



PROTO COLO CLÍNICO

AVALIAÇÃO DE PACIENTES COM DOR TORÁCICA

Vinício Elia Soares
Coordenador Executivo
da Rede de Cardiologia

Versão 2017

Objetivos

- Sistematização, de maneira objetiva, de condutas em pacientes com dor torácica (ou desconforto torácico) nos serviços de emergência da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (UPA, CER, Emergências Hospitalares).

Protocolos outros relacionados ao atual

- Abordagem inicial de pacientes com síndromes coronárias isquêmicas agudas.
- Síndromes coronárias isquêmicas agudas sem supra de ST.
- Síndromes coronárias isquêmicas agudas com supra de ST.

Considerações iniciais

- Dor torácica (ou desconforto torácico) motiva um grande número de atendimentos em serviços de emergência.
- Tanto condições de baixo risco quanto condições ameaçadoras da vida podem se manifestar com dor torácica (tabela 1).
- O não reconhecimento, com consequente liberação indevida dos serviços de emergência, de pacientes de alto risco (SCIA, dissecção aórtica, embolia pulmonar, pericardite, ...) pode ter consequências catastróficas.

Ações de natureza prática

- Condições de alto risco, com ameaça à vida devem ser imediatamente identificadas. A hipótese diagnóstica inicial dessas condições é baseada principalmente na avaliação clínica com apoio de alguns métodos complementares (tabelas 2 e 3).
- Fatores de risco para doença aterosclerótica e eventos coronarianos prévios aumentam a possibilidade de etiologia isquêmica (tabela 3).
- Persistindo a dúvida sobre a possibilidade de etiologia isquêmica da dor torácica o paciente deverá permanecer em observação na unidade de saúde. Repetição de traçados eletrocardiográficos e determinações seriadas de marcadores de necrose devem ser realizadas. Eventualmente outros recursos diagnósticos, de acordo com julgamento clínico, podem ser considerados (figura 1).

- Caso o paciente permaneça estável e o diagnóstico não tenha sido estabelecido, ao cabo do período de observação, um teste provocativo de isquemia (ergometria, eco de estresse, ...), idealmente, deve ser realizado. A liberação do paciente do serviço de emergência pode acontecer com segurança caso o teste provocativo não evidencie isquemia (figura 1).
- Se as circunstâncias logísticas não permitirem realização do teste provocativo, o paciente deverá ser liberado com orientação para reavaliação clínica / cardiológica em breve período de tempo (idealmente no máximo em 48 horas).

Referências

- I Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia (Manejo Inicial da Síndrome Coronária Aguda).
Arq. Bras. Cardiol. 2013, Volume 101, Nº 2, Supl. 3, Agosto 2013.
http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2013/Diretriz_Emergencia.asp
- Braunwd's Heart Disease: A Text Book of Cardiovascular Medicine. Tenth Edition (Approach to the Patient with Chest Pain).
- Sociedade Brasileira de Cardiologia: I Diretriz de Dor Torácica na Sala de Emergência.
Arq. Bras. Cardiol. 2002, Volume 79, Supl. II, Agosto 2013.
<http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2002/7903/Toracica.pdf>

Figura 1 – Sequências na apresentação com dor torácica (ou desconforto torácico)

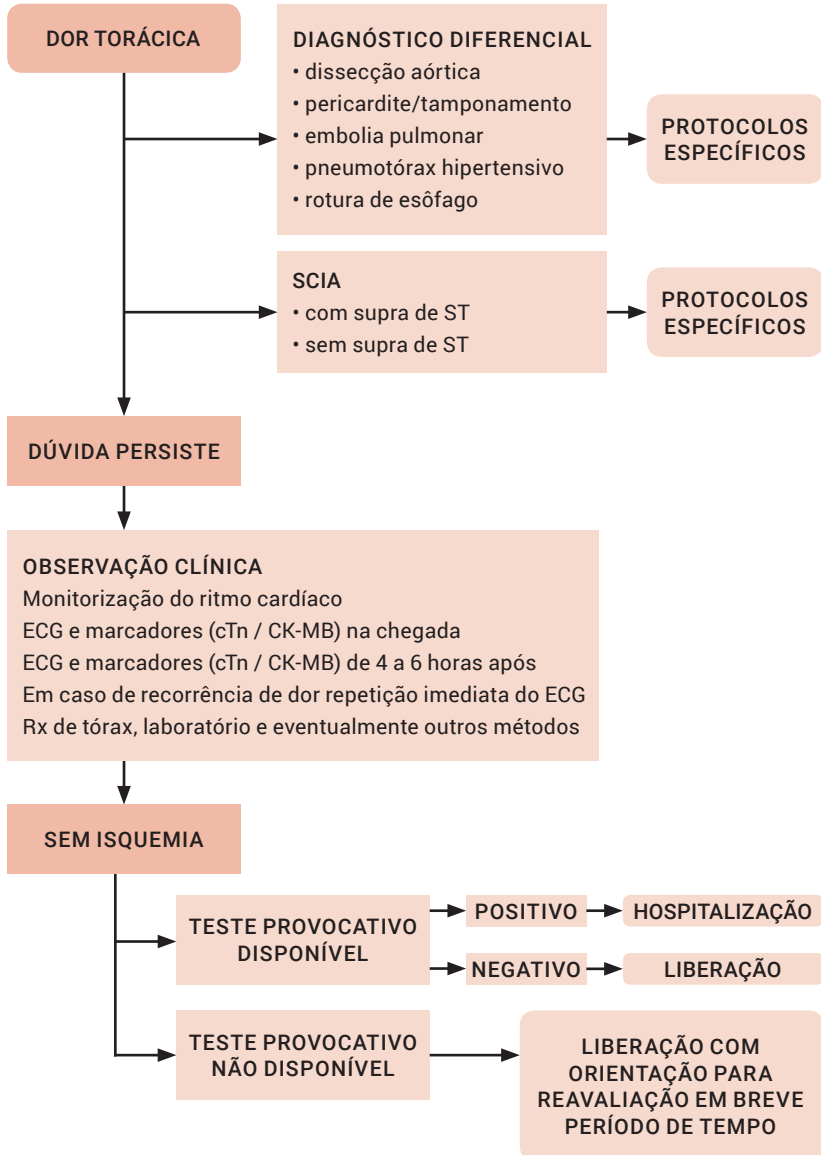


Tabela 01 – Diagnóstico diferencial da dor torácica considerando origem e aspecto emergencial

ORIGEM DA DOR	CONDIÇÕES CRÍTICAS	EMERGÊNCIAS	NÃO EMERGÊNCIAS
CARDIOVASCULAR	SCIA com supra de ST Dissecção aórtica Tamponamento cardíaco	SCIA sem supra de ST Pericardite Miocardite	Doença cardíaca valvular Cardiomiopatia hipertrófica
PULMONAR	Embolia pulmonar Pneumotórax hipertensivo	Pneumotórax Mediastinite	Pneumonia Derrame pleural Tumores torácicos Pneumomediastino
GASTRINTESTINAL	Rotura de esôfago	Pancreatite Colecistite Síndrome de Mallory-Weiss	Espasmo de esôfago Doença de refluxo Úlcera péptica Cólica biliar
MUSCULOESQUELÉTICA			Contratura muscular Fratura de costela Artrite Costocondrite
NEUROLÓGICA			Compressão de raiz espinal Herpes zoster Neuralgias
OUTRAS			Distúrbios psicológicos

Tabela 02 – Diagnóstico diferencial da dor torácica considerando manifestações clínicas e métodos complementares

PATOLOGIA	HISTÓRIA	EXAME FÍSICO	MÉTODOS COMPLEMENTARES	COMENTÁRIOS
IAM COM SUPRA DE ST	<p>Desconforto ou dor torácica tipo opressiva, constrictiva, em queimação ou como "facada"</p> <p>Intensidade moderada / intensa</p> <p>Localização retroesternal / torácica não restrita</p> <p>Em repouso (frequentemente) ou desencadeada por emoções ou esforços físicos</p> <p>Início agudo, acentuação rápida e progressiva</p> <p>Irradiação para MMSS (E>D), dorso, pescoço, mandíbula, dorso, abdome (epigastro)</p> <p>Duração prolongada (mais que 15 / 30 min)</p> <p>Habitualmente sem alívio com nitratos ou repouso</p> <p>Muitas vezes acompanhada de sudorese, tonteira, náusea, vômito, dispnéia, fadiga</p> <p>Comum identificação de fatores de risco de doença cardiovascular ou eventos cardiovasculares prévios</p>	<p>Aparência de doença grave</p> <p>Agitação, ansiedade</p> <p>Hipotensão, hipertensão</p> <p>Taquicardia, bradicardia</p> <p>Sudorese</p> <p>Má perfusão periférica</p> <p>B4 (disfunção diastólica), B3 (disfunção istólica), ss apical, hipofonese de bulhas</p> <p>Estertores pulmonares (Killip > I)</p> <p>Turgência jugular</p>	<p>ECG com supra de ST sustentado ou bloqueio de ramo</p> <p>Habitualmente desenvolvido subsequente de onda Q de necrose no ECG</p> <p>Arritmias (ES, TV, ...)</p> <p>Elevação típica de marcadores de necrose (curva com elevação e queda)</p>	<p>Apresentações atípicas podem ocorrer em mulheres, idosos, diabéticos</p> <p>Dispnéia, síncope, eventos neurológicos, sintomas digestivos podem ser eventualmente mais exuberantes que o desconforto torácico</p>
IAM SEM SUPRA DE ST	<p>Mesmas características do IAM com supra de ST</p>	<p>Mesmas manifestações objetivas do IAM com supra de ST</p>	<p>ECG com supra de ST transitório ou infra de ST (mais comum)</p> <p>Inversão de onda T</p> <p>Arritmias (ES, TV, ...)</p>	<p>Mesmas considerações do IAM com supra de ST</p>

PATOLOGIA	HISTÓRIA	EXAME FÍSICO	MÉTODOS COMPLEMENTARES	COMENTÁRIOS
			<p>Habitualmente sem desenvolvimento subsequente de onda Q de necrose</p> <p>Elevação de marcadores de necrose (curva com elevação e queda)</p> <p>Elevação de troponina sem elevação de CK-MB caracteriza dano ou infarto miocárdico mínimo</p>	
ANGINA INSTÁVEL	<p>Desconforto ou dor com as mesmas características do IAM (localização, irradiação, sensações)</p> <p>Intensidade leve / moderada / intensa</p> <p>Ocorrência em repouso ou com fatores desencadeantes com limiares progressivamente menores ou com repetições mais frequentes e mais intensas das crises anginosas</p> <p>Duração intermediária (menos que 20 min)</p> <p>Resposta variável ao nitrato e repouso</p> <p>Eventualmente sudorese, tonteira, náusea, vômito, desconforto respiratório (menos que no IAM)</p> <p>Comum identificação de fatores de risco de doença cardiovascular ou eventos cardiovasculares prévios</p>	Mesmas considerações do IAM com magnitude dos eventos de uma maneira geral menos exuberante	<p>Alterações de ST/T</p> <p>Eventualmente arritmias</p> <p>ECG pode ser normal</p> <p>Sem elevação de marcadores de necrose</p>	ECG normal, isoladamente, não descarta evento coronário agudo

PATOLOGIA	HISTÓRIA	EXAME FÍSICO	MÉTODOS COMPLEMENTARES	COMENTÁRIOS
ANGINA ESTÁVEL	<p>Desconforto ou dor com as mesmas características do IAM (localização, irradiação, sensações)</p> <p>Intensidade leve / moderada</p> <p>Ocorrência desencadeada por emoções, esforços físicos, frio, alimentação, decúbito (não ocorre em repouso)</p> <p>Duração breve (menos que 2 / 10 min)</p> <p>Alívio com nitratos ou repouso</p> <p>Comum identificação de fatores de risco de doença cardiovascular ou eventos cardiovasculares prévios</p>	<p>Aparência geral e sinais vitais eventualmente alterados durante o evento isquêmico (rápido retorno ao padrão habitual com alívio da isquemia)</p>	<p>Eventuais e transitórias alterações de ST/T (rápido retorno ao padrão habitual com alívio da isquemia)</p> <p>ECG pode ser normal</p>	<p>Desconforto respiratório e / ou fadiga podem ser manifestações de isquemia na ausência de dor ou desconforto torácico (equivalente anginoso)</p>
PERICARDITE	<p>Dor pleurítica, penetrante, acentuada com mudanças na postura ou com a movimentação, eventualmente recorrente</p> <p>Sem alívio com nitratos / narcóticos, melhora com AINH</p> <p>Muitas vezes antecedida de quadro viral</p>	<p>Atrito pericárdico</p> <p>Eventualmente sinais de tamponamento (turgência jugular, hipotensão, pulso paradoxal, hipofonese de bulhas)</p> <p>Eventualmente evidências clínicas de derrame pleural</p>	<p>Supra de ST sem correlação entre “paredes” no ECG, sem efeito recíproco, muito comum infra de PR (habitualmente mais nítido em D2)</p> <p>Elevação de marcadores de necrose (miocardite associada)</p> <p>Elevação de marcadores inflamatórios</p> <p>Derrame pleural no eco (ausência de derrame não afasta o diagnóstico)</p>	<p>Diagnóstico diferencial com IAM e risco de tamponamento com administração equivocada de fibrinolíticos na pericardite</p>

PATOLOGIA	HISTÓRIA	EXAME FÍSICO	MÉTODOS COMPLEMENTARES	COMENTÁRIOS
DISSECÇÃO AÓRTICA	Dor com início abrupto, excruciante, com intensidade máxima já no início do quadro ("rasgando"), pode migrar (evolução da dissecção) e irradiar para o dorso (região interescapular) HPP de HAS, doenças do colágeno	Hipertensão, hipotensão Hipoperfusão periférica Assimetria de pulsos Insuficiência aórtica, atrito pericárdico Tamponamento Derrame pleural Isquemia de membros AVE, neuropatia	Alterações inespecíficas de ST/T Algumas vezes HVE no ECG Alargamento de mediastino no RX de tórax é muito comum na dissecção aórtica proximal	Diagnóstico diferencial com IAM e risco de morte com administração equivocada de fibrinolíticos na dissecção aórtica ETE e / ou TC são métodos importantes no diagnóstico da dissecção aórtica
EMBOLIA PULMONAR	Início agudo com dispnéia e dor (dispnéia e ansiedade habitualmente chamam mais a atenção que a dor torácica) Dor anginosa (central) no cor pulmonale, dor pleurítica no infarto pulmonar Tosse é comum, eventualmente hemoptise Fatores de risco para trombose venosa profunda (imobilidade, cirurgia, gestação, anticoagulantes, câncer, insuficiência cardíaca, trombofilia)	Dispnéia e ansiedade Taqipnéia, taquicardia, estertores pulmonares Sinais de cor pulmonale Sinais de trombose venosa profunda Insuficiência respiratória	D-dímero tem valor preditivo negativo RX de tórax muitas vezes normal \downarrow PaO ₂ , \uparrow D(A-a) O ₂ Troponina e BNP podem estar elevados (maior risco)	Mortalidade elevada se não for reconhecida TC e cintigrafia auxiliam no diagnóstico Fibrinolíticos são indicados para embolia pulmonar complicada com choque ou disfunção do ventrículo direito

PATOLOGIA	HISTÓRIA	EXAME FÍSICO	MÉTODOS COMPLEMENTARES	COMENTÁRIOS
PNEUMOTÓRAX ESPONTÂNEO	Início abrupto de dor (muitas vezes pleurítica), dispnéia, tosse Intensidade máxima já no início Dor habitualmente lateral mas pode ser central em pneumotórax grande	↓ murmúrio vesicular, ↑ ressonância na percussão, desvio da traquéia, enfisema subcutâneo insuficiência respiratória e choque com ↑ de pressão venosa central	RX de tórax define o diagnóstico do pneumotórax Diagnóstico do pneumotórax hipertensivo deve ser clínico	Considerações em DPOC e VPPI
ROTURA DE ESÔFAGO	Dor com início abrupto, retroesternal, habitualmente antecedida de vômitos Dor pode ser epigástrica, irradiação pode ser a mesma da SCIA Dor persistente, piora com deglutição e flexão do pescoço História de doença de esôfago, alcoolismo, vômitos, ingestão de cáusticos, trauma, imunodeficiência, iatrogenia	Dispnéia Síndrome de resposta de resposta inflamatória sistêmica, insuficiência respiratória, choque (geralmente após 24 horas)	RX de tórax define o diagnóstico do pneumotórax Diagnóstico do pneumotórax hipertensivo deve ser clínico	Doenças do esôfago são relativamente comuns mas a rotura nem tanto Diagnóstico precoce reduz a mortalidade

Tabela 03 – Probabilidade de síndrome coronária isquêmica aguda

	ALTA PROBABILIDADE	PROBABILIDADE INTERMEDIÁRIA	BAIXA PROBABILIDADE
HISTÓRIA	Sintomas (dor / desconforto em tórax / MSE) com as mesmas características de prévio evento isquêmico Diagnóstico previamente estabelecido de doença coronária (IAM, angioplastia, revascularização cirúrgica)	Dor (ou desconforto) em tórax (ou MSE) como sintoma principal Idade > 70 anos Sexo masculino Diabete mellitus	Outros que não de probabilidade alta ou intermediária
EXAME FÍSICO	Sopro de IM transitória, hipotensão, sudorese, estertores pulmonares	Doença vascular em outros leitos (carótidas, artérias de MMII,...)	Desconforto torácico reproduzido pela palpação
ECG	Desvio do segmento ST ou inversão de onda T (alterações agudas ou presumivelmente agudas)	Ondas Q, depressão de ST, inversão de onda T	Alterações pouco expressivas de onda T ECG normal
MARCADORES	Elevação de troponina ou de CK-MB	Sem elevação de troponina ou de CK-MB	Sem elevação de troponina ou de CK-MB

Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

Rua Afonso Cavalcanti, 455, 7º andar - Cidade Nova

Rio de Janeiro – RJ - 20211-110

prefeitura.rio/web/sms/

Todos os direitos reservados

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.