



**RioSaúde**

**PROTOCOLO CLÍNICO**

**ASSISTÊNCIA AO PACIENTE  
COM DOR TORÁCICA**

**RIO DE JANEIRO, 2025**

**PROTOCOLO CLÍNICO**

Nº DOCUMENTO	DATA	REVISÃO	PÁGINAS
PTC.DEA.009	12/2025	12/2027	2/21

**ASSISTÊNCIA AO PACIENTE COM DOR TORÁCICA**

**SUMÁRIO**

1. INTRODUÇÃO
2. OBJETIVOS
3. ABRANGÊNCIA
4. DEFINIÇÕES E SIGLAS
5. RESPONSABILIDADES
6. DESCRIÇÃO DO PROTOCOLO
  - 6.1. Critérios de inclusão e exclusão do protocolo de IAM
  - 6.2. Ações imediatas para SCA
  - 6.3. Critérios para Trombólise química
  - 6.4. Sinais de reperfusão
  - 6.5. Possíveis arritmias pós-reperfusão
7. FORMULÁRIOS E/OU DOCUMENTOS RELACIONADOS
8. REFERÊNCIAS
9. TRATAMENTO DA DOCUMENTAÇÃO
10. MODIFICAÇÕES EM RELAÇÃO À REVISÃO ANTERIOR
11. ANEXOS
  - 11.1. Anexo I - Estratégia Farmacológica
  - 11.2. Anexo II - Classificação para SCA-CSST

**RESUMO DE REVISÕES**

MÊS/ANO	DESCRIÇÃO	PRÓXIMA REVISÃO
09/2016	Emissão Inicial	12/2027
02	Versão	

**APROVAÇÕES**

ELABORAÇÃO	CHEFIA	COMISSÃO PERMANENTE DE AVALIAÇÃO DE DOCUMENTOS	NÚCLEO DE QUALIDADE	DIRETORIA
Andrea Dos Santos Garcia Diego de Araújo Queiroz Bárbara Rottas Thiago da Silva	Marcos Aurélio Pinto da Silva Rafael Alvim	Guilherme Santana	Cristiane Pacheco	Bruno Sabino

**PROTOCOLO CLÍNICO**

Nº DOCUMENTO	DATA	REVISÃO	PÁGINAS
PTC.DEA.009	12/2025	12/2027	3/21

**ASSISTÊNCIA AO PACIENTE COM DOR TORÁCICA**

- 11.3. Anexo III - Escore Timi-Risk na SCASSST
- 11.4. Anexo IV - Escore HEART para IAM-SSST
- 11.5. Anexo V - Escore de Braunwald na SCA-SSST
- 11.6. Anexo VI - Escore de GRACE na SCA-SSST
- 11.7. Anexo VII - Fluxo IAM-SSST
- 11.8. Anexo VIII - Esquema da administração do fibrinolítico para SCA – CSST
- 11.9. Anexo IX - Fluxograma do atendimento ao paciente com queixa de dor torácica

**RESUMO DE REVISÕES**

MÊS/ANO	DESCRIÇÃO	PRÓXIMA REVISÃO
09/2016	Emissão Inicial	12/2027
02	Versão	

**APROVAÇÕES**

ELABORAÇÃO	CHEFIA	COMISSÃO PERMANENTE DE AVALIAÇÃO DE DOCUMENTOS	NÚCLEO DE QUALIDADE	DIRETORIA
Andrea Dos Santos Garcia Diego de Araújo Queiroz Bárbara Rottas Thiago da Silva	Marcos Aurélio Pinto da Silva Rafael Alvim	Guilherme Santana	Cristiane Pacheco	Bruno Sabino

## PROTOCOLO CLÍNICO

Nº DOCUMENTO	DATA	REVISÃO	PÁGINAS
PTC.DEA.009	09/2025	09/2027	4/21

### ASSISTÊNCIA AO PACIENTE COM DOR TORÁCICA

## 1. INTRODUÇÃO

Aproximadamente 5% dos atendimentos nas Unidades de Emergência (UE) são motivados por dor torácica aguda (Nicolau et. al. 2021). Esse sintoma pode ser indicativo de uma síndrome coronária aguda (SCA) ou de outras condições cardiovasculares graves.

Sabe-se que a dor torácica pode ser causada tanto por etiologias benignas quanto por potenciais apresentações de risco à vida, e são classificadas em causas cardíacas e não cardíacas. A síndrome coronariana aguda (SCA) caracteriza-se pela evidência clínica ou laboratorial de obstrução de leito arterial coronariano, o qual apresentar-se-á, de acordo com a sua magnitude, em Infarto do Miocárdio com Supradesnivelamento do Segmento ST e; Infarto do Miocárdio Sem Supradesnivelamento do Segmento ST ou angina instável (Nicolau et. al. 2021).

É fundamental destacar que o atraso no tratamento adequado da Síndrome Coronariana Aguda (SCA) pode levar a consequências graves e adversas. Por isso, é crucial identificar prontamente a condição e estabelecer a abordagem terapêutica adequada.

## 2. OBJETIVOS

- Estabelecer a identificação e o manejo da dor torácica aguda nas unidades de urgência e emergência;
- Padronizar o atendimento assistencial da dor torácica direcionando a equipe multidisciplinar adequadamente.

## 3. ABRANGÊNCIA

Todas as unidades geridas pela RioSaúde.

## PROTOCOLO CLÍNICO

Nº DOCUMENTO	DATA	REVISÃO	PÁGINAS
PTC.DEA.009	09/2025	09/2027	5/21
<b>ASSISTÊNCIA AO PACIENTE COM DOR TORÁCICA</b>			

### 4. DEFINIÇÕES E SIGLAS

#### 4.1. Definições

**MONABCH** - Mnemônico para tratamento clínico do paciente vítima de SCACSSST.

**HDA** - História da doença atual, relatar cronologicamente os fatos narrados pelo paciente, sobre a queixa principal.

**HPP** - Histórico de Patologia Progressiva, relatar presença de comorbidades, Alergias, Intervenções Cirúrgicas, Internações prévias, Hemotransfusões, Medicações de uso contínuo.

**SCACSSST** - Supradesnivelamento persistente do segmento ST ou bloqueio de ramo esquerdo (BRE) novo ou presumivelmente novo, condição geralmente relacionada com oclusão coronariana aguda e necessidade de reperfusão imediata.

**SCASSST** - Dor torácica aguda sem supradesnivelamento persistente do segmento ST, associado ou não a outras alterações de ECG que sugerem isquemia miocárdica de alguma natureza com amplo espectro de gravidade. Neste grupo, estão os pacientes com angina instável (AI), ou seja, dor sem alterações de marcadores de necrose miocárdica (MNM), e aqueles com infarto agudo do miocárdio sem supradesnivelamento do segmento ST (IAMSSST), quando há dor com elevação de marcadores de necrose miocárdica.

**Dor torácica** - Sensação de dor ou desconforto percebida de diversas formas, mas com localização na região anterior ou posterior do tórax. Essa pode ser classificada pela característica anginosa da dor:

- **Dor TIPO A: DEFINITIVAMENTE ANGINOSA:** Desconforto retroesternal precipitado pelo esforço, com irradiação típica para o ombro, mandíbula ou face interna do braço esquerdo, aliviado pelo repouso ou nitrato. Características que dão certeza de Síndrome Coronariana Aguda, independentemente dos exames complementares.
- **Dor TIPO B: PROVAVELMENTE ANGINOSA:** Dor torácica cujas características faz da Síndrome Coronariana Aguda a principal hipótese diagnóstica, porém com necessidade de exames complementares para a confirmação do diagnóstico. Tem a maioria das características da dor definitivamente anginosa, podendo ser típica sob alguns aspectos, mas atípica em outras.

## PROTOCOLO CLÍNICO

Nº DOCUMENTO	DATA	REVISÃO	PÁGINAS
PTC.DEA.009	09/2025	09/2027	6/21
<b>ASSISTÊNCIA AO PACIENTE COM DOR TORÁCICA</b>			

- Dor TIPO C: PROVAVELMENTE NÃO ANGINOSA: Dor torácica cujas características não faz da Síndrome Coronariana Aguda a principal hipótese diagnóstica, mas devido à existência de múltiplos fatores de risco, doença coronária prévia ou mesmo dor sem causa aparente, necessita de outros exames para excluí-la.
- Dor TIPO D: DEFINITIVAMENTE NÃO ANGINOSA: Dor com aspectos evidentes de origem não cardíaca.

### 4.2. Siglas

**ATC** – Angioplastia Coronariana

**CR** – Classificação de Risco

**CRVM** - Cirurgia de Revascularização do Miocárdio

**DCV** – Doença Cardiovascular

**DM** – Diabetes Mellitus

**ECG** – Eletrocardiograma

**MNM** – Marcadores de Necrose Miocárdica

**SCACSST** – Síndromes Coronarianas Agudas com Supradesnível do Segmento ST

**SCASSST**– Síndromes Coronarianas Agudas sem Supradesnível do Segmento ST

**SISREG** – Sistema de Regulação

**TVS** – Taquicardia Ventricular Sustentada

## PROTOCOLO CLÍNICO

Nº DOCUMENTO	DATA	REVISÃO	PÁGINAS
PTC.DEA.009	09/2025	09/2027	7/21

### ASSISTÊNCIA AO PACIENTE COM DOR TORÁCICA

## 5. RESPONSABILIDADES

### 5.1. Classificação de risco (CR):

- Identificar horário de início da Dor; localização; tempo de duração; irradiação; fatores precipitantes e de alívio;
- Realizar a abertura do protocolo de IAM no TiMed da classificação de risco, conforme Anexo I;
- Encaminhar o paciente na cadeira de rodas, com o auxílio do maqueiro, **IMEDIATAMENTE** até a sala de eletrocardiograma, tempo máximo de 10 minutos da chegada do paciente na unidade para a realização do ECG;
- Solicitar a realização **IMEDIATA** de ECG no TELE-ELETRO;
- Comunicar verbalmente ao médico do eixo verde sobre abertura do Protocolo de Dor Torácica e Informar nome completo, data de nascimento e BAE do paciente;
- Atentar-se para alterações de sinais de instabilidade hemodinâmica ou ventilatória.

### 5.2. Técnico de enfermagem da sala de medicação:

- Realizar o ECG no aparelho do TELE-ELETRO, conforme solicitado pelo enfermeiro da CR;
- Aferir Sinais Vitais do paciente (Pressão Arterial, Frequência Cardíaca, Frequência Respiratória, Saturação Periférica de Oxigênio, Temperatura Axilar, Glicemia Capilar);
- Aguardar avaliação do Médico do Eixo Verde;
- Encaminhar o paciente para o destino indicado pelo Médico de Eixo Verde (Consultório ou Sala Vermelha).

## PROTOCOLO CLÍNICO

Nº DOCUMENTO	DATA	REVISÃO	PÁGINAS
PTC.DEA.009	09/2025	09/2027	8/21

### ASSISTÊNCIA AO PACIENTE COM DOR TORÁCICA

#### 5.3. Laboratório:

- Coletar IMEDIATAMENTE sangue para MNM (Troponina, CKMB, CPK), solicitadas pelo médico;
- Priorizar a liberação dos resultados dos biomarcadores, até 30 minutos após a coleta (**Resultado não interfere na decisão da Trombólise Química**);
- Sinalizar à equipe de enfermagem a hora de cada coleta.

#### 5.4. Médico eixo verde:

- Avaliar IMEDIATAMENTE o paciente, o ECG e o Laudo do TELE-ELETRO, (**na sala de TELE-ELETRO**);
- Avaliar se o paciente atende os critérios clínicos para suspeita de SCA e se será mantido em protocolo de dor torácica ou será encerrado;
- ECG alteração Aguda -> Encaminhar para Sala Vermelha
- ECG sem Alteração Aguda -> Encaminhar para Consultório
  - DOR tipo B ou C, seriar NMN, se positivos -> encaminhar para Salas Vermelha;
  - DOR tipo B ou C, seriar NMN, se negativos e Score HEART > 3 -> encaminhar para Sala Amarela;
  - DOR tipo B ou C, seriar NMN, se negativos e Score HEART  $\leq$  3 -> liberar com encaminhamento para Clínica da Família, para acompanhamento ambulatorial para risco de DCV.
  - DOR Tipo D: diagnóstico não radiológico, tratar causa da DOR, Justificar Encerramento do Protocolo de Dor Torácica.

#### 5.5. Médico das salas internas:

- IAM CSST
  - Prescrever medicações iniciais, MONABCH;
  - Verificar indicações e contraindicações da administração do trombolítico;

**PROTOCOLO CLÍNICO**

Nº DOCUMENTO	DATA	REVISÃO	PÁGINAS
PTC.DEA.009	09/2025	09/2027	9/21
<b>ASSISTÊNCIA AO PACIENTE COM DOR TORÁCICA</b>			

- Orientar o paciente sobre os riscos e complicações da terapia trombolítica;
  - Solicitar exames laboratoriais e MNM;
  - Prescrever trombolítico, se indicado;
  - Avaliar e monitorar resposta hemodinâmica após terapêutica medicamentosa 30, 60 e 90 min;
  - Solicitar vaga zero, se:
    - ✓ Se reperfusão parcial -> necessidade de CATE em até 24 horas
    - ✓ Se não perfundir -> necessidade de CATE de Resgate
    - ✓ Sinais de Hemorragia com rebaixamento de Nível de consciência ou Hipotensão Arterial
  - Comunicar ao NIR e aos familiares da decisão.
- IAM SSST
    - Prescrever medicações iniciais, MONABCH;
    - Solicitar exames laboratoriais e MNM;
    - Estratificar risco com escalas de Braunwald e Timi-Risk;
    - Transferir para Sala Amarela, se estável hemodinamicamente;
    - Estratificação Não-invasiva;
    - Avaliar necessidade CATE e/ou Alta.

**5.6. Enfermeiro das salas internas:**

- Instalar monitorização multiparamétrica nos pacientes internados nas salas internas e acompanhar os sinais vitais;
- Orientar sobre a necessidade de repouso absoluto no leito;

## PROTOCOLO CLÍNICO

Nº DOCUMENTO	DATA	REVISÃO	PÁGINAS
PTC.DEA.009	09/2025	09/2027	10/21

### ASSISTÊNCIA AO PACIENTE COM DOR TORÁCICA

- Administrar Dupla Antiagregação (do MONABCH);
- Instalar ou delegar inserção de dois acessos venosos periféricos calibrosos, sendo preferencialmente em membro superior direito (cateter 18 ou cateter 20), o acesso para administração do fibrinolítico;
- Realizar o preparo do trombolítico, conforme prescrição médica;
- Administrar trombolítico prescrito imediatamente após a prescrição médica;
- Realizar monitorização beira-leito da administração do trombolítico;
- Garantir a realização dos exames solicitados;
- Realizar o ECG 30 e 90 minutos após a infusão do trombolítico (Preferencialmente, TELE-ELETRO);
- Realizar anotação de enfermagem, contendo: horário de início e término da infusão de trombolítico e realização do segundo ECG;
- Grampear ECG na prescrição médica do paciente com o BAM e horário registrado.

#### 5.7. Técnico de enfermagem:

- Verificar sinais vitais e acompanhar evolução hemodinâmica do paciente;
- Registrar em prontuário os sinais vitais do paciente, conforme prescrição médica;
- Identificar e sinalizar ao enfermeiro em caso de alteração de sinais vitais;
- Realizar punção venosa periférica e em caso de difícil punção acionar enfermeiro imediatamente e registrar em prontuário.

#### 5.8. Farmácia:

- Garantir a liberação imediata da Dupla Antiagregação;
- Garantir a liberação imediata do Trombolítico;
- Priorizar as solicitações referentes ao protocolo de SCA;

## PROTOCOLO CLÍNICO

Nº DOCUMENTO	DATA	REVISÃO	PÁGINAS
PTC.DEA.009	09/2025	09/2027	11/21

### ASSISTÊNCIA AO PACIENTE COM DOR TORÁCICA

- Disponibilizar os medicamentos padronizados.

#### 5.9. Núcleo Interno de Regulação (NIR):

- Realizar inserção no sistema de Regulação – SISREG.

## 6. DESCRIÇÃO DO PROTOCOLO

### 6.1. Critérios de inclusão e exclusão do protocolo de IAM:

#### 6.1.2. Inclusão:

- Todos os pacientes adultos admitidos com queixa de dor torácica;
- Pacientes com SCACSST evidenciado em ECG prévio na clínica da família;
- Pacientes com suspeita SCASST internado ou confirmação por meio de biomarcadores de necrose miocárdica.

#### 6.1.3. Exclusão:

- Pacientes que após a realização do ECG, avaliação médica e laboratorial seja descartado síndrome coronariana.

**Obs.:** A enfermagem possui autonomia para iniciar o protocolo para pacientes que, embora não se enquadrem nos critérios descritos acima, apresentem sinais indicativos de SCA.

### 6.2. Ações imediatas para SCA:

- Realizar ECG IMEDIATO ( $\leq 10$  minutos, preferencialmente o telecardiologia);
- Realizar avaliação Médica IMEDIATA;

## PROTOCOLO CLÍNICO

Nº DOCUMENTO	DATA	REVISÃO	PÁGINAS
PTC.DEA.009	09/2025	09/2027	12/21

### ASSISTÊNCIA AO PACIENTE COM DOR TORÁCICA

- Definir Rota do paciente;
- Prescrever e administrar tratamento farmacológico (MONABCH e Trombolítico), quando indicados;
- Acesso venoso e coleta de MNM (troponina I e T; CK-MB);
- Realizar o escore de HEART para IAMSSST.

#### 6.3. Critérios para Trombólise química

- Dor sugestiva de IAM com duração maior do que 20 minutos e inferior a 12 horas
- ECG com SSST  $\geq 1,0\text{mm}$  pelos menos em duas derivações contíguas ( $\geq 2,0\text{mm}$  em V2-V3) ou
- ECG com BRE novo (ou presumivelmente novo)

#### 6.4. Sinais de Reperusão

- Clínico: melhora da dor torácica
- ECG com redução superior à 50% SSST

#### 6.5. Possíveis arritmias pós-reperusão

### ARRITMIAS DE REPERFUSÃO



*European Heart Journal, Volume 39, Issue 2, 7 January 2018, Pages 119–177*

**PROTOCOLO CLÍNICO**

Nº DOCUMENTO	DATA	REVISÃO	PÁGINAS
PTC.DEA.009	09/2025	09/2027	13/21
<b>ASSISTÊNCIA AO PACIENTE COM DOR TORÁCICA</b>			

## 7. FORMULÁRIOS E/OU DOCUMENTOS RELACIONADOS

Não se aplica.

## 8. REFERÊNCIAS

- NICOLAU, José Carlos et al. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre angina instável e infarto agudo do miocárdio sem supradesnível do segmento ST–2021. **Arquivos brasileiros de cardiologia**, v. 117, p. 181-264, 2021. Disponível em < [https://abccardiol.org/wp-content/uploads/articles\\_xml/0066-782X-abc-117-01-0181/0066-782X-abc-117-01-0181.x66747.pdf](https://abccardiol.org/wp-content/uploads/articles_xml/0066-782X-abc-117-01-0181/0066-782X-abc-117-01-0181.x66747.pdf) > Acessado em Setembro de 2024.
- European Heart Journal, Volume 39, Issue 2, 07 January 2018, Pages 119–177. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehx393>

## 9. TRATAMENTO DA DOCUMENTAÇÃO

Tipo Documental	Código de Classificação	Série Documental	Classificação de Acesso	Prazo de Guarda		Destinação
				Arquivo Corrente	Arquivo Intermediário	
Registros de atendimento, prescrições, evoluções, procedimentos e avaliações (SUPORTE DIGITAL; INTEGRA)	18.01.01.001	Prontuário do paciente	Restrito	A vigência esgota-se com o último registro	20 anos	Eliminação (de acordo com procedimentos técnicos estabelecidos pela Portaria "N" GI/AGCRJ nº 02, de 31 de janeiro de 2022)
Prescrição médica para anotações da enfermagem e registros de exames de eletrocardiograma (SUPORTE FÍSICO; INTEGRA)	18.01.01.012	Expediente de registros de sistematização da assistência de enfermagem	Restrito	A vigência esgota-se com o último registro	5 anos	Eliminação (de acordo com procedimentos técnicos estabelecidos pela Portaria "N" GI/AGCRJ nº 02, de 31 de janeiro de 2022)
Solicitação de exames de imagem e laboratoriais	18.02.01.001	Requisição de exames complementares	Restrito	A vigência esgota-se ao final de	5 anos	Eliminação (de acordo com procedimentos técnicos estabelecidos pela Portaria "N"

**PROTOCOLO CLÍNICO**

Nº DOCUMENTO	DATA	REVISÃO	PÁGINAS
PTC.DEA.009	09/2025	09/2027	14/21

**ASSISTÊNCIA AO PACIENTE COM DOR TORÁCICA**

				cada mês		GI/AGCRJ nº 02, de 31 de janeiro de 2022)
Solicitação de vaga zero	18.02.01.002	Requisição de exames especializados e avaliações de urgência	Restrito	A vigência esgota-se ao final de cada ano	5 anos	Eliminação (de acordo com procedimentos técnicos estabelecidos pela Portaria "N" GI/AGCRJ nº 02, de 31 de janeiro de 2022)

**10. MODIFICAÇÕES EM RELAÇÃO À REVISÃO ANTERIOR**

Versão	Alteração	Data	Elaboração/Revisão	Validação	Aprovação
00	Emissão inicial	14/09/2016	Jorge Aquino	Diretor Executivo Assistencial	Diretor Executivo Assistencial
01	Inclusão das definições no item 4.1, substituição dos fluxogramas Rota 1 e Rota 2	20/04/2018	Jorge Aquino	Diretor Executivo Assistencial	Diretor Executivo Assistencial
02	Alteração da codificação documental PAP C-01-01. Substituição do fluxo da assistência à Dor torácica pelo fluxograma do protocolo de dor torácica Remoção dos anexos II, III e IV do PAP C-0101 e inclusão dos anexos I ao VIII. Inclusão das referências bibliográficas atualizadas.	01/09/2025	Andrea Dos Santos Garcia Diego de Araújo Queiroz Bárbara Rottas Thiago da Silva	Rafael Alvim Lobo Marcos Aurélio Pinto	Bruno Cesar Sabino de Figueiredo

**PROTOCOLO CLÍNICO**

Nº DOCUMENTO	DATA	REVISÃO	PÁGINAS
PTC.DEA.009	09/2025	09/2027	15/21
<b>ASSISTÊNCIA AO PACIENTE COM DOR TORÁCICA</b>			

**11. ANEXOS**

**11.1. Anexo I - Estratégia Farmacológica**

<b>M</b> Morfina	2 a 4mg EV a cada 5 minutos CI: Infarto VD ou SSST parede inferior // PAS < 90 mmHg
<b>O</b> Oxigênio	Se SpO2 < 90% , manter $\geq$ 92%
<b>N</b> Nitrato	Oral -> Mono ou Dinitrato de Isossorbida 5mg (intervalo de 5 minutos, Máximo 03 comprimidos) Venoso -> Nitroglicerina (Tridil) 10mcg/min (Mantido por 24-48hora após a última dor anginosa) CI: PAS < 90 mmHg // 50 < FC > 100 bpm
<b>A</b> AAS	Ataque: 300mg VO (Mastigar e engolir) Manutenção: 100mg VO 1x por dia
<b>B</b> Beta-bloqueador	Oral: Metoprolol (50-100mg) OU Atenolol (25-50mg): 12/12h, iniciar após 15minutos da ultima dose EV Venoso: 5mg Lento até 3 doses (15mg) -> ATC primário com PAS > 120 mmHg Ind: Para todos os pacientes iniciado nas primeiras 24 horas. CI: BAV 2o e 3o Grau, Disfunção Ventricular Grave, Id > 70 anos, PAS < 120 mmHg, FC > 110 bpm, Killip > 1
<b>C</b> Clopidogrel	Ataque 600mg VO, se ATC em até 2 horas Ataque 300mg VO para < 75 anos Para $\geq$ 75mg e manutenção 75mg 1x ao dia
<b>H</b> HBPM	Ataque: 30mg Enoxaparina EV Manutenção: 1mg/kg 12/12h por 8 dias ou até a alta hospitalar Se $\geq$ 75 anos 0,75 mg SC 12/12h ClCr < 30: 1,0mg SC 1x dia

**PROTOCOLO CLÍNICO**

**Nº DOCUMENTO**

**DATA**

**REVISÃO**

**PÁGINAS**

PTC.DEA.009

09/2025

09/2027

16/21

**ASSISTÊNCIA AO PACIENTE COM DOR TORÁCICA**

**11.2. Anexo II - Classificação para SCA-CSST**

<b>Classificação de Killip-Kimball</b>			
<b>Grupo</b>	<b>Aspectos Clínicos</b>	<b>Frequência</b>	<b>Mortalidade</b>
I	Sem sinais de Congestão Pulmonar	40-50%	6%
II	Be, Crepitações Bibasais	30-40%	17%
III	Edema Agudo Pulmonar	10-15%	28%
IV	Choque Cardiogênico	5-10%	81%

**11.3. Anexo III - Escore Timi-Risk na SCASSST**

<b>TIMI RISK</b>		<b>Pontuação</b>		
<b>História / Apresentação Clínica</b>	<b>Pontos</b>	<b>Nº pontos acumulados</b>	<b>% de risco</b>	
Idade $\geq$ 65 anos	01			
Três ou mais fatores de risco	01	0-1	4,7 (Baixo Risco)	
Coronária com obstrução $\geq$ 50%	01	2	8,3 (Baixo Risco)	
Desvio ST $\geq$ 0,5mm	01	3	13,2 (Intermediario)	
$\geq$ 2 episódios anginosos em 24 horas	01	4	19,9 (Intermediario)	
Uso AAS durante a última semana	01	5	26,2 (Alto Risco)	
Aumento de MNM	01	6-7	40,9 (Alto Risco)	
Total	07			

**PROTOCOLO CLÍNICO**

Nº DOCUMENTO

DATA

REVISÃO

PÁGINAS

PTC.DEA.009

09/2025

09/2027

17/21

**ASSISTÊNCIA AO PACIENTE COM DOR TORÁCICA**

**11.4. Anexo IV - Escore HEART para IAM-SSST**

Escore HEART		
Fator	Características	Pontos
<b>H</b> História	Altamente suspeita para SCA (Componentes Típicos)	2
	Moderadamente suspeita para SCA (Componentes Típicos a Atípicos)	1
	Baixa suspeita para SCA (Apenas componentes Atípicos)	0
<b>E</b> ECG	Depressão segmento ST	2
	Alteração de repolarização inespecífica	1
	Normal	0
<b>A</b> Idade	≥ 65 anos	2
	45-64 anos	1
	< 45 anos	0
<b>R</b> Risco	≥ 3 fatores de risco ou História de Aterosclerose	2
	1 ou 2 fatores de risco	1
	Nenhum fator de risco	0
<b>T</b> Troponina inicial	> 3x o limite da normalidade	2
	1-3x o limite da normalidade	1
	Dentro do limite da normalidade	0

**PROTOCOLO CLÍNICO**

**Nº DOCUMENTO**

**DATA**

**REVISÃO**

**PÁGINAS**

PTC.DEA.009

09/2025

09/2027

18/21

**ASSISTÊNCIA AO PACIENTE COM DOR TORÁCICA**

**11.5. Anexo V - Escore de Braunwald na SCA-SSST**

<b>Estratificação de Risco de morte ou infarto em pacientes na SCASST</b>			
<b>Características</b>	<b>Alto</b>	<b>Moderado</b>	<b>Baixo</b>
<b>História</b>	Idade > 75 anos Dor Progressiva, sintomas nas últimas 48 horas	Idade 70-75 anos IAM prévio, Doença Vascular Periférica, DM, CRVM, uso prévio de AAS	
<b>Dor Precordial</b>	Prolongada (> 20min) em repouso	Prolongada (> 20min) em repouso, mas com alívio espontâneo ou Nitrato	Sintomas novos da angina Classe III ou IV da CCS nas últimas 2 semanas se maior em repouso prolongada (> 20min)
<b>Exame Físico</b>	EAP, piora ou surgimento de sopro de regurgitação mitral, B3, Hipotensão Arterial, Bradicardia ou Taquicardia		
<b>ECG</b>	Infradesnivel ST > 0,5mm (associada ou não com angina), Alteração dinâmica do ST, Bloqueio completo de ramo, novo ou presumivelmente novo, TVS	Inversão de onda T > 2mm, Onda Q patológica	Normal ou inalterado durante o episódio de Dor
<b>MNM</b>	Acentuadamente Elevados	Elevação discreta	Normais

**11.6. Anexo VI - Escore de GRACE na SCA-SSST**

<b>Variável</b>		<b>Pontos</b>		<b>Variável</b>		<b>Pontos</b>
<b>Idade (Anos)</b>	< 29	0		<b>PAS (mmHg)</b>	< 79	24
	30-39	0			80-99	22
	40-49	18			100-119	18
	50-59	36			120-139	14
	60-69	55			140-159	10

**PROTOCOLO CLÍNICO**

**Nº DOCUMENTO**

**DATA**

**REVISÃO**

**PÁGINAS**

PTC.DEA.009

09/2025

09/2027

19/21

**ASSISTÊNCIA AO PACIENTE COM DOR TORÁCICA**

	70-79	73			160-199	4
	80-89	91			>200	0
	> 90	100		Infra ST		11
História de UC		24		Creatinina (mg/dl)	0,00-0,39	
História de IAM		12			0,40-0,79	
FC repouso (Bpm)	< 49	0			0,80-1,19	
	50-69	3			1,20-1,59	
	70-89	9			1,60-1,99	
	90-109	14			2,00-3,99	
	110-149	23			> 4,00	
	150-199	35		Troponina +	15	
	> 200	43				

**11.7. Anexo VII - Fluxo IAM-SSST**

<b>Fluxo do paciente com SCA sem Supra</b>		
Baixo Risco	Intermediário / Alto Risco	Muito Alto Risco*
CATE > 72h Teste Provocativos	CATE 48-72h	CATE Urgência / 24h
Enfermaria/Quarto -> alta com estratificação precoce	UCO / UTI	

\*Dor refratária, Arritmia Ventricular Grave, Choque Cardiogênico

**PROTOCOLO CLÍNICO**

Nº DOCUMENTO	DATA	REVISÃO	PÁGINAS
PTC.DEA.009	09/2025	09/2027	20/21

**ASSISTÊNCIA AO PACIENTE COM DOR TORÁCICA**

**11.8. Anexo VIII - Esquema da administração do fibrinolítico para SCA - CSST**

Administração do fibrinolítico para SCA - CSST

INÍCIO DOS SINTOMAS	REGIME	PESO	DOSE TOTAL	BOLUS	30 MINUTOS	60 MINUTOS
ATÉ 6 HORAS	Acelerado (90 min)	< 65kg	1,5ml x Peso	15mg	0,75mg/kg (máx 50mg)	0,50mg/kg (máx 35mg)
		>= 65kg	100mg	15mg	50mg	35mg
INÍCIO DOS SINTOMAS	REGIME	PESO	DOSE TOTAL	BOLUS	60 MINUTOS	120 MINUTOS
ATÉ 6 HORAS	Convencional (3h)	< 65kg	1,5ml x Peso	10mg	Infusão venosa até dose máx total de 1,5mg/kg em 3h.	
		>= 65kg	100mg	10mg	50mg	40mg

**PROTOCOLO CLÍNICO**

Nº DOCUMENTO  
PTC.DEA.009

DATA  
09/2025

REVISÃO  
09/2027

PÁGINAS  
21/21

**ASSISTÊNCIA AO PACIENTE COM DOR TORÁCICA**

**11.9. Anexo IX - Fluxograma do atendimento ao paciente com queixa de dor torácica**

**Fluxograma Protocolo de Dor Torácica**

