

A Importância das Unidades de Dor Torácica na Sala de Emergência.

DR. ROBERTO BASSAN

Livre-Docente em Cardiologia pela UERJ

Coordenador de Ensino e Pesquisa do PROCEP – Hospital Pró-Cardíaco

A dor torácica é responsável por cerca de 3 a 6 milhões de atendimentos anuais nas Salas de Emergência, nos Estados Unidos, constituindo-se o motivo mais comum de procura de assistência médica (1). A atitude defensivista de hospitalizar a maioria dos pacientes com este sintoma e submetê-los a uma dispendiosa bateria de exames é uma praxe médica na maioria dos centros, apesar de diversos estudos demonstrarem que menos de 30% destes pacientes efetivamente possuem alguma doença suficientemente séria (1, 2). Isto faz com que a despesa, somente para a investigação intrahospitalar dos pacientes com dor torácica, seja calculada entre 6 e 8 bilhões de dólares, por ano, nos Estados Unidos (3, 4).

Unidades de Dor Torácica são estruturas montadas dentro das Salas de Emergência, visando dar prioridade, rapidez e qualidade no atendimento do paciente com dor no peito, mas são antes de mais nada uma estratégia

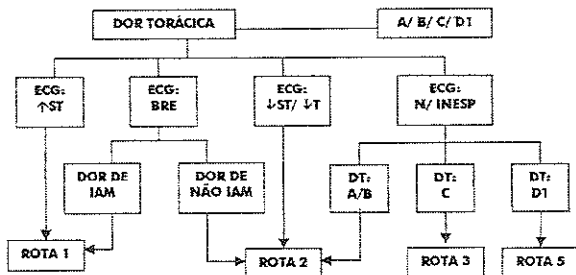
de trabalho, onde se destacam a acurácia do diagnóstico da causa da dor, a rapidez com que este diagnóstico e o tratamento são feitos e a redução dos custos. Neste modelo o médico exerce o papel principal como responsável pela eficiência e sucesso da estratégia de trabalho. A utilização de uma estratégia diagnóstica sistematizada tem também uma função importante nas Unidades de Dor Torácica, uma vez que oferece uma metodologia de investigação bastante objetiva e sem excesso de gastos. Por fim, uma infra-estrutura apropriada e ágil e os equipamentos necessários completam o sistema e não são obrigatoriamente dispendiosos ou fora do habitual das Salas de Emergência convencionais.

O Hospital Pró-Cardíaco criou a primeira Unidade de Dor Torácica do Brasil, em funcionamento desde Novembro de 1996, na qual utiliza um fluxograma de atendimento - constituído por Rotas - que separa os

pacientes em subgrupos de risco, de acordo com o tipo de dor e o ECG inicial (7) (Figura).

FIGURA 1

Fluxograma de atendimento de pacientes com dor torácica



(BRE = bloqueio de ramo esquerdo; CKMB = creatinofosforase - MB; DT = dor torácica; ECG = eletrocardiograma; ECO = ecocardiograma; ERGO = teste ergométrico; IAM = infarto agudo do miocárdio; N/ INESP normal / inespecífico; refrat/recorr = refratária / recorrente; SE = sala de emergência; UC unidade coronariana).

Rota 1 > UC

Rota 2 > Na S.E.: + → UC
3 CKMB + 2 ECG + 1 ECO
+ Dor refrat / recorr - → ERGO TARDIA

Rota 3 > Na S.E.: + → UC
2 CKM13 + 1 ECG + 1 ECO
+ Dor refrat / recorr - → ERGO IMEDIATA

Rota 5 > Alta (+ ERGO)

Com mais de 1500 pacientes atendidos, as seguintes conclusões puderam ser firmadas:

- 1) Um modelo sistematizado de atendimento, utilizando um fluxograma ou algoritmo, é crucial para a adequada seleção dos pacientes com dor torácica em subgrupos de maior e menor probabilidade de doença;
- 2) A avaliação do tipo da dor torácica é um dado extremamente importante para se estabelecer o diagnóstico.
- 3) O eletrocardiograma é um exame pouco sensível para o diagnóstico do infarto agudo do miocárdio (≈ 50%) e por isso um eletrocardiograma normal nunca afasta este diagnóstico;
- 4) A dosagem seriada das enzimas para afastar o diagnóstico de infarto agudo do miocárdio só precisa ser realizada em determinados subgrupos de pacientes e não em todos;
- 5) Uma vez afastado o diagnóstico de infarto agudo do miocárdio ou de angina instável de alto risco, o paciente pode ser submetido a uma prova de esforço 6 a 48 h após a chegada ao hospital, permitindo uma alta hospitalar precoce e com segurança;
- 6) Pacientes que são submetidos à investigação sistematizada da causa da sua dor torácica saem do hospital com um diagnóstico estabelecido (ou, pelo menos, afastado), evitando os problemas decorrentes da não determinação da causa da mesma (melhoria da qualidade assistencial);

Em decorrência dos conhecimentos adquiridos nos últimos anos com os diversos estudos publicados, pode-se dizer que a criação de Unidades de Dor Torácica se constitui em um dos grandes avanços da

prática médica emergencial das últimas décadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Graff LG, Dellara J, Ross MA, et al - Impact on the care of the emergency department chest pain patient from the chest pain evaluation registry (CHEPER) study. *Am J Cardiol* 1997; 80: 563-568.
2. Goldman L, Cook EF, Brand DA, et al - A computer protocol to predict myocardial infarction in emergency department patients with chest pain. *N Engl J Med* 1988; 318:797-803.
3. Gaspoz JM, Lee TH, Weinstein MC, et al - Cost-effectiveness of new short-stay unit to "rule out" acute myocardial infarction in low risk patients. *J Am Coll Cardiol* 1994; 24: 1249-1259.
4. Gibler WB, Runyon JP, Levy RC, et al - A rapid diagnostic and treatment center for patients with chest pain in the emergency department. *Ann Emerg Med* 1995; 25: 1-8.
5. Gamarski R, Bassan R, Volschan A, et al - Accuracy of plasma myoglobin determination for the diagnosis of acute myocardial infarction in patients with chest pain in the emergency room. *J Am Coll Cardiol* 1998; 31 (Supl C): 405-C.
6. Lee TH, Ronan 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.
7. Araujo M, Bassan R, Pimenta L, et al - Projeto Dor Torácica: uma proposta de avaliação de pacientes com dor torácica na sala de emergência. *Arq Bras Cardiol* 1997; 69 (Supl I): 177.
8. Pozzen MW, D'Agostino RB, Selker HP, Sytkowski PA, Hood Jr WBH - A predictive instrument to improve coronary care unit admission practices in acute ischemic heart disease. *N Engl J Med* 1984; 310: 1273-1278
9. Lee TH, Juarez G, Cook EF, et al - Ruling out acute myocardial infarction. A prospective multicenter validation of a 12-hour strategy for patients at low risk. *N Engl J Med* 1991; 324: 1239-1246
10. Tatum JL, Jesse RL, Kontos MC, et al - Comprehensive strategy for the evaluation and triage of the chest pain patient. *Ann Emerg Med* 1997; 29: 116-125.
11. Hoekstra JW, Gibler WB, Levy RC, et al - Emergency department diagnosis of acute myocardial infarction and ischemia: a cost analysis of two diagnostic protocols. *Acad Emerg Med* 1994; 1: 103-110.
12. Roberts RR, Zalenski RJ, Mensah EK, et al - Costs of an emergency department - based accelerated diagnostic protocol vs hospitalization in patients with chest pain. A randomized controlled trial. *JAMA* 1997; 278: 1670-1676
13. McCarthy BD, Beshansky JR, D'Agostino RB, Selker HP - Missed diagnosis of acute myocardial infarction in the emergency department: results of a multicenter study. *Ann Emerg Med* 1993; 22: 579-582.