

Prevalência de manifestações atípicas em portadores de Síndrome Coronariana Aguda

The prevalence of atypical presentations in patients with Acute Coronary Syndrome

Sandro Gonçalves de Lima¹, Lucas Rampazzo Diniz², Lurildo Cleano Ribeiro Saraiva¹

Recebido da Universidade Federal de Pernambuco.

RESUMO

INTRODUÇÃO: A característica anginosa da dor torácica tem sido identificada como o dado com maior poder preditivo para Síndrome Coronariana Aguda (SCA), entretanto as características da dor torácica nem sempre se assemelham com aquelas classicamente descritas. **OBJETIVO:** Avaliar a prevalência de manifestações atípicas em pacientes internados com Síndrome Coronariana Aguda, correlacionar tais apresentações com os dados clínicos e de exames complementares e compará-las com as manifestações típicas. **MÉTODOS:** Estudo de corte transversal. A classificação de dor torácica de Diamond foi utilizada para caracterização da dor (variável dependente). As frequências das variáveis independentes (fatores de risco para Doença Arterial Coronária - DAC, alterações eletrocardiográficas, laboratoriais, ecocardiográficas e angiográficas) foram calculadas e comparadas entre os grupos: 1) Dor típica, 2) Dor atípica e 3) Dor não anginosa, estabelecendo-se o valor de $p < 0,05$ como estatisticamente significativa. **RESULTADOS:** Foram avaliados 127 pacientes dos quais 16 (12,6%) apresentavam dor típica, 54 (42,5%) dor atípica e 57 (44,9%) dor não anginosa. Os grupos não apresentaram diferença estatisticamente significativa em relação aos fatores de risco para DAC; aos níveis dos marcadores de necrose miocárdica; às alterações ecocardiográficas e angiográficas. Pacientes do grupo 3 apresentaram frequência significativamente maior de arritmias ventriculares que aqueles dos grupos 1 e 2 (21,1 x 6,7 x 5,7%, respectivamente; $p=0,041$). **CONCLUSÃO:** As frequências de dor torácica de características atípicas e não anginosas foram elevadas e significativamente maiores que a de dor torácica de características típicas. Não foi observado associação estatisticamente significativa entre as ca-

racterísticas da dor torácica e perfil clínico e dos exames complementares.

Descritores: Dor no peito; Síndrome coronariana aguda/diagnóstico; Doença das coronárias/diagnóstico; Angina pectoris

ABSTRACT

INTRODUCTION: Anginal symptoms of chest pain have been identified as the greatest predictive power for Acute Coronary Syndrome (ACS), however chest pain symptoms do not always resemble those, which are classically described. **OBJECTIVES:** To assess the prevalence of atypical presentations in patients admitted to hospital with Acute Coronary Syndrome, to correlate these presentations with clinical data and additional tests and to compare them with typical presentations. **METHODS:** This was a cross-sectional study. The Diamond classification of chest pain was used to characterise chest pain (dependent variable). The frequencies of the independent variable (risk factors for Coronary Artery Disease – (CAD), electrocardiographic, laboratory, echocardiographic and angiographic changes) were calculated and compared between each group: 1) Typical chest pain, 2) Atypical chest pain and 3) Non-anginal chest pain. A p -value < 0.05 was established as statistical significance. **RESULTS:** A total of 127 patients were assessed, of whom 16 (12.6%) presented typical chest pain, 54 (42.5%) atypical chest pain and 57 (44.9%) non-anginal chest pain. The groups did not present any statistically significant differences regarding Coronary Artery Disease risk factors, markers for myocardial necrosis, and echocardiographic and angiographic changes. Patients in group 3 presented a significantly higher frequency of ventricular arrhythmias than those in groups 1 and 2 (21.1 x 6.7 x 5.7%, respectively; $p=0.041$). **CONCLUSION:** The frequencies of atypical and non-anginal chest pain were higher and significantly greater than those of typical chest pain symptoms. No statistically significant association was observed between the chest pain symptoms and the clinical profile and the additional tests.

Keywords: Chest pain; Acute coronary Syndrome/diagnosis; Coronary diseases/diagnosis; Angina pectoris

INTRODUÇÃO

A síndrome coronariana aguda (SCA) tem a dor torácica como sintoma predominante na apresentação inicial em 75-85%

1. Universidade Federal de Pernambuco – UFPE – Recife (PE), Brasil.
2. Hospital das Clínicas. Universidade Federal de Pernambuco – UFPE – Recife (PE), Brasil.

Data de submissão: 09/04/2014 – Data de aceite: 14/05/2014
Conflito de interesses: não há.

Endereço para correspondência:

Sandro Gonçalves de Lima
Hospital das Clínicas – Serviço de Cardiologia
Av. Prof. Moraes Rego, s/n – Cidade Universitária
CEP: 50000-000 – Recife, PE, Brasil
Tel.: (081) 2126-3803

dos pacientes⁽¹⁾. A característica anginosa desta dor, cuja descrição clássica foi feita por Heberden em 1768⁽²⁾, tem sido identificada como o dado com maior poder preditivo de doença coronariana aguda⁽³⁾.

Apesar dos critérios para o diagnóstico de SCA serem bem estabelecidos⁽⁴⁾ as características da dor torácica nem sempre se assemelham com aquelas classicamente descritas, existindo algumas classificadas como atípicas e ainda aqueles quadros clínicos, dos quais a dor torácica não faz parte⁽⁵⁻¹¹⁾. Em 1983, Diamond⁽¹²⁾ propôs um método simples para classificar a dor torácica de acordo com suas características. Utilizando apenas três aspectos da dor torácica (localização, fatores desencadeantes e de alívio) classificou a dor como típica se localizada em região subesternal, precipitada por esforço e aliviada em repouso ou após nitroglicerina. Se apenas duas dessas três características estivessem presentes dir-se-ia tratar-se de dor torácica atípica e quando apenas uma característica fazia parte do quadro clínico apresentado pelo paciente a dor era classificada como não anginosa. Diamond demonstrou correlação desta classificação com a probabilidade de lesão estenótica maior que 50% nas artérias coronárias.

Portadores de SCA com manifestação atípica apresentam elevadas taxas de mortalidade em decorrência de diversos fatores, entre os quais: atraso em procurar serviço de saúde^(6,9,11,13,14), retardo intra-hospitalar na realização do primeiro ECG^(13,15), tempo mais prolongado para início da terapia de reperfusão⁽¹³⁾, menor número de medicações prescritas durante o internamento e após a alta hospitalar^(5,6,9,11,13,14,16), além de serem menos submetidos a procedimentos diagnósticos e terapêuticos^(6,10,13,16). O conhecimento das características dos pacientes com manifestação atípica para SCA pode contribuir para aumentar a sensibilidade diagnóstica⁽¹⁷⁾.

O presente estudo teve como objetivo avaliar a prevalência de manifestações atípicas e não anginosas de pacientes internados com SCA, assim como correlacioná-las com achados de exames complementares e o perfil de risco para doença arterial coronariana (DAC), comparando-as com as manifestações típicas.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de corte transversal realizado no setor de emergência cardiológica do Pronto Socorro Cardiológico de Pernambuco (PROCAPE), na cidade do Recife - PE.

Foram incluídos pacientes internados pela equipe médica do hospital com diagnóstico de SCA (explicitado no prontuário). Os critérios diagnósticos foram aqueles definidos pelos médicos que atendiam os pacientes no setor de emergência. Os pacientes portadores de alterações cognitivas, doenças psiquiátricas ou que apresentaram qualquer alteração no estado clínico que impedisse ou dificultasse a anamnese foram excluídos.

Os pacientes foram entrevistados pelos pesquisadores em até 48 h da sua admissão na emergência. Foi solicitado, aos pacientes, que relatassem os sintomas que os levaram a recorrer à emergência. Num primeiro momento foi valorizado o relato espontâneo das queixas (sem interferência do pesquisador). Nos casos de o paciente não referir um ou mais dos aspectos relacio-

nados à dor torácica (qualidade, irradiação, duração, localização, fatores associados, fatores desencadeantes, fatores de alívio), foi perguntado diretamente sobre os referidos aspectos, sem, entretanto, direcionar ou caracterizar os aspectos da dor.

A classificação de Diamond⁽¹²⁾ foi utilizada como parâmetro para classificação da dor torácica (variável dependente) em típica, atípica e não anginosa. Os eletrocardiogramas foram avaliados por um único pesquisador com reconhecida experiência na área e as alterações foram classificadas como: a) seguramente isquêmicas, b) provavelmente isquêmicas, c) possivelmente isquêmicas e d) não isquêmicas. Foram consideradas elevações significativas dos marcadores de necrose miocárdica, os níveis situados acima do referencial de normalidade adotado pelo método laboratorial utilizado para troponina e acima de duas vezes o valor de normalidade para creatinofosfoquinase (CPK em inglês: *creatine phosphokinase*) e sua fração MB (CKMB em inglês: *creatine kinase/MB*).

As frequências das variáveis independentes (fatores de risco para DAC, alterações eletrocardiográficas, laboratoriais, ecocardiográficas e angiográficas) foram calculadas e comparadas entre os grupos: 1) dor típica, 2) dor atípica e 3) dor não anginosa, estabelecendo-se o valor de $p < 0,05$ como estatisticamente significativo.

Todos os pacientes que concordaram em participar desta pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do PROCAPE.

RESULTADOS

Foram avaliados 127 pacientes admitidos com SCA cuja idade média foi 62 anos (33 a 94 anos - mediana: 61 anos). Destes, 16 (12,6%) compunham o grupo 1 (dor típica), 54 (42,5%) o grupo 2 (dor atípica) e 57 (44,9%) o grupo 3 (dor não anginosa).

Não foram observadas diferenças estatisticamente significantes em relação às características sócio-demográficas e aos fatores de risco para DAC entre os 3 grupos. Antecedentes pessoais de angina do peito ($p=0,020$) e angioplastia ($p=0,014$) foram mais prevalentes entre os pacientes dos grupos 1 e 2 (Tabela 1).

A tabela 2 mostra as características mais prevalentes de cada um dos aspectos da dor torácica não incluídas na classificação de Diamond. Verifica-se que as três características mais prevalentes se repetem, em sua maioria, independente dos grupos de pacientes avaliados. Não foram observadas diferenças estatisticamente significantes em nenhuma dessas características entre os grupos avaliados.

As prevalências de sintomas de baixa frequência e, por isso, agrupados como "outros", assim como aquelas das respostas que negavam irradiação e sintomas associados à dor torácica, agrupados como "nenhum(a)" podem ser vistos na tabela 3.

Pacientes que compunham os grupos 2 e 3 apresentaram elevados percentuais de alteração nos marcadores de necrose miocárdica, como pode ser observado na tabela 4, embora não tenha sido verificado diferença estatisticamente significativa entre os grupos.

Tabela 1. Características sócio-demográficas e fatores de risco para DAC entre os grupos estudados

	Dor torácica			Valor p
	Típica	Atípica	Não anginosa	
Sexo				0,909
Masculino	11 (68,8)	35 (64,8)	39 (68,4)	
Feminino	5 (31,3)	19 (35,2)	18 (31,6)	
Profissão				0,812
Aposentado	9 (56,3)	22 (41,5)	22 (39,3)	
Do lar	2 (12,5)	7 (13,2)	9 (16,1)	
Agricultor	2 (12,5)	5 (9,4)	3 (5,4)	
Motorista	1 (6,3)	2 (3,8)	4 (7,1)	
Outros	2 (12,5)	17 (32,1)	18 (32,1)	
Escolaridade				0,269
Analfabeto	4 (25,0)	5 (9,4)	6 (10,7)	
Alfabetizado	4 (25,0)	29 (54,7)	30 (53,6)	
Fundamental	6 (37,5)	9 (17,0)	11 (19,6)	
Médio	2 (12,5)	9 (17,0)	6 (10,7)	
Superior	0 (0,0)	1 (1,9)	3 (5,4)	
HAS	15 (93,8)	42 (77,8)	41 (71,9)	0,183
Dislipidemia	5 (31,3)	12 (22,2)	18 (31,6)	0,511
Tabagismo	3 (18,8)	21 (39,6)	18 (31,6)	0,395
Diabetes	7 (43,8)	19 (35,2)	19 (33,3)	0,743
Sedentarismo	12 (75,0)	45 (83,3)	46 (80,7)	0,752
Etilismo	2 (12,5)	8 (14,8)	9 (15,8)	0,948
Familiar	3 (18,8)	7 (13,0)	12 (21,1)	0,524
IAM	2 (7,7)	15 (57,7)	9 (34,6)	0,206
Angina	5 (35,7)	5 (35,7)	4 (28,6)	0,020
ATC	2 (66,7)	1 (33,3)	0 (0,0)	0,014
CRM	1 (14,3)	4 (57,1)	2 (28,6)	0,661

DAC: doença arterial coronária; HAS: hipertensão arterial sistêmica; IAM: infarto agudo do miocárdio; ATC: angioplastia transluminal coronária; CRM: cirurgia de revascularização do miocárdio.

As alterações da função sistólica, diastólica, bem como as alterações da contratilidade segmentar estiveram presentes nos três grupos, sem diferença estatisticamente significativa entre eles (Tabela 5).

Metade dos pacientes do grupo 1 foram submetidos à cinecoronariografia e menos de 40% dos pacientes dos grupos 2 e 3 realizaram este exame. A artéria mais frequentemente lesada por placa ateromatosa foi a descendente anterior (DA) nos três grupos de pacientes.

Pacientes com dor torácica de característica não anginosa (grupo 3) apresentaram uma prevalência significativamente maior de arritmias ventriculares que aqueles que apresentavam dor torácica típica e atípica (21,1 x 6,7 x 5,7%, respectivamente; $p=0,041$). Os percentuais de alterações eletrocardiográficas classificadas como “seguramente isquêmicas” foram mais elevadas entre pacientes com dor torácica atípica (68,5%) e não anginosa (54,4%) do que entre os pacientes com dor torácica típica (40%) embora não tenha sido verificada diferença estatisticamente significativa ($p=0,778$).

DISCUSSÃO

Todos os pacientes que compunham a população estudada foram internados pela equipe médica do hospital com quadro de SCA. De acordo com os critérios de Diamond⁽¹²⁾ a expressiva maioria (87,4%) desses pacientes apresentavam manifestações atípicas ou não anginosas. Esses dados podem ser explicados, em parte, pelas alterações nos Marcadores de Necrose Miocárdica (MNM) à admissão, que associadas às anormalidades eletrocardiográficas podem ter justificado o diagnóstico, mesmo naqueles pacientes com manifestações atípicas ou não anginosas. Por outro lado, os plantonistas podem ter subutilizado os dados da anamnese para fazer o diagnóstico de SCA, uma vez que as alterações do eletrocardiografia (ECG) e dos MNM se constituem em dados mais objetivos. Essa hipótese pode ser corroborada pelos percentuais elevados de alterações do ECG e dos MNM nesta população. A busca por dados objetivos em quadros de

Tabela 2. Características mais prevalentes da dor torácica (não incluídas na classificação de Diamond) segundo os grupos estudados

	Dor torácica		
	Típica	Atípica	Não anginosa
Tipo/qualidade	Queimação	Aperto	Queimação
	Aperto	Queimação	Aperto
	Pontada	Peso	Pontada
Irradiação	MSE	Nenhuma	Nenhuma
	Pescoço	MSE	Pescoço
	Dorso	Pescoço	MSE
Intensidade	Forte	Forte	Forte
Duração	Horas	Horas	Horas
Sintomas associados	Sudorese	Náuseas/vômitos	Náuseas/vômitos
	Náuseas/vômitos	Sudorese	Sudorese
	Dispneia	Dispneia	Dispneia

MSE: membro superior esquerdo.

Tabela 3. Prevalência das características da dor torácica (não incluídas na classificação de Diamond) segundo os grupos estudados

	Dor torácica			Valor p
	Típica	Atípica	Não anginosa	
Tipo/qualidade				
Queimação	7 (43,8)	17 (31,5)	22 (38,6)	0,590
Desconforto	0 (0,0)	1 (1,9)	6 (10,5)	0,079
Aperto	7 (43,8)	19 (35,2)	14 (24,6)	0,256
Pontada	1 (6,3)	6 (11,1)	6 (10,5)	0,849
Peso	0 (0,0)	3 (5,6)	2 (3,5)	0,589
Opressão	0 (0,0)	3 (5,6)	4 (7,0)	0,554
Outra	1 (6,3)	5 (9,3)	5 (8,8)	0,931
Irradiação				
MMSS	2 (12,5)	5 (9,4)	5 (8,9)	0,911
MSD	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,8)	0,537
MSE	4 (25,0)	11 (20,8)	11 (19,6)	0,897
Epigástrico	1 (6,3)	1 (1,9)	1 (1,8)	0,559
Pescoço	4 (25,0)	10 (18,9)	11 (19,6)	0,862
Mandíbula	3 (18,8)	4 (7,5)	2 (3,6)	0,116
Ombro	0 (0,0)	2 (3,8)	2 (3,6)	0,737
Dorso	4 (25,0)	9 (17,0)	5 (8,9)	0,212
Outro	0 (0,0)	1 (1,9)	2 (3,6)	0,677
Nenhuma	3 (18,8)	22 (41,5)	26 (46,4)	0,138
Sintomas associados				
Dispneia	3 (20,0)	10 (19,6)	15 (26,8)	0,650
Sudorese	7 (46,7)	23 (45,1)	21 (37,5)	0,670
Palidez	1 (6,7)	2 (3,9)	7 (12,5)	0,264
Náuseas/vômitos	7 (46,7)	32 (62,7)	25 (44,6)	0,154
Pré-síncope	1 (6,7)	5 (9,8)	8 (14,3)	0,632
Outro	0 (0,0)	2 (3,9)	2 (3,6)	0,745
Nenhum	3 (20,0)	6 (11,8)	13 (23,2)	0,299
Intensidade				
Fraca	0(0,0)	3 (5,7)	2 (3,5)	
Moderada	4 (25,0)	8 (15,1)	21 (36,8)	
Forte	12 (75,0)	42 (79,2)	34 (59,6)	
Semelhante ao episódio prévio	6 (37,5)	18 (34,0)	8 (14,0)	0,240
Duração				
Minutos	5 (31,3)	13 (24,1)	12 (21,1)	0,691
Horas	9 (56,3)	36 (66,7)	35 (61,4)	
Dias	2 (12,5)	5 (9,3)	10 (17,5)	

MMSS: membros superiores; MSD: membro superior direito; MSE: membro superior esquerdo.

SCA no setor de emergência pode ser verificada na estratégia estudada por Ferencik et al.,⁽¹⁸⁾ que realizaram angiotomografia coronária em indivíduos admitidos com dor torácica, porém sem alterações eletrocardiográficas ou nos MNM, com a finalidade de avaliarem os aspectos morfológicos das placas ateromatosas como preditores de SCA.

Estudos que avaliaram a prevalência de manifestações atípicas em pacientes com SCA, revelam valores que variam de 4,8%⁽¹⁹⁾ a 51,7%⁽⁵⁾. A magnitude dessa variação pode ser de-

corrente das diferenças metodológicas entre os estudos. Pinto et al.,⁽¹⁷⁾ relataram uma prevalência de 20,5% da apresentação atípica em SCA utilizando como definição a ausência de dor torácica ou síncope.

Estudos anteriores mostram que pacientes com quadros atípicos apresentaram menores índices de internamento hospitalar⁽²⁰⁾ e eram menos admitidos em unidades de cuidados intensivos⁽⁵⁾. A importância de uma avaliação adequada das características da dor torácica, mesmo em quadros atípicos, pode ser

Tabela 4. Prevalência de alteração nos marcadores de necrose miocárdica segundo os grupos estudados

	Dor torácica			Valor p
	Típica	Atípica	Não anginosa	
Tropnina	4 (66,7)	12 (100,0)	12 (92,3)	0,088
CPK	12 (75,0)	45 (83,3)	45 (83,3)	0,718
CKMB	14 (93,3)	47 (88,7)	50 (92,6)	0,735

CPK: creatinofosfoquinase; CKMB: fração MB da creatinofosfoquinase.

Tabela 5. Prevalência de alteração ecocardiográfica segundo os grupos estudados

	Dor torácica			Valor p
	Típica	Atípica	Não anginosa	
Disfunção sistólica	3 (30,0)	10 (22,7)	17 (34,7)	0,447
Disfunção diastólica	9 (90,0)	32 (72,7)	36 (73,5)	0,504
Acinesia	3 (30,0)	27 (62,8)	25 (51,0)	0,147
Hipocinesia	4 (40,0)	19 (44,2)	16 (32,7)	0,521

verificada num estudo de outros autores⁽²¹⁾ que relataram taxa de mortalidade maior em cinco anos em pacientes com dor torácica de origem não traumática e que não foram admitidos em hospital quando comparada a população geral. Alguns autores também relataram taxas de mortalidade maior em indivíduos com manifestações atípicas internados em Unidade Coronariana^(13,16).

O elevado percentual de indivíduos com baixo nível de escolaridade nesta população pode explicar parte dos nossos resultados (a elevada prevalência de manifestações atípicas e não anginosas). Os percentuais de respostas agrupadas como “outro(a)s” por sua baixa frequência e/ou classificados como “nenhum(a)” foram, em sua maioria, mais elevados nos grupos 2 e 3 e podem justificar a hipótese acima. Os indivíduos com baixa escolaridade tendem a descrever as características da dor de forma menos precisa e/ou com termos algumas vezes pouco compreensíveis, tais como “agonia”, “mal estar”, “coisa ruim no peito”, ou mesmo negar que a dor apresente irradiação, sintomas associados, fatores desencadeantes, dentre outros. Por outro lado, a maioria dos indivíduos do grupo 1 possuíam nível de escolaridade melhor, avaliado pelos anos de estudo, que aqueles indivíduos dos grupos 2 e 3, embora não tenha sido verificada diferença estatisticamente significativa entre os grupos. Gouveia et al.,⁽²²⁾ estudaram uma população atendida na mesma emergência cardiológica onde esta pesquisa foi realizada e verificaram que indivíduos com nível de escolaridade mais baixa, demoravam mais a procurar o serviço de emergência em função da interpretação equivocada dos sintomas e apresentavam uma taxa mais elevada de desfechos maiores. Mesmo em países desenvolvidos, alguns autores relataram resultados semelhantes⁽²³⁾.

A hipótese de que a sensibilidade da classificação de Diamond para diagnosticar quadros de SCA poderia ser aumentada se outros dados fossem associados àqueles da história clínica não nos parece consistente. Jensen et al.,⁽²⁴⁾ avaliaram a capacidade de cinco modelos em prever DAC significativa e concluíram

que o modelo de Diamond-Forrester adaptado além de eficiente em prever DAC, parecia ser o mais útil na prática clínica justamente por utilizar um menor número de variáveis clínicas. Por outro lado, alguns autores não lograram êxito em identificar características isoladas como preditores diagnósticos⁽²⁵⁾.

Apesar dos diversos relatos de maior prevalência de quadros atípicos entre os diabéticos^(6,13,14,16), explicado pela neuropatia diabética que altera a percepção de dor^(6,26) os nossos pacientes com manifestações típicas não diferiam significativamente daqueles com manifestações atípicas ou não anginosas. A hipótese para explicar nossos achados reside no fato de que todos os pacientes eram portadores de SCA e o papel que cada um dos fatores de risco, isolados ou associados, exerce na formação de placas e no surgimento de quadros agudos em decorrência da instabilidade dessas placas, já havia ocorrido e resultado no desfecho (SCA). Alguns autores relataram que portadores de DAC, hipertensos, dislipidêmicos e tabagistas tem uma probabilidade quatro vezes menor de apresentarem quadros atípicos de SCA⁽¹⁷⁾.

Não verificamos diferença de apresentação da dor entre homens e mulheres, apesar de estudos anteriores apontarem uma maior prevalência de quadros atípicos em mulheres^(5,6,10,17,26-29). A idade dos pacientes não diferiu entre os grupos, ao contrário do que mostram outros estudos^(17,26,28,29) onde foi verificado que indivíduos de idade mais avançada mais frequentemente apresentam manifestações atípicas. A explicação para tais divergências parece ser multicausal e variam desde a diferença na percepção e valorização da dor até as variações anatômicas, fisiológicas e psicossociais entre os sexos e diferentes idades^(26,30).

As alterações ecocardiográficas, tanto sistólicas como diastólicas, podem ser explicadas tanto pelo quadro atual que motivou o internamento, como pelos próprios antecedentes pessoais de DAC prévia, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e DM. A prevalência de HAS, uma das principais causas de alteração da função diastólica, foi significativamente elevada nesta população.

O percentual baixo de ausência de alterações no ECG pode ser justificado pelos critérios usados nesta pesquisa onde todos os pacientes incluídos tinham diagnóstico de SCA definido pelo plantonista. Apesar da tendência no atraso para a realização do ECG em quadros atípicos, a literatura não mostra diferenças entre os achados eletrocardiográficos destes pacientes em relação aqueles com quadros típicos^(5,11) a semelhança do que foi verificado em nossos dados. Uma hipótese para explicar o achado de maior prevalência de arritmias ventriculares entre os pacientes do grupo 3 verificada nesta pesquisa, pode ser o fato de que por apresentarem manifestações não sugestivas de SCA, tenham, por isso, recebido terapia adjuvante anti-isquêmica menos intensiva que os demais grupos.

CONCLUSÃO

Observamos que as prevalências de dor torácica de características atípicas e não anginosas foram elevadas e significativamente maiores que a de dor torácica de características típicas. Não foi observado associação estatisticamente significativa entre as características da dor torácica e perfil clínico e dos exames complementares.

REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira de Cardiologia. [IV Guidelines of Sociedade Brasileira de Cardiologia for treatment of Acute Myocardial Infarction with ST-segment elevation]. *Arq Bras Cardiol.* 2009; 93(6 supl.2):e179-e264. Portuguese.
2. Silverman ME. William Heberden and some account of a disorder of the breast. *Clin Cardiol.* 1987;10(3):211-3.
3. Bassan R, Pimenta L, Leães PE, Timerman A, Volschan A, Polanczyk C, et al. I Diretriz de dor torácica na sala de emergência. *Arq Bras Cardiol.* 2002; 70(Suppl 2):1-22.
4. Mendis S, Thygesen K, Kuulasmaa K, Giampaoli S, Mähönen M, Ngu Blackett K, Lisheng L; Writing group on behalf of the participating experts of the WHO consultation for revision of WHO definition of myocardial infarction. World Health Organization definition of myocardial infarction: 2008-09 revision. *Int J Epidemiol.* 2011;40(1):139-46. Comment in: *Int J Epidemiol.* 2011;40(1):147-9.
5. Canto JG, Fincher C, Kiefe CI, Allison JJ, Li Q, Funkhouser E, et al. Atypical presentations among medicare beneficiaries with unstable angina pectoris. *Am J Cardiol.* 2002;90(3):248-53. Comment in: *Am J Cardiol.* 2003;91(1):118-9.
6. El-Menyar A, Zubaid M, Sulaiman K, Almahmeed W, Singh R, Alsheik-Ali AA, Al Suwaidi J; Gulf Registry of Acute Coronary Events (Gulf RACE) Investigators. Atypical presentation of acute coronary syndrome: a significant independent predictor of in-hospital mortality. *J Cardiol.* 2011;57(2):165-71.
7. Hermann LK, Weingart SD, Yoon YM, Genes NG, Nelson BP, Shearer PL, et al. Comparison of frequency of inducible myocardial ischemia in patients presenting to Emergency Department with typical versus atypical or nonanginal chest pain. *Am J Cardiol.* 2010;105(11):1561-4.
8. Teoh M, Lalondrelle S, Roughton M, Grocott-Mason R, Dubrey SW. Acute coronary syndromes and their presentation in Asian and Caucasian patients in Britain. *Heart.* 2007;93(2):183-8.
9. Grossman SA, Brown DF, Chang Y, Chung WG, Cranmer H, Dan L, et al. Predictors of delay in presentation to the ED in patients with suspected acute coronary syndromes. *Am J Emerg Med.* 2003;21(5):425-8.
10. Zdzienicka J, Siudak Z, Zawisłak B, Dziewierz A, Rakowski T, Dubiel J, et al. Patients with non-ST-elevation myocardial infarction and without chest pain are treated less aggressively and experience higher in-hospital mortality. *Kardiologia Pol.* 2007;65(7):769-75.
11. Brieger D, Eagle KA, Goodman SG, Steg PG, Budaj A, White K, Montalescot G. Acute coronary syndromes without chest pain, an underdiagnosed and undertreated high-risk group: insights from the Global Registry of Acute Coronary Events. 2004. *Chest.* 2009;136(5 Suppl):e30.
12. Diamond GA. A clinically relevant classification of chest discomfort. *J Am Coll Cardiol.* 1983;1(2 Pt 1):574-5.
13. Canto JG, Shlipak MG, Rogers WJ, Malmgren JA, Frederick PD, Lambrew CT, et al. Prevalence, clinical characteristics, and mortality among patients with myocardial infarction presenting without chest pain. *JAMA.* 2000;283(24):3223-9.
14. Hwang SY, Park EH, Shin ES, Jeong MH. Comparison of factors associated with atypical symptoms in younger and older patients with acute coronary syndromes. *J Korean Med Sci.* 2009; 24(5):789-94.
15. Borden WB, Fennessy MM, O'Connor AM, Mulliken RA, Lee L, Nathan S, et al. Quality improvement in the door-to-balloon times for ST-elevation myocardial infarction patients presenting without chest pain. *Catheter Cardiovasc Interv.* 2012;79(6):851-8. Comment in: *Catheter Cardiovasc Interv.* 2012;79(6):859.
16. Schelbert EB, Rumsfeld JS, Krumholz HM, Canto JG, Magid DJ, Masoudi FA, et al. Ischaemic symptoms, quality of care and mortality during myocardial infarction. *Heart.* 2008;94(2):e2.
17. Pinto D, Lunet N, Azevedo A. [Prevalence and determinants of atypical presentation of acute coronary syndrome]. *Acta Med Port.* 2011;24 Suppl 2: 307-18. Portuguese.
18. Ferencik M, Schlett CL, Ghoshhajra BB, Krieger MF, Joshi SB, Maurovich-Horvat P, et al. A computed tomography-based coronary lesion score to predict acute coronary syndrome among patients with acute chest pain and significant coronary stenosis on coronary computed tomographic angiogram. *Am J Cardiol.* 2012; 110(2):183-9.
19. Rosengren A, Wallentin L, Simoons M, Gitt AK, Behar S, Battler A, et al. Age, clinical presentation, and outcome of acute coronary syndromes in the Euroheart acute coronary syndrome survey. *Europ Heart J.* 2006;27(7):789-95.
20. Pope JH, Aufderheide TP, Ruthazer R, Woolard RH, Feldman JA, Beshansky JR, et al. Missed diagnoses of acute cardiac ischemia in the Emergency Department. *N Engl J Med.* 2000;342(16): 1163-70. Comment in: *N Engl J Med.* 2000; 343(20):1493; discussion 1493-4; *N Engl J Med.* 2000; 342(16):1207-10; *N Engl J Med.* 2000;343(20):1492-3; discussion 1493-4.
21. McMahon CG, Yates DW, Hollis S. Unexpected mortality in patients discharged from the emergency department following an episode of nontraumatic chest pain. *Eur J Emerg Med.* 2008; 15(1):3-8.
22. Gouveia VA, Victor EG, Lima SG. Pre-hospital attitudes adopted by patients faced with the symptoms of acute myocardial infarction. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2011;19(5):1080-7.
23. Kirchberger I, Heier M, Wende R, von Scheidt W, Meisinger C. The patient's interpretation of myocardial infarction symptoms and its role in the decision process to seek treatment: the MONICA/KORA Myocardial Infarction Registry. *Clin Res Cardiol.* 2012; 101(11):909-16.
24. Jensen JM, Voss M, Hansen VB, Andersen LK, Johansen PB, Munkholm H, et al. Risk stratification of patients suspected of coronary artery disease: comparison of five different models. *Atherosclerosis.* 2012; 220(2):557-62.
25. Stochkendahl MJ, Vach W, Hartvigsen J, Høiland-Carlsen PF, Haghfelt T, Christensen HW. Reconstruction of the decision-making process in assessing musculoskeletal chest pain: an exploratory study using recursive partitioning. *J Manipulative Physiol Ther.* 2012;35(3):184-95.
26. DeVon HA, Ryan CJ, Ochs AL, Shapiro M. Symptoms across the continuum of acute coronary syndromes: differences between women and men. *Am J Crit Care.* 2008;17(1):14-24; quiz 25.
27. McSweeney JC, O'Sullivan P, Cleves MA, Lefler LL, Cody M, Moser DK, et al. Racial differences in women's prodromal and acute symptoms of myocardial infarction. *Am J Crit Care.* 2010; 19(1):63-73.
28. Arslanian-Engoren C, Patel A, Fang J, Armstrong D, Kline-Rogers E, Duvernoy CS, et al. Symptoms of men and women presenting with acute coronary syndromes. *Am J Cardiol.* 2006;98(9):1177-81.
29. Dey S, Flather MD, Devlin G, Brieger D, Gurfinkel EP, Steg PG, Fitzgerald G, Jackson EA, Eagle KA; Global Registry of Acute Coronary Events Investigators. Sex-related differences in the presentation, treatment and outcomes among patients with acute coronary syndromes: the Global Registry of Acute Coronary Events. *Heart.* 2009;95(1):20-6.
30. Arslanian-Engoren C, Engoren M. Physiological and anatomical bases for sex differences in pain and nausea as presenting symptoms of acute coronary syndromes. *Heart Lung.* 2010;39(5):386-93.