

**Sub redacția:**

**Prof. Dr. Maria Dorobanțu**  
FESC, FACC, Membru al Academiei de Științe Medicale

## URGENȚE MEDICALE



**EDITURA MEDICALĂ**  
BUCUREȘTI, 2017

<b>INTRODUCERE .....</b>	<b>17</b>
<b>Provocarea medicinei de urgență în era explorării multimodale. Ce rol mai are clinica? – Maria Dorobanțu .....</b>	<b>17</b>
<i>PARTEA I</i>	
<b>SINDROAME MEDICALE .....</b>	<b>21</b>
1. <b>Durerea toracică acută – Călin Pop, Claudia Matei, Carmen Diana Cimpoeșu .....</b>	<b>23</b>
2. <b>Durerea abdominală acută la adult – Daniela Bartoș, Cristian Balahura .....</b>	<b>43</b>
3. <b>Dispneea acută – Doina Dimulescu .....</b>	<b>59</b>
4. <b>Sincopa – Gheorghe Andrei Dan .....</b>	<b>67</b>
5. <b>Hemoptizia – Tudor Constantinescu, Miron Alexandru Bogdan .....</b>	<b>89</b>
6. <b>Hipoxemia și cianoza – Adriana Mihaela Ilieșiu, Andreea Simona Hodoroștea .....</b>	<b>99</b>
7. <b>Sindroame edematoase – Tiberiu Nanea, Silvia Gabriela Gheorghe .....</b>	<b>111</b>
8. <b>Diareea acută – Gabriel Constantinescu, Vasile Șandru, Teodora Manuc .....</b>	<b>127</b>
9. <b>Sindroamele icterice – Mădălina Ilie, Oana Plotogea, Gabriel Constantinescu .....</b>	<b>149</b>
10. <b>Cefaleea acută și subacută – Simona Petrescu, Horia Nicolae, Cristina Panea .....</b>	<b>168</b>
11. <b>Alterările stării de conștiență. Comele – diagnostic diferențial și principii terapeutice – Ovidiu Băjenaru, Athena Ribigan .....</b>	<b>189</b>
12. <b>Paraliziile centrale și periferice: diagnostic diferențial și etiologic – Ovidiu Băjenaru, Athena Ribigan .....</b>	<b>199</b>
13. <b>Stările confuzionale: diagnostic diferențial și etiologic – Ovidiu Băjenaru, Athena Ribigan .....</b>	<b>215</b>
14. <b>Febra și hipotermia – Ioana Marina Grințescu, Liliana Mirea, Ioana Cristina Grințescu, Mihaela Buiuc .....</b>	<b>222</b>
15. <b>Protocoale de management al urgențelor la primul contact medical – Diana Dobrin, Doina Dimulescu .....</b>	<b>239</b>
<i>PARTEA A II-A</i>	
<b>URGENȚE CARDIOVASCULARE .....</b>	<b>251</b>
1. <b>Tahiaritmiile supraventriculare – Dan Dobreanu.....</b>	<b>253</b>
2. <b>Tahiaritmiile ventriculare – Radu Vătășescu, Alexandrina Năstasă..</b>	<b>276</b>
3. <b>Bradiaritmiile – Ștefan Bogdan.....</b>	<b>308</b>

4. <b>Insuficiența cardiacă acută</b> – Maria Dorobanțu, Alexandru Deaconu	324
5. <b>Tamponada cardiacă</b> – Mircea Cintează .....	346
6. <b>Infarctul miocardic cu supradenivelare de segment ST</b> – Maria Dorobanțu, Silvia Iancovici .....	360
7. <b>Sindroamele coronariene acute fără supradenivelare de segment ST</b> – Alexandru Scafa Udriște .....	391
8. <b>Sindromul coronarian acut silențios</b> – Vlad Vintilă .....	420
9. <b>Miocardita acută</b> – Ruxandra Jurcuț, Sebastian Militaru, Carmen Ginghină .....	432
10. <b>Moartea subită cardiacă</b> – Gheorghe-Andrei Dan, Anca Dan .....	452
11. <b>Disecția acută de aortă</b> – Lucian Dorobanțu, Andrada Bogdan ...	490
12. <b>Regurgitățile valvulare acute și endocardita infecțioasă</b> – Andreea Catarina Popescu, Bogdan Alexandru Popescu, Doina Dimulescu ..	517
13. <b>Urgențele hipertensive</b> – Maria Dorobanțu, Oana Florentina Tăutu	540
14. <b>Sindromul de ischemie periferică acută a membrelor inferioare</b> – Roxana Darabont, Ruxandra Copciag .....	557
15. <b>Sindromul de ischemie acută mezenterică</b> – Iulia-Cristina Roca, Ovidiu Mitu, Mihai Roca, Florin Mitu .....	575
16. <b>Tromboembolismul venos</b> – Crina Sinescu, Alexandru Cristian Ion, Cătălina Andrei .....	603
17. <b>Supradozajul medicamentos (antiaritmice, digoxin, anticoagulante)</b> – Cătălina Arsenescu-Georgescu, Dragoș Tudor Marius Marcu	627
18. <b>Traumatismele cardiace</b> – Silvia Iancovici, Deniz Cadil .....	644
 <i>PARTEA A III-A</i>	
<b>URGENȚE RESPIRATORII .....</b>	<b>657</b>
1. <b>Aspirația de corp străin</b> – Ariadna Petronela Fildan, Elena Danteș	659
2. <b>Pneumotoraxul</b> – Ștefan Dumitrache-Rujinski, Claudia Toma, Miron Alexandru Bogdan .....	673
3. <b>Astmul acut grav al adultului</b> – Cristian Oancea, Ovidiu Fira-Mlădinescu, Voicu Tudorache .....	682
4. <b>Urgențe în bronhopneumopatia obstructivă cronică</b> – Claudia Lucia Toma, Ștefan Dumitrache-Rujinski, Ionela Nicoleta Belaconi, Tudor Constantinescu, Miron Alexandru Bogdan .....	695
5. <b>Urgențe în infecțiile respiratorii</b> – Dragoș Zaharia, Alexandru Muntean, Miron Alexandru Bogdan .....	705
6. <b>Sindromul de detresă respiratorie acută</b> – Anca Macri, Radu Stoica, Ruxandra Ulmeanu, Florin Mihălțan .....	717
7. <b>Managementul insuficienței respiratorii cronice agravate</b> – Dragoș Bumbăcea, Alexandru Tudor Steriade .....	739
8. <b>Urgențe în pneumopatiile interstițiale difuze și vasculitele cu determinare pulmonară</b> – Claudia Lucia Toma, Ionela Nicoleta Belaconi, Miron Alexandru Bogdan .....	764
9. <b>Gestica medicală în departamentul de urgență în fața unei urgențe respiratorii</b> – Dragoș Bumbăcea .....	778
10. <b>Ecografia toracică în urgențele respiratorii</b> – Tudor Toma .....	790

Respect pentru oameni și cărți

**PARTEA A IV-A**

**URGENTE NEFROLOGICE ..... 801**

1. **Insuficiența renală acută** – Mircea Penescu, Luminița Ardelean.. 803
2. **Complicațiile hemodializei** – Eugen Moța, Ilie Robert Dinu ..... 827

**PARTEA A V-A**

**URGENTE GASTROINTESTINALE ..... 849**

1. **Hemoragiile digestive** – Ruxandra Opriță ..... 851
2. **Insuficiența hepatică acută** – Dana Tomescu, Bogdan Dorobanțu, Emil Matei, Mihai Popescu ..... 875
3. **Encefalopatia hepatică** – Alexandru Oproiu ..... 895
4. **Pancreatita acută** – Cristian Balahura, Gabriel Constantinescu ..... 919

**PARTEA A VI-A**

**URGENTE NEUROLOGICE ..... 941**

1. **Accidentele vasculare cerebrale** – Cristina Tiu, Răzvan Alexandru Radu ..... 943
2. **Trombozele venelor și sinusurilor venoase cerebrale** – Cristina Tiu, Elena Oana Terecoasă ..... 967
3. **Sindroamele vertiginose și vestibulare acute – diagnostic diferențial și etiologic** – Ovidiu Băjenaru, Athena Ribigan ..... 984
4. **Crizele epileptice și statusul epileptic** – Irina Popa, Anca Arbune, Ioana Mîndruță ..... 993
5. **Meningite și encefalite acute** – Luminița Alexandra Oprișan, Bogdan Ovidiu Popescu ..... 1010
6. **Mielitele acute** – Eugenia Irene Davidescu ..... 1024
7. **Lombosciatica** – Andrei Dăneasa, Ioana Mîndruță ..... 1039
8. **Polineuropatii acute și subacute** – Vlad Tiu, Nicolae Grecu, Ioana Mîndruță ..... 1053

**PARTEA A VII-A**

**TULBURĂRI IMUNOALERGICE SISTEMICE ..... 1081**

1. **Alergiile, anafilaxia** – Elena Camelia Berghea ..... 1083
2. **Vasculitele sistemice acute** – Daniela Opriș-Belinski ..... 1113

**PARTEA A VIII-A**

**URGENTE ENDOCRINOLOGICE ȘI METABOLICE ..... 1133**

1. **Criza hipertensivă din feocromocitom** – Diana Păun ..... 1135
2. **Criza adrenală și apoplexia pituitară** – Diana Păun ..... 1147
3. **Criza tireotoxică** – Cătălina Poiană, Raluca Trifănescu ..... 1154
4. **Coma mixedematoasă** – Corin Badiu, Monica Livia Gheorghiu ... 1163
5. **Comele hiperglicemice** – Maria Moța, Simona Georgiana Popa, Adina Popa ..... 1172
6. **Hipoglicemiile și coma hipoglicemică la pacientul cu diabet** – Cornelia Bala, Nicolae Hâncu ..... 1196
7. **Acidoza lactică** – Cristian Guja ..... 1213

*PARTEA A IX-A*

**URGENȚE TOXICOLOGICE..... 1229**

1. **Intoxicații acute cu substanțe de abuz** – Radu Alexandru Macovei, Mihai Ionică, Anca Monica Macovei Oprescu..... 1231
2. **Intoxicația alcoolică** – Radu Ciprian Țincu, Cristian Cobilinschi, Radu Alexandru Macovei..... 1256
3. **Intoxicația acută cu etilenglicol** – Cristian Cobilinschi, Radu Ciprian Țincu, Radu Alexandru Macovei..... 1271
4. **Expunerea acută la veninuri și toxine** – Elisabeta Bădilă..... 1283

*PARTEA A X-A*

**PACIENTUL CRITIC..... 1313**

1. **Șocul cardiogen** – Andrada Bogdan, Maria Dorobanțu..... 1315
2. **Oprirea cardio-respiratorie și resuscitarea** – Liliana Mirea, Raluca Ungureanu, Ioana Marina Grințescu..... 1343
3. **Coagularea intravasculară diseminată** – Carmen Șaguna, Anca Roxana Lupu..... 1359
4. **Sindromul hemoragic sever** – Ana-Maria Vlădăreanu, Minodora Onisăi, Alina Mititelu..... 1373
5. **Accidentele și incidentele transfuzionale** – Liliana Mirea, Ioana Cristina Grințescu, Ioana Marina Grințescu..... 1408
6. **Tulburări hidroelectrolitice și acido-bazice** – Ioana Marina Grințescu, Liliana Mirea, Ioana Cristina Grințescu, Monica Berbec 1420

*PARTEA A XI-A*

**PROBLEME COMPLEXE DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT MULTIDISCIPLINAR ÎN URGENȚELE MEDICALE..... 1435**

1. **Sindromul coronarian acut la pacientul cu sângerare activă** – Silvia Iancovici, Ruxandra Oprea..... 1437
2. **Asocierea infarct miocardic acut – accident vascular cerebral** – Cornelia Predescu, Sebastian Onciul..... 1454
3. **Sindromul coronarian acut la pacientul neoplazic** – Irinel-Raluca Parepa, Laura Mazilu..... 1465
4. **Sindromul coronarian acut la pacientul cu hemodializă** – Oana Florentina Tăutu, Maria Manea, Luminița Rădulescu..... 1486
5. **Endoscopia intervențională la pacientul sub tratament antitrombotic** – Ruxandra Oprea, Cristian Nedelcu ..... 1496
6. **Manifestări neurologice asociate procedurilor invazive** – Cornelia Predescu, Corneliu Iorgulescu, Cosmin Mihai..... 1509
7. **Tromboembolismul pulmonar cu accident vascular cerebral acut** – Daniel Lighezan..... 1523

## Partea I

---

# SINDROAME MEDICALE

Călin Popa, Claudia Matei, Carmen Diana Ciaporescu

### Introducere

Durerea toracică acută, definită în general cu apariție și evoluție <24 ore, este după durerea abdominală cea mai frecventă simptomatologie pentru care se solicită asistență medicală de urgență și are o semnificație diferită în funcție de patologia care o poate determina. Aproximativ 25% din populație a prezentat de-a lungul vieții simptomatologie durabilă toracică bine identificată (1). Cauzele benigne sunt cele mai frecvente, dar existența patologiilor cu risc vital ar trebui să motiveze prezentarea cât mai rapidă la medic. Cu toate acestea se estimează că 75-77% dintre pacienții care prezintă durere toracică nu se prezintă la o consultație medicală (2).

### Diagnostic etiologic

O amenințată mortalitate înaintea celui de adevăratul etiologic al durerii toracice poate izbucni și în epoca modernă, în care accesul la diferite examene și investigații paraclinice specifice este mult mai facil. Aceasta trebuie să identifice toate informațiile referitoare la modul de apariție și frecvența crizelor dureroase, a sediului și intensității lor, a iradierii, precum și a modului de dispariție. Se va urmări dacă simptomatologia dureroasă răspunde la anumite medicamente și în special la nitroglicerina (NTG) fiind de interes și numărul de tablete consumate. Diagnosticul diferențial al durerii toracice se face de principiu cu toate afecțiunile care pot genera durere toracică acută și care sunt prezentate schematic în figura 1.1.1. O serie de particularități ale examenului obiectiv coroborate cu rezultatele examenelor paraclinice tranșează în cele mai multe dintre cazuri etiologia.

## **1.1. Durerea toracică acută**

**Călin Popa, Claudia Matei, Carmen Diana Cimpoieșu**

### **Introducere**

Durerea toracică acută, definită în general cu apariție și evoluție <24 ore, este după durerea abdominală cea mai frecventă simptomatologie pentru care se solicită asistență medicală de urgență și are o semnificație diferită în funcție de patologia care o poate determina. Aproximativ 25% din populație a prezentat de-a lungul vieții simptomatologie dureroasă toracică bine identificată (1). Cauzele benigne sunt cele mai frecvente, dar existența patologiilor cu risc vital ar trebui să motiveze prezentarea cât mai rapidă la medic. Cu toate acestea se estimează că 75-77% dintre pacienții care prezintă durere toracică nu se prezintă la o consultație medicală (2).

### **Diagnostic etiologic**

O anamneză minuțioasă rămâne cheia diagnosticului etiologic al durerii toracice acute, chiar și în epoca modernă, în care accesul la diferite examene și investigații paraclinice specifice este mult mai facil. Aceasta trebuie să identifice toate informațiile referitoare la modul de apariție și frecvența crizelor dureroase, a sediului și intensității lor, a iradierii, precum și a modului de dispariție. Se va urmări dacă simptomatologia dureroasă cedează la anumite medicamente și în special la nitroglicerina (NTG) fiind de interes și numărul de tablete consumate. Diagnosticul diferențial al durerii toracice se face de principiu cu toate afecțiunile care pot genera dureri toracice acute și care sunt prezentate schematic în figura I.1.1. O serie de particularități ale examenului obiectiv coroborate cu rezultatele examinărilor paraclinice tranșează în cele mai multe dintre cazuri etiologia.

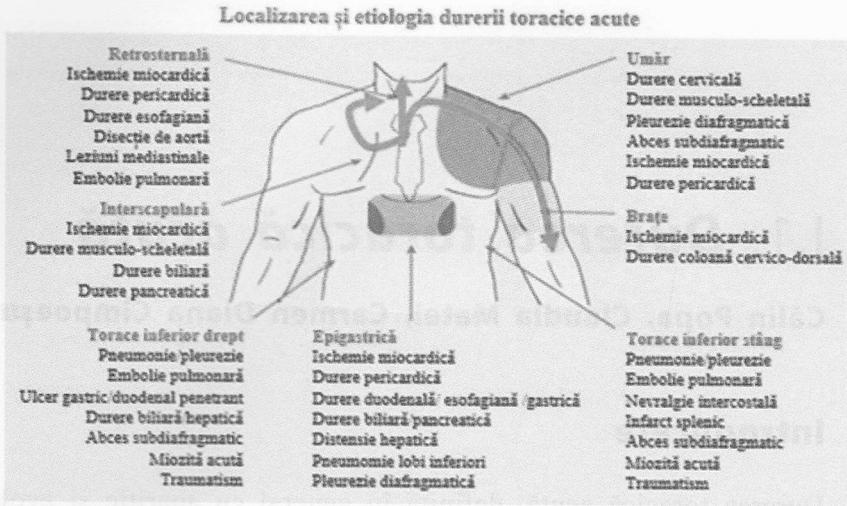


Fig. I.1.1.

## 1. Durerea cardiopericardice

- În angina pectorală (AP), durerea este descrisă ca un disconfort sau senzație constrictivă toracică, localizată uneori și la baza gâtului, cu sau fără iradiere dorsală sau la nivelul umerilor și brațelor, mai frecvent interesat fiind cel stâng. Caracterul paroxistic al durerii este tipic pentru AP. Simptomatologia este declanșată de efort sau stres emoțional, dispare în repaus și este calmată prin administrarea de NTG sublingual. Simptomatologia este denumită instabilă atunci când forma clinică preexistentă se agravează brusc și fără un motiv aparent, dacă manifestările clinice apar la sarcină relativ redusă și în repaus, sau survin la un subiect care până atunci nu prezentase simptomatologie anginoasă. Durata durerii este în medie de 3-5 minute, dar poate fi până la 15-30 minute. Peste acest interval, dacă se păstrează caracterele tipice, vorbim de infarct miocardic acut (IMA), atunci când nu există răspuns la NTG administrată sublingual și se constată modificări electrocardiografice (ECG) și enzimatiche sugestive (3).

- În disecția de aortă durerea toracică debutează brusc („ca o lovitură de pumnal“) și frecvent iradiază posterior sau interscapulo-vertebral stâng. Examenul clinic poate evidenția o inegalitate a pulsului și a tensiunii arteriale sistolice la cele două brațe, iar auscultația cordului poate surprinde existența unui suflu diastolic sugestiv pentru insuficiență aortică. Traseul ECG nu indică, de obicei, supradenivelare de segment ST sugestivă pentru STEMI (infarct miocardic acut cu supradenivelare de segment ST), dar există disecții de aortă tora-

cică ascendentă, la care faldul de disecție progresează și pe una dintre arterele coronare, inducând ischemie în teritoriul coronarian respectiv și chiar IMA. Examenul ecocardiografic poate tranșa diagnosticul prin evidențierea faldului de disecție.

- În pericardita și miocardita acută, precum și în formele combinate, durerea toracică debutează progresiv, are intensitate moderată, se exacerbează în inspir și eventual la digitopresiunea exercitată în spațiile intercostale stânga și se atenuează în poziție „aplecat în față“. Durerea nu are iradierea tipică din etiologia ischemică, dar există situații în care prin iritarea nervului frenic stâng, aceasta poate iradia supraclavicular. La auscultația cordului se poate surprinde prezența frecăturii pericardice. ECG poate înregistra supradenivelare de segment ST cu aspect concav și de tip concordant (vizibilă în mai toate derivațiile), dar există și cazuri în care supradenivelarea de segment ST apare localizată într-un teritoriu limitat mimând aspectul IMA. Ecocardiografia transtoracică poate ajuta la definitivarea diagnosticului. În miocardita acută este mai frecvent tabloul clinic de insuficiență cardiacă și există reacție enzimatică miocardică. Cele 2 entități evoluează adesea împreună și survin cel mai frecvent la pacienți tineri care nu prezintă factori de risc cardiovasculari majori, dar care au fost expuși recent la o infecție virală sau bacteriană în sfera respiratorie.

- Cordul neurogen și sindromul tako-tsubo se referă la o patologie cardiacă ce apare la pacienții cu accidente vasculare cerebrale, de regulă hemoragice (în special hemoragia subarahnoidiană) și care se traduce prin modificări de contractilitate ale ventriculului stâng și modificări ECG asemănătoare cu cele din ischemia miocardică. Sindromul tako-tsubo, mai frecvent la femei, se referă la o patologie cardiacă identică cu cea întâlnită în cordul neurogen, diferența constând din faptul că tulburările sunt induse de un stres emoțional foarte puternic. Durerea toracică poate mima durerea din IMA, dispneea este uneori foarte severă, palpitațiile sunt frecvente, evoluția se poate face cu colaps și chiar aspect de șoc cardiogen. În ambele entități diagnosticul este sugerat de aspectul ecocardiografic particular, caracterizat prin hipokinezia sau akinezia apicală a ventriculului stâng, asociată cu hiperkinezia segmentelor bazale ce realizează o balonizare apicală a ventriculului stâng (4).

## 2. Durerile pleuropulmonare

Prezintă o serie de caracteristici care permit asocierea cu o afecțiune pleuropulmonară:

- se însoțesc de tuse, stare generală alterată cu febră și frisoane;
- se asociază cu sindrom de condensare pulmonară sau sindrom pleural;
- se intensifică cu mișcările respiratorii, pot iradia dorsal sau în epigastru;
- se ameliorează la imobilizarea hemitoracelui afectat (așezare pe partea bolnavă) și se agravează la flectarea acestuia spre partea sănătoasă.

• În tromboembolismul pulmonar (TEP) durerea toracică se instalează brusc, poate fi exacerbată (uneori) de inspirul profund, se însoțește de dispnee de intensitate variabilă până la o formă severă, cianoză, anxietate, astenie fizică marcată. Asociat, poate fi prezentă tusea, sputa hemoptoică sau hemoptizia francă și sincopa care poate fi și prima manifestare a TEP. Anamneza poate depista existența unor condiții emboligene: imobilizări prelungite prin aparat gipsat sau intervenții chirurgicale la nivelul membrelor inferioare, intervenții chirurgicale recente pe abdomen sau în sfera urologică, naștere recentă, insuficiență venoasă cronică la nivelul membrelor pelvine, antecedente neoplazice, tromboflebită acută sau prezentă în antecedentele recente, zbor cu avionul pe distanțe lungi.

Examenul clinic poate depista:

- semne de tromboflebită profundă la nivelul membrelor pelvine;
- hipotensiune arterială;
- puls paradoxal (Kusmaul);
- jugulare turgescente;
- zgomotul II întărit și/sau dedublat în focarul de auscultație al arterei pulmonare;
- galop protodiastolic drept (audibil pe marginea stângă a sternului la nivelul spațiului IV-V intercostal);
- suflu sistolic de insuficiență tricuspidiană funcțională.

ECG poate evidenția: aspectul specific de  $S_I Q_{III}$ , supradenivelare de segment ST în derivațiile inferioare ( $D_{II}$ ,  $D_{III}$ , aVF) și mai rar supradenivelare de segment ST în derivațiile  $V_1-V_3$ , sau unde T negative în derivațiile precordiale drepte. Modificările ECG pot crea confuzia cu un infarct miocardic inferior sau anteroseptal. În TEP axa electrică a QRS este deviată spre dreapta (fapt care creează aspectul de „undă S în derivația  $D_I$  – undă Q în derivația  $D_{III}$ “) spre deosebire de infarctul miocardic inferior sau anteroseptal în care axa este deviată la stânga.

• În pneumotorax durerea toracică apare brusc, violent, fiind deseori declanșată de efortul de tuse sau de strănut. Dispneea, de obicei prezentă, este severă în caz de pneumotorax masiv. Sincopa poate fi

o modalitate de debut. Examenul obiectiv este diagnostic prin constatarea unui timpanism la percuția unui hemitorace și absența murmurului vezicular în același teritoriu. ECG nu evidențiază modificările ST-T sugestive pentru IMA. Examenul radiologic poate tranșa diagnosticul prin evidențierea parenchimului pulmonar colabat.

• În pneumonia acută durerea este de tip pleuritic cu debut uneori insidios, asociată cu febră, tuse, expectorație hemoptoică sau purulentă. La auscultație se decelează raluri pulmonare și diminuarea murmurului vezicular la nivelul hemitoracelui afectat. Examenul radiologic clarifică diagnosticul prin evidențierea focarului de condensare pulmonară (4).

### 3. Durerile mediastinale

Apar și se manifestă ca o evoluție a proceselor inflamatorii sau infecțioase (mediastinite acute sau cronice), infiltrative (vasculare, mezenchimale, ganglionare) și a tumorilor cu localizare sau extensie în compartimentele mediastinale (gușă, timoame, limfoame, adenopatii etc.). Caracteristicile generale sunt reprezentate de:

- localizarea retrosternală cu senzația de plenitudine, uneori însoțită de dureri iritative ale nervilor toracici intercostali, paralizii ale plexului cervico-branșial, sau sindrom Claude Bernard Horner (ptoza palpebrală, enoftalmie și mioza unilaterală)
- exacerbarea în decubit dorsal sau lateral, la mișcările toracelui, prin tuse sau râs.

Asociază

- tuse fără expectorație, iritativă;
- dispnee;
- hemoptizii;
- tiraj, cornaj;
- „edem în pelerină“ - prin comprimarea vaselor toracice;
- bradicardie, sialoree, paralizia vagului;
- sughiț, paralizia hemidiafragmului prin iritația nervului frenic.

### 4. Durerile peretelui toracic

Sunt cele mai frecvente (~75% din cazurile cu dureri toracice) și au drept caracteristici:

- durerea de scurtă durată (secunde) sau durerea prelungită (ore, zile) care dispare la administrarea de antalgice sau antiinflamatorii și nu este influențată de NTG: nevralgii asociate cu afecțiuni vertebrale sau pe traiectul nervilor intercostali în caz de zona Zoster (arsură cu parestezie locală; precedă leziunea veziculară cu 2-3 săptămâni), mastodinia în afecțiunile glandelor mamare;

- durerea acută sub formă de junghiuri, împunsături (fracturile costale, osteomielite, metastazele osoase, caracterizate de dureri la compresiune și mișcări toracice);

- declanșarea durerii prin mișcări ale toracelui, brațelor, de anumite poziții, sau de respirația profundă (afecțiunile pielii și țesutului subcutanat cu congestie, edem, celulită, durere vie la palpare; artroze sternocostale, artroza de umăr, periartrita scapulohumerală)

- sensibilitatea regiunii la palpare sau digitopresiune (sindromul Tietze caracterizat prin dureri la nivelul articulațiilor sterno-claviculare I-IV, limitate, durere la mișcările toracice);

- dureri „în centură“ cu limitarea mișcărilor de flexie a coloanei vertebrale; poziția fixă, prelungită agravează durerea, în timp ce mișcarea moderată o ameliorează (discopatii, spondilită, traumatisme).

Se pot asocia cu dispnee, palpitații, vertij, astenie, antecedente traumatice.

## 5. Boli ale esofagului, stomacului sau colecistului

• Spasmul esofagian și boala de reflux gastroesofagian sunt deseori greu de diferențiat de o durere anginoasă, dat fiind localizarea retrosternală a durerii, precum și faptul că spasmul esofagian poate ceda la administrarea de nitroglicerină. ECG nu evidențiază modificările ST-T sugestive pentru IMA.

• Ulcerul gastroduodenal evoluează cu durerea ce apare în epigastru și are ritmicitate și periodicitate tipică.

• În colica biliară durerea apare în hipocondrul drept și are intensitate variabilă, palparea abdomenului poate localiza durerea în epigastru și/sau în hipocondrul drept, evidențiind, eventual și apărare musculară la acest nivel.

• În pancreatita acută și cronică în puseu, durerile sunt în bară, legate de mese sau consumul de alcool, poate exista apărare musculară abdominală și reacție enzimatică litică sugestivă.

Confuzia clasică constă în considerarea unui IMA de topografie inferioară drept spasm esofagian, ulcer esofagian, ulcer gastroduodenal sau colecistită acută și (net mai rar) invers. ECG nu evidențiază, la acești pacienți, modificările sugestive ale unui infarct de miocard (4)

## 6. Afecțiuni psihiatrice – atacul de panică

Atacul de panică poate mima simptomatologia dureroasă din IMA. Simptomul dominant în aceste cazuri este anxietatea extremă cu senzație de moarte iminentă, însoțită de dureri toracice, de regulă precordiale, raportate sub formă de presiune, înțepături, arsuri, a căror localizare se schimbă rapid și a căror intensitate este, de regulă,

suportabilă. Traseele ECG nu sunt sugestive pentru ischemie miocardică. Totuși, mai ales la femei (cele mai frecvente paciente), se pot înregistra modificări tranzitorii ale segmentului ST și ale undei T, care în contextul clinic enunțat pot ridica suspiciunea unui IMA. De reținut faptul că atacul de panică poate apărea și la pacienții cu cardiopatie ischemică documentată, situație în care diagnosticul diferențial devine mai dificil. În astfel de situații este bine ca pacientul să fie transportat la un departament de urgență unde să fie supravegheat pe parcursul următoarelor ore, inclusiv prin determinarea seriată a markerilor de necroză miocardică. De regulă, durata unui atac de panică este de 5–20 de minute după care simptomatologia se remite complet (4). Tabelul I.1.1, realizează o sinteză a principalelor etiologii ale durerii toracice acute, precum și a probabilității ca în funcție de simptomatologia și semiologia clinică o anumită etiologie să fie prezentă (adaptat după 5).

**Tabelul I.1.1**

**Diagnosticul etiologic al durerilor toracice acute precum și probabilitatea ca în funcție de simptomatologia și semiologia clinică o anumită etiologie să fie prezentă (adaptat după 5)**

Etiologie	Simptomatologie și semne clinice	Probabilitate	Probabilitate
		+	-
Infarct miocardic acut (6)	Durere toracică care iriază în ambele brațe	7,2	0,67
	Zgomot de galop la auscultație	3,2	0,88
	Hipotensiune arterială	3,1	0,96
Pericardită/Miocardită (7)	Durere toracică agravată de inspir și diminuată de poziția aplecat înainte, frecătură pericardică, modificări ECG difuze cu ↑ST și ↓PR, cu absența modificărilor reciproce	NA	NA
Insuficiență cardiacă (8)	Semne radiologice de încărcare vasculară	11	0,48
	Semne clinice de congestie vasculară	9,9	0,65
	Istoric de insuficiență cardiacă	5,8	0,45
	Istoric de IMA	3,1	0,69
Disecția acută de aortă (9)	Durere toracică cu iradiere posterioară și inegalitate de puls și presională la nivelul membrelor superioare	5,3	NA