

# Dor precordial aguda

Guia prático para abordagem da dor precordial aguda no pronto-socorro: estratificação de risco, prescrições, antiagregação, anticoagulação e critérios para alta ou internação.

**Paciente típico:** Adulto, 50-65 anos, com dor torácica retroesternal em peso/aperto, irradiação para MSE, náuseas, sudorese, fatores de risco cardiovasculares (HAS, DM, tabagismo, dislipidemia).

## ? Guia rápido

*i Clique nos tópicos abaixo para ver detalhes*

### História clínica típica

#### # História Clínica

Paciente refere dor/desconforto precordial ou retroesternal há  horas/dias, em aperto/peso/pressão/queimação, com/sem irradiação para MSE, mandíbula ou ombro esquerdo, de forte/moderada intensidade, com/sem fator desencadeante, com/sem melhora ao repouso.

Relata/nega episódio prévio semelhante.

Associa/Nega sudorese, náuseas, vômitos, dispneia.

Relata/nega história de  (HAS, DM, tabagismo, dislipidemia, história familiar).

Nega febre. Nega trauma torácico.

Nega alergias medicamentosas.

#### # Exame físico

REG/BEG, consciente, orientado, vigil, TEC < 3s

AR: MV+ bilateral, sem RA

ACV: RCR 2T, BNF, sem sopros

Abdome: plano, flácido, indolor, RHA+

MMII: sem edema, pulsos simétricos e palpáveis

Demais sistemas sem alterações relevantes

#### # HD

- Dor precordial aguda a esclarecer (SCA? Ansiedade?)

#### # Conduta

- ECG 12 derivações
- Solicito exames laboratoriais (troponina, eletrólitos, ureia, creatinina, hemograma, pcr)
- Rx tórax PA
- Prescrevo sintomáticos
- Oriento retorno para reavaliação após medicação

## Prescrição para paciente típico

### No pronto-socorro:

# Se iniciar protocolo SCA

01. AAS 100mg – Fazer 3 comprimidos (300mg) VO mastigado
02. Clopidogrel 75mg – Fazer 4 cp (300mg) VO (dobrar dose se IAM com SST)
03. Enoxaparina 60mg/0,6mL - 01 ampola, SC

# ANALGESIA SE DOR PERSISTENTE/INTENSA:

04. Morfina 10mg/mL – 1mL + 9mL SF0,9%, fazer 2-4mL EV lento (considerar apenas se dor refratária)

# SE DOR PERSISTENTE (após exclusão de contra-indicações como hipotensão, IAM de VD, uso de viagra):

05. Dinitrato de Isossorbida 5mg – Fazer 1 cp sublingual, repetir até 3x de 5/5 min  
OU
05. Nitroglicerina 25mg/5mL (Tridil) – Diluir 10mL + 240mL de SG5% EV em BIC, iniciar a 3mL/h e reavaliar

# ANTIEMÉTICO SE NÁUSEA/VÔMITO:

06. Bromoprida 10mg/2mL – 2mL + 18mL AD EV lento

# SE ECG E TROPONINAS NORMAIS

01. Dipirona 1g/2mL - 1 ampola, IM

# Se ansiedade

02. Diazepam 10mg – Tomar 1 comprimido, VO

### Para casa:

SOMENTE SE DESCARTADA SCA, RISCO BAIXO, ECG E TROPONINAS NORMAIS

01. Dipirona 500mg ————— 1 caixa

Tomar 1 a 2 comprimidos, VO, de 6/6h, se dor

## ? NO PRONTO-SOCORRO

### • ▲ MANEJO E CUIDADOS INICIAIS

- **Prioridade absoluta:** ECG em até 10 minutos da chegada e avaliação médica imediata
- **Monitorização contínua:** PA, FC, oximetria, ECG contínuo
- **Acesso venoso calibroso:** preferencialmente em MSE
- **Oxigenoterapia:** manter SatO<sub>2</sub> > 90% (suplementar O<sub>2</sub> apenas se necessário)
- **Estratificação de risco imediata:**
  - Escores HEART (0-3: baixo risco), TIMI-NSTEMI (0-1: baixo risco), GRACE
  - Avaliação clínica: tipo de dor (A/B/C/D), fatores de risco, sinais de IC
- **Solicitar imediatamente:**
  - Troponina seriada (0h, 1-3h, 6h se disponível apenas troponina convencional)
  - ECG seriado (a cada 15-30 min se dor persistente)
  - Hemograma, eletrólitos, ureia, creatinina, glicemia
  - Rx tórax PA
- **Sinais de alarme para SCA:**
  - Dor típica > 20 min
  - Supra ou infra de ST no ECG
  - Troponina elevada com curva ascendente/descendente
  - Instabilidade hemodinâmica
  - Arritmias graves
  - Sinais de IC aguda
- **Diagnósticos diferenciais graves a excluir:**
  - Dissecção de aorta (dor súbita, lancinante, irradiação dorsal, assimetria de pulsos/PA)
  - TEP (dispneia súbita, dor pleurítica, taquicardia, hipoxemia)
  - Pneumotórax hipertensivo (dor unilateral, abolição MV, hipertimpanismo)
  - Tamponamento cardíaco (tríade de Beck, pulso paradoxal)
  - Pericardite (dor pleurítica, piora decúbito, melhora genupeitoral, atrito pericárdico)

### • ÁCIDO ACETILSALICÍLICO (AAS) - ANTIAGREGANTE PLAQUETÁRIO

- **Prescrição prática:**
  - AAS 100mg comprimido – Fazer 3 comprimidos (200-300mg) VO mastigado, dose de ataque; seguido de 100mg VO 1x/dia
- **Alternativas:**

- Se alergia verdadeira ao AAS: Clopidogrel 75mg – Fazer 4 cp (300mg) VO dose única
- **Indicações:**
  - Todos os pacientes com suspeita de SCA sem contraindicação absoluta
  - Profilaxia secundária de eventos cardiovasculares
- **Apresentações:**
  - Comprimidos 100mg (infantil), 500mg
- **Via(s):**  Oral
- **Cuidados:**
  - Contraindicações: alergia verdadeira, hemorragia ativa grave, úlcera péptica ativa grave
  - Dar preferência ao AAS comum (não tamponado ou revestido) para melhor absorção
  - Deve ser mastigado para absorção mais rápida
  - Dose de manutenção: 100mg/dia
  - Informar ao paciente sobre uso contínuo e importância da adesão

## • NITRATOS - VASODILADORES

- **Prescrição prática:**
  - Dinitrato de Isossorbida 5mg – Fazer 1 comprimido sublingual, repetir a cada 5 min até 3x se persistência da dor
  - Nitroglicerina 25mg/5mL (Tridil) – Diluir 10mL + 240mL de SG5% EV em BIC, iniciar a 3mL/h (dose inicial 5-10mcg/min) e titular conforme resposta
- **Alternativas:**
  - Mononitrato de Isossorbida 5mg – 1 cp sublingual
- **Indicações:**
  - Dor anginosa persistente após AAS
  - Controle de PA em emergências hipertensivas associadas
  - Edema agudo de pulmão cardiogênico
- **Apresentações:**
  - Dinitrato de Isossorbida: comprimidos 5mg (sublingual), 10mg (VO)
  - Nitroglicerina: solução injetável 25mg/5mL, 50mg/10mL
- **Via(s):**  Oral (sublingual) |  EV
- **Cuidados:**
  - **CONTRAINDICAÇÕES ABSOLUTAS:**
    - Hipotensão (PAS < 90mmHg)
    - Bradicardia importante (FC < 50bpm)
    - Taquicardia (FC > 100bpm sem controle)
    - Uso de sildenafil nas últimas 24h ou tadalafila nas últimas 48h
    - Suspeita de IAM de VD (infra de ST em V4R)
  - Pode causar cefaleia intensa (avisar o paciente)
  - Titular nitroglicerina EV para manter PAS > 100mmHg
  - Suspender gradualmente após 24-48h da última dor

## • ANALGÉSICO

### ○ Prescrição prática:

- Dipirona 1g/2mL (500mg/mL) – 2mL + 18mL AD EV lento em 3-5 min
- Dipirona 1g/2mL – 2mL IM profundo

### ○ Alternativas:

- Paracetamol 500mg – 2 cp VO

### ○ Indicações:

- Dor leve a moderada associada
- Analgesia complementar

### ○ Apresentações:

- Dipirona: ampolas 1g/2mL (500mg/mL), comprimidos 500mg
- Paracetamol: comprimidos 500mg, 750mg

### ○ Via(s): EV | IM | Oral

### ○ Cuidados:

- Dipirona: dose máxima 4g/dia EV/IM, fazer EV lento para evitar hipotensão
- Paracetamol: dose máxima 4g/dia
- Evitar uso prolongado sem investigação da causa da dor

## • OPIOIDE (MORFINA) - USO RESTRITO

### ○ Prescrição prática:

- Morfina 10mg/mL – 1mL + 9mL SF0,9% (solução 1mg/mL), fazer 2-4mL EV lento a cada 5-10 min conforme necessidade

### ○ Alternativas:

- Tramadol 50mg/mL – 2mL (100mg) + SF0,9% 100mL EV em 30 min

### ○ Indicações:

- Dor torácica intensa refratária a analgesia inicial e nitratos
- Edema agudo de pulmão com agitação psicomotora

### ○ Apresentações:

- Morfina: ampolas 10mg/mL (1mL)
- Tramadol: ampolas 50mg/mL (2mL)

### ○ Via(s): EV | IM (tramadol)

### ○ Cuidados:

- Morfina: dose máxima inicial 10mg, repetir 2-4mg até alívio ou sinais de toxicidade
- Contraindicações: hipotensão, bradicardia, IAM de VD, alergia
- Estudos recentes sugerem piores desfechos com uso rotineiro de morfina em SCA
- **Considerar uso apenas se dor refratária apesar de nitratos e analgesia simples**
- Monitorizar PA, FC, FR e nível de consciência
- Ter naloxona disponível (antídoto)
- Tramadol: evitar em menores de 12 anos, pode causar convulsões

## • ANTIEMÉTICO

### ○ Prescrição prática:

- Bromoprida 10mg/2mL – 2mL + 18mL AD EV lento em 3-5 min
- Ondansetrona 8mg/4mL – 4mL + SF0,9% 50mL EV em 15 min

### ○ Alternativas:

- Metoclopramida 10mg/2mL – 2mL + SF0,9% 50mL EV em 15 min

### ○ Indicações:

- Náuseas e/ou vômitos associados
- Profilaxia de náuseas em uso de morfina

### ○ Apresentações:

- Bromoprida: ampolas 10mg/2mL
- Ondansetrona: ampolas 4mg/2mL, 8mg/4mL
- Metoclopramida: ampolas 10mg/2mL

### ○ Via(s): EV | IM

### ○ Cuidados:

- Bromoprida: primeira escolha, menos efeitos extrapiramidais
- Ondansetrona: preferir em idosos ou com contraindicação a procinéticos
- Metoclopramida: risco de reações extrapiramidais (distonia aguda, acatisia)
- Dose máxima: 30mg/dia (metoclopramida), 20mg/dia (bromoprida)
- Evitar em Parkinson, epilepsia não controlada

## • INIBIDOR DO RECEPTOR P2Y12 (DUPLA ANTIAGREGAÇÃO)

### ○ Prescrição prática:

- Clopidogrel 75mg – Fazer 8 cp (600mg) VO dose de ataque se ICP; 4 cp (300mg) se tratamento conservador; seguido de 75mg VO 1x/dia
- Ticagrelor 90mg – Fazer 2 cp (180mg) VO dose de ataque; seguido de 90mg VO 12/12h

### ○ Alternativas:

- Prasugrel 10mg – Fazer 6 cp (60mg) VO dose de ataque; seguido de 10mg VO 1x/dia (apenas na hemodinâmica)

### ○ Indicações:

- SCA confirmada ou altamente suspeita
- Iniciar APENAS se definida estratégia (invasiva precoce ou tardia > 24h)
- **Diretrizes atuais:** considerar aguardar cateterismo se será realizado em < 24h

### ○ Apresentações:

- Clopidogrel: comprimidos 75mg
- Ticagrelor: comprimidos 90mg
- Prasugrel: comprimidos 10mg, 5mg

### ○ Via(s): Oral

### ○ Cuidados:

- Clopidogrel: dose de ataque 600mg se ICP, 300mg se conservador ou > 75 anos
- Ticagrelor: superior ao clopidogrel, contraindicado se IAM com supra + trombolítico
- Prasugrel: mais potente, CONTRAINDICADO: < 60kg, > 75 anos, AVC/AIT prévio, anatomia desconhecida
- Manter dupla antiagregação (AAS + P2Y12) por 12 meses na SCA
- Suspender clopidogrel 5 dias antes de cirurgia cardíaca
- Orientar risco hemorrágico e sinais de alarme

## • ANTICOAGULANTE

### ○ Prescrição prática:

- Enoxaparina – Fazer 1mg/kg (dose máxima 100mg) SC de 12/12h
- Heparina Não Fracionada (HNF) – 5mL (25.000UI) + 245mL SG5% EV em BIC (solução 100UI/mL), bolus 60UI/kg (máx 5.000UI) seguido de infusão 12UI/kg/h, ajustar para TTPA 1,5-2,5x

### ○ Alternativas:

- Fondaparinux 2,5mg SC 1x/dia (se clearance > 30mL/min)

### ○ Indicações:

- SCA confirmada (IAMSST ou IAMCSST)
- Iniciar assim que confirmado diagnóstico

### ○ Apresentações:

- Enoxaparina: seringas pré-preenchidas 20mg, 40mg, 60mg, 80mg, 100mg
- HNF: frascos 5.000UI/mL (5mL)
- Fondaparinux: seringas 2,5mg

### ○ Via(s): SC | EV (HNF)

### ○ Cuidados:

- Enoxaparina: primeira escolha, superior à HNF
  - Se > 75 anos: 0,75mg/kg SC 12/12h
  - Se ClCr < 30: 1mg/kg SC 24/24h
  - Não necessita monitorização
- HNF: preferir se clearance < 30, se ICP em < 2h, se alto risco de sangramento
  - Solicitar TTPA 6/6h e ajustar dose
- Contraindicações: hemorragia ativa, plaquetas < 50.000
- Risco de trombocitopenia induzida por heparina (TIH)
- Ter protamina disponível para reversão

## • BETABLOQUEADOR (USO SELETIVO)

### ○ Prescrição prática:

- Metoprolol 5mg/5mL – Fazer 5mg (5mL) EV lento em 2 min, repetir a cada 5 min até 3x (dose máxima 15mg)
- Metoprolol 25mg ou 50mg – Fazer 1 cp VO 12/12h (após fase aguda)

### ○ Alternativas:

- Esmolol – Bolus 500mcg/kg em 1 min, seguido de infusão 50mcg/kg/min

- **Indicações:**

- SCA sem contraindicações
- Controle de FC e PA
- Redução de consumo de O<sub>2</sub> miocárdico

- **Apresentações:**

- Metoprolol: ampolas 5mg/5mL, comprimidos 25mg, 50mg, 100mg
- Esmolol: frascos 100mg/10mL

- **Via(s):**  EV |  Oral

- **Cuidados:**

- **CONTRAINDICAÇÕES:**

- Sinais de IC aguda
- Hipotensão (PAS < 100mmHg)
- Bradicardia (FC < 60bpm)
- BAV 2º ou 3º grau
- Broncoespasmo ativo
- Risco de choque cardiogênico (idade > 70, PAS < 120, FC > 110 ou < 60)
- Meta: FC 50-60bpm
- Iniciar VO após estabilização clínica
- Preferir beta-1 seletivos (metoprolol, atenolol, bisoprolol)

- **ESTATINA**

- **Prescrição prática:**

- Atorvastatina 80mg – Fazer 1 cp VO 1x/dia à noite
- Rosuvastatina 40mg – Fazer 1 cp VO 1x/dia à noite

- **Indicações:**

- Todos os pacientes com SCA confirmada
- Iniciar na admissão, independente do perfil lipídico

- **Apresentações:**

- Atorvastatina: comprimidos 10mg, 20mg, 40mg, 80mg
- Rosuvastatina: comprimidos 10mg, 20mg, 40mg

- **Via(s):**  Oral

- **Cuidados:**

- Dose alta intensidade: atorvastatina 80mg ou rosuvastatina 40mg
- Reduz mortalidade quando iniciada precocemente
- Monitorizar enzimas hepáticas e CPK
- Ajustar dose em IRC grave
- Contraindicação: hepatopatia ativa, gestação

- **INIBIDOR DA BOMBA DE PRÓTONS (IBP)**

- **Prescrição prática:**

- Pantoprazol 40mg – Fazer 1 cp VO 1x/dia em jejum

- Omeprazol 20mg – Fazer 1 cp VO 1x/dia em jejum
- **Indicações:**
  - Proteção gástrica em pacientes com dupla antiagregação
  - Alto risco de sangramento digestivo: história de úlcera, DRGE, uso de AINE, > 65 anos, uso de anticoagulante
- **Apresentações:**
  - Pantoprazol: comprimidos 20mg, 40mg
  - Omeprazol: cápsulas 20mg, 40mg
- **Via(s):**  Oral
- **Cuidados:**
  - Preferir pantoprazol ou esomeprazol com clopidogrel (menor interação)
  - Dose única diária em jejum
  - Uso crônico associado a risco de osteoporose, hipomagnesemia

## ? PARA CASA

⚠ **IMPORTANTE:** Alta hospitalar para casa SOMENTE se:

- SCA descartada com segurança (ECG normal, troponinas negativas seriadas, escore de risco baixo)
- Dor atípica ou não sugestiva de isquemia
- Ausência de fatores de alto risco
- Paciente estável, assintomático, com acompanhamento garantido

### • ANTIAGREGANTE PLAQUETÁRIO

- **Prescrição:** AAS 100mg – Tomar 1 comprimido, VO, 1x ao dia, após café da manhã, uso contínuo
- **Indicações:** Profilaxia cardiovascular em pacientes com fatores de risco
- **Apresentações:** Comprimidos 100mg (infantil)
- **Posologia:** 1 comprimido 1x/dia após refeição
- **Cuidados:**
  - Uso contínuo, não suspender sem orientação médica
  - Tomar sempre após alimentação
  - Informar sobre sangramento (gengivite, epistaxe)
  - Informar cirurgião-dentista e médicos sobre o uso
- **Alternativa(s):**
  - Se intolerância gástrica: usar com IBP

### • ANALGÉSICO

- **Prescrição:** Dipirona 500mg – Tomar 1 a 2 comprimidos, VO, de 6/6h, se dor
- **Indicações:** Dor leve residual

- **Apresentações:** Comprimidos 500mg
- **Posologia:** 1-2 comprimidos a cada 6 horas se necessário
- **Cuidados:**
  - Dose máxima: 4g/dia (8 comprimidos)
  - Não usar por mais de 5 dias consecutivos sem reavaliação
  - Se dor persistente, retornar ao pronto-socorro
- **Alternativa(s):**
  - Paracetamol 750mg – Tomar 1 comprimido, VO, de 6/6h, se dor (dose máxima 4g/dia)

## • PROTETOR GÁSTRICO

- **Prescrição:** Omeprazol 20mg – Tomar 1 cápsula, VO, 1x ao dia, em jejum
- **Indicações:** Proteção gástrica durante uso de AAS
- **Apresentações:** Cápsulas 20mg, 40mg
- **Posologia:** 1 cápsula ao dia 30 min antes do café
- **Cuidados:**
  - Tomar em jejum para melhor absorção
  - Uso por pelo menos 30-60 dias
  - Reavaliação no retorno
- **Alternativa(s):**
  - Pantoprazol 40mg – Tomar 1 comprimido, VO, 1x ao dia, em jejum

## • ANSIOLÍTICO (SE NECESSÁRIO)

- **Prescrição:** Clonazepam 0,5mg – Tomar 1 comprimido, VO, à noite, por 7 dias
- **Indicações:** Ansiedade associada ao quadro
- **Apresentações:** Comprimidos 0,5mg, 2mg
- **Posologia:** 0,5-2mg à noite
- **Cuidados:**
  - Não dirigir ou operar máquinas
  - Não associar com álcool
  - Uso por tempo limitado
  - Risco de dependência
  - Evitar suspensão abrupta
- **Alternativa(s):**
  - Diazepam 5mg – Tomar 1 comprimido, VO, à noite, por 7 dias

## • Orientações ao paciente

### Retornar IMEDIATAMENTE ao pronto-socorro se apresentar:

- Nova dor no peito, mesmo que leve
- Dor no peito em repouso ou com pequenos esforços

- Dor no peito que não melhora em 5-10 minutos
- Falta de ar importante
- Palpitações ou sensação de "coração acelerado"
- Desmaio ou tontura intensa
- Suor frio
- Náuseas ou vômitos intensos
- Qualquer sangramento anormal (fezes escuras, urina com sangue, sangramento nasal que não para)

#### **Cuidados gerais:**

- Repouso relativo por 48-72h
- Evitar esforços físicos intensos por 7-14 dias
- Não dirigir nas primeiras 48h
- Retorno obrigatório em consulta cardiológica em 7-15 dias
- Manter uso regular de AAS conforme prescrito
- Controle rigoroso de pressão arterial
- Dieta: reduzir sal, gorduras, alimentos industrializados
- Suspender tabagismo (fundamental!)
- Controle de peso
- Atividade física leve após liberação médica

#### **Sinais de melhora esperados:**

- Ausência de dor torácica
- Melhora progressiva do bem-estar
- Retorno gradual às atividades habituais

#### **Tempo estimado de recuperação:**

- Se descartada SCA: retorno às atividades em 3-7 dias
- Seguimento ambulatorial obrigatório

#### **Modificações de estilo de vida (FUNDAMENTAIS):**

- Cessar tabagismo imediatamente
- Dieta mediterrânea: frutas, verduras, peixes, azeite
- Reduzir sódio < 2g/dia
- Controle de peso (IMC < 25)
- Atividade física regular após liberação (150 min/semana)
- Controle de estresse
- Dormir 7-8h/noite
- Controle rigoroso de HAS, DM, dislipidemia

## **? CID-10:**

- **I20.0:** Angina instável
  - **I21.9:** Infarto agudo do miocárdio não especificado
  - **I21.4:** Infarto subendocárdico agudo do miocárdio
  - **R07.2:** Dor precordial
  - **R07.4:** Dor torácica não especificada
-

Revision #3

Created 23 October 2025 12:20:56 by Heric

Updated 23 October 2025 22:16:15 by Heric