



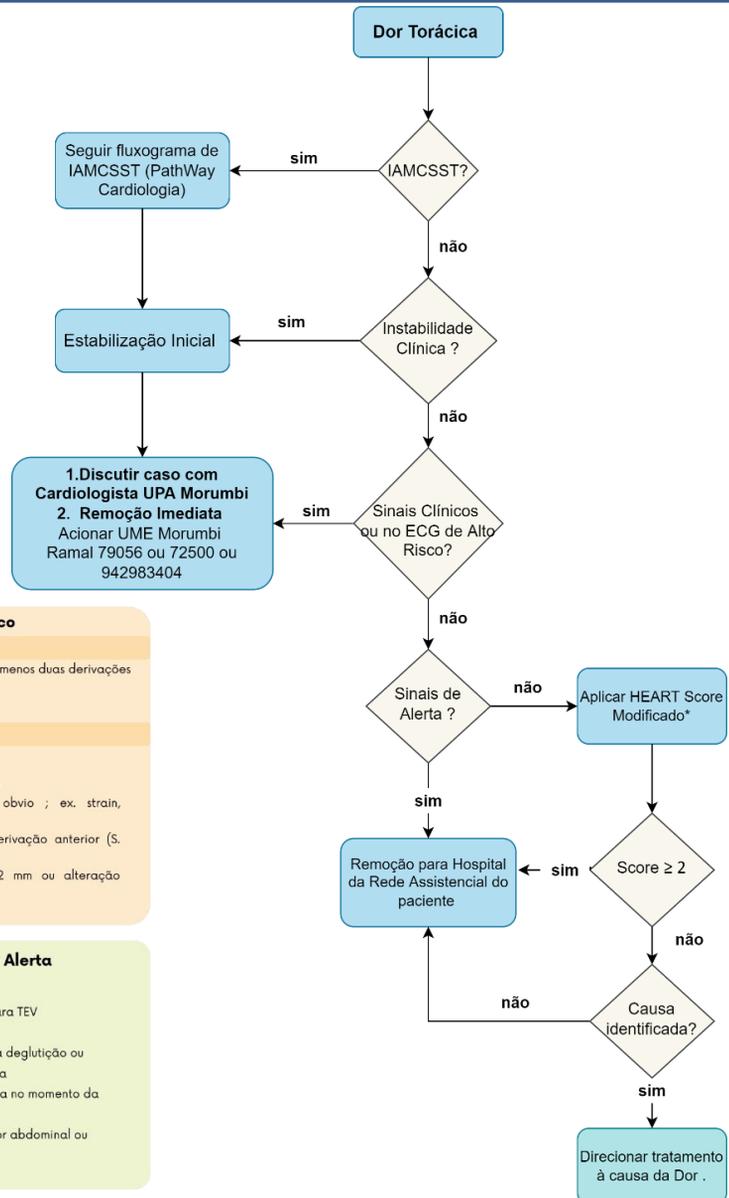
Esta diretriz tem por objetivo sistematizar a avaliação inicial dos pacientes com queixa de dor torácica ou equivalentes clínicos de modo a evitar perdas de diagnósticos potencialmente graves e estruturar fluxos de cuidado para que seja priorizada a segurança do paciente

I - ASSISTENCIAL

1. AVALIAÇÃO INICIAL

- Alocação na Sala de Observação
- Monitorização contínua de Sinais Vitais (PA, SatO2, FC, FR e Cardioscopia Contínua)
- Avaliação ABC– Buscar e tratar instabilidades
- Eletrocardiograma em até 10 minutos
- Estratificação de risco clínica e eletrocardiográfica
- Considerar diagnóstico diferencial amplo
- Nos casos de forte suspeita de Síndrome Coronariana Aguda (SCA), prescrever AAS 200 mg.

2. FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO



Sinais de Instabilidade

- Má perfusão periférica
- PAM < 60 mmHg
- FR > 26 irpm
- Taquicardia > 150 bpm ou Bradicardia < 50 bpm + Dor torácica ou IC aguda ou alteração do nível de consciência ou hipotensão
- SatO2 < 92% aa
- TV sustentada

ECG de Alto Risco

- Supra de ST****
- Supra ST ≥ 1mm no ponto J em pelo menos duas derivações consecutivas
 - BRE agudo
- Não supra de ST**
- Onda T hiperaguda
 - Supra ST em avR + infra de ST difuso
 - Infra ST ≥ 0,5mm (sem dx obvio ; ex. strain, miocardiopatia hipertrófica)
 - Plus minus em pelo menos uma derivação anterior (S. Wellens) ≥ 1mm
 - Inversão de onda T profunda ≥ 2 mm ou alteração dinâmica do ECG

Sinais de Alto Risco

- Dor tipo A/B prolongada ao repouso
- Dor A/B de início ao esforço em CCS CF III/IV
- Piora de angina prévia para dor A/B em CCS CF III/IV
- Dor semelhante a SCA prévia
- Manifestação de IC aguda : B3 , sopro mitral novo , congestão pulmonar
- Sinal neurológico focal associado a dor torácica (incluindo crise convulsiva)

Sinais de Alerta

- Síncope
- Fatores de risco para TEV
- Dispneia
- Piora da dor com a deglutição ou inspiração profunda
- Sudorese observada no momento da avaliação
- Associação com dor abdominal ou náuseas/vômitos

3. ALOCAÇÃO DO PACIENTE

Após identificação de caso de Dor Torácica na chegada do paciente na clínica (Totem ou Profissional Administrativo), o Enfermeiro do Walk In deve ser acionado via ramal e o paciente direcionado para a Sala de Observação. Enquanto os sinais vitais são aferidos o médico do Walk In deve ser acionado. **Caso o médico do Walk In confirme suspeita de SCA ou de qualquer outra urgência relacionada a dor torácica, a remoção deve ser solicitada enquanto o médico do Walk In presta atendimento inicial. Paciente deve ser removido seguindo as diretrizes institucionais de remoção de pacientes.**

4. ESCORES DE RISCO

Escore HEART Modificado

História

- Dor tipo C (moderadamente suspeita) : 1 ponto
- Dor tipo D (pouco suspeita) : 0 ponto

Eletrocardiograma

- ECG possivelmente isquêmico : 2 pontos
 - Inversão de T < 2mm
 - Infra ST que não preenche critérios de alta probabilidade
- ECG com alteração cardíaca estrutural : 1 ponto
 - Bloqueio de ramo antigo
 - Presença de onda Q antiga no ECG
 - Sobrecargas atriais e/ou ventriculares
- ECG normal : 0 ponto

Idade

- Idade ≥ 65 anos : 2 pontos
- Idade ≥ 45 anos e menor que 65 anos : 1 ponto
- Idade < 45 anos : 0 ponto

Fatores de Risco*

- Aterosclerose manifesta ou Diabetes ou ≥ 3 fatores de risco*** : 3 pontos
- 1-2 fatores de risco : 2 pontos
- Nenhum fator de risco : 0 ponto

HEART modificado I = 0 pontos = muito baixa probabilidade

HEART modificado II = 1 a 3 pontos = baixa probabilidade

HEART modificado III = >4 pontos = intermediária probabilidade.

Características da dor anginosa

	Típica	Atípica
Caráter	Constricção Compressão Queimação	Pontadas Agluhadas Piora ao respirar
Localização	Retroesternal Ombro esquerdo Pescoço Face, dentes Região epigástrica	Ombro direito Hemitórax direito
Fatores desencadeantes	Exercício físico Estresse Frio	Ao repouso

Dor Tipo **A**: Todas as características típicas - definitivamente anginosa

Dor Tipo **B**: 2 características típicas - provavelmente anginosa

Dor Tipo **C**: 1 característica típica - provavelmente não anginosa

Dor Tipo **D**: Nenhuma das características típicas - definitivamente não anginosa

*Outros fatores de risco a serem considerados

- Aterosclerose subclínica (incluindo alta carga de placa no escore de cálcio);
- Hipertensão arterial sistêmica;
- Tabagismo;
- Dislipidemia;
- Antecedente familiar de doença cardiovascular precoce em parentes de primeiro grau
- Pai < 55 anos;
- Mulheres < 65 anos
- Irmão sexo masculino em qualquer idade
- Insuficiência renal crônica;
- HIV em terapia antirretroviral;
- Doença inflamatória crônica crônica;
- Menopausa;
- Reposição de testosterona;
- Uso de cocaína.

II – INDICADORES DE QUALIDADE

- Tempo Porta Eletrocardiograma em minutos (média, mínimo e máximo, desvio padrão)
- Taxa de execução de ECG menor que 10 minutos após identificação: número de atendimentos com execução de ECG < 10 min / total de atendimentos de dor torácica
- Tempo porta acionamento da ambulância em minutos (média, mínimo e máximo, desvio padrão)

III. GLOSSÁRIO

IC: Insuficiência Cardíaca

TEV: Tromboembolismo venoso

IV. HISTÓRICO DE REVISÃO

Atualização do template
Acréscimo do indicador de qualidade minutos

V. Referências

- [1]. Nicolau JC, Timerman A, Marin-Neto JA, Piegas LS, Barbosa CJDG, Franci A, Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST. Arq Bras Cardiol 2014; 102(3Supl.1):1-61 ;
- [2]. Amsterdam EA, Wenger NK, Brindis RG, et al. 2014 AHA/ACC Guideline for the Management of Patients with Non-ST-Elevation Acute Coronary Syndromes: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. J Am Coll Cardiol 2014; 64:e139;
- [3]. Roffi M, Patrono C, Collet J-P, et al 2015 ESC guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation: Task Force for the Management of Acute Coronary Syndromes in Patients Presenting without Persistent ST-Segment Elevation of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J. 2016;37:267–315;
- [4].Martha Gulati, Chair, Leslee J. Shaw, et al.. 2021 AHA/ACC/ASE/CHEST/SAEM/SCCT/SCMR Guideline for the Evaluation and Diagnosis of Chest Pain: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. Circulation.2021;144:e368–e454. DOI: 10.1161/CIR.0000000000001029

Código Documento: CPTW308.1	Elaborador: LEONARDO JORGE SOARES	Revisor: Fernando Gatti de Menezes	Aprovador: Giancarlo Colombo	Data de Elaboração: 14/09/2022	Data de Aprovação: 20/09/2022
---------------------------------------	---	--	--	--	---