

Artigo
Original

Prevalência de Dor Torácica e Medicação Antianginosa em Hospital Universitário de Vassouras, RJ

Prevalence of Chest Pain and Anti-Angina Medication at a University Hospital in Vassouras, Rio de Janeiro State

Clarice Gusmão dos Santos¹, Paulla Rayane Chaves Utsch¹, Ana Gabriela Flori Chagas¹, Leonardo do Valle Souza Vasconcelos¹, Lucas Ribeiro Campos¹, Mohamed Ali Hijazi¹, Léo Guimarães Soares², Marlon Mohamud Vilagra³, Sandra Maria Barroso Werneck Vilagra³

¹Universidade Severino Sombra - Curso de graduação em Medicina - Vassouras, RJ - Brasil

²Universidade do Estado do Rio de Janeiro - Faculdade de Odontologia - Rio de Janeiro, RJ - Brasil

³Universidade Severino Sombra - Faculdade de Medicina - Setor de Cardiologia - Vassouras, RJ - Brasil

Resumo

Fundamentos: Apesar de existirem inúmeras doenças que causam dor torácica, aquelas originadas do aparelho cardiovascular são as que mais preocupam, e sua classificação clínica é de extrema importância na abordagem inicial dos pacientes, possibilitando a diferenciação entre as doenças que oferecem risco de morte.

Objetivos: Analisar os atendimentos por dor torácica no Hospital Universitário Sul Fluminense, em Vassouras, RJ, verificando a sua frequência, os tipos encontrados e a sua relação com sexo, faixa etária e medicamentos prévios utilizados.

Métodos: Estudo transversal observacional, realizado no período de 2010 a 2012, utilizando-se questionário estruturado, incluindo indivíduos com queixa de dor torácica. Foram analisadas as variáveis: sexo, faixa etária e medicamentos prévios utilizados.

Resultados: Foram admitidos no HUSF com dor torácica 236 pacientes. A dor mais prevalente foi a do tipo B (44,0%), sem demonstrar diferença estatística com as demais ($p=0,844$). Não foi encontrada diferença significativa em relação ao sexo ou à faixa etária para os diferentes tipos de dor. Os medicamentos mais utilizados foram: betabloqueadores e inibidor da enzima de conversão da angiotensina.

Conclusões: Dos pacientes estudados, o tipo de dor mais encontrado foi o tipo B, seguido pelo C, A e por último o tipo D. Houve diferença significativa entre os medicamentos utilizados pelos pacientes e quando relacionado o medicamento com a faixa etária; todavia não houve relação significativa do medicamento com o sexo. Também não foi significativa a relação do tipo de dor com a idade, o sexo e com os medicamentos antianginosos utilizados.

Abstract

Background: Although there are countless diseases causing chest pain, those arising from the cardiovascular system prompt the greatest concern. Their clinical classification is extremely important for initial patient management, helping distinguish life-threatening diseases.

Objectives: To analyze chest pain in patients seen at the Sul Fluminense University Hospital in Vassouras, Rio de Janeiro State, identifying frequency and type, and relating this to gender, age bracket and medications taken previously.

Methods: This observational cross-sectional study was conducted from 2010 to 2012 using a structured questionnaire completed by patients complaining of chest pain. The following variables were analyzed: gender, age bracket and medications taken previously.

Results: Among 236 patients admitted to this Hospital with chest pain, the most prevalent was type B (44%), although with no statistical difference compared to the others ($p=0.844$). No significant difference was found for gender or age for the various pain types. The most common medications were beta-blockers, ACE inhibitors and others.

Conclusions: Type B was most common pain type among these patients, followed by C, A and finally D. There was a significant difference in the medications taken by these patients and when relating medications to age brackets. However, no significant relationship was noted between medications and gender, nor pain type with age, gender and anti-angina medications.

Palavras-chave: Doenças cardiovasculares; Cardiomiopatias; Dor torácica

Keywords: Cardiovascular diseases; Cardiomyopathies; Chest pain

Introdução

Cinco a oito milhões de indivíduos com dor torácica são encontrados anualmente nas salas de emergência nos Estados Unidos da América (EUA) e a maioria é internada para avaliar uma possível síndrome coronariana aguda. Cerca da metade dos pacientes internados não confirmam uma causa cardíaca para os sintomas¹, visto que 10-30% daqueles submetidos a angiografia coronariana apresentam laudos normais, concluindo-se por dor torácica de origem não cardiogênica².

Apesar de existirem inúmeras doenças que causam dor torácica, aquelas originadas do aparelho cardiovascular são as que preocupam mais os médicos e pacientes. Somente 10-15% dos pacientes que chegam às salas da emergência com dor torácica apresentam infarto agudo do miocárdio, e menos de 1% apresenta embolia pulmonar ou dissecação aórtica. Cerca de 5% dos pacientes com dor torácica e infarto agudo do miocárdio são liberados erroneamente sem ter diagnóstico na sala de emergência³. Há diferentes tipos de dor torácica, que são apresentados no Quadro 1.

A possível gravidade das condições clínicas faz com que seja primordial um diagnóstico rápido e preciso

das suas causas. Essa diferenciação entre as doenças que oferecem risco de morte ou não, é ponto crítico na tomada de decisão do médico para definir a liberação ou admissão do paciente e iniciar o tratamento⁴.

Com o surgimento das unidades de dor torácica nos serviços de emergência nos EUA, uma nova estratégia de avaliação dos pacientes com dor torácica suspeita de infarto agudo do miocárdio foi proposta, visando a estratificar o paciente na sala de emergência, acelerando o diagnóstico, a terapêutica e o prognóstico⁵.

O tratamento médico da doença arterial coronariana (DAC) em suas diferentes apresentações visa a retardar a formação e a progressão da placa aterosclerótica, prevenir sua ruptura e eventos dela decorrentes, tratamento dos sintomas se presentes e das sequelas da doença⁶.

Sendo assim, o objetivo deste trabalho foi analisar os atendimentos por dor torácica no Hospital Universitário Sul Fluminense, em Vassouras, RJ, verificando a sua frequência, os tipos encontrados e a sua relação com sexo, faixa etária e medicamentos prévios utilizados.

Quadro 1
Classificação dos diferentes tipos de dor torácica

Tipos de dor torácica	Definição
Dor tipo A (definitivamente anginosa)	Dor torácica que dá certeza de diagnóstico de SCA, independente de exames complementares.
Dor tipo B (provavelmente anginosa)	Dor torácica que faz da SCA a principal hipótese diagnóstica, mas necessitando de exames complementares para sua confirmação.
Dor tipo C (provavelmente não anginosa)	Dor torácica que faz da SCA a principal hipótese diagnóstica, mas necessitando de exames complementares para sua exclusão.
Dor tipo D (definitivamente não anginosa)	Dor torácica que não inclui a SCA no diagnóstico etiológico (D ₁ =sem diagnóstico na admissão; D ₂ =com diagnóstico)
Dor de IAM	Dor torácica sugestiva de IAM pelo tipo, localização, intensidade, duração (≥30 min) e outros sintomas/sinais.
Dor de não IAM	Dor torácica que não preenche as características da dor de IAM.

Fonte: Unidade de Dor Torácica do Hospital Pró-Cardíaco (Bassan et al.³)
SCA - síndrome coronariana aguda

Métodos

Realizado estudo transversal, observacional, no período de 2010 a 2012, na Unidade de Dor Torácica (UDT) do Serviço de Emergência do Hospital Universitário Sul Fluminense (HUSF) em Vassouras, RJ, com indivíduos com queixa de dor torácica. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal Fluminense sob o nº 17005413.5.0000.5243. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido obedecendo aos princípios da Resolução CNS 466/12.

Foram aplicados questionários conduzidos por estagiários da UDT (integrantes da Liga de Cardiologia do Curso de Medicina da Universidade Severino Sombra - USS), devidamente treinados para sua aplicação e seguindo critérios da literatura científica⁷. Foram incluídos no estudo todos os pacientes que chegaram à emergência do HUSF com queixa de dor torácica e foram excluídos os indivíduos menores de 18 anos.

Os questionários continham informações das características clínicas da dor torácica: localização, irradiação, tipo, intensidade, duração, situações que precediam a dor, fatores atenuantes e sintomas associados que permitiram a sua classificação (Quadro 1) de acordo com o protocolo de dor torácica do HUSF que segue o modelo padrão do protocolo do Hospital Pró-Cardíaco¹.

A partir dessas informações foi realizada estratificação dos tipos de dor, fatores de risco, alterações no traçado

eletrocardiográfico e marcadores de necrose miocárdica possibilitando alocar o paciente em uma rota compatível com sua clínica e tratá-lo concomitantemente.

Foram analisadas as seguintes variáveis: sexo, faixa etária e os principais medicamentos antianginosos utilizados previamente à admissão na UDT. As medicações pré-estabelecidas nos questionários foram: ácido acetilsalicílico (AAS), nitratos, betabloqueador, antagonista do canal de cálcio, anticoagulante oral, ticlopidina, clopidogrel, abciximab, inibidor da enzima de conversão da angiotensina (IECA), bloqueador do receptor da angiotensina II (BRA II), hipolipemiantes e outras.

A análise com o teste Shapiro-Wilk revelou que os dados do estudo estavam dentro da normalidade. Sendo assim, foram utilizados o teste t de Student e o teste de análise de variância (ANOVA) para verificar se havia diferença entre os grupos. Posteriormente, quando necessário, o teste de Tukey foi utilizado para localizar entre quais grupos estava a diferença. O nível de significância utilizado foi de 0,05 e os *softwares* utilizados foram: Primer of Biostatistics 4.0 e SigmaStat 3.10.

Resultados

Foram admitidos no HUSF com dor torácica, no período de 2010 a 2012, 236 indivíduos, com idades entre 18-100 anos, média de 56,6±15,5 anos, sendo 101 indivíduos do sexo masculino e 135 do sexo feminino. A prevalência de uso de cada medicamento pode ser observada na Figura 1.

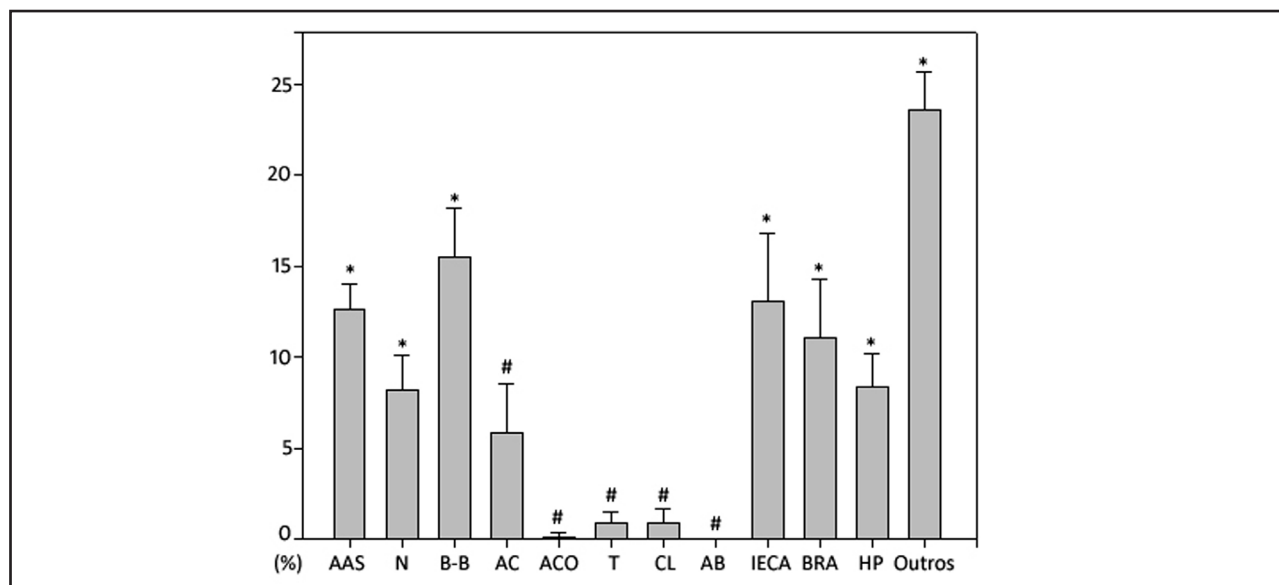


Figura 1

Prevalência (%) dos medicamentos utilizados

(barras verticais = erro-padrão; ANOVA p=0,004; *Teste de Tukey; † indicando diferença estatística entre os medicamentos)

AAS – ácido acetilsalicílico; N - nitrato; B-B - betabloqueador; AC - Antagonista de cálcio; ACO - anticoagulante oral; T - ticlopidina; CL - clopidogrel; AB - abciximab; IECA - inibidor da enzima conversora de angiotensina; BRA II - bloqueador do receptor de angiotensina II; HP - hipolipemiante

Segundo a classificação da dor torácica, o tipo de dor mais frequente foi o tipo B (44,0%), em seguida tipo C (26,0%), tipo A (19,0%) e por último a dor tipo D (10,0%), $p=0,84$. Os tipos de dor A e C foram mais prevalentes no sexo masculino, com 21,8% e 31,7%, respectivamente. Os tipos de dor B e D foram mais prevalentes no sexo feminino, com 47,4% e 14,8%, respectivamente. Não houve diferença significativa entre os sexos em relação ao tipo de dor ($p=0,27$) (Tabela 1).

Não foi encontrada diferença estatística entre as diferentes faixas etárias em relação ao tipo de dor e nenhum tipo de dor foi mais prevalente que outro ($p=0,08$) (Tabela 2).

Dos 236 pacientes com dor torácica, 63,0% faziam uso de pelo menos uma medicação antianginosa previamente ao evento de dor torácica. Quatro classes de medicamentos apresentaram maior frequência de uso pelos pacientes com dor torácica, independente da sua classificação. Dentre esses medicamentos os betabloqueadores e o ácido acetilsalicílico foram os mais utilizados pelo sexo masculino: 18,39% e 14,37%, respectivamente. Já os inibidores da enzima de conversão da angiotensina e os bloqueadores dos receptores da angiotensina II foram os mais utilizados pelo sexo feminino: 13,63% e 12,68%, respectivamente, todos sem significado estatístico ($p=0,19$) (Tabelas 3 e 4).

Tabela 1
Prevalência (%) do tipo de dor em relação ao sexo

	A	B	C	D
Masculino	21,8	41,6	31,7	5,0
Feminino	17,0	47,4	20,7	14,8
População estudada	19,4	44,5	26,2	9,9

Teste t de Student: $p=0,27$

Tabela 2
Número de pacientes por faixa etária (anos) em relação ao tipo de dor

	<30	31-40	41- 50	51-59	60-70	71-80	>81
A	2	0	12	11	9	8	3
B	6	11	21	29	21	9	9
C	3	5	15	14	11	10	2
D	3	3	2	5	5	2	5

ANOVA: $p=0,08$

Tabela 3
Prevalência (%) do tipo de dor em relação ao medicamento utilizado

	A	B	C	D	Total
AAS	12,90	11,68	14,43	11,32	50
N	8,60	10,28	8,25	5,66	33
B-B	16,13	12,62	14,43	18,87	62
AC	5,38	5,61	3,09	9,43	24
ACO	0,00	0,47	0,00	0,00	0
T	1,08	1,40	1,03	0,00	4
CL	0,00	0,47	1,03	1,89	3
AB	0,00	0,00	0,00	0,00	0
IECA	15,05	17,29	10,31	9,43	52
BRA II	8,60	8,88	15,46	11,32	44
HP	8,60	9,81	9,28	5,66	33
Outros	23,66	21,50	22,68	26,42	94

AAS - ácido acetilsalicílico; N - nitrato; B-B - betabloqueador; AC - antagonista do canal de cálcio; ACO - anticoagulante oral; T - ticlopidina; CL - clopidogrel; AB - absciximab; IECA - inibidor da enzima conversora de angiotensina; BRA II - bloqueador do receptor de angiotensina II; HP - hipolipemiante; (ANOVA: $p=1,00$).

Tabela 4
Prevalência (%) dos medicamentos usados de acordo com o sexo

	Masculino	Feminino
AAS	14,37	11,42
Nitrato	6,95	8,36
Betabloqueador	18,89	13,79
Antagonista do canal de cálcio	3,86	5,82
Anticoagulante oral	0,0	0,19
Ticlopidina	0,0	1,64
Clopidogrel	0,31	1,09
Abciximab	0,0	0,0
IECA	10,82	13,63
BRA II	9,96	12,68
Hipolipemiante	10,98	7,48
Outras	23,85	23,91

Test t de Student: $p=0,19$; AAS - ácido acetilsalicílico; IECA - inibidor da enzima conversora de angiotensina; BRA II - bloqueador do receptor de angiotensina II

Foi encontrada diferença significativa entre as diferentes faixas etárias ($p=0,001$). Em relação aos medicamentos utilizados, a faixa etária entre 51-59 anos foi a mais prevalente, sendo os mais utilizados: betabloqueadores, inibidores da enzima de conversão da angiotensina e outros (Tabela 5).

O uso de medicação antianginosa, por tipo de dor torácica, é apresentado na Tabela 6.

A relação do tipo de dor com todas as medicações utilizadas pelos pacientes está apresentada na Tabela 3, e mostra que não houve diferença significativa ($p=1,00$).

Tabela 5
Número de pacientes por faixa etária (anos) em relação aos medicamentos utilizados

	<30	31-40	41- 50	51-59*	60-70	71-80	>81	Total
AAS [§]	1	1	11	22	10	8	4	57
Nitrato [§]	1	0	5	17	9	6	3	41
Betabloqueador [‡]	0	1	13	19	14	13	6	66
Antagonista do canal de cálcio [§]	0	1	2	16	3	2	1	25
Anticoagulante oral ^{//}	0	0	0	0	1	0	0	1
Ticlopidina [§]	0	0	1	2	2	0	0	5
Clopidogrel ^{//}	0	0	2	0	0	0	1	3
Abciximab ^{//}	0	0	0	0	0	0	0	0
IECA [‡]	3	4	10	20	15	8	6	66
BRA II [§]	1	2	4	16	10	7	8	48
Hipolipemiante [§]	0	0	6	16	9	9	1	41
Outras [‡]	3	4	18	34	19	14	12	104
Total	9	13	72	162	92	67	42	

ANOVA $p=0,001$; Teste de Tukey indicou a faixa etária 51-59 (*) diferente das demais em relação ao medicamento utilizado; os medicamentos mais utilizados por faixa etária estão na seguinte ordem de símbolos: 1^o: †; 2^o: ‡; 3^o: §; 4^o: //
AAS - ácido acetilsalicílico; IECA - inibidor da enzima conversora de angiotensina; BRA II - bloqueador do receptor de angiotensina II

Tabela 6
Uso de medicação antianginosa, por tipo de dor torácica

Tipo de dor torácica	Uso prévio de medicações (%)	Medicações antianginosas mais utilizadas	%
A	76,34	betabloqueadores	16,13
		inibidores da enzima de conversão da angiotensina	15,05
		ácido acetilsalicílico	12,90
B	78,51	inibidores da enzima de conversão da angiotensina	17,29
		betabloqueadores	12,62
		ácido acetilsalicílico	11,68
C	77,31	bloqueadores dos receptores da angiotensina II	15,46
		ácido acetilsalicílico e betabloqueadores	14,43
D	73,58	betabloqueadores	18,87
		ácido acetilsalicílico e bloqueadores dos receptores da angiotensina II	11,32

Discussão

O presente estudo foi constituído em sua maioria por mulheres (58,0%). Este dado está de acordo com resultados⁸ da literatura que demonstraram uma taxa de 57,0%, todavia distintos de outros estudos^{9,10}, que evidenciaram igualdade na incidência de dor torácica para ambos os sexos. Já outros autores encontraram prevalência de dor torácica no sexo masculino (63,0%)³.

A média de idade dos pacientes estudados foi 56,6±15,5 anos, diferente dos achados de alguns autores, em que a média de idade foi 63,0 anos⁸ e 60,3 anos³. Idosos compõem o grupo etário mais medicalizado na sociedade¹¹, diferente do encontrado no atual estudo no qual a faixa etária que mais usou medicamentos foi entre 51-59 anos.

Embora a apresentação clínica dos pacientes com síndrome coronariana aguda possa ser muito diversa, cerca de 75-85,0% apresentam, como sintoma predominante, dor torácica¹². A angina típica está associada à doença coronariana em 90,0% dos homens >55 anos e em 80,0% das mulheres nessa mesma faixa etária¹³.

No presente estudo, 55,5% dos pacientes que possuíam dor típica tinham mais de 55 anos. Isso demonstra que a caracterização da dor através da história clínica do

paciente continua sendo um dos pontos mais importantes na avaliação, pois permite a elaboração de possíveis hipóteses de diagnósticos diferenciais de etiologia não cardíaca, diminuindo as internações desnecessárias e reduzindo os custos hospitalares¹⁴.

A apresentação clínica da dor torácica que prevaleceu foi do tipo B (dor provavelmente anginosa, 44,0%); e em seguida a dor tipo C (dor provavelmente não anginosa, 26,0%), semelhante a outro estudo³ em que a dor tipo B e tipo C também prevaleceram. Nesse estudo, dos 1003 pacientes que foram atendidos com queixa principal de dor torácica, classificados imediatamente com as características da dor, foram observados: 225 (22,0%) pacientes com dor torácica tipo A; 287 (29,0%) tipo B, 268 (27,0%) tipo C e 223 (23,0%) tipo D.

Em outro estudo¹⁵, o quadro clínico de apresentação foi típico de infarto agudo do miocárdio em 313 casos (81,5%). Em 21 dos 55 casos restantes houve relato de dor torácica não característica de infarto agudo do miocárdio (IAM). Isso coincide com outros achados¹⁶, em que a dor precordial considerada típica para doença arterial coronariana na apresentação ocorreu em 742 pacientes (86,3%). Esses resultados, no entanto, não estão em conformidade com o presente estudo, em que apenas 19,0% dos pacientes apresentaram dor torácica típica de IAM.

Não houve diferença significativa entre homens e mulheres em relação à característica clínica da dor, o que confirma os achados na literatura científica¹⁷.

Constatou-se que 63,0% dos pacientes faziam uso de pelo menos uma medicação antianginosa previamente ao evento de dor torácica. As medicações mais utilizadas foram: os betabloqueadores (62,0%), que reduzem a morte súbita e reinfartos pós-IAM¹⁸. Há evidências de que essa classe de medicamento reduz o tamanho da lesão isquêmica¹⁹. São medicamentos de primeira escolha, reduzindo mortalidade cardiovascular, isquemia miocárdica e angina de peito²⁰.

Apesar dos benefícios comprovados, constatou-se que dos pacientes que tiveram dor torácica tipo A, que dá certeza de diagnóstico de síndrome coronariana aguda (SCA) independente de exames complementares³, 16,3% já faziam uso prévio ao evento coronariano de betabloqueador.

Os inibidores da enzima de conversão da angiotensina foram utilizados por 52,0% dos pacientes. Segundo a Diretriz de doença coronariana crônica/angina estável¹³, o medicamento leva à melhora do perfil hemodinâmico, perfusão subendocárdica e estabilização de placas ateroscleróticas, o que justificariam seu uso de rotina em todos os pacientes com doença arterial coronariana (DAC), independentemente de infarto do miocárdio prévio, de diabetes mellitus ou disfunção ventricular. Recente estudo²¹ demonstrou que o inibidor de enzima conversora de angiotensina-1, perindopril, reduziu o desfecho primário combinado (morte cardiovascular, infarto do miocárdio ou parada cardíaca), além dos secundários (acidente vascular encefálico e piora da função renal) em pacientes com DAC.

Esse medicamento foi estatisticamente mais utilizado pelos pacientes que apresentaram dor tipo B (dor provavelmente anginosa): dor torácica cujas características faziam da insuficiência coronariana aguda a principal hipótese diagnóstica, porém com necessidade de exames complementares para a confirmação do diagnóstico³.

Consta que os agentes sobre o sistema renina-angiotensina, incluindo o IECA foram o segundo medicamento mais usado pelos idosos em 2003²². Já em 2007, o IECA ficou em primeiro lugar dentre as medicações mais usadas por esses pacientes²³. Ambos os resultados diferem do presente estudo, em que o betabloqueador foi o mais utilizado por essa faixa etária.

O AAS (50,0%), segundo a IV Diretriz brasileira sobre dislipidemias e prevenção da aterosclerose do Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia²⁴, reduz o risco de eventos coronarianos em pacientes de prevenção secundária e de prevenção primária de alto risco. O cálculo de risco, segundo o escore de Framingham, apresenta respaldo na literatura mundial²⁵ e fornece uma estimativa útil do risco absoluto do paciente, ajudando o médico a avaliar se a prevenção primária com aspirina está indicada.

A maioria dos pacientes que fazia uso do AAS no presente estudo era do sexo masculino, diferente de outro estudo²⁵ que apresentou prevalência no sexo feminino. Em relação aos bloqueadores dos receptores da angiotensina II (44,0%), o uso dos BRA II demonstrou claro efeito protetor renal. Contudo os BRA II não demonstraram superioridade em relação aos IECA em pacientes com insuficiência cardíaca e no pós-infarto do miocárdio. Nos pacientes com intolerância aos IECA, os BRA II podem trazer benefícios e, finalmente, a combinação entre IECA e BRA não demonstraram claros resultados²⁶.

O IECA foi estatisticamente mais usado que o BRA II nos pacientes com dor torácica definitivamente anginosa e provavelmente anginosa. Cerca de 32,34% dos pacientes já faziam uso prévio à dor torácica de IECA enquanto apenas 17,48% faziam uso de BRA II.

Os nitratos (33,0%) são divididos em de ação rápida e de ação prolongada. Os de ação prolongada, por via oral, devem ser reservados para o tratamento dos pacientes que continuam sintomáticos a despeito do uso de bloqueadores beta-adrenérgicos e/ou antagonistas dos canais de cálcio¹³.

Os hipolipemiantes (33,0%), principalmente as estatinas, diminuem LDL-colesterol e previnem eventos ateroscleróticos²⁷, contribuindo para 1/6 da redução de mortalidade atribuída ao controle dos lipídeos²⁸. Meta-análise de 19 estudos de prevenção primária (n=63 899) verificou que pessoas tratadas com estatinas tiveram risco relativo de 0,77 (0,63–0,95; p=0,01) para IAM²⁹.

Apesar dos benefícios apresentados pelos nitratos e hipolipemiantes, 18,88% e 18,41%, respectivamente, apresentaram dor torácica de caráter anginoso mesmo relatando fazer uso dos medicamentos.

Meta-análises^{30,31} em relação aos antagonistas do canal de cálcio (24,0%) demonstraram que eles são geralmente tão eficazes como os betabloqueadores na redução dos sintomas de angina. Porém uma

meta-análise³² indicou que a monoterapia com nifedipina ou nifedipina de curta ação em combinação com outros medicamentos antianginosos pode aumentar a incidência de eventos cardiovasculares, principalmente episódios de angina Prinzmetal (vasoespástica). Entretanto eles parecem seguros em pacientes selecionados com insuficiência cardíaca (IC) com angina e hipertensão como terapia adjuvante aos IECA e betabloqueadores³³. Seu uso foi mais expressivo em pacientes que tinham dor torácica atípica tipo D, que não inclui a SCA no diagnóstico diferencial etiológico.

As outras medicações investigadas não possuíram nível de relevância estatística no estudo. Em todos os tipos de dor, as medicações de maior prevalência de uso entre os pacientes foram outras de caráter não anginoso como hipoglicemiantes, inibidores da bomba de prótons, anti-inflamatórios não esteroidais, dentre outras.

Dentre as limitações deste estudo, não foi possível obter resultados de exames complementares como eletrocardiograma e marcadores bioquímicos de lesão miocárdica para confirmar ou descartar a origem cardiogênica da dor torácica. Assim como não foi possível obter informações sobre a regularidade do uso das medicações e as interações medicamentosas feitas, não podendo atribuir dessa maneira a capacidade de prevenção da SCA a tais medicamentos.

Por meio deste estudo foi possível traçar o perfil epidemiológico dos pacientes assistidos na Unidade de Dor Torácica e as principais medicações utilizadas por eles. A partir desse resultado ações como o protocolo EAHC (*Early Heart Attack Care*) permite o reconhecimento precoce dos sinais de ataque cardíaco pela população, levando-a a procurar precocemente atendimento médico³⁴. Essa iniciativa torna-se fundamental como fator modificador desse resultado.

Conclusões

Dos pacientes estudados, o tipo de dor mais encontrado foi o tipo B, seguido pelo C, A e por último o tipo D. Houve diferença estatística entre os medicamentos utilizados pelos pacientes e quando relacionado o medicamento com a faixa etária; todavia não houve relação significativa do medicamento com o sexo. Também não foi significativa a relação do tipo de dor com sexo, idade ou medicamentos antianginosos.

Potencial Conflito de Interesses

Declaro não haver conflitos de interesses pertinentes.

Fontes de Financiamento

O presente estudo não teve fontes de financiamento externas.

Vinculação Acadêmica

Este artigo é parte do Trabalho de Conclusão do Curso (TCC) de Medicina de Clarice Gusmão dos Santos pela Universidade Severino Sombra.

Referências

1. Bassan R. Unidades de Dor Torácica. Uma forma moderna de manejo de pacientes com dor torácica na sala de emergência. *Arq Bras Cardiol.* 2002;79(2):196-202.
2. Jones H, Cooper P, Miller V, Brooks N, Whorwell PJ. Treatment of non-cardiac chest pain: a controlled trial of hypnotherapy. *Gut.* 2006;55(10):1403-8.
3. Bassan R, Scofano M, Gamarski R, Dohmann HF, Pimenta L, Volschan A, et al. Dor torácica na sala de emergência: a importância de uma abordagem sistematizada. *Arq Bras Cardiol.* 2000;74(1):13-21.
4. Volschan A, Polanczyk C, Clare C, Silva Júnior DG, Mesquita ET, Abreu FB, et al; Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz de dor torácica na sala de emergência. *Arq Bras Cardiol.* 2002;79(supl. 2):1-22.
5. Duarte ER, Pimentel Filho, P, Stein A. Dor torácica na emergência de um hospital geral. *Rev AMRIGS, Porto Alegre.* 2007;51(4):248-54.
6. Santos MLM. Doença arterial coronariana estável: tratamento clínico x revascularização. Versus? [on-line]. 2013. Disponível em: <<http://socerj.org.br/doenca-arterial-coronariana-estavel-tratamento-clinico-x-revascularizacao-versus>>
7. Martins LN, Souza LS, Silva CF, Machado RS, Silva CEF, Vilagra MM, et al. Prevalência dos fatores de risco cardiovascular em adultos admitidos na unidade de dor torácica em Vassouras, RJ. *Rev Bras Cardiol.* 2011;24(5):299-307.
8. Meotti CD, Campani R, Segatto M, Santos CB, Cardoso A, Rossini APW, et al. Avaliação de pacientes com dor torácica em unidade especializada no serviço de emergência: perfil epidemiológico e indicadores de qualidade. *Anais do Salão de Iniciação Científica; 2007 out. 21-26; UFRGS, Porto Alegre, RS. Livro de Resumos.* 2007;19.
9. Tunstall-Pedoe H, Morrison C, Woodward M, Fitzpatrick B, Watt G. Sex differences in myocardial infarction and coronary deaths in the Scottish MONICA population of Glasgow 1985 to 1991. Presentation, diagnosis, treatment, and 28-day case fatality of 3991 events in men and 1551 events in women. *Circulation.* 1996;93(11):1981-92.
10. Kudenchuk PJ, Maynard C, Martin JS, Wirkus M, Weaver WD. Comparison of presentation, treatment, and outcome of acute myocardial infarction in men versus women (the Myocardial Infarction Triage and Intervention Registry). *Am J Cardiol.* 1996;78(1):9-14.

11. Bortolon PC, Medeiros EFF, Naves JOS, Karnikowski MGO, Nóbrega OT. Análise do perfil de automedicação em mulheres idosas brasileiras. *Cienc Saude Coletiva*. 2008;13(4):1219-26.
12. Furtado MV, Polanczyk CA. Triagem de síndrome coronariana aguda na sala de emergência. *Rev Soc Cardiol do Rio Grande do Sul*. 2006;7:1-5.
13. César LAM, Mansur AP, Armaganijian D, Amino JG, Sousa AC, Simão AF, et al; Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretrizes de doença coronariana crônica: angina estável. *Arq Bras Cardiol*. 2004;83(supl. 2):1-43.
14. Ferreira AMC, Madeira MZA. A dor torácica na sala de emergência: uma revisão da literatura. *Rev Interdisciplinar NOVAFAPI, Teresina*. 2011;4(1):50-6.
15. Escosteguy CC, Portela MC, Medronho RA, Vasconcellos MT. Infarto agudo do miocárdio: perfil clínico-epidemiológico e fatores associados ao óbito hospitalar no município do Rio de Janeiro. *Arq Bras Cardiol*. 2003;80(6):593-9.
16. Santos ES, Minuzzo L, Pereira MP, Castillo MTC, Palácio MA, Ramos RF, et al. Registro de síndrome coronariana aguda em um centro de emergências em cardiologia. *Arq Bras Cardiol*. 2006;87(5):597-602.
17. Santos JJ, Pellanda LC, Castro I. A dor torácica em mulheres no atendimento de emergência: conduta e evolução. *Rev Assoc Med Bras*. 2005;51(1):29-34.
18. Luz PL, Favarato D. Doença coronária crônica. *Arq Bras Cardiol*. 1999;72(1):4-21.
19. Bordon JG, Paiva SAR, Matsubara LS, Inoue RMT, Matsui M, Gut AL, et al. Redução da mortalidade após implementação de condutas consensuais em pacientes com infarto agudo do miocárdio. *Arq Bras Cardiol*. 2004;82(4):370-3.
20. Protocolo de Dor Torácica / Doença Arterial Coronariana (DAC). [on-line]. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/4446958/4111931/toracia.pdf>>
21. Fox KM; EUROpean trial On reduction of cardiac events with Perindopril in stable coronary Artery disease Investigators. Efficacy of perindopril in reduction of cardiovascular events among patients with stable coronary artery disease: randomised, double-blind, placebo-controlled, multicentre trial (the EUROPA study). *Lancet*. 2003;362(9386):782-8.
22. Loyola Filho AI, Uchoa E, Lima-Costa MF. Estudo epidemiológico de base populacional sobre uso de medicamentos entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2006;22(12):2657-67.
23. Marin MJ, Cecílio LC, Perez AE, Santella F, Silva CB, Gonçalves Filho JR, et al. Caracterização do uso de medicamentos entre idosos de uma unidade do Programa Saúde da Família. *Cad Saude Publica*. 2008;24(7):1545-55.
24. Sposito AC, Caramelli B, Fonseca FAH, Bertolami MC, Afune Neto A, Souza AD, et al; Sociedade Brasileira de Cardiologia. IV Diretriz brasileira sobre dislipidemias e prevenção da aterosclerose. Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. *Arq Bras Cardiol*. 2007;88(supl.1):2-19.
25. Vieira SBB, Junges Filho VH, Costa MAP, Tavares MRG. Avaliação do uso do AAS como prevenção de eventos coronarianos em pacientes inscritos no programa de hipertensão na unidade de saúde Nossa Senhora Aparecida do SSC do GHC. *Mom & Perspec Saúde, Porto Alegre*. 2005;18(2):9-15.
26. Vargas Filho H. HAS - Antagonista de angiotensina II: droga de 1 ou 2 escolha. *Rev Soc Cardiol do Rio Grande do Sul*. 2007;11:1-5.
27. Wannmacher L, Costa AF. Estatinas: uso racional na cardiopatia isquêmica. Uso racional de medicamentos: temas selecionados. [on-line]. Ministério da Saúde. 2004;1(10):1-6. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/HSE_URM_EST_0904.pdf>
28. Young F, Capewell S, Ford ES, Critchley JA. Coronary mortality declines in the U.S. between 1980 and 2000 quantifying the contributions from primary and secondary prevention. *Am J Prev Med*. 2010;39(3):228-34.
29. Mills EJ, Rachlis B, Wu P, Devereaux PJ, Arora P, Perri D. Primary prevention of cardiovascular mortality and events with statin treatments: a network meta-analysis involving more than 65,000 patients. *J Am Coll Cardiol*. 2008;52(22):1769-81.
30. Heidenreich PA, McDonald KM, Hastie T, Fadel B, Hagan V, Lee BK, et al. Meta-analysis of trials comparing beta-blockers, calcium antagonists, and nitrates for stable angina. *JAMA*. 1999;281(20):1927-36.
31. Sculpher MJ, Petticrew M, Kelland JL, Elliott RA, Holdright DR, Buxton MJ. Resource allocation for chronic stable angina: a systematic review of the effectiveness, costs and cost-effectiveness of alternative interventions. *Health Technol Assess*. 1998;2(10):i-iv, 1-176.
32. National Institute for Health and Care Excellence 2011. Management of stable angina. NICE clinical guideline 126. [on-line]. Available from: <<http://www.nice.org.uk/guidance/cg126/resources/guidance-management-of-stable-angina-pdf>>
33. Bocchi EA, Braga FG, Ferreira SM, Rohde LE, Oliveira WA, Almeida DR, et al; Sociedade Brasileira de Cardiologia. III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica. *Arq Bras Cardiol*. 2009;93(1 supl. 1):3-70.
34. Mesquita ET, Mesquita CT. Estratégias na luta contra o ataque cardíaco passado e presente. *Rev SOCERJ*. 1999;12(1):370-374.