

EVALUACIÓN Y EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS CON QUEJAS DE DOLOR TORÁCICO

AVALIAÇÃO E DESFECHO DOS PACIENTES ATENDIDOS NO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA COM QUEIXA DE DOR TORÁCICA

EVALUATION AND OUTCOME OF PATIENTS TREATED AT THE EMERGENCY DEPARTMENT WITH A COMPLAINT OF THORACIC PAIN

Raimundo Davi Feijó Frazão¹, Rita Neuma Dantas Cavalcante de Abreu², Tatiana de Medeiros Colleti Cavalcante³, Luis Rafael Leite Sampaio⁴

Como citar este artículo: Frazão RDF, Abreu RNDC, Cavalcante TMC, Sampaio LRL. Evaluación y evolución de los pacientes atendidos en el servicio de emergencias con quejas de dolor torácico. Rev Enferm Atenção Saúde [Internet]. 2021 [consultado el: ____]; 10(3):e202127. doi: <https://doi.org/10.18554/reas.v10i3.4770>

RESUMEN

OBJETIVO: Analizar el perfil clínico de pacientes tratados con dolor torácico en el servicio de emergencias. **METODOLOGÍA:** Investigación descriptiva. Estudio realizado en un hospital secundario de Ceará, Brasil. Se evaluaron 110 registros de atención de pacientes tratados por dolor torácico entre los años 2014 y 2016. **RESULTADOS:** La mayor prevalencia fue de pacientes mayores de 65 años, 41 (37,27%) casos, del total 45 (40,91%) eran del sexo masculino y 65 (59,09%) del sexo femenino. El único síntoma invariable presentado por los pacientes que acudieron a la sala de emergencias fue el dolor torácico (DT) 110 (100%) casos. Todos los pacientes 110 (100%) se sometieron a un electrocardiograma (ECG); 17 (15,45%) se sometieron a la prueba rápida de troponina, y de estos, 05 (4,54%) dieron resultado positivo durante la atención inicial. **CONCLUSIÓN:** Del total, 92 (83,65%) casos fueron dados de alta del hospital sin complicaciones; 17 (15,45%) fueron trasladados a un hospital de referencia en cardiología en Fortaleza y 01 (0,90%) murió en la primera atención médica.

Descriptor: Cardiología. Cuidados de enfermera. Emergencia.

1 Enfermero, Especialización en Enfermería en Terapia Intensiva de la Universidad de Fortaleza/UNIFOR, Fortaleza CE, Brasil <http://orcid.org/0000-0002-1962-7175>

2 Enfermera del Instituto Dr. José Frota. Doctora en Biotecnología de la Rede Nordeste de Biotecnologia (RENORBIO-UFC). Máster en Cuidados Clínicos en Salud de la Universidad Estadual de Ceará (UECE). Docente de la Universidad de Fortaleza (UNIFOR). Docente del Máster en Tecnología e Innovación en Enfermería de la Universidad de Fortaleza. <http://orcid.org/0000-0002-5130-0703>

3 Doctora en Enfermería, Universidad Federal de San Pablo/UNIFESP, Docente de la Universidad de Fortaleza/UNIFOR y coordinadora de la Especialización en Enfermería en Terapia Intensiva/UNIFOR, Fortaleza CE, Brasil <http://orcid.org/0000-0002-6564-9746>

4 Docente de la URCA. Doctor en Farmacología, Universidad Federal de Ceará/UFC, Fortaleza CE, Brasil. Docente del Máster en Tecnología e Innovación en Enfermería de la Universidad de Fortaleza.

RESUMO

OBJETIVO: Analisar o perfil clínico de pacientes atendidos, com dor torácica, no serviço de emergência. **METODOLOGIA:** Pesquisa descritiva. Estudo realizado em hospital secundário do Ceará, Brasil. Foram avaliadas 110 fichas de atendimentos de pacientes atendidos por dor torácica entre os anos de 2014 e 2016. **RESULTADOS:** Maior prevalência de pacientes acima de 65 anos, 41 (37,27%) casos. 45 (40,91%) homens e 65 (59,09%) mulheres. O único sintoma invariável, apresentado pelos pacientes que deram entrada na emergência, foi a Dor Torácica (DT) 110 (100%) casos. Todos os pacientes 110 (100%) foram submetidos ao Eletrocardiograma (ECG); 17 (15,45%) foram submetidos ao teste rápido de troponina, e desse total, 05 (4,54%) apresentaram resultado positivo durante o atendimento inicial. **CONCLUSÃO:** Do total, 92 (83,65%) dos casos receberam alta hospitalar, sem qualquer intercorrência; 17 (15,45%) foram transferidos para hospital de referência em cardiologia em Fortaleza e 01 (0,90%) veio a óbito no primeiro atendimento médico.

Descritores: Cardiologia. Cuidados de enfermagem. Emergência.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To analyze the clinical profile of patients treated with chest pain in the emergency department. **METHOD:** Descriptive research. Study performed in a secondary hospital in Ceará, Brazil. A total of 110 patient charts were evaluated for patients treated for chest pain between 2014 and 2016. **RESULTS:** Higher prevalence of patients over 65 years 41 (37.27%) cases. 45 (40.91%) men and 65 (59.09%) women. The only invariable symptom presented by patients entering the emergency room was thoracic pain (DT) 110 (100%) cases. All 110 (100%) patients underwent electrocardiogram (ECG); 17 (15.45%) underwent the rapid troponin test, and of that total. **CONCLUSION:** Of the total, 92 (83.65%) of the cases were discharged without any complications; 17 (15.45%) were transferred to a referral hospital in cardiology in Fortaleza, and 01 (0.90%) died at the first medical visit.

Descriptors: Cardiology. Nursing care. Emergency.

INTRODUCCIÓN

La población mundial está envejeciendo. En las últimas décadas, se ha observado en gran parte del mundo el aumento significativo del número de ancianos. Entre 2000 y 2030, se estima que el porcentaje de personas mayores de 65 años pasará del 6,9% al 12%.¹ Entre las causas de muerte e incapacidad en Brasil y en el mundo, las Enfermedades Cardiovasculares (DCVs) ganan espacio.² Entre ellas, el Síndrome coronario agudo

es uno de los principales problemas de salud pública, y la búsqueda de intervenciones que presenten beneficio comprobado en la reducción de la incidencia de esa enfermedad y de sus complicaciones pasa a ser prioridad, principalmente para la población anciana como grupo de edad en rápido crecimiento en Brasil y en el mundo.³

En Brasil, el Servicio de Recepción y Clasificación de Riesgos (SRCR) se lleva a cabo mediante protocolos y debe ser

realizado por enfermeros, según la resolución del Consejo Federal de Enfermería (COFEN) 661/2021, y es una actividad que requiere competencia técnica y científica⁴.

Uno de los síntomas referidos en emergencias es el dolor torácico (DT). Esta dolencia se convierte en un síntoma alarmante en la emergencia y se relaciona con factores sensoriales, conductuales, cognitivos y socioculturales, además de la enfermedad de base. Por lo tanto, es multifactorial⁵.

La Unidad Hospitalaria (UH) donde se realizó el estudio se caracteriza por ser un Hospital Pequeño (HP), no es referente clínico o quirúrgico de ninguna especialidad médica. Los pacientes en estado crítico atendidos son estabilizados y remitidos a hospitales terciarios de la capital del estado de Ceará. Por lo tanto, fue necesario trazar un perfil de esta población y, posteriormente, implementar un plan sistemático dirigido a mejorar la calidad de la atención.

El objetivo fue analizar el perfil clínico y la evolución de los pacientes con dolor torácico en el servicio de emergencias.

METODOLOGÍA

Investigación descriptiva con enfoque cuantitativo, retrospectivo. El estudio se realizó en un hospital secundario

del SUS, ubicado en un municipio del estado de Ceará, Brasil. La población estuvo conformada por 150 registros de atención de quienes presentaron dolor torácico en emergencias entre 2014 y 2016. Sin embargo, el total de casos evaluados fue 110, según los criterios establecidos.

La recolección de datos se realizó en junio y julio de 2017 luego de que el Proyecto de Investigación fuera aprobado por el Comité de Ética. La muestra estuvo compuesta por historias clínicas y se analizaron los datos secundarios: signos vitales, exámenes realizados, queja principal, comportamiento final.

Los criterios de inclusión fueron: registros de pacientes mayores de 18 años y con la información de la atención completa. Criterio de exclusión, no se incluyeron los registros de los pacientes menores de 18 años o que tuvieran información incompleta sobre la atención. Por lo tanto, de un total de 150 consultas, se evaluaron 110 casos.

El análisis de los datos se realizó de forma descriptiva, utilizando frecuencias absolutas y relativas. En cuanto a las variables, se observaron: exámenes e informe, edad, sexo, queja principal, diabetes mellitus, hipertensión, obesidad, presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura, saturación de oxígeno, características del

dolor, farmacoterapia utilizada, resultado final.

El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética para la Investigación en Seres Humanos - COÉTICA/UNIFOR de la Universidad de Fortaleza bajo Dictamen nro. 2.011.067. Al tratarse de una investigación documental, se llevó a cabo el Término Fiduciario.

Los datos demostraron que 41 casos (37,27%) correspondían a los mayores de 65 años y 65 (59,09%) al sexo femenino. En otras palabras, se registró un mayor número de pacientes del sexo femenino con síntomas típicos, sin embargo, los 110 (100%) informaron DT y fueron evaluados por SCA.

RESULTADOS

Tabla 1: Caracterización clínica de los pacientes con dolor torácico atendidos en emergencias.

VARIABLE	FUNDAMENTACIÓN	N	%
Edad Mayor a 65 Años	Población Prevalente	41	37,27
Sexo Femenino	Género Prevalente	65	59,09
Dolor Torácico	Queja Principal	110	100
Realizó Electrocardiograma	Sometimiento a exámenes	110	100
ECG Sin Alteraciones	ECG Convencional	62	56,36
Diabetes Mellitus	Diagnóstico Previo	09	9,9
Valores Presóricos	Igual o inferior a 120/80 mmHg	48	43,63
Frecuencia Cardíaca	60 - 100 bpm	70	63,63
Frecuencia Respiratoria	12 - 20 rpm	83	75,45
Saturación de Oxígeno	< 94%	16	14,54
Temperatura Corporal	> 37,8°C	09	8,18
Características del Dolor Torácico	Sensación de Presión	68	61,81
Test de Troponina	Entre los resultados (-) y (+)	17	15,45
Realizó Rayo X	Tórax	07	6,36
Uso de Ácido Acetilsalicílico	AAS	43	39,09
Antagonistas ADP	Clopidogrel	12	10,90
Nitratos	Dinitrato de Isosorbida	25	22,72
Alta Hospitalaria	Después de la Mejoría Clínica	92	83,65
Traslados	Hospital de Referencia	17	15,45
Muertes	En la Unidad Hospitalaria	01	0,90

La realización del Electrocardiograma (ECG) fue una constante. Los 110 pacientes (100%) que se presentaron fueron sometidos al examen y el resultado de la mayoría, 62 (56,36%),

fue sin alteraciones en la primera visita, según la historia clínica.

Respecto a las ECV previas y metabólicas, por ejemplo, se registró DM

en 09 (9,9%), HAS en 61 (67,1%) casos y obesidad en 18 (19,8%) casos.

Con respecto a los valores de presión encontrados en los registros al momento de la consulta sintomática, 48 (43,63%) tenían Presión Arterial (PA) igual o menor a 120/80 mmHg.

En cuanto a la frecuencia cardíaca (FC), se observó que 70 (63,63%) revelaron valores entre 60 y 100 lpm. Del total, 03 (2,72%) tenían una FC por debajo de 60 lpm. Otros 37 (33,63%) tenían una frecuencia cardíaca superior a 100 lpm.

En la emergencia se presentaron 83 pacientes (75,45%) con frecuencia respiratoria (FR) superior a 20 respiraciones por minuto. En cuanto a la saturación de oxígeno (SpO₂), 16 (14,54%) tuvieron una SpO₂ <94% durante la atención inicial, medida por el oxímetro de pulso. Cabe destacar que la UH donde se realizó la investigación no contaba con gasometría. También se midió la temperatura corporal y 09 (8,18%) pacientes tenían una temperatura > 37,8°C.

Las características del DT se clasificaron según la queja. Se registró que 29 (26,36%) refirieron ardor, 68 (61,81%) refirieron sensación de presión, 08 (7,27%) refirieron dolor punzante, 05 (4,54%) refirieron sensación de opresión. En cuanto a la troponina, se observó que 17 (15,45%) se sometieron a la prueba rápida, y de este total, 05 (4,54%) tuvieron resultado

positivo durante la atención inicial. Otro examen solicitado por el médico, en algunos casos, fue una radiografía de tórax, 07 (6,36%).

En cuanto a la farmacoterapia prescrita por el médico, se observó que 43 (39,09%) utilizaron AAS (ácido acetilsalicílico), 25 (22,72%) usaron dinitrato de isosorbida (isordil), 06 (5,45%) administraron betabloqueantes, especialmente propanolol, 07 (6,36%) usaron opioides, especialmente morfina. Otros fármacos también tuvieron protagonismo clínico, por ejemplo, clopidogrel, que fue administrado en 12 (10,90%) de las consultas.

En este estudio, la mayoría de los sujetos participantes tuvo resultado satisfactorio, es decir, 92 (83,65%) de ellos fueron dados de alta del hospital, 17 (15,45%) fueron trasladados a un hospital de referencia en cardiología y 01 (0,90%) murió.

DISCUSIÓN

En el presente estudio, la mayor parte de las personas atendidas en la emergencia era del sexo femenino. Hasta los 65 años, la EAC es más prevalente en los hombres, pero después de los 80 su prevalencia es equivalente en ambos sexos⁶. En cuanto a los síntomas, en todos los casos se refirió DT. Se les realizó un ECG a todos los pacientes de este estudio.

Se constató que en la atención inicial predominó el ECG normal, según consta en la historia clínica. Al respecto, los protocolos advierten que este hecho no excluye el riesgo de SCA⁷.

En cuanto a las ECV y enfermedades metabólicas, por ejemplo, la Hipertensión Arterial Sistémica (HAS), la DM y la obesidad son factores agravantes según un estudio realizado en Porto Alegre⁸. Las cifras de presión arterial indican valores de PA iguales o inferiores a 120/80 mmHg. Cabe recordar que el objetivo de este estudio no fue el cribado de pacientes que pudieran tener HAS.

La FC fue una variable en la que la mayoría de los pacientes también presentó valores normales. Cabe señalar que estos signos clínicos en el contexto de un SCA pueden tener importantes implicaciones⁹. El aumento de la FR fue más prevalente en este estudio, es decir, con FR superior a 20 rpm. Los pacientes con taquipnea y síntomas clínicos de SCA pueden estar simplemente ansiosos¹⁰, o pueden estar evolucionando a complicaciones, por ejemplo, SCA, edema agudo de pulmón, entre otras⁹. Otro estudio mostró que menos del 20% presentó cambios significativos en la exploración física inicial, a la presencia de taquipnea, hipotensión y estertores pulmonares, entre otros, hay que prestarle atención, ya que pueden indicar mayor compromiso

miocárdico, con potencial insuficiencia cardiaca aguda¹¹.

Acerca de los niveles de oxígeno medidos por el oxímetro de pulso, la mayoría reveló cifras de SpO₂ > 94%. Sin embargo, hay que recalcar que la UH donde se realizó la investigación no contaba con gasometría. Es importante destacar que la administración innecesaria de O₂ puede provocar vasoconstricción, aumento de la resistencia vascular sistémica y de la PA, por ende, es perjudicial¹². En cuanto a la temperatura corporal, predominaron los pacientes con temperatura < 37,8°C.

Entre las características del DT, predominó la queja de sensación de presión. Otro estudio similar reveló que la característica más prevalente fue la sensación de ardor, 12 (52,17%), lo que evidencia una heterogeneidad sintomática¹³. En lo que respecta a la troponina, se observó que un pequeño porcentaje se sometió a la prueba rápida. Su elevación aumenta el riesgo de muerte y re(infarto) en los primeros 6 meses, en comparación con los pacientes que presentan valores de troponina negativos^{14,15}. Es importante resaltar que ninguno de los pacientes con valores negativos fue sometido nuevamente al examen, luego de la atención inicial. Se sabe que las troponinas cuando el paciente ingresa se encuentran dentro del rango

normal hasta en una quinta parte de los casos en los que posteriormente se confirma el diagnóstico de SCA¹⁶. Es decir, no se siguió un protocolo específico para este recurso.

En relación a las radiografías (tórax), hubo un bajo porcentaje de solicitud de este examen por imágenes, lo que puede deberse, por ejemplo, a que la UH no disponía del mismo y/o se encontraba distante de la UH más cercana que realizaba el estudio.

Los fármacos utilizados para tratar el SCA fueron AAS, nitratos, betabloqueantes, especialmente propanolol, entre otros. Estas acciones pueden variar dependiendo del contexto. El AAS, por ejemplo, es importante en el tratamiento del SCA, su uso implica una reducción de la mortalidad¹⁷. A pesar de esto, las investigaciones revelan fenómenos isquémicos incluso con el uso continuo¹⁸, pero sigue siendo el antiagregante plaquetario por excelencia para el SCA, como lo demuestra el estudio ISIS-2 (*Second International Study of Infarct Survival*), dado que reduce la mortalidad en un 23%, solo, casi tanto como la estreptoquinasa (SK). Los fármacos morfina y clopidogrel también se mencionaron en menor medida y tienen efectos importantes sobre el SCA¹⁹.

En este estudio, la mayoría de los individuos tuvo un resultado clínico

satisfactorio, es decir, fueron dados de alta del hospital sin complicaciones graves cuando se descartó el SCA, 17 fueron trasladados a un hospital de referencia en cardiología y 01 falleció en el hospital en la primera consulta médica.

Los datos refuerzan la importancia de preparar a los profesionales sanitarios para la evaluación cuidadosa de los pacientes que acuden al servicio de emergencias. Cabe destacar que los estudios sobre el conocimiento de datos sociodemográficos y clínicos pueden favorecer la planificación y la ejecución de la atención, lo que implica mejoras en su calidad²⁰. Por lo tanto, el dolor, como uno de los signos vitales, siempre debe ser valorado por el equipo de enfermería y otros profesionales.

CONCLUSIÓN

Se logró el objetivo de evaluar el perfil clínico y la evolución de los pacientes con dolor torácico atendidos en el servicio de emergencias de un hospital del interior del estado de Ceará con las siguientes conclusiones:

El perfil clínico de los pacientes atendidos en emergencias por dolor torácico fue mayor de 65 años, todos los casos refirieron dolor de origen torácico con prevalencia de sensación de presión, toda la muestra fue sometida a ECG y la

mayoría no presentó alteraciones. En cuanto a la frecuencia cardíaca, la mayor parte reveló valores dentro del rango normal. Los porcentajes más elevados tenían taquipnea en la primera visita. Una parte significativa de esta muestra fue sometida a pruebas rápidas de troponina, sin embargo, no se les realizó a todos los pacientes a los que se le había indicado, debido a la falta de suministros. A un alto porcentaje no se les realizó radiografía de tórax. Los fármacos prescritos por el médico fueron AAS, clopidogrel, dinitrato de isosorbida, entre otros.

En cuanto a la evolución de estos individuos, 92 fueron dados de alta del hospital sin complicaciones graves, 17 fueron trasladados y un paciente falleció en el hospital durante la primera consulta médica.

De esta manera, se obtuvo el perfil clínico y resultado final de estos pacientes que acudieron a emergencias por DT. **Por lo tanto**, es posible conocer mejor a este público y obtener información que contribuya, posteriormente, a la construcción de una estrategia sistemática de atención individualizada para esta población. Además, y no menos importante, se puede generar una discusión sobre la importancia de la educación continua para los profesionales de la salud y disuadir a los directivos de la gestión

hospitalaria para que realicen mayores inversiones en el sector.

REFERÊNCIAS

1. Lapa E. Doença Coronariana na População Idosa. In: Diniz LR, Gomes DCDA, Kitner D. Geriatria. 1 ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2019. p.216-219.
2. Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais [Internet]. [S.l.]: The Lancet; 2011 [citado em 23 dez 2021]; 14 p. (Saúde no Brasil, 4). Disponível em: https://www.idec.org.br/pdf/schmidtetal_lancet2011.pdf
3. França KM. Abordagem das Síndromes coronarianas agudas em idosos em hospital geral do SUS. [Internet]. Santos (São Paulo). Dissertação [Mestrado em Saúde Coletiva] – Universidade Católica de Santos;2014 [citado em 23 dez 2021]; 104p. Disponível em: [https://tede.unisantos.br/bitstream/ede/901/2/Klauber%20M.%20de%20Fran%C3%A7a.pdf](https://tede.unisantos.br/bitstream/tede/901/2/Klauber%20M.%20de%20Fran%C3%A7a.pdf)
4. Conselho Federal de Enfermagem (Brasil). Resolução n.º 661, de 15 de fevereiro de 2021. Atualiza e normatiza, no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a participação da equipe de enfermagem na atividade de classificação de riscos [Internet]. Brasília, DF: COFEN; 2021 [citado em 23 dez 2021]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-661-2021_85839.html
5. Jacob J. Avaliação e controle da dor em crianças. In: Hockenberry MJ, Wilson D. Wong: fundamentos de enfermagem pediátrica. 8ed. Rio de Janeiro: Mosby; 2011. p. 162-202.

6. Keller NM, Feit F. Coronary artery disease in the geriatric population. *Prog Cardiovasc Dis*. [Internet]. 1996 Mar/Apr [citado em 23 dez 2021]; 38(5):407-18. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0033062096800351/pdf?md5=1f4c906196b8ba13428b151cd723f976&pid=1-s2.0-S0033062096800351-main.pdf>
7. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre angina instável e infarto agudo do miocárdio sem supradesnível do segmento ST: II Edição, 2007, atualização 2013/2014. *Arq Bras Cardiol*. [Internet]. mar 2014 [citado em 23 dez 2021]; 102(3 Supl 1):1-46. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2014/Diretriz_de_IAM.pdf
8. Lemos KF, Davis R, Moraes MA, Azzolin K. Prevalência de fatores de risco para síndrome coronariana aguda em pacientes atendidos em uma emergência. *Rev Gaúch Enferm*. [Internet]. mar 2010 [citado em 23 dez 2021]; 31(1): 129-35. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/cFck8KMT6BYKWWmy3KPCgFy/?format=pdf&lang=pt>
9. Herck JLV, Claeys MJ, Paep R, Herck PLV, Vrints CJ, Jorens PG. Management of cardiogenic shock complicating acute myocardial infarction. *Eur Heart J Acute Cardiovasc Care* [Internet]. 2015 Jun [citado em 23 dez 2021]; 4(3):278-97. Disponível em: <https://academic.oup.com/ehjacc/articlepdf/4/3/278/34170860/ehjacc0278.pdf>
10. Bangalore S, Makani H, Radford M, Thakur K, Toklu B, Katz SD, et al. Clinical outcomes with beta-blockers for myocardial infarction: a meta-analysis of randomized trials. *Am J Med*. [Internet]. 2014 Oct [citado em 23 dez 2021]; 127(10):939-53. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002934314004707/pdf?md5=dbaac32017cd10a2ce722a81a54c6f95&pid=1-s2.0-S0002934314004707-main.pdf>
11. 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*. [Internet]. ago 2015 [citado em 23 dez 2021]; 105(2 supl 1):1-81. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2015/02_TRATAMENTO%20DO%20IAM%20COM%20SU PRADESNIVEL%20DO%20SEGMENTO%20ST.pdf
12. Timerman A, Feitosa GA. Síndromes coronárias agudas. Rio de Janeiro: Atheneu; 2003.
13. Santos F; Freire PB; Ribeiro JA. Abordagem da dor torácica pelo enfermeiro em uma unidade de pronto atendimento na visão do paciente. *Enferm Rev*. [Internet]. maio/ago 2016 [citado em 23 dez 2021]; 19(2):199-211. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/13149/10300>
14. Kavsak PA, Newman AM, Lustig V, MacRae AR, Palomaki GE, Ko DT, et al. Long-term health outcomes associated with detectable troponin I concentrations. *Clin Chem*. [Internet]. 2007 Feb [citado em 23 dez 2021]; 53(2):220-7. Disponível em: <https://academic.oup.com/clinchem/articlepdf/53/2/220/32689220/clinchem0220.pdf>
15. Heidenreich PA, Alloggiamento T, Melsop K, McDonald KM, Go AS,

- Hlatky MA. The prognostic value of troponin in patients with non-ST elevation acute coronary syndromes: a meta-analysis. *J Am Coll Cardiol*. [Internet]. 2001 [citado em 04 jun 2020]; 38(2):478-85. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0735109701013882/pdfft?md5=af78da1e891cc8e0a4582b3b18774efd&pid=1-s2.0-S0735109701013882-main.pdf>
16. Hoeller RG, Gimenez MR, Reichlin T, Twerenbold R, Zellweger C, Moehring B, et al. Normal presenting levels of high-sensitivity troponin and myocardial infarction. *Heart*. [Internet]. 2013 [citado em 04 jun 2020]; 99(21):1567-72. Disponível em: <https://heart.bmj.com/content/heartjnl/99/21/1567.full.pdf>
17. Martins, HS. Síndromes coronarianas agudas sem elevação do segmento ST. In: Martins HS, Brandão Neto RA, Velasco IT. *Medicina de Emergência*. 12. ed. Barueri (SP): Manole; 2017. p. 925-972.
18. Muir AR, McMullin MF, Patterson C, McKeown PP. Assessment of aspirin resistance varies on a temporal basis in patients with ischaemic heart disease. *Heart* [Internet]. 2009 Aug [citado em 23 dez 2021]; 95(15):1225-229. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2705011/pdf/HRT-95-15-1225.pdf>
19. Roffi M, Patrono C, Collet JP, Mueller C, Valgimigli M, Andreotti F, et al. 2015 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation: task force for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-Segment Elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J*. [Internet]. 2016 Jan [citado em 23 dez 2021]; 37(3):267-315. Disponível em: <https://academic.oup.com/eurheartj/article-pdf/37/3/267/23493022/ehv320.pdf>
20. Soares DS, Santos TS, Maier SRO, Sudré MRS, Flores CAS, Oliveira WS. Caracterização das vítimas de infarto do miocárdio admitidas em uma unidade coronariana. *Rev Enferm Atenção Saúde* [Internet]. ago/dez 2019 [citado em 23 dez 2021]; 8(2):98-106. Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/3762/pdf>

RECIBIDO: 11/07/2020
 APROBADO: 04/08/2021
 PUBLICADO: diez/2021