HCor
Associação Beneficente Síria

Programa de Cuidados Clínicos

Protocolo de Conduta no Atendimento da Dor Torácica

folder_protocolo_dor_toracica_15x21cm_v1.indd 1 18/06/2021 11:05:37

Superintendência de Proteção, Qualidade e Segurança

Dr. Pedro Mathiasi

Coordenação Médica

Dr. Leopoldo Soares Piegas
Dra. Sabrina Bernardez Pereira
Dr. Edson Romano
Dr. Enilton Tabosa
Dr Edgard Ferreira

Gerência de Qualidade

Dra Andrea Gushken

Enfermagem

Carolina Padrão Amorim
Barbara Reis Tamburim
Nathalia Cristina A Pereira
Caroline R Doria Santana
Geiza Cristina L. Gomes Rosa
Thaís Cabral Reginato

Administrativo

Juliana C. S Ramalho

folder_protocolo_dor_toracica_15x21cm_v1.indd 2 18/06/2021 11:05:37

Sumário

1. Objetivos **4**

2. Definições **4**

3. Protocolo **5**

Fluxogramas dos Tipos de Dor **5**

Eletrocardiograma **9**

Biomarcadores **10**

Métodos Diagnósticos e Prognósticos **12**

Classificação de Risco **13**

Escore TIMI **13**

Escore GRACE **14**

Métodos de Imagem **16**

Diagnóstico Diferencial **17**

4. Referências Bibliografias **20**

folder_protocolo_dor_toracica_15x21cm_v1.indd 3 18/06/2021 11:05:37

1. Objetivos

Padronizar o atendimento dos pacientes com dor torácica, identificando os casos de síndrome coronariana aguda e os diagnósticos diferenciais de forma ágil e precisa com as melhores estratégias diagnósticas.

2. Definições

Dor torácica - é a sensação de dor ou desconforto percebida de diversas formas, mas com localização na região anterior ou posterior do tórax.

A dor torácica pode ser classificada pela característica anginosa da dor:

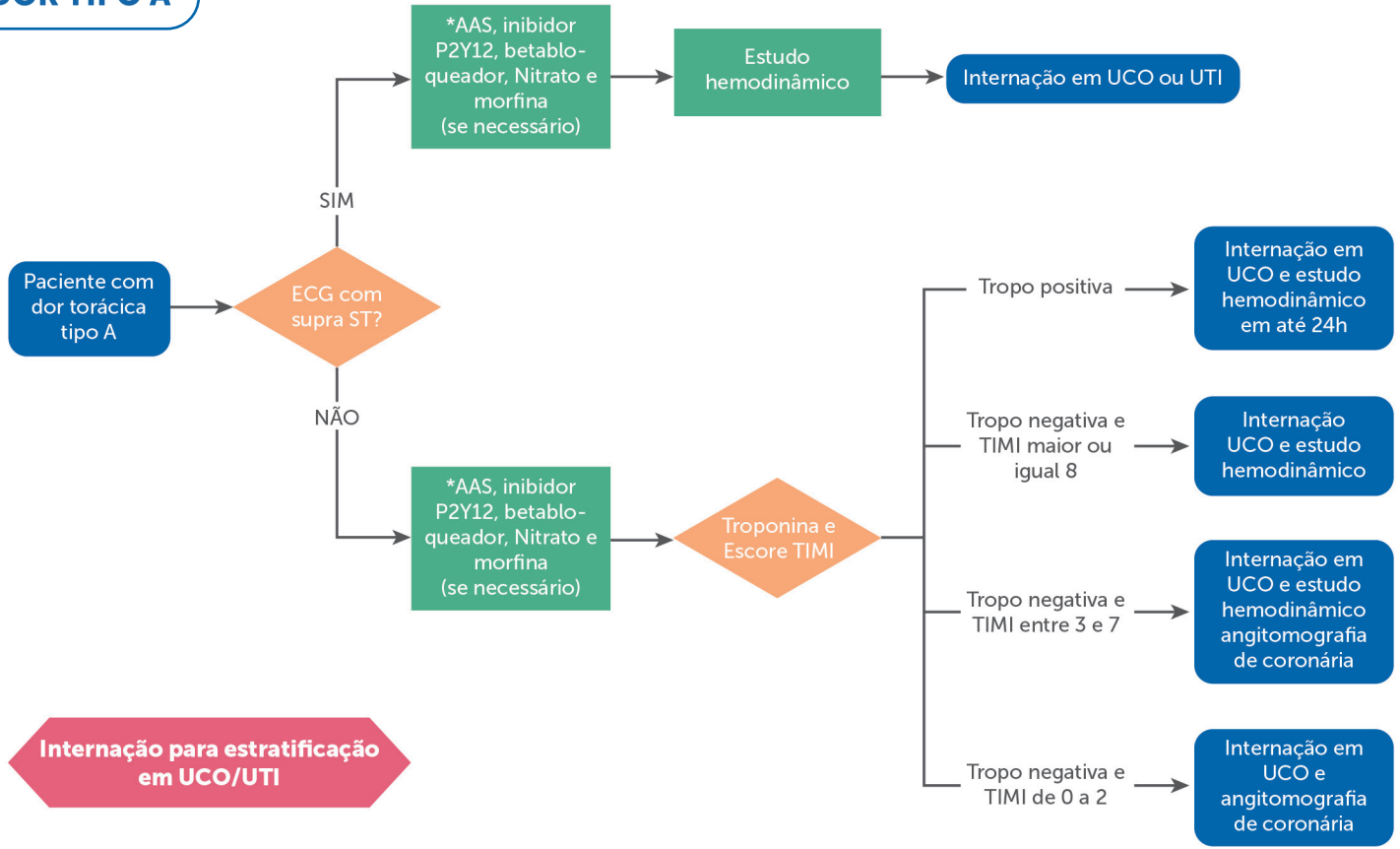
- **Dor TIPO A: DEFINITICAMENTE ANGINOSA:** Desconforto retroesternal precipitado pelo esforço, com irradiação típica para o ombro, mandíbula ou face interna do braço esquerdo, aliviado pelo repouso ou nitrato. Características que dão certeza de Síndrome Coronariana Aguda, independentemente dos exames 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.
- **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. Definida como um padrão atípico de dor torácica que não se adapta à descrição da dor definitivamente anginosa.
- **Dor TIPO D: DEFINITIVAMENTE NÃO ANGINOSA:** Dor torácica cujas características não incluem a Síndrome Coronariana Aguda no diagnóstico diferencial. Dor com aspectos evidentes de origem não cardíaca.

folder_protocolo_dor_toracica_15x21cm_v1.indd 4 18/06/2021 11:05:37

folder_protocolo_dor_torneira_15x21cm_v1.indd 5

3. Protocolo

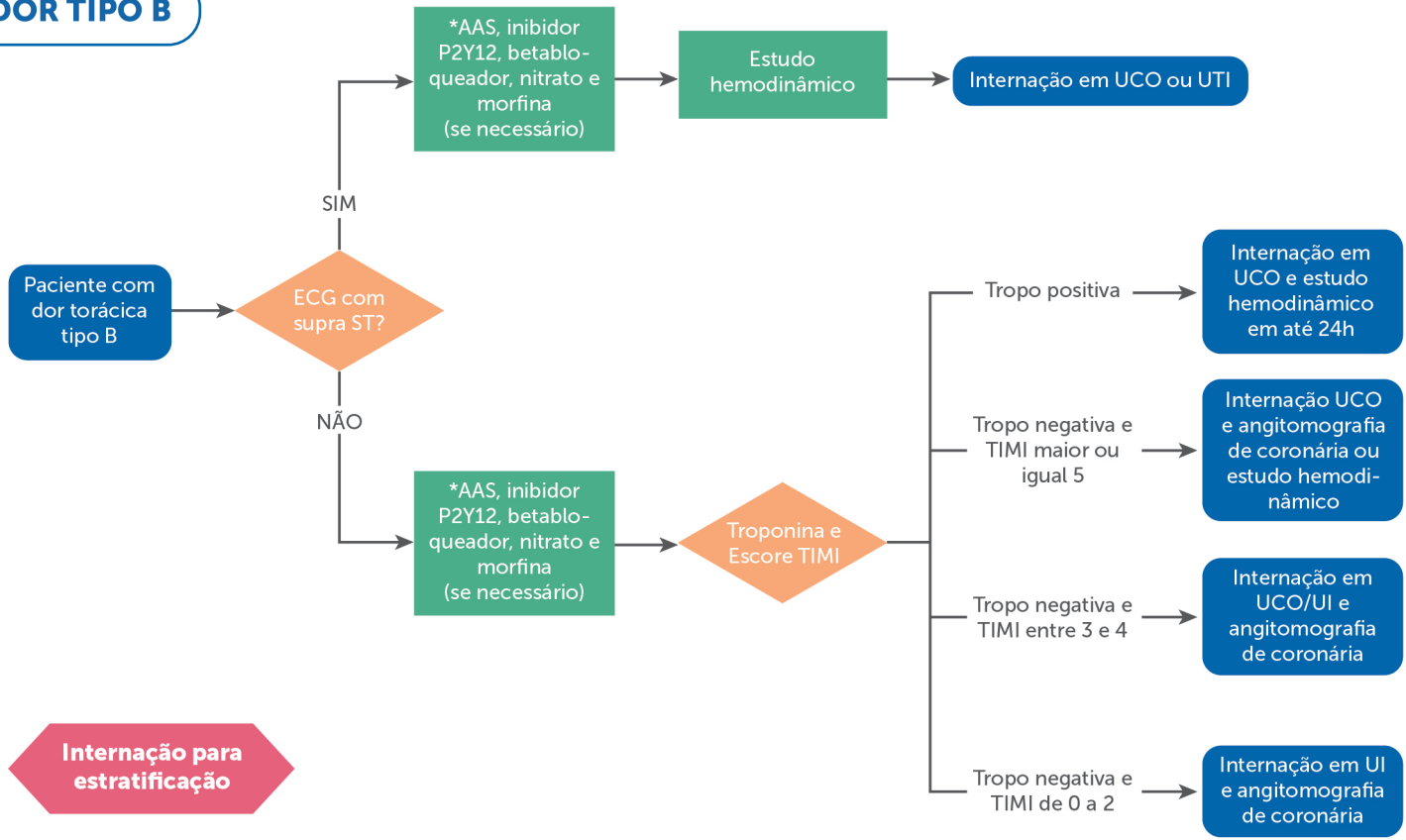
DOR TIPO A



18/06/2021 11:05:38

folder_protocolo_dor_toracica_15x21cm_v1.indd 6

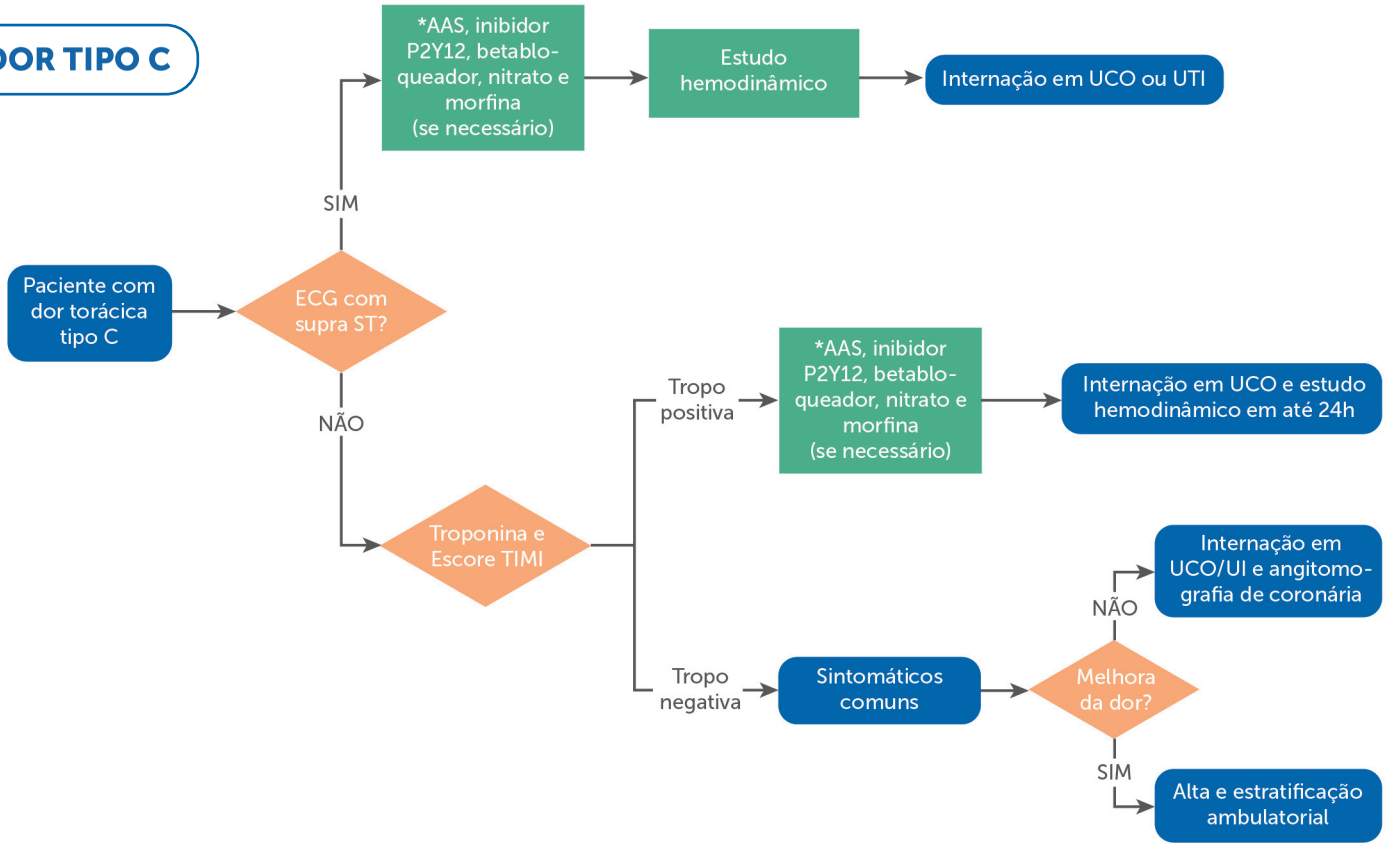
DOR TIPO B



18/06/2021 11:05:38

folder_protocolo_dor_toracica_15x21cm_v1.indd 7

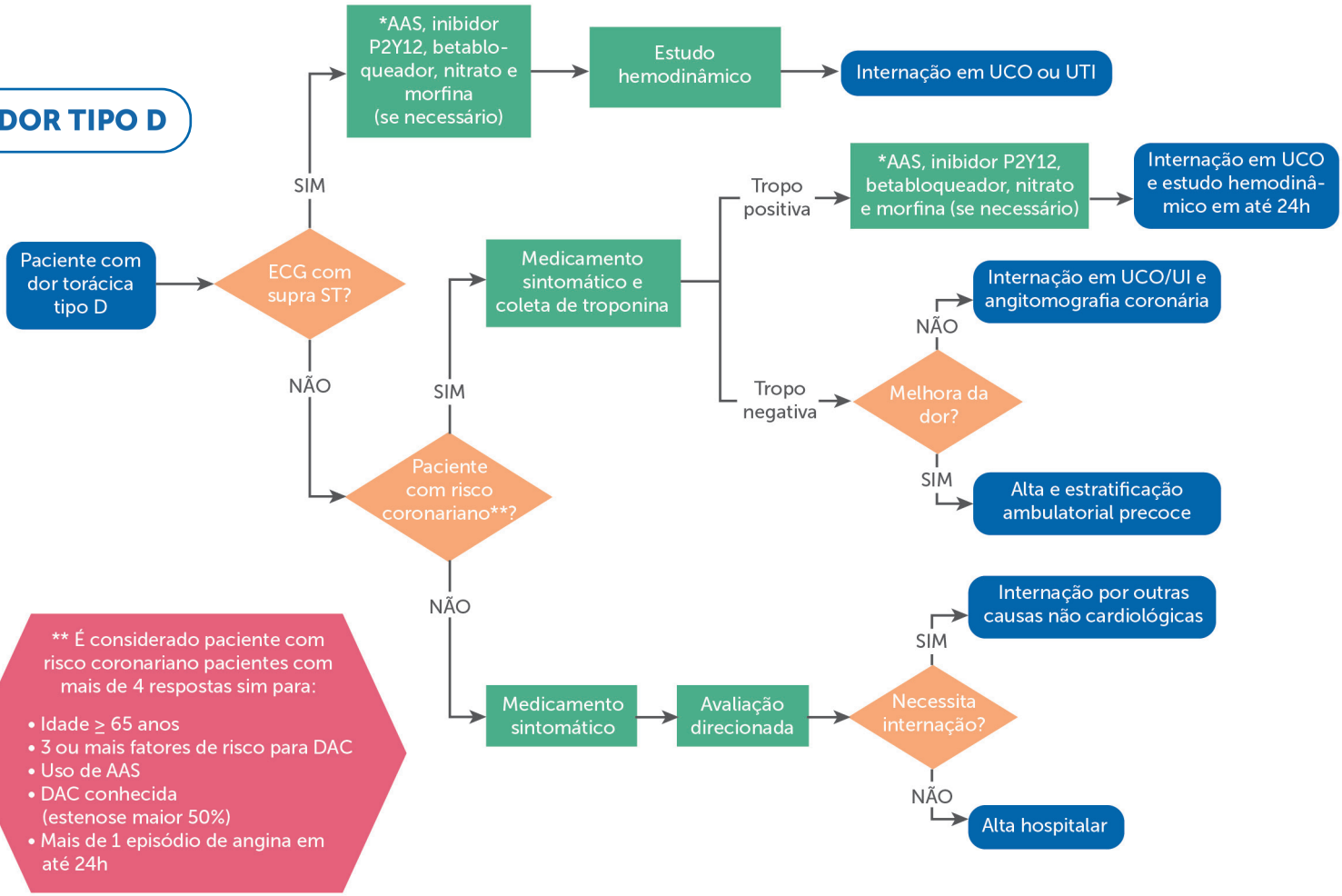
DOR TIPO C



18/06/2021 11:05:39

folder_protocolo_dor_toracica_15x21cm_v1.indd 8

DOR TIPO D



** É considerado paciente com risco coronariano pacientes com mais de 4 respostas sim para:

- Idade ≥ 65 anos
- 3 ou mais fatores de risco para DAC
- Uso de AAS
- DAC conhecida (estenose maior 50%)
- Mais de 1 episódio de angina em até 24h

18/06/2021 11:05:39

Eletrocardiograma

- **Primeiro eletrocardiograma:** realizado na triagem para todo paciente que chegar relatando dor torácica (Dor Tipo A, B, C, e D), com interpretação imediata (menor 10 minutos) sem passar por processo administrativo na recepção.
- **ECG de 12 derivações seriado** (5 – 10 min) em todos os pacientes que permanecerem sintomáticos.
- **ECG de 12 derivações** aos pacientes que tiverem piora ou mudança da característica da dor torácica ou sempre na 3ª hora junto com a coleta de Troponina para os pacientes com dor torácica definitivamente anginosa, provavelmente anginosa ou provavelmente não anginosa (Dor Tipo A, B e C).
- **Nos atendimentos domiciliares de dor torácica** deverá ser realizado imediato ECG de 12 derivações para correta orientação diagnóstica, caso seja comprovada alteração isquêmica deverão ser avisada as equipes do Pronto Socorro e hemodinâmica para um pronto atendimento na chegada ao hospital.

a) Todo paciente com dor torácica visto na sala de emergência deve ser submetido imediatamente a um eletrocardiograma, o qual deverá ser prontamente interpretado **(Grau de Recomendação I, Nível de Evidência B)**;

b) Novo eletrocardiograma pode ser obtido no máximo 3h após o 1º em pacientes com suspeita clínica de síndrome coronariana aguda ou qualquer outra doença cardiovascular aguda, mesmo que o eletrocardiograma inicial tenha sido normal, ou a qualquer momento em caso de recorrência da dor torácica ou surgimento de instabilidade clínica **(Grau de Recomendação I, Nível de Evidência B)**;

c) Devido à sua baixa sensibilidade para o diagnóstico de síndrome coronariana aguda, o ECG nunca deve ser o único exame complementar utilizado para confirmar ou afastar o diagnóstico da doença, necessitando de outros testes simultâneos, como marcadores de necrose miocárdica, monitor do segmento ST, ecocardiograma e testes de estresse **(Grau de Recomendação I, Nível de Evidência B)**;

folder_protocolo_dor_toracica_15x21cm_v1.indd 9 18/06/2021 11:05:39

Biomarcadores

Os marcadores de necrose miocárdica têm um papel importante não só no diagnóstico como também no prognóstico da síndrome coronariana aguda.

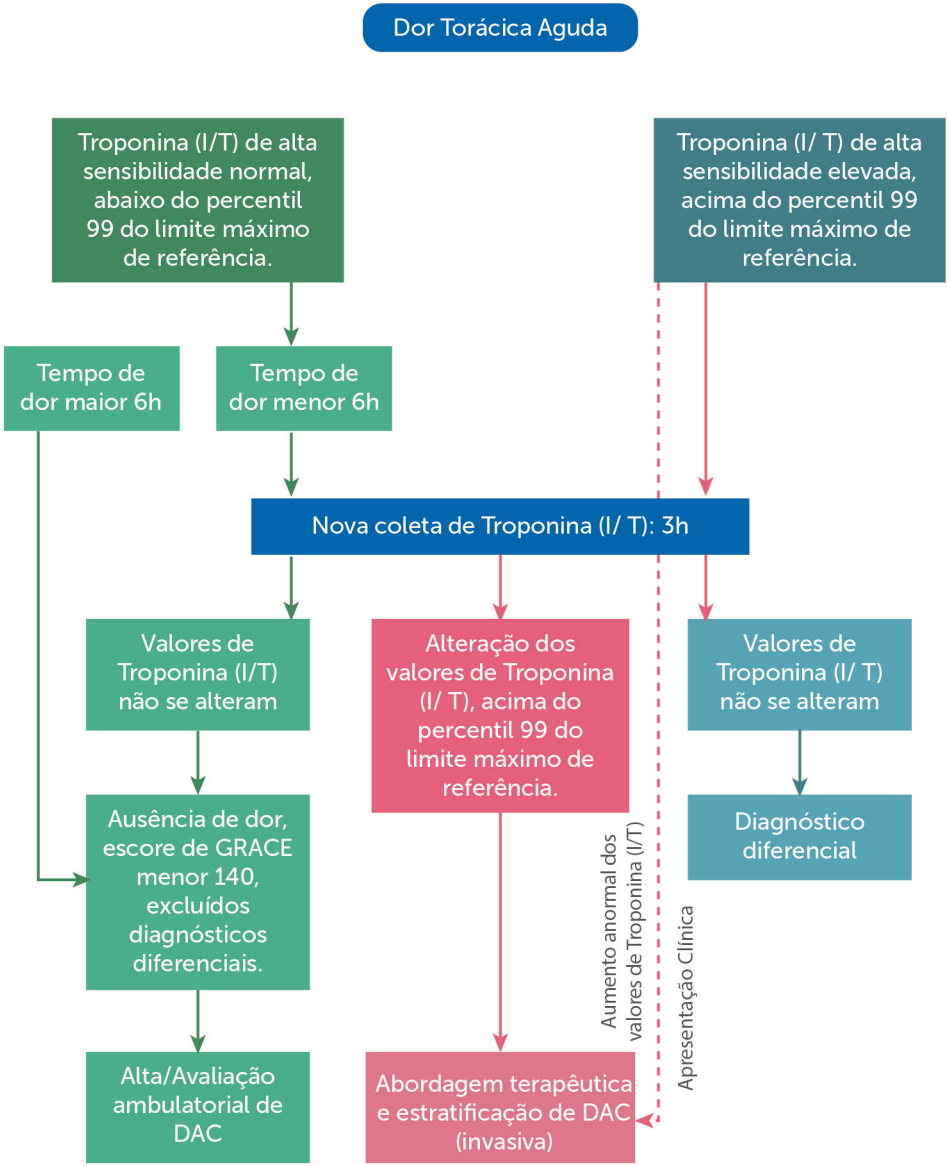
- **Admissão:** Troponina (ultrassensível) para os tipos de dor torácica **(Dor Tipo A, B e C)**. Um protocolo de manejo rápido – em até 02 horas – já foi demonstrado como seguro para o grupo de baixo risco **(Dor torácica Tipo D)** com Troponina Ultrassensível;
- **3ª hora:** Troponina para pacientes com dor torácica do tipo definitivamente anginosa, provavelmente anginosa e provavelmente não anginosa **(Dor Tipo A, B e C)**.
- **6ª hora:** (Opcional) Troponina para pacientes com dor torácica do tipo definitivamente anginosa, provavelmente anginosa e provavelmente não anginosa **(Dor Tipo A, B e C)**.

a) TROPONINAS

As troponinas são os marcadores de necrose miocárdica recomendados para o diagnóstico da SCA. As troponinas de alta sensibilidade, cada vez mais utilizadas, alteram-se precocemente, habitualmente dentro das 3 primeiras horas de evolução. Técnicas laboratoriais atuais são capazes de detectar mínimas liberações de troponina na corrente sanguínea facilitando o diagnóstico etiológico precoce. Embora possam estar elevadas em outras situações clínicas como insuficiência cardíaca, miocardites ou mesmo embolia pulmonar, a sua associação com evidências de SCA como dor torácica aguda e/ou alterações de ECG sugestiva podem fazer o diagnostico. A última definição de IAM incorporou definitivamente a alteração de troponina como marcador. Uma troponina normal após a 6h de evolução seriada afasta definitivamente o diagnóstico de SCA. As diretrizes atuais contraindicam a realização de CKMB (Classe III, nível de evidencia A).

folder_protocolo_dor_toracica_15x21cm_v1.indd 10 18/06/2021 11:05:40

Algoritmo de Tomada de Decisão com Troponina



Métodos Diagnósticos e Prognósticos

Nos pacientes com dor torácica inicialmente suspeita de etiologia isquêmica, que foram avaliados no pronto socorro e nos quais já se excluem as possibilidades de necrose e de isquemia miocárdica de repouso, um teste diagnóstico pré alta poderá ser realizado para afastar ou confirmar a existência de isquemia miocárdica esforço-induzido **(Grau de Recomendação I, Nível de Evidência B)**;

Outros métodos de imagem para diagnósticos diferenciais como a angiotomografia com protocolo para embolia pulmonar ou de coronárias estão disponíveis sempre que indicados, com adequação ao perfil do segurado, ou indicação do médico assistente do paciente e/ou do médico supervisor, seguindo rotina preconizada pela equipe da radiologia do centro de diagnóstico.

Premissas

- 1- Rápida avaliação das características da dor torácica e de outros sintomas concomitantes, pelo exame físico e pela imediata realização do ECG (em até 10min após a chegada ao hospital).
- 2- Rápida avaliação médica após realização do ECG para que em caso de IAM com supra de ST seja otimizado o tratamento, acionando a equipe de hemodinâmica para abertura da artéria dentro da meta estabelecida.
- 3- Se o eletrocardiograma não evidenciar supradesnivelamento do segmento ST, mas apresentar alguma alteração compatível com isquemia miocárdica, iniciar o tratamento anti isquêmico usual e estratificar o risco de complicações, orientando o tratamento adequado a seguir.
- 4- Se o eletrocardiograma for normal ou inespecífico, mas a dor torácica for sugestiva ou suspeita de isquemia miocárdica, o tratamento anti isquêmico pode ser iniciado ou então protelado (principalmente se a dor não mais estiver presente na admissão), mas o uso de aspirina está indicado.

folder_protocolo_dor_toracica_15x21cm_v1.indd 12 18/06/2021 11:05:40

Classificação de Risco

Escore TIMI

O Escore TIMI foi elaborado a partir da base de dados de diferentes estudos multicêntricos que avaliaram milhares de pacientes com síndrome coronariana aguda. A partir de dados de história clínica, exame físico, eletrocardiograma e biomarcadores é possível definir a probabilidade de morte em 30 dias (no IAM com supradesnivelamento do segmento ST-T) e de morte, infarto e revascularização de urgência em pacientes com eletrocardiograma sem supradesnivelamento do segmento ST-T na admissão. Desta forma, o cardiologista dispõe de uma ferramenta para predição de eventos cardiovasculares e pode estabelecer a conduta terapêutica mais adequada. No momento atual, recomenda-se em pacientes com síndrome coronariana aguda com eletrocardiograma sem supradesnivelamento do segmento ST-T e Escore TIMI maior que 3 uma conduta intervencionista entre 4 e 48h, em associação o uso de aspirina, inibidores do receptor plaquetário P_2Y_{12} (clopidogrel, prasugrel ou ticagrelor), heparina, betabloqueador e nitroglicerina.

Tabela de estratificação de risco no IAM com Supra Desnivelamento do segmento ST (Escore TIMI)

	Pontos
Idade	
75 anos	3
65 a 74 anos	2
História da DM, HAS ou angina	1
Exame físico	
PAS 100 mmHg	3
FC maior 100bpm	2
Classe Killip II – IV	2
Peso menor 67 kg	1
Supradesnivelamento do segmento ST anterior ou BRE	1
Tempo de reperfusão maior 4 h	1
Total	**14**

folder_protocolo_dor_toracica_15x21cm_v1.indd 13 18/06/2021 11:05:40

Escore	Mortalidade Hospitalar	Risco
Inferior a 2	Menor 2%	Baixo Risco
2 a 8	10%	Risco Intermediário
Maior a 8	Maior 20%	Alto Risco

Tabela de estratificação de risco na SCA sem supra ST (Escore TIMI)

	Pontos
Idade	
Maior 65 a 74 anos	1
3 ou mais fatores de risco	1
Lesão coronariana maior ou igual a 50%	1
2 crises de angina em menos 24h	1
Desvio do segmento ST maior ou igual a 0,5mm	1
Aumento de marcador de necrose	1
Total	**7**

Escore	Mortalidade Hospitalar	Risco
0 a 2	Menor 2%	Baixo Risco
3 a 4	10%	Risco Intermediário
Maior ou igual a 5	Maior 20%	Alto Risco

Escore de GRACE

Criado a partir de um registro observacional, este escore consiste de oito variáveis: cinco delas computadas de forma semiquantitativa, ou seja, peso, idade, pressão arterial sistólica, frequência cardíaca, creatinina plasmática e classe de Killip; três delas computadas de forma dicotômica (infradesnível do segmento ST, elevação de marcador de necrose miocárdica, parada cardíaca na admissão). O escore final pode variar de 0 a 372.

folder_protocolo_dor_toracica_15x21cm_v1.indd 14 18/06/2021 11:05:40

	Pontos
Idade	
Menor 40	0
40-49	18
50-59	36
60-69	55
70-79	73
Maior igual 80	91
Frequência cardíaca	
Menor 70	0
70-89	7
90-109	13
110-149	23
150-199	36
Maior igual 200	46
PA sistólica (mmHg)	
Menor 80	63
80-99	58
100-119	47
120-139	37
140-159	26
160-199	11
Maior igual 200	0
Creatinina (mg/dl)	
0-0,39	2
0,4-0,79	5
0,8-1,19	8
1,2-1,59	11
1,6-1,99	14
2-3,99	23
Maior 4	31

folder_protocolo_dor_toracica_15x21cm_v1.indd 15 18/06/2021 11:05:40

	Pontos
Classe Killip	
Classe I	0
Classe II	21
Classe III	43
Classe IV	64
PCR na admissão	43
Desvio de ST	30
Total	**1-372**

Categoria de Risco	Escore de GRACE	Mortalidade Intrahospitalar (%)
Baixo	Menor ou igual 108	Menor 1%
Intermediário	109-140	1-3%
Alto	Maior 140	Maior 3%

Métodos de Imagem

- **Rx de Tórax:** na admissão de todos os pacientes com dor torácica, definitivamente anginosa, provavelmente anginosa, não anginosa **(Dor Tipo A, B, e C)** e casos selecionados naqueles com dor do tipo definitivamente não anginosa **(Dor tipo D)**.
- **Cinecoronariografia:** a estratégia invasiva urgente/imediata está indicada em casos de pacientes com SCA sem supra de ST com angina refratária ou instabilidade hemodinâmica ou elétrica (sem comorbidades graves ou contraindicações para estes procedimentos).
- **Ecocardiograma:** para pacientes com dor definitivamente anginosa e provavelmente anginosa **(Dor Tipo A e B)**; e, como opção a ser considerada, nos casos de dor provavelmente não anginosa **(Dor Tipo C)**. Casos selecionados com dor definitivamente não anginosa **(Dor tipo D)** e/ou conforme orientação do médico assistente. Pacientes com "possível isquemia", ou seja, com quadro clínico atípico de angina e sem anormalidades eletrocardiográficas ou elevação dos

folder_protocolo_dor_toracica_15x21cm_v1.indd 16 18/06/2021 11:05:40

marcadores de necrose do miocárdio, podem ser submetidos à ecocardiografia de estresse 6 a 9 horas após o início dos sintomas, possibilitando diagnóstico mais preciso e alta precoce (12,13).

- **Cintilografia Miocárdica de Repouso e Esforço (Teste Ergométrico) com MIBI:** prova funcional para pacientes com dor provavelmente anginosa ou não anginosa em presença de marcadores de necrose negativos (internado ou em ambulatório conforme discussão com médico assistente ou supervisor, devendo estar em conformidade com a rotina dos setores do centro diagnóstico envolvidos).
- **Angiotomografia de Coronárias:** para pacientes com dor provavelmente anginosa ou não anginosa conforme enzimas cardíacas seriadas (internado ou não conforme plano de saúde e/ou discussão com médico assistente ou supervisor).
- **Angiotomografia de Aorta:** para pacientes selecionados conforme características clínicas e suspeita de dissecção aórtica.
- **Angiotomografia de Artérias Pulmonares:** para pacientes selecionados conforme características clínicas e suspeita de embolia pulmonar após Dímero-D e seguindo protocolo do centro diagnóstico.

Diagnóstico diferencial

É importante, durante o atendimento inicial, estar atento a outros processos que podem se apresentar, como dor precordial ou torácica, entrando como diagnóstico diferencial.

1. Dispepsia

ECG: sem alterações.

QUADRO CLÍNICO: dor epigástrica e/ou retroesternal em queimação; pode estar relacionada com o decúbito (refluxo) e com alimentação; melhora com antiácidos e/ou bloqueadores da bomba de prótons.

folder_protocolo_dor_toracica_15x21cm_v1.indd 17 18/06/2021 11:05:40

2. Tromboembolismo Pulmonar

ECG: padrão S1, Q3 e T3 em alguns casos; pode ter distúrbios de condução de ramo direito; onda P Pulmonale; pode ocorrer fibrilação.

QUADRO CLÍNICO: dor súbita do tipo pleurítica; dispneia; hipóxia.

RAIO X DE TÓRAX: sem sinais de congestão; zonas de hipertransparência com áreas de hipoperfusão.

LABORATORIAL: Dímero D; gasometria arterial PO2 - menor 80mmHg.

ECOCARDIOGRAMA: hipertensão pulmonar e avaliação de função do ventrículo direito.

ANGIOTOMOGRAFIA (Protocolo TEP).

CINTILOGRAFIA PULMONAR (ventilação e perfusão): menos utilizada, mas não menos importante, após a disponibilidade da Angiotomografia Pulmonar.

3. Pneumotórax

ECG: normal.

QUADRO CLÍNICO: dor torácica súbita; dispneia; ausculta pulmonar com murmúrio vesicular abolido.

RAIO X DE TÓRAX: presença de linha de pneumotórax.

4. Dissecção de Aorta

ECG: normal ou com alterações isquêmicas e/ou dinâmica do segmento ST-T, mais comumente de parede inferior.

QUADRO CLÍNICO: dor torácica súbita intensa anterior ou posterior, podendo irradiar para abdome e/ou membros inferiores; pulsos assimétricos; sopro de insuficiência valvar aórtica.

RAIO X DE TÓRAX: inespecífico; aumento do mediastino; duplo contorno do arco aórtico; velamento de hemitórax esquerdo.

ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO: "flap" em aorta ascendente; insuficiência aórtica; derrame pericárdico.

folder_protocolo_dor_toracica_15x21cm_v1.indd 18 18/06/2021 11:05:40

ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO: local da rotura; extensão da luz falsa; locais de reentrada para luz falsa; insuficiência aórtica; derrame pericárdico; hematoma intramural; úlceras penetrantes.

ANGIOTOMOGRAFIA (Protocolo de Síndrome Aórtica Aguda). Padrão ouro para o diagnóstico

RESSONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA DE AORTA (Protocolo de Síndrome Aórtica Aguda).

5. Pericardite

ECG: pode ocorrer supradesnivelamento do segmento ST-T difuso; ondas T achatadas ou negativas.

QUADRO CLÍNICO: dor torácica que piora com movimentos respiratórios, posição dependente e sem relação com o esforço.

RAIO X DE TÓRAX: inespecífico.

BIOMARCADORES: normais, entretanto em casos com comprometimento do miocárdio podem apresentar alterações como a troponina.

ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO: pode ou não haver derrame fluído ou sinais de espessamento pericárdico.

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TÓRAX: presença de derrame ou espessamento pericárdico.

6. Costocondral

ECG: normal.

QUADRO CLÍNICO: piora com a palpação e com a movimentação; melhora com analgesia e/ou uso de antiinflamatórios não hormonais.

RAIO X DE TÓRAX: sem anormalidades.

folder_protocolo_dor_toracica_15x21cm_v1.indd 19 18/06/2021 11:05:40

4. Referências Bibliografias:

a) Barish RA, Doherty RJ, Browne BJ. Re-engineering the emergency evaluation of chest pain. J Healthcare Qual 1997;19:6-12.

b) Stussman BJ. National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 1995 emergency department summary. Advance data from vital and health statistics. No. 285. Hyattsville, Md.: National Center for Health Statistics,1997. (DHHORAS publication no. (PHORAS) 97-1250.

c) Graff L, Joseph T, Andelman R, Bahr R, DeHart D, Espinosa J et al. American College of Emergency Physicians Information Paper:chest pain units in emergency departments: a report from the short-term observation section. Am J Cardiol 1995; 76: 1036-1039.

d) Zalenski RJ, Rydman RJ, McCarren M, Roberts RR, JovanovicB, Das K et al. Feasibility of a rapid diagnostic protocol for an emergency department chest pain unit. Ann Emerg Med 1997; 29: 99-108.

e) Farkouh ME, Smars PA, Reeder GS, Zinsmeister AR, Evans RW,Meloy TD et al. A clinical trial of a chest pain observation unit for patients with unstable angina. N Engl J Med 1998; 339: 1882-1888.

f) Lee TH, Goldman L. Evaluation of the patient with acute chest pain. N Engl J Med 2000; 342: 1187-1195. 7. Zalenski RJ, Rydman RJ, Ting S, Kampe L, Selker HP. A national survey of emergency department chest pain centers in theUnited States. Am J Cardiol 1998; 81: 1305-1309.

g) Zalenski RJ, Rydman RJ, Ting S, Kampe L, Selker HP. A national survey of emergency department chest pain centers in the United States. Am J Cardiol 1998; 81: 1305-1309.

h) Roberto Bassan y W. Brian Gibler.– Unidades de dolor torácico. Rev Esp Cardiol Vol. 54, Núm. 9, Septiembre 2001; 1103-1109.

i) Bassan R, Pimenta L, Leães PE, Timerman A. Sociedade Brasileira de Cardiologia I Diretriz de Dor Torácica na Sala de Emergência Arq Bras Cardiol 2002; 79 (supl II): 1.

j) Hoffmann U, Bamberg F, Chae CU. Coronary computed tomography

folder_protocolo_dor_toracica_15x21cm_v1.indd 20 18/06/2021 11:05:40

angiography for early triage of patients with acute chest pain: the ROMICAT (Rule Out Myocardial Infarction using Computer Assisted Tomography) trial. J Am Coll Cardiol 2009;53:1642–1650.

k) Than M, Cullen L, Reid CM,. A 2-h diagnostic protocol to assess patients with chest pain symptoms in the Asia-Pacific region (ASPECT): a prospective observational validation study. Lancet 2011;377:1077-1084.

l) M. Sitges, C. Pare, M. Azqueta,. Feasibility and prognostic value of dobutamine–atropine stress echocardiography early in unstable angina. European Heart Journal (2000) 21, 1063–1071.

m) William Wijns (Chairperson) (Belgium), Philippe Kolh (Chairperson) (Belgium), Nicolas Danchin (France), Carlo Di Mario (UK), et al; The Task Force on Myocardial Revascularization of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). Developed with the special contribution of the European Association for Percutaneous Cardiovascular Interventions (EAPCI). Guidelines on Myocardial Revascularization. European Heart Journal (2010) 31, 2501–2555.

n) Piegas LS, Timerman A, Feitosa GS, Nicolau JC, Mattos LAP, Andrade MD, et al. V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST. Arq Bras Cardiol. 2015; 105(2):1-105.

o) Nicolau JC, Feitosa Filho GS, Petriz JL et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST. Arq. Bras Cardiol. 2021; 1 – 76.

p) Nicolau JC, Timerman A, Marin-Neto JA, Piegas LS, Barbosa CJDG, Franci A, Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST. Arq Bras Cardiol 2014; 102(3Supl.1):1-61

q) Nicolau JC, Timerman A, Marin-Neto JA, Piegas LS, Barbosa CJDG, Franci A Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre AI e IAM sem Supradesnível do Segmento ST. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. 2004; Vol.83 (suplem. 83)

folder_protocolo_dor_toracica_15x21cm_v1.indd 21 18/06/2021 11:05:40

r) Orlando JMC, Rotinas em Medicina Intensiva Adulto. Programa UTI beira do leito. Associação de Medicina Brasileira. Ed. 2003 Piegas LS, Feitosa G, Mattos LA, Nicolau JC, Rossi Neto JM et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. IV Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST. Arq Bras Cardiol.2009;93(6 supl.2):e179-e264.

s) O'Gara PT, Kushner FG, Ascheim DD, Casey Jr DE, Chung MK, de Lemos JA, Ettinger SM, Fang JC, Fesmire FM, Franklin BA, Granger CB, Krumholz HM, Linderbaum JA, Morrow DA, Newby LK, Ornato JP, Ou N, Radford MJ, Tamis-Holland JE, Tommaso CL, Tracy CM, Woo YJ, Zhao DX. 2013 ACCF/AHA guideline for the management of ST-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Circulation. 2013;127:e362–e425

t) Steg G, James SK, Atar D, Badano LP, Blo¨mstrom-Lundqvist C, Michael A. Borger MA, Mario CD, Dickstein K, Ducrocq G, Fernandez-Aviles F, Gershlick AH, Giannuzzi P, Halvorsen S, Huber K, Juni P, Kastrati A, Knuuti J, Lenzen MJ, Mahaffey KW, Valgimigli M, van 't Hof A, PetrWidimsky, Zahger D. ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. The Task Force on the management of ST-segment elevation acute myocardial infarction of the European Society of Cardiology (ESC). European Heart Journal (2012) 33, 2569–2619.

folder_protocolo_dor_toracica_15x21cm_v1.indd 22 18/06/2021 11:05:41

folder_protocolo_dor_toracica_15x21cm_v1.indd 23 18/06/2021 11:05:41

Responsável Técnico
Dr. Gabriel Dalla Costa - CRM: 204962

Organization Accredited
by Joint Commission International

HCor
Associação Beneficente Síria

V.2106

HCor Hospital / Medicina Diagnóstica – Unidade Paraíso: Rua Desembargador Eliseu Guilherme, 147 – São Paulo – SP
HCor – Edifício Dr. Adib Jatene: Rua Desembargador Eliseu Guilherme, 130 – São Paulo – SP
HCor Onco – Clínica de Radioterapia: Rua Tomás Carvalhal, 172 – São Paulo – SP
HCor Medicina Diagnóstica – Unidade Cidade Jardim: Av. Cidade Jardim, 350 – 2º andar – São Paulo – SP
Tels.: Geral: (11) 3053-6611 – Central de Agendamento: (11) 3889-3939 – Pronto-socorro: (11) 3889-9944
www.hcor.com.br

folder_protocolo_dor_toracica_15x21cm_v1.indd 24 18/06/2021 11:05:41