

Abordagem avançada na gestão da dor torácica aguda: avaliação e direcionamento de condutas no setor de emergência

Advanced approach in acute chest pain management: assessment and guiding conduct in the emergency department

Enfoque avanzado en el manejo del dolor torácico agudo: evaluación y dirección de conductas en el área de emergencias

Luana Fernandes da Silva Oliveira Castro¹, Lorena Sipaubá Pitanga¹, Cecília Mendonça Miranda¹, Bruno Queiroz Claro Berbem⁴, Maria Julia Ribeiro da Costa¹, Thanyra Beatrice Vicentini Zoccoli¹, André Luiz Martins Vaz Peres², Paulo Roberto Dias Bobenrieth³, Letícia Mendonça Miranda¹, Roberta Martins Anhezini de Sousa¹.

RESUMO

Objetivo: Aprimorar a abordagem clínica da dor torácica aguda em serviços de emergência, propondo um protocolo multidisciplinar para aprimorar a eficiência diagnóstica e o manejo adequado dos pacientes.

Revisão bibliográfica: Esta produção científica aborda a complexidade da dor torácica, uma queixa frequente em serviços de urgência, enfatizando sua relevância clínica e os desafios diagnósticos enfrentados pelos profissionais de saúde. Com foco na síndrome coronariana aguda (SCA), destaca a necessidade de uma abordagem multidisciplinar eficiente, discutindo métodos diagnósticos, estratificação de risco e desafios na diferenciação de condições como pericardite, tromboembolismo pulmonar e dissecação aórtica. Enfatiza a importância de protocolos iniciais, incluindo anamnese detalhada, exame físico minucioso, eletrocardiograma e biomarcadores cardíacos. Por fim, ressalta a necessidade de evitar hospitalizações desnecessárias e procedimentos invasivos, destacando o desafio diagnóstico na dor torácica não cardíaca. **Considerações finais:** A revisão destaca a importância de estratégias eficazes de identificação, considerando a diversidade de apresentações clínicas e o potencial letal de algumas condições associadas à dor torácica aguda.

Palavras-chave: Dor torácica, Diagnóstico, Diferencial, Emergência.

ABSTRACT

Objective: Enhance the clinical approach to acute chest pain in emergency services by proposing a multidisciplinary protocol to improve diagnostic efficiency and proper patient management. **Bibliographic**

review: This scientific production addresses the complexity of chest pain, a common complaint in emergency services, emphasizing its clinical relevance and the diagnostic challenges faced by healthcare professionals. With a focus on acute coronary syndrome (ACS), it highlights the need for an efficient multidisciplinary approach, discussing diagnostic methods, risk stratification, and challenges in differentiating conditions such as pericarditis, pulmonary embolism, and aortic dissection. It emphasizes the importance of initial protocols, including detailed medical history, thorough physical examination, electrocardiogram, and cardiac biomarkers. Finally, it underscores the need to avoid unnecessary hospitalizations and invasive procedures, highlighting the diagnostic challenge in non-cardiac chest pain. **Final considerations:** The review emphasizes the importance of effective identification strategies, considering the diversity of clinical presentations and the potentially lethal nature of some conditions associated with acute chest pain.

Keywords: Chest pain, Diagnosis, Differential, Emergency.

¹ Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos (UNICEPLAC), Brasília - DF.

² Hospital Regional do Gama (HRG), Brasília - DF.

³ Centro Universitário de Brasília (UNICEUB), Brasília - DF.

⁴ Hospital das Forças Armadas (HFA), Brasília - DF.

RESUMEN

Objetivo: Melhorar el enfoque clínico del dolor torácico agudo en servicios de emergencia proponiendo un protocolo multidisciplinario para mejorar la eficiencia diagnóstica. **Reseña bibliográfica:** Esta producción científica aborda la complejidad del dolor torácico, una queja frecuente en los servicios de urgencia, enfatizando su relevancia clínica y los desafíos diagnósticos enfrentados por los profesionales de la salud. Con un enfoque en el síndrome coronario agudo (SCA), destaca la necesidad de un enfoque multidisciplinario eficiente, discutiendo métodos diagnósticos, estratificación de riesgos y desafíos en la diferenciación de condiciones como pericarditis, embolia pulmonar y disección aórtica. Se enfatiza la importancia de protocolos iniciales, incluyendo una historia clínica detallada, un examen físico exhaustivo, electrocardiograma y biomarcadores cardíacos. Finalmente, se destaca la necesidad de evitar hospitalizaciones innecesarias y procedimientos invasivos, resaltando el desafío diagnóstico en el dolor torácico no cardíaco. **Consideraciones finales:** La revisión destaca la importancia de estrategias efectivas de identificación, considerando la diversidad de presentaciones clínicas y el potencial letal de algunas condiciones asociadas con el dolor torácico agudo.

Palabras clave: Dolor torácico, Diagnóstico, Diferencial, Emergencia.

INTRODUÇÃO

Denominada coloquialmente como "dor no peito", a dor torácica emerge como um desafio clínico significativo e figura como uma das principais razões de busca por atendimento nos serviços de pronto atendimento e emergência, contabilizando aproximadamente quatro milhões de admissões anuais no Brasil. A complexidade dessa manifestação clínica se reflete na diversidade de condições médicas associadas, cada uma apresentando uma gama distinta de sintomas e níveis de gravidade (FONTANELE RM, et al., 2020; VIEIRA AC, et al., 2016; LEITE MRA, et al., 2019).

Do ponto de vista social e econômico, torna-se evidente a importância atribuída à dor torácica, dada sua elevada taxa de mortalidade e sua frequência como queixa predominante. Isso se deve, em parte, aos custos substanciais associados às internações e ao tratamento, elementos intrinsecamente ligados à necessidade de uma abordagem rápida e precisa nas unidades de emergência e urgência (SOLANGE MM, 2014).

Ao realizar a avaliação de um paciente que expressa queixa de dor torácica, os profissionais de emergência concentram-se primordialmente na análise de três causas que apresentam significativo risco à vida: dor torácica, embolia pulmonar, dissecação aórtica e Síndrome Coronariana Aguda (SCA). Dentro dessa tríade, destaca-se a SCA como a etiologia mais comum de dor torácica clinicamente relevante, sendo observada em aproximadamente 15% dos casos. Dada a sua associação com uma morbimortalidade substancial, a SCA demanda uma abordagem de admissão e tratamento imediatos, tornando crucial o enfoque inicial na gestão desses pacientes apesar de somente um terço dos casos obter confirmação diagnóstica (DELANEY MC, et al., 2017; SANTOS ES e TIMERMAN A, 2018; POLDERVAART JM, et al., 2017). Aproximadamente 50% dos pacientes com SCA não cursam com sinais e sintomas clássicos, o que representa um desafio diagnóstico. A angiografia coronária, padrão-ouro para investigação, é dispendiosa e associada a riscos de complicações. Entre as etiologias restantes, algumas são não cardíacas e geralmente não fatais, enquanto condições cardiovasculares relacionadas à dor torácica têm maior mortalidade e exigem hospitalização.

As manifestações complexas da SCA demandam experiência da equipe médica na avaliação, quantificação e identificação das origens da dor e tal complexidade ressalta a necessidade de uma abordagem multiprofissional no rastreamento e manejo da SCA (POLDERVAART, 2017; SOLANGE MM, 2014; LEITE ACS, et al. 2016).

Destarte, esta revisão tem como propósito apresentar um protocolo abrangente destinado à avaliação e manejo de pacientes que são admitidos com dor torácica nos serviços de urgência, enfatizando a relevância de uma abordagem multidisciplinar, a implementação de métodos diagnósticos contemporâneos e a eficaz alocação de recursos.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Abordagem inicial da dor torácica aguda

A abordagem inicial do paciente que se queixa de dor torácica requer uma investigação primária que aborda dois pontos essenciais: a avaliação da probabilidade de os sinais e sintomas estarem associados a uma SCA devido à doença aterosclerótica coronariana e a delimitação das chances de desenvolvimento de adversidades cardíacas, incluindo IAM, insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral, arritmias graves ou sintomas recorrentes de isquemia miocárdica. A obtenção de informações através da anamnese, eletrocardiograma e dos marcadores séricos de isquemia permite abordar essas questões com precisão e eficiência (SOLANGE MM, 2014).

Um estudo observacional retrospectivo que incluiu pacientes do pronto atendimento, envolvendo 10.564 pacientes admitidos, sendo divididos em: Grupo A (21,5%) com síndrome coronariana aguda, incluindo infarto do miocárdio (IM) tipo 1 e 2, e Grupo B (78,5%) sem SCA. No Grupo B, a primeira avaliação de marcadores cardíacos ocorreu após uma mediana de 6 horas de início dos sintomas, revelando que 81 pacientes demonstraram elevação de CK-MB e/ou mioglobina. Na segunda avaliação, 88 pacientes mantiveram elevações desses marcadores. Os pacientes com SCA no Grupo A exibiram uma predominância de dor torácica como queixa principal (DOMINGUES, C. et al., 2021).

As análises comparativas entre os grupos não revelaram discrepâncias notáveis na prevalência de diabetes e hipertensão, mas indicaram maior presença de hiperlipidemia e doença arterial coronariana prévia no Grupo A, enquanto insuficiência cardíaca prévia e tratamento anticoagulante mais frequentemente citados no Grupo B. Os principais diagnósticos no Grupo B incluíram miocardite/cardiomiopatia, infecções diversas, arritmias, doença renal, doença cerebral, sangramento abdominal, embolia pulmonar, síncope inexplicada, asma/DPOC e outros. Esses resultados destacam a complexidade da apresentação clínica de pacientes com dor torácica aguda e a importância da diferenciação entre SCA e condições não cardíacas (DOMINGUES, C. et al., 2021; BMJ, 2023).

Os procedimentos iniciais para diferenciar a etiologia da dor torácica no ambiente intra-hospitalar envolvem uma anamnese adequada e ágil, associada ao exame físico e ao exame clínico específico e direcionado, além da monitorização dos sinais vitais. Através desses mecanismos, é possível formular hipóteses diagnósticas, determinando os exames complementares mais relevantes e evitando altas hospitalares em situações de risco iminente de morte. Nesse cenário, a descrição da dor por meio da anamnese do paciente é uma parte crucial na busca pela identificação de possíveis diagnósticos diferenciais de etiologia não cardíaca, o que, quando bem delimitado, pode reduzir os custos hospitalares e as indicações de internação em UTI (GUIMARÃES DBO, et. al., 2018; SANTOS ES e TIMERMAN A, 2018; SOLANGE MM, 2014).

Diversos aspectos intrínsecos ao paciente desempenham um papel significativo no atraso do diagnóstico e na deterioração do prognóstico relacionado à dor torácica. Estes incluem o conhecimento limitado sobre a natureza dos sintomas, fatores genéticos e sociais, influência de fatores psicológicos na sensibilidade à dor, a subestimação dos sintomas de dor torácica por parte do paciente, a errônea atribuição dos sinais e sintomas a comorbidades crônicas pré-existentes e a falta de compreensão sobre os benefícios da intervenção oportuna. É pertinente ressaltar que aproximadamente 80% dos pacientes que se queixam de dor torácica e apresentam IAM não buscam atendimento médico nas duas primeiras horas do início do quadro (SANTOS ES e TIMERMAN A, 2018).

O diagnóstico preciso da dor torácica se torna imperativo no contexto do departamento de emergência, visando evitar internações prolongadas e o uso inadequado de recursos. A prevenção de diagnósticos incorretos de SCA é de suma importância, e os pacientes com dor torácica são regularmente submetidos a avaliações cardíacas detalhadas, incorporando biomarcadores cardíacos e testes de stress (IANNACCONE M, et al., 2019; MAHLER SA, et al., 2018).

Nesse cenário, os métodos diagnósticos cruciais, como marcadores de necrose miocárdica e eletrocardiograma (ECG), representam o ponto de partida no manejo da dor torácica na emergência. Um nível elevado de troponina cardíaca é o método mais utilizado e implica o diagnóstico de IAM desencadeando a

necessidade de uma abordagem terapêutica imediata. Atualmente, a troponina de alta sensibilidade (TnT-hs) ganha destaque por se tratar de um biomarcador cardíaco extremamente sensível, que elevou a precisão e reduziu significativamente o tempo necessário para detecção e diagnóstico de SCA (DELANEY MC, et al., 2017; IANNACCONE M, et al., 2019).

Estratificação de risco no contexto emergencial

O escore TRO-CTA têm se mostrado eficiente no pronto-socorro para o diagnóstico ou exclusão de condições de risco de vida e para a diferenciação entre as várias etiologias de dor torácica. Ademais, sua aplicação na dor aguda de etiologia incerta demonstrou melhorar a avaliação clínica e os resultados desses pacientes. Em contrapartida, os instrumentos ADAPT e HEART são sistemas de auxílio ao diagnóstico elaborados para identificar pacientes com dor torácica seguros para alta precoce (MONICA M, et al., 2020; STOPYRA, JP, et al., 2016).

O escore TRO-CTA tem demonstrado eficácia no ambiente do pronto-socorro, oferecendo uma ferramenta valiosa para o diagnóstico ou exclusão de condições potencialmente fatais e para a distinção entre diversas etiologias de dor torácica. Sua aplicabilidade em casos de dor torácica de etiologia incerta tem se revelado benéfica, aprimorando a avaliação clínica e os desfechos desses pacientes. Em contrapartida, os instrumentos ADAPT e HEART são sistemas desenvolvidos para auxiliar no diagnóstico, visando identificar pacientes com dor torácica que podem ser liberados com segurança e precocemente.

Essas abordagens representam estratégias importantes na gestão eficaz da dor torácica, contribuindo para uma tomada de decisão clínica mais precisa e direcionada (MONICA M, et al., 2020; STOPYRA, JP, et al., 2016). O escore HEART incorpora elementos essenciais, como a história clínica, o eletrocardiograma, a idade do paciente, fatores de risco e a troponina inicial, para estratificar o risco a curto prazo de eventos cardíacos adversos (MACEs) em casos de dor torácica. Entretanto, seu impacto na prática diária ainda é desconhecido. O sistema classifica os pacientes em três categorias de risco: baixo (pontuação de 0 a 3), intermediário (4 a 6) e alto (7 a 10).

O escore HEART destaca-se por sua aplicação fácil e sua origem baseada exclusivamente na experiência clínica, diferenciando-o de outros instrumentos (FERNANDO SM, et al., 2019; POLDERVAART JM, et al., 2017). Por outro lado, o Escore de Risco de Framingham baseia-se em alguns fatores de risco cardíaco, como a história clínica de hipertensão, diabetes, hiperlipidemia e tabagismo, entretanto, apesar de desempenharem um papel crucial na estratificação de risco geral do paciente, sua utilidade na previsão de SCA em pacientes sintomáticos ainda não foi comprovada (CHANG AM, et al., 2017).

O desafio diagnóstico na dor torácica aguda em contexto de emergência

O extenso rol de diagnósticos diferenciais associados à dor torácica aguda representa um significativo desafio para os emergencistas, sendo esta queixa responsável por aproximadamente 10% dos atendimentos em pronto socorro. A incidência de SCA, que equivale a cerca de 0,2% das dores torácicas, acrescenta uma complexidade adicional, resultando em casos nos quais pacientes são erroneamente liberados, potencialmente conduzindo a complicações clínicas futuras. Nesse contexto, a correta identificação e abordagem de todas as patologias de maior gravidade e riscos fatais torna-se de suma importância.

Destaca-se a necessidade de um atendimento sistematizado, visando aprimorar a acurácia diagnóstica e, por conseguinte, evitar hospitalizações e procedimentos diagnósticos desnecessários. Compreender as características fundamentais da dor torácica é essencial para a realização do diagnóstico diferencial. É crucial identificar o momento de início e a duração dos sintomas da dor, além do local e da intensidade da mesma, verificar se há irradiação, identificar as causas desencadeadoras e atenuadoras, analisar sintomas associados e observar a evolução do quadro em ambiente hospitalar controlado e monitorizado (SANTOS ES e TIMERMAN A, 2018).

Síndrome coronariana aguda

A abordagem da síndrome coronariana aguda inclui a angina instável e o IAM sendo provocada pela obstrução do fluxo sanguíneo devido à ruptura de placas ateroscleróticas ou trombos plaquetários, levando à isquemia do miocárdio. A evolução e a duração dessa alteração determinam se há isquemia sem necrose (angina instável) ou com necrose (IAM), sendo que o grau da obstrução e o tempo decorrido são diretamente proporcionais a possibilidade de infarto agudo do miocárdio (CHANG AM, et al., 2017; UPTODATE, 2022). Nos casos de IAM, a descrição da dor é caracterizada por sensação intensa de queimação, frequentemente associada com irradiação para o membro superior esquerdo, de caráter sufocante e duração superior a meia hora. Esse desconforto é tipicamente desencadeado por esforço não habitual e costuma aliviar-se com o repouso.

No entanto, é relevante destacar que existem sintomas não característicos que também podem manifestar-se em pacientes com dor torácica, como a epigastria, a sensação de indigestão, o desconforto torácico e a dor na região dorsal. A presença dessa diversidade de manifestações ressalta a complexidade da avaliação clínica dessa condição (VIEIRA AC, et al., 2016; GUIMARÃES DBO, et al., 2018). Dentro dessa caracterização, a SCA apresenta a angina como sinal de comprometimento miocárdico, com duas formas clássicas de apresentação: angina instável, caracterizada por dor gradual sem melhora com repouso, e angina estável, em que a dor é permanente, aumentando com o esforço e diminuindo com o repouso. Em pacientes com diabetes mellitus, as complicações neurovegetativas podem levar à ausência de dor e à presença de sudorese, muitas vezes interpretada erroneamente como hipoglicemia (MIRANDA AVS e RAMPELLOTTI LF, 2019).

No diagnóstico da SCA, um ECG normal reduz a chance de IAM, mas não a exclui totalmente, uma vez que aproximadamente 6% dos casos apresentam ECG normal e terão IAM. A precisão inicial do ECG para IAM, quando se utiliza como critério diagnóstico o supradesnível do segmento ST, varia entre 45% e 60%, destacando a importância da avaliação seriada (SANTOS ES e TIMERMAN A, 2018; THOMSETT R e CULLEN L, 2018). Os pacientes são classificados de acordo com risco, utilizando valores de biomarcadores e testes invasivos ou não. A introdução de troponinas de alta sensibilidade possibilitou uma melhor identificação de casos de risco, permitindo a rápida exclusão diagnóstica para IAM por meio de biomarcadores (GIBBS J e MCCORD J, 2020; THOMSETT R e CULLEN L, 2018).

Acerca da necrose miocárdica, as enzimas e proteínas específicas liberadas podem ser identificadas e quantificadas por análise sanguínea. Mioglobina, creatinoquinase isoenzima MB (CK-MB), CK-MB e as troponinas I e T são as principais substâncias séricas envolvidas (SANTOS ES e TIMERMAN A, 2018). O uso do escore de cálcio coronário (ECC) tem se mostrado benéfico na análise de dor torácica aguda de causa provavelmente anginosa, oferecendo uma alternativa quando métodos, como testes funcionais ou angiotomografias coronárias, não estão disponíveis ou são contraindicados (MAGALHÃES TA, et al., 2017).

A síndrome coronariana aguda, que abrange aproximadamente 10 - 20% dos pacientes com queixa de dor torácica, demanda uma diferenciação eficaz e precisa a fim de otimizar o tempo de atuação da equipe multidisciplinar e realização de procedimentos invasivos desnecessários, ressaltando a importância de métodos de diagnóstico precisos, visto que a doença vascular coronariana permanece sendo a principal causa de mortalidade de adultos nos países desenvolvidos (FERNANDO SM, et al., 2019; UPTODATE, 2022).

Pericardite

A pericardite, em sua maioria, é uma condição de etiologia viral e engloba diversas razões para a inflamação do pericárdio. Pode estar associada a infecções recentes, muitas vezes não diagnosticadas anteriormente. Em sua manifestação clássica, é observada após doenças do trato respiratório e gastrointestinal. Na presença de pericardite não viral, é crucial considerar outras potenciais causas, tais como a etiologia bacteriana, caracterizada pela presença de febre elevada, pericardite urêmica em casos de insuficiência renal, pericardite tuberculosa, pericardite autoimune e pericardite associada ao vírus HIV. (OLIVEIRA DS, et al., 2019; RAHMAN A e AVADHESH S, 2017).

A sintomatologia da pericardite é predominantemente caracterizada por dores retroesternais agudas, evidenciadas em mais de 98% dos casos, com irradiação para o pescoço e braços, assemelhando-se à dor

anginosa. Adicionalmente, a progressão da dor relacionada à inspiração profunda e à posição supina são achados frequentemente descritos na literatura médica. Embora a fricção pericárdica seja um sinal incomum, sua ocorrência é significativa, sendo observada em cerca de 35% dos pacientes. Quando identificada, apresenta um som agudo semelhante ao ruído produzido por velcro, sendo mais facilmente auscultado na borda esternal inferior esquerda durante a fase de expiração do paciente, preferencialmente posicionado para frente (RAHMAN A e AVADHESH S, 2017).

No ECG, são identificados sinais clássicos da pericardite, como elevação côncava e alargada do segmento ST, sem inversão da onda T ou Q, e elevação do segmento ST semelhante ao IAM. No departamento de emergência, constatou-se que 5% dos casos de dor torácica correspondiam a pericardite aguda, sendo que 1% apresentava supradesnivelamento de ST. O diagnóstico foi mais precisamente definido quando a razão ST/T era $\geq 0,2$. Biomarcadores relacionados à pericardite, como as troponinas, podem apresentar alterações, semelhantes a outros tipos de lesões cardiológicas (OLIVEIRA DS, et al., 2019; RAHMAN A e AVADHESH S, 2017).

As abordagens terapêuticas adotadas fundamentam-se no uso de anti-inflamatórios não esteroidais e colchicina. Possíveis complicações associadas aos casos de pericardite incluem derrame pericárdico e tamponamento cardíaco, sendo essas confirmadas por meio do ecocardiograma. O tamponamento, em particular, apresenta maior potencial letal e é caracterizado por achados clínicos como bulhas cardíacas abafadas, hipotensão, turgência jugular e pulso paradoxal (RAHMAN, 2017).

Tromboembolismo Pulmonar

A prevalência da embolia pulmonar (EP) é aproximadamente superior a 1 por 1.000 pacientes, contudo, o diagnóstico frequentemente é negligenciado, o que pode resultar em uma subestimação da incidência. A taxa de mortalidade associada à EP apresenta uma considerável variação, influenciada pelas comorbidades do paciente e pelas dimensões do êmbolo. A pronta identificação e intervenção têm o potencial de diminuir a mortalidade associada a êmbolos pulmonares de grande porte, especialmente aqueles que cursam com instabilidade hemodinâmica (UPTODATE, 2022). A EP está associada a fatores de risco, tais como a presença ou suspeita de trombose venosa profunda (TVP), histórico prévio de TVP/PE, malignidade, traumas, cirurgia, imobilidade prolongada e o uso de estrogênio exógeno. Os sintomas clássicos em pacientes suspeitos de tromboembolismo pulmonar incluem dor pleurítica aguda, falta de ar, hemoptise, taquicardia e hipoxemia (THOMSETT R e CULLEN L, 2018).

No eletrocardiograma (ECG), observam-se padrões normais ou alterações inespecíficas, como taquicardia, S1Q3T3, bloqueio direito incompleto/completo do feixe de His, desvio do eixo cardíaco para a direita, inversão da onda T, ondas Papiculadas e flutter atrial. A aplicação de escores, como a pontuação de WELLS, simplifica a determinação da doença e orienta o manejo clínico. Em casos de baixa probabilidade, um teste negativo de D-dímero exclui a embolia pulmonar. O diagnóstico definitivo comumente envolve o uso de angiografia pulmonar por tomografia na maioria dos pacientes (THOMSETT R e CULLEN L, 2018).

Dissecção Aórtica Aguda

A incidência estimada de dissecção aórtica é de aproximadamente 3 casos por 100.000 pacientes anualmente, embora este número possa subestimar a incidência real devido a óbitos ocorridos antes do diagnóstico. Este fenômeno afeta predominantemente indivíduos hipertensos na sétima década de vida, podendo manifestar-se em pacientes mais jovens, especialmente aqueles com anomalias na valva aórtica ou tecido conjuntivo. O início da dissecção geralmente ocorre com a ruptura da camada mais interna da parede aórtica, viabilizando o fluxo sanguíneo entre a camada íntima e média. A propagação subsequente da dissecção, causada pelo fluxo sanguíneo pulsátil, resulta na obstrução dos ramos arteriais, levando a lesões isquêmicas nas áreas por eles perfundidas (UPTODATE, 2022). O quadro clínico do hematoma intramural da aorta, juntamente com outras síndromes aórticas agudas, assemelha-se à apresentação clássica da dissecção aórtica aguda. A dor decorrente da dissecção de aorta geralmente apresenta início abrupto, caracterizada por um caráter lacerante ou dilacerante, com irradiação para o espaço interescapular. Essa manifestação pode estar acompanhada de dispneia, síncope, dor abdominal ou sintomas neurológicos. O

exame físico frequentemente não revela anormalidades; no entanto, em casos de alterações, podem-se observar déficits neurológicos, hipertensão, isquemia periférica, sons cardíacos abafados, diferenças de pressão ou de pulsos entre os membros direito e esquerdo, sopros cardíacos, distensão venosa ou fricção pericárdica (UPTODATE, 2022; THOMSETT R e CULLEN L, 2018).

Dor Torácica Não Cardíaca (DTNC)

A Dor Torácica Não Cardíaca (DTNC) representa 4,2% das consultas no serviço de emergência, demandando uma avaliação diagnóstica minuciosa com investigação cardiológica formal e testes sequenciais de troponina cardíaca. Predominantemente, os pacientes recebem diagnóstico de alta, sendo categorizados com dor torácica musculoesquelética ou inespecífica. Observou-se, adicionalmente, que 50% desses pacientes apresentam refluxo gastrointestinal subjacente, enquanto as doenças psiquiátricas exercem rara influência (WERTLI MM, et al., 2019).

A DTNC pode ser atribuída a diversas causas, incluindo manifestações gastrointestinais como refluxo gastroesofágico, espasmo, ruptura (síndrome de Boerhaave) ou inflamação esofágica. Uma hérnia de hiato deslizante também pode resultar em dor torácica. A pancreatite, por sua vez, pode gerar desconforto referido no peito. Causas musculoesqueléticas, como contusões, fraturas de costelas, distensões musculares intercostais e costochondrite, são destacadas. Pacientes com ataques de pânico frequentemente descrevem aperto no peito e sensação de morte iminente, sendo este um diagnóstico de exclusão importante no pronto-socorro. Por fim, condições menos comuns que podem se cursar com dor torácica incluem herpes zoster, dor ou desconforto associado a condições inflamatórias e doenças vasculares, como lúpus, sarcoidose, esclerodermia, doença de Kawasaki, poliarterite nodosa e arterite de Takayasu (UPTODATE, 2022).

Algoritmo avançado para avaliação e condutas no ambiente de emergência

É crucial que os médicos de emergência evitem a conclusão precoce do diagnóstico definitivo com base apenas na história clínica ou em testes diagnósticos inespecíficos. A presença frequente de apresentações "atípicas" amplia a importância de interpretar corretamente esses casos, visto que uma interpretação equivocada pode aumentar o risco de resultados adversos. Para mitigar esses desafios, é apresentado um algoritmo que oferece uma estrutura sistemática para a avaliação de pacientes com dor torácica aguda no ambiente de emergência. Este algoritmo busca evitar conclusões precipitadas e considera a diversidade de apresentações clínicas (UPTODATE, 2022).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da complexidade do diagnóstico diferencial na dor torácica, crucial para orientar o tratamento adequado da Síndrome Coronariana Aguda (SCA), os profissionais nas unidades de urgência e emergência necessitam familiarizar-se com as diversas causas e características clínicas associadas a essa manifestação. Este estudo destaca a importância de conhecer as causas, incidência e aspectos epidemiológicos da dor no peito para otimizar a abordagem clínica. Apesar dos avanços em métodos diagnósticos, a dor torácica continua a ser um desafio, demandando a constante melhoria de protocolos clínicos. A implementação eficiente desses protocolos é vital, especialmente considerando as limitações de recursos nos serviços de urgência. Um diagnóstico preciso é essencial para intervenções oportunas, mitigando complicações e riscos. Portanto, a busca por estratégias mais eficazes de identificação, aliada ao desenvolvimento de abordagens terapêuticas personalizadas, é imperativa para aprimorar a gestão global da dor torácica aguda nos serviços de emergência.

REFERÊNCIAS

1. AVALIAÇÃO DA DOR TORÁCICA - Diagnóstico diferencial dos sintomas | BMJ Best Practice. Disponível em: <<https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/301>>. Acesso em: 14 dez. 2023.
2. CHANG AM, et al. Evaluation of Chest Pain and Acute Coronary Syndromes. *Cardiology Clinics*, 2018; 36(1): 1-12.

3. DELANEY MC, et al. Chest pain triage: Current trends in the emergency departments in the United States. *Journal of Nuclear Cardiology*, 2017; 24(6): 2004–2011.
4. DOMINGUES C, et al. Valor Prognóstico de Níveis Elevados de Troponina I Isolados em Pacientes sem Síndrome Coronariana Aguda Admitidos no Serviço de Emergência. *Arq. Bras. Cardiol.*, v. 116, n. 5, p. 928–937, 6 abr. 2021.
5. FERNANDO SM, et al. Prognostic Accuracy of the HEART Score for Prediction of Major Adverse Cardiac Events in Patients Presenting With Chest Pain: A Systematic Review and Meta-analysis. *Academic Emergency Medicine: Official Journal of the Society for Academic Emergency Medicine*, 2019; 26(2): 140-151.
6. GIBBS J e MCCORD J. Chest Pain Evaluation in the Emergency Department: Risk Scores and High-Sensitivity Cardiac Troponin. *Current Cardiology Reports*, 2020; 22(7): 49.
7. GUIMARÃES DBO, et. al. Tempo porta eletrocardiograma em pacientes com dor torácica na emergência. *Revista de Enfermagem – UFPE*, 2018; 12(4): 1027–1036.
8. IANNACCONI M, et. al. Diagnostic accuracy of functional, imaging and biochemical tests for patients presenting with chest pain to the emergency department: A systematic review and meta-analysis. *European Heart Journal Acute Cardiovascular Care*, 2019; 8(5): 412-420.
9. LEITE ACS, et al. Intensidade da dor torácica aguda em unidade de emergência cardiopulmonar. *Revista Dor*, 2016; 17(3): 159-63.
10. LEITE MRA, et al. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DOR TORÁCICA NA EMERGÊNCIA. *Revista interdisciplinar em saúde*, 2019; 6(5): 111–27.
11. MAGALHÃES TA, et al. Calcium Score Use in Isolation in Acute Chest Pain Setting - Is It Sufficient? *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 2017; 109(2): 94-96.
12. MAHLER SA, et al. Safely Identifying Emergency Department Patients With Acute Chest Pain for Early Discharge. *Circulation*, 2018; 138(22): 2456–2468.
13. MIRANDA AVS e RAMPALLOTTI LF. “Incidência Da Queixa de Dor Torácica Como Sintoma de Infarto Agudo Do Miocárdio Em Uma Unidade de Pronto-Atendimento”. *Brazilian Journal Of Pain*, 2019; 2(1): 44-48.
14. MONICA M, et al. Computed Tomographic Angiography for Risk Stratification in Patients with Acute Chest Pain - The Triple Rule-out Concept in the Emergency Department. *Current Medical Imaging Reviews*, 2020; 16(2): 98-110.
15. OLIVEIRA DS, et al. Diagnóstico diferencial de pericardite aguda no infarto agudo do miocárdio com supradesnívelamento de segmento ST: relato de caso. *Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica*, 2019; 17(1): 38-40.
16. POLDERVAART JM, et al. Effect of Using the HEART Score in Patients With Chest Pain in the Emergency Department: A Stepped-Wedge, Cluster Randomized Trial. *Annals of Internal Medicine*, 2017; 166(10): 689-697.
17. RAHMAN A e AVADHESH S. Pericarditis. *Chest Pain*, 2017; 46(11): 810-814.
18. SANTOS ES e TIMERMANN A. Dor torácica na sala de emergência: quem fica e quem pode ser liberado? *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo*, 2018; 28(4): 394-402.
19. SOLANGE MM. Dor torácica no setor de urgência/emergência: revisão de literatura. Dissertação (Programa de Pós-graduação em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde, Florianópolis, 2014; 25 p.
20. STOPYRA JP, et al. Chest Pain Risk Stratification: A Comparison of the 2-Hour Accelerated Diagnostic Protocol (ADAPT) and the HEART Pathway. *Critical Pathways in Cardiology*, 2016; 15(2): 46-49.
21. THOMSETT R e CULLEN L. The assessment and management of chest pain in primary care: A focus on acute coronary syndrome. *Australian Journal of General Practice*, 2018; 5(47): 246-251.
22. VIEIRA AC, et al. Perception of emergency nurses in using a chest pain assessment protocol. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 2016; 25(1).
23. VOLSCHAN A, et al. I Diretriz de Dor Torácica na Sala de Emergência. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 2022; 79,1–22.
24. UPTODATE. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-the-adult-with-chest-pain-in-the-emergency-department?search=dor%20tor%C3%A1cica&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2>. Acesso em: 14 dez. 2023.
25. WERTLI MM, et al. Non-cardiac chest pain patients in the emergency department: Do physicians have a plan how to diagnose and treat them? A retrospective study. *PloS one*, 2019; 14(2): e.0211615.