

Dor Definitivamente Anginosa e suas Principais Características

Tiago de Souza Lopes

Universidade Severino Sombra, Centro de Ciências da Saúde,
Faculdade de Medicina, Acadêmico do curso de medicina,
Membro da Liga de Cardiologia Prof. Paulo Dias da Costa -
Unidade de Dor Torácica,
tiagoiguatu@hotmail.com

Paola Coabianco Gentile

Universidade Severino Sombra, Centro de Ciências da Saúde,
Faculdade de Medicina, Acadêmica do curso de medicina,
Membro da Liga de Cardiologia Prof. Paulo Dias da Costa -
Unidade de Dor Torácica,
paola_pcg@hotmail.com

Ana Gabriela Menezes de Jesus Torres

Universidade Severino Sombra, Centro de Ciências da Saúde,
Faculdade de Medicina, Acadêmica do curso de medicina,
Membro da Liga de Cardiologia Prof. Paulo Dias da Costa -
Unidade de Dor Torácica,
gabimenezes_7@yahoo.com.br

Luana Sara de Souza

Universidade Severino Sombra, Centro de Ciências da Saúde,
Faculdade de Medicina, Acadêmica do curso de medicina,
Membro da Liga de Cardiologia Prof. Paulo Dias da Costa -
Unidade de Dor Torácica,
saraludesouza@hotmail.com

Everton Pimenta da Silva

Universidade Severino Sombra, Centro de Ciências da Saúde,
Faculdade de Medicina, Acadêmico do curso de medicina, Membro
da Liga de Cardiologia Prof. Paulo Dias da Costa - Unidade de
Dor Torácica, evertonpimenta99@hotmail.com

Marlon Mohamud Vilagra

Universidade Severino Sombra, Centro de Ciências da Saúde,
Faculdade de Medicina, Professor Assistente das Disciplinas de
Programa de Aproximação à Prática Médica II, III, IV, V. Prof.
Coordenador da Liga de Cardiologia Prof. Paulo Dias da Costa
- Unidade de Dor. Médico do Serviço de Cirurgia Cardíaca do
Hospital Universitário Sul Fluminense

***Resumo:** A dor torácica pode ser classificada como de origem cardíaca ou não. Dentre as de origem cardíaca, podemos dividi-las ainda em isquêmica ou não-isquêmica. Das dores isquêmicas, a dor definitivamente anginosa apresenta clínica característica de uma síndrome coronariana aguda (SCA).*

Esse trabalho tem como objetivo, descrever as principais características da dor torácica apresentada pelos pacientes previamente diagnosticados com dor definitivamente anginosa e traçar o perfil clínico da dor apresentada pelo mesmo. Foram analisadas anamneses de 120 pacientes com dor definitivamente anginosa e avaliadas as principais características da dor apresentada, como: localização, irradiação, qualidade da dor, intensidade, duração, fatores desencadeantes e atenuantes. O perfil da dor torácica apresentado pelo paciente se caracteriza predominantemente como uma dor retroesternal, do tipo compressiva, sem irradiação, de intensidade 9-10, em uma escala de zero a dez, com duração maior que 20 minutos, precedida pelo repouso e atenuada com o uso de nitrato.

Palavras-chave: Dor torácica. Dor definitivamente anginosa. Características.

Definitely Angina Pain and Main Features

Abstract: *Chest pain can be classified as cardiac in origin or not. Among the cardiac origin, we can split it even in ischemic or non ischemic. Of ischemic pain, angina pain once the clinical features characteristic of an acute coronary syndrome. This paper aims to describe the main features of chest pain reported by patients previously diagnosed with angina pain once and outline the clinical profile presented by the same pain. We analyzed case histories of 120 patients with anginal pain once and evaluated the major pain characteristics, such as location, radiation, quality of pain, intensity, duration, precipitating factors and mitigating circumstances. The profile of the patient chest pain is characterized as a predominantly retrosternal pain, compression type, without irradiation, intensity 9-10, on a scale of zero to ten, lasting longer than 20 minutes, preceded by rest and decreases with the use of nitrate.*

Keywords: Chest pain. Anginal pain once. Features.

Introdução

As doenças cardiovasculares continuam sendo as principais causas de mortalidade em nosso país. Dados do Ministério da Saúde demonstram que no ano 2006 cerca de 302.817 indivíduos foram a óbito devido a tais doenças (Ferreira & Madeira, 2011). A síndrome coronariana aguda é um dos diagnósticos mais comuns nas unidades de emergência. Nos Estados Unidos aproximadamente 1,4 milhões de pessoas são hospitalizadas anualmente com síndrome coronariana aguda, destas um terço são diagnosticadas com infarto agudo do miocárdio e os dois terços restantes possuem angina instável ou infarto agudo do miocárdio sem elevação do segmento ST (Trost et al., 2011).

Dor é uma experiência complexa, multideterminada, subjetiva e pessoal. É uma experiência sensorial e emocional desagradável relacionada a lesão tissular (*International Association for the Study of Pain* 1994). Dor decorrente de órgãos viscerais, por exemplo, coração ou

do trato gastrointestinal, difere em muitos aspectos das dores resultantes das estruturas somáticas, tais como a pele. Dor visceral é difícil de localizar, é de caráter difuso, e é normalmente referido em estruturas somáticas. Além disso, é muitas vezes associada a uma maior resposta autonômica e motora do que é dor somática (Brown & Hamilton, 2010).

A dor torácica é um sintoma causado por várias doenças potencialmente fatais e tem um diagnóstico diferencial bem amplo. Entre eles destacam-se as síndromes coronarianas agudas, a dissecação da aorta, embolia pulmonar, pneumotórax, pericardite e ruptura do esôfago. Devido à sua alta incidência e potencial letalidade, as síndromes coronarianas agudas são os diagnósticos mais significativos de dor torácica (Brown & Hamilton, 2010). A causa mais comum de dor torácica de etiologia cardíaca é a isquemia miocárdica secundária à coronariopatia (Caldas et al., 2005).

O *Coronary Artery Surgery Study* (CASS) apresentou uma classificação direcionada ao diagnóstico do tipo de dor em pacientes com suspeita de doença arterial coronariana, que é útil na estimativa de probabilidade de síndrome coronariana aguda (Chaitman et al., 1981). Nesse estudo, foi possível classificar a dor precordial em quatro grupos distintos: dor definitivamente anginosa, provavelmente anginosa, provavelmente não anginosa ou definitivamente não anginosa (Pesaro et al., 2007)

A dor definitivamente anginosa é caracterizada como, dor ou desconforto retroesternal ou precordial em opressão ou queimação, geralmente precipitada pelo esforço físico, podendo-se irradiar para ombro, mandíbula ou face interna do braço ou ambos, com duração de alguns minutos, e aliviada pelo repouso ou uso de nitrato em menos de 10 minutos (Chaitman et al., 1981).

A dor provavelmente anginosa tem a maioria, mas não todas as características da dor definitivamente anginosa. A provavelmente não anginosa tem poucas características da dor definitivamente anginosa é uma dor atípica, e por fim a dor definitivamente não anginosa não possui nenhuma característica da dor anginosa e é fortemente indicativa de diagnóstico não cardiológico (Pesaro et al., 2007).

O primeiro passo na abordagem de um paciente com dor torácica é saber caracterizá-la por meio da realização de uma breve história clínica, que continua sendo um dos mais importantes pontos na avaliação (Pesaro et al., 2007).

Vários estudos têm sido realizados para determinar a acurácia diagnóstica e a utilidade da história clínica e do eletrocardiograma em pacientes admitidos na sala de emergência com dor torácica para o diagnóstico de infarto agudo do miocárdio. A característica anginosa da dor torácica tem sido identificada como o dado com maior poder preditivo de doença coronariana aguda (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2001).

A característica anginosa da dor será o dado de maior valor no diagnóstico da síndrome coronariana aguda, diante desse contexto esse estudo é relevante no sentido de revisar as principais manifestações da dor definitivamente anginosa e para tanto tem como objetivo, descrever as características da dor torácica apresentada pelo paciente previamente diagnosticado com dor definitivamente anginosa e traçar o perfil clínico da dor apresentada pelo mesmo (Oliveira & Leitão, 2010).

Metodologia

Trata-se de um estudo quantitativo descritivo realizado no Hospital Universitário Sul Fluminense (HUSF) localizado na cidade de Vassouras-RJ, onde foram analisadas anamneses de 120 pacientes com dor definitivamente anginosa, atendidos pela Unidade de Dor Torácica (UDT) do referido hospital, no período de 2006 a 2009. Foram escolhidas aleatoriamente 30 anamneses de cada ano, analisado e avaliadas as principais características da dor apresentada, como: localização, irradiação, qualidade da dor, intensidade, duração, fatores desencadeantes e atenuantes. Após a análise dos dados foi determinada a incidência e prevalência de cada item citado anteriormente, traçando o perfil do paciente com dor definitivamente anginosa atendido na UDT do HUSF.

Resultados e Discussão

De acordo com a localização da dor, 44,18% apresentaram dor retroesternal, 41,86% precordialgia; 10,08% face anterior do tórax; 1,55% região esternal alta e a mesma porcentagem para a paraesternal e 0,78% abaixo da mama esquerda, como mostra a tabela 1.

Tabela 1. Localização da dor torácica em pacientes com dor definitivamente anginosa

Localização da dor torácica	
Retroesternal	44,18%
Precordial	41,86%
Face anterior do tórax	10,08%
Região esternal alta	1,55%
Paraesternal	1,55%
Abaixo da mama esquerda	0,78%

Segundo a qualidade da dor, 27,59% foi do tipo compressiva, 8,45% súbita, 24,83% em aperto, 4,14% com sensação de peso, 10,35% dos pacientes tinham uma dor contínua, 19,31% do tipo em queimação, 1,38% esmagamento, 1,38% de qualidade dilacerante, 1,38% em pontadas e 1,38% aguda.

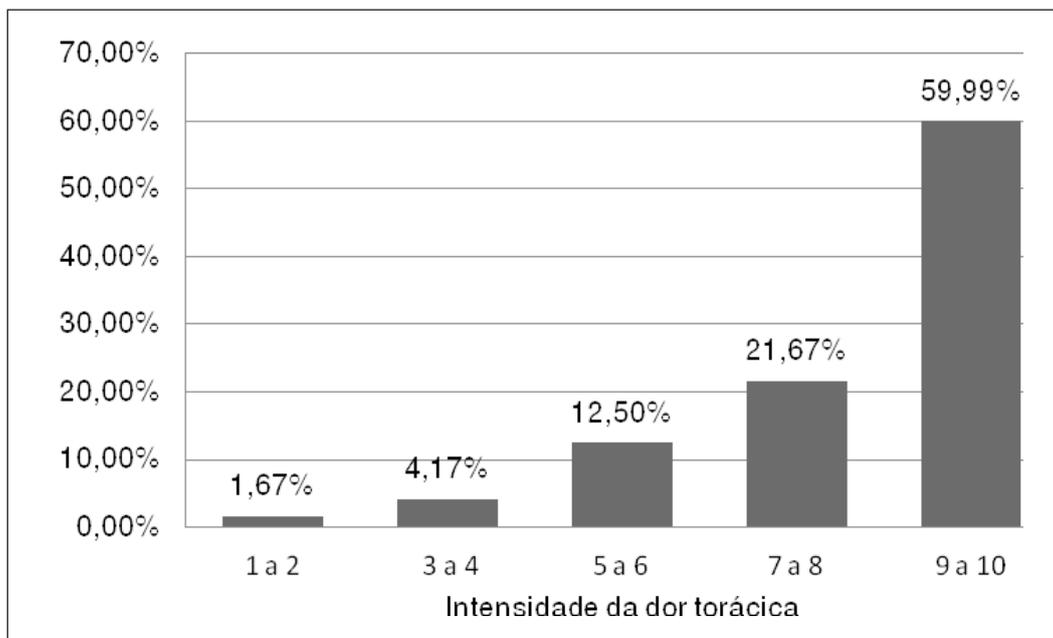
Para quantificar a intensidade da dor foi utilizada uma escala de zero a dez, e dessa forma 1,67% dos pacientes graduaram sua dor como de intensidade 1 ou 2; 4,17% como 3 ou 4; 12,5% como 5 ou 6; 21,67% como 7 ou 8; sendo que a maioria 43,33% dos indivíduos

Dor Definitivamente Anginosa e suas Principais Características

Tiago de Souza Lopes - Paola Coabianco Gentile - Ana Gabriela Menezes de Jesus Torres - Luana Sara de Souza - Everton Pimenta da Silva - Marlon Mohamud Vilagra

quantificaram como uma dor de intensidade 9 ou 10 que caracteriza uma das piores dores da sua vida. Ver gráfico 1.

Gráfico 1. Intensidade da dor torácica apresentada pelo paciente com dor definitivamente anginosa. (Quantificada de zero a dez).



A maioria dos pacientes não referiram irradiação da dor, sendo estes 48,8% da amostra. Nos que apresentaram irradiação da dor o local de maior incidência foi o membro superior esquerdo com 19,23% seguido de 10,58% para a mandíbula e 9,62% para o pescoço. Ver tabela 2.

Tabela 2. Local de irradiação da dor torácica em pacientes com dor definitivamente anginosa

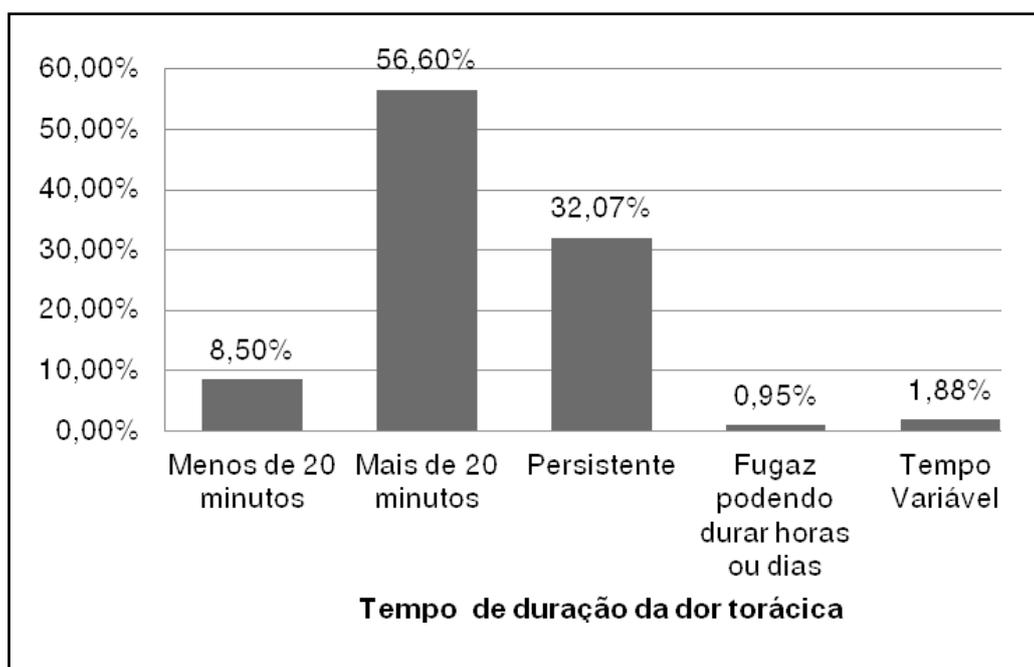
Local de Irradiação	
Sem irradiação	48,8%
Membro superior esquerdo	19,23%
Mandíbula	10,58%
Região cervical	9,62%
Costas	7,70%
Região epigástrica	3,84%
Abdome	0,96%

Dor Definitivamente Anginosa e suas Principais Características

Tiago de Souza Lopes - Paola Coabianco Gentile - Ana Gabriela Menezes de Jesus Torres - Luana Sara de Souza - Everton Pimenta da Silva - Marlon Mohamud Vilagra

Em relação ao tempo de duração da dor, 8,50% dos pacientes referiram que a dor durava menos de 20 minutos; 56,60% com excedia o tempo de 20 minutos; 1,88% tinham um tempo variável de duração; 32,07% deles apresentavam uma dor persistente e 0,95% a dor era fugaz e podendo durar horas ou dias, como mostra o gráfico 2.

Gráfico 2. Tempo de duração da dor torácica apresentada pelo paciente com dor definitivamente anginosa. (Quantificada de zero a dez)



Com relação à situação que precedeu o início da dor, 31,64% referiram o esforço habitual; 6,33% a realização de esforço não-habitual; 8,86% das dores foram precedidas por emoção forte; 46,84% estavam em estado de repouso e o restante 6,33% dos pacientes foi precedida por outros acontecimentos.

A dor obteve melhora inicial pelo repouso em 19,35% dos indivíduos, e em 44,09% dos pacientes houve atenuação apenas após o uso de medicação (nitrito), 6,45% deles tiveram melhora da dor com analgésicos comuns, 17,21% não obteve melhora mesmo após uso de medicação e 12,93% após outros procedimentos.

Embora a apresentação clínica de pacientes com isquemia miocárdica aguda possa ser muito diversa, cerca de 75% a 85% dos pacientes apresentam dor torácica como sintoma predominante [Santoro Batista e Pimenta 2008]. Todos os avaliados nesse estudo possuíam quadro álgico torácico.

A dor costuma localizar-se na região retroesternal e afeta uma área do tamanho da mão em forma de “garra”, maneira como freqüentemente os pacientes se referem à dor e a localizam, classicamente conhecido com Sinal de Levine, corroborando com o nosso resultado (Casagrande, 2002).

Pode irradiar-se para o pescoço, mandíbula, membros superiores (principalmente o

esquerdo), região dorsal e cervical e porção superior do abdômen, sendo mais pronunciada em uma dessas áreas ou, mais raramente, ser sentida apenas em uma ou mais delas (Casagrande, 2002). Em nosso estudo a maioria não possuía irradiação da dor e os que apresentaram estão de acordo com o exposto acima.

Em se tratando de angina estável esta é normalmente precipitada pelo exercício, emoções, pelo ato de alimentar-se ou pelo frio, podendo ser reproduzida ou acentuada por determinadas atividades, como banhos frios, banhos quentes e fumo, por exemplo. A angina é normalmente aliviada em 5 a 15 minutos pelo repouso, com ou sem o uso de vasodilatadores, embora estas drogas acelerem o alívio (Casagrande, 2002).

Em caso de SCA a dor possui tempo mais prolongado, podendo durar vinte minutos ou até mesmo 1 hora. A maioria de nossos pacientes, a dor excedia 20 minutos.

A dor, em geral intensa, é aliviada parcialmente com repouso ou com nitratos (Santoro, Batista & Pimenta, 2008). Avaliamos a intensidade da dor utilizando uma escala de dor de zero a dez, e ficou evidenciado que possuía notas 9 e 10 em sua maioria, mostrando que era de forte intensidade. E ainda em relação ao alívio da dor, a maioria foi atenuada com o uso de nitrato.

A dor isquêmica pode adquirir o caráter de queimação, ardência, formigamento ou facada, mais raramente, e nestes casos também se fala em dor atípica, cuja análise precisa ser mais rigorosa para não se incorrer em erro (Santoro & Batista, 2008). Nossos resultados foram bastante variados com relação à qualidade da dor, porém, a maioria foi do tipo compressiva.

O estudo pode demonstrar que há ainda dúvidas com relação às características de apresentação da dor definitivamente anginosa, por parte de alguns profissionais da saúde. Constatamos tal fato pela presença de pacientes que tiveram seu quadro álgico classificado como dor definitivamente anginosa, porém o mesmo apresentava alguma característica fora dos padrões de definição da dor anginosa em estudo. Com isso destacamos a necessidade de uma educação médica continuada que permita uma constante atualização desses médicos para que assim possam fazer um diagnóstico mais preciso e uma abordagem terapêutica mais eficaz.

A partir do clássico estudo *Coronary Artery Surgery Study*, publicado em 1981 pode-se determinar uma abordagem terapêutica direcionada mediante a forma de apresentação da dor torácica, com isso surgiu à classificação de dor que conhecemos atualmente, porém desde então, a dor definitivamente anginosa e suas variantes são descritas de maneira inquestionável. Portanto, ressaltamos a importância de novos estudos que confirmem ou confronte a atual definição de dor anginosa.

Conclusão

A partir deste estudo pôde-se observar a importância e incidência da dor anginosa em nosso meio assim como suas diversas formas de apresentação. Em nosso estudo as principais características apresentadas pelos pacientes analisados foram dor retroesternal ou precordialgia, do tipo compressiva ou em aperto, de forte intensidade (9 ou 10 em uma

Dor Definitivamente Anginosa e suas Principais Características

Tiago de Souza Lopes - Paola Coabianco Gentile - Ana Gabriela Menezes de Jesus Torres - Luana Sara de Souza - Everton Pimenta da Silva - Marlon Mohamud Vilagra

escala de 0 a 10), com irradiação para membro superior esquerdo, excedendo 20 minutos de duração, de caráter persistente, tendo início após o esforço habitual ou mesmo em repouso e atenuada com o uso de nitrato. A partir do exposto anteriormente, podemos inferir que a clínica dos pacientes que dão entrada nas emergências com queixa de dor torácica é de suma importância para auxiliar a equipe a chegar ao diagnóstico correto e posteriormente a uma conduta adequada.

Referências

- Bassan, R. et al (2000). Dor Torácica na Sala de Emergência. A Importância de uma Abordagem Sistematizada. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 74(1), 13-21.
- Brown, J.E., & Hamilton, G.C. (2010). Chest Pain. In Marx, J.A., Hockberger, R.S., Walls, R.M., Adams, J.G., & Barsan, W.G. (Eds.), *Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice 7th ed.*, vol. 1 Philadelphia: Elsevier.
- Caldas, M.A., Junior, W.M., Ronderos, R. (2005). Diretriz sobre dor torácica. Papel da ecocardiografia. *Revista de la Federación Argentina de Cardiología*, 34(1), 86-93.
- Casagrande, E.L. (2002). Simpósio sobre Diagnóstico de Dor Torácica: Angina pectoris e infarto agudo do miocárdio. *Revista da Associação Médica do Rio Grande do Sul*, 46(1.2), 9-12.
- Chaitman, B.R. et al (1981). Angiographic Prevalence of High-risk Coronary Artery Disease in Patient Subsets (CASS). *Circulation*, 2, 360-367.
- Ferreira, A.M.C., & Madeira, M.Z.A. (2011). A dor torácica na sala de emergência: uma revisão de literatura. *Revista Interdisciplinar NOVAFAPI*, 4(1), 50-56.
- International Association for the Study of Pain. (1994). IASP Taxonomy. Obtido em 22 de abril de 2010 através: http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Defi...isplay.cfm&ContentID=1728#Pain
- Laurenti R., Buchalla, C.M., & Caratin, C.V.S. (2002). Doença Isquêmica do Coração. Internações, Tempo de Permanência e Gastos. Brasil, 1993 a 1997. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 74(6), 483-487.
- Oliveira, F.J.G., & Leitão, I.T. (2010). Caracterização dos Pacientes com Dor Torácica Anginosa e Provavelmente Anginosa Atendidos na Emergência de um Hospital Privado de Fortaleza. *Revista Emergência Clínica*, 5(22), 17-20.
- Pesaro, A.E.P. et al (2007). Síndromes coronarianas agudas: como fazer um diagnóstico correto na sala de emergência. *Einstein*, 5(1), 80-84.
- Santoro Batista, D.C., & Pimenta, C.A.M. (2008). Semelhanças e diferenças da dor nas síndromes torácicas: revisão sistemática da literatura. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 29(2), 301-307.
- Santos, M.Q. (2006). A Enfermagem e o Paciente com Dor Torácica: convivendo com os sentimentos no cotidiano do cuidado. Dissertação de mestrado apresentada à Universidade Federal da Bahia.
- Sociedade Brasileira de Cardiologia. (2002). I Diretriz sobre Dor Torácica. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 79, 1-22.
- Trost, J.C., & Lange, R.A. (2011). Treatment of acute coronary syndrome: Part 1: Non-ST-segment acute coronary syndrome. *Critical Care Medicine*, 39(10), 2346-2353.