

INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA: UM ENFOQUE SEMIOLÓGICO

Brenda de Sá Senna Prates¹; Carla Starling Hübner¹; Otoni Moreira Gomes²

1- Fisioterapeutas; acadêmicas do curso de medicina do Centro Universitário de Belo Horizonte (Uni-BH);

2- Médico; professor titular do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina da UFMG; presidente do Departamento de Cardiologia (DECARDIO) / Fundação Cardiovascular São Francisco de Assis (SBCCV).

Palavras-chave: Insuficiência Cardíaca, Insuficiência Cardíaca Congestiva, Avaliação Semiológica

INTRODUÇÃO: A Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC) é uma síndrome clínica que sobrevém quando o coração não consegue bombear o sangue numa frequência proporcional às necessidades metabólicas dos tecidos ou só consegue bombear o sangue numa pressão de enchimento elevada. A ICC representa um importante problema de saúde pública, com uma prevalência crescente e altos índices de morbimortalidade. Segundo a Revisão das II Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia para o Diagnóstico e Tratamento da Insuficiência Cardíaca, a mortalidade anual oscila entre 30 a 40% para enfermos na classe funcional IV da New York Heart Association (NYHA), adequadamente tratados.

OBJETIVO: Fazer uma revisão da literatura a respeito da ICC, acerca das suas principais etiologias, da fisiopatologia e, principalmente, da abordagem semiológica baseada na anamnese e no exame físico do paciente.

MATERIAL E MÉTODOS: Foram pesquisadas diversas publicações relacionadas ao tema em livros técnicos e artigos científicos, nas línguas portuguesa e inglesa, no acervo das bibliotecas do Uni-BH e da UFMG, assim como fontes científicas de *sites* da internet. A elaboração do trabalho baseou-se na seleção de livros de cardiologia, patologia, semiologia e nas diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia.

RESULTADOS: Foram abordados os principais achados relacionados ao exame semiológico do paciente com ICC, incluindo anamnese e exame físico, e também os exames laboratoriais e de imagem, além do tratamento medicamentoso e não-medicamentoso.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO: As principais causas da Insuficiência Cardíaca (IC) estão relacionadas a processos que envolvem o pericárdio, as valvas cardíacas e a circulação coronária ou o miocárdio, sendo esta a principal causa desencadeante da IC através do infarto agudo do miocárdio. A síndrome pode decorrer de uma anormalidade na função sistólica ou diastólica do ventrículo. As alterações resultam em anormalidades

intrínsecas e extrínsecas no coração, em que vários mecanismos estão envolvidos a fim de compensar o baixo débito cardíaco, tais como: aumento da frequência cardíaca e da contratilidade, hipertrofia miocárdica concêntrica seguida de excêntrica, ativação aumentada dos sistemas nervoso adrenérgico e renina-angiotensina e liberação de endotelina, vasopressina e citocinas. A ativação prolongada desses sistemas gera uma piora progressiva da falência cardíaca levando a uma descompensação, e o paciente passa da fase assintomática para a sintomática. Com a progressão da doença, o aumento da pressão pulmonar característico de IC esquerda acomete, conseqüentemente, o ventrículo direito, levando aos sinais sistêmicos de IC direita. Pelo fato de a ICC ser uma síndrome e não possuir um sinal patognomônico, nenhum sintoma isolado permite que se faça um diagnóstico conclusivo dessa doença, sendo o enfoque semiológico imprescindível para o correto diagnóstico. Na anamnese, a queixa principal mais comum é a dispneia de esforço, seguida de ortopneia e dispneia paroxística noturna. Na história da moléstia atual, são comuns relatos de fadiga e fraqueza, sintomas renais, cerebrais e gastrintestinais e tosse não produtiva. Na inspeção, é importante observar o estado de nutrição do paciente, e é frequente encontrar pele fria e pálida, cianose de extremidades, icterícia, exoftalmia e pulsações visíveis das veias jugulares. A percussão torácica e a percussão abdominal são úteis na investigação de derrame pleural e ascite, respectivamente. Na palpação, encontra-se pressão de pulso da carótida diminuída; pulso arterial rápido, fraco e filiforme; refluxo hepatojugular; desvio do *ictus cordis*, hepatomegalia e edema de membros inferiores. A ausculta cardíaca permite identificar taquicardia, terceira (ritmo de galope) e quarta bulhas; e na ausculta pulmonar, a presença de estertores finos teleinspiratórios. Os exames laboratoriais e de imagem, quando necessários, auxiliam na conduta médica e o tratamento requer uma equipe multidisciplinar. Existem novas fronteiras diagnósticas e terapêuticas que incluem prevenção eficaz, terapia celular, cardiologia fetal e biotecnologia, as quais permitirão, num futuro próximo, maior controle da doença.

REFERÊNCIAS

- 1- BRAUNWALD, Eugene; ZIPES, Douglas, P.; LIBBY, Peter (Coord.). **Tratado de medicina cardiovascular**. 6. ed. São Paulo: Roca, 2003.
- 2- GOMES, Otoni M; FARAJ, Marcílio. **Cardiologia da Família**. Belo Horizonte: Edicor, 2005.
- 3- LÓPEZ, Mario; LAURENTYS-MEDEIROS, José de. **Semiologia Médica**: as bases do diagnóstico clínico. 5.ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2004.
- 4- **Revisão das II Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia para o Diagnóstico e Tratamento da Insuficiência Cardíaca**. Arq Bras Cardiol. v. 79, (suplemento IV), 2002. Disponível em: <<http://www.publicacoes.cardiol.br/consenso/2002/7905/default.asp>> Acesso em: 08 jun. 2009.