

Dor torácica

Daniela M. Lessa Barreto

Docente assistente II Famed /UFAL

Docente do centro universitário Tiradentes – UNIT

Mestre em Ciências da Saúde – ICBS/UFAL

Cardiologista clínica do Hospital do Coração de Alagoas

Cardiologista do serviço de cardiopatia e gravidez - MESM

Dor torácica

- Grande desafio
- Essencial o pronto reconhecimento das condições ameaçadores à vida
- Investigação criteriosa
- Ampla variedade de causas
- Objetivo principal
Excluir causas potencialmente fatais

Dor Torácica

5 - 10% são indivíduos com dor no peito nos atendimentos emergenciais



ALTO CUSTO

No Brasil 4 milhões de pessoas são atendidas com queixa de dor torácica /ano

2/3 dos pacientes com dor torácica internados acabam não confirmando uma causa cardíaca.

Cerca de 15-30% dos pacientes com dor torácica tem IAM ou angina Instável.

2-3% dos pacientes que sofrem IAM são inapropriadamente liberados na sala de emergência.

Anamnese

```
graph TD; A[Anamnese] --> B[Idade]; A --> C[Sexo]; A --> D[Condições socioeconômicas]; A --> E[Profissão]; A --> F[Procedência/Naturalidade]; A --> G[Antecedentes familiares]; A --> H[Raça];
```

Idade

Sexo

Condições
socioeconômicas

Profissão

Procedência/
Naturalidade

Antecedentes
familiares

Raça

Dor torácica

FATORES DE RISCOS

Idade: ♂ $\geq 45a$ e ♀ $\geq 55a$

Tabagismo

Hipertensão, DM

CT e LDL-C

HDL-C

História familiar de DAC precoce

Obesidade

Sedentarismo



CAUSAS DE DOR TORÁCICA

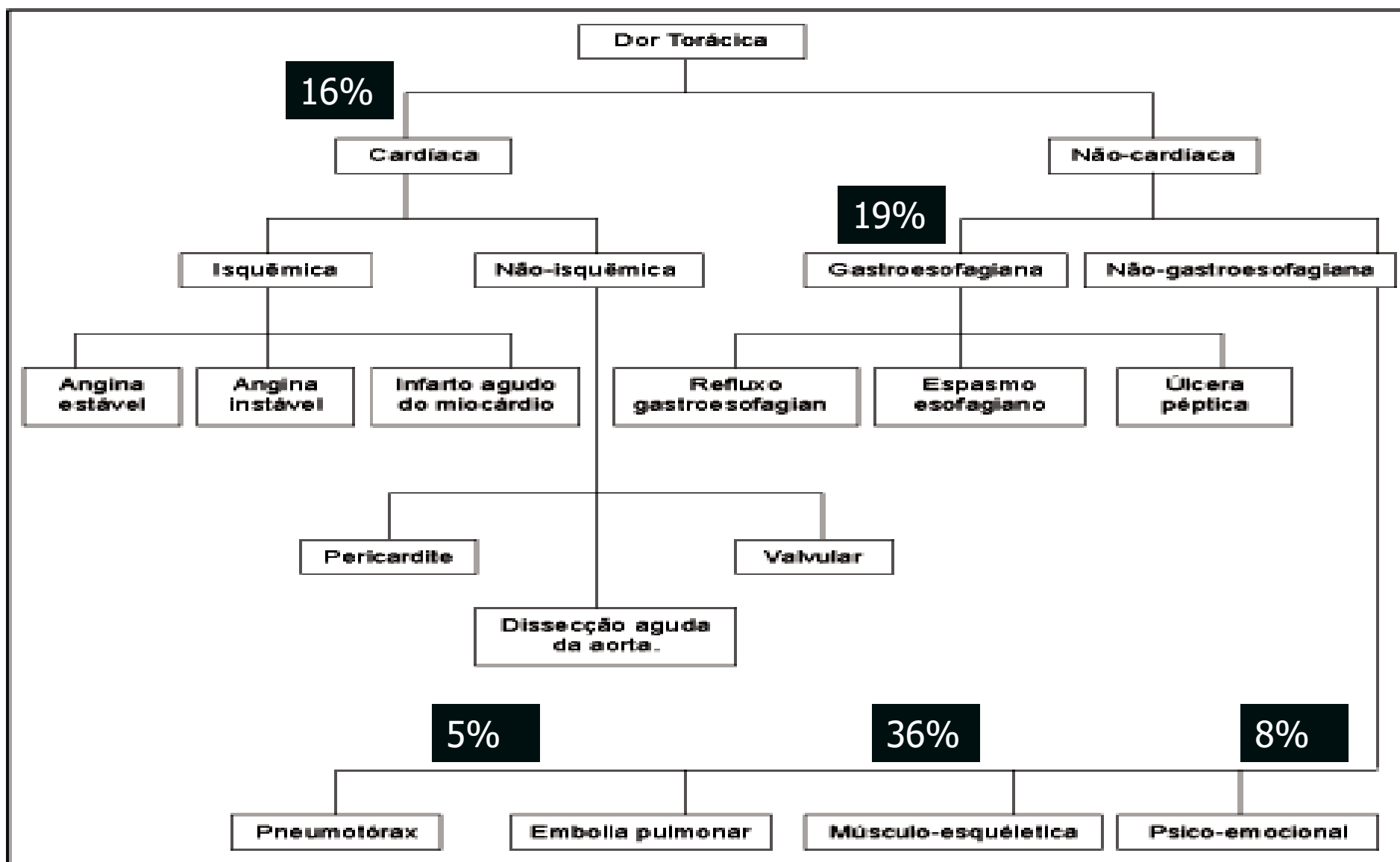


Figura 1 - Doenças cardíacas e não cardíacas que se manifestam com dor torácica (ref. 30).

Dor torácica

Avaliação semiológica

- ✓ Localização
- ✓ Irradiação
- ✓ Caráter
- ✓ Duração
- ✓ Intensidade e sintomas concomitantes
- ✓ Fatores desencadeantes e agravantes
- ✓ Fatores atenuantes

Doenças osteomusculares

Características da dor Sintomas associados



Primárias

Costoncondrites

Fibromialgia

Sd de TIETZE

Herpes Zoster

Artrite reumatoide

Secundárias

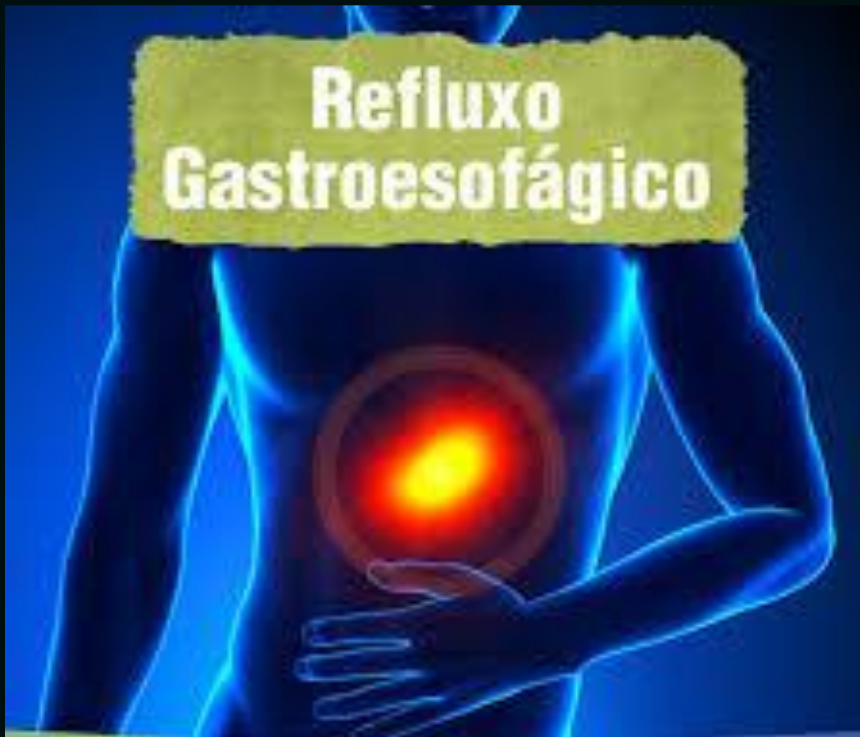
LES

Osteoporose

Neoplasias

Subluxação

Doenças gástrico-intestinais



RGE – 2ª maior causa de dor torácica

**Espasmo esofágico
Esofagite**

**Características da dor
Sintomas associados**

**Pirose
Regurgitação
Dor pós-prandial**

Causa psicogênica

1/3 de admissão nas emergências

Síndrome do pânico

Síndrome de *Munchausen*

Dissociação da história com os sintomas apresentados

Exames complementares normais

Síndrome de Münchausen

* Na síndrome de Münchausen o indivíduo sabe que não sofre de doença alguma, mas deseja estar doente apenas para obter ganhos emocionais, como a atenção e compaixão das pessoas próximas a ela.

Doenças pulmonares

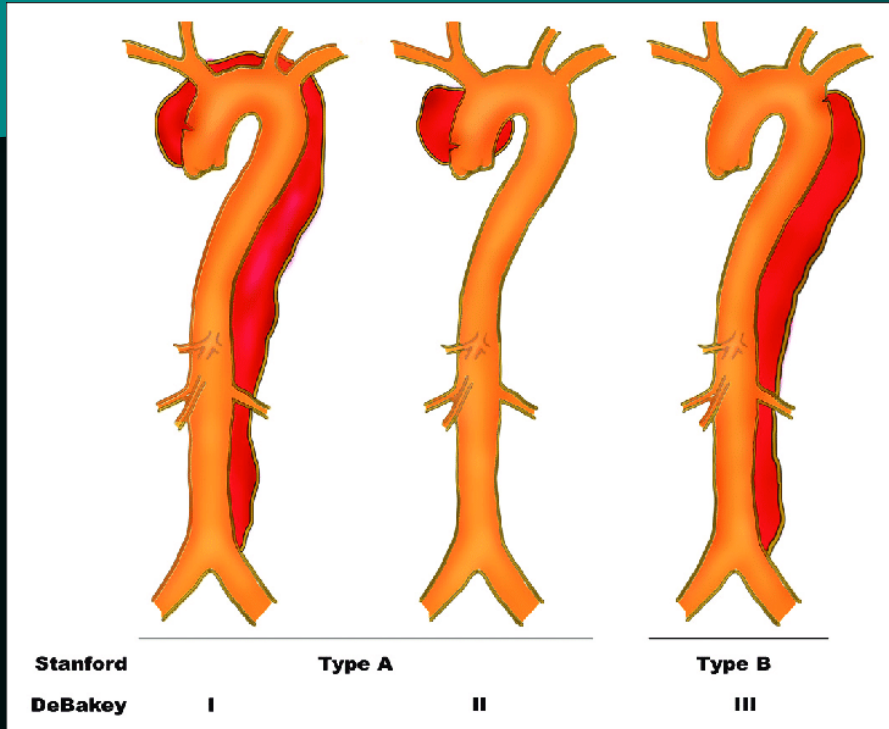
Aguda – tromboembolismo pulmonar
Crônica – neoplasias, hipertensão pulmonar

Pneumonias (30%)

Dor ventilatório-dependente, febre, tosse, dispneia



Causas Cardíacas



Dissecção de aorta

Alargamento do mediastino

Características da dor
Sintomas associados

Dor torácica isquêmica - clínica

Características da dor
Sintomas associados



Dor torácica isquêmica - diagnóstico

História típica de dor precordial

Alterações eletrocardiográficas

Elevação enzimática



Dor torácica isquêmica - clínica

CLASSIFICAÇÃO

ANGINA ESTÁVEL

Causada por estenose fixa de artéria devido a ateroma.

ANGINA INSTÁVEL

Causada por trombo de plaqueta e fibrina + ateroma.

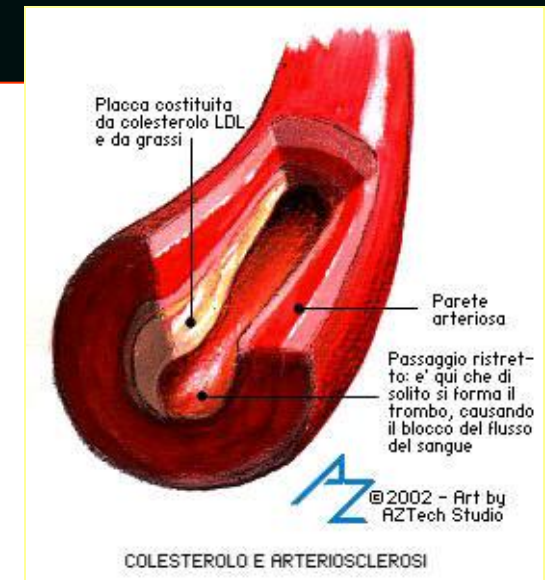
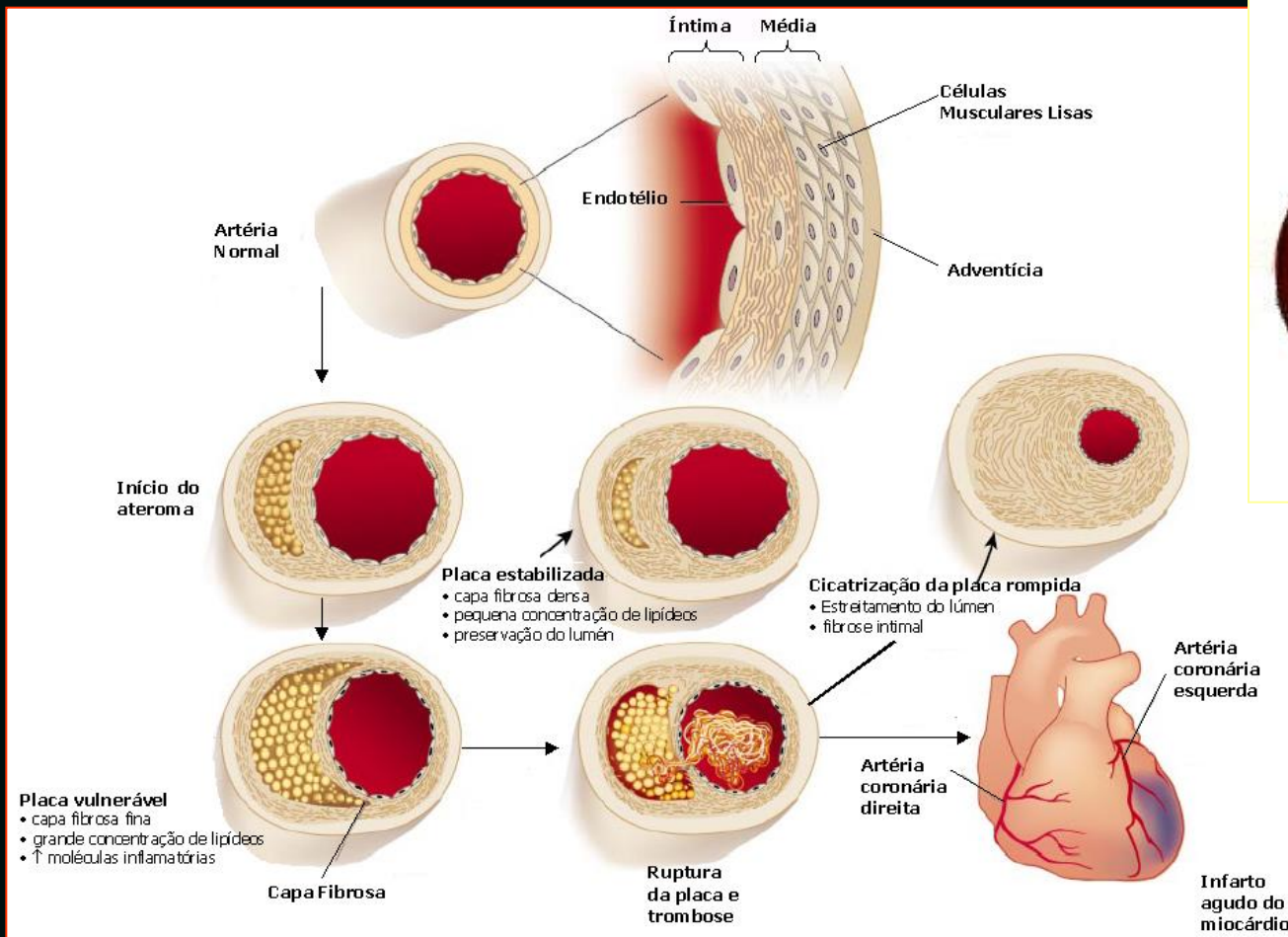
ANGINA VARIANTE

(de Prinzmetal) Causada por espasmos em artéria afetada por doença ateromatosa.

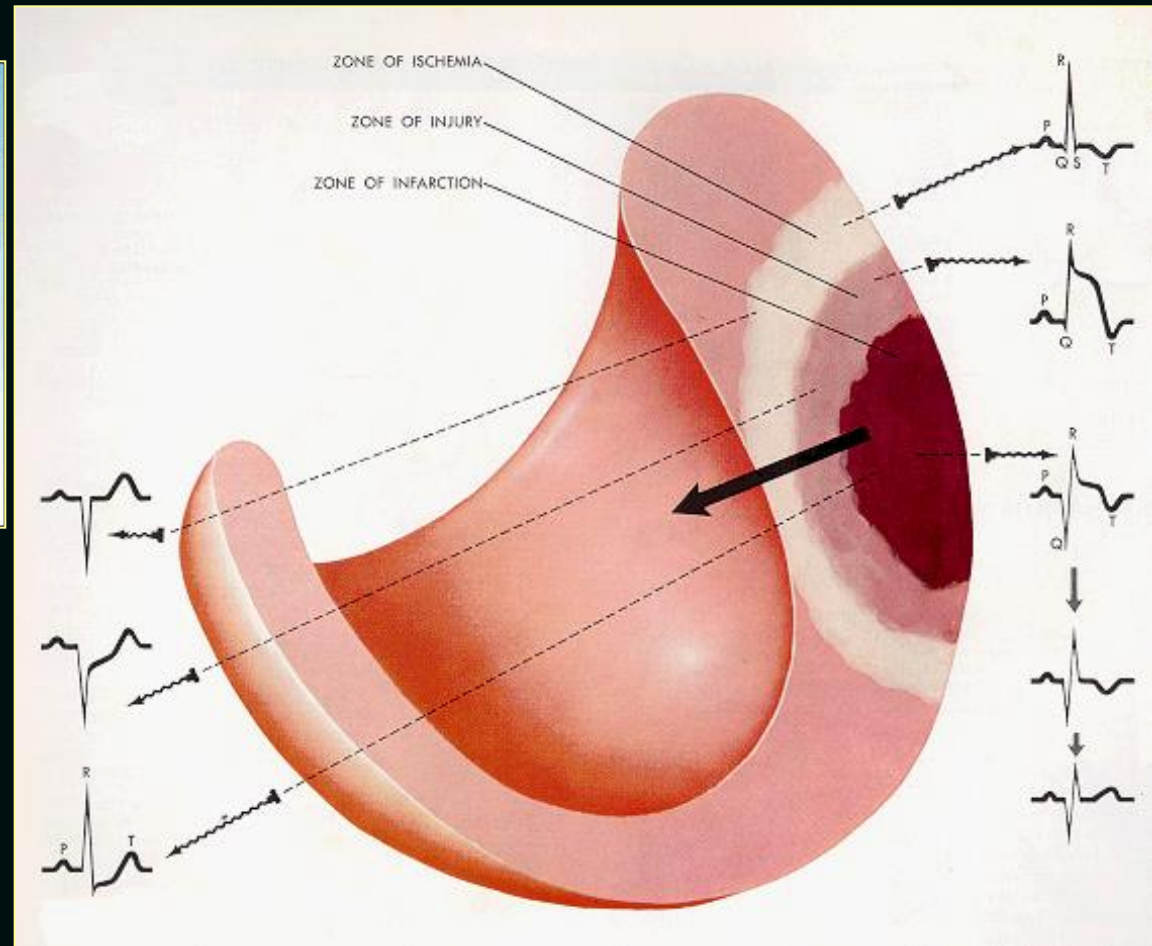
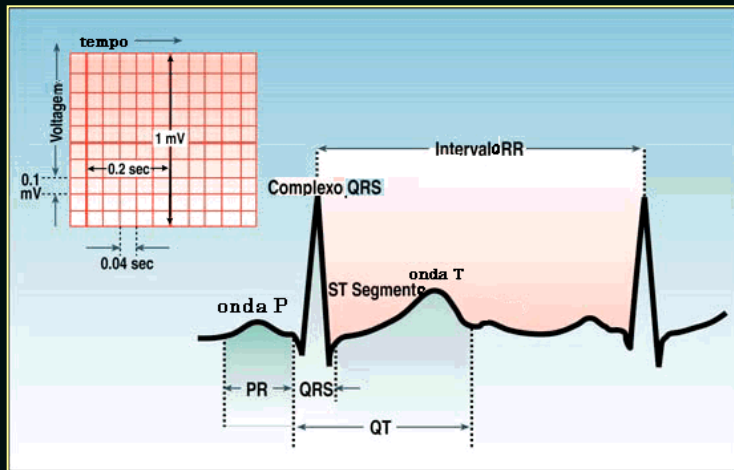
INFARTO AGUDO :é a necrose de uma parte do músculo cardíaco causada pela obstrução da irrigação Cardíaca.

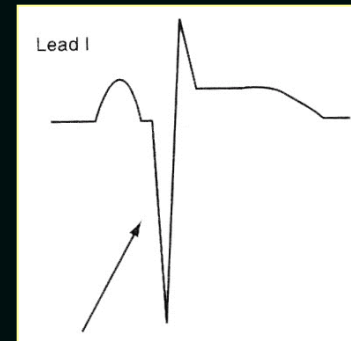
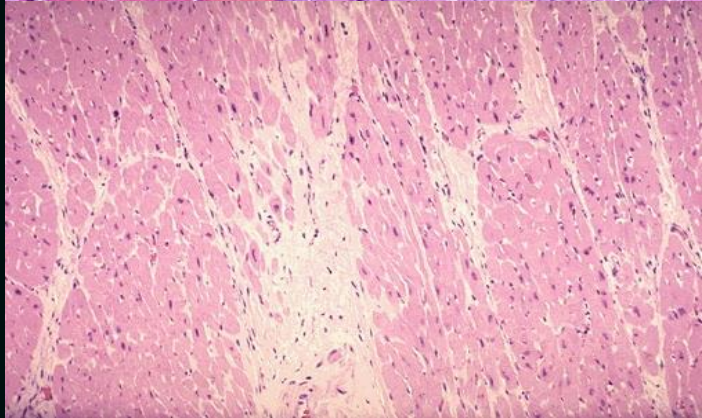
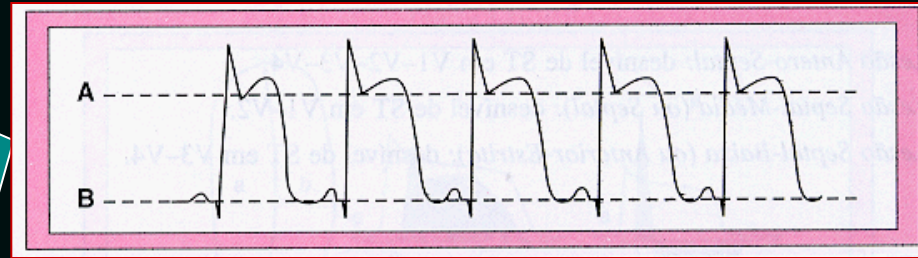
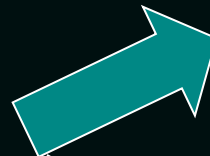
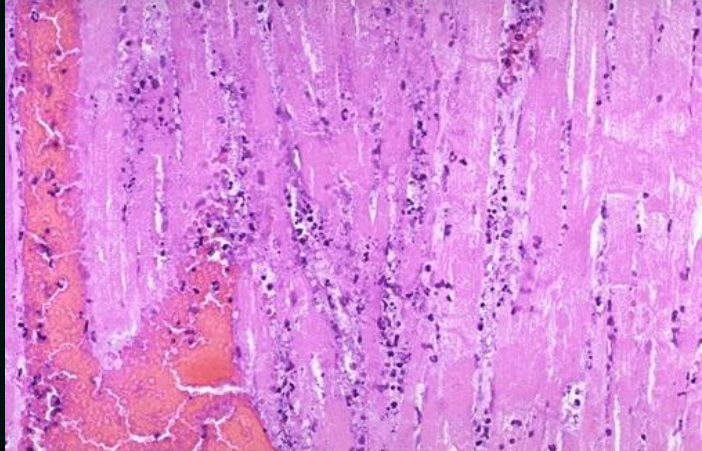
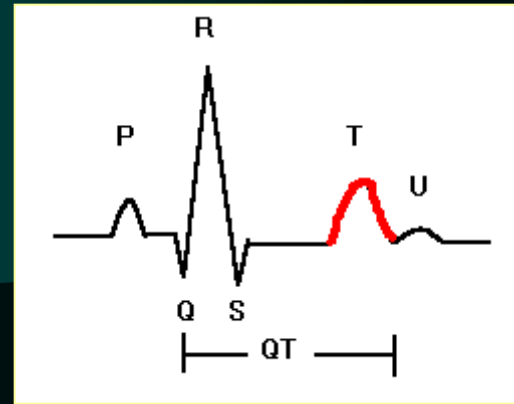
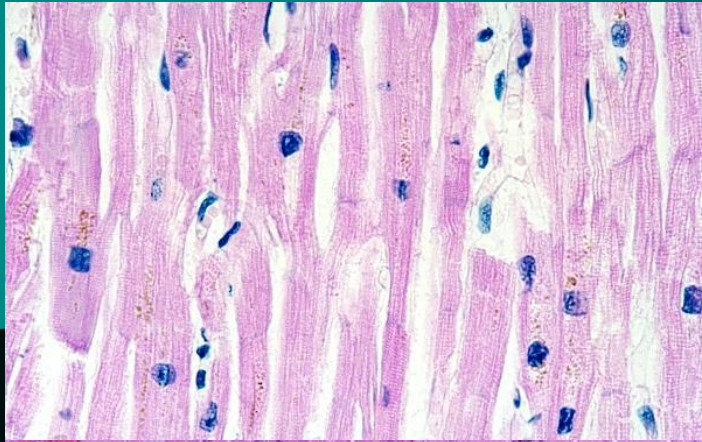


“A aterosclerose é uma doença inflamatória crônica de origem multifatorial que ocorre em resposta à agressão endotelial, acometendo principalmente a camada íntima de artérias de médio e grande calibre.”



Alterações eletrocardiográficas





Diagnóstico laboratorial

Marcadores de Necrose Miocárdica:

1. Mioglobina:
 - ✓ Músculo cardíaco e esquelético
 - ✓ Detectado na primeira hora pós-oclusão coronariana.
 - ✓ S: 60-80% imediatamente após a chegada do paciente ao hospital.
 - ✓ Taxas de falso-positivos alta encontrada em pacientes com trauma muscular, convulsões, cardioversão elétrica ou IRC. Porém VPP > 95% e VPN > 90%. E: 80%.

Diagnóstico laboratorial

2. Creatininafosfoquinase – MB:

- ✓ Músculo cardíaco, esquelético e nervoso.
- ✓ Sensibilidade de única CK-MB obtida imediatamente na chegada ao hospital em pacientes com dor torácica para o diagnóstico é baixa (30-50%).
- ✓ Quando utilizada nas primeiras 3h de admissão tem S: 80-85% e 100% de forma seriada a cada 3-4h.
- ✓ VPN – 95%

Diagnóstico laboratorial

3. Troponina:

- ✓ Encontradas somente no músculo cardíaco.
- ✓ **Marcador padrão ouro** para o diagnóstico de IAM.
- ✓ Eleva-se também: miosites, EP e IR.
- ✓ Sensibilidade: 85-99%
- ✓ São os marcadores miocárdicos mais lentos para se elevarem após oclusão coronariana. S: 20-40% (admissão). VPN: 50-80%, aumentando gradativamente nas próximas 12h: 85-95%, VPP: 75-95%.

Abordagens terapêuticas

Promover Vasodilatação

Nitratos, bloqueadores de canais de cálcio

Prevenir trombose

Antiagregante plaquetário,
antitrombínico

Remodelamento

Inibidores da ECA

Prevenir trombose

Antiagregante
plaquetário,
antitrombínico

Reduzir chance de recorrência

Repouso, controle PA, β -bloqueio

Reperusão (oclusão total)

Trombólise, angioplastia



Tratar e prevenir complicações da isquemia / necrose

B-bloqueadores,
antiarrítmicos

Obrigado pela atenção!
dmlbarreto@hotmail.com