Dor torácica na emergência de um hospital geral

Thoracic pain in a general hospital emergency

ELIZABETH DA ROSA DUARTE – Mestre em Cardiologia pelo IC-FUC. Cardiologista e Coordenadora dos Métodos Gráficos do HNSC.
PEDRO PIMENTEL FILHO – Médico especialista em Cardiologia. Coordenador do Serviço de Cardiologia do Hospital Nossa Senhora da Conceição.
AIRTON STEIN – Professor Titular de Saúde Coletiva da FFFCMPA, Professor do Curso de Pós-Graduação de Saúde Coletiva da Ulbra, Coordenador de Protocolos Assistenciais do Grupo Hospitalar Conceição.

Hospital Nossa Senhora da Conceição S/A – Fundo de Fomento à Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição.

✉ Endereço para correspondência:
Elizabeth da Rosa Duarte
Av. Francisco Trein, 596 – Cristo Redentor
91350-200 – Porto Alegre, RS – Brasil
☎ (51) 3357-2376
protocolos@ghc.com.br

RESUMO

Introdução: Dentre as doenças cardiovasculares, a condição mais prevalente é a dor torácica aguda não traumática. **Objetivo:** Identificar a freqüência de dor torácica na emergência e a descrição dos eventos na internação em 6 meses. **Métodos:** O estudo apresenta duas etapas: estudo transversal e série de casos, em pacientes com dor torácica na emergência, onde foi avaliado o protocolo assistencial. A dor foi classificada nas categorias: infarto agudo do miocárdio (IAM), *angina pectoris* e dor não-anginosa, de acordo com a clínica, eletrocardiografia e marcadores de necrose miocárdica. O teste ergométrico foi realizado de acordo com protocolo de Bruce. Os eventos em 6 meses foram mensurados. **Resultados:** No período de novembro de 2004 a janeiro de 2005 foram atendidos 80.184 pacientes na emergência do Hospital Conceição (HNSC). Desses atendimentos, 1.564 (2%) apresentavam dor torácica. Foram avaliados 52 pacientes, 34 (65%) masculino, idade média de 59 anos (dp 14,74), 69% internaram (38% com infarto, 27% angina e 4% dor não-anginosa), 17% realizaram teste ergométrico. **Conclusão:** Constatou-se uma baixa freqüência (2%) dos atendimentos devido a dor torácica não-traumática, porém elevada incidência de infarto e angina instável.

UNITERMOS: Dor Torácica, Emergência, Eventos Cardiovasculares, Epidemiologia

ABSTRACT

Introduction: *Among the cardiovascular emergencies the most frequent cause is non-traumatic acute thoracic pain in the emergency room.* ***Objective:*** *To identify thoracic pain frequency in the emergency and cardiovascular events in 6 months.* ***Methods:*** *A cross-sectional and a case series study were carried out to evaluate thoracic pain guideline. Myocardial infarct,* angina pectoris, *and non-angina pain were identified based on clinical features, ECG abnormality and myocardial necrosis indicators. The ergometric test was carried out according to the Bruce Protocol. The events in 6 months were measured.* ***Results:*** *Between November 2004 through January 2005, 80,184 patients received care in the emergency room of Hospital Conceição. Among them, 1564 (2%) had thoracic pain. We had investigated 52 of these patients, 34 (65%) of whom were males, with an average age of 59 years old (sd 14.74). Regarding to the diagnosis, 69% had been admitted (38% with the diagnosis of infarct, 27% with angina and 4% with non-angina pain), 17% performed the ergometric test.* ***Conclusion:*** *A low frequency (2%) of non-traumatic thoracic pain has been identified, although there was a high incidence of infarct and unstable angina in these patients. There was a high prevalence of cardiovascular events in 6 months in the three studied groups.*

KEYWORDS: *Thoracic Pain, Emergency, Cardiovascular Events, Epidemiology*

INTRODUÇÃO

A prática emergencial contemporânea é um grande desafio frente ao aumento de demanda pelos serviços de emergência, sobrecarga de trabalho desses profissionais, carência de formação especializada de recursos humanos e ausência de estratégia gerencial envolvendo uma política de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de emergência. O fluxo de atendimento nas salas de emergência caracteriza-se pela utilização de uma prática empírica e com grande variabilidade da qualidade assistencial. A aplicação de orientações predeterminadas no processo diagnóstico, expresso em fluxogramas e algoritmos, tem se mostrado de grande valor para a tomada de decisões em condições emergenciais, pois objetivam e reduzem o tempo das tomadas de decisões (1).

Dentre as emergências cardiovasculares, a condição mais importante pela sua elevada freqüência é o atendimento da dor torácica aguda não-traumática na sala de emergência (2-4).

A variedade e possível gravidade das condições clínicas que se manifestam com dor torácica fazem com que seja primordial um diagnóstico rápido e preciso de suas causas. O diagnóstico diferencial entre as doenças que oferecem risco de vida ou não, é um ponto crítico na tomada de decisão do médico emergencista para definir acerca da liberação ou admissão do paciente ao hospital e de iniciar o tratamento imediatamente. Como a síndrome coronariana aguda (Infarto Agudo do Miocárdio – IAM e angina instável) tem significativa morbimortalidade, a abordagem inicial desses pacientes é

Recebido: 3/8/2006 – Aprovado: 20/11/2007

07-25-dor torácica na emegência.pmd 248 9/1/2008, 10:36

sempre feita no sentido de confirmar ou afastar esse diagnóstico. A característica anginosa da dor torácica tem sido identificada como o dado com maior poder preditivo de doença coronária aguda (2-5).

Cerca de 50-70% dos pacientes que procuram a emergência por queixa de dor torácica são admitidos nos hospitais(6), porém apenas 15% dos pacientes têm diagnóstico de IAM e 30% de angina instável.(7) Além disso, estratégias inadequadas de procedimentos diagnósticos levam a uma prática na qual 2–10% dos pacientes com IAM são indevidamente liberados das salas de emergência (6).

Para reduzir as admissões desnecessárias, estratégias para manter o cuidado adequado dos pacientes de maior risco e para otimizar a relação custo-benefício, tem sido desenvolvidas e aplicadas no manejo do paciente com dor torácica (8).

Com o surgimento das unidades de dor torácica nos serviços de emergência nos EUA, na década de 80, uma nova estratégia de avaliação dos pacientes com dor torácica suspeita de IAM foi proposta, visando a estratificar o paciente na sala de emergência, agilizando a abordagem diagnóstica, terapêutica e prognóstica desses pacientes. O conceito desses centros baseia-se em protocolos assistenciais que visam a identificar, de modo rápido, barato e seguro, pacientes com dor torácica que possam ser dispensados diretamente das salas de emergência por apresentarem baixo risco de eventos isquêmicos, evitando, assim, internações desnecessárias e reduzindo ao mínimo os erros diagnósticos.

Dentre os testes diagnósticos complementares que podem auxiliar a avaliação de pacientes com dor torácica, o teste ergométrico (TE) precoce faz parte de uma estratégia para a estratificação de um subgrupo de pacientes atendidos na sala de emergência. A indicação do TE é para pacientes com probabilidade intermediária e baixa para doença coronária aguda e baixo risco para eventos cardíacos (1).

O objetivo desse trabalho foi identificar: as freqüências de atendimentos, por dor torácica, no acolhimento de uma emergência de um hospital geral; a freqüência do diagnóstico de síndrome coronariana aguda e de dor provavelmente não-anginosa; os fatores de risco associados, a segurança e o prognóstico do teste ergométrico precoce em pacientes de baixo risco; a freqüência de internação e liberação desses pacientes e eventos cardiovasculares em 6 meses.

METODOLOGIA

No período de novembro 2004 a janeiro de 2005, realizou-se um estudo na emergência do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC). O presente estudo tem duas etapas:

1ª etapa: Estudo transversal para coletar dados a partir dos boletins de atendimento dos pacientes na emergência e identificar aqueles com dor torácica.

Para verificar a freqüência dos atendimentos de dor torácica no acolhimento, foi feita uma revisão retrospectiva das queixas registradas na chegada dos pacientes à emergência no mesmo período.

2ª etapa: Estudo de série de casos para coletar dados dos pacientes com dor torácica através de uma amostra por conveniência. Para coletar os dados dessa população, elaboramos um fluxograma de atendimento (Figura 1), onde foram avaliadas as características da dor (Quadro 1), eletrocardiograma e enzimas seriadas. Para a caracterização da dor, nos baseamos nas características do estudo CASS[9] e classificamos a dor torácica em 3 tipos: dor A, B e C (Quadro 1).

De acordo com as características da dor torácica, o eletrocardiograma de admissão, os fatores de risco coronariano e a história prévia de coronariopatia ou vasculopatia periférica, estratificamos a probabilidade de síndrome coronariana aguda (SCA) e definimos as rotas diagnósticas que denominamos de via (Quadro 2), sendo que consideramos três vias:

Via 1: Alta e média probabilidade de SCA: Internação.

Via 2: Baixa probabilidade de SCA: Teste ergométrico.

Via 3: Ausência de SCA: Alta da emergência e encaminhado ao ambulatório.

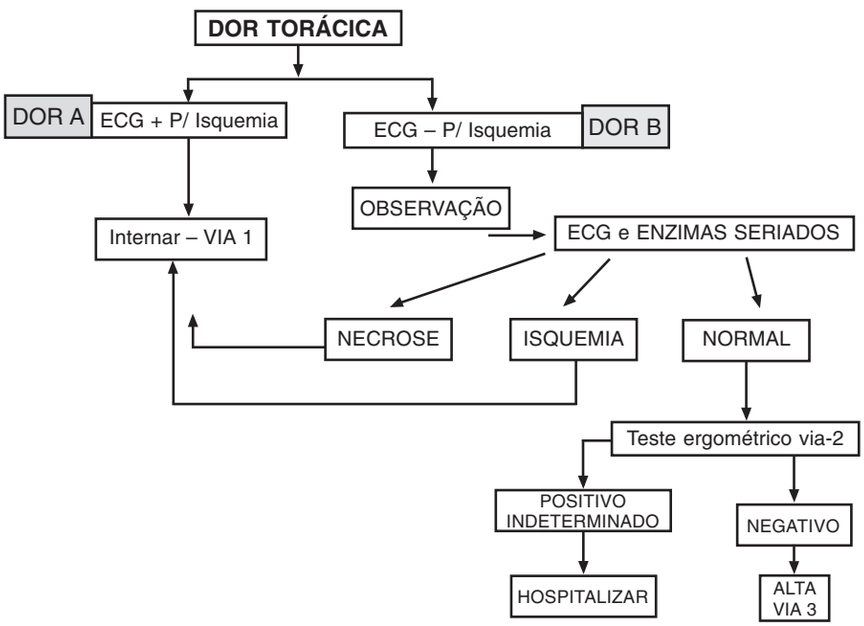


Figura 1 – Fluxograma do atendimento à dor torácica.

07-25-dor torácica na emegência.pmd 249 9/1/2008, 10:36

QUADRO 1 – Classificação da dor torácica, de acordo com o Protocolo Assistencial do HNSC:

Tipo de dor	Características
Dor tipo A	Dor torácica que dá certeza do diagnóstico da síndrome coronariana aguda (SCA), independente de exames complementares e que faz da SCA a principal hipótese diagnóstica.
Dor tipo B	Dor torácica que faz da SCA a principal hipótese diagnóstica, mas necessita de exames complementares para a sua exclusão.
Dor tipo C	Dor torácica que não inclui a SCA no diagnóstico etiológico.

QUADRO 2 – Vias de decisão clínica em pacientes com dor torácica (desfecho)

VIAS	Características dos pacientes
VIA 1	– Pacientes com dor tipo A com ou sem alteração eletrocardiográfica – Pacientes com dor tipo B com elevação de marcadores de necrose miocárdica ou sem elevação, mas com teste ergométrico positivo ou não-diagnóstico.
VIA 2	– Pacientes com dor tipo B sem elevação dos marcadores de necrose miocárdica e sem alteração ECG. – Pacientes com dor tipo C, porém com fatores de risco para doença coronariana presente (Diabete melito, HAS, tabagismo, dislipidemia, historia familiar positiva) ou doença/ procedimento cardíaco prévio (CRM, ACTP, IAM), desde que sem alteração aguda ECG e com condições fisicas de realização de teste ergométrico (TE).
VIA 3	– Pacientes com dor tipo C, sem fatores de risco associados e sem alterações eletrocardiográficas. – Pacientes com dor tipo C com fatores de risco associados e TE negativo para isquemia. – Pacientes com dor tipo B com ou sem fatores de risco associados, com marcadores de necrose miocárdica negativos e TE negativo.

Os pacientes elegíveis para a realização do teste ergométrico (Figura 2) foram os que nas primeiras 12 horas de observação não apresentaram instabilidade hemodinâmica, dor torácica recorrente, mudanças do ST e curva enzimática anormal (na chegada e em 10 horas de evolução). Deveriam, também, ter eletrocardiograma interpretável (ausência de bloqueio do ramo esquerdo, hipertrofia ventricular esquerda e síndrome de pré-excitação) e habilidade motora e psíquica.

O TE foi realizado de acordo com o protocolo de Bruce, usando monitorização eletrocardiográfica contínua de 13 derivações, sintoma limitante.

Foram identificados os seguintes fatores de risco associados: sedentarismo, tabagismo, história familiar de cardiopatia isquêmica, hipertensão arterial sistêmica (HAS), obesidade, diabete melito, dislipidemia e ingesta de álcool.

Foram definidos como tabagistas os pacientes que tinham o hábito de fumar e como ex-tabagistas os que haviam suspendido o cigarro há, pelo menos, um ano. Considerados hipertensos aqueles que já tinham esse diagnóstico prévio e/ou faziam uso de drogas anti-hipertensivas ou que apresentassem pressão arterial sistólica ≥ 140 mmHg e/ou pressão arterial diastólica ≥ 90mmHg,

A história familiar positiva foi considerada naqueles que apresentassem familiares de primeiro grau (com idade inferior a 55 anos, no homem, e inferior a 65 anos na mulher) com diagnóstico de doença arterial coronariana (DAC) ou outro tipo de doença aterosclerótica. Foram considerados sedentários os pacientes que não praticavam atividade física regular com freqüência de duas vezes na semana e duração mínima de 30 minutos.

Dislipidemia foi definida pela presença de níveis séricos de LDL-c (lipoproteína de baixa densidade) > 130 mg/dl e/ ou níveis séricos de HDL-c (lipoproteína de alta densidade) < 40 mg/dl e/ou níveis séricos de triglicérides (TG) >150mg/dl.

Foram classificados como diabéticos aqueles que tinham diagnósticos prévios da doença e/ou estavam em uso de hipoglicemiantes e /ou insulina, sendo considerada a ingesta de álcool como a ingestão de álcool > 30g/dia em 6 meses.

Consideramos como eventos em 6 meses: retorno à emergência por dor, reinternação hospitalar, cardiovasculares (*angina pectoris,* infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca, arritmias, acidente vascular cerebral), óbito intra e pós-hospitalar, e procedimentos (angioplastia coronária percutânea, cirurgia de revascularização miocárdica, realização de cineangiocoronariografia). O diagnóstico das complicações intra e pós-hospitalares foi baseado em dados secundários de prontuário eletrônico e através de consulta telefônica.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do HNSC. A análise de dados foi através de estatística descritiva. As variáveis numéricas foram descritas sob a forma de média e desvio-padrão e as variáveis categóricas foram descritas sob a forma de proporções.

A entrada de dados foi através do programa Excel e a análise realizada pelo programa Statiscal Package for Social Sciences (SPSS) 10.0. Não realizamos estatística de inferência, por não se caracterizar como um estudo analítico.

07-25-dor torácica na emegência.pmd 250 9/1/2008, 10:36

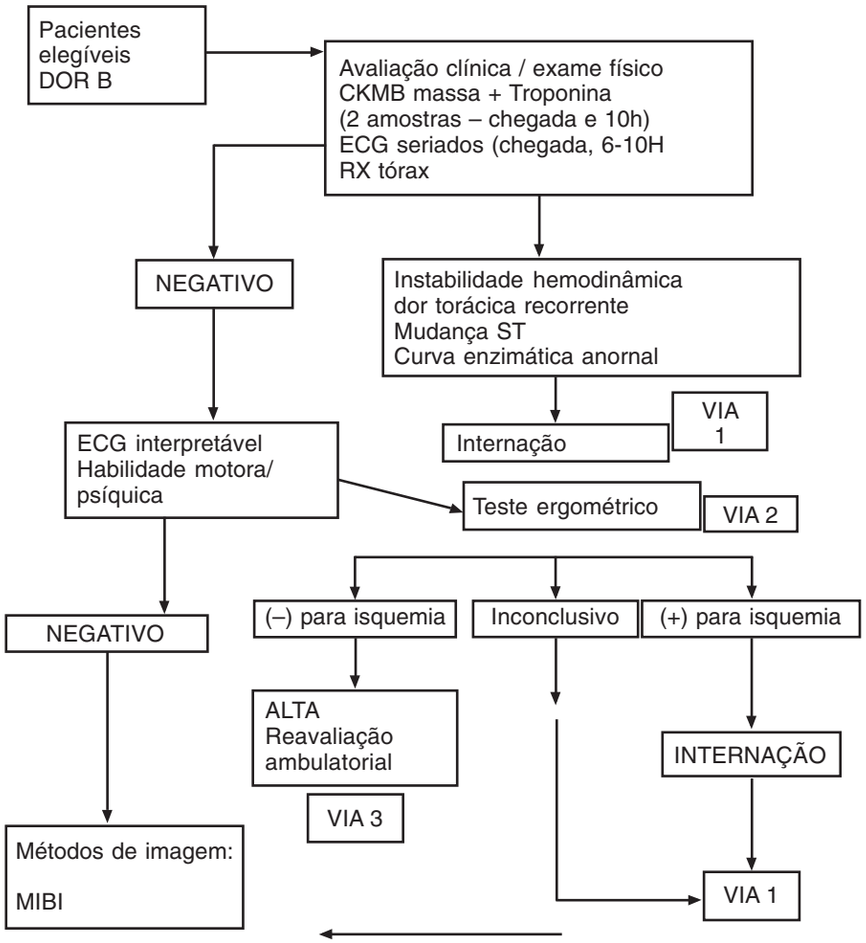


Figura 2 – Fluxogramador torácica na via 2.

RESULTADOS

No período do estudo foram atendidos 80.184 pacientes na emergência do HNSC. Na primeira etapa da pesquisa, verificou-se uma prevalência de dor torácica de 2% (1.564 pacientes). Na segunda etapa, foram analisados 52 pacientes, sendo 34 (65%) do sexo masculino, com idade média de 59 anos (desvio-padrão de 14,74). O sexo masculino foi predominante especialmente no diagnóstico de angina e infarto do miocárdio.

Quanto ao diagnóstico de dor torácica atendidos nessa série, 20 pacientes (38,5%) foram diagnosticados como infarto do miocárdio (IAM), 25 (48%) como *angina pectoris* (AP) e 7 (13,5%) como dor não-anginosa.

A Tabela 1 mostra as características gerais dos 52 pacientes acompanhados no estudo e os fatores de risco associados. Os fatores de risco clássicos estiveram presentes de forma homogênea nos diagnósticos de IAM e angina, sendo os mais freqüentes HAS, sedentarismo e diabetes.

Na Tabela 2 são apresentados os diagnósticos feitos na emergência, as vias de atendimento, os procedimentos hospitalares, diagnóstico na alta hospitalar e eventos em 6 meses.

Dos 52 pacientes selecionados, 69% internaram (via 1), sendo 55% com o diagnóstico de infarto, 39% de angina e 5% com dor não-anginosa. Dos pacientes internados, 48,71% confirmaram o diagnóstico de IAM transmural, 7,69% de IAM sem supra ST, 25,64% de *angina pectoris* e 17,94% não confirmaram o diagnóstico de doença isquêmica coronariana. Dezessete por cento dos pacientes realizaram teste ergométrico (via 2) e 13,5% tiveram alta (via 3). Naqueles pacientes que realizaram teste ergométrico, 7 apresentavam o diagnóstico de angina e 2 de dor não-anginosa. Todos os testes foram negativos para isquemia e os pacientes foram liberados da emergência. Dos pacientes encaminhados para a via 3, quatro tinham diagnóstico de angina e 3 de dor não-anginosa.

Trinta e três por cento dos pacientes apresentaram eventos em 6 meses, sendo 9 pacientes pós-IAM, 5 pacientes com diagnóstico de angina e 3 pacientes sem diagnóstico de doença coronariana. Os eventos mais freqüentes foram reinternação (23%), retorno à emergência por dor torácica (17%) e

Tabela 1 – Descrição do diagnóstico inicial dos 52 pacientes atendidos na emergência com queixa de dor torácica e fatores de risco associados no período de novembro de 2004 a janeiro de 2005

	IAM	Angina	Dor não-ang.
	n=20	n=25	N=7
Sexo			
masc.	12 (60%)	18 (72%)	4 (57%)3
fem.	8 (40%)	7 (28%)	(43%)
Sedentarismo	11 (55%)	14 (56%)	4 (57%)
Tabagismo	4 (20%)	10 (40%)	3 (43%)
H.familiar +	6 (30%)	15 (60%)	4 (57%)
HAS	16 (80%)	13 (52%)	3 (43%)
Obesidade	3 (15%)	7 (28%)	3 (43%)
DM	10 (50%)	10 (40%)	–
Dislipidemia	7 (35%)	7 (28%)	2 (29%)
Álcool	1 (5%)	5 (20%)	–

07-25-dor torácica na emegência.pmd 251 9/1/2008, 10:36

CRM (11,5%). Dos pacientes que realizaram o TE na emergência, ocorreu 1 evento em 6 meses, que foi retorno à emergência por dor. Nos pacientes diagnosticados com dor não-anginosa e que tiveram alta da emergência sem realizar TE, ocorreu uma prevalência elevada dos eventos pesquisados (retorno à emergência, reinternação, óbito pós-alta, insuficiência cardíaca e CRM). Como diagnóstico final, obtivemos 37% de IAM transmural, 5,8% de IAM sem supra ST, 19,2% de *angina pectoris* e 38% sem diagnóstico de doença coronariana.

DISCUSSÃO

O diagnóstico da síndrome coronariana aguda constitui um grande desafio aos serviços de atendimento de emergência no mundo inteiro.

A história clínica do paciente busca determinar as características da dor como anginosa, a identificação dos fatores de risco e as alterações eletrocardiográficas (3). A estimativa do nível de risco de eventos cardíacos maiores (infarto do miocárdio não fatal e morte) em indivíduos com suspeita de síndrome coronariana aguda não é simples, e envolve muitas variáveis para a sua quantificação. Essa estimativa é útil para direcionar o local de tratamento (unidade coronariana, sala de observação ou acompanhamento ambulatorial), bem como selecionar a forma de tratamento: farmacológico ou procedimento de revascularização.

No presente estudo, todos os pacientes diagnosticados como IAM seguiram a VIA 1 (Internação); daqueles com diagnóstico de dor provavelmente anginosa, mais da metade internaram, sete foram considerados de baixo risco e realizaram o TE (VIA 2) e quatro foram liberados (VIA 3). Daqueles pacientes considerados com dor não-anginosa, um terço deles internou.

Uma limitação da segunda etapa do estudo foi um potencial viés de seleção. Houve uma tentativa de incluir todos os pacientes com dor torácica, no entanto tivemos dificuldades logísticas. Por outro lado, essa série de casos não representativa dos pacientes atendidos por dor torácica possibilitou verificar o fluxo de atendimento e a gravidade dos pacientes que chegam à emergência. Esses dados demonstram a dificuldade no diagnóstico e na liberação do paciente, o que gerou internação inclusive nos pacientes caracterizados como sem dor anginosa.

A falta de precisão no rastreamento da dor torácica decorre de que apenas 50-60% dos pacientes com infarto do miocárdio apresentem eletrocardiogramas diagnósticos (45-60% quando se utiliza o supradesnível do segmento ST como critério diagnóstico); porém, um eletrocardiograma normal ou com alterações inespecíficas identifica uma população de baixo risco para IAM (5-7%) (10-11). Isso faz com que, descartado IAM após eletrocardiograma de 12 derivações e dosagens enzimáticas, a utilização de método complementar de imagem ou indução de isquemia se torne recomendável, no sentido de se obter indícios mais evidentes de que o paciente não desenvolverá IAM na hora ou dias subseqüentes à alta. Dentro dessa abordagem, os métodos diagnósticos não invasivos têm papel importante, sendo o TE o método de escolha para fins diagnósticos e/ou prognósticos em pacientes com dor torácica com baixa/ média probabilidade de doença coronária aguda e baixo risco para eventos cardíacos (8).

Diversos estudos têm demonstrado que pacientes considerados de baixo risco podem ser submetidos ao teste ergométrico com 6 a 12h da admissão (12) e mesmo imediatamente (13, 14), com baixo índice de complicações e, nos casos de teste negativo, excelente prognóstico em 6 meses (15).

Um dos primeiros relatos da utilização de teste de esforço em unidades de emergência foi feito por Tsakonis e cols. (16), em 1991. O teste (protocolo de Bruce modificado e limitado por sintomas) foi realizado nas primeiras horas de admissão de 28 pacientes que apresentavam quadro clínico compatível, mas não característico de angina. Cinco pacientes tiveram testes positivos e os restantes receberam alta, com média de seguimento de 6 meses sem ocorrência de eventos, permitindo aos autores concluir que o teste de esforço pode evitar internações desnecessárias, com boa margem de segurança.

O maior estudo com teste de esforço como parte de protocolo do centro de dor torácica foi publicado por Gibler e cols. (17), que analisaram, retrospectivamente, 1.010 pacientes consecutivos com quadro compatível de síndrome isquêmica aguda. Após dosagens de marcadores séricos com 3, 6 e 9 horas e na ausência de alterações eletrocardiográficas sugestivas de isquemia, foi realizado teste de esforço limitado por sintomas. Do total de pacientes, 791 (78%) foram submetidos ao teste, com 782 (98,9%) resultados negativos ou não-diagnósticos, colaborando para que 829 pacientes (82,1%) fossem dispensados diretamente do serviço de emergência. Foram admitidos 153 pacientes (15,1%), dos quais em 52 (33,9%) constatou-se causa cardíaca para os sintomas relatados. O teste de esforço mostrou-se de alta especificidade (99,4%), baixa sensibilidade (28,6%), com alto valor preditivo negativo (98,7%) e baixo a moderado valor preditivo positivo (44%).

Apesar de um número pequeno de pacientes, 9 (17%) dos pacientes realizaram o teste de esforço nas primeiras 24 horas do atendimento inicial na emergência. Desses pacientes, 7 tinham o diagnóstico de angina e 2 de dor não-anginosa. Todos apresentaram teste negativo e tiveram alta hospitalar.

Polancyk e cols. (15) avaliaram os pacientes com TE negativo, em um acompanhamento de 6 meses, em que 276 pacientes de baixo risco foram submetidos ao TE dentro de 48 horas da admissão na sala de emergência. Desses, 195 pacientes (71%) tiveram o TE negativo. Esses pacientes tiveram 98% de probabilidade de não ter eventos cardíacos em 6 meses. Os resultados desse estudo mostram a segurança do teste ergométrico em pacientes de baixo risco com

07-25-dor torácica na emegência.pmd 252 9/1/2008, 10:36

dor torácica e o excelente prognóstico em 6 meses.

No nosso estudo, no período de 6 meses, dos pacientes que realizaram o TE somente um apresentou evento (retorno à emergência), demonstrando um alto valor preditivo negativo, que está de acordo com os dados de literatura.

Houve limitação do tamanho da amostra, no entanto podemos demonstrar uma incidência elevada de eventos em 6 meses nos 3 grupos, sendo os mais freqüentes: reinternação, CRM, retorno à emergência e insuficiência cardíaca (Tabela 2). Chama a atenção que 43% dos pacientes diagnosticados como não-anginosos retornaram à emergência por dor torácica, sendo que 14% desses pacientes reinternaram. Isso reforça a necessidade de um atendimento sistematizado através de um protocolo com algoritmos preestabelecidos de decisão clínica aos pacientes que chegam à emergência com o diagnóstico de dor no peito, assim como um ambulatório especializado no atendimento da dor torácica.

Comparando-se com dados da literatura,(5,6) constatamos uma freqüência similar de pacientes que necessitaram internar por dor no peito, porém tivemos mais infartados do que relatado em outro hospital da mesma cidade (5). Daqueles pacientes analisados nessa série de casos, obtivemos uma freqüência alta de internação, o que está de acordo com a literatura revisada, confirmando a preocupação com o paciente atendido com dor torácica na emergência.

Em relação aos pacientes liberados da emergência com dor torácica, observamos dados similares (13%) a estudos anteriores (2 a 10%) (6), com eventos cardiovasculares em 6 meses de 14 a 43%, o que reforça a necessidade de estratégias adequadas no diagnóstico ao atendimento da dor torácica.

Tabela 2 – Diagnóstico de internação, desfechos, procedimentos hospitalares, diagnóstico na alta hospitalar e eventos em 6 meses

	IAM n=20	Angina n=25	Não-angina N=7
DESFECHO			
VIA 1			
36 pacientes (69,2%)	20 (100%)	14 (56%)	2 (29%)
VIA 2			
9 pacientes (17%)	–	7 (28%)	2 (28,6%)
VIA 3			
7 pacientes (13,5%)	–	4 (16%)	3 (43%)
PROCEDIMENTOS HOSPITALARES			
CAT	10 (50%)	2 (8%)	–
Ecocárdio	4 (20%)	4 (16%)	1 (14%)
MIBI	1 (5%)	–	–
CRM	1 (5%)	–	–
TE	3 (15%)	4 (16%)	–
Nenhum	1 (5%)	15 (60%)	6 (86%)
DIAGNÓSTICO NA ALTA HOSPITALAR			
IAM	16 (80%)	3 (12%)	–
IAM SST *	3 (15%)	–	–
Angina	1 (5%)	9 (36%)	–
Sem diagnóstico	–	13 (52%)	7 (100%)
IC**			
EVENTOS – 6 meses			
17 pacientes (33%)	n=9	n=5	N=3
Angina (6%)	3 (15%)	–	–
IAM (6%)	3 (15%)	–	–
Reinternação (23%)	8 (40%)	3 (12%)	1 (14%)
CRM (11,5%)	4 (20%)	1 (4%)	1 (14%)
Óbito hosp. (6%)	2 (10%)	1 (4%)	–
Óbito pós-alta (4%)	1 (5%)	–	1 (14%)
Retorno à emergência (17%)	5 (25%)	1 (4%)	3 (43%)
Insuficiência cardíaca (6%)	1 (5%)	1 (4%)	1 (14%)
Arritmia (6%)	1 (5%)	2 (8%)	–
AVC (2%)	–	1 (4%)	–
CAT (8%)	4 (20%)	–	–

* IAM sem supra ST
** IC – Insuficiência coronariana

CONCLUSÃO

Com o estudo realizado verificamos dados semelhantes na literatura e enfatizamos a necessidade de desenvolver uma Unidade de Dor Torácica no Hospital NSC, seguindo um protocolo assistencial para sistematizar o atendimento. Foi constatada uma freqüência de 2% dos atendimentos devido à dor torácica não-traumática e uma elevada incidência de infarto e angina instável nesses pacientes selecionados. Houve uma alta freqüência de eventos cardiovasculares em 6 meses nos três grupos estudados. Constatamos a segurança e o valor prognóstico do TE realizado nos pacientes de baixo risco. Obtivemos uma alta freqüência de internação e baixa liberação dos pacientes que chegaram à emergência nesse período. Ressaltamos que a série estudada foi pequena em relação ao atendimento da emergência, portanto deve-se ter cautela para generalizar os achados obtidos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. I Diretriz de dor torácica na sala de emergência – Arq. Bras. Cardiol. Vol 79. Suplemento III, 2002.

07-25-dor torácica na emegência.pmd 253 9/1/2008, 10:36

2. Bassan R, Gamarski R, Pimenta L, et al. Eficácia de uma estratégia diagnóstica para pacientes com dor torácica e sem supradesnível do segmento ST na sala de emergência. Arq Bras Cardiol 2000; 74:405-11.
3. Tatum JL, Jesse RL, Kontos MC, et al. Comprehensive strategy for the evaluation and triage of the chest pain patient. Ann Emerg Med 1997;29:116-25.
4. 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.
5. Selker HP, Zalenski RJ, Antman EM, et al. An evaluation of technologies for identifying acute cardiac ischemia in the emergency department: executive report of a National Heart Attack Alert Program Working Group report. Ann Emerg Med 1997; 29:1-12.
6. Polanczyk CA, Lima K, Wolchul D, et al. Elevada prevalência de doenças cardiovasculares em serviço de emergência de um hospital geral. Arq. Bras. Cardiol 1999; 73:337.
7. Lee TH, Goldman L. Evaluation of patient with acute chest pain. N.Engl J Med 2000; 342:1187-95.
8. Polanczyk CA, Dohmann HFK. Unidade de dor torácica: dimensões de qualidade nos serviços de saúde e sua relação de custo – efetividade. In: Bassan R, editor. Síndrome coronariana aguda em unidade de dor torácica.RJ: Atheneu; 2000 p. 403-16.
9. Weiner DA, Ryan TJ, McCabe CH, Kennedy JW, Schloss M, Tristani F, et al. Exercise stress testing: correlation among history of angina, ST-segment response and prevalence of coronary-artery disease in the Coronary Artery Surgery Study (CASS). N Eng J Med 1979; 301(5): 230-5.
10. Jesse RL, Kontos MC. Evaluation of chest pain in the emergency depatment. Curr Probl Cardiol 1997;22:149-326.
11. Lee TH, Cook EF,Weisberg MC, et al. Acute chest pain in the emergency room: identification and examination of low risk patients. Arch Intern Med 1985; 145:65-9.
12. Nichol G, Walls R, Goldman L, Person S, Hartlley LH, Antman E, et al. A critical pathway for management of patients with acute chest pain who are at low risk for myocardial ischemia: recommendation and potential impact. Ann Intern Med 1997; 127: 996-1005.
13. Lewis WR, Amsterdam EA, Turnipseed S, Kirk JD. Immediate exercise testing of low risk patients with known coronary artery disease presenting to the emergency department with chest pain. J Am Coll Cardiol 1999; 3333:1843-7.
14. Lewis WR, Amsterdam EA. Utility and safety of immediate exercise testing of low risk patients admitted to the hospital for suspected acute myocadial infarction. Am J Cardiol 1994;74:987-90.
15. Polanczyk CA, Johnson PA, Lee TH, et al. Clinical correlates and prognostic significance of early negative exercise tolerance test in patients with acute chest pain seen in the hospital emergency department. J Am Coll Cardiol 1998;81:287-292.
16. Tsakonis JS, Shesser R, Rosenthal R, et al. Safety of immediate treadmill testing in selected emergency department patients with chest pain: a preliminary report. Am J Emerg Med 1991; 9:557-9.
17. Gibler WB, Runyon JP, Levy RC, Sayre MR, Kacich R, Hattemer CR, et al. A rapid diagnostic and treatment center for patients with chest pain in the emergency department. Ann Emerg Med 1995; 25:1-8.

07-25-dor torácica na emegência.pmd 254 9/1/2008, 10:36