

|   |                                       |                                       |                                 |                           |
|---|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|---------------------------|
|  | PROTOCOLO                             |                                       |                                 | PRO                       |
|   | PROTOCOLO DE DOR TORÁCICA             |                                       |                                 | PRO-CEC-01                |
|   | Data de Emissão:<br><b>02/01/2018</b> | Data da Revisão:<br><b>10/10/2025</b> | Número da Revisão:<br><b>04</b> | Página:<br><b>1 de 15</b> |
| APLICAÇÃO:  | SERVIÇOS PRÓPRIOS                     |                                       |                                 |                           |

## 1. OBJETIVO

Identificar rapidamente o paciente de alto risco para SCA (Síndrome Coronariana Aguda). Estabelecer a rotina de atendimento de pacientes com dor torácica ou suspeito de SCA, fornecendo orientações práticas para médicos e equipe multiprofissional, visando segurança, efetividade e praticidade nas condutas. Fornecer alta segura para pacientes de baixa e muito baixa probabilidade para SCA. Estratificar de forma adequada e com segurança os pacientes de intermediária probabilidade para SCA. Buscar outros diagnósticos diferenciais de dor torácica, eventualmente com elevação de troponinas, além de SCA. Evitar internações desnecessárias com a racionalização dos recursos disponíveis.

## 2. DEFINIÇÕES

**ECG:** Eletrocardiograma

**SCA:** Síndrome Coronariana Aguda

**UUE:** Unidade de Urgência e Emergência

**IAMCSST** (Infarto agudo do miocárdio com supra desnivelamento do segmento ST): é um infarto causado por obstrução total de uma artéria coronária, identificado por supra do segmento ST no ECG e que exige tratamento emergencial de reperfusão.

**IAMSSST** (Infarto agudo do miocárdio sem elevação do segmento ST): é um infarto causado por isquemia miocárdica devido à obstrução parcial da artéria coronária, com elevação de marcadores cardíacos, mas sem supra de ST no ECG.

**Angina instável:** é uma isquemia aguda do miocárdio sem necrose, causada por obstrução parcial da artéria coronária, com troponinas normais e sem supra de ST no ECG.

**Troponina ultrasensível:** é um marcador bioquímico de lesão miocárdica, utilizado para detectar precocemente danos ao músculo cardíaco, mesmo em níveis mínimos. A forma ultrasensível (US) é um exame de alta sensibilidade, capaz de identificar concentrações muito baixas de troponina.

## 3. DESCRIÇÃO DO PROCESSO

### 3.1 Gerenciamento de Riscos:

|   |                                       |                                       |                                 |                           |
|---|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|---------------------------|
|  | PROTOCOLO                             |                                       |                                 | PRO                       |
|   | PROTOCOLO DE DOR TORÁCICA             |                                       |                                 | PRO-CEC-01                |
|   | Data de Emissão:<br><b>02/01/2018</b> | Data da Revisão:<br><b>10/10/2025</b> | Número da Revisão:<br><b>04</b> | Página:<br><b>2 de 15</b> |
| APLICAÇÃO:  | SERVIÇOS PRÓPRIOS                     |                                       |                                 |                           |

| Riscos   | Barreiras   |
|--|---|
| Falha na Identificação precoce de pacientes com Síndrome Coronariana Aguda | Gatilhos para identificação para as recepcionistas e triagem realizada por enfermeiros;<br>Retirada de senha DP (Dor no peito) no totem de atendimento da recepção. |
| Atraso na realização do ECG  | Toda equipe capacitada à realização do ECG;<br>Equipamento Backup;<br>Realização de Eletrocardiograma na triagem;   |
| Necrose miocárdica (evitar ICC)  | SE SUPRA ST- porta-balão até 90 minutos;<br>IAMSSST- tratamento inicial conforme protocolo;   |
| Altas inadvertidas   | Seguimento aos critérios de alta e realizar orientações de alta.  |
| Reinternação por complicações relacionadas a SCA                           | Seguir o fluxo de protocolo de dor torácica e realizar orientações de alta.   |

### 3.2 Paciente elegíveis:

- Paciente que apresenta dor torácica aguda ou equivalente na admissão ou nas últimas 24 horas (mesmo que ausente na admissão). Além dos casos que apresentem critérios objetivos que podem ser identificados no atendimento de enfermagem.
- Pacientes que, após avaliação médica, apresentem suspeita diagnóstica de condições que possam confundir com Síndrome Coronariana Aguda – SCA, como por exemplo: dispneia, síncope, confusão mental, náuseas e vômitos inexplicados. Tais sintomas podem ser considerados equivalentes em pacientes de alto risco (idosos, diabéticos, antecedente de doença cardiovascular).
- Pacientes que apresentem gatilhos para abertura do protocolo de dor torácica (CID, medicamentos, etc), identificados por meio do gerenciamento na plataforma UpFlux.

#### 3.2.1 Registro Sistema Tasy:

- Ao identificar critérios de inclusão para abertura do Protocolo de Dor Torácica, a equipe deve acessar o prontuário do paciente no sistema Tasy, abrir a aba 'Protocolos Assistenciais', selecionar o Protocolo de Dor Torácica e dar sequência aos registros correspondentes.

|   |                                       |                                       |                                 |                           |
|---|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|---------------------------|
|  | PROTOCOLO                             |                                       |                                 | PRO                       |
|   | PROTOCOLO DE DOR TORÁCICA             |                                       |                                 | PRO-CEC-01                |
|   | Data de Emissão:<br><b>02/01/2018</b> | Data da Revisão:<br><b>10/10/2025</b> | Número da Revisão:<br><b>04</b> | Página:<br><b>3 de 15</b> |
| APLICAÇÃO:  | SERVIÇOS PRÓPRIOS                     |                                       |                                 |                           |

### 3.3 Reconhecimento da Dor Torácica:

| Avaliação do Tipo de Dor Torácica  |   |
|--|---|
| Tipo de Dor  | Características da Dor  |
| <b>Tipo A – Definitivamente anginosa:</b><br>As características dão certeza do diagnóstico de SCA independentemente dos resultados de exames complementares            | Dor/ desconforto retroesternal ou precordial, geralmente precipitada pelo esforço físico, podendo se irradiar para ombro, mandíbula ou face interna do braço (ambos), com duração de alguns minutos e aliviada pelo repouso ou uso de nitrato em menos de 10 minutos. |
| <b>Tipo B – Provavelmente anginosa:</b><br>As características fazem a SCA a principal hipótese, porém é necessário a complementação de exames.                         | Tem a maioria, mas não todas as características da dor definitivamente anginosa.  |
| <b>Tipo C – Provavelmente não anginosa:</b><br>As características não fazem a SCA a principal hipótese, porém é necessária a complementação de exames para a exclusão. | Tem poucas características da dor definitivamente anginosa (dor atípica, equivalentes anginosos).   |
| <b>Tipo D – Definitivamente não anginosa:</b><br>As características não incluem a SCA como hipótese diagnóstica.   | Nenhuma característica da dor definitivamente anginosa, fortemente indicativa de diagnóstico não cardiológico.  |

Adaptado do estuco CASS. Circulation 1981;64 360-7. SCA= Síndrome coronariana aguda.

### 3.4 Fatores de Risco:

| Fatores de Riscos Isolados            | Fatores de Riscos Emergentes             |
|---------------------------------------|--|
| Aterosclerose manifesta               | Doença Renal Crônica                     |
| Síndrome coronariana prévia           | Doença Inflamatória Crônica              |
| Revascularização arterial coronariana | Menopausa                                |
| Doença arterial periférica            | Reposição de Testosterona/ anabolizantes |
| AVE / AIT prévio                      | Uso de cocaína                           |

|   |                                       |                                       |                                 |                           |
|---|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|---------------------------|
|  | PROTOCOLO                             |                                       |                                 | PRO                       |
|   | PROTOCOLO DE DOR TORÁCICA             |                                       |                                 | PRO-CEC-01                |
|   | Data de Emissão:<br><b>02/01/2018</b> | Data da Revisão:<br><b>10/10/2025</b> | Número da Revisão:<br><b>04</b> | Página:<br><b>4 de 15</b> |
| APLICAÇÃO:  | SERVIÇOS PRÓPRIOS                     |                                       |                                 |                           |

|  |  |
|--|--|
| Diabetes mellitus  |  |
| Hipertensão arterial sistêmica   |  |
| Tabagismo  |  |
| Dislipidemia   |  |
| Obesidade  |  |
| Idade (homens > 45 anos e mulheres > 55 anos)                            |  |
| História Familiar de doença cardiovascular precoce (parentes de 1º grau) |  |

### 3.5 Método Diagnóstico:

- Apresentação clínica sugestiva;
- Eletrocardiograma (ECG) alterado;
- Marcadores de necrose miocárdica (**troponina\***) alterados;
- Exame de imagem evidenciando alteração miocárdica segmentar com padrão isquêmico;
- Trombose coronária evidenciada no cateterismo ou autópsia.

De uma maneira geral, quando há dois elementos positivos (ex: quadro clínico + ECG) é possível definir o diagnóstico de SCA.

#### 3.5.1 Troponina US:

A dosagem deste biomarcador deve ser realizada na chegada do paciente e após duas horas. A troponina identifica o infarto agudo do miocárdio quando existe uma curva com elevação de seu valor ou com redução progressiva, quando o diagnóstico é retrospectivo.

- Informações técnicas:

| Novo Reagente de Troponina I |                            |
|------------------------------|----------------------------|
| Unidade de medida            | Ng /ml                     |
| Valor da referência          | Ambos os sexos: 0,04 ng/ml |
| Intervalo de medição         | 0,01 até 15,00             |

|   |                                       |                                       |                                 |                           |
|---|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|---------------------------|
|  | PROTOCOLO                             |                                       |                                 | PRO                       |
|   | PROTOCOLO DE DOR TORÁCICA             |                                       |                                 | PRO-CEC-01                |
|   | Data de Emissão:<br><b>02/01/2018</b> | Data da Revisão:<br><b>10/10/2025</b> | Número da Revisão:<br><b>04</b> | Página:<br><b>5 de 15</b> |
| APLICAÇÃO:  | SERVIÇOS PRÓPRIOS                     |                                       |                                 |                           |

### 3.6 Avaliação Inicial:

Pacientes com suspeita de SCA devem ser avaliados rapidamente para identificar aqueles em emergência ameaçadora à vida e os que apresentam condição clínica de maior benignidade.

#### Passo 1:

- O paciente deve ser triado para o protocolo de dor torácica conforme os critérios de inclusão ao protocolo, citados acima.

#### Passo 2:

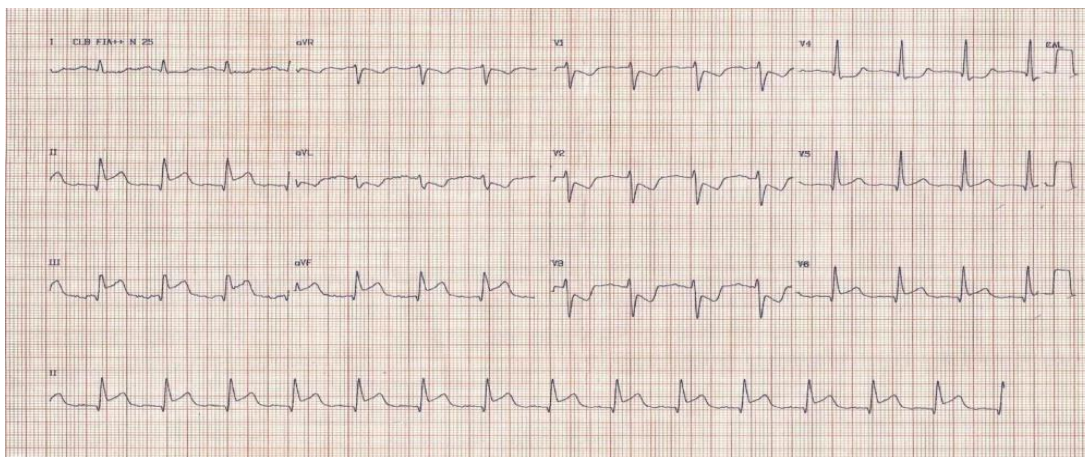
- Pacientes atendidos na Unidade de Urgência e Emergência devem ser levados à sala de urgência e emergência;
- ECG < 10 minutos da identificação dos sinais de reconhecimento, deve ser repetido em 15 min com 12 derivações (após paciente receber nitrato, se houver indicação) e após angioplastia primária. Repetir sempre que houver alterações do quadro clínico;
- Monitorização cardíaca e vigilância beira leito;
- Ofertar oxigênio se SatO<sub>2</sub> < 90%, ou sinais de desconforto respiratório;
- Administrar AAS 300mg VO macerados/mastigados dose de ataque;
- Acesso venoso periférico calibroso, preferencialmente no membro superior esquerdo;
- Coletar Troponina e demais exames (hemograma, Na, K, Ureia, Creatinina, Magnésio, Glicemia);
- Radiografia do Tórax;
- Identificar o paciente com a TAG do protocolo de dor torácica;
- A decisão por continuar ou encerrar o protocolo de dor torácica e coleta de troponina ficam a critério do médico após análise do ECG e avaliação inicial do paciente.

#### Passo 3:

- O médico deve proceder a identificação precoce dos casos de alta probabilidade de SCA Sem Supra ST e IAM Com Supra ST;

|   |                                       |                                       |                                 |                           |
|---|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|---------------------------|
|  | PROTOCOLO                             |                                       |                                 | PRO                       |
|   | PROTOCOLO DE DOR TORÁCICA             |                                       |                                 | PRO-CEC-01                |
|   | Data de Emissão:<br><b>02/01/2018</b> | Data da Revisão:<br><b>10/10/2025</b> | Número da Revisão:<br><b>04</b> | Página:<br><b>6 de 15</b> |
| APLICAÇÃO:  | SERVIÇOS PRÓPRIOS                     |                                       |                                 |                           |

- IAM com supra ST: Supra de ST em 2 derivações contíguas ( $\geq 1$ mm, e no caso de V2 e V3 até 2,5mm como nos homens com menos de 40 anos).



- BRE agudo (idealmente comparado à ECG prévio);



- Critérios modificados de Sgarbossa: Supradesnivelamento de segmento ST  $\geq 1$  mm com QRS predominantemente positivo. Infradesnivelamento de segmento ST  $\geq 1$  mm com QRS predominantemente negativo. Discordância entre nível do segmento ST e amplitude do QRS acima de 30%. O segmento ST deve ter desvio mínimo de 1mm. O cálculo é a razão entre o desvio do segmento ST (seja positivo ou negativo) e o tamanho da onda S no caso de QRS predominantemente negativo ou tamanho da onda R no caso de QRS predominantemente positivo.
- Esses pacientes devem ser direcionados para terapia de reperfusão o mais precoce possível.
- O contato deverá ser feito diretamente com a Hemodinâmica (celular de sobreaviso médico) e na sequência com o sobreaviso clínico da Cardiologia.
- A coleta de exames não deve retardar o encaminhamento do paciente ao setor de hemodinâmica. Não aguardar o resultado dos exames para acionar o plantão da hemodinâmica.



|   |                                       |                                       |                                 |                           |
|---|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|---------------------------|
|  | PROTOCOLO                             |                                       |                                 | PRO                       |
|   | PROTOCOLO DE DOR TORÁCICA             |                                       |                                 | PRO-CEC-01                |
|   | Data de Emissão:<br><b>02/01/2018</b> | Data da Revisão:<br><b>10/10/2025</b> | Número da Revisão:<br><b>04</b> | Página:<br><b>7 de 15</b> |
| APLICAÇÃO:  | SERVIÇOS PRÓPRIOS                     |                                       |                                 |                           |

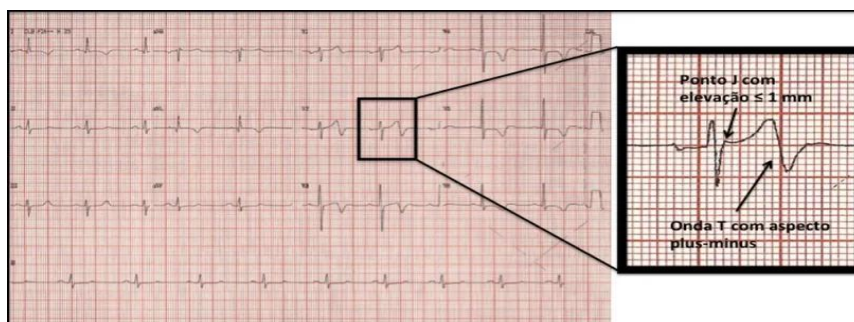
### 3.6.1 SCA sem supra ST:

Os pacientes com SCA sem supra ST devem permanecer em observação monitorada no Pronto Atendimento, com prévio contato ao médico da cardiologia, conforme os seguintes critérios:

- Avaliação do ECG:

Infra ST > 0,5mm (sem diagnóstico diferencial óbvio. ex: strain, miocardiopatia hipertrófica);

Plus minus em pelo menos uma derivação anterior (síndrome de Wellen) > 1mm;



- Inversão de onda T profunda e simétrica > 2mm;
- Alteração dinâmica do ECG;
- TV sustentada.

### 3.6.2 Avaliação da Dor:

- Dor A/B prolongada ao repouso;
- Dor A/B de início ao esforço em CF III/IV;
- Piora da angina prévia para Dor A/B em CF III/IV;
- Dor semelhante à SCA prévia.

### 3.6.3 Avaliação do exame físico:

- Manifestação de Insuficiência Cardíaca aguda: congestão esquerda, má perfusão periférica.

#### Passo 4:

- Avaliar os pacientes de muito baixa/ baixa/ intermediária probabilidade para SCA.
- Aplicar o escore *HEART*, que avalia o risco de eventos isquêmicos cardiovasculares em um período de até 06 semanas para pacientes com suspeita de síndrome coronariana aguda;

|   |                                       |                                       |                                 |                           |
|---|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|---------------------------|
|  | PROTOCOLO                             |                                       |                                 | PRO                       |
|   | PROTOCOLO DE DOR TORÁCICA             |                                       |                                 | PRO-CEC-01                |
|   | Data de Emissão:<br><b>02/01/2018</b> | Data da Revisão:<br><b>10/10/2025</b> | Número da Revisão:<br><b>04</b> | Página:<br><b>8 de 15</b> |
| APLICAÇÃO:  | SERVIÇOS PRÓPRIOS                     |                                       |                                 |                           |

| Escore HEART  |  |   |
|---|--|---|
| <b>História</b>   | Forte suspeita   | 2 |
|   | Moderada suspeita  | 1 |
|   | Leve ou nenhuma suspeita                                       | 0 |
| <b>ECG</b>  | Desvio do segmento ST  | 2 |
|   | Alterações inespecíficas                                       | 1 |
|   | Normal   | 0 |
| <b>Idade</b>  | >64 anos   | 2 |
|   | 46 a 64 anos   | 1 |
|   | <46 anos   | 0 |
| <b>Fatores de Risco</b>   | >2 fatores de risco ou história de doença arterial coronariana | 2 |
|   | 1 ou 2 fatores de risco  | 1 |
|   | Sem fatores de risco   | 0 |
| <b>Troponina</b>  | >2 vezes o valor da normalidade                                | 2 |
|   | Até 2 vezes o valor da normalidade                             | 1 |
|   | No limite da normalidade ou abaixo                             | 0 |
| <b>Heart I: 0 pontos (Muito baixa probabilidade)</b><br><b>Heart II: 1 a 3 pontos (Baixa probabilidade)</b><br><b>Heart III: ≥ 4 pontos (Intermediária probabilidade)</b> |  |   |

Passo 5:

Individualizar a conduta conforme escore de *HEART* e Troponina, dividindo os pacientes em 3 grupos:

- Alta hospitalar:
  - Paciente assintomáticos sem alterações eletrocardiográficas dinâmicas, troponina normal e escore HEART menor ou igual a 3;
  - Alta hospitalar após descartar outras causas de dor torácica potencialmente grave.
- Internação hospitalar:
  - O diagnóstico mais frequente nesse grupo é infarto agudo do miocárdio;



|   |                                       |                                       |                                 |                           |
|---|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|---------------------------|
|  | PROTOCOLO                             |                                       |                                 | PRO                       |
|   | PROTOCOLO DE DOR TORÁCICA             |                                       |                                 | PRO-CEC-01                |
|   | Data de Emissão:<br><b>02/01/2018</b> | Data da Revisão:<br><b>10/10/2025</b> | Número da Revisão:<br><b>04</b> | Página:<br><b>9 de 15</b> |
| APLICAÇÃO:  | SERVIÇOS PRÓPRIOS                     |                                       |                                 |                           |

- Quando o diagnóstico não for infarto agudo do miocárdio, provavelmente se trata de condição clínica grave que justifica internação como miocardite, embolia pulmonar, síndrome de takotsubo, entre outras.
  - Pacientes que não preenchem critérios para os dois grupos anteriores
- Realizar conduta individualizada, compartilhada com médico cardiologista. A literatura não respalda uma conduta definitiva para esse grupo, logo sugere-se avaliar:

- Repetir Troponina T com 3 horas
- Ecocardiograma transtorácico;
- Teste não invasivo anatômico ou funcional;
- Retorno precoce com cardiologista/clínico de referência;
- Avaliar internação hospitalar.

#### 3.6.4 Testes não invasivos complementares:

- Podem ser indicados ainda, durante a observação na emergência ou ambulatorial, conforme quadro clínico do paciente. Pacientes com escore *HEART* > 3 é preferível estratificação não invasiva ainda em regime de emergência;
- Na impossibilidade física de realização do Teste Ergométrico ou ECG não interpretável (bloqueio de ramo esquerdo, marcapasso artificial, fibrilação atrial, sobrecarga ventricular esquerda etc.), o paciente pode ser submetido a ecocardiograma com estresse farmacológico ou alternativamente angiotomografia de artérias coronárias. Esses casos devem ser discutidos com o sobreaviso da cardiologia.

#### 3.7 Tratamento:

- Repouso: Por até 24hs nos pacientes estáveis hemodinamicamente e sem precordialgia;
- Jejum: No mínimo de 4hs em presença de dor para a realização de CATE, para reduzir o risco de aspiração pelos vômitos;
- Oxigenioterapia: Deve ser realizada através da administração de cateter ou óculos nasal com fluxo de 2- 4 L/min caso saturação < 90%;

|   |                                       |                                       |                                 |                            |
|---|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|
|  | PROTOCOLO                             |                                       |                                 | PRO                        |
|   | PROTOCOLO DE DOR TORÁCICA             |                                       |                                 | PRO-CEC-01                 |
|   | Data de Emissão:<br><b>02/01/2018</b> | Data da Revisão:<br><b>10/10/2025</b> | Número da Revisão:<br><b>04</b> | Página:<br><b>10 de 15</b> |
| APLICAÇÃO:  | SERVIÇOS PRÓPRIOS                     |                                       |                                 |                            |

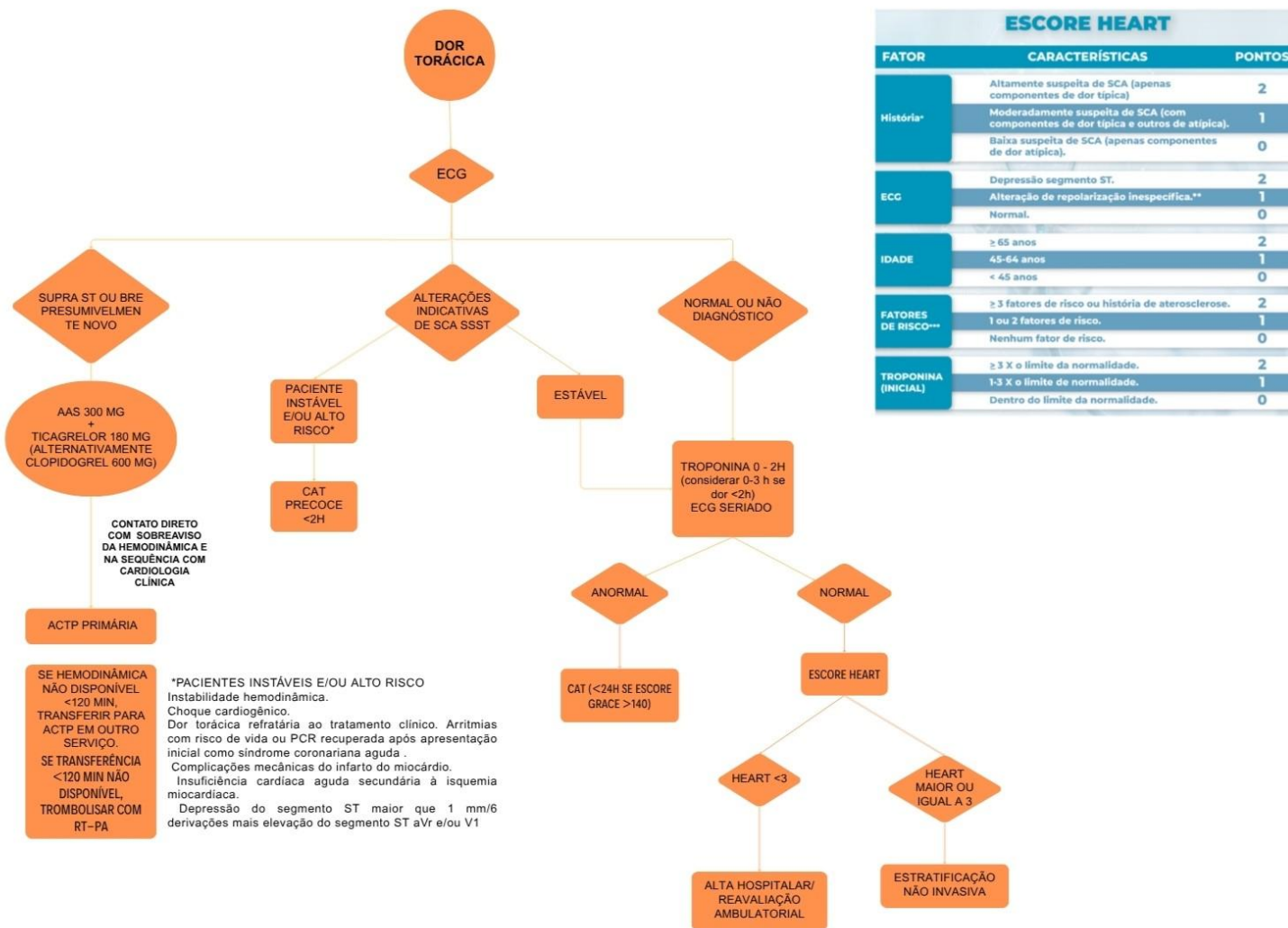
- Monitorização cardíaca contínua: Para detecção e terapia precoces de arritmias primárias; monitorização eletrocardiográfica contínua (na derivação com maior supradesnivelamento do segmento ST).
- Terapia anti-agregante:
  - AAS deve ser administrado na admissão na dose de 300 mg por via oral (mastigado), exceto em casos de reconhecida anafilaxia aos salicilatos ou na presença de sangramentos ativos;
  - Nos casos de IAM com SST, o segundo agente antiplaquetário deve ser administrado ainda na sala de emergência: preferência para Ticagrelor na dose de 180mg, alternativamente Clopidogrel na dose de 600mg. Em casos excepcionais encaminhados para trombólise, a dose de Clopidogrel é 300mg, sendo reduzida para 75mg em pacientes acima de 75 anos;
  - Nos casos de SCA sem SST, o segundo agente deve ser administrado na sala de Hemodinâmica. Nessa situação, é facultado o uso de Prasugrel 60mg, se disponível.
  - Analgesia e sedação: Diminui a intensidade da dor (que gera ansiedade e amplifica a resposta autonômica), reduzindo o limiar para desencadeamento de taquiarritmias ventriculares e o consumo miocárdico de oxigênio. Recomenda-se sulfato de morfina, na dose de 1 a 3 mg cada 5 minutos por via intravenosa até o alívio da dor, atentar para a evidência de toxicidade (hipotensão, depressão respiratória ou vômitos frequentes);
  - Nitratos: São medicamentos que promovem vasodilatação arterial e principalmente venosa. Diminuem a pré e pós-carga ventricular, trabalho cardíaco e o consumo de oxigênio. Não devem ser utilizados de rotina. São utilizados para alívio de dor isquêmica, congestão pulmonar e diminuição pressórica. Logo após o primeiro ECG, nos casos em que houver dor torácica isquêmica, deve ser administrado nitrato SL (dinitrato de isossorbida 5mg ou mononitrato de isossorbida 5mg);
  - Contra-indicações dos Nitratos: infarto de ventrículo direito, uso de sildenafil ou derivados nas últimas 24h, hipotensão arterial.

### 3.7.1 Estratégia de Reperusão:

- Angioplastia Primária:
  - IAMST ou BCRE novo (especificações citadas em diagnóstico de IAM com SST) com < 12 horas do início dos sintomas de isquemia ou > 12 horas se estes ainda persistirem;

|   |                                       |                                       |                                 |                            |
|---|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|
|  | PROTOCOLO                             |                                       |                                 | PRO                        |
|   | PROTOCOLO DE DOR TORÁCICA             |                                       |                                 | PRO-CEC-01                 |
|   | Data de Emissão:<br><b>02/01/2018</b> | Data da Revisão:<br><b>10/10/2025</b> | Número da Revisão:<br><b>04</b> | Página:<br><b>11 de 15</b> |
| APLICAÇÃO:  | SERVIÇOS PRÓPRIOS                     |                                       |                                 |                            |

- Pacientes que desenvolvem Choque Cardiogênico, dentro das 36 horas do IAM e que podem ser abordados de preferência em até 18 horas do início do choque (pacientes preferentemente <75 anos).



### 3.7.2 Tratamento Medicamentoso (Manutenção):

| Medicamento             | Dose de Manutenção: | Contra-Indicações Absolutas: | Contra-Indicações Relativas: |
|-------------------------|---------------------|------------------------------|------------------------------|
| Antiplaquetários Orais: |                     |                              |                              |

|   |                                       |                                       |                                 |                            |
|---|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|
|  | PROTOCOLO                             |                                       |                                 | PRO                        |
|   | PROTOCOLO DE DOR TORÁCICA             |                                       |                                 | PRO-CEC-01                 |
|   | Data de Emissão:<br><b>02/01/2018</b> | Data da Revisão:<br><b>10/10/2025</b> | Número da Revisão:<br><b>04</b> | Página:<br><b>12 de 15</b> |
| APLICAÇÃO:  | SERVIÇOS PRÓPRIOS                     |                                       |                                 |                            |

|                                  |  |   |   |
|----------------------------------|--|---|---|
| <b>AAS</b>                       | 100 mg/dia por via oral em dose única após almoço  | Pacientes com hipersensibilidade à salicilatos - Hemorragia digestiva ativa.  | Pacientes com gastrite ou úlcera gastroduodenal prévia, devendo seu uso ser cauteloso e associado a inibidor de bomba de prótons. Uso cauteloso em pacientes com discrasias sanguíneas ou com insuficiência hepática. |
| <b>Clopidogrel</b>               | 75mg/dia, via oral, 1 x ao dia   |   |   |
| <b>Atorvastatina</b>             | 80mg, via oral, 1x ao dia  |   |   |
| <b>Ticagrelor</b>                | 90mg, via oral, 2 x dia  |   |   |
| <b>Nitratos</b>                  | Recomenda-se o uso nas primeiras 24/48 h de evolução do IAMSST, na presença de isquemia recorrente, ICC ou hipertensão. A dose inicial é de 5-10 µcg/min devendo-se aumentar progressivamente até a obtenção dos resultados, aparecimento de efeitos colaterais, objetivando-se redução de 10% PAS em normotensos ou 30% em hipertensos. | Uso de sildenafil ou análogos nas últimas 24h, suspeita de infarto de VD e estenose aórtica grave.                                |   |
| <b>Trombólise com Alteplase:</b> |  |   |   |
| <b>Alteplase</b>                 | 15mg EV em bolus:<br>0,75mg/kg em 30 minutos;<br>0,50mg/kg em 60 minutos<br><b>*Obs:</b> dose não deve ultrapassar 100mg   | Qualquer sangramento intracraniano prévio;<br>AVC isquêmico nos últimos 3 meses;<br>Dano ou neoplasia do sistema nervoso central. |   |

### 3.8 Cuidados De Enfermagem:

#### 3.8.1 Pré-angioplastia:

- Identificação precoce de sinais e sintomas;
- Realização de ECG com 12 derivações;
- Monitorização cardíaca contínua;
- Controle de sinais vitais;
- Punção de acesso venoso periférico calibroso, preferencialmente em membro superior esquerdo;
- Instalar oxigênio suplementar com cateter ou óculos nasais, se saturação de oxigênio < 90%;

|   |                                       |                                       |                                 |                            |
|---|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|
|  | PROTOCOLO                             |                                       |                                 | PRO                        |
|   | PROTOCOLO DE DOR TORÁCICA             |                                       |                                 | PRO-CEC-01                 |
|   | Data de Emissão:<br><b>02/01/2018</b> | Data da Revisão:<br><b>10/10/2025</b> | Número da Revisão:<br><b>04</b> | Página:<br><b>13 de 15</b> |
| APLICAÇÃO:  | SERVIÇOS PRÓPRIOS                     |                                       |                                 |                            |

- Encaminhamento ágil à hemodinâmica, no caso de pacientes com SCA com SST; ou transferência para UTI Coronariana, se instabilidade hemodinâmica.

### 3.8.2 Pós-angioplastia:

- Instalar monitorização cardíaca contínua;
- Controle rigoroso de sinais vitais, com frequência de 15/15 minutos na primeira hora, de 30/30 minutos na segunda hora e de h/h até completar a sexta hora;
- Se paciente em infusão de drogas vasoativas, o controle de sinais vitais deverá ser realizado de 30/30 minutos enquanto permanecer infundindo tais medicações, entre as quais: noradrenalina, vasopressina, nitroprussiato e nitroglicerina;
- Quando for realizado ACTP via região femoral direita, manter curativo compressivo por até 5 horas, e repouso no leito por este período.
- O repouso no leito deve ser definido conforme o calibre da bainha de punção do cateterismo:

| PUNÇÃO FEMORAL | REPOUSO |
|----------------|---------|
| Bainha 4 F     | 3 horas |
| Bainha 5 F     | 4 horas |
| Bainha 6 F     | 5 horas |

- Orientar paciente, se consciente e orientado, para não movimentar o membro inferior direito, mantendo-o alongado. Da mesma forma, orientar para não realizar esforço físico flexionando o tronco ou a região cervical;
- Quando for realizado ACTP via região radial direita, manter curativo compressivo por até 3 horas, retirando as três faixas previamente dispostas pelo setor de hemodinâmica conforme tempo previamente disposto. Orientar paciente, se consciente e orientado, para não flexionar o membro até que todas as faixas sejam retiradas;
- Avaliar FC, atentar para arritmia;
- Vigiar sangramentos e/ou hematoma em sítio de punção, demarcando o hematoma formado e sempre comunicar o médico plantonista e hemodinâmica;
- Aplicar escala de dor, atentar para queixa de dor torácica típica.

|   |                                       |                                       |                                 |                            |
|---|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|
|  | PROTOCOLO                             |                                       |                                 | PRO                        |
|   | PROTOCOLO DE DOR TORÁCICA             |                                       |                                 | PRO-CEC-01                 |
|   | Data de Emissão:<br><b>02/01/2018</b> | Data da Revisão:<br><b>10/10/2025</b> | Número da Revisão:<br><b>04</b> | Página:<br><b>14 de 15</b> |
| APLICAÇÃO:  | SERVIÇOS PRÓPRIOS                     |                                       |                                 |                            |

### 3.9 Orientações De Autocuidado Ao Paciente E Familiar/Cuidador:

- Orientar o paciente e/ou familiar responsável sobre a importância da administração de AAS e Clopidogrel pós Infarto agudo do Miocárdio, conforme indicação do médico cardiologista, estimulando o mesmo a questionar horário de administração junto à equipe assistencial.
- Envolver farmacêutica hospitalar sobre administração segura de medicamentos em ambiente intra-hospitalar e/ou extra-hospitalar, posteriormente à alta para casa.
- Estimular mobilização precoce após 24 h do procedimento de Angioplastia, com envolvimento da fisioterapia, se necessário, junto à equipe de enfermagem; fornecendo informações para autocuidado em ambiente hospitalar e domiciliar.
- Fornece informações sobre alimentação adequada, através de orientações prestadas pela nutricionista hospitalar, quando necessário, conforme comorbidades/patologias prévias;
- Além dos pontos de atenção citados acima, deve ser entregue ao paciente e familiar, um documento orientativo referente aos cuidados em saúde em ambiente domiciliar ANX-UTIA-16.

## 4. INDICADORES

Taxa de Adesão ao Protocolo de Dor Torácica

Taxa de Mortalidade de Infartos com Supradesnível

Taxa de adesão farmacoterapêutico inicial ao protocolo de Dor torácica

Monitoramento através da plataforma Upflux.

## 5. DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

Bonow, Robert O, et al; Braunwald, tratado de doenças cardiovasculares [tradução de Alcir Costa Fernandes, et al], nona edição, Rio de Janeiro, Elsevier, 2013.

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.

Amsterdam EA, Wenger NK, Brindis RG, et al. 2014 AHA/ACC guideline for the management of patients with non-ST-elevation acute coronary syndromes: executive summary: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Circulation 2014; 130:2354.



|   |                                       |                                       |                                 |                            |
|---|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|
|  | PROTOCOLO                             |                                       |                                 | PRO                        |
|   | PROTOCOLO DE DOR TORÁCICA             |                                       |                                 | PRO-CEC-01                 |
|   | Data de Emissão:<br><b>02/01/2018</b> | Data da Revisão:<br><b>10/10/2025</b> | Número da Revisão:<br><b>04</b> | Página:<br><b>15 de 15</b> |
| APLICAÇÃO:  | SERVIÇOS PRÓPRIOS                     |                                       |                                 |                            |

Glickman SW, Shofer FS, Wu MC, et al. Development and validation of a prioritization rule for obtaining an immediate 12-lead electrocardiogram in the emergency department to identify ST-elevation myocardial infarction. Am Heart J 2012; 163:372

Pesaro AEP. Corrêa TD. Forlenza L. Bastos JF. Knobel M. Knobel E. Síndromes coronarianas agudas: como fazer um diagnóstico correto na sala de emergência. Einstein. 2007; 5 (1): 80-4Thygesen K, Alpert JS, Jaffe AS, et al. Quarta definição universal do infarto do miocárdio (2018) – ESC/ACC/AHA/WHF. Am Coll Cardiol 2018; Aug 25

Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo 2018;28(4):394-402 Recommendations for Institutions Transitioning to High-Sensitivity Troponin Testing JACC Scientific Expert Panel James L. Januzzi, JR, MD, a Simon A. Mahler, MD, MS, b Robert H. Christenson, PHD,c Jennifer Rymer, MD, MBA,d L. Kristin Newby, MD, MHS,d Richard Body, MBCHB, PHD,e David A. Morrow, MD, MPH,f Allan S. Jaffe, MD

ANX-UTIA-16-Orientações De Autocuidado - Dor Torácica

## 6. REGISTROS

FOR-UUE-18-Acompanhamento Protocolo Dor Toracica