaave)	• Hipertensão pulmonar
<b>Causas psiquiátricas:</b>	<b>Abdome superior:</b>
• Transtorno do pânico	• Pancreatite
• Transtorno da ansiedade generalizada	• Colecistite
• Depressão	• Abscesso subfrênico
• Transtornos somatoformes	
<b>Causas vasculares:</b>	
• Dissecção de aorta	
• Aneurisma de aorta	

<b>Elaborado/Revisado</b>	<b>Validado</b>	<b>Aprovado – 2024</b>
Dr. Frederico Folgosi Dra. Merabe Muniz Diniz Cabral	Gerência de Educação em Saúde	Dr. André Luciano Baitello



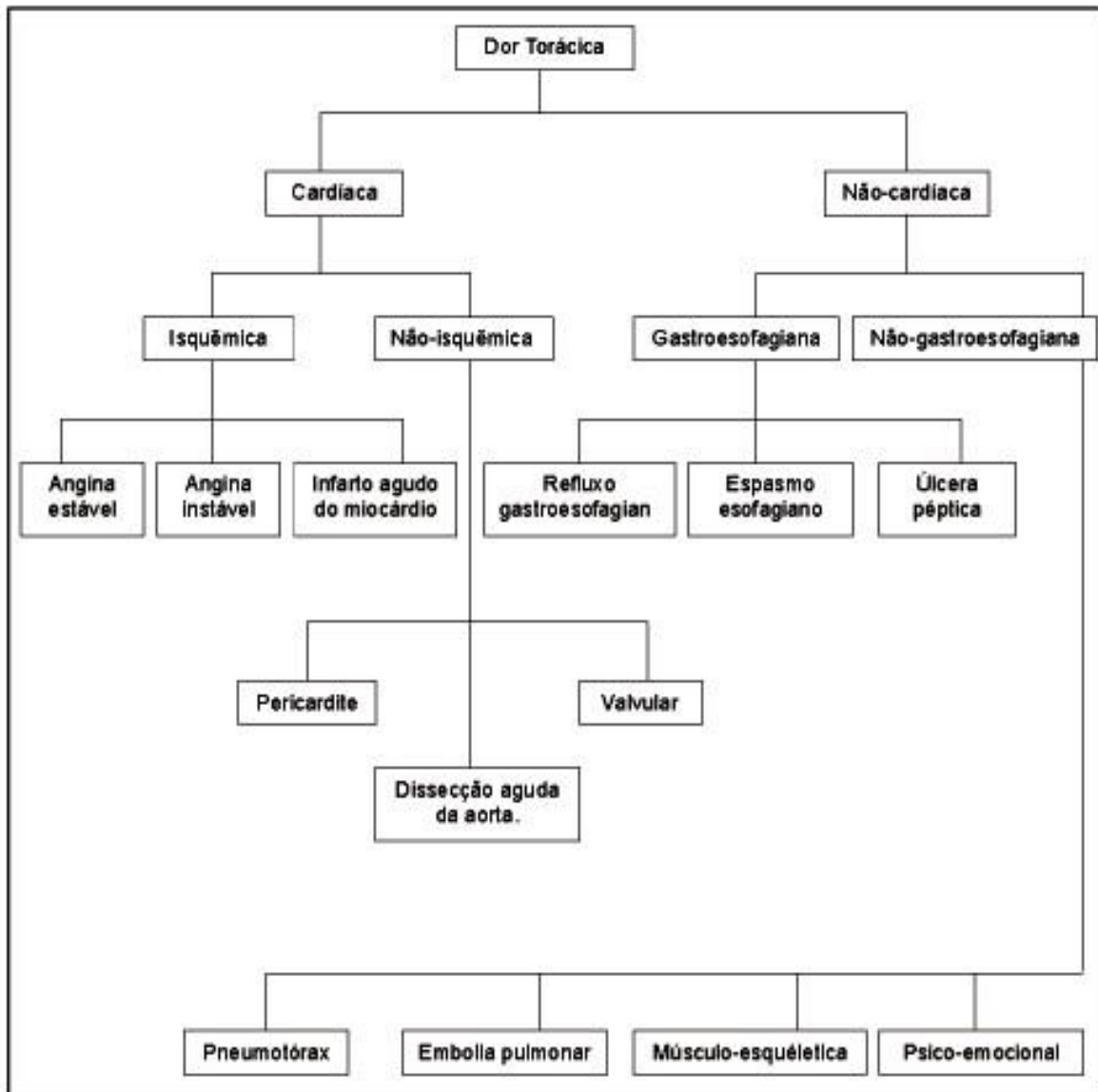
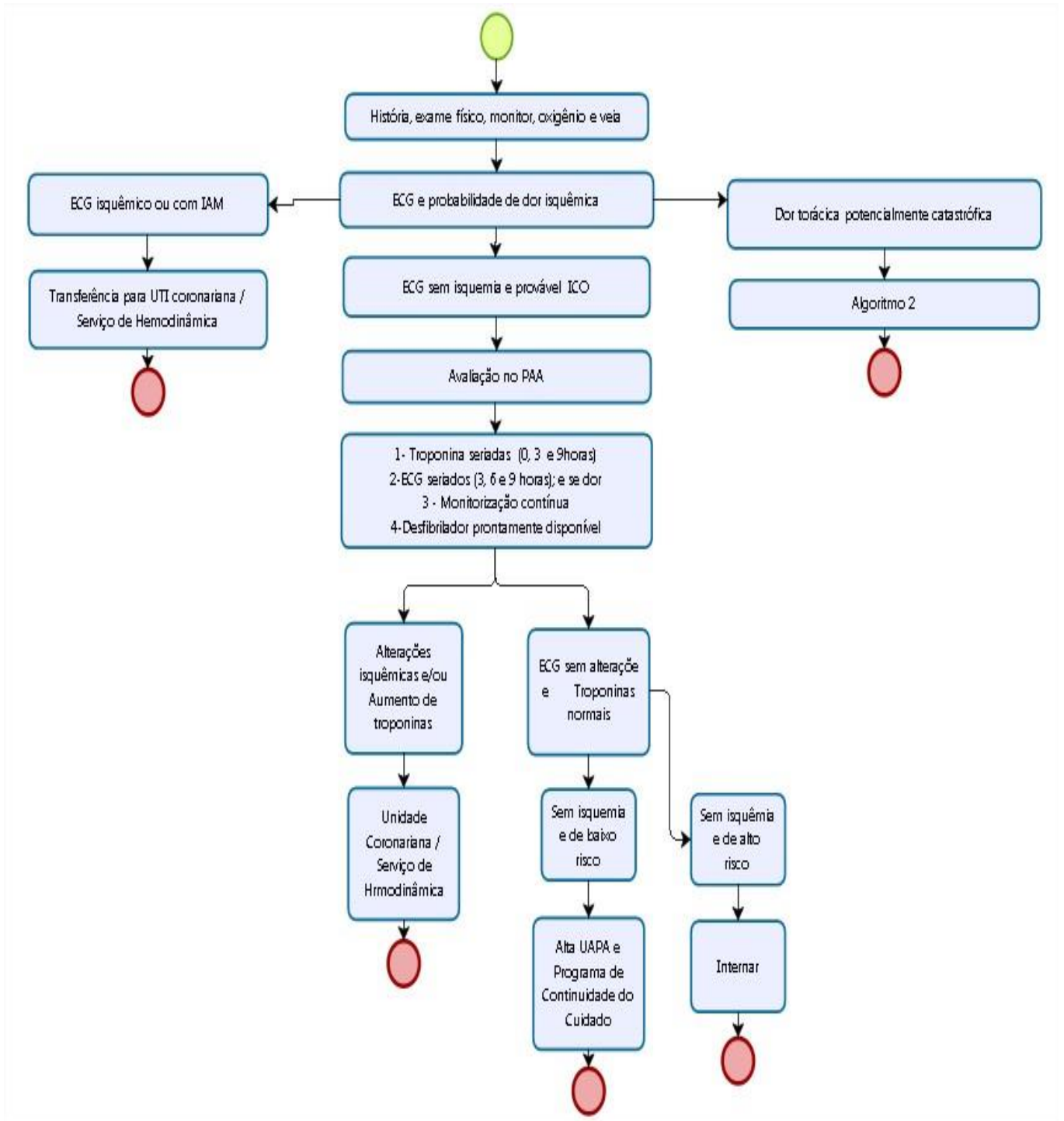


Figura 1 - Doenças cardíacas e não cardíacas que se manifestam com dor torácica (ref. 30).

Elaborado/Revisado	Validado	Aprovado – 2024
Dr. Frederico Folgosi Dra. Merabe Muniz Diniz Cabral	Gerência de Educação em Saúde	Dr. André Luciano Baitello

**ALGORITMO – ABORDAGEM INICIAL DA DOR TORÁCICA**



Troponinas	Heart I	Heart II	Heart III
Troponina POCT 0 (primeira troponina)			

Elaborado/Revisado	Validado	Aprovado – 2024
Dr. Frederico Folgosi Dra. Merabe Muniz Diniz Cabral	Gerência de Educação em Saúde	Dr. André Luciano Baitello

Negativa < 50 ng/L	Alta hospitalar se início da dor > 3h da coleta (s início da dor < 3h, repeti POCT)	Manter em triagem. Nova coleta de troponina POC em 2h	Manter em triagem. Nova coleta de troponina POC em 2h
Detectável $50 \geq \Delta \leq 100$ ng/L	Troponina detectável sem critérios clínicos para IAM recomenda-se curva de Troponina T	Troponina detectável sem critérios clínicos para IAM. Recomendase curva de Troponina T	Troponina detectável sem critérios clínicos para IAM. Recomendase curva de Troponina T
Positiva $\geq 100$ ng/L	Provável IAM sem Supr de ST. Confirmar com curva de Troponina T. Iniciar tratamento	Provável IAM sem Supra ST. Confirmar com curva de Troponina T. Iniciar Tratamento.	Provável IAM sem Supra ST. Confirmar com curva de Troponina T. Iniciar tratamento
Troponina POCT 2h (para os que tiveram indicação de repetir o exame com 2h)			
Negativa < 50 ng/L	Sem indicação de seriar POCT	Alta hospitalar	Contato com retaguarda (CEM / AB). Considerar alta ou estratificação não invasiva***
Detectável $50 \geq \Delta \leq 100$ ng/L		Troponina detectável sem critérios para IAM. Recomendase curva de Troponina T	Troponina detectável sem critérios para IAM. Recomendase curva de Troponina T
Positiva $\geq 100$ ng/L		Provável IAM sem Supra ST. Confirmar com curva de Troponina T de alta sensibilidade. Iniciar tratamento imediato	Provável IAM sem Supra ST. Confirmar com curva de Troponina T de alta sensibilidade. Iniciar

<b>Elaborado/Revisado</b>	<b>Validado</b>	<b>Aprovado – 2024</b>
Dr. Frederico Folgosi Dra. Merabe Muniz Diniz Cabral	Gerência de Educação em Saúde	Dr. André Luciano Baitello

			tratamento imediato
--	--	--	------------------------

\*\*\* Encaminhar para a realização de Teste Ergométrico ou Atenção Básica.

### HEART

(**HISTORY** -> História, **ELECTROCARDIOGRAM** -> Eletrocardiograma, **AGE** -> Idade, **RISK FACTORS** -> Fatores de Risco e **INITIAL TROPONIN** -> Troponina Inicial):

História	Dor tipo C	1 ponto
	Dor tipo D	0 ponto
Eletrocardiograma	Possivelmente isquêmico: - inversão de T < 2mm - Infra ST que não preencha os critérios de alta probabilidade	2 pontos
	Com alteração cardíaca estrutural: - bloqueio de Ramo antigo - presença de onda q antiga no ECG -sobrecargas de câmeras atriais e/ou ventriculares	1 ponto
	normal	0 ponto
Idade	≥ 65 anos	2 pontos
	≥ 45 anos a < 65 anos	1 ponto
	< 45 anos	0 pontos
Fatores de risco	Aterosclerose manifesta e/ou Diabetes e/ou 3 fatores de risco	2 pontos
	1 a 2 fatores de risco	1 ponto

**HEART:**

<b>Elaborado/Revisado</b>	<b>Validado</b>	<b>Aprovado – 2024</b>
Dr. Frederico Folgosi Dra. Merabe Muniz Diniz Cabral	Gerência de Educação em Saúde	Dr. André Luciano Baitello

HEART Score	Pontos	Probabilidade
Heart I	0	Muito baixa
Heart II	1 a 3	Baixa
Heart III	≥ 4	Intermediária

FICHA DE DOR TORÁCICA

Atendimento: \_\_\_\_\_

NOME: \_\_\_\_\_ SEXO: ( ) F ( ) M IDADE: \_\_\_\_\_

HORÁRIO DA CHEGADA: \_\_\_\_: \_\_\_\_.

QUEIXA E DURAÇÃO: \_\_\_\_\_

HDA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

CARACTERÍSTICAS DA DOR: Tipo A ( ) Tipo B ( ) Tipo C ( ) Tipo D ( )

FATORES DE RISCO: ( ) tabagismo ( ) Diabetes ( ) Dislipidemia ( ) HAS ( ) História familiar  
DAC

AP: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

MEDICAÇÕES EM USO: \_\_\_\_\_

EXAME FÍSICO: PA: \_\_\_x\_\_\_ mmHg FC: \_\_\_bpm FR: \_\_\_ipm T: \_\_\_ ° C Sat O2: \_\_\_%

PRECÓRDIO: \_\_\_\_\_

PULMÕES: \_\_\_\_\_

ABDOME: \_\_\_\_\_

EXTREMIDADES: \_\_\_\_\_

OUTROS: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Elaborado/Revisado	Validado	Aprovado – 2024
Dr. Frederico Folgosi Dra. Merabe Muniz Diniz Cabral	Gerência de Educação em Saúde	Dr. André Luciano Baitello

1° ECG – \_\_\_ h \_\_\_ min: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

CONDUTA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**( ) ECG com SUPRA de ST**

USA Horário da solicitação: \_\_\_h:\_\_\_ min Nome do Regulador: \_\_\_\_\_

Medicação: ( ) AAS \_\_\_mg ( ) Clopidroguel \_\_\_mg ( ) Morfina \_\_\_mg ( ) O2 \_\_\_l/min

( ) Monitor cardíaco ( ) Repouso absoluto

**( ) ECG sem SUPRA de ST**

TIPO DE DOR	( ) TIPO A	( ) TIPO B	( ) TIPO C	( ) TIPO D
-------------	------------	------------	------------	------------

EXAMES COMPLEMENTARES	TROPONINA	1° hora	ng/l
		2° hora	ng/l
	ECG	1°	
		2°	
		3°	

HD: ( ) IAM com supra ( ) IAM sem supra ( ) Angina Instável ( ) Angina estável

( ) Dor torácica não cardíaca \_\_\_\_\_

CONDUTA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

PROFISSIONAL: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

**ENCAMINHADO:**

<b>Elaborado/Revisado</b>	<b>Validado</b>	<b>Aprovado – 2024</b>
Dr. Frederico Folgosi Dra. Merabe Muniz Diniz Cabral	Gerência de Educação em Saúde	Dr. André Luciano Baitello

- TESTE ERGOMÉTRICO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- CENTRO MÉDICO DE ESPECIALIDADE OU UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\*Resultado de troponina: interpretar de acordo com **Quadro I**

## 8. CONCLUSÃO:

Garantir a qualidade da assistência e segurança no tratamento dos pacientes que apresentam dor torácica. Os pacientes com dor torácica de **alto risco** deverão iniciar o tratamento para SCA - IAM **o mais rápido possível**. O paciente de **baixo risco** para evento coronariano e após descartar doenças graves conforme apresentado anteriormente, deverão ser encaminhados para o programa de continuidade do cuidado ou receberão alta de acordo com o diagnóstico estabelecido.

Elaborado/Revisado	Validado	Aprovado – 2024
Dr. Frederico Folgosi Dra. Merabe Muniz Diniz Cabral	Gerência de Educação em Saúde	Dr. André Luciano Baitello