
PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DO PACIENTE COM DOR TORÁCICA

OBJETIVOS GERAIS E ESPECÍFICOS

Estima-se que cerca de 5 a 10% de todos os atendimentos emergenciais no país são devido à dor torácica. Entre 5 – 15% dos pacientes com dor torácica na unidade de emergência apresentam o diagnóstico de síndrome coronariana aguda. Entre os pacientes com síndrome coronariana aguda, cerca de 2 a 3% acabam sendo inapropriadamente liberados da sala de emergência por não ter a sua doença reconhecida. A variedade e possível gravidade das condições clínicas que se manifestam com dor torácica fazem com que seja primordial um diagnóstico rápido e preciso das suas causas. Atenção especial deve ser dada às causas potencialmente fatais de dor torácica como:

- Embolia pulmonar;
- Dissecção aguda de aorta;
- Síndrome coronariana Aguda Como a síndrome coronariana aguda representa a maior incidência dentre as causas potencialmente fatais de dor torácica, a abordagem inicial desses pacientes é sempre feita no sentido de confirmar ou afastar este diagnóstico.

Objetivos:

- Padronização o atendimento da dor torácica no Pronto Atendimento Dr. Guido Guida;
- Redução da morbidade e mortalidade dos pacientes;
- Reconhecer causas potencialmente fatais de dor torácica que requerem atenção imediata;
- Padronização no fluxo diagnóstico da dor torácica.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Pacientes admitidos no Pronto Atendimento Dr. Guido Guida
com:

1 – Dor torácica

CRITÉRIO DE EXCLUSÃO

- 1 - Pacientes com Idade inferior a 18 anos

HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO

- A avaliação diagnóstica deve ser desencadeada imediatamente após o primeiro contato com a equipe do pronto atendimento (Médico, Enfermeiro) 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) aliado ao exame físico direcionado e eletrocardiograma de 12 derivações

- 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.

- 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.

ANAMNESE

- 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.

EXAME FÍSICO

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

EXAMES DIAGNÓSTICOS INDICADOS

- Na suspeita SCA, já será realizado ecg durante o atendimento na triagem e paciente chegará com ecg em mão para primeiro atendimento em consultório.
- ECG 12 derivações deve ser obtido o mais precoce possível.

Objetivo < 10minutos - 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 IIa Nível de evidência C
- O ECG deve ser repetido a cada 3 horas nas primeiras 9 a 12h ou a qualquer momento, caso haja mudança na condição clínica

TRATAMENTO INDICADO

- Os pacientes com dor torácica tipo A (Definitivamente anginosa) devem ser encaminhados para a sala de emergência do Pronto Atendimento Dr. Guido Guida conforme protocolo para síndrome coronariana aguda, independente de alterações eletrocardiográficas.
- 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.

OBSERVAÇÃO NA UNIDADE DE EMERGÊNCIA

- Naqueles pacientes que permanecem em observação na unidade de emergência, recomenda-se o uso de AAS 300mg VO e 300mg de Clopidogrel enquanto identifica-se a causa da dor torácica;
- Durante as 6 horas de observação, a presença de elevação nos marcadores de necrose miocárdica (troponina, CPK e CKMB), ou alterações isquêmicas do eletrocardiograma deve direcionar medidas para síndrome coronariana aguda (Protocolo específico);
- Solicitar marcadores de necrose miocárdica:
 - Na admissão no momento do atendimento troponina, CPK e CKMB.
 - 3º hora troponina, CPK e CKMB.
 - 6º hora troponina, CPK e CKMB.
- 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.
 - Pacientes com moderada e alta probabilidade para DAC (>2 fatores de risco, DAC ou aterosclerose conhecida, diabetes mellitus) devem ser tratados com maior atenção para que sejam liberados apenas com segurança total de que não apresentarão nenhum sinal de gravidade e/ou instabilidade subsequente.
- Todos os pacientes que permanecerem internados no Pronto Atendimento Dr. Guido Guida sob hipótese de IAM/SCA devem ser mantidos monitorizados em leitos de Emergência ou Semi-Intensiva

e, devem obrigatoriamente, ter pedido de vaga via Sistema CROSS, com recurso de UTI. Tal vaga deve ser atualizada pelo menos uma vez ao dia até completar 72h da entrada do paciente sem novas intercorrências.

- Casos em que o paciente permaneça no Pronto Atendimento Dr. Guido Guida por mais de 72 horas, o recurso solicitado pode ser alterado de UTI para enfermaria (e a manutenção do paciente pode ser continuada em leito de repouso, e não mais em emergência ou Semi-Intensiva).

AVALIAÇÃO NÃO INVASIVA

• A critério do Pronto Atendimento Dr. Guido Guida ou do Serviço receptor via Sistema CROSS.

OUTRAS CAUSAS DE DOR TORÁCICA

Tromboembolismo Pulmonar (TEP)

- Dispneia está presente em 73% dos pacientes, sendo a dor torácica (geralmente súbita) encontrada em 66% dos casos. Com o objetivo de facilitar a avaliação de probabilidade na prática clínica, têm sido desenvolvidos critérios, como o “escore de Wells”. O d-Dímero apresenta um alto valor preditivo negativo para embolia pulmonar sendo uma ferramenta útil na exclusão de TEP Avaliação diagnóstica

- O exame definitivo para confirmação diagnóstica deve ser a angiotomografia com protocolo para TEP (fase contrastada nas artérias pulmonares e sistema venoso profundo em membros inferiores (avaliar trombose venosa).

Escore de Wells	
Critérios	Pontos
Suspeita de tromboembolismo venoso	3.0 pontos
Alternativa menos provável que EP	3.0 pontos
Frequência cardíaca > 100 bpm	1.5 pontos
Imobilização ou cirurgia nos 4 semanas anteriores	1.5 pontos
Tromboembolismo venoso ou EP prévia	1.5 pontos
Hemoptise	1.0 ponto
Malignidade	1.0 ponto

Escore	Probabilidade de EP %	Interpretação do risco
0-2 pontos	3.6	Baixa
3-6 pontos	20.5	Moderada
> 6 pontos	66.7	Alta

Dissecção Aguda de Aorta

- Quando há suspeita clínica de dissecação aguda da aorta a confirmação diagnóstica deve ser rápida e precisa já que a doença tem elevada mortalidade imediata e o tratamento definitivo é, geralmente, cirúrgico.

- O alargamento do mediastino superior é o achado mais frequentemente encontrado na radiografia de tórax (60 a 90% dos casos)

AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA

- **D-DÍMERO**

- Valores abaixo de 500ng/mL apresentam valor preditivo negativo de 96%

- Pode ser utilizado para excluir dissecação de aorta em pacientes com baixa probabilidade.

AVALIAÇÃO DO TRATAMENTO INDICADO

O protocolo de dor torácica é monitorado por meio dos seguintes indicadores:

- Tempo médio porta eletrocardiograma em pacientes com dor torácica;

- Tempo médio porta atendimento médico no Pronto Socorro em pacientes com dor torácica.

PLANO TERAPÊUTICO

1) Seguir o tratamento específico das síndromes clínicas que se apresentam com dor torácica.

CRITÉRIOS DE MUDANÇA TERAPÊUTICA

1) Diagnóstico específico da causa da dor torácica (em caso de pacientes com Síndrome Coronariana Aguda, seguir protocolo específico).

CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO

1) Pacientes com dor torácica e suspeita clínica de doença cardiovascular aguda.

CRITÉRIOS DE ALTA

- 1) Pacientes com exclusão de causas cardiovasculares como fonte da dor torácica. Atenção especial para excluir síndrome coronariana aguda, dissecção aguda de aorta e embolia pulmonar.
- 2) Estabilidade clínica com resolução dos sintomas

CUIDADOS ESPECIAIS

Não se aplica.

FLUXOGRAMAS

1) Fluxograma – Dor Torácica



2) Fluxograma – Dor Torácica



3) Fluxograma – Dor Torácica

DOR TIPO A

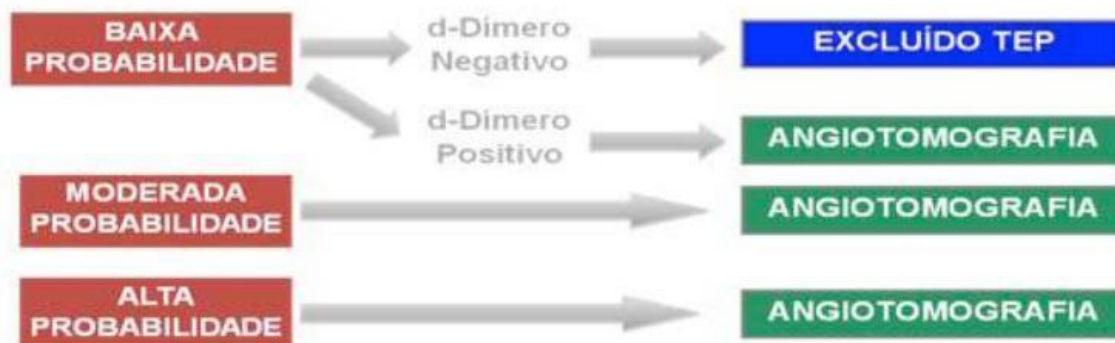


DOR TIPO D

4) Fluxograma – Dor Torácica



5) Fluxograma – Tromboembolia Pulmonar



EM RESUMO

PROTOCOLO NA SUSPEITA DE SINDROME CORONARIANA AGUDA

PASSO A PASSO:

1) VOCÊ ACHA QUE PODE SER INFARTO?

- 300mg de AAS VO (mastigar e engolir).
- 300mg de clopidogrel VO.
- OBS: na suspeita de IAM já é indicado iniciar o tratamento.

2) AVALIE O ELETRO EM BUSCA DE SUPRA-ST:

2.1) NÃO TEM SUPRA-ST?

- ❖ Quem irá determinar se é IAM é a troponina seriada.
- ❖ Faça três medidas de troponina:
 - Troponina ultrassensível: solicite uma medida a cada 1h.
 - Troponina tradicional: solicite uma medida a cada 3h.
 - OBS: o ECG pode ter infra-ST, inversões de onda T ou até ser normal, mas precisa da troponina.
- ❖ Se a troponina vier positiva, faça enoxaparina (clexane).
 - < 75 anos: 1mg/kg SC 12/12h.
 - ≥75 anos: 0,75mg/kg SC 12/12h.
- Repita o ECG a cada 30min até descartar IAM.

2.2) TEM SUPRA-ST?

- ❖ Se o paciente tem <12h desde o início dos sintomas poderá trombolisar ou fazer angioplastia.
- ❖ Trombólise:
 - Alteplase: 15ml em 2min + 50ml em 30min + 35ml em 1h.
 - Se o paciente tem >75ª e vai para trombólise ele só recebe 75mg de clopidogrel (apenas nessa situação que diminuimos a dose do clopidogrel).
 - Clexane: 30mg EV antes da trombólise + 1mg/kg SC 12/12h após a trombólise. Se > 75ª só faz 0,75mg/kg SC 12/12h após a trombólise (não faz a dose EV).
- ❖ Angioplastia:
 - Faça +300mg de clopidogrel e encaminhe o paciente.
 - Se você tem contato com a angioplastia, pergunte se querem que faça o clopidogrel.
 - Clexane: 1 mg/kg SC 12/12h após a angioplastia. Se > 75ª 0,75mg/kg SC 12/12h após a angioplastia.

2.3) TEM BLOQUEIO DE RAMO ESQUERDO (BRE)?

-
- No livro fala que "um novo BRE deve ser tratado como IAM" porém na maioria das vezes o paciente não tem ECG recente para comparar e você vai ficar na dúvida.
 - Na maioria das vezes diante de um BRE você irá solicitar a troponina seriada igual o IAM sem supra-ST.
 - Você pode aplicar os critérios de garbossa para tentar diferenciar.
 - Quando um BRE é novo o paciente estará MUITO sintomático!!!

3) TRATE A DOR DO PACIENTE

- Isordil 5mg (pode repetir a cada 5 minutos até 3x).
- Nitroglicerina em BIC: 10ml de tridil + 240ml SG5% - começar a 10ml/h.
- Dica: se você está suspeitando de IAM mas não tem certeza, pode fazer um isordil como prova pra saber a dor do paciente melhora, se melhorar tem alta chance de ser IAM/angina.

CID ENVOLVIDO

R07.4 – Dor torácica não especificada;

R07.3 – Outra dor torácica;

I71.0 – Aneurisma dissecante da aorta

I26.0 – Embolia pulmonar com menção de cor pulmonale agudo

I26.9 – Embolia pulmonar sem menção de cor pulmonale agudo

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- 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
 - 2- Gencer B, Vaucher P, Herzig L, et al. Ruling out coronary heart disease in primary care patients with chest pain: a clinical prediction score. BMC Med. 2010;8:9
 - 3- Panju AA, Hemmelgarn BR, Guyatt GH, Simel DL. The rational clinical examination. Is this patient having a myocardial infarction? JAMA. 1998;280(14):1256–1263.
 - 4- Rouan GW, Lee TH, Cook EF, Brand DA, Weisberg MC, Goldman L. Clinical characteristics and outcome of acute myocardial infarction in patients with initially normal or nonspecific electrocardiograms (a report from the Multicenter Chest Pain Study). Am J Cardiol. 1989;64(18):1087–1092.
 - 5- Reilly BM, Evans AT, Schaidt JJ, et al. Impact of a clinical decision rule on hospital triage of patients with suspected acute cardiac ischemia in the emergency department. JAMA. 2002;288(3):342–350.
 - 6- Pope JH, Aufderheide TP, Ruthazer R, Woolard RH, Feldman JA, Beshansky JR, Griffith JL, Selker HP. Missed diagnoses of acute cardiac ischemia in the emergency department. N Engl J Med. 2000;342:1163. 7- Lee TH, Goldman L. Evaluation of the patient with acute chest pain. N Engl J Med. 2000;342:1187–1195
 - 7- Protocolo Clínico Gerenciado - Dor Torácica. Hospital Alemão Oswaldo Cruz, 2019, pp 1-9
 - 8- MEDICINA DE EMERGÊNCIA \ ABORDAGEM PRÁTICA – 15º EDIÇÃO\2021
-