

A Importância da Avaliação da Dor Torácica na Insuficiência Coronariana Aguda em Unidade de Dor Torácica.

DRAS. CRISTINA M. CLARE *, MÔNICA ARAÚJO**

* Mestranda em Cardiologia pela UERJ
Médica da Unidade de Emergência do Hospital Pró-Cardíaco

** Mestranda em Cardiologia pela UFF
Médica da Unidade de Emergência do Hospital Pró-Cardíaco

A insuficiência coronariana aguda (ICA) é uma das principais causas de mortalidade nos EUA e no Brasil. A dor torácica é o seu principal sintoma, além de ser uma das queixas mais frequentes de pacientes atendidos em Salas de Emergência (1). A avaliação criteriosa dos pacientes com dor torácica visa a confirmação diagnóstica de ICA e sua terapêutica imediata ou o afastamento de ICA com segurança, já que cerca de 2 a 5% dos pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) eram inadvertidamente liberados, nos EUA (2).

Em 1981, o Dr. Raymond Bahr idealizou e criou a primeira Unidade de Dor Torácica (UDT), em Baltimore, com o objetivo de identificar pacientes com IAM e rapidamente iniciar a terapêutica apropriada. Este conceito foi se aperfeiçoando e ao longo dos últimos 5 anos o número de UDT aumentou exponencialmente, chegando a quase 1000 unidades nos EUA. Além de

identificar precocemente pacientes com ICA, as UDT apresentam condições de liberar com segurança, para a residência, pacientes com dor torácica de baixo risco para eventos coronarianos graves. Paralelamente realizam um interessante trabalho de educação à comunidade para reconhecimento precoce dos sinais e sintomas de um possível ataque cardíaco e imediato atendimento médico (3).

O Hospital Pró-Cardíaco, seguindo a tendência mundial, inaugurou sua Unidade de Dor Torácica, permitindo que pacientes com dor torácica recebessem um atendimento sistematizado, de forma rápida, homogênea e custo eficaz.

Em 1996 foi implantado um Protocolo de Avaliação Diagnóstica e Prognóstica em pacientes admitidos à Sala de Emergência com Síndrome de Dor Torácica - Projeto Dor Torácica (4). Entre os vários objetivos deste

TABELA 1
CARACTERÍSTICAS DA DOR TORÁCICA

Qualidade	Localização	Irradiação	Desencadeada por	Aliviada por	Sintomas Associados	Formas Clínicas
Constritiva	Precordial	MSE	Esforço Físico Habitual	Repouso	Sudorese	Evolução Intensiva
Aperto	Retroesternal	Mandíbula	Exercício Físico	Nitrato Sublingual	Náusea Vômitos	Recente começo
Peso	Dorsal	Epigástrico	Estresse Emocional	Alimentação	Palidez Cutânea	Progressiva
Progressiva	Epigástrica	MSD	Alimentação	Pescoço	Dispnéia	Refratária Medicamentos
Pontada	Outros	Pescoço	Espontânea	Antiácido	Palpitação	-
Desconforto	-	Dorso	Atividade Sexual	Outros	Tonteira	-
Queimação	-	Outros	Espontânea	-	Síncope	-
Outros	-	-	Outros	-	Lipotímia	-

protocolo, uma importância maior foi destinada à avaliação das características da dor torácica e sua acurácia diagnóstica e prognóstica em relação à insuficiência arterial coronariana aguda, já que a dor torácica é um sintoma comum a várias patologias e algumas das quais podem ter resolução catastrófica com o uso inadvertido de trombolíticos, como a dissecação aguda da aorta.

A dor torácica é um marcador subjetivo, logo a avaliação de suas características é fundamental para a distinção entre pacientes com ICA e não-ICA, levando em consideração variáveis como: qualidade, localização, intensidade, duração, irradiação, fatores desencadeantes e aliviadores, presença de outros sintomas associados e sua forma de apresentação e evolução (Tabela 1).

De acordo com estas características, os pacientes são incluídos em uma classificação de grupos, já usada com sucesso previamente no Estudo CASS (Coronary Artery Surgery Study), em 1981 (Tabela 2) (5). De acordo com o protocolo, os pacientes eram agrupados em 4 grupos: **A** - Dor torácica definitivamente anginosa; **B** - Dor torácica provavelmente anginosa; **C** - Dor torácica provavelmente não anginosa; **D** - Dor torácica definitivamente não anginosa (sem e com alta suspeição para outro diagnóstico) (Tabela 3) (4).

Poucos estudos têm avaliado a precisão de achados de exame físico na abordagem de pacientes com suspeita de ICA. Gadsboll e col. avaliaram a concordância inter-observador entre 3 médicos na abordagem de sinais e sintomas de falência cardíaca, entre 102 pacientes com IAM, e demonstraram uma

TABELA 2
CLASSIFICAÇÃO DA DOR TORACICA
ESTUDO CASS

Definitivamente Anginosa

desconforto retroesternal precipitado pelo esforço, com irradiação típica para o ombro, mandíbula ou face interna do braço, aliviado pelo repouso ou nitrato, em menos de 10 minutos.

Provavelmente Anginosa

tem a maioria das características de dor definitivamente anginosa, podendo ser inteiramente típica sob alguns aspectos.

Provavelmente Não Anginosa

definida como um padrão atípico de dor torácica, que não se adapta à descrição da dor definitivamente anginosa.

Definitivamente Não Anginosa

dor não relacionada ao esforço com aspectos evidentes de origem não cardíaca, não aliviada por nitratos.

TABELA 3
CLASSIFICAÇÃO DA DOR TORÁCICA
PROJETO DOR TORÁCICA

- A - Definitivamente Anginosa** Pacientes que apresentam dor torácica, cujas características dão a certeza do diagnóstico de ICA, independente do resultado de exames complementares.
- B - Provavelmente Não Anginosa** Pacientes que apresentam dor torácica, cujas características fazem da ICA a principal hipótese diagnóstica, necessitando de exames complementares para confirmação diagnóstica.
- C - Provavelmente Não Anginosa** Pacientes que apresentam dor torácica, cujas características não fazem da ICA a principal hipótese diagnóstica, necessitando de exames complementares para exclusão diagnóstica.
- D - Definitivamente Não Anginosa** Pacientes que apresentam dor torácica, cujas características não incluem a ICA como diagnóstico diferencial.

TABELA 4
ACHADOS CLÍNICOS E CORRELAÇÃO COM
PROBABILIDADE DE IAM EM PACIENTES COM
DOR TORÁCICA

Achados Clínicos	Probabilidade (95% do Intervalo de Confiança)
Dor Torácica ou em MSE (12)	2,7*
Irradiação da Dor Torácica	
Ombro Direito (13)	2,9 (1,4 - 6,0)
MSE (10)	2,3 (1,7 - 3,1)
MSE e MSD (10)	7,1 (3,6 - 14,2)
Dor Torácica Pleurítica (13)	0,2 (0,2 - 0,3)
Dor Torácica como	
Sintoma mais Importante (12)	2,0*
Hipotensão (14)	3,1 (1,8 - 5,2)
B3 (13)	3,2 (1,6 - 6,5)

* Estudos não avaliados para cálculo de intervalo de confiança

TABELA 5
TIPO DE DOR TORÁCICA x DIAGNÓSTICO FINAL

	Dor Torácica A/B N = 247	Dor Torácica C/D N = 268
ICA		
N = 192	179 (72.4%)	13 (4.8%)
Não ICA		
N = 363	68 (27.5%)	255 (95.1%)

alta concordância em relação ao sintoma dispnéia, porém baixa em relação a outros sinais, como achados de ausculta pulmonar, por exemplo (6).

Vários estudos vêm sendo utilizados para determinação de acurácia diagnóstica de história clínica, exame físico e ECG em pacientes admitidos em Salas de Emergência com dor torácica e diagnóstico final de IAM. No entanto a maioria obteve como método ouro, para o diagnóstico de IAM, a curva enzimática e os achados eletrocardiográficos (7,8,9).

Embora os achados clínicos sejam extremamente insensíveis no diagnóstico de IAM, são razoavelmente específicos e a presença dos mesmos é mais comum em pacientes com IAM.

Segundo Berger e col., a característica irradiação da dor torácica aumenta a probabilidade de presença de IAM e, por exemplo, quando irradiada para MSE, é duas vezes mais comum em pacientes com do que sem IAM (10). Outras relações vêm sendo analisadas, como a presença de dor torácica e outros sinais e sintomas (11).

No Projeto Dor Torácica, que avaliou 515 pacientes consecutivos e não selecionados, de forma sistematizada, no período de novembro de 1996 a julho de 1997 (8 meses), onde 63% eram homens com idade média de 59,2 +/- 15,8, observou-se que a incidência de insuficiência coronariana aguda neste grupo foi de 37.2% , sendo 14.7% para IAM e 22.5% para angina instável (AI). Quando correlacionou-se o tipo de dor torácica e o diagnóstico final, evidenciou-se uma maior correlação entre dor tipo A e B com o diagnóstico de insuficiência coronariana (Tabela 5).

Ao correlacionar-se a dor torácica com o eletrocardiograma, este mostrou-se fundamental, pois a presença de ECGs positivos permite a inclusão de pacientes com padrão de dor C para a investigação de ICA (4) .

Os pacientes com supradesnível do segmento ST são abordados como IAM (15), sendo que nesta casuística 10.9% dos pacientes apresentavam supra de ST, sendo 78.5% com diagnóstico de IAM e 14.2% de AI.

Os pacientes que apresentavam supradesnível do ST sem a confirmação de ICA tinham ECG com padrão de repolarização precoce (Gráfico 1) (4).

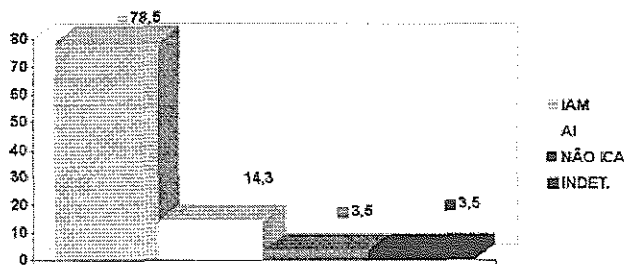


GRÁFICO 1
PRIMEIRO ECG COM SUPRADESNÍVEL DE ST

Nos casos de pacientes que apresentavam bloqueio do ramo esquerdo (BRE), o tipo de dor torácica auxiliou quanto à proposta de terapêutica inicial que, nos casos de dor A/B acompanhada de sintomas associados, recebiam uma abordagem para IAM, e na ausência dos sintomas associados, a abordagem era para AI. A incidência de BRE nesta população foi de 2,9%, sendo 53% com diagnóstico de ICA (Gráfico 2) (4).

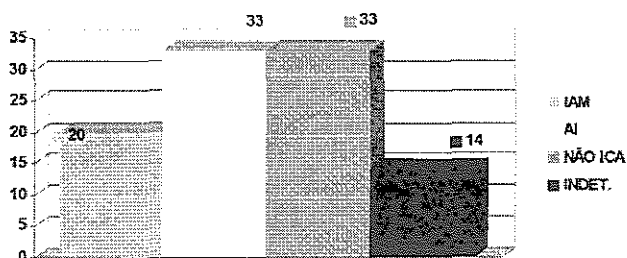


GRÁFICO 2
PRIMEIRO ECG COM BRE

Ao se correlacionar o tipo de dor torácica, a curva enzimática e o diagnóstico final pode-se observar uma melhor sensibilidade da variável dor. A presença da primeira dosagem de CK-MB positiva só se correlaciona com ICA em 21% dos pacientes, ou seja, uma CK-MB negativa não afasta o diagnóstico de IAM, mesmo quando associada ao ECG negativo, onde 31,8% dos pacientes tinham ICA (4).

A avaliação clínica pré-teste do tipo de dor torácica mostrou que a presença de dor torácica tipo A/B é fortemente indicativa de IAM ou AI, enquanto a presença de dor torácica C/D é de não-ICA (4).

A acurácia diagnóstica do tipo de dor torácica não aumenta pela adição do resultado do ECG, porém um ECG positivo reforça o diagnóstico de ICA se a dor torácica for A/B, enquanto um ECG negativo reforça o diagnóstico de não-ICA apenas quando a dor for C/D (4).

CONCLUSÃO

Através da combinação de achados de história clínica, exame físico e ECG têm se desenvolvido protocolos de decisão baseados em probabilidade, com o objetivo de subdividir os indivíduos em grupos de risco para IAM (16,17). Estes métodos têm sido desenvolvidos para ajudar o clínico na abordagem de possíveis eventos isquêmicos, no entanto nem todos os estudos demonstraram uma melhoria na abordagem desses pacientes, em Salas de Emergência (18).

No Projeto Dor Torácica, a dor torácica de forma isolada se mostrou mais acurada que qualquer outra variável. Portanto a valorização de dados de história clínica e do ECG são instrumentos importantes para a avaliação dos pacientes admitidos com dor torácica nas Salas de Emergência.

BIBLIOGRAFIA

- Gibler B, et al - Chest Pain Evaluation Units - An idea whose time has come. JAMA 1997; 278: 1701 - 1702.
- Robert S R R, 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.
- Bahr RD, et al - Growth in chest pain emergency departments throughout the United States: a cardiologist's spin on solving the heart attack problem. Coronary Artery Disease 1995; 6: 827 - 830.
- Bassan R e col - Protocolo de Avaliação Diagnóstica e Prognóstica em Pacientes Admitidos na Sala de Emergência com Síndrome de Dor Torácica.
- CASS Investigators. Baseline report: coronary artery surgery study. Circulation 1981; 63: (suppl) - 1 - 81.
- Gadsboll N, et al - Symptoms and signs of heart failure in patients with myocardial infarction: reproducibility and relationship to chest x-ray, radionuclide ventriculography and right heart catheterization. Eur Heart J. 1989; 10: 1017 - 1028.
- Yusuf S et al - The entry EDG in the early diagnosis and prognostic stratification of patients with suspected acute myocardial infarction. Eur Heart J. 1984; 5: 690 - 696.
- Rude RE, et al - Electrocardiographic and clinical criteria for recognition of acute myocardial infarction based on analysis of 3 697 patients. Am J Cardiol. 1983; 52: 936 - 942.
- Rouan GW, et al - Clinical characteristics and outcome of acute myocardial infarction in patients with initially normal or nonspecific electrocardiograms. Am J Cardiol 1989; 64: 1087 - 1092.

10. Berger JP et al - Right arm involvement and pain extension can help to differentiate coronary diseases from chest pain of other origin: a prospective emergency ward study of 278 consecutive patients admitted for chest pain. *J Intern Med.* 1990; 227: 165 - 172.
11. Panju AA et al - Is this patient having a myocardial infarction? *JAMA* 1998; 280:1256 - 1263.
12. Pozen MW et al - A predictive instrument to improve coronary care unit admission practices in acute ischemic heart disease. *N Engl J Med.* 1984; 310: 1273 - 1278.
13. Tierney WM et al - Physicians' estimates of the probability of myocardial infarction in emergency room patients with chest apin. *Med Decis Making.* 1986; 6: 12 - 17.
14. Weaver WD, et al - Myocardial Infarction Triage and Intervention Project, phase I: patient characteristics and feasibility of pre-hospital initiation of thrombolytic therapy. *J Am Coll Cardiol.* 1990; 15: 925 - 931.
15. Bjornr W, et al - Early Prediction of Acute Myocardial Infarction from Clinical History, Examination and Electrocardiogram in the Emergency Room . *Am Journal Cardiology* 1991; 68: 171 - 175
16. Tierney WM, et al - Predictors of myocardial infarction in emergency room patients. *Crit Care Med.* 1985; 13: 526 - 531.
17. Goldman L, et al - A computer - derived protocol to aid in the diagnosis of emergency room patients with acute chest pain. *N Engl Med.* 1982; 307: 588 - 596.
18. Pearson S , et al - Physician response to a prediction rule for triage of emergency department patients with chest pain. *J Gen Intern Med.* 1994; 9: 241 - 247.