

Título: Protocolo de Dor Torácica

Processo: HIAE > 2. ASSISTÊNCIA À SAÚDE > 2.2 Cuidado do Paciente > 2.2.19 Cuidados Específicos de Cardiologia

1. INTRODUÇÃO

Após trauma, dor torácica é a segunda maior queixa para busca à pronto atendimento nos Estados Unidos, onde mais de 6,5 milhões de pessoas são atendidas anualmente em serviços de emergência por tal sintoma. Entretanto, mais da metade desses pacientes apresentam patologias não cardíacas que se apresentam como dor torácica e apenas 5% de todos os pacientes estarão de fato apresentando uma Síndrome Coronariana Aguda (SCA) que tem como seu principal sintoma a dor torácica. Uma vez que as doenças isquêmicas do coração representam a primeira causa de morte no Brasil e no mundo, torna-se imperativo uma avaliação sistematizada de todo paciente que se apresenta com dor torácica para se afastar ou confirmar uma SCA.

1.1. Visão geral

Síndrome coronariana aguda é um espectro de condições que envolve isquemia miocárdica aguda decorrente da redução abrupta do fluxo coronariano. Existem três formas de apresentação de SCA: 1. Infarto agudo do miocárdio com supra desnivelamento do segmento ST (IAM com Supra ST), onde além de alteração característica no ECG ocorre elevação de troponina; 2. Infarto agudo do miocárdio sem elevação do segmento ST (IAM sem Supra ST), quando ocorre elevação de troponina, mas sem as alterações do ECG que configurem IAM com supra ST; 3. Angina instável, onde há isquemia sem que se eleve a troponina. A principal manifestação desta síndrome é a dor torácica, que está presente em 80% dos casos. Cerca de 20% das SCA tem apresentação com outros sintomas descritos como equivalentes isquêmicos (por disfunção ventricular e ativação autonômica), sendo, esta apresentação, mais comum em mulheres, idosos, transplantados e diabéticos de longa data. Dor torácica é considerada aguda quando tem seu início recente ou apresenta uma piora em relação a uma dor pré-existente. Dor torácica é considerada estável quando os sintomas são crônicos e com desencadeantes bem definidos de longa data.

1.2. Destaques

Caracterização da dor

Dor torácica é um sintoma subjetivo, logo a avaliação de suas características é passo fundamental para a distinção entre SCA e os diagnósticos diferenciais. São consideradas as seguintes características: qualidade, localização, intensidade, irradiação, fatores desencadeantes e sintomas associados.

A dor torácica pode ser considerada como anginosa (tipos A/B), possivelmente anginosa (tipo C) e não anginosa (tipo D):

Título: Protocolo de Dor Torácica

Processo: HIAE > 2. ASSISTÊNCIA À SAÚDE > 2.2 Cuidado do Paciente > 2.2.19 Cuidados Específicos de Cardiologia

Dor Torácica anginosa: Dor Tipo A

- Dor ou desconforto retroesternal ou precordial, geralmente precipitado pelo esforço físico, podendo irradiar para ombro, mandíbula ou face interna do braço (ambos), com duração de alguns minutos e aliviada pelo repouso ou com uso de nitrato.
- Na SCA, a angina geralmente manifesta-se em repouso, mas alguns pacientes apresentam dor aos pequenos esforços iniciada nas últimas 2 semanas.
- As características da dor torácica dão a certeza do diagnóstico de SCA, independente dos exames complementares.

Dor Torácica anginosa: Dor Tipo B

- Tem a maioria, mas não todas as características da dor definitivamente anginosa.
- As características da dor torácica fazem de SCA a primeira hipótese, necessitando de exames complementares para confirmação diagnóstica.

Cópia Controlada

Dor Torácica possivelmente anginosa: Dor Tipo C

- Tem poucas características da dor definitivamente anginosa (“sintomas menos prováveis, “equivalente anginoso”).
- As características da dor torácica não fazem de SCA a primeira hipótese, necessitando de exames complementares para descartar o diagnóstico.

Dor Torácica não anginosa: Dor Tipo D

- Nenhuma característica da dor anginosa, fortemente indicativa de diagnóstico não cardiológico com outra etiologia óbvia como por exemplo reprodutibilidade a palpação, presença de lesões de pele sugestivas de herpes zoster, trauma local, costochondrite.

2. OBJETIVO

- Identificação rápida e precisa de pacientes com SCA, otimizando internação e manejo desses casos com uso racional dos recursos disponíveis no Pronto Atendimento.
- Alta precoce para os pacientes com baixa probabilidade de SCA, cujo diagnóstico foi afastado de acordo com os fluxos abordados neste protocolo.

Título: Protocolo de Dor Torácica

Processo: HIAE > 2. ASSISTÊNCIA À SAÚDE > 2.2 Cuidado do Paciente > 2.2.19 Cuidados Específicos de Cardiologia

- Avaliação de diagnósticos diferenciais de dor torácica, além de SCA, associados a mau prognóstico e elevada morbimortalidade.

3. DETERMINANTES DA DOENÇA

3.1 Etiologia:

O principal mecanismo fisiopatológico da SCA consiste na erosão/ruptura de uma placa aterosclerótica epicárdica com a formação de um trombo local que obstrui total ou parcialmente o fluxo sanguíneo loco regional, gerando isquemia miocárdica e, a depender de sua intensidade e duração, morte dos miócitos. A formação dessas placas de aterosclerose trata-se de uma condição patológica multifatorial que depende da interação de fatores genotípicos e fenotípicos, com mecanismos inflamatórios envolvidos em sua gênese, cujos principais fatores de risco estão exemplificados abaixo.

3.2. Fatores de risco:

Este protocolo utiliza os fatores de risco clássicos citados em diretrizes:

Fatores de risco clássicos:

- Aterosclerose manifesta (prevenção secundária);
- Síndrome coronariana aguda prévia;
- Angina estável;
- Revascularização arterial coronária (cirúrgica ou percutânea);
- Revascularização em qualquer território arterial;
- AVC/AIT prévios;
- Doença arterial periférica;
- Diabetes *Mellitus*;
- Hipertensão Arterial Sistêmica;
- Tabagismo;
- Dislipidemia;
- Obesidade;
- Idade: Homens > 45 anos e Mulheres > 55 anos;
- História Familiar de Doença Cardiovascular precoce em parentes de primeiro grau: Homens < 55 anos e Mulheres < 65 anos.

Título: Protocolo de Dor Torácica

Processo: HIAE > 2. ASSISTÊNCIA À SAÚDE > 2.2 Cuidado do Paciente > 2.2.19 Cuidados Específicos de Cardiologia

Nos últimos anos também tem tido destaque alguns fatores de risco emergentes como doença renal crônica, HIV sob uso de terapia antirretroviral, doenças inflamatórias crônicas, reposição indevida de testosterona e abuso de cocaína.

4. APRESENTAÇÃO CLÍNICA E ACHADOS FÍSICOS

Não se aplica

5. DIAGNÓSTICO

5.1. 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 menor gravidade.

Passo 1: Qual paciente deve ser triado para o protocolo de dor torácica?

(Realização de eletrocardiograma pela enfermagem)

- Dor torácica, (independente da característica) ou,
- Palpitação ou,
- Síncope.

Para os pacientes com ≥ 45 anos e/ou qualquer fator de risco cardiovascular

- Dispneia sem causa óbvia ou,
- Epigastralgia sem causa óbvia ou,
- Náusea/Vômitos sem causa óbvia.

Esses pacientes devem ser levados à sala de emergência e ter as seguintes ações iniciadas pela equipe de enfermagem:

- Monitorização completa;
- Oxigênio se SatO₂ < 90%, ou sinais de desconforto respiratório;
- ECG < 10 minutos, (realizado e avaliado nesse período)
- Acesso venoso + coleta de Troponina e outros exames que julgar necessário.
- Reavaliação clínica, eletrocardiográfica e laboratorial em 1 hora ou antes se apresentar sintomas.

Título: Protocolo de Dor Torácica

Processo: HIAE > 2. ASSISTÊNCIA À SAÚDE > 2.2 Cuidado do Paciente > 2.2.19 Cuidados Específicos de Cardiologia

Passo 2: Identificação precoce dos casos de alta probabilidade de SCA Sem Supra ST e IAM Com Supra ST.

IAM com Supra ST (independente da manifestação clínica do PASSO 1)

- Supra ST \geq 1 mm no ponto J em pelo menos duas derivações consecutivas OU;
- Bloqueio de ramo novo, esquerdo ou direito (idealmente comparado à ECG prévio) OU;
- Infra de segmento ST difuso com supra de AVR/V1 OU;
- Onda T hiperaguda (apiculada e simétrica) OU;
- Sinal de Winter ou Wellen

Obs: Na ausência de diagnóstico diferencial óbvio (ex: pericardite)

SCA sem Supra ST:

- Pelo ECG (independente da manifestação clínica do PASSO 1)

- Inversão de onda T profunda \geq 1mm em mais de 5 derivações;
- Infra de ST \geq 1mm seguido de retificação ou descendência do segmento ST;
- Alteração dinâmica do ECG;
- TV sustentada

- Pela Dor:

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

- Pelo exame físico:

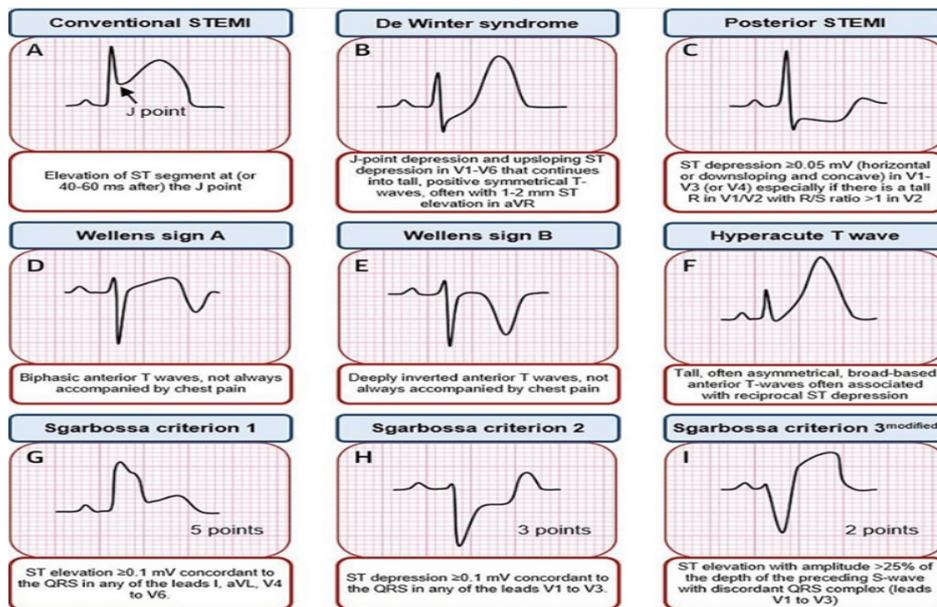
Manifestação de IC aguda: B3, sopro mitral novo, congestão esquerda, má perfusão periférica.

Os casos de Síndrome Coronariana Aguda com ou sem supra serão manejados de acordo com as orientações específicas destes protocolos.

Abaixo seguem exemplos de imagens de padrões eletrocardiográficos que denotam alto risco cardiovascular para consulta

Título: Protocolo de Dor Torácica

Processo: HIAE > 2. ASSISTÊNCIA À SAÚDE > 2.2 Cuidado do Paciente > 2.2.19 Cuidados Específicos de Cardiologia



Adaptado de Babken Asatryan et al.

Passo 3: Como avaliar os pacientes de baixa e intermediária probabilidade para SCA

As diretrizes brasileira/americana/europeia de SCA sem Supra ST enfatizam a importância da estratificação de probabilidade de dor torácica entre os pacientes que não apresentam diagnóstico definido na primeira avaliação.

A diretriz americana sugere o uso de ferramenta auxiliar; neste protocolo optou-se por utilizar o HEART score pelo seu desenvolvimento e validação em unidades de emergência. Utilizou-se uma versão modificada do HEART, para estratificação rápida e inclusão dos pacientes nos protocolos de admissão, observação ou alta. Esta estratégia encontra-se validada por modelos similares na literatura³.

História	Dor tipo A e B (anginosa)	2 pontos
	Dor tipo C (possivelmente anginosa)	1 ponto
	Dor tipo D (não anginosa, pouco suspeita)	0 pontos
Eletrocardiograma	ECG possivelmente isquêmico -Inversão de T >1mm em menos de 5 derivações -Infra ST que não preencha os critérios de alto risco	2 pontos
	ECG com alteração cardíaca estrutural: -Bloqueio de Ramo antigo. -Presença de onda Q antiga no ECG. -Sobrecargas de câmaras atriais e/ou ventriculares. -Alterações de repolarização	1 ponto

Título: Protocolo de Dor Torácica

Processo: HIAE > 2. ASSISTÊNCIA À SAÚDE > 2.2 Cuidado do Paciente > 2.2.19 Cuidados Específicos de Cardiologia

	ECG normal	0 pontos
Idade	≥65 anos	2 pontos
	≥45 anos a < 65 anos	1 ponto
	<45 anos	0 pontos
Fatores de risco	Aterosclerose manifesta e/ou Diabetes e/ou ≥ 3 fatores de risco	2 pontos
	1 ou 2 fatores de risco	1 ponto
	Nenhum fator de risco	0 pontos
Score de risco		
Heart I: baixa probabilidade		0-3 pontos
Heart II: intermediária probabilidade		4-6 pontos
Heart III: alta probabilidade: dor anginosa em crescente e/ou ECG francamente isquêmico e/ou troponina com critérios para IAMSST.		≥7 pontos

Passo 4: Conduta conforme score de Heart e Troponina

- Solicitação de Troponina-T para todos os pacientes com dor torácica na chegada (tempo zero).
- Repetir Troponina-T em 1 hora para todos os pacientes que apresentaram valor ≥ 5ng/L na dosagem inicial;
- Repetir Troponina-T em 1 hora para todos os pacientes HEART II e HEART III, independente do valor inicial;
- Repetir Troponina-T em 1 hora para todos os pacientes HEART I que se apresentam com menos de 3 horas de sintomas.
- Pacientes HEART I com troponina ≤ 5ng/L com mais de 3 horas de sintoma, podem ter alta com a dosagem inicial de Troponina T (0h)
- Dosar a Troponina-T com 3 horas da chegada em casos selecionados de dúvida diagnóstica.
- Para os pacientes que necessitem de estratificação não invasiva sugerimos:
 - Angio CT de artérias coronárias como estratégia preferencial - disponível 24 horas/dia, 7 dias por semana.
 - Testes funcionais (cintilografia miocárdica, ecocardiograma estresse)
- Causas de elevação de Troponina (injúria miocárdica):

Infarto agudo do miocárdio tipo 1:

-Ruptura de placa aterosclerótica com trombose.

Infarto agudo do miocárdio tipo 2:

-Espasmo coronário.

-Embolia coronária.

-Dissecção arterial coronária.

Título: Protocolo de Dor Torácica

Processo: HIAE > 2. ASSISTÊNCIA À SAÚDE > 2.2 Cuidado do Paciente > 2.2.19 Cuidados Específicos de Cardiologia

- Taqui/Bradycardia sustentada.
- Insuficiência respiratória.
- Anemia severa.
- Crise hipertensiva severa.

Outras causas de injúria cardíaca:

- Miocardite;
- Insuficiência cardíaca;
- Síndrome de Takotsubo;
- Doença arterial coronária estável;
- Embolia pulmonar;
- Procedimentos cardíacos;
- Choque com desfibrilador;
- Contusão cardíaca;
- Sepse;
- Insuficiência renal;
- Acidente Vascular Cerebral / Hemorragia subaracnóide;
- Agentes quimioterápicos;
- Doentes críticos;
- Exercício extremo;
- Rabdomiólise

5.2. Investigação diagnóstica

Não se aplica.

6. INDICAÇÕES E ESCORE DE GRAVIDADE

Conduta conforme escore de Heart e Troponina.

Após avaliação de probabilidade clínica e curva de Troponina podemos dividir os pacientes em 3 grupos.

Rule out (alta hospitalar):

- Pacientes HEART I com troponina negativa; <5ng/L em dosagem única, mas com sintomas há mais de 3 horas da chegada; ou variação < 3 ng/L em 2 amostragens (0/1h) sendo ambos os valores < 12ng/L.

Título: Protocolo de Dor Torácica

Processo: HIAE > 2. ASSISTÊNCIA À SAÚDE > 2.2 Cuidado do Paciente > 2.2.19 Cuidados Específicos de Cardiologia

- Pacientes HEART II com três troponinas negativas(0/1/3h) ou com variação < 3 ng/L especialmente se não diabéticos e estratificação anatômica ou funcional no último ano.
- Descartado infarto agudo do miocárdio, alta hospitalar após afastar outras causas de dor torácica potencialmente graves.
- Deverão ser avaliados ambulatorialmente em até 72h por cardiologista para decisão de estratificação coronariana precoce.

Rule in (internação):

- HEART III ou Angina de alto risco ou ECG francamente isquêmico.
- Troponina T \geq 52 ng/L e/ou variação \geq 5 ng/L.
- O diagnóstico mais frequente nesse grupo é infarto agudo do miocárdio.
- 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.

Observação (Zona cinzenta):

Esse grupo é formado por pacientes que não foram contemplados no grupo de internação ou alta de acordo com os critérios anteriores.

Coleta de nova troponina T com 3 horas do início da dor ou Angiotomografia de artérias coronárias se troponina 0 e 1h menores que 12 ng/L.

Ecocardiograma transtorácico para avaliação de queda de função ventricular ou presença de disfunção segmentar pode auxiliar nesse cenário, aumentando probabilidade de SCA.

Avaliação da retaguarda de cardiologia ou do médico titular para compartilhar tomada de decisão.

Sugerimos para este grupo angiotomografia de coronárias como teste de eleição para estratificação não invasiva após os resultados dos estudos SCOT-HEART¹³, especialmente em pacientes sem diagnóstico de doença coronariana previa.

Para doentes com doença coronariana previa conhecida não obstrutiva (lesões <50%) ou com doença renal crônica e idade avançada, os testes funcionais podem ser a primeira opção.

Pacientes com troponina T positiva, mas sem critérios para internação (> 12ng/L e <52ng/L com variação menor que 5ng/L) deverão ter conduta individualizada (alta, investigação complementar, discussão com retaguarda).

Alta hospitalar é possível desde que já exista comprovação de injúria miocárdica crônica documentada com os valores atuais de troponina similares aos anteriores, dor resolvida, sem mudanças em relação ao ECG habitual e com estratificação anatômica ou funcional recente (<1 ano).

Pontos Chaves

Título: Protocolo de Dor Torácica

Processo: HIAE > 2. ASSISTÊNCIA À SAÚDE > 2.2 Cuidado do Paciente > 2.2.19 Cuidados Específicos de Cardiologia

- Internar precocemente pacientes com história típica de SCA ou alterações eletrocardiográficas de alto risco, independente dos valores de Troponina.
- Reavaliar periodicamente os pacientes sob investigação de dor torácica, seriando ECG e troponina.
- Envolver cardiologistas (UPA/UCO/Retaguarda/Titulares) na tomada de decisão dos pacientes em observação;
- Durante todo o atendimento, as decisões devem ser compartilhadas com o paciente e seus familiares;
- Utilizar as ferramentas: “Admissão Dor Torácica” e “Power Plan de condutas” presentes no Cerner para o atendimento de todos os pacientes com dor torácica.

Diagnóstico diferencial

As seguintes etiologias devem ser consideradas como diferenciais:

Respiratórias:

- Embolia de pulmão
- Pneumotórax/Hemotórax
- Pneumonia
- Pleurite
- Pneumomediastino

Gastrointestinais:

- Dispepsia
- Doença do Refluxo Esofágico
- Colecistite Aguda
- Úlcera péptica
- Espasmo esofágico
- Hernia de Hiato
- Ruptura Esofágica

Parede Torácica/Musculoesqueléticas:

- Costocondrite
- Trauma
- Herpes Zoster
- Radiculopatia Cervical
- Fratura de Costela

Título: Protocolo de Dor Torácica

Processo: HIAE > 2. ASSISTÊNCIA À SAÚDE > 2.2 Cuidado do Paciente > 2.2.19 Cuidados Específicos de Cardiologia

Psicogênicas:

- Transtorno Ansiedade/ Pânico
- Hipocondria
- Hiperventilação/ Somatização

Vasculares:

- Síndromes Aórticas Agudas

Outras:

- Síndrome Torácica Aguda/ Crise Falcêmica
- Efeito Adverso Medicamentos (Quimioterápicos -> 5-Fluorouracil)
- Síndrome Desfiladeiro Torácico
- Sarcoidose
- Intoxicação por Chumbo

Cópia Controlada

6.1. Indicação de internação

Não se aplica.

6.2. Escore de gravidade

Não se aplica.

6.3. Indicação de encaminhamento ao especialista

Não se aplica.

7. TRATAMENTO

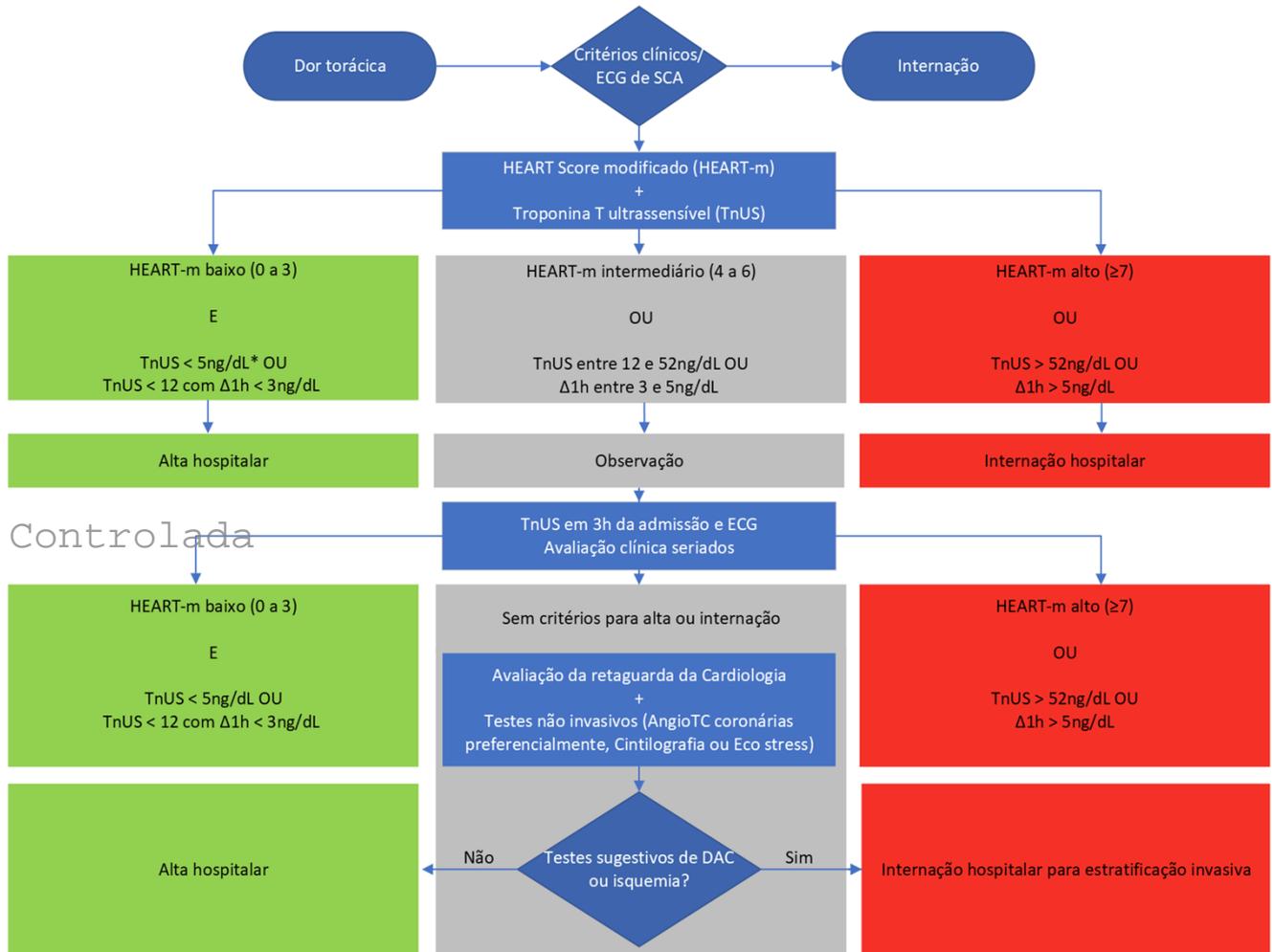
Vide Protocolo de IAM com supra e IAM sem supra Angina Instável.

8. FLUXOGRAMA

Título: Protocolo de Dor Torácica

Processo: HIAE > 2. ASSISTÊNCIA À SAÚDE > 2.2 Cuidado do Paciente > 2.2.19 Cuidados Específicos de Cardiologia

Fluxograma de atendimento ao paciente com dor torácica



*dor há mais de 3 horas

9. EPIDEMIOLOGIA

9.1. Prevalência populacional: Não se aplica.

9.2. Padrão de ocorrência da doença: Não se aplica.

Título: Protocolo de Dor Torácica

Processo: HIAE > 2. ASSISTÊNCIA À SAÚDE > 2.2 Cuidado do Paciente > 2.2.19 Cuidados Específicos de Cardiologia

10. NÍVEL DE EVIDÊNCIA

Não se aplica

11. INDICADORES DE DESEMPENHO

- Solicitação de troponina T para todos os casos;
- Tempo porta-eletrocardiograma (ECG): tempo decorrido entre a chegada do paciente que apresenta dor torácica ou equivalente isquêmico ao hospital e a realização do ECG. Esse tempo não deve ser superior a 10 minutos, de acordo com o ACC e *American Heart Association* (AHA);
- Não solicitação de estratificação não invasiva para HEART baixo com troponina negativa;
- Porcentagem de laudo do ECG pelo médico avaliador no sistema.

12. ANEXOS

Não se aplica

13. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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.

Byrne RA, Rossello X, Coughlan JJ, et al.; 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes. *Eur Heart J.* (2023) 44, 3720–3826.

Chaitman BR, Bourassa MG, Davis K, Rogers WJ, Tyras DH, Berger R, et al. Angiographic prevalence of high-risk coronary artery disease in patient subsets (CASS). *Circulation.* 1981;64(2):360-7.

Electrocardiographic Diagnosis of Life-Threatening STEMI Equivalents
Babken Asatryan, Lukas Vaisnora, Negar Manavifar . *J Am Coll Cardiol Case Rep.* 2019 Dec, 1 (4) 666-668

Título: Protocolo de Dor Torácica

Processo: HIAE > 2. ASSISTÊNCIA À SAÚDE > 2.2 Cuidado do Paciente > 2.2.19 Cuidados Específicos de Cardiologia

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

Gulati M, Levy PD, Mukherjee D, et al. 2021 AHA/ ACC/ASE/CHEST/SAEM/SCCT/SCMR Guideline for the evaluation and diagnosis of chest pain: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol.* 2021;78:e187–e285.

Januzzi JL, Mahler SA, Christenson RH, Rymer J, Newby LK, Body R, et al. Recommendations for Institutions Transitioning to High-Sensitivity Troponin Testing. *Journal of the American College of Cardiology.* 2019;73(9):1059-77.

Kontos, M, de Lemos, J. et al. 2022 ACC Expert Consensus Decision Pathway on the Evaluation and Disposition of Acute Chest Pain in the Emergency Department: A Report of the American College of Cardiology Solution Set Oversight Committee. *J Am Coll Cardiol.* 2022 Nov, 80 (20) 1925–1960.

Lee TH, Rouan GW, Weisberg MC, et al. Clinical characteristics and natural history of patients with acute myocardial infarction sent home from the emergency room. *Am J Cardiol* 1987;60:219-224.

McCord J, Cabrera R, Lindahl B, Giannitsis E, Evans K, Nowak R, Frisoli T, Body R, Christ M, deFilippi CR, Christenson RH, Jacobsen G, Alquezar A, Panteghini M, Melki D, Plebani M, Verschuren F, French J, Bendig G, Weiser S, Mueller C; TRAPID-AMI Investigators. Prognostic Utility of a Modified HEART Score in Chest Pain Patients in the Emergency Department. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes.* 2017 Feb;10(2):e003101.

Nicolau, J. C., Feitosa Filho, G. S., Petriz, J. L., Furtado, R. H. de M., Précoma, D. B., Lemke, W., Lopes, R. D., Timerman, A., Marin Neto, J. A., Bezerra Neto, L., Gomes, B. F. de O., Santos, E. C. L., Piegas, L. S., Soeiro, A. de M., Negri, A. J. de A., Franci, A., Markman Filho, B., Baccaro, B. M., Montenegro, C. E. L., ... Mathias Júnior, W.. (2021). Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST – 2021. *Arquivos Brasileiros De Cardiologia*, 117(1), 181–264.

Título: Protocolo de Dor Torácica

Processo: HIAE > 2. ASSISTÊNCIA À SAÚDE > 2.2 Cuidado do Paciente > 2.2.19 Cuidados Específicos de Cardiologia

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): 80-4

SCOT-HEART Investigators (2018), "Coronary CT Angiography and 5-Year Risk of Myocardial Infarction," *NEJM*, 379 (10), 924–33.

Twerenbold R, Neumann JT, Sorensen NA, Ojeda F, Karakas M, Boeddinghaus J, et al. Prospective Validation of the 0/1-h Algorithm for Early Diagnosis of Myocardial Infarction. *J Am Coll Cardiol*. 2018;72(6):620-32.

14. DOCUMENTOS RELACIONADOS

Não se aplica

15. HISTÓRIO DE REVISÕES

Código do Documento PT.ASS.MEDI.272.4 Data Criação 10/04/2018

Mauro Dirlando Conte de Oliveira (09/08/2019 04:19:58 PM) - Atualização protocolo de dor torácica

Mauro Dirlando Conte de Oliveira (27/09/2019 01:49:59 PM) - reestruturação do layout dos fluxos que na versão anterior ficaram sobre o rodapé do documento.

Tarsila Perez Mota (21/05/2021 09:41:11 AM) - Atualização do protocolo.

Elaborado por (em ordem alfabética):

Unidade de Pronto Atendimento, Programa de Cardiologia e GMA de Cardiologia.

Andre Mello Gerhardt, Antonio Eduardo Pesaro, Carlos Eduardo dos Santos Ferreira, Erick de Moraes Santos Piorino, Fábio Grunspun Pitta, Fernando Ramos De Mattos, Francisco Monteiro de Almeida Magalhaes, Jose Leão de Souza Jr, Marcelo Franken, Matheus de Oliveira Laterza Ribeiro, Pedro Alves Lemos Neto, Pedro Henrique de Santana, Raphael Paris Rosan, Stefano Garzon Dias Lemos, Tarso Augusto Duenhas Accorsi.

Tarsila Perez Mota (13/08/2024 09:41:11 AM) - Atualização do protocolo.

Título: Protocolo de Dor Torácica

Processo: HIAE > 2. ASSISTÊNCIA À SAÚDE > 2.2 Cuidado do Paciente > 2.2.19 Cuidados Específicos de Cardiologia

Data	Evento de assinatura	Usuário
10/04/2018 00:00:00	Criado por	DM User
07/08/2024 17:26:32	Atualizado por	Tarsila Perez Mota
15/08/2024 12:57:49	Aprovado por	Tarsila Perez Mota

Cópia Controlada

Comentários do Documento

Sem informações!

Cópia Controlada