

**DOR TORÁCICA**

**1. OBJETIVOS GERAIS E ESPECÍFICOS**

Oferecer aos pacientes que procuram o serviço de emergência com dor no peito (ou sintoma considerado equivalente anginoso) um atendimento rápido, organizado, com elevada acurácia no diagnóstico e na relação custo-efetividade.

**2. ELEGIBILIDADE: CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO**

**2.1 Critérios de Inclusão**

São elegíveis pacientes atendidos na instituição apresentando dor torácica ou sintoma equivalente anginoso.

**2.2 Critérios de Exclusão**

São excluídos os pacientes considerados para Cuidados Paliativos.

**3. HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO**

**3.1 Dor Torácica na Síndrome Coronariana Aguda**

Desconforto ou queimação ou sensação opressiva localizada na região precordial ou retroesternal. Pode ter irradiação para o ombro e/ou braço esquerdo, braço direito, pescoço ou mandíbula, acompanhada frequentemente de diaforese, náuseas, vômitos ou dispnéia.

**3.2 Diagnósticos diferenciais**

Queixa atípica: Frequente em idosos e mulheres, apresentam dispnéia, mal-estar, indigestão, fraqueza ou apenas sudorese, sem dor (equivalente isquêmico).

Dissecção aguda da aorta: dor súbita, descrita como “rasgada”, geralmente iniciando-se no tórax anterior e com irradiação para dorso, pescoço ou mandíbula, com assimetria de pulsos.

Embolia pulmonar: dispnéia é o sintoma mais comumente encontrado, com a dor torácica ocupando o segundo lugar

Pneumotórax espontâneo: localizada no dorso ou ombros e acompanhada de dispnéia. Pode produzir sinais e sintomas de insuficiência respiratória e/ ou colapso cardiovascular (pneumotórax hipertensivo).

**DOR TORÁCICA**

**Doenças do esôfago:** Paciente com refluxo gastroesofágico pode apresentar desconforto torácico, geralmente em queimor, ou como sensação opressiva, localizada na região retroesternal ou subesternal, podendo se irradiar para o pescoço, braços ou dorso, às vezes associada à regurgitação alimentar, e que pode melhorar com a posição ereta ou com o uso de antiácidos, nitratos, bloqueadores dos canais de cálcio ou repouso.

**3.3 Classificação do Tipo de Dor Torácica Conforme Utilizado no Modelo Diagnóstico da Unidade de Dor Torácica do Hospital Pró-Cardíaco**
**Dor tipo A**

**Definitivamente anginosa.** Dor torácica cujas características dão ao médico examinador a certeza do diagnóstico de insuficiência coronariana aguda, independente do resultado de exames complementares.

**Dor tipo B**

**Provavelmente anginosa.** Dor torácica cujas características fazem da insuficiência coronariana aguda a principal hipótese diagnóstica, porém necessitando o médico de exames complementares para a confirmação diagnóstica.

**Dor tipo C**

**Provavelmente não-anginosa.** Dor torácica cujas características não fazem da insuficiência coronariana aguda a principal hipótese diagnóstica, porém necessitando o médico de exames complementares para a exclusão do diagnóstico.

**Dor tipo D**

**Definitivamente não-anginosa.** Dor torácica cujas características não incluem a insuficiência coronariana aguda como hipótese diagnóstica

**3.4 Escore de Risco – TIMI Risk:**

Fatores de risco	Pontuação
Idade acima de 65 anos	01
Presença de mais de três fatores de risco para doença coronariana (HAS – DM – DLP – Tabagismo – história familiar positiva)	01
Estenose coronariana prévia > 50%	01
Depressão de ST no ECG de admissão	01
Pelo menos dois episódios de angina nas últimas 24 horas	01
Uso de aspirina nos últimos sete dias	01
Elevação de enzimas cardíacas	01

Logo após, classificar o risco:

Variáveis (número)	Baixo risco		Risco moderado		Alto risco	
	1	2	3	4	5	6/7
Eventos em 14 dias (%)	4,7	8,3	13,2	19,9	26,2	40,9

**ELABORADO POR/ REVISADO POR:**  
 CYNTHIA LINS

**APROVADO POR**  
 ROGÉRIO PALMEIRA

**SETOR:** PROTOCOLO ASSISTENCIAL INSTITUCIONAL

**DOR TORÁCICA**

**4. EXAMES DIAGNÓSTICOS INDICADOS**

- Eletrocardiograma de 12 derivações – incluindo DII longo
  - Supradesnível ST em pelo menos duas derivações contíguas de uma mesma parede
  - Bloqueio do ramo esquerdo
  - Infradesnível ST ou inversão T em pelo menos 2 derivações contíguas da mesma parede
  - Normal ou com alterações inespecíficas
- Marcadores de Necrose Miocárdica – CK-MB ou massa, CPK e Troponina
- Hemograma, Ureia, Creatinina, Sódio, Potássio, Magnésio, Tempo de Protrombina, TTPA
- Radiografia de Tórax, Tomografia de Tórax e Ecocardiograma, conforme suspeita clínica

**5. TRATAMENTO INDICADO**

**5.1 Rotas de Encaminhamento**

Baseado na suspeição do diagnóstico principal e no perfil de risco dos pacientes, foram estabelecidas condutas diagnósticas e terapêuticas específicas, considerando as ROTAS.

**ROTA 1** – diante da suspeita de IAM com supra de ST, deverá ser seguido o protocolo de IAM com supra de ST na emergência, com acionamento do SAMU para inclusão no Protocolo IAM visando Angioplastia primária. Caso impossibilidade de ATC em tempo hábil, proceder Trombólise química.

**ROTA 2** – Pacientes deverão seguir o protocolo de síndromes isquêmicas sem supra de ST, e serem encaminhados para a UTI.

**ROTA 3** – Os pacientes deverão permanecer por um período de 12 horas em observação na emergência e neste período serão seriados eletrocardiogramas e dosados marcadores bioquímico de necrose: CK-MB nas horas 0, 4 e 9; Troponinas nas horas 0 e 9. Caso durante a observação o paciente apresente recorrência de isquemia, ou elevação dos marcadores de necrose, serão admitidos na UTI/ Semi-intensiva. Por outro lado, caso evoluam sem estes achados e apresentem TIMI Risk alto, deverão ser internados; já os com baixo risco, poderão receber alta, com orientação de acompanhamento ambulatorial.

**DOR TORÁCICA**

**ROTA 4** - Os pacientes deverão ser submetidos a uma angio-tomografia computadorizada de tórax para investigar dissecção aguda de aorta. Dissecções do tipo I e II, assim como tipo III com instabilidade clínica, deverão ser contemplados para correção cirurgia de urgência e encaminhados para a UTI. Dissecções do tipo III com estabilidade clínica deverão ser mantidos inicialmente em tratamento clínico e encaminhados para a UTI. Afastado este diagnóstico o paciente poderá mudar de rota.

**ROTA 5** - Os pacientes deverão permanecer por um período de 4 horas em observação na emergência e neste período será realizado outro ECG após 3 horas, e serão realizadas dosagens de CK-MB na hora 0 e 3. Caso não apresentem recorrência de isquemia, modificações do ECG ou alterações dos marcadores bioquímicos de necrose, deverão receber alta com orientação de acompanhamento ambulatorial. Caso exista outra suspeita clínica a mesma deverá ser investigada.

**OBSERVAÇÕES:**

Baseado em dados da história clínica, na classificação do tipo de dor torácica e nos achados eletrocardiográficos os pacientes serão separados em diferentes rotas, com recomendações diagnósticas e terapêuticas específicas:

Pacientes com dor tipo A ou B, com duração superior a 30 minutos, que não ceda com o uso de nitrato sublingual, e com supra de ST ou BRE ao ECG deverão ser encaminhados para terapêutica de reperfusão (**ROTA 1**) e incluir no Protocolo IAM / SAMU.

Os pacientes com supra transitório de ST, e aqueles com completo alívio da dor com uso de nitrato, deverão ser tratados conforme a **ROTA 2**.

Pacientes com dor tipo A ou B e com infradesnível de ST ou inversão de onda T no ECG, ou com doença arterial coronariana (DAC) prévia documentada, ou com DM, assim como aqueles com dor tipo A ou B de duração inferior a 30 minutos e que apresentem BRE ao ECG seguirão a **ROTA 2**.

Pacientes com dor do tipo A ou B e com ECG normal ou com alterações inespecíficas deverão seguir a **ROTA 3**, exceto aqueles com história de diabetes mellitus e/ou com DAC prévia documentada que deverão seguir a **ROTA 2**.

**ELABORADO POR/ REVISADO POR:**  
CYNTIA LINS

**APROVADO POR**  
ROGÉRIO PALMEIRA

**SETOR:** PROTOCOLO ASSISTENCIAL INSTITUCIONAL

**DOR TORÁCICA**

Pacientes com dor irradiada ou localizada em dorso, dor associada a sintomas neurológicos ou história de síncope, e dor torácica com sinais de alargamento de mediastino, dor torácica com assimetria de pulsos, e aqueles com dor torácica e sopro de insuficiência aórtica (IAo) deverão ser avaliados conforme recomendações da **ROTA 3**, e serem encaminhados para a **ROTA 4**.

Pacientes com dor tipo C e eletrocardiograma com BRE, inversão de T ou infradesnível de ST deverão seguir a **ROTA 3**.

Pacientes com dor do tipo C e ECG normal ou com achados inespecíficos deverão seguir a **ROTA 5**.

Pacientes com dor do tipo D e com eletrocardiograma normal, poderão ter alta hospitalar após o atendimento inicial. Todavia aqueles com um diagnóstico plausível poderão receber orientação específica.

Pacientes com dor torácica associada à dispnéia, ou baixa saturação de oxigênio, deverão ter providenciado nos primeiros 10 minutos do atendimento, além do ECG, uma hemogasometria arterial e, nos primeiros 20 minutos, um RX de tórax. Além da possibilidade de insuficiência coronariana com disfunção de VE, deverá ser sempre descartado pneumotórax, e feito o diagnóstico diferencial com tromboembolismo pulmonar.

**5 AVALIAÇÃO DO TRATAMENTO INDICADO**

Não se aplica.

**6 PLANO TERAPÊUTICO**

Estabelecer conforme diagnóstico

Estabilizar o paciente, com controle dos sintomas e disfunções apresentadas em até 3 dias.

Realizar investigação etiológica e de risco, conforme suspeita

Gerenciar os Riscos identificados no paciente, diante do diagnóstico, comorbidades e terapias instituídas.

Manter o paciente e seus familiares cientes do quadro e inseridos nas decisões terapêuticas.

**DOR TORÁCICA**

**7 CRITÉRIOS DE MUDANÇA TERAPÊUTICA**

Mudança de terapia pode ocorrer após o diagnóstico e diante da resposta terapêutica.

**8 CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO E DE ALTA**

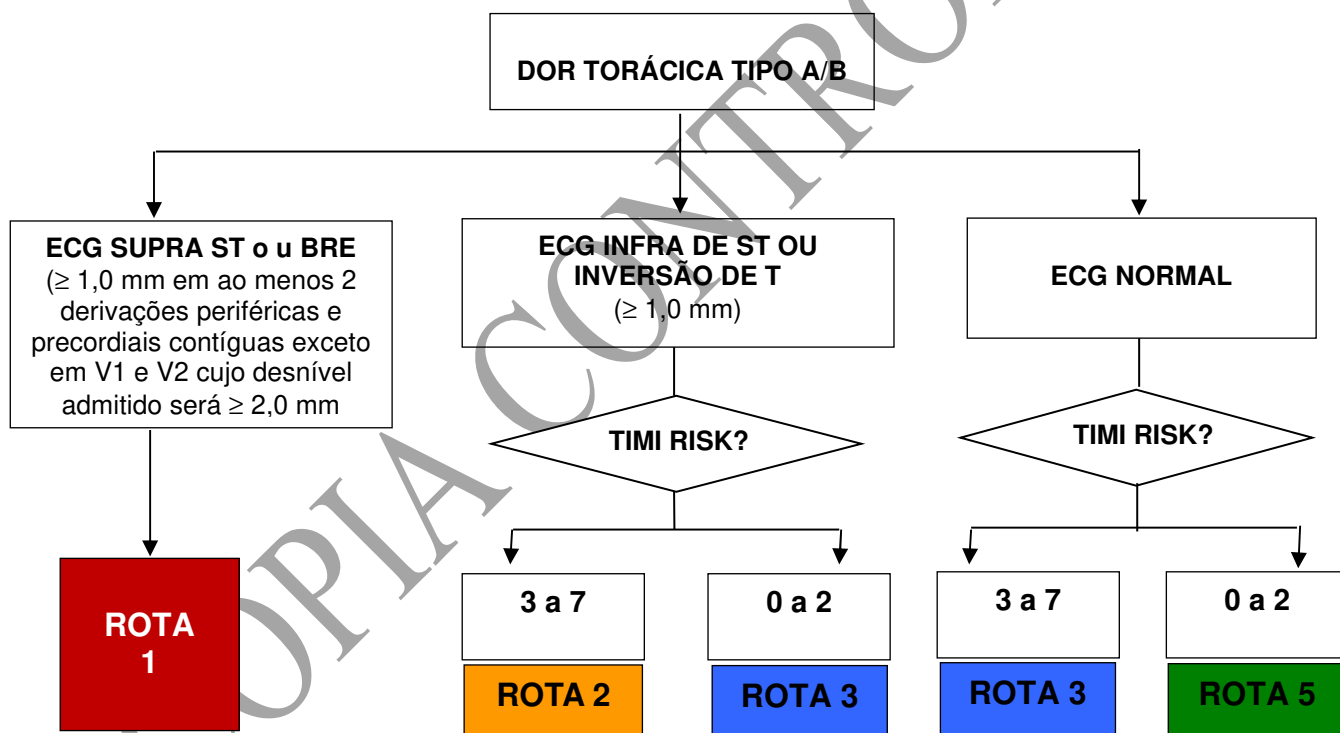
Após a estabilização do quadro clínico e controle dos sintomas, com esclarecimento etiológico.

**9 CUIDADOS ESPECIAIS**

Não se aplica.

**10 FLUXOGRAMA CLÍNICO**

**10.1 Dor torácica tipo A/B**



Paciente Diabético e/ou com DAC prévia  
- ECG Normal - Rota 3  
- ECG com infra de ST ou inversão de T – Rota 2

**DOR TORÁCICA**

**10.2 ROTA 1**

**IAM com supra de ST ou BRE novo**

- Monitorização ECG, FC, FR, SpO2
- Oxigenoterapia para SpO2 > 94%
- AAS 200 mg VO
- Clopidogrel: Dose de ataque 300 mg VO. Dose de manutenção: 75 mg/d
- Enoxaparina 1mg/kg de 12/12 h ou Heparina IV para manter TTPa entre 2 a 2,5X
- Betabloqueador: Metoprolol 5mg IV de 5/5 min até 15mg ou FC 50-55 bpm ou PAS < 90 mmHg. Manter dose oral de 100 – 200mg VO / dia
- Nitroglicerina: Durante 24 – 48h ou mais, se isquemia recorrente ou congestão pulmonar
- Estatina (Atorvastatina 80 mg VO)
- Avaliar uso de IECA

Início Sintomas Até 12 horas?

**SIM**

**NÃO**

**ROTA 2**

Hemodinâmica até 90min ?

Completar 300 mg de clopidogrel se idade < 75 anos

ATC primária

**Trombólise**

Trombólise: STK 1.500.000 UI em 1h OU RTPa nas seguintes dosagens:  
15 mg bólus  
50 mg /30min  
35mg / 60 min  
(checar contra-indicações em anexo)

**Evidências de reperfusão:**

Melhora da dor, diminuição da supra ST, arritmias de reperfusão: TV lenta e bradicardia sinusal

**DOR TORÁCICA**

**10.3 ROTA 2**

**IAM sem supra de ST  
Com Infra do ST / Alterações isquêmicas de T**

- Monitorização ECG, FC, FR, SpO2
- Oxigenioterapia para SpO2 > 94%
- AAS 200 mg VO
- Clopidogrel: Dose de ataque 300 mg VO. Dose de manutenção: 75 mg/d
- Enoxaparina 1mg/kg de 12/12 h ou Heparina IV para manter TTPa entre 2 a 2,5X
- Betabloqueador: Metoprolol 5mg IV de 5/5 min até 15mg ou FC 50-55 bpm ou PAS < 90 mmHg. Manter dose oral de 100 – 200mg VO / dia
- Nitroglicerina: Durante 24 – 48h ou mais, se isquemia recorrente ou congestão pulmonar
- Estatina (Atorvastatina 80 mg VO)
- Avaliar uso de IECA

Paciente Instável (Killip 3 ou 4)?

**SIM**

**NÃO**

Risco de IAM não Q ou morte cardíaca súbita;  
Dor > 20 min, EAP, hipotensão, IAM prévio, ATC há 6 meses, RM, disfunção de VE, ST > 2 mm ou inversão de T

Manter na UTI, com Anticoagulação e controle rigoroso de duplo produto

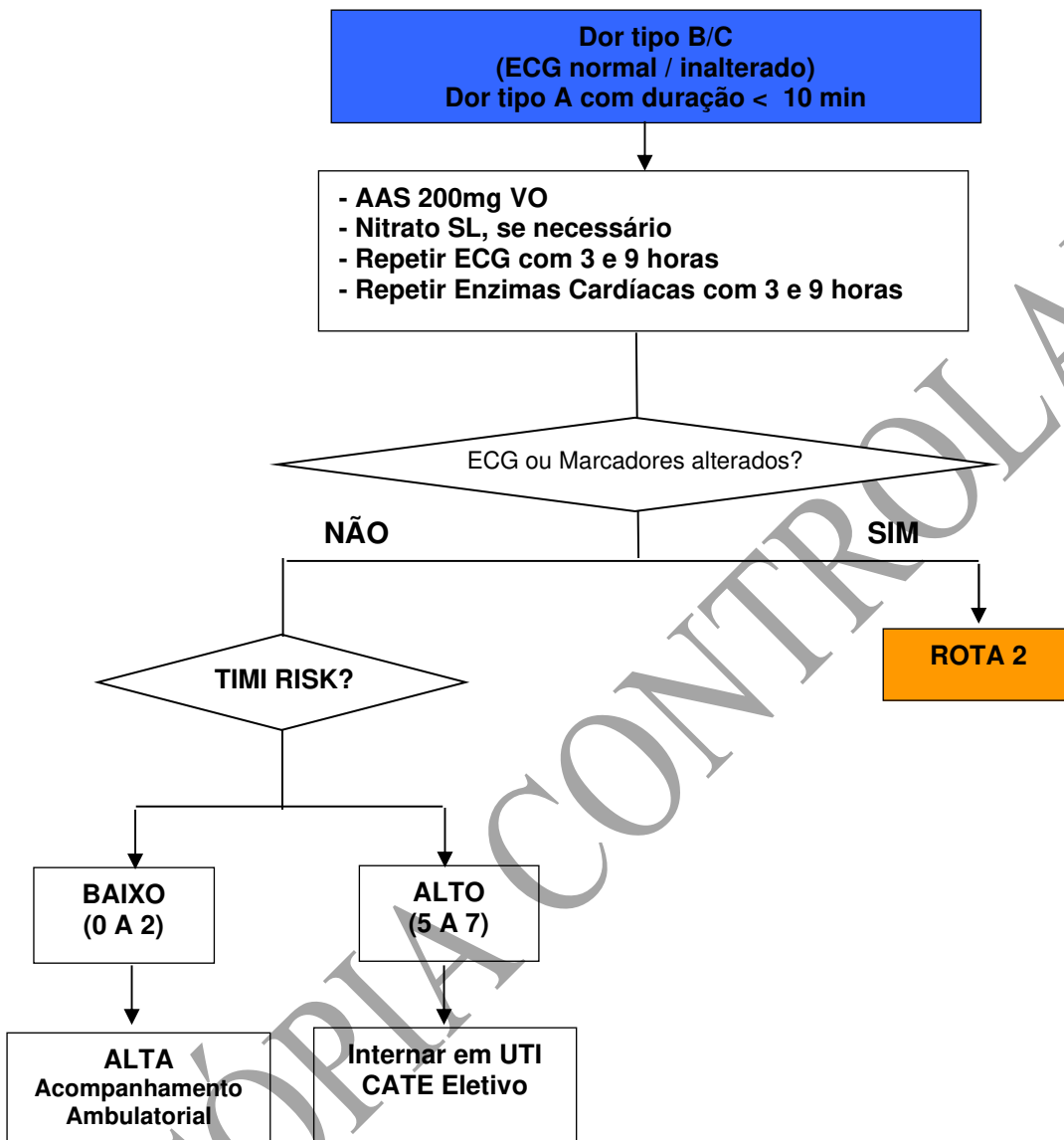
Solicitar CATE Precoce

Solicitar CATE eletivo



**DOR TORÁCICA**

**10.4 ROTA 3**



**DOR TORÁCICA**

**10.5 ROTA 4**

**SD de Dissecção Aguda de Aorta**

PAM não invasiva, monitorização cardíaca, débito urinário, acesso IV.  
Solicitar TC Tórax e Abdomen, ECG, hemograma, bioquímica.

**Manter PAS 100 a 120 mmHg com PAM 60 a 75 mmHg e FC 50 a 55 bpm**

Analgesia com Mofina  
Controle rigoroso da Pressão Arterial e Frequência Cardíaca  
BBloqueador e Nitroprussiato de sódio  
Bloqueador dos canais de cálcio (se contra-indicação do betabloqueador:  
verapemil ou diltiazem IV)

Confirma Dissecção Ao?

**SIM**

**NÃO**

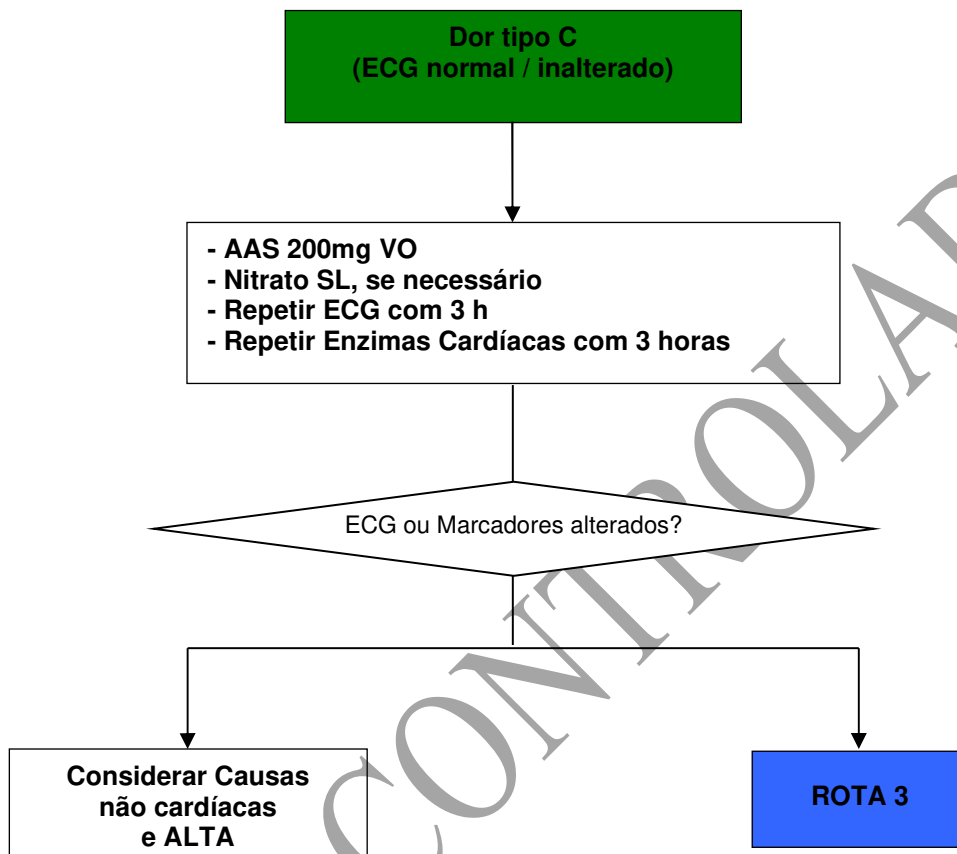
Acionar equipe de cirurgia  
Vascular de Urgência e  
Solicitar Regulação para  
serviço de Referência

Prosseguir Investigação

Atenção à Dissecção complicada por ruptura de aorta, dor persistente, aneurisma vascular, dilatação e expansão da aorta, isquemia para MMII ou órgãos vitais, dissecção retrógrada da aorta ascendente, Síndrome de Marfan

**DOR TORÁCICA**

**10.6 ROTA 5**



**10 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

KNOBEL, Elias. Conduitas no paciente grave, 2ª edição. São Paulo: Atheneu, 1998

CINTRA, Elaine; et al. Assistência de enfermagem ao paciente gravemente enfermo, 2ª ed. São Paulo: Atheneu, 2001.

BRUNNER & SUDDARTH. Tratado de enfermagem médico – cirúrgica, vol 2. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

Nicolau JC, Timerman A, Piegas LS, Marin-Neto JA, Rassi A. Jr. *Guidelines for Unstable Angina and Non-ST-Segment Elevation Myocardial Infarction of the Brazilian Society of Cardiology (II Edition, 2007)*. Arq Bras Cardiol 2007; 89 (4): e89-e131

Piegas LS, Feitosa G, Mattos LA, Nicolau JC, Rossi Neto JM et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST. Arq Bras Cardiol.2009;93(6 supl.2):e179-e264.

Bassan R, Pimenta L, Leães PE, Timerman A. Sociedade Brasileira de Cardiologia - I Diretriz de Dor Torácica na Sala de Emergência. Arq Bras Cardiol 2002; 79 (supl II): 1.

**ELABORADO POR/ REVISADO POR:**  
CYNTIA LINS

**APROVADO POR**  
ROGÉRIO PALMEIRA

**SETOR:** PROTOCOLO ASSISTENCIAL INSTITUCIONAL