

<b>Síndrome Coronariana Aguda Sem Supra ST</b>
<b>Versão:01</b>
<b>Departamento: Urgência e Emergência</b>
<b>Objetivo:</b> Padronizar o atendimento à Síndrome Coronariana Aguda Sem Supra de ST
<b>Frequência:</b> Contínuo
<b>Executante:</b> Profissionais Médicos e Enfermeiros

## Índice

<b>I-Introdução .....</b>	<b>1</b>	<b>II-Definições</b>
<b>.....2</b>		<b>III-</b>
<b>Objetivos.....3</b>		<b>IV-</b>
<b>Classificação de Risco (Triagem).....5</b>		<b>V- Escalas de</b>
<b>Estratificação de Classificação de Risco.....8</b>		<b>VI-</b>
<b>Diagnóstico.....10</b>		
<b>VI.1.Estratificação de Risco.....10</b>		<b>VII-Conduita</b>
<b>de acordo com a estratificação de risco.....11</b>		<b>VIII-</b>
<b>Tratamento.....12</b>		<b>IX-</b>
<b>Fluxogramas.....17</b>		<b>X-</b>
<b>Referências.....20</b>		

## I-Introdução

A maioria dos casos de infarto agudo do miocárdio (IAM) é causada pela oclusão de um ramo coronariano principal. A obstrução e conseqüente redução do fluxo coronariano se devem comumente à ruptura física de uma placa aterosclerótica com subseqüente formação de trombo oclusivo. Vasoconstrição coronária e microembolização podem também estar envolvidos neste processo.

No Brasil, estima-se a ocorrência de 300 mil a 400 mil casos anuais de infarto, e que a cada 5 a 7 casos, ocorra um óbito.

A morbidade e a mortalidade do IAM fazem com que os médicos e enfermeiros atuem com agilidade na tomada de decisões e condutas. O diagnóstico rápido de IAM é essencial em todo paciente que se apresenta com dor torácica ou equivalente anginoso no departamento de emergência.

<b>Elaborado - 01/12/2023</b>	<b>Revisado - 20/12/2023</b>	<b>Aprovado -04/01/2024</b>
Dra. Lara Suellen M.São Mateus Núcleo de Educação em Urgência	Dra. Merabe Muniz Diniz Cabral Dr. Alcides Pinto de Souza Júnior	Dr. André Luciano Baitello Dra Mônica Buchalla

## II- Definições

O termo SCA é utilizado nas situações que o paciente apresenta evidências clínicas/e ou laboratoriais de isquemia miocárdica aguda, produzida por desequilíbrio entre oferta e demanda de oxigênio para o miocárdio, tendo como principal causa a estabilização de uma placa aterosclerótica.

A SCA se apresenta sob duas formas clínicas: SCACSST e SCASSST. Esta diferenciação é fundamental para definir o tratamento imediato de reperfusão de escolha da forma com supra. **Este protocolo irá abordar somente a forma SCA sem supra ST e Angina Instável.**

•**SCA SEM supradesnivelamento do segmento ST (SCASSST):** Paciente com dor torácica aguda SEM supradesnivelamento do segmento ST persistente, associado ou não a outras alterações de ECG que sugerem isquemia miocárdica de alguma natureza com amplo espectro de gravidade, como: elevação transitória do segmento ST, infradesnivelamento transitório ou persistente do seguimento ST, inversão de onda T, outras alterações inespecíficas da onda T (plana ou pseudo normalização) e até mesmo ECG normal. Neste grupo, estão os pacientes com angina instável (AI) e aqueles com infarto agudo do miocárdio sem supradesnivelamento do segmento ST (IAMSSST).

•**IAMSSST:** quando há elevação de marcadores de necrose miocárdica.

•**Angina Instável:** Os pacientes referidos acima, sem alteração dos marcadores de necrose miocárdica (ou seja, sem necrose miocárdica).

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

**Tipo A: Definitivamente Anginosa:** Dor retroesternal desencadeada pelo esforço físico com irradiação para ombro, mandíbula ou braço esquerdo, aliviado pelo repouso ou

Elaborado - 01/12/2023	Revisado - 20/12/2023	Aprovado -04/01/2024
Dra. Lara Suellen M.São Mateus Núcleo de Educação em Urgência	Dra. Merabe Muniz Diniz Cabral Dr. Alcides Pinto de Souza Júnior	Dr. André Luciano Baitello Dra Mônica Buchalla

nitrato. Características que dão certeza de Síndrome Coronariana Aguda, independente dos exames.

**Tipo B: Provavelmente Anginosa:** Dor que apresenta quase todas as características da dor tipo A, porém com necessidade de exames complementares para confirmar o diagnóstico. Síndrome Coronariana Aguda é a principal hipótese diagnóstica.

**Tipo C: Provavelmente Não Anginosa:** Padrão atípico de dor torácica que não se adapta à descrição da dor definitivamente anginosa. Dor torácica cujas características não fazem 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 exames para excluí-la.

**Tipo D: Definitivamente Não Anginosa:** Dor torácica com aspectos evidentes de origem não cardíaca. Dor torácica cujas características não incluem a Síndrome Coronariana Aguda no diagnóstico diferencial.

### III- Objetivos

- Reconhecer rapidamente a dor torácica que sugere síndrome coronariana aguda e realizar o eletrocardiograma em até 10 minutos da admissão do paciente.
- Identificar rapidamente os pacientes com SCA com Supra de ST e solicitar encaminhamento via SAMU para referência de hemodinâmica, em até 30 minutos da admissão na unidade.
- Reconhecer os pacientes com SCA sem supra e estratificar o risco para definir o tratamento.
- Treinamento de todos os profissionais envolvidos desde a admissão do paciente na unidade até o encaminhamento.

Elaborado - 01/12/2023	Revisado - 20/12/2023	Aprovado -04/01/2024
Dra. Lara Suellen M.São Mateus Núcleo de Educação em Urgência	Dra. Merabe Muniz Diniz Cabral Dr. Alcides Pinto de Souza Júnior	Dr. André Luciano Baitello Dra Mônica Buchalla

#### **IV- Classificação de Risco (Triagem)**

A Classificação de Risco tem por objetivo determinar e desencadear a resposta mais adequada a cada caso, para oferecer a resolutividade para o problema apresentado, sendo de responsabilidade do enfermeiro. É um processo dinâmico de identificação das condições dos usuários que necessitam de tratamento imediato.

Conforme preconizado pelo sistema de triagem de Manchester o atendimento e a classificação na urgência e emergência devem ocorrer em até 10 minutos quando o paciente chega com dor torácica associada aos sintomas relatados, pois a primeira hora desde o início dos sintomas leva de 40 a 60% dos pacientes a óbito. Por isso, a compreensão da subjetividade da dor (descrição da dor dita pelo paciente) é fundamental para a compreensão do quadro clínico e direcionamento. Nesse sentido, cabe ao enfermeiro mensurar e qualificar a dor, sintomas associados e fatores de risco, para melhor tomada de decisão nesta etapa.

<b>Elaborado - 01/12/2023</b>	<b>Revisado - 20/12/2023</b>	<b>Aprovado –04/01/2024</b>
Dra. Lara Suellen M.São Mateus Núcleo de Educação em Urgência	Dra. Merabe Muniz Diniz Cabral Dr. Alcides Pinto de Souza Júnior	Dr. André Luciano Baitello Dra Mônica Buchalla

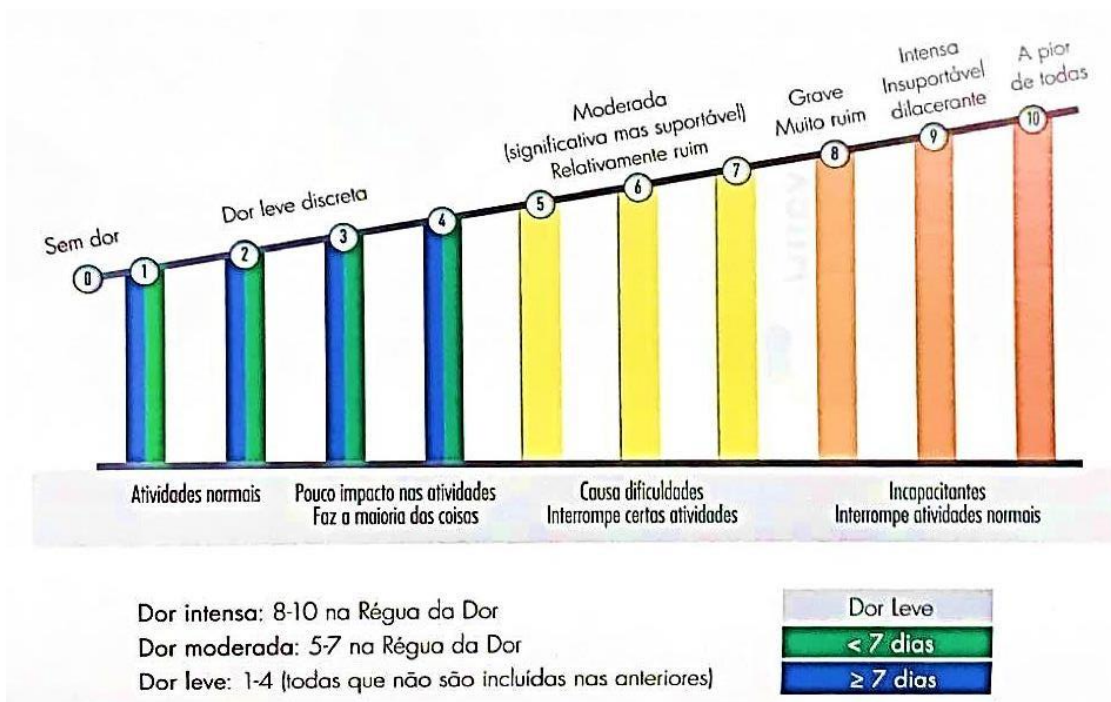
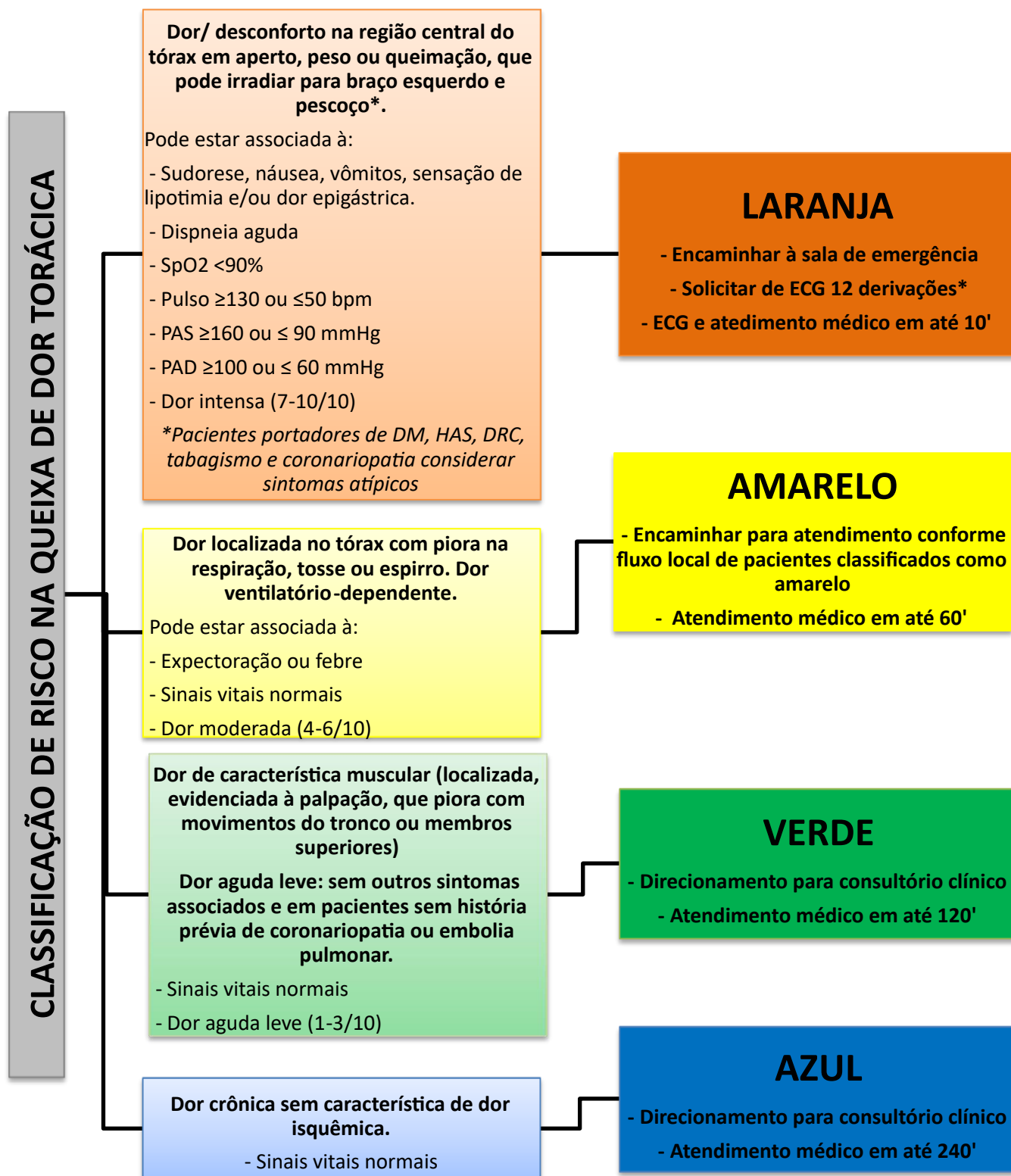


Imagem: Régua de Dor – Adulto (Sistema de triagem de Manchester, 2018)

Elaborado - 01/12/2023	Revisado - 20/12/2023	Aprovado –04/01/2024
Dra. Lara Suellen M.São Mateus Núcleo de Educação em Urgência	Dra. Merabe Muniz Diniz Cabral Dr. Alcides Pinto de Souza Júnior	Dr. André Luciano Baitello Dra Mônica Buchalla

## Fluxograma de Classificação de Risco e Acesso ao Atendimento Médico



### V- Escalas de Estratificação de Classificação de Risco

Elaborado - 01/12/2023	Revisado - 20/12/2023	Aprovado - 04/01/2024
Dra. Lara Suellen M. São Mateus Núcleo de Educação em Urgência	Dra. Merabe Muniz Diniz Cabral Dr. Alcides Pinto de Souza Júnior	Dr. André Luciano Baitello Dra Mônica Buchalla

## HEART SCORE

FATOR	CARACTERÍSTICAS	PONTOS
(H) HISTÓRIA	Altamente suspeita de SCA (componentes de dor típica	2
	Moderadamente suspeita de SCA (componentes de dor típica e outros atípica)	1
	Baixa suspeita de SCA (apenas componentes de dor típica)	0
(E) ECG	Depressão de segmento ST	2
	Alteração de repolarização inespecífica	1
	Normal	0
(A) IDADE	≥ 65 anos	2
	45-64 anos	1
	< 45 anos	0
(R) FATORES DE RISCO	≥ 3 fatores de risco ou história de aterosclerose	2
	1 ou 2 fatores de risco	1
	Nenhum fator de risco	0
(T) TROPONINA (inicial)	≥ 3x o limite da normalidade	2
	1-3x o limite da normalidade	1
	Dentro do limite da normalidade	0
TOTAL		

Score	Considere	Risco
≤ 3	Alta/Encaminhamento	Muito baixo
≥ 4	Intervenções/Internação	Moderado a Alto risco

Elaborado - 01/12/2023	Revisado - 20/12/2023	Aprovado - 04/01/2024
Dra. Lara Suellen M. São Mateus Núcleo de Educação em Urgência	Dra. Merabe Muniz Diniz Cabral Dr. Alcides Pinto de Souza Júnior	Dr. André Luciano Baitello Dra Mônica Buchalla

## GRACE SCORE

	Pontos
<b>Idade</b>	
Menor 40	0
40-49	18
50-59	36
60-69	55
70-79	73
Maior ou igual a 80	91
<b>Frequência Cardíaca</b>	
Menor 70	0
70-89	7
90-109	13
110-149	23
150-199	36
Maior ou igual a 200	46
<b>PA Sistólica (mmHg)</b>	
Menor 80	63
80-99	58
100-119	47
120-139	37
140-159	26
160-199	11
Maior ou igual 200	0
<b>Creatinina</b>	
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
<b>Classe Killip</b>	
Classe I	0
Classe II	21
Classe III	43
Classe IV	64
PCR na admissão	43
Desvio de ST	30
Elevação dos níveis de marcadores de necrose cardíaca	15
<b>TOTAL</b>	<b>1-372</b>

Categoria de Risco	Escore	Mortalidade hospitalar
Baixo	Menor ou igual a 108	Menor 1%
Intermediário	109-140	1-3%
Alto	Maior que 140	Maior 3%

Elaborado - 01/12/2023	Revisado - 20/12/2023	Aprovado - 04/01/2024
Dra. Lara Suellen M. São Mateus Núcleo de Educação em Urgência	Dra. Merabe Muniz Diniz Cabral Dr. Alcides Pinto de Souza Júnior	Dr. André Luciano Baitello Dra Mônica Buchalla



## Classificação de Killip

Classe Killip	
I	Sem congestão pulmonar
II	B3 e estertor pulmonar
III	Edema Agudo de pulmão
IV	Choque cardiogênico

### VI- Diagnóstico

#### Seguir fluxograma de Dor Torácica Aguda

#### ECG + História Clínica + Troponinas + RX de Tórax

No caso da SCA Sem Supra de ST (IAMsSST), onde observamos isquemia subendocárdica, o ECG pode se apresentar normal, ou com infradesnivelamento do segmento ST > 0,5 mm.

Uma vez que o médico avaliou o paciente, o ECG e definiu que trata-se de um quadro de Síndrome Coronariana Sem Supra, devem ser coletadas as troponinas, realizado RX de tórax e administrado 300mg de AAS.

Em nosso serviço está disponível a troponina ultrasensível que deve ser coletada na admissão e 2 horas após juntamente com outro ECG.

Embora as troponinas possam apresentar alteração também em Insuficiência Cardíaca, miocardites ou TEP, a sua associação com evidências de SCA, como dor torácica e/ou alterações de ECG sugestiva de IAM, podem fazer o diagnóstico.

Elaborado - 01/12/2023	Revisado - 20/12/2023	Aprovado - 04/01/2024
Dra. Lara Suellen M. São Mateus Núcleo de Educação em Urgência	Dra. Merabe Muniz Diniz Cabral Dr. Alcides Pinto de Souza Júnior	Dr. André Luciano Baitello Dra Mônica Buchalla

## **RX de Tórax**

Deve ser solicitado para todos os pacientes com Síndrome Coronariana Sem supra de ST. Pode auxiliar no diagnóstico de congestão pulmonar e diagnósticos diferenciados como visualização de alargamento de mediastino (presente na dilatação/dissecção da aorta), presença de pneumonia, pneumotórax, fraturas, derrame pericárdico, entre outros.

**Após resultados das troponinas e análise dos novos eletrocardiogramas, deve-se classificar o paciente quanto ao risco para definir o diagnóstico e o tratamento**

### **V.1- Estratificação de risco.**

**a) Troponinas e eletrocardiograma sem alterações e SEM dor refratária:** calcular HEART SCORE.

- **HEART SCORE  $\leq 3$ :** Descartada Síndrome Coronariana Aguda, paciente pode receber alta da Unidade com agendamento ambulatorial com cardiologista.
- **HEART SCORE  $\geq 4$  :** Angina Instável Baixo Risco

**b) Troponinas e eletrocardiograma SEM alterações porém COM dor refratária:** calcular GRACE SCORE.

- **GRACE SCORE  $< 109$ :** Angina Instável Baixo Risco
- **GRACE SCORE 109-140:** Angina Instável Moderado Risco

**c) Troponinas se alteram e/ou ECG apresenta dinâmica:** SCA Alto Risco (IAM Sem Supra).

**d) Paciente apresenta instabilidade hemodinâmica e/ou arritmia; ECG apresenta alteração de segmento ST:** SCA Muito Alto Risco

**e) ECG apresenta Supra de ST :** seguir protocolo de IAM COM Supra de ST

<b>Elaborado - 01/12/2023</b>	<b>Revisado - 20/12/2023</b>	<b>Aprovado -04/01/2024</b>
Dra. Lara Suellen M.São Mateus Núcleo de Educação em Urgência	Dra. Merabe Muniz Diniz Cabral Dr. Alcides Pinto de Souza Júnior	Dr. André Luciano Baitello Dra Mônica Buchalla

## VII- Conduta de acordo com a estratificação de classificação de Risco

O tratamento será instituído de acordo com a classificação de risco do paciente.

As doses e contra indicações de cada medicamento serão abordadas no próximo item.

- a) **HEART SCORE  $\leq 3$**  : Alta com agendamento ambulatorial para cardiologista do Centro Médico de Especialidades.
- b) **HEART SCORE  $\geq 4$ : Angina Instável Baixo Risco:** Entrar em contato com cardiologista do ambulatório da Santa Casa para ver possibilidade de encaminhamento. Uma vez que o cardiologista aceitar o caso, fazer regulação via SAMU.
- c) **GRACE  $< 109$ : Angina Instável Baixo Risco:** Entrar em contato com cardiologista do ambulatório da Santa Casa para ver possibilidade de encaminhamento. Uma vez que o cardiologista aceitar o caso, fazer regulação via SAMU.
- d) **GRACE 109 - 140: Angina Instável Moderado Risco:**
- Cate em até **72 horas**
  - Iniciar sinvastatina, clopidogrel, enoxaparina
  - Avaliar indicação de Nitrato, IECA, Beta Bloqueador
- e) **GRACE  $> 140$  e/ou IAM Sem Supra (SCA Alto Risco) -Cate em até 24 horas (ideal)**
- Iniciar Sinvastatina, Enoxaparina SC
  - Avaliar indicação de Nitrato, IECA, Beta Bloqueador
  - Clopidogrel\*
- f) **SCA Muito Alto Risco:**
- Instabilidade hemodinâmica, arritmia, alteração de segmento ST
- Cate em até **2 horas**
  - Sinvastatina
  - Clopidogrel
  - Avaliar indicação de Nitrato, IECA, Beta Bloqueador
  - **NÃO** administrar Enoxaparina (será realizada na sala de hemodinâmica)

Elaborado - 01/12/2023	Revisado - 20/12/2023	Aprovado -04/01/2024
Dra. Lara Suellen M.São Mateus Núcleo de Educação em Urgência	Dra. Merabe Muniz Diniz Cabral Dr. Alcides Pinto de Souza Júnior	Dr. André Luciano Baitello Dra Mônica Buchalla

## VIII- Tratamento (Medicamentos):

### Seguir Fluxograma de Síndrome Coronariana Aguda Sem Supra de ST

#### 1- Oxigênio

Suplementação por máscara ou cateter nasal se saturação de O<sub>2</sub> < 90% (2 a 4L/min a 100%), se desconforto respiratório ou se congestão pulmonar.

#### 2-Nitrato

Indicado para o alívio de dor tipo anginosa persistente, reversão de possível espasmo, hipertensão arterial, congestão pulmonar. O dinitrato de isossorbida 5 mg sublingual é o medicamento dessa classe mais utilizado. Pode-se administrá-lo em até três doses, com intervalo de 5 minutos entre elas (máximo de 15 mg).

Contraindicações:

- PAS < 90 mmHg;
- Bradicardia ou taquicardia;
- Suspeita clínica e/ou eletrocardiográfica de comprometimento de Ventrículo Direito;

Uso de inibidores da fosfodiesterase para disfunção erétil nas últimas 24 a 48 horas

Elaborado - 01/12/2023	Revisado - 20/12/2023	Aprovado -04/01/2024
Dra. Lara Suellen M.São Mateus Núcleo de Educação em Urgência	Dra. Merabe Muniz Diniz Cabral Dr. Alcides Pinto de Souza Júnior	Dr. André Luciano Baitello Dra Mônica Buchalla

### 3- Morfina

Pode ser utilizada para alívio da dor.

Apresentação: ampola 10 mg/ml (1 ml)

Diluir 10 mg (1 ampola) em SF 0,9% 10 ml e administrar EV de 2 a 8ml lentamente, podendo ser repetidos a cada 5 -15 minutos (até máximo de 30 mg).

Contraindicações: hipersensibilidade ao fármaco, hipotensão, náuseas e vômitos. Efeitos colaterais como hipotensão e bradicardia respondem bem à atropina (0,5 - 1,5 mg,EV) e a depressão respiratória responde bem ao naloxone (0,1 a 0,2 mg a cada 15 minutos).

### 4 - AAS

Administrar 300mg (3 comprimidos ) via oral na admissão, independentemente da idade do paciente ou se já faz uso do medicamento.

Pacientes que permanecerem na Unidade por mais de 24 horas deverão receber 1comprimido (100mg) 1 vez ao dia como dose de manutenção.

Contraindicações: hipersensibilidade comprovada ao medicamento, sangramento digestivo ativo, discrasia sanguínea, hemofilia ou hepatopatia grave.

### 5- Clopidogrel

-Administrar de 4 comprimidos (300 mg) via oral na admissão em pacientes com menos de 75 anos.

-Pacientes com idade a partir de 75 anos devem receber somente 1 comprimido (75mg).

Para pacientes que permanecerem na Unidade por mais de 24 horas administrar 1 comprimido (75mg) como dose de manutenção.

**A administração do segundo antiagregante plaquetário está indicada na SCASSST nos casos em que o paciente NÃO for submetido à angioplastia em até 24 horas. Como não há como saber a previsão de vaga de encaminhamento para esses**

Elaborado - 01/12/2023	Revisado - 20/12/2023	Aprovado -04/01/2024
Dra. Lara Suellen M.São Mateus Núcleo de Educação em Urgência	Dra. Merabe Muniz Diniz Cabral Dr. Alcides Pinto de Souza Júnior	Dr. André Luciano Baitello Dra Mônica Buchalla

**pacientes, a administração do Clopidogrel está indicada para TODOS pacientes que se enquadrarem no diagnóstico de SCASSST (IAM sem supra e Angina Instável)**

### **5- Enoxaparina Baixo Peso Molecular**

-Pacientes < 75 anos : 1mg/kg SC de 12/12h

-Pacientes > 75 anos : 0,75mg/kg SC de 12/12h

-Clearance de creatinina < 30 ml/min: 1mg/kg SC a cada 24 horas

### **6- Beta Bloqueador**

Na ausência de contraindicações iniciar precocemente e preferencialmente por via oral. Realizar somente em pacientes estáveis, Killip I, sem evidência de disfunção ventricular esquerda. O medicamento disponível na rede e recomendado neste protocolo é o Atenolol 25 mg via oral.

Reservar a via de administração endovenosa com Metoprolol para os casos selecionados de pacientes com hipertensão arterial ou taquicárdicos, na ausência de disfunção ventricular importante.

Metoprolol apresentação: 1mg/ml(ampola 5ml)

Administrar 5 mg EV em 1 a 2 min e repetindo, se necessário, a cada 5 min., até completar 15 mg (objetivando FC 60 bpm)

Contraindicações:

- Frequência cardíaca < 60 bpm
- Pressão Arterial Sistólica < 100 mmHg
- Intervalo PR > 0,24 segundos
- Bloqueio atrioventricular de segundo e terceiro grau
- História de asma ou doença pulmonar obstrutiva grave

<b>Elaborado - 01/12/2023</b>	<b>Revisado - 20/12/2023</b>	<b>Aprovado -04/01/2024</b>
Dra. Lara Suellen M.São Mateus Núcleo de Educação em Urgência	Dra. Merabe Muniz Diniz Cabral Dr. Alcides Pinto de Souza Júnior	Dr. André Luciano Baitello Dra Mônica Buchalla

- Doença vascular periférica grave
- Disfunção ventricular grave
- Classe Killip  $\geq$  II

### **7- Inibidores do sistema Renina-Angiotensina-Aldosterona:**

Estão indicados para todos os pacientes com infarto com supra nas primeiras 24 horas, que não apresentem contraindicações. Os medicamentos disponíveis na rede são Captopril, Enalapril e Losartana.

- Captopril: Dose inicial de 12,5 mg via oral
- Enalapril: Dose inicial de 2,5 mg, via oral
- Losartana: Dose inicial de 25 mg, via oral

### **8- Estatina**

Indicado para todos os pacientes com SCASST que não apresentem contraindicações. A meta terapêutica é LDL < 70. Há benefícios de seu uso independente dos níveis séricos lipídicos. A coleta do perfil lipídico do paciente com SCA deve ser realizada dentro das primeiras 24 horas do evento agudo, pois após esse período, ocorrem alterações do perfil lipídico ( porém será solicitado somente no hospital de referência).

Nos casos de SCA, recomenda-se uso de doses altas, iniciando-se na admissão hospitalar.

#### **Sinvastatina 40 mg VO**

**Contraindicações:** hepatopatia descompensada; alergia à medicação.

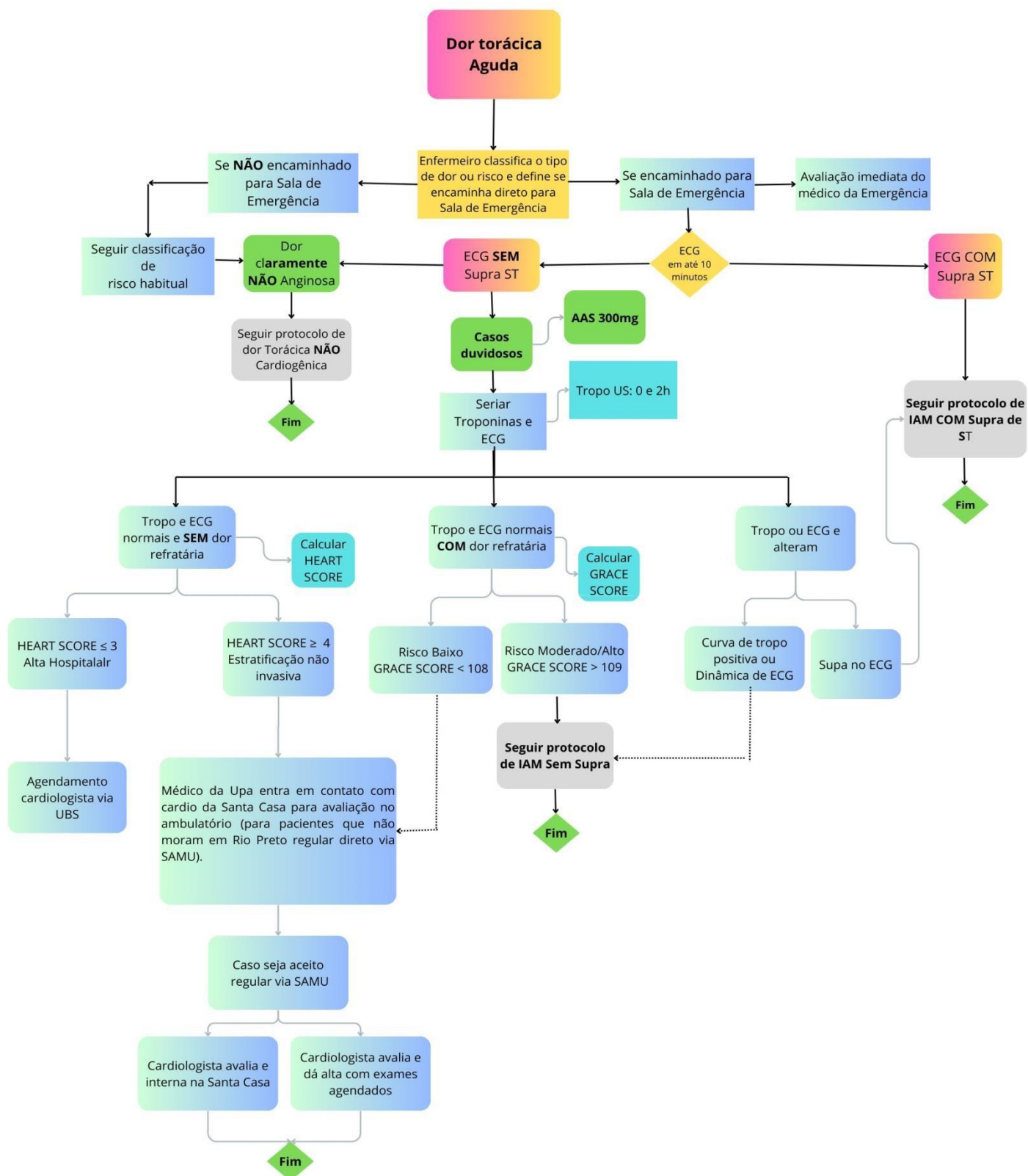
<b>Elaborado - 01/12/2023</b>	<b>Revisado - 20/12/2023</b>	<b>Aprovado -04/01/2024</b>
Dra. Lara Suellen M.São Mateus Núcleo de Educação em Urgência	Dra. Merabe Muniz Diniz Cabral Dr. Alcides Pinto de Souza Júnior	Dr. André Luciano Baitello Dra Mônica Buchalla

## IX- Fluxogramas

<b>Elaborado - 01/12/2023</b>	<b>Revisado - 20/12/2023</b>	<b>Aprovado -04/01/2024</b>
Dra. Lara Suellen M.São Mateus Núcleo de Educação em Urgência	Dra. Merabe Muniz Diniz Cabral Dr. Alcides Pinto de Souza Júnior	Dr. André Luciano Baitello Dra Mônica Buchalla

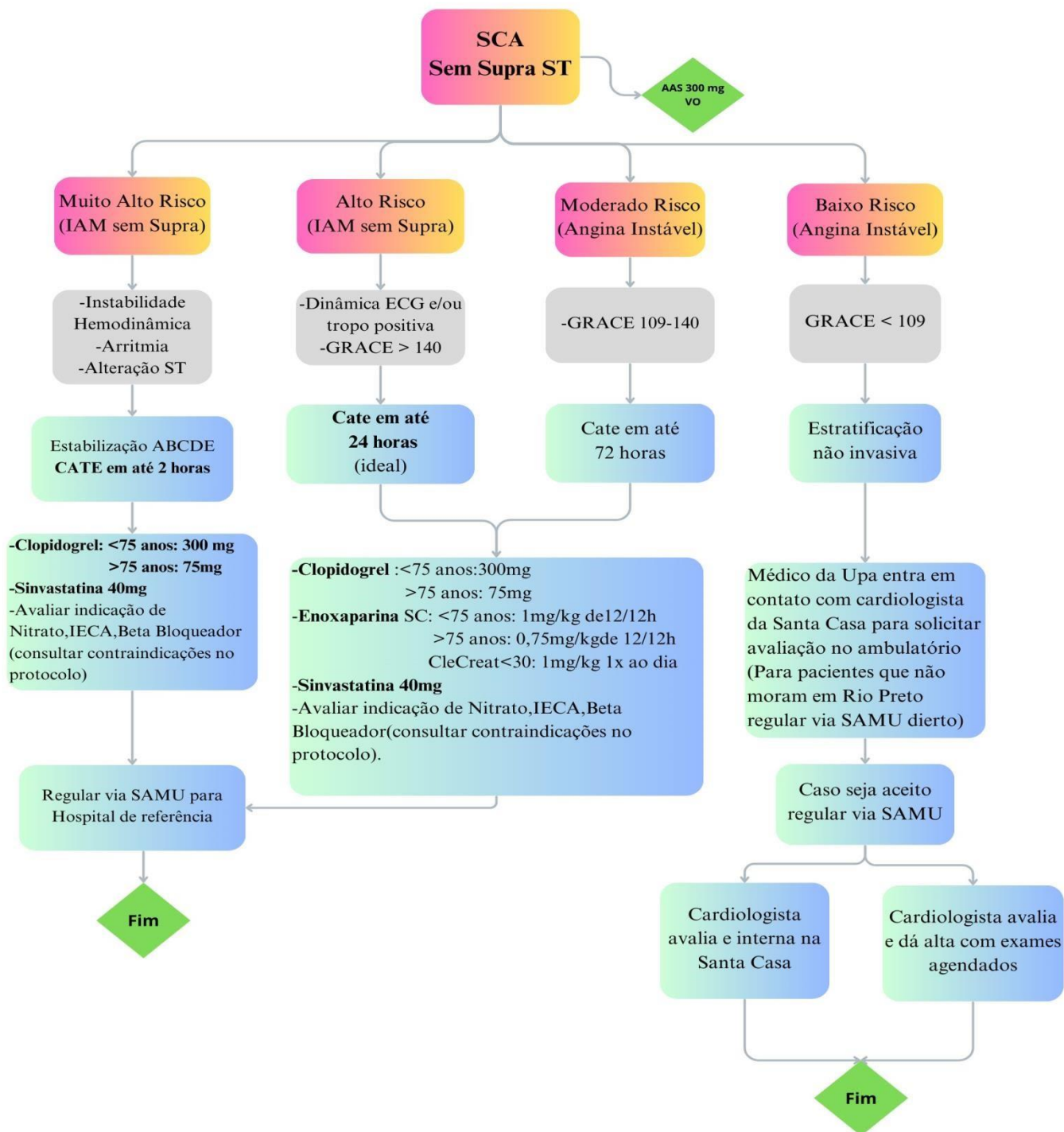


## Fluxograma de Dor Torácica Aguda



Elaborado - 01/12/2023	Revisado - 20/12/2023	Aprovado - 04/01/2024
Dra. Lara Suellen M. São Mateus Núcleo de Educação em Urgência	Dra. Merabe Muniz Diniz Cabral Dr. Alcides Pinto de Souza Júnior	Dr. André Luciano Baitello Dra Mônica Buchalla

# Fluxograma de Síndrome Coronariana Aguda Sem Supra ST



Elaborado - 01/12/2023	Revisado - 20/12/2023	Aprovado - 04/01/2024
Dra. Lara Suellen M. São Mateus Núcleo de Educação em Urgência	Dra. Merabe Muniz Diniz Cabral Dr. Alcides Pinto de Souza Júnior	Dr. André Luciano Baitello Dra Mônica Buchalla

## X-Referências

- 1-<https://revistaft.com.br/atuacao-da-enfermagem-ao-paciente-com-queixa-de-dortoracica-e-sua-participacao-na-classificacao-de-risco-nas-unidades-de-emergencias/>
- 2-Sistema Manchester de Classificação de Risco, 2ª edição, 2018. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 56 p. : il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- 3-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.
- 4- Nicolau JC, Feitosa-Filho G, Petriz JL, Furtado RHM, Prêcoma DB, Lemke W, et al. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST – 2021. Arq Bras Cardiol. 2021; 117(1):181-264.
- 5- Wang J, Luo H, Kong C, et al. (2018) Prognostic value of new-onset right bundlebranch block in acute myocardial infarction patients: A systematic review and metaanalysis Lau D, ed. Peer J 6: e4497.
- 6- Shaikh S, Al-Sadawi M, Dogar MU, Cavusoglu E, Hegde S, Saliccioli L, Piccione M, Abraham C, Yacoub M, Ponce D, McFarlane SI. New Onset Right Bundle Branch Block In Acute Coronary Syndrome and High-Grade Stenosis: A Case Series. Scifed J Cardiol. 2019;3(1):23.
- 7- Moffa PG, Sanches PCR. Tranchesi - Eletrocardiograma normal e patológico. Roca, 2001. 7 ed. 463-584.
- 8- Santos ECL, et al. Manual de Cardiologia Cardipapers, Atheneu. 1 ed. 141-154.

Elaborado - 01/12/2023	Revisado - 20/12/2023	Aprovado - 04/01/2024
Dra. Lara Suellen M. São Mateus Núcleo de Educação em Urgência	Dra. Merabe Muniz Diniz Cabral Dr. Alcides Pinto de Souza Júnior	Dr. André Luciano Baitello Dra Mônica Buchalla

<b>Elaborado - 01/12/2023</b>	<b>Revisado - 20/12/2023</b>	<b>Aprovado -04/01/2024</b>
Dra. Lara Suellen M.São Mateus Núcleo de Educação em Urgência	Dra. Merabe Muniz Diniz Cabral Dr. Alcides Pinto de Souza Júnior	Dr. André Luciano Baitello Dra Mônica Buchalla