

A DOR TORÁCICA EM MULHERES NO ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA : CONDUTA E EVOLUÇÃO

JANICE JARDIM SANTOS*, LUCIA C. PELLANDA, IRAN CASTRO

Trabalho realizado no programa de Pós-Graduação do Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul/ Fundação Universitária de Cardiologia, Porto Alegre, RS

RESUMO - OBJETIVO. Avaliar o diagnóstico de dor torácica em mulheres atendidas em um serviço de emergência em relação à evolução clínica, descrevendo sua influência sobre o manejo terapêutico, quando comparadas aos homens.

MÉTODOS. Estudo de coorte contemporâneo, comparando 67 pacientes entre 50 e 65 anos (35 mulheres e 32 homens) atendidos de forma consecutiva por dor torácica na sala de emergência (SE) e acompanhados por 120 dias. Os desfechos avaliados foram: diagnóstico de infarto agudo do miocárdio (IAM), angina instável (AI), angina estável (AE), isquemia cerebral, cirurgia de revascularização miocárdica (CRM), angioplastia (ACTP), morte e hospitalizações.

RESULTADOS. Na SE, não houve diferença significativa relacionada ao sexo quanto aos exames realizados para diagnóstico da dor torácica; entretanto, proporcionalmente, as mulheres receberam

menos medicação cardiológica e mais tranqüilizantes. Ao término do atendimento na SE, as mulheres foram significativamente menos hospitalizadas ($p=0,02$). Na evolução clínica posterior, não houve diferença entre os dois sexos quanto à ocorrência de IAM, AI, AE, isquemia cerebral, CRM, ACTP e morte.

CONCLUSÃO. Comparando a acurácia diagnóstica da dor torácica na SE entre mulheres e homens, não houve diferença significativa quanto ao número de exames realizados, mas a hospitalização foi menos indicada e o manejo terapêutico cardiológico foi menos intenso entre o sexo feminino. A evolução clínica evidenciou incidência igual de desfechos entre os dois sexos, o que sinaliza para a necessidade de atenção ao sintoma dor torácica independentemente do sexo.

Unitermos: Dor torácica. Atendimento de emergência. Mulheres.

INTRODUÇÃO

A doença arterial coronariana (DAC) constitui a principal causa de óbito no mundo. O estudo Framingham¹ trouxe evidências importantes em relação ao sexo feminino: 40% dos eventos coronarianos ocorreram entre as mulheres, dos quais 30% sob a forma de IAM. Nesse estudo, a proporção de IAM não reconhecido foi maior nas mulheres do que nos homens. A letalidade feminina para os eventos cardíacos foi superior à masculina, independentemente da idade.

A mortalidade por DAC vem diminuindo no mundo desenvolvido, o que está de acordo com os notórios avanços nas áreas de diagnóstico e terapêutica. Nos Estados Unidos, a redução começou a ocorrer na década de 60 e, no Brasil, a partir de 1985². Entretanto, este decréscimo das taxas de óbito tem sido menor no sexo feminino. No Brasil, entre 1979 e 1996, a mortalidade por DAC diminuiu 15,3%

nos homens e 11,6% nas mulheres, representando redução de 2,94 mortes/ano nos homens e de 1,67 morte/ano nas mulheres. Lotufo³ comparou taxas de mortalidade entre oito capitais brasileiras com as de vários países no período de 1984 a 1987, e concluiu que o índice de óbito por DAC no Brasil foi dos mais elevados e que o percentual de mulheres foi maior do que o registrado em qualquer um dos países cotejados. Haddad e Silva⁴ evidenciaram crescentes taxas de mortalidade por IAM em mulheres jovens, a partir de 30 anos de idade, no Estado de São Paulo.

As causas das diferenças relacionadas ao sexo ainda não estão definidas de forma absoluta, mas sugerem desigualdade na condução de diagnóstico e tratamento entre mulheres e homens, principalmente na avaliação da dor torácica⁵. A metade dos pacientes com IAM nos Estados Unidos chega ao hospital através das emergências, e 2% a 8% são liberados para casa por erro diagnóstico⁶, o que ocorre mais freqüentemente no sexo feminino^{1,6,7}.

Face à necessidade de estudar essas diferenças em nosso meio, com o objetivo de aprimorar o atendimento dessa condição prevalente nos serviços de emergência, foi

desenhado um estudo observacional visando avaliar os pacientes atendidos por dor torácica em um departamento de emergência, descrevendo as possíveis diferenças na conduta diagnóstica e terapêutica de acordo com o sexo.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de coorte contemporâneo de pacientes atendidos na SE do Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul/ Fundação Universitária de Cardiologia (IC/FUC) com queixa de dor torácica e acompanhados por 120 dias, para avaliação das propriedades diagnósticas da investigação realizada no departamento de emergência. O padrão ouro foi estabelecido como a combinação da evolução clínica do paciente (incluindo desfechos clínicos de IAM, AI, AE, ACTP, CRM, isquemia cerebral, morte e hospitalização), considerada como evento principal, e laboratoriais (resultados de eletrocardiograma, enzimas, ecocardiograma, testes de estresse e cinecoronariografia), relacionadas como eventos secundários.

A população da pesquisa incluiu todos os pacientes, de sexo feminino e masculino, com

*Correspondência:

Unidade de Pesquisa do IC/FUC
Av. Princesa Isabel, 370 - CEP: 90620-001
Porto Alegre - RS - Fone/Fax: (51) 3230-3600
pesquisa@cardiologia.org.br

idades entre 50 e 65 anos (pois é nesta faixa etária que ocorrem mais erros de diagnóstico e tratamento entre o sexo feminino, de acordo com a literatura^{6,7}), atendidos de forma consecutiva na SE por dor torácica no mês de setembro de 2000. Foram excluídos os pacientes transferidos de outros hospitais já com diagnóstico estabelecido e os que não concordaram em participar do estudo. Foram avaliados inicialmente 88 atendimentos. Excluídos os que não aderiram e/ou não compareceram ao agendamento de retorno, a população final efetivamente investigada somou 67 pacientes, sendo 35 mulheres e 32 homens.

Os eletrocardiogramas (ECGs) realizados nesses atendimentos foram analisados quanto à existência de provável isquemia miocárdica. Para tanto, considerou-se a presença de supra ou infradesnivelamento do segmento ST, indiscutível retificação de ST, onda T negativa em duas ou mais derivações consecutivas e bloqueio de ramo esquerdo. Os traçados com possíveis interpretações distintas foram submetidos à opinião de outro cardiologista experiente, cego para a história clínica; em caso de divergência, o ECG foi considerado como sem isquemia. A investigadora não esteve presente na sala de realização do atendimento para minimizar o efeito Hawthorne (melhora do desempenho através da simples observação) e para evitar interferência na relação médico-paciente.

Todos os pacientes que aderiram ao estudo assinaram o termo de consentimento e foi obtida autorização do médico assistente, quando havia acompanhamento.

Os pacientes foram avaliados aos 30 e 120 dias; os hospitalizados por ocasião do primeiro atendimento, também aos sete dias. Na entrevista aos 30 dias, era realizada cuidadosa anamnese, com atenção especial para a caracterização dos sintomas que motivaram a procura do atendimento referido na emergência, e evolução após aquela ocorrência. Seguiam-se o exame físico e a realização de ECG de repouso e de radiografia de tórax. Na entrevista seguinte, em torno de 120 dias, o paciente era questionado sobre sintomas e eventos ocorridos no período e o ECG era repetido. Nos casos ainda sem definição diagnóstica para a dor torácica que originou o atendimento, seguia-se, nesta ordem, com ecocardiograma (para exclusão de outras cardiopatias, avaliação da função ventricular e

alterações segmentares), ergometria, ecocardiograma de estresse (com dobutamina) ou cintilografia de estresse e cinecoronariografia.

Pelo protocolo do estudo, foi estabelecido que o surgimento de evento, principal ou secundário, encerrava a investigação diagnóstica encaminhada pela pesquisa (o que não excluía a indicada pelos médicos assistentes). A observação de cada evolução estendeu-se por todo o período do estudo, não se limitando ao momento de manifestação do desfecho.

Todos os exames e história clínica foram revisados para avaliação da concordância entre o médico da emergência e os critérios estabelecidos para este protocolo de pesquisa, tendo-se considerado como: 1) AI – angina ocorrendo em repouso e prolongada, novo episódio de angina classe III (conforme a classificação da Sociedade Cardiovascular do Canadá - SCC) ou aceleração recente da angina com aumento da severidade (evoluindo da classe I para classe III da SCC), acompanhada de alterações do segmento ST ao ECG ou dor em repouso com teste de estresse positivo para isquemia ou com pequenas elevações de troponina não compatíveis com IAM; 2) AE – angina sem preencher os critérios acima em paciente com história prévia de DAC; 3) IAM – elevação e queda dos marcadores de necrose miocárdica, troponina ou CK-MB, acompanhada de dor torácica e/ou ECG com supra ou infradesnivelamento de ST e/ou ECG com aparecimento de ondas Q patológicas.

Os pacientes eram informados dos resultados dos exames e encaminhados aos médicos assistentes.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do IC/FUC e recebeu os recursos financeiros para sua execução da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS).

Os dados foram armazenados em um banco de dados elaborado especialmente para o estudo com o auxílio do programa EPI-INFO, e posteriormente analisados pelo pacote estatístico SPSS.

As variáveis são descritas através de tabelas de frequências para as categóricas e média e desvio padrão ou medianas e intervalos interquartil 25-75 para as contínuas.

Foram feitas comparações das características gerais, história prévia, investigação diagnóstica e tratamento prescrito de acordo com o sexo utilizando o teste do Qui-quadrado

ou teste exato de Fisher para as variáveis categóricas e o teste t de Student para as variáveis contínuas. Para estas comparações foi considerado um alfa crítico de 0,05.

Para a avaliação de eventos ao longo do acompanhamento, foram elaboradas curvas de sobrevida pelo método de Kaplan-Meier.

RESULTADOS

As características básicas, os dados clínicos e a história prévia da população estudada, distribuídos conforme o sexo, encontram-se na Tabela I. Os homens apresentaram maior proporção de DAC definida e IAM, enquanto as mulheres apresentaram maior proporção de obesidade.

A caracterização da dor torácica foi semelhante entre mulheres e homens, sem diferença estatisticamente significativa: retroesternal em 85,3% x 81,5%, constritiva em 34,3% x 37,9% e com irradiação, predominantemente para membros superiores, em 37,14% x 34,4%.

Exames diagnósticos na sala de emergência

O ECG foi realizado em todos os pacientes ao chegar na SE. Alterações isquêmicas estavam presentes em 59,4% dos exames disponíveis do grupo feminino e em 64,5% do grupo masculino, sem diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos.

A avaliação enzimática foi realizada em 17,1% das pacientes do sexo feminino e em 37,5% dos do sexo masculino, cujos resultados foram normais na totalidade do primeiro grupo e em 66,7% do segundo grupo. Não houve diferença com significância estatística para este número de dosagens entre os dois sexos.

Radiografias de tórax na SE foram feitas em quatro pacientes do sexo feminino, tendo sido normal em um e alteradas (aumento da área cardíaca com ou sem insuficiência cardíaca) em três; no sexo masculino, foram realizadas em três pacientes, todas consideradas alteradas. Não houve diferença estatística entre os grupos.

Conduta terapêutica na sala de emergência

Embora não atingisse significância estatística, no sexo feminino ocorreu uma proporção menor, em termos absolutos, do uso

Tabela 1 - Características da população

	Sexo feminino (n = 35)	Sexo masculino (n = 32)	p
Idade	57,9 ± 4,6	57,8 ± 4,7	-
Cor			
branca	28 (80,0)	29 (90,6)	
preta	4 (11,4)	2 (6,3)	-
mista	3 (8,6)	1 (3,1)	-
História prévia			
DAC definida	6 (17,1)	18 (56,25)	0,002
Angina	11 (31,4)	11 (35,5)	0,93
IAM	4 (11,4)	12 (37,5)	0,02
CRM	1 (2,9)	5 (15,6)	0,07
ACTP	2 (5,7)	6 (19,4)	0,09
Isquemia cerebral	2 (5,7)	4 (12,9)	0,27
PCR/síncope	3 (8,6)	5 (16,1)	0,28
IC	6 (17,1)	10 (32,3)	0,25
Outras cardiopatias*	8 (22,8)	2 (6,2)	0,05
HAS	24 (68,6)	18 (58,1)	0,52
DM	5 (14,3)	9 (29,0)	0,24
Dislipidemia	22 (64,7)	13 (41,9)	0,11
Obesidade	12 (34,3)	1 (3,6)	0,007
Tabagismo	7 (20,6)	10 (34,5)	0,34
História familiar / DAC	27 (84,4)	17 (65,4)	0,16

Percentagens (%) entre parênteses.

* Valvopatias graves, próteses valvares, miocardiopatia hipertrófica assimétrica com obstrução, miocardiopatia chagásica, cardiopatia hipertensiva, doença do nó sinusal com marcapasso.

DAC: Doença arterial coronariana; **IAM:** Infarto agudo do miocárdio; **CRM:** Cirurgia de revascularização miocárdica; **ACTP:** Angioplastia coronariana transluminal percutânea; **PCR:** Parada cardiorrespiratória; **IC:** Insuficiência cardíaca; **HAS:** Hipertensão arterial sistêmica;

DM: Diabetes melito.

Tabela 2 - Conduta terapêutica na sala de emergência

Conduta terapêutica	Sexo feminino (n = 35)	Sexo masculino (n = 32)	p
Aspirina	3 (8,6)	6 (18,8)	0,19
Analgésico	11 (31,4)	10 (31,3)	1
Antiarrítmico	1 (2,9)	1 (3,1)	0,73
Betabloqueador	1 (2,9)	5 (15,6)	0,07
Bloqueador de cálcio	0	0	
Digital	0	0	
Diurético	0	3 (9,4)	0,10
Heparina	0	2 (6,3)	0,22
Inibidor da ECA	1 (2,9)	2 (6,3)	0,46
Insulina	0	1 (3,1)	0,47
Nitrato	1 (2,9)	4 (12,5)	0,15
Tranquilizante	6 (17,1)	1 (3,1)	0,06
Trombolítico	0	1 (3,1)	0,47
ACTP	0	0	
Hospitalização	2 (5,7)	8 (25,0)	0,02

Percentagens (%) entre parênteses.

SE: Sala de emergência; **ECA:** Enzima conversora da angiotensina; **ACTP:** Angioplastia coronariana transluminal percutânea.

de aspirina, betabloqueador e nitrato, e maior proporção do uso de tranquilizante (Tabela 2).

A hospitalização após o atendimento na SE foi significativamente menor entre as mulheres (Tabela 2), $p=0,02$. Nas duas mulheres internadas, as causas foram AI e fibrilação ventricular de repetição. Nos oito homens, os motivos foram: um IAM, quatro AI, um pneumotórax, uma arritmia completa por fibrilação auricular com alta frequência ventricular; um paciente foi internado para esclarecimento diagnóstico da dor torácica.

Aqui foram considerados os diagnósticos estabelecidos pelo próprio médico que prestou assistência ao paciente. Adicionalmente, foi realizada avaliação independente para este estudo.

Seguimento

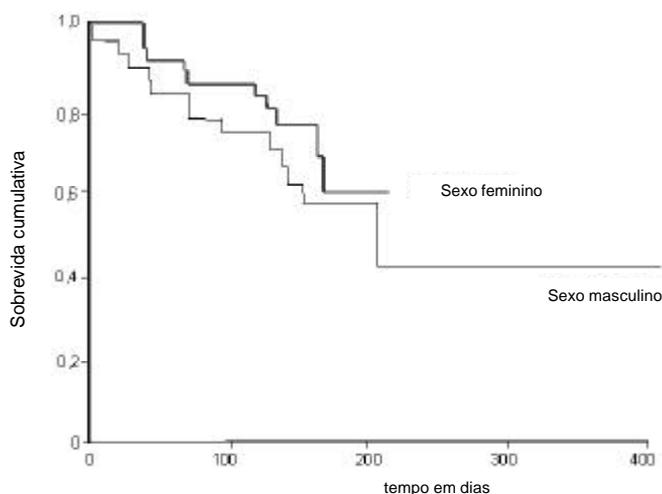
Não houve diferença estatisticamente significativa entre o número de ECGs com isquemia realizados na SE e aos 120 dias, comparando cada grupo e dentro dos grupos de mesmo sexo.

O ecocardiograma mostrou menor média de FE entre os homens ($63,68\% \pm 12,02 \times 71\% \pm 8,32$), $p=0,028$, como também maior incidência de alteração segmentar (hipocinesia, acinesia ou discinesia): $50\% \times 8,3\%$ ($p=0,004$). Não houve diferença quanto à disfunção diastólica ventricular esquerda entre homens e mulheres ($50\% \times 54,16\%$).

Não se constatou diferença entre mulheres e homens quanto aos resultados de ergometria ($12,5\% \times 16,7\%$ positivos para isquemia), ecocardiograma de estresse (normal em todos os pacientes que realizaram o exame) e cintilografia (uma mulher com resultado normal e cinco homens, dos quais três com perfusão alterada e um com diminuição da contratilidade), porém foi pequeno o número de pacientes que concluíram toda a investigação.

A cinecoronariografia foi realizada em 17,1% das mulheres e em 38,7% dos homens; o número de indicações não atingiu diferença estatisticamente significativa, apesar da menor proporção do exame no sexo feminino. Não se observou diferença da média da FE entre o sexo feminino e o masculino ($73\% \pm 12,31 \times 70,45\% \pm 12,83$) e de ocorrência de alteração da contratilidade ($66,66\% \times 54,54\%$). Entretanto, a média da pressão diastólica final (Pd2) de

Figura 1 - Curva de sobrevida livre de eventos em mulheres e homens (método de Kaplan-Meier)



ventrículo esquerdo (VE) foi significativamente maior entre os homens ($19,83 \pm 6,14 \times 15,5 \pm 2,25 - p = 0,046$). Não ocorreu diferença entre os sexos em relação à doença arterial coronariana.

No tocante aos eventos principais após atendimento na SE, não houve diferença entre mulheres e homens quanto a IAM (não ocorreu), AI (14,3% x 15,6%), AE (11,4% x 12,5%), isquemia cerebral (2,85% x 6,25%), CRM (5,7% x 6,3%), ACTP (0% x 6,3%) e morte (0% x 9,4% - $p = 0,1$).

Considerando as hospitalizações ocorridas em cada etapa do estudo (SE, aos 30 dias e aos 120 dias), elas totalizaram sete no grupo feminino e 20 no masculino. A menor incidência de internação nas mulheres foi estatisticamente significativa: 20% x 62,5% - $p = 0,0009$.

Para a análise de desfechos combinados, foi considerado o primeiro evento ocorrido no tempo (óbito, IAM, AI, AE, isquemia cerebral, CRM, ACTP ou hospitalização). A análise dos eventos combinados em relação ao sexo revelou a soma de 14 no grupo masculino e de 10 no feminino ($p = 0,299$) (Fig. 1).

DISCUSSÃO

Este estudo procurou avaliar a realidade local do atendimento de mulheres com suspeita de síndrome coronariana aguda em um serviço de emergência cardiológica. É muito importante que as instituições organizem formas de avaliar suas atividades, compondo uma base de dados que possa produzir

melhorias no atendimento, através da avaliação permanente de resultados, desenvolvimento e aperfeiçoamento de condutas e até mesmo geração de novas hipóteses de pesquisa. Além disso, o conhecimento sobre as características locais da população é fundamental para uma aplicação crítica das evidências contidas na literatura internacional.

O IC/FUC é uma instituição universitária e referência em cardiologia no Estado do Rio Grande do Sul. Com atendimento de nível de complexidade terciária, recebe pacientes privados e usuários de diversos convênios, mas a população que procura atendimento na SE é predominantemente do sistema público de saúde (SUDS).

Como rotina, todo paciente que chega com dor torácica à SE do IC/FUC realiza ECG. O prosseguimento da investigação (enzimas, repetições dessas e do ECG e/ou outros exames) é orientado pelo médico cardiologista que faz o atendimento.

Durante o período do estudo, foram analisados todos os pacientes atendidos na SE com queixa de dor torácica. No entanto, a principal limitação foi a proporção de perdas ao longo do seguimento, motivada pelo fato de alguns pacientes não residirem em Porto Alegre, mudança de cidade ou Estado, recusa em realizar os exames propostos ou não comparecimento a exame agendado por compromissos familiares. Wenger et al.⁵ destacaram os compromissos familiares, principalmente em relação às crianças e aos doentes, como responsáveis pela não

adesão aos planos de tratamento e reabilitação cardiológica no sexo feminino. Em nosso estudo, esses impedimentos também ocorreram com as pacientes mulheres.

A média de idade da população analisada foi semelhante nos dois sexos (58 anos), como o encontrado por Lehmann et al.⁸ em pacientes atendidos por dor torácica em SE (50 anos). Nas pesquisas com portadores de DAC definida, em geral as mulheres têm mais idade do que os homens, em número de anos que varia com a população estudada^{5,9,10-15}. No projeto MONICA¹⁶, a diferença da média de idade foi 1,5 ano a mais nas mulheres ($57,0 \pm 6,0 \times 55,5 \pm 7,1$). Entretanto, em Salvador, Passos et al.¹⁷ detectaram a mesma idade em mulheres e homens com diagnóstico de AI. O estudo da população Framingham¹ mostrou que a diferença de idade mulher/homem para as manifestações clínicas da DAC diminui progressivamente com a idade, reduzindo-se mais agudamente entre 35 e 55 anos, graças a maior aceleração da incidência da doença no sexo feminino.

Houve maior proporção de indivíduos negros e mulatos entre as mulheres (20% x 9,4%), o que coincide com o encontrado no GUARANTEE¹³, no TIMI IIIB¹⁵ e em outras publicações^{11,17}. Sabe-se que na raça negra a DAC é mais precoce e mais severa^{6,18}. No estudo de Pope et al.⁶, os pacientes (com IAM ou AI) da raça negra tinham oito a dez anos menos do que os de cor branca e a percentagem de mulheres era maior do que a verificada entre os brancos.

Em relação às diferenças entre os dois sexos em suas características clínicas, as que atingiram significância estatística estão de acordo com a literatura: história prévia de IAM^{1,16,17} e DAC foram mais freqüentes nos homens^{10,13,19}, enquanto outras cardiopatias não coronarianas mostraram maior incidência nas mulheres^{5,19}. Discordante do que predomina na literatura^{5,13,15,20} foi a discreta maior proporção encontrada nos homens, e não nas mulheres, de diabetes melito (DM)¹ e história de isquemia cerebral, insuficiência cardíaca, síncope e parada cardiorrespiratória. Vale salientar que a preponderância destas variáveis no sexo feminino não é registrada em todas as análises⁸. No Rio de Janeiro, Pimenta et al.²¹ observaram a mesma incidência de DM em mulheres e homens com IAM, assim como Miller et al.²² em 14.499 pacientes sob investigação de DAC.

A dor torácica em quadro isquêmico na mulher, por muitos considerada atípica²³, o que dificultaria o diagnóstico e justificaria a razão de não ser tão reconhecida entre o sexo feminino na SE, não se confirmou na população estudada. Entretanto, há controvérsias nos resultados internacionais. A apresentação da dor semelhante em mulheres e homens aqui encontrada coincide com vários estudos⁸, inclusive em portadores de DAC definida. Milner et al.⁹, em pacientes com DAC, observaram frequência igual de dor torácica em mulheres e homens, como também semelhantes proporções de pacientes sem dor e sem diferença estatisticamente significativa quanto à localização e ao tipo da dor torácica. Da mesma forma, no MITI¹⁰, a incidência da dor torácica foi igual nos dois sexos (99,6% nas mulheres x 99% nos homens), como também no projeto MONICA¹⁶, onde predominou a dor típica e em proporções iguais nos dois sexos.

Não houve discriminação entre os sexos para a realização de ECG à chegada na SE, como ocorre em grande parte das análises publicadas, em que este exame é menos freqüente para as mulheres^{8,18}. Nos Estados Unidos, existe controle dos serviços nas emergências do país através dos *Centers for Disease Control and Prevention*. O *American College of Cardiology* e a *American Heart Association* estabelecem que todos os pacientes com dor torácica na SE devem fazer ECG independentemente de sexo ou idade. Arnold et al.¹⁸ analisaram esses dados de 1995 a 1998 em 3.356 pacientes na faixa etária de 30 a 89 anos. As mulheres com menos de 55 anos, brancas e negras, realizaram significativamente menos ECGs do que os homens (82% x 86% - $p=0,0002$) e esperaram mais tempo para o registro do exame. Ainda, 16% dos pacientes com dor não fizeram ECG. Aqui, todos os pacientes realizaram o exame.

As alterações isquêmicas ao ECG inicial tiveram distribuição semelhante entre mulheres e homens, em alta proporção em ambos os grupos, o que se manteve até o final do estudo. Este achado merece atenção e, por si só, sinaliza para prosseguir investigação diagnóstica. Conforme De Bacquer et al.²⁴, em ambos os sexos e de valor prognóstico semelhante, o ECG isquêmico é associado a maior risco de mortalidade cardiovascular: 22,4% no sexo feminino x 19,3% no sexo masculino.

Pope et al.⁶ e Lee et al.⁷ mostraram que a não hospitalização de muitos pacientes atendidos com isquemia aguda na SE se deve à inadequada interpretação dos sintomas e do ECG, o que ocorre principalmente em relação às mulheres⁶.

Na avaliação dos marcadores de necrose, e de acordo com Lehmann et al.⁸, houve menor proporção de dosagens no sexo feminino em relação ao masculino, embora sem atingir significância estatística.

No manejo terapêutico na SE, as proporções observadas sugerem diferenças relacionadas ao sexo. As mulheres receberam, proporcionalmente, mais tranquilizantes do que os homens (17,1% x 3,1%), fato condizente com relatos prévios⁸. É freqüente a dor ser atribuída a causas psicológicas, tanto pelos que atendem como pelas próprias pacientes, subvalorizando o sintoma e retardando o tratamento. Tobin et al.²⁵ constataram que, mesmo após exames positivos para DAC em medicina nuclear, os médicos assistentes ainda acreditavam em causas psiquiátricas em 27,5% das mulheres *versus* 12,7% dos homens ($p<0,05$), resultando em grande diferença no encaminhamento para cateterismo: 4% x 40% ($p<0,001$).

Houve uma proporção discretamente menor do uso de aspirina entre as mulheres, coincidindo com estudos prévios no atendimento de pacientes com dor torácica em SE⁸ e em síndromes coronarianas agudas definidas^{13,15,16,26,27}. No GUARANTEE¹³, foi observado uso reduzido de heparina em AI para ambos os sexos, porém menor na mulher; na população aqui estudada, a heparina também foi pouco administrada e o número encontrado não permitiu comparação do uso entre os sexos. Os betabloqueadores foram menos administrados às mulheres (2,9% x 15,6%), o que está de acordo com várias análises em síndromes coronarianas agudas^{13,16,28}. Coincidindo com a literatura⁸, a proporção do uso de nitratos também foi menor nas mulheres. Os dados encontrados estão de acordo com publicações internacionais. No GUARANTEE¹³, estudo em 2.948 pacientes com AI, conforme os autores, poucos pacientes, mulheres e homens, receberam toda a terapêutica recomendada na admissão – aspirina, betabloqueadores e heparina, mas as mulheres foram subtratadas em relação aos homens.

O significativo menor número de hospitalizações entre as mulheres na SE poderia ser atribuído a que estas constituíam um grupo com menor proporção de história definida de DAC e IAM, mas coincide com o comportamento que repetidamente vem sendo publicado e de caráter universal, ou seja, as mulheres com suspeita de síndrome coronariana aguda são menos hospitalizadas do que os homens^{6,8} e, mesmo quando são internadas, é menor a proporção em unidades de tratamento intensivo¹³.

Como em outros estudos¹⁵, ao ecocardiograma os homens exibiam menor FE do que as mulheres e mais alterações segmentares, achados condizentes com a maior proporção de passado de IAM no grupo masculino desta população. No grupo submetido à cinecoronariografia, os valores médios de Pd2 de VE foram maiores nos homens do que nas mulheres ($p=0,04$), mas não houve diferença entre os sexos quanto à FE de VE, contratilidade e extensão da doença nas artérias coronárias. Nas pesquisas sobre AI e IAM^{17,21}, as mulheres têm significativamente maior mortalidade do que os homens, apesar de menor extensão da doença coronariana e/ou maior FE, e este é o paradoxo que vem sendo repetidamente observado, ainda sem explicação.

CONCLUSÃO

As mulheres atendidas por dor torácica na Sala de Emergência foram investigadas de forma semelhante aos homens, embora menos encaminhadas à hospitalização.

Em relação aos eventos principais de interesse nesta análise ocorridos durante o período do estudo, não houve diferença entre os sexos para IAM, AI, AE, isquemia cerebral, CRM e desfechos combinados. Em relação a ACTP e mortalidade, os números são muito pequenos, reduzindo o poder de análises isoladas das diferenças.

A incidência igual de desfechos cardiovasculares em uma população de homens e mulheres com a mesma idade é significativa e reforça a necessidade de se prosseguir com estudos sobre o comportamento da DAC no sexo feminino da população local. Em todo o mundo, inúmeras publicações têm alertado para a existência de menor utilização de recursos diagnósticos e terapêuticos nas

mulheres com DAC suspeita ou, mesmo, já conhecida. Entretanto, em análise de dez anos²², Miller et al. evidenciaram que o modelo de conduta médica permaneceu igual, sem mostrar qualquer impacto das informações recebidas.

Conflito de interesse: não há.

SUMMARY

CHEST PAIN IN WOMEN IN THE EMERGENCY ROOM: MANAGEMENT AND EVOLUTION

OBJECTIVE. To evaluate the diagnosis of chest pain in women receiving medical care in the emergency room in relation to follow-up, as well as describing its influence on the therapeutic management when compared to men.

METHODS. A current cohort study compared 67 patients of ages ranging from 50 to 65 years (35 women and 32 men) with chest pain, consecutively examined in the emergency room and followed up for 120 days. The outcomes assessed were: acute myocardial infarction, unstable angina, stable angina, cerebral ischemia, myocardial revascularization surgery, angioplasty, death and hospitalization.

RESULTS. During diagnostic investigation of chest pain in the emergency room, no significant gender related difference was perceived. However, proportionally, women were given less cardiologic medication and more tranquilizers. Women were less likely to be referred for hospitalization than men ($p=0.02$). As for the occurrence of acute myocardial infarction, unstable angina, stable angina, cerebral ischemia, myocardial revascularization surgery, angioplasty and death, no differences between genders were noted during follow-up.

CONCLUSION. Comparing the diagnostic accuracy of chest pain in the emergency room between women and men, there was no significant difference in relation to the number of tests. Nevertheless, women were less often referred for hospitalization and their therapeutic cardiologic management was less aggressive. The follow-up presented the same rate of outcome for both genders, therefore attention must be given to the chest pain symptom irrespective of gender. *Rev Assoc Med Bras* 2005; 51(1): 29-34]

KEY WORDS: Chest pain. Emergency service. Hospital. Women.

REFERÊNCIAS

- Lerner DJ, Kannel WB. Patterns of coronary heart disease morbidity and mortality in the sexes: a 26-year follow-up of the Framingham population. *Am Heart J* 1986;111:383-90.
- Mansur AP, Favarato D, Souza MFM, Avakian SD, Aldrighi JM, César LAM, et al. Tendência do risco de morte por doenças circulatórias no Brasil de 1979 a 1996. *Arq Bras Cardiol* 2001;76:497-503.
- Lotufo PA. Mortalidade precoce por doenças do coração no Brasil. Comparação com outros países. *Arq Bras Cardiol* 1998;70:321-5.
- Haddad N, Silva MB. Mortalidade por doenças cardiovasculares em mulheres em idade reprodutiva (15 a 49 anos), no Estado de São Paulo, Brasil, 1991 a 1995. *Arq Bras Cardiol* 2000;75:369-74.
- Wenger NK, Speroff L, Packard B. Cardiovascular Health And Disease In Women. *N Engl J Med* 1993;329:247-56.
- Pope JH, Auferheide 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;342:1163-70.
- Lee TH, Rouan GW, Weisberg MC, Brand DA, Acampora D, Stasiulewicz C, et al. Clinical characteristics and natural history of patients with acute myocardial infarction sent home from the emergency room. *Am J Cardiol* 1987;60:219-24.
- Lehmann JB, Wehner PS, Lehmann CU, Savory LM. Gender bias in evaluation of chest pain in the emergency department. *Am J Cardiol* 1996;77:641-4.
- Milner KA, Funk M, Richards S, Wilmes RM, Vaccarino V, Krumholz HM. Gender differences in symptom presentation associated with coronary heart disease. *Am J Cardiol* 1999;84:396-9.
- Kudenchuk PJ, Maynard C, Martin JS, Wirkus M, Weaver WD, for the Project Investigators. 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;78:9-14.
- Ayanian JZ, Epstein AM. Differences in the use of procedures between women and men hospitalized for coronary heart disease. *N Engl J Med* 1991;325: 221-5.
- Robertson T, Kennard ED, Mehta S, Popma JJ, Carrozza Jr. JP, King III SB, et al. Influence of gender on in-hospital clinical and angiographic outcomes and on one-year follow-up in the New Approaches to Coronary Intervention (NACI) Registry. *Am J Cardiol* 1997;80 (10A):26K-39K.
- Scirica BM, Moliterno DJ, Every NR, Anderson HV, Aguirre FV, Granger CB, et al. Differences between men and women in the management of unstable angina pectoris (The GUARANTEE Registry). *Am J Cardiol* 1999;84: 1145-50.
- MacIntyre K, Stewart S, Capewell S, Chalmers JWT, Pell JJP, Boyd J, et al. Gender and survival: a population-based study of 201,114 men and women following a first acute myocardial infarction. *J Am Coll Cardiol* 2001;38:729-35.
- Hochman JS, McCabe CH, Stone PH, Becker RC, Cannon CP, DeFeo-Fraulini T, et al. Outcome and profile of women and men presenting with acute coronary syndromes: a report from TIMI IIIb. *J Am Coll Cardiol* 1997;30:141-8.
- 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. *Circulation* 1996;93:1981-92.
- Passos LCS, Lopes AA, Costa U, Lobo N, Rabelo A Jr. Diferença de letalidade hospitalar da angina instável entre homens e mulheres. *Arq Bras Cardiol* 1999;72:669-72.
- Arnold AL, Milner KA, Vaccarino V. Sex and race differences in electrocardiogram use (The National Hospital Ambulatory Medical Care Survey). *Am J Cardiol* 2001;88:1037-40.
- Demirovic J, Blackburn H, McGovern PG, Luepker R, Sprafka JM, Gilbertson D. Sex differences in early mortality after acute myocardial infarction (The Minnesota Heart Survey). *Am J Cardiol* 1995;75:1096-101.
- Greenland P, Reicher-Reiss H, Goldbourt U, Behar S, The Israeli SPRINT Investigators. In - Hospital and 1 - year mortality in 1,524 women after myocardial infarction. comparison with 4,315 men. *Circulation* 1991; 83:484-91.
- Pimenta L, Bassan R, Potsch A, Soares JF, Albanesi Filho FM. É o gênero feminino um preditor independente de mortalidade hospitalar no infarto agudo do miocárdio? *Arq Bras Cardiol* 2001;77:37-43.
- Miller TD, Roger VL, Hodge DO, Hopfenspirger MR, Bailey KR, Gibbons RJ. Gender differences and temporal trends in clinical characteristics, stress test results and use of invasive procedures in patients undergoing evaluation for coronary artery disease. *J Am Coll Cardiol* 2001;38:690-7.
- Paul SD, Eagle KA, Guidry U, DiSalvo TG, Villarreal-Levy G, Smith C, et al. Do gender-based differences in presentation and management influences predictors of hospitalization costs and length of stay after an acute myocardial infarction? *Am J Cardiol* 1995; 76:1122-5.
- De Bacquer D, De Backer G, Kornitzer M, Myny K, Doyen Z, Blackburn H. Prognostic value of ischemic electrocardiographic findings for cardiovascular mortality in men and women. *J Am Coll Cardiol* 1998;32:680-5.
- Tobin JN, Wassertheil-Smoller S, Wexler JP, Steingart RM, Budner N, Lense L, et al. Sex bias in considering coronary bypass surgery. *Ann Intern Med* 1987;107:19-25.
- Steingart RM, Packer M, Hamm P, Coglianesi ME, Gersh B, Geltman EM, et al. Sex differences in the management of coronary artery disease. *N Engl J Med* 1991;325:226-30.
- Gan SC, Beaver SK, Houck PM, MacLehose RF, Lawson HW, Chan L. Treatment of acute myocardial infarction and 30-day mortality among women and men. *N Engl J Med* 2000;343:8-15.
- Passos LCS, Lopes AA, Barbosa AA, Jesus RS. Por que a letalidade hospitalar do infarto agudo do miocárdio é maior nas mulheres? *Arq Bras Cardiol* 1998;70:327-30.

Artigo recebido: 07/11/2003

Aceito para publicação: 05/05/2004