

Protocolo de Dor Torácica / Doença Arterial Coronariana (DAC)

1 - Epidemiologia

No Brasil, as doenças cardiovasculares (DCV) representam a principal causa de mortalidade. Calcula-se que existam 900.000 brasileiros com angina de peito com aparecimento de 18.000 novos casos da doença ao ano, baseado no cálculo de que para cada paciente com infarto agudo internado existam 30 casos de angina estável.

2 - Diagnóstico

Para o diagnóstico da doença arterial coronariana (DAC) é fundamental a Avaliação da probabilidade de doença de acordo com a história. Através da história é possível a caracterização da dor torácica apresentada pelo paciente como angina típica, angina atípica e dor torácica não cardíaca, como vemos abaixo:

Classificação clínica da dor torácica
Angina típica (definitiva): 1) Desconforto ou dor retroesternal; 2) desencadeada pelo exercício ou estresse emocional; 3) e aliviada com o repouso ou uso de nitrato.
Angina atípica (provável): Presença de somente dois dos fatores acima.
Dor torácica não cardíaca: Presença de somente um ou nenhum dos fatores acima.
Modificado de Diamond, JACC, 1983

A história deve também abordar o questionamento sobre os principais fatores de risco associados à DAC: tabagismo, dislipidemia, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e história familiar de DAC precoce (em mulheres < 65 anos e em homens < 55 anos), além de antecedentes pessoais de DAC ou doença cerebrovascular.

O exame físico pode ser normal em um paciente com suspeita de DAC, embora o achado de alterações compatíveis com aterosclerose em outros territórios (ex: diminuição de pulsos, aneurisma abdominal...) aumentem a possibilidade de DAC.

Com os dados de história (caracterização da dor) e idade podemos avaliar a probabilidade de DAC (a chamada probabilidade pré-teste de DAC).

Probabilidade de DAC pré teste em pacientes sintomáticos, de acordo com idade e sexo (Diamond/Forrester e CASS Data)						
Idade (anos)	Dor torácica não anginosa		Angina atípica		Angina típica	
	Homem	Mulher	Homem	Mulher	Homem	Mulher
30-39	4	2	34	12	76	26
40-49	13	3	51	22	87	55
50-59	20	7	65	31	93	73
60-69	27	14	72	51	94	86

Modificado de Gibbons e cols. 202. ACC/AHA Practice Guidelines.

Obs: alta probabilidade: > 80%; probabilidade intermediária: entre 20 e 80%; baixa: < 20%

O paciente com **alta probabilidade de Doença Arterial Coronária** possui dor torácica definitivamente anginosa e uma de qualquer das características abaixo:

- IAM prévio, morte súbita abortada ou DAC conhecida;
- quadro típico em homem maior que 60 anos e mulher maior que 70 anos;
- alterações hemodinâmicas ou eletrocardiográficas durante a dor;
- angina variante;
- supra ou infradesnível de ST \geq 1 mm;
- inversão de T simétrica em múltiplas derivações.

Além da avaliação diagnóstica já descrita, a história e exame físico também fornecem dados prognósticos em pacientes com dor torácica no momento do exame. São, por exemplo, **sinais de alta probabilidade de evento agudo**, necessitando encaminhamento para unidade de emergência:

- angina que vem em crescendo nas últimas 48 horas;
- dor em repouso com duração superior a 20 minutos;
- exame físico sugestivo de edema pulmonar;
- presença de B3;
- hipotensão;
- bradi ou taquicardia.

O ECG deve ser realizado no atendimento a um paciente que se apresente com dor torácica. A presença de bloqueio de ramo novo ou presumivelmente novo, taquicardia ventricular sustentada ou alterações isquêmicas transitórias conferem um mau prognóstico a curto prazo. Em qualquer uma dessas situações, o paciente deverá ser encaminhado a uma unidade de atendimento de emergência.

2.1 - Avaliação diagnóstica em um paciente com suspeita de DAC:

Na avaliação de um paciente com suspeita de DAC, devem ser considerados os seguintes exames:

Exames	Observações
Eletrocardiograma	<ul style="list-style-type: none">• Deve ser realizado em todos os pacientes• ECG normal não exclui a presença de DAC• Achados sugestivos de isquemia miocárdica: onda T pontiaguda, negativa e simétrica• Achados sugestivos de áreas de fibrose: complexos QS ou QR
RX de tórax	<p>Deve ser realizado se:</p> <ul style="list-style-type: none">• Suspeita de pneumotórax, fraturas de costelas, aneurisma/dissecção de aorta, pneumonia• Sinais e/ou sintomas de insuficiência cardíaca
Ecocardiograma	<p>Deve ser realizado se:</p> <ul style="list-style-type: none">• História, exame físico e ECG sugerem infarto do miocárdio prévio• Exame físico sugere outra etiologia para a dor torácica/angina (ex: estenose aórtica, insuficiência aórtica, hipertensão arterial pulmonar)• Suspeita clínica de insuficiência cardíaca
Teste de esforço (TE) *	<p>Principal indicação:</p> <ul style="list-style-type: none">• Pacientes com probabilidade pré-teste intermediária de DAC (ex: homem com idade > 50 anos com dor torácica atípica). <p>Obsevação: A presença de alterações basais em ECG (bloqueio de ramo esquerdo, síndrome de Wolff-Parkinson-White, ritmo de marcapasso, depressão do segmento ST > 1mm em repouso) diminui a especificidade do TE. Nesses casos, deve ser considerado um outro teste diagnóstico não invasivo, como a cintilografia miocárdica.</p>

* A realização do TE com finalidade diagnóstica deve ocorrer sem o uso de medicações anti-isquêmicas, que devem ser suspensas de acordo com a meia-vida das drogas. Exemplo: suspensão de betabloqueador de 4 a 8 dias antes do TE, de bloqueador de canal de cálcio de 1 a 4 dias, de nitrato, 1 dia.

Para pacientes com alta suspeita pré-teste de DAC, a realização do TE é controversa: caso negativo não exclui a presença de doença e sendo positivo apenas confirma uma probabilidade pré-teste já alta, embora, nesses casos, possa trazer algumas informações de prognóstico. A SMSDC/RJ sugere que o TE só seja indicado nesses pacientes com alta probabilidade de DAC pré-teste caso haja alguma mudança no comportamento clínico da angina do paciente, ou seja, modificações nos sintomas.

Da mesma forma, para pacientes com baixa probabilidade de DAC, a realização do TE também não é recomendada rotineiramente, pois um TE negativo apenas confirma a hipótese inicial enquanto um TE positivo indica na maioria dos casos um resultado falso-positivo e que muitas vezes leva à realização de uma série de exames desnecessários, inclusive exames invasivos e não isentos de risco.

Uma vez realizado o TE, além da informação diagnóstica, podemos obter informações prognósticas, sendo os principais **marcadores de mau prognóstico**:

- baixa capacidade funcional (≤ 4 Mets);
- depressão ou elevação de ST ou arritmia ventricular grave em cargas baixas (< 5 Mets), ou;
- queda da pressão arterial sistólica durante o esforço.

Nesses casos, o paciente deve ser encaminhado a um especialista para ser dado seguimento na investigação.

2.2 - Investigação do paciente de alto risco, porém assintomático:

- **Idosos assintomáticos:**

Não está indicada a realização de ECG basal e de esforço (TE) para *screening* de doença arterial coronariana em indivíduos assintomáticos. Testes falso-positivos são muito comuns em idosos assintomáticos, especialmente nas mulheres, e podem levar a realização desnecessária de exames invasivos e não invasivos, além de intervenções terapêuticas duvidosas, impondo risco excessivo ao paciente (cascata propedêutica e terapêutica). A probabilidade do TE detectar pacientes com doença arterial coronariana grave, em homens assintomáticos, é estimada em apenas 0,5%.

- **Rastreamento de doença coronariana em diabéticos:**

Testes de rastreamento para doença coronariana assintomática, particularmente o teste de esforço, têm sido solicitados indiscriminadamente durante *check-ups* ou para indivíduos que irão iniciar atividade física. Esta prática deve ser combatida, não só por gerar custos excessivos e desnecessários, mas principalmente pelo risco potencial de iatrogenias, além de produzir um estado de falsa segurança nos pacientes. O rastreamento de doença coronariana em diabéticos assintomáticos também não está associado a um melhor prognóstico, não devendo ser realizado rotineiramente.

3 – Princípios gerais do tratamento

3.1 - Objetivos

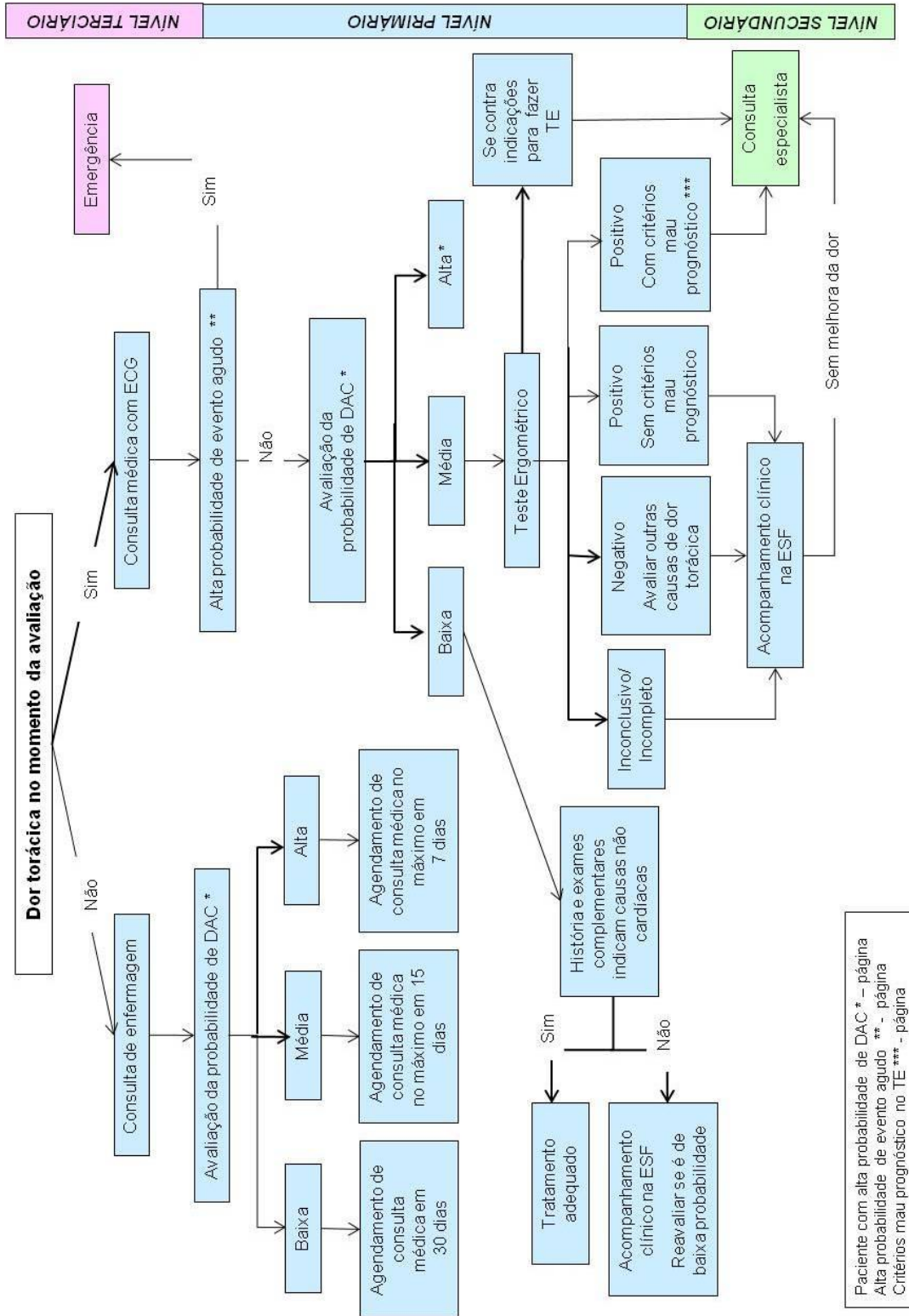
Os principais objetivos no tratamento da DAC crônica são:

- Prevenir o Infarto Agudo do Miocárdio e reduzir a mortalidade;
- Reduzir os sintomas e a ocorrência de isquemia miocárdica, melhorando a qualidade de vida.

3.2 – Tratamento farmacológico

Fármaco	Observações
Antiagregante Plaquetário Aspirina – 75 mg/dia (pela praticidade = 100 mg/dia)	não utilizar nos casos raros de contra-indicação: alergia ou intolerância, sangramento ativo, hemofilia, úlcera péptica ativa) ou se alta probabilidade de sangramento gastro intestinal ou genito urinário.
Beta-bloqueadores (propranolol, atenolol)	medicamentos de 1ª escolha pois reduzem mortalidade cardiovascular, isquemia miocárdica e angina de peito.
Nitratos (monocordil, isordil)	utilizar preparações de ação prolongada em pacientes que permaneçam sintomáticos apesar do uso de betabloqueadores.
Antagonistas dos canais de cálcio (diltiazem, anlodipina)	utilizar quando houver contra-indicação absoluta ao uso de beta-bloqueador ou em associação com beta-bloqueador e nitrato caso não haja alívio da dor com esses dois medicamentos ou caso hipertensão mantida.
Inibidores da Enzima de Conversão da Angiotensina (enalapril, captopril) ou BRA II (Bloqueador do receptor AT1 da angiotensina II) (losartana)	utilizar de rotina se disfunção ventricular e/ou insuficiência cardíaca e/ou DM.
Hipolipemiantes	conforme protocolo das dislipidemias no início deste manual.

Linha de Cuidado da Doença Arterial Coronária



Linha de Cuidado da Doença Arterial Coronária

