



Dor torácica (em qualquer localização) e/ou epigástrica referida, de quaisquer características, qualquer intensidade ou tempo de duração, em qualquer idade. Considera-se como equivalente anginoso palpitação e síncope (sem etiologia definida). Em pacientes com idade ≥ 45 anos deve se considerar como equivalentes anginosos: dispneia, dor abdominal inespecífica, náuseas e vômitos desde que não exista um diagnóstico diferencial óbvio.

I - ASSISTENCIAL

1. CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS

Várias patologias cursam com dor torácica e podem representar ameaça à vida em curto prazo. O diagnóstico correto e as intervenções precoces estão associados a um melhor prognóstico. A maioria dos casos potencialmente graves são por síndrome coronariana aguda (SCA) e o objetivo principal da avaliação do paciente com dor torácica é sua confirmação ou exclusão. Os diagnósticos diferenciais devem ser feitos após exclusão de SCA.

O primeiro objetivo é triar corretamente portadores de potencial situação com ameaça à vida: todos pacientes com critérios citados na definição acima devem ser atendidos imediatamente em sala de emergência, recebendo monitorização completa, suplementação de oxigênio se necessário, realização de ECG em até 10 minutos, exames de sangue coletados com dosagem de Troponina T, presença contínua de enfermagem e avaliação médica imediata. O segundo objetivo é identificação precoce de pacientes com SCA, cujo diagnóstico pode ser feito com pelo menos um dos critérios abaixo:

❖ IAM com Supra ST:

- Supra ST ≥ 1 mm no ponto J em pelo menos 2 derivações consecutivas, ou;
- BRE agudo, ou;
- Onda T hiperaguda, ou;

❖ SCA sem Supra ST:

- Infra ST $\geq 0,5$ mm (sem diagnóstico diferencial óbvio), ou;
- Plus minus (síndrome de Wellen) em pelo menos uma derivação anterior ≥ 1 mm, ou;
- Inversão profunda de onda T ≥ 2 mm, ou;
- Alteração dinâmica do segmento ST / onda T, ou;
- Supradesnivelamento de ST de aVR associado à infradesnivelamento difuso de ST.
- TV sustentada, ou;
- Dor anginosa (prolongada ao repouso, ou;
- Dor anginosa de início ao esforço em CCS III/IV, ou;
- Piora da angina prévia para CCS III/IV, ou;
- Dor semelhante à SCA prévia, ou;
- Manifestação de insuficiência cardíaca aguda: B3, sopro mitral novo, congestão esquerda, má perfusão periférica.

Para pacientes que não se enquadrarem nos diagnósticos de SCA, o terceiro objetivo é a rápida identificação de pacientes com possibilidade de alta precoce (baixo risco) e o quarto objetivo é a avaliação correta de pacientes com moderado risco para síndrome coronariana. A avaliação é feita através do escore de risco abaixo e coleta de troponina e eventualmente com exames não invasivos, como angiotomografia de coronárias e ecocardiograma para os pacientes que não tiverem o diagnóstico confirmado ou descartado em um primeiro momento.

2. ESCORE DE RISCO

Para pacientes em que não se fez o diagnóstico precoce de SCA recomenda-se a utilização da ferramenta auxiliadora (escore de risco) HEART modificado, cuja pontuação é definida por:

História

- Dor possivelmente anginosa: 1 ponto;
- Dor não anginosa: 0 pontos.

2. ESCORE DE RISCO (CONTINUAÇÃO)

ECG

- Possivelmente isquêmico: 2 pontos
 - Inversão de T < 2 mm;
 - Infra ST que não preenche critérios diagnósticos de SCA.

ECG

- Possivelmente isquêmico: 2 pontos
 - Inversão de T < 2 mm;
 - Infra ST que não preenche critérios diagnósticos de SCA.
- Sugestivo de alteração cardíaca estrutural: 1 ponto
 - BRE antigo;
 - Onda Q antiga;
 - Sobrecarga atrial e/ou ventricular.
- Normal: 0 ponto

Idade

- 65 anos: 2 pontos;
- 45 anos e < 65 anos: 1 ponto;
- 45 anos: 0 ponto.

Fatores de risco

- Aterosclerose manifesta e/ou diabetes e/ou ≥ 3 fatores de risco: 2 pontos;
- 1 ou 2 fatores de risco: 1 ponto;
- Nenhum fator de risco: 0 ponto.

Fatores de risco a serem considerados além dos já citados acima:

- Hipertensão arterial sistêmica;
- Tabagismo;
- Dislipidemia;
- Antecedente familiar de doença cardiovascular precoce em parentes de primeiro grau.
 - homens < 55 anos;
 - Mulheres < 65 anos
- Obesidade;
- Insuficiência renal crônica;
- HIV em terapia antirretroviral;
- Doença inflamatória crônica;
- Reposição de testosterona;
- Uso de cocaína.

HEART modificado I = 0 pontos = muito baixa probabilidade

HEART modificado II = 1 a 3 pontos = baixa probabilidade

HEART modificado III = ≥ 4 pontos = intermediária probabilidade.

3. INDICAÇÃO INTERNAÇÃO - ALOCAÇÃO

Paciente com diagnóstico de SCA com Supra ST deve imediatamente ser encaminhado para hemodinâmica para angioplastia primária (eventualmente terapia antifibrinolítica) e após, para unidade coronariana (UCO) se estabilidade ou unidade de terapia intensiva (UTI) se instabilidade. Pacientes com SCA sem Supra ST seguem os mesmos critérios de alocação.

4. TRATAMENTO

- ✓ Para os pacientes com diagnóstico de SCA, há protocolo específico.

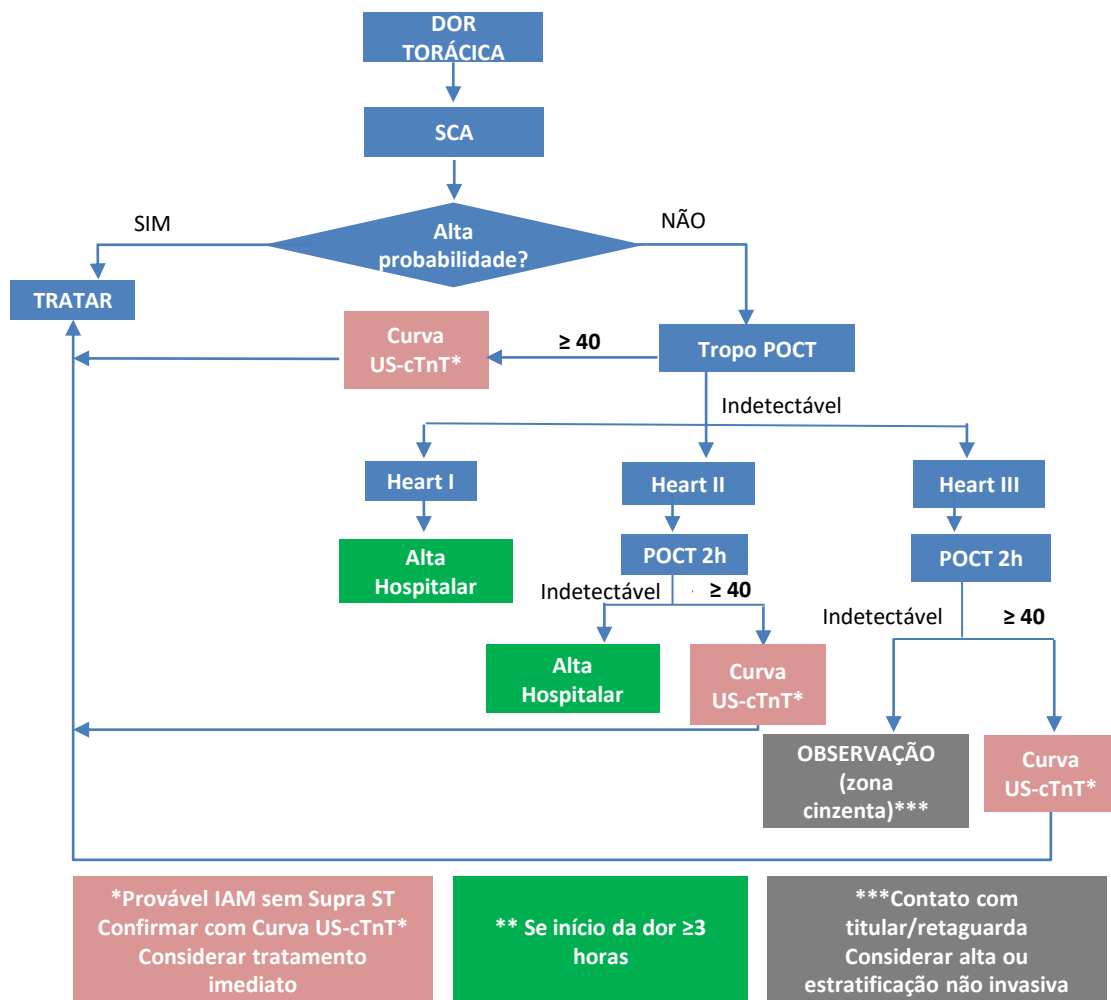
4. TRATAMENTO (CONTINUAÇÃO)

4.1 Conduta para pacientes em observação nas Unidades Externas (Perdizes e Ibirapuera)

Troponinas	Heart I	Heart II	Heart III
Troponina POCT 0h (primeira troponina)			
Negativa <40ng/L	Alta hospitalar se início da dor > 3h da coleta (se dor <3h, repetir POCT)*.	Manter em triagem. Colher nova troponina POCT em 2h.	Manter em triagem. Colher nova troponina POCT em 2h.
Positiva ≥40ng/L	Provável IAM SST. Confirmar com curva de us-cTnT. Considerar tratamento imediato.	Provável IAM SST. Confirmar com curva de us-cTnT. Considerar tratamento imediato.	Provável IAM SST. Confirmar com curva de us-cTnT. Considerar tratamento imediato.
Troponina POCT 2 h (para os que tiveram indicação de repetir o exame com 2 h)			
Negativa <40ng/L	Sem indicação de seriar POCT (Seriar us-cTnT se indicado acima).	Alta hospitalar.	Contato com titular/retaguarda. Considerar alta / Coleta de us-cTnT ou estratificação não invasiva.
Positiva ≥40ng/L		Provável IAM SST. Confirmar com curva de us-cTnT. Considerar tratamento imediato.	Provável IAM SST. Confirmar com curva de us-cTnT. Considerar tratamento imediato.

* Dor torácica há mais de 3 horas

Fluxograma de atendimento



4. TRATAMENTO (CONTINUAÇÃO)

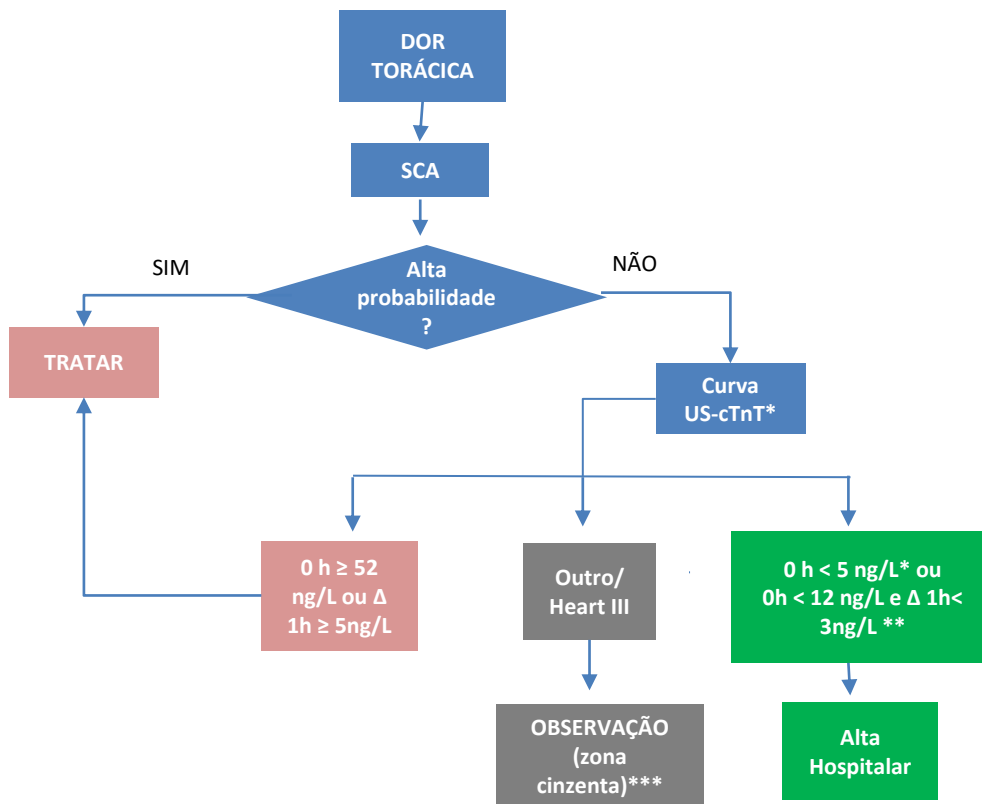
4.2 Conduta para pacientes em observação na Unidade Morumbi

Curva Troponina-t (0/1h) - Realizada na Unidade Morumbi			
Troponinas	Heart I	Heart II	Heart III
0h < 5 ng/L* (indetectável) Ou < 12 ng/L e Δ1h ≤ 3ng/L	Alta hospitalar.	Alta hospitalar.	Contato com titular/retaguarda. Considerar alta, ou coleta de us-cTnT 3hs ou estratificação não invasiva.**
Observação	Contato com titular/retaguarda. Considerar alta, ou coleta de us-cTnT 3hs ou estratificação não invasiva.	Contato com titular/retaguarda. Considerar alta, ou coleta de us-cTnT 3hs ou estratificação não invasiva.	Contato com titular/retaguarda. Considerar alta, ou coleta de us-cTnT 3hs ou estratificação não invasiva.
Positivo ≥ 52ng/L ou Δ 1h ≥ 5ng/L	Provável IAM SST Considerar tratamento imediato.	Provável IAM SST Considerar tratamento imediato.	Provável IAM SST Considerar tratamento imediato.

*Dor torácica iniciada há mais de 3 horas

** Considerar alta nos pacientes com US-cTnT < 12 ng/L e Δ 1h ≤ 3 ng/L sem DM e sem DAC do grupo Heart III

Fluxograma de atendimento



*Dor ≥ 3h
Heart I e II

** Heart I e II
Heart III sem DM e
sem DAC

***Contato com
titular/retaguarda
Considerar alta ou
estratificação não invasiva

II – INDICADORES DE QUALIDADE

- ❖ Não solicitar prova não invasiva (anatômica ou funcional) para pacientes com critérios de alta hospitalar.
- ❖ Coleta do número adequado de troponinas conforme escore de risco.
- ❖ Não alocar em UCO pacientes ainda sem diagnóstico.

III. GLOSSÁRIO

SCA: Síndrome coronariana aguda

ECG: eletrocardiograma

IAM: infarto agudo do miocárdio

CCS: *Canadian Cardiovascular Society* - classificação

DM: diabetes mellitus

DAC: doença arterial coronária

IV. HISTÓRICO DE REVISÃO

Versão 3: alteração do template

V. Referências

[1] [Nicolau JC](#), [Timerman A](#), [Marin-Neto JA](#), [Piegas LS](#), [Barbosa CJ](#), [Franci A](#), et al. [Guidelines of Sociedade Brasileira de Cardiologia for Unstable Angina and Non-ST-Segment Elevation Myocardial Infarction (II Edition, 2007) 2013-2014 Update]. [Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arq Bras Cardiol.](#) 2014 Mar;102(3 Suppl 1):1-61.

[2] Amsterdam EA, Wenger NK, Brindis RG, Casey DE Jr, Ganiats TG, Holmes DR Jr, 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 Dec 23;64(24):e139-e228.. Epub 2014 Sep 23.

[3] Roffi M, Patrono C, Collet JP, Mueller C, Valgimigli M, Andreotti F, et al; ESC Scientific Document Group. [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 Jan 14;37(3):267-315.

Código Documento: CPTW247.3	Elaborador: Fabio Gruspun Pitta	Revisor: Mauro Dirlando	Aprovador: Giancarlo Colombo	Data de Elaboração: 02/09/2020 Data de revisão: 04/05/2023	Data de Aprovação: 02/09/2020
---------------------------------------	---	-----------------------------------	--	---	---