

Abordagem da dor Torácica na sala de Emergência

Horta JGA¹; Carvalho, PJ¹; Cruz, RC¹; Francisco, ARG¹; Guerra, PGA¹; Marques, VAF¹; Moraes, IS¹; Sales, SR¹; Serufo², JC

RESUMO

Dor torácica é uma queixa comum na sala de emergência. Algumas causas de dor torácica podem levar à morte, mas é passível de intervenção, o que justifica a necessidade de identificação rápida da causa e o seu tratamento. A Síndrome Coronariana Aguda (SCA) é uma importante causa de dor torácica e de mortalidade, e seu diagnóstico diferencial deve ser rapidamente estabelecido. Este artigo apresentará fluxogramas que ajudarão na rápida avaliação e conduta frente a um paciente queixando-se de dor torácica como manifestação de SCA.

Palavras-chave: Dor torácica. Síndrome Coronariana Aguda. Diagnóstico. Conduta.

INTRODUÇÕES

A dor torácica é uma das principais queixas observadas em salas de emergência.

Em sua abordagem inicial (Figura 1), é preciso atentar-se para a perviedade das vias aéreas, a presença de ventilação e de pulso, além da identificação de condições que acarretam risco iminente de morte.

As principais causas que ameaçam a vida são agrupadas, principalmente, em: dissecção aórtica, embolismo pulmonar, pneumotórax, pneumomediastino, pericardite, ruptura esofágica e Infarto Agudo do Miocárdio (IAM).^{1,2} O diagnóstico diferencial pode ser mais amplo e incluir patologias, aparentemente, benignas, que, em certas circunstâncias, também podem colocar a vida em risco, tais como: transtorno mental, refluxo e espasmo gastroesofágico, hérnia diafragmática, úlcera péptica e costochondrite.³

O diagnóstico da dor torácica baseia-se no discernimento sobre as suas características semiológicas, a realização de exame físico adequado e o apoio que os métodos complementares permitem, para que possam ser diferenciadas rapidamente as suas principais causas. O IAM e a angina instável, que compõem a Síndrome Coronariana Aguda (SCA), são responsáveis pela maior parte dos relatos de dor torácica⁴. O exame físico pode suspeitar de doenças não-coronarianas, causadoras de dor torácica, como as que ocorrem com: o prolapso da válvula mitral, a pericardite, a embolia pulmonar.^{5,6}

O objetivo deste trabalho é apresentar a conduta da abordagem de paciente com dor torácica, internado em Sala de Emergência como manifestação de SCA, sob a forma de fluxograma (Figura 2), com intuito de facilitar e agilizar a sua abordagem.

Endereço para correspondência:
renatacampos05@yahoo.com.br

AVALIAÇÃO CLÍNICA E DIAGNÓSTICO

O paciente com dor torácica deve ser submetido à anamnese dirigida, ao exame físico, à realização de eletrocardiograma (ECG) e de radiografia de tórax e ser medicado com ácido acetilsalicílico (300mg).²

A dor torácica, na SCA, é descrita como desconforto, queimação ou sensação de opressão na região precordial ou retroesternal, que se irradia para o ombro e/ou braço esquerdo, braço direito, pescoço e mandíbula. Em geral, ela é acompanhada de diaforese, náuseas, vômitos, ou dispnéia. Pode durar, em média, alguns minutos e ceder – como na angina instável – ou se prolongar por mais de 30 minutos, como em casos de IAM. É preciso enfatizar que, o IAM pode se expressar sem dor, com queixas atípicas, como mal-estar, dispepsia, fraqueza ou, apenas, sudorese.^{5,6}

A SCA é subdividida em dois grupos: sem elevação de segmento ST (SCAsSST) e com elevação do segmento ST (SCAcSST). O ECG permite a discriminação desses dois grupos, caso a dor seja sugestiva de isquemia miocárdica. Devem ser também solicitadas dosagem sérica de marcadores de necrose miocárdica, como CK-MB e troponina. A análise em conjunto dos dois grupos possibilita estratificar o risco de eventos combinados na SCA.²

TRATAMENTO

O tratamento inicial da SCAsSST requer: 1. repouso; 2. administração de benzodiazepínicos (eg. Diazepam: 5 mg, IM ou IV, de 8/8 horas); 3. nitrato (eg. dinitrato de isossorbida, sublingual, 5mg, até 3 vezes seguidas); 4. oxigenoterapia: para manter a saturação de oxigênio maior que 90%; 5. betabloqueador (eg. esmolol, IV contínuo, 50-300 mcg/kg/min, na presença de dor; ou propranolol, VO, 20-80mg, 8/8 horas se assintomático ou de risco intermediário); 6. ácido acetilsalicílico, 75-160 mg/dia, VO; 7. clopidogrel, administrar em dose de ataque de 300 mg, VO, e manutenção subsequente com 75 mg/dia, VO; 8. inibidores de glicoproteína IIb/IIIa, em caso do paciente ser submetido à cineangiogramia precoce; 9. heparina não fracionada (60 U/kg/hora em bolus, dose máxima 5.000

U, seguida de 12 U/kg/hora, em dose máxima de 18 U/kg/hora), titulada para alcançar o tempo de tromboplastina ativada entre 1,5 e 2,5; heparina de baixo peso molecular (enoxaparina 1mg/kg, via subcutânea, de 12/12 horas). A heparinização deve ser mantida entre dois e cinco dias ou até a realização de algum procedimento intervencionista; 10. inibidores de enzima conversora de angiotensina, estatinas e mudança dos hábitos de vida, como tratamento adjuvante, deverá ser individualizado, considerando as co-morbidades do paciente.²

A presença de supradesnívelamento de segmento ST ou bloqueio de ramo esquerdo novo (SCAcSST), no ECG de pacientes com até 12 horas de evolução do quadro clínico, requer a realização de terapia de recanalização, desde que não haja contra-indicação. Baseia-se em repouso, oxigênio nasal por até três horas e enquanto a saturação de oxigênio for inferior a 90%, acesso venoso, analgesia com morfina (2 a 4 mg diluídos a cada cinco minutos, até a dose máxima de 25 mg), ácido acetilsalicílico (200mg) de imediato e diário, durante a internação e clopidogrel. A administração de nitrato sublingual deve ser feita de imediato e nos casos em que houver a manutenção da elevação do segmento ST, quando o paciente deve ser submetido à terapia apropriada de recanalização. A administração de betabloqueador, VO, deve ser feita nos pacientes não-recanalizados e nos recanalizados com taquicardia sinusal, hipertensão arterial sistêmica ou isquemia persistente. A heparina não-fracionada deve ser administrada nos pacientes submetidos à terapia de recanalização e a enoxaparina como adjuvante a fibrinolíticos.²

CONCLUSÃO

A dor torácica aguda possui etiologia variada, desde psicogénica até cardiopatia grave, como a dissecção da aorta, o que torna a sua abordagem organizada e precisa para discernir adequadamente e excluir as causas mais frequentes e potencialmente fatais, sem se esquecer das menos frequentes, não menos importantes ou de fácil resolução. O diagnóstico requer a abordagem clínica adequada. A orientação propedêutica complementar orientará a sua correta abordagem, especificamente da SCA.

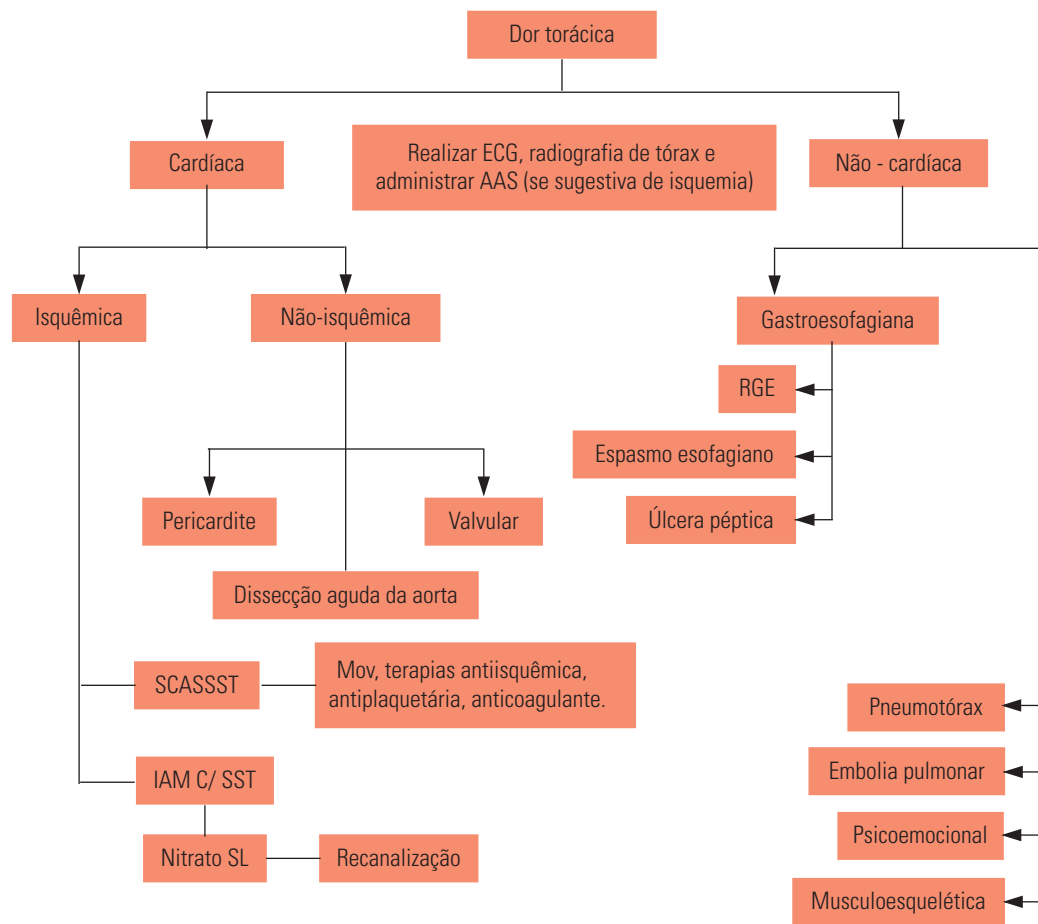
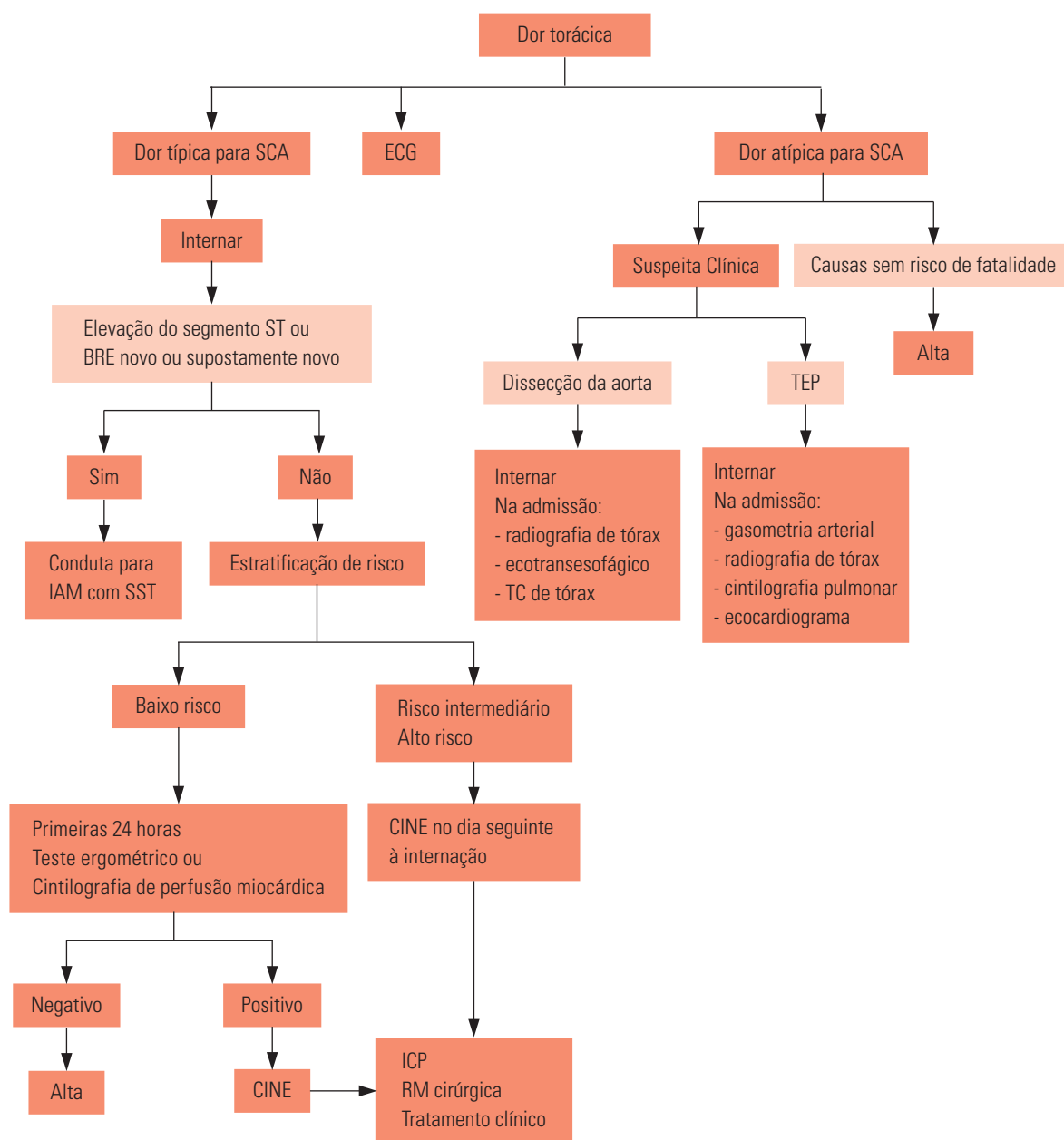


Figura 1 - Abordagem inicial da dor torácica⁴



SCA - síndrome coronariana aguda; BRE - bloqueio de ramo esquerdo; IAM - infarto agudo do miocárdio; SST - supradesnível do segmento ST; TEP - tromboembolismo pulmonar; ECG - eletrocardiograma; CINE - cinecoronariografia; ICP - intervenção coronariana percutânea; RM - revascularização miocárdica; TC - tomografia computadorizada

Figura 2 - Fluxograma de abordagem da SCA.

Fonte: Arq Bras Cardiol 2006; 87 : 597-602

REFERÊNCIAS

1. Butler KH, Swenck SA. Chest pain: a clinical assessment. *Radiol Clin North Am.* 2006; 44(2):165-79.
 2. Martins HS, Awada SB, Damasceno MCT. Pronto-socorro: condutas do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Barueri(SP): Manole; 2007.
 3. Ringstrom E, Freedman J. Approach to Undifferentiated Chest Pain in the Emergency Department: A Review of Recent Medical Literature and Published Practice Guidelines. *Mt Sinai J Med.* 2006; 7(2):499-505.
 4. Bassan R, Pimenta L, Timerman A. Sociedade Brasileira de Cardiologia I Diretriz de Dor torácica na sala de emergência. *Arq Bras Cardiol.* 2004; 79(supl II):1-22.
 5. Lee TH, Juarez G, Cook EF, Weisberg MC, Rouan GW, Brand DA, 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 May 2; 324(18): 1239-46.
 6. Selker HF, Griffith JL, D'Agostino RB. A tool for judging coronary care admission appropriateness, valid for real-time and retrospective use. *Med Care.* 1991 Jul; 29(7):610-27.
-