

SMMR

Série Manual do Médico-Residente do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Coordenadores da Série

Jose Otavio Costa Auler Junior

Luis Yu

Condutas Práticas em Cardiologia

Editores do Volume

Roberto Kalil Filho • Ludhmila Abrahão Hajjar

Coeditores do Volume

Bruno Soares da Silva Rangel • Bruna Romanelli Scarpa Matuck

Brenno Rizerio Gomes • Vagner Madrini Junior • Nádia Romanelli Quintanilha









SÉRIE MANUAL DO MÉDICO-RESIDENTE

CONDUTAS PRÁTICAS EM CARDIOLOGIA

HC FMUSP
MEDICINA USP
HC FMUSP EEP Escola de Educação Permanente
Atheneu

SÉRIE MANUAL DO MÉDICO-RESIDENTE

Coordenadores da Série
Jose Otavio Costa Auler Junior
Luis Yu

- *Acupuntura e Medicina Tradicional Chinesa*
- *Anestesiologia*
- *Condutas Práticas em Cardiologia*
- *Cirurgia da Mão*
- *Cirurgia de Cabeça e Pescoço*
- *Cirurgia Geral*
- *Cirurgia Plástica*
- *Cirurgia Torácica*
- *Cuidados Paliativos – Falências Orgânicas*
- *Dermatologia*
- *Endocrinologia e Metabologia*
- *Endoscopia*
- *Genética Médica*
- *Geriatria*
- *Imunologia Clínica e Alergia*
- *Infectologia*
- *Mastologia*
- *Medicina de Família e Comunidade*
- *Medicina do Trabalho*
- *Medicina Esportiva*
- *Medicina Física e Reabilitação*
- *Nefrologia*
- *Neurologia*
- *Neurologia Infantil*
- *Oftalmologia*
- *Ortopedia e Traumatologia*
- *Otorrinolaringologia*
- *Pediatria*
- *Pneumologia*
- *Radiologia e Diagnóstico por Imagem*
- *Reumatologia*
- *Urologia*



SMMR

Série Manual do Médico-Residente do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Coordenadores da Série
JOSE OTAVIO COSTA AULER JUNIOR
LUIS YU

VOLUME

CONDUTAS PRÁTICAS EM CARDIOLOGIA

Editores do Volume
ROBERTO KALIL FILHO
LUDHMILA ABRAHÃO HAJJAR

Coeditores do Volume
BRUNO SOARES DA SILVA RANGEL
BRUNA ROMANELLI SCARPA MATUCK
BRENNO RIZERIO GOMES
VAGNER MADRINI JUNIOR
NÁDIA ROMANELLI QUINTANILHA

HC FMUSP
MEDICINA USP
HC FMUSP EEP Escola de Educação Permanente
Atheneu

EDITORA ATHENEU

São Paulo	—	*Rua Maria Paula, 123 – 18º andar* *Tels.: (11) 2858-8750* *E-mail: atheneu@atheneu.com.br*
Rio de Janeiro	—	*Rua Bambina, 74* *Tel.: (21) 3094-1295* *E-mail: atheneu@atheneu.com.br*

CAPA: Equipe Atheneu
PRODUÇÃO EDITORIAL: Villa d'Artes

CIP-BRASIL. CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO
SINDICATO NACIONAL DOS EDITORES DE LIVROS, RJ

C753
Condutas práticas em cardiologia / coordenadores Jose Otavio Costa Auler Junior , Luis Yu ; editores Ludhmila Abrahão Hajjar, Roberto Kalil Filho. - 1. ed. - Rio de Janeiro : Atheneu, 2022.
: il. ; 24 cm. (Manual do médico-residente do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo)

Inclui bibliografia e índice
ISBN 978-65-5586-532-5

1. Cardiologia - Manuais, guias, etc. 2. Residentes (Medicina) - Manuais, guias, etc. I. Auler Júnior, José Otávio Costa. II. Yu, Luis. III. Hajjar, Ludhmila Abrahão. IV. Kalil Filho, Roberto. V. Título. VI. Série.

22-77750 CDD: 616.12
CDU: 616.12

Gabriela Faray Ferreira Lopes - Bibliotecária - CRB-7/6643

12/05/2022 17/05/2022

HAJJAR, . A.; KALIL FILHO, R.; AULER JÚNIOR, J. O. C.
Série Manual do Médico-Residente do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – Volume Condutas Práticas em Cardiologia.

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU – São Paulo, Rio de Janeiro, 2022.

Capítulo 1

Anamnese dirigida ao paciente com suspeita de cardiopatia

Gabriela Marsiaj Rassi
Bruna Romanelli Scarpa Matuck
Tarso Augusto Duenhas Accorsi

Introdução

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), as doenças cardiovasculares (DCV) são a primeira causa de morte no mundo. Cerca de 17,9 milhões de pessoas morreram por DCV em 2019, representando 32% de todas as mortes globais. Por esse motivo, a prevenção e a detecção precoce são pontos-chave na abordagem de qualquer paciente.

Apesar dos avanços tecnológicos favorecendo o diagnóstico precoce, a compreensão e o acompanhamento destas doenças, a semiologia cardiovascular ainda é insubstituível. Cabe ao cardiologista a coleta da história clínica de forma lógica e organizada, sendo indispensável reconhecer as diferenças práticas dos pacientes nos diversos ambientes e adaptar a anamnese ao tempo disponível, conforme demandas prioritárias do paciente.

Identificação

Na identificação do paciente, temos informações que auxiliam o raciocínio diagnóstico. Em relação à idade, sabe-se que, em crianças e jovens predominam as anomalias congênitas e os surtos de doença reumática; ao longo dos anos, aumentam a prevalência de hipertensão, a doença aterosclerótica, as valvopatias, entre outros. Sexo e raça também guiam diagnósticos diferenciais. Por fim, é relevante perguntar ao paciente quais a cidade onde nasceu e viveu, visto que a localidade de procedência do paciente se relaciona com doenças endêmicas, como a doença de Chagas.

Antecedentes pessoais

Devem-se buscar antecedentes que possam interferir no diagnóstico. A presença de comorbidades como diabetes, hipertensão arterial sistêmica e dislipidemia, por exemplo, prevê maior risco cardiovascular.

Hábitos de vida

A ocorrência de diversas DCV pode ser influenciada por hábitos como o uso do tabaco ou drogas ilícitas, dieta, sedentarismo e o uso nocivo do álcool.

Antecedentes familiares

A influência de fatores genéticos deve ser avaliada. É imprescindível que se investigue a presença de DCV e/ou ocorrência de morte súbita em familiares, principalmente em parentes de 1º grau. A morte súbita cardíaca em jovens é, em muitos casos, secundária a DCV hereditárias, sejam elas canalopatias, cardiomiopatias ou doença isquêmica associada à hipercolesterolemia familiar. O Quadro 1.1 resume as principais queixas clínicas relacionadas à semiologia cardiovascular.

Quadro 1.1 Principais queixas clínicas relacionadas à semiologia cardiovascular.

Dor torácica	Palpitações	Edema
Síncope	Dispneia	Déficit neurológico agudo

Fonte: Desenvolvido pela autoria.

Dor torácica

A dor torácica é uma queixa frequente, cuja etiologia varia de condições de alto risco até causas benignas. Os pacientes podem apresentar outros sinais e sintomas que refletem sua origem: doenças cardíacas; aorta; pulmões; esôfago; estômago; mediastino; pleura; e vísceras abdominais. Cabe ao médico detalhar as características da dor, permitindo a diferenciação, que deve discriminar entre **origem cardíaca** e **origem não cardíaca**.

Estudos estimam que entre 33% e 50% dos pacientes apresentam dor torácica de origem musculoesquelética, entre 10% e 20% têm causas gastrointestinais, 10% têm angina estável, 5% apresentam doenças respiratórias e aproximadamente 2% a 4% apresentam isquemia miocárdica aguda.

A anamnese deve incluir as características da dor torácica, como tipo, localização, irradiação, intensidade, fatores precipitantes, de melhora e piora, duração, recorrência e sintomas associados (sudorese, náuseas, dispneia).

Dor torácica de origem cardiovascular

» **Isquemia miocárdica:** a angina pectoris corresponde à dor torácica atribuível à isquemia miocárdica. Os sintomas clássicos da angina estável incluem pressão, sensação de peso, aperto ou queimação no centro ou à esquerda do tórax, precipitado pelo esforço físico ou estresse emocional e aliviado pelo repouso ou uso de nitrato. Pode haver outros sintomas associados, como dispneia, náusea, diaforese, pré-síncope ou palpitações, podendo ser provocada por frio e irradiada para a região cervical, as mandíbula e os ombros.

A apresentação clínica varia de acordo com a população. Mulheres, diabéticos e idosos têm menor probabilidade de apresentar dor torácica, mas podem ter dispneia, fraqueza, náuseas, palpitações ou síncope. Os pacientes mais jovens são menos propensos a manifestarem angina estável e têm maior incidência de síndrome coronariana aguda (SCA). Na SCA (infarto agudo do miocárdio e angina instável), os pacientes apresentam sintomas anginosos em repouso, angina de início recente ou sintomas com frequência, duração ou intensidade progressivos, devendo ser encaminhados prontamente para um departamento de emergência.

- **Dissecção de aorta:** dor intensa, lancinante e persistente, que se inicia na região precordial e irradia-se para o dorso, à medida que a dissecção aórtica progride. Pode ser semelhante àquela do infarto agudo do miocárdio, sendo o exame físico importante ferramenta para o diagnóstico diferencial. A presença de assimetria de pulsos, de sopro de insuficiência aórtica ou de pressão arterial (PA) divergente nos dois membros pode sugerir o diagnóstico.
- **Pericardite aguda:** a dor tem intensidade variável, sem relação com esforço, de longa duração, retroesternal, que piora ao decúbito e à inspiração, melhorando quando o paciente inclina o tórax para frente. Em alguns casos, a dor cessa subitamente, o que sugere a instalação de derrame pericárdico. Geralmente ocorre após quadros virais, doenças do colágeno, cardite reumática, infecções bacterianas ou neoplasias.
- **Hipertensão pulmonar:** a dor pode ser idêntica àquela da angina típica e é associada à dilatação do ventrículo direito ou das artérias pulmonares. No tromboembolismo pulmonar (TEP), a dor geralmente é subesternal ou próxima à região do infarto pulmonar, além de súbita, com piora durante a respiração e acompanhada de tosse, dispneia e hemoptise.

Dor torácica não cardiovascular

As características a seguir sugerem dor não relacionada à doença coronariana: relação com movimento respiratório ou dos membros superiores, ou à palpação do examinador; localização abaixo da cicatriz umbilical e acima da mandíbula; duração fugaz menor do que um minuto ou prolongada com duração de horas sem comprovação de isquemia por exames; dor pontual, com área não maior do que uma polpa digital, mesmo sobre a região mamária. O Quadro 1.2 sintetiza as principais causas de dor torácica não cardiovascular.

Quadro 1.2 Principais causas de dor torácica não cardiovascular.

Doença do refluxo gastroesofágico	Origem pulmonar	Síndrome da hiperventilação
Osteoartrose de coluna vertebral	Espasmo esofagiano	Musculoesquelética
Úlcera péptica/doença biliar	Psicogênica	Síndrome de da costa

Fonte: Desenvolvido pela autoria.

Dispneia

A American Thoracic Society define dispneia como uma experiência subjetiva de desconforto respiratório, composta de sensações distintas e intensidade variável. Decorre da interação entre fatores fisiológicos, psicológicos, sociais e ambientais, manifestando-se de forma individualizada.

A dispneia pode ser considerada aguda quando se desenvolve ao longo de horas ou dias e é considerada crônica quando ocorre por meses. Alguns pacientes apresentam agravamento agudo da falta de ar crônica que pode ser causada por um novo problema ou descompensação da doença subjacente. O desconforto respiratório que surge ao longo de minutos a horas geralmente envolve processos que requerem avaliação e tratamento imediatos. O Quadro 1.3 resume as principais causas de dispneia aguda.

Quadro 1.3 Principais causas de dispneia aguda.

Sistema cardiovascular	Sistema respiratório
Infarto agudo do miocárdio	Broncospasmo
Insuficiência cardíaca descompensada	Tromboembolismo pulmonar
Tamponamento cardíaco	Pneumotórax
Arritmias	Obstrução das vias aéreas superiores
Valvopatia aguda	Pneumonia

Fonte: Desenvolvido pela autoria.

O Quadro 1.4 resume as principais causas de dispneia clínica.

Quadro 1.4 Principais causas de dispneia crônica.

Insuficiência cardíaca	Doença pulmonar intersticial
Asma	Obesidade
Doença pulmonar obstrutiva crônica	Falta de condicionamento físico

Fonte: Desenvolvido pela autoria.

Outras doenças podem manifestar-se com desconforto respiratório crônico, porém com prevalência mais baixa como neoplasias, doenças inflamatórias sistêmicas, anemias, anormalidades de caixa torácica, doenças neuromusculares, distúrbios psiquiátricos, entre outras.

Insuficiência cardíaca

Na insuficiência cardíaca (IC), a dispneia é originária da hipertensão venocapilar pulmonar, sendo desencadeada quando o paciente realiza esforço físico. A escala da New York Heart Association (NYHA) pode ser usada para medir a gravidade de pacientes com IC (Quadro 1.5).

Quadro 1.5 Classes funcionais da NYHA.

I – Assintomático	III – Dispneia aos esforços habituais
II – Dispneia ao esforços extra-habituais	IV – Dispneia em repouso

Fonte: Adaptado de The Criteria Committee of the New York Heart Association. Nomenclature and Criteria for Diagnosis of Diseases of the Heart and Great Vessels. 9th ed. Boston: Little, Brown, 1994.

Podemos citar algumas queixas que são características dessa patologia:

- **Ortopneia:** dispneia em decúbito, aliviada por estar sentado ou em pé. Ocorre pelo aumento da pressão hidrostática no território pulmonar.
- **Dispneia paroxística noturna:** dispneia que desperta o paciente após 1 ou 2 horas de sono e aliviada na posição ereta. Causada por sobrecarga volêmica resultante da reabsorção dos edemas gravitacionais.
- **Bendopneia:** dispneia ao se abaixar, com flexão do tronco para frente. Ocorre por aumento da pressão atrial na posição citada e é específica de IC.

A acurácia dos sintomas e sinais para o diagnóstico clínico de IC foi avaliada por uma revisão sistemática que incluiu 15 estudos. A dispneia foi o único sintoma de alta sensibilidade (87%), mas com baixa especificidade (51%). Outras características tinham especificidade alta, mas baixa sensibilidade: ortopneia (88% e 44%); e história de infarto do miocárdio (89% e 26%).

Síncope

A síncope é caracterizada pela perda transitória de consciência e do tônus postural, geralmente levando à queda, que ocorre de forma abrupta e apresenta recuperação total e espontânea em segundos a minutos.

A avaliação inicial da síncope deve incluir anamnese detalhada, exame físico e eletrocardiograma. A avaliação diagnóstica adicional, se indicada, deve ser individualizada com base na suspeita de etiologia da síncope.

Deve-se averiguar se o colapso foi uma síncope verdadeira e, também, determinar se o paciente afetado deve ser internado no hospital ou acompanhado em regime ambulatorial. A síncope é classificada em neuromediada, por hipotensão ortostática ou cardiogênica.

Além das causas de síncope, devem-se considerar e excluir condições que mimetizam a síncope. As condições mais comuns são: convulsões; distúrbios metabólicos e do sono; quedas acidentais; e condições psiquiátricas.

Palpitações

As palpitações correspondem a 16% das queixas em pacientes ambulatoriais, podendo ser caracterizadas como uma sensação desagradável do bater forte, rápido ou irregular do coração. Os pacientes podem, também, descrever a sensação como um movimento rápido no tórax, sacudir do peito ou uma sensação de batimento no peito ou no pescoço.

Embora, geralmente, apresentem causa benigna, as palpitações podem ser manifestações de arritmia potencialmente fatal. Essa queixa nos dá um sinal de alerta quando associada à pré-síncope, sudorese profusa ou síncope. As extrassístoles (atriais ou ventriculares) são a causa mais frequente de palpitações e, em geral, são bem toleradas. O Quadro 1.6 sintetiza as principais causas de palpitação.

Quadro 1.6 Principais causas de palpitação.

Arritmias	Síndrome do pânico	Febre
Doenças valvares	Transtorno de ansiedade	Drogas e medicações
Marca-passo	Depressão	Hipoglicemia
Mixoma atrial	Somatização	Hipertireoidismo
Cardiomiopatias	Estresse físico e mental	Anemia

Fonte: Desenvolvido pela autoria.

Na anamnese, deve-se perguntar se as palpitações são rítmicas ou arrítmicas, se o paciente tem sintomas associados, a duração das palpitações, se elas são de início e término abruptos ou graduais e se têm ou não o sinal de *frog*. As características descritas e o perfil do paciente podem sugerir etiologias específicas.

A descrição de "falhas" ou "socos no peito" pode sugerir extrassístoles. Já palpitações taquicárdicas regulares, presença de *frog* (percepção de batimentos rápidos na região cervical), principalmente no sexo feminino, podem sugerir taquicardia por reentrada nodal. Palpitações rítmicas em indivíduos jovens saudáveis, em região precordial, com dor torácica podem

corresponder à reentrada por via anômala (Wolff-Parkinson-White). A fibrilação atrial paroxística pode ser descrita como palpitações arrítmicas, com "sensação de peso ou coração balançando", em homem obeso, etilista, com apneia do sono. Bloqueio atrioventricular avançado pode ocasionar palpitações tipo *frog,* especialmente em idosos, associadas a outros sintomas, como tonturas, pré-síncope, bradicardia e dispneia aos mínimos esforços.

Causas não cardíacas de palpitações geralmente cursam com batimentos rápidos e regulares, associados ao quadro desencadeante, como esforço físico, crise de pânico, febre, hipoglicemia etc. Na maioria das vezes, não trata-se de arritmias, apenas de taquicardia sinusal.

Em um estudo com 190 pacientes apresentando uma queixa principal de palpitações, a causa foi cardíaca em 43% dos casos, psiquiátrica em 31% e miscelânea (induzida por medicação, tireotoxicose, cafeína, cocaína, anemia, anfetamina) em 10%. A etiologia cardíaca foi mais comum em pacientes que compareceram ao departamento de emergência.

Edema

É definido pela expansão palpável do volume de fluido intersticial. É chamado de "anasarca" quando generalizado. Pode ocorrer por IC, cirrose, síndrome nefrótica, desnutrição, bem como doenças venosas e linfáticas. O edema é causado por alteração na hemodinâmica capilar, a qual favorece o movimento do fluido do espaço vascular para o interstício, podendo ocorrer por aumento da pressão hidrostática capilar, diminuição da pressão oncótica capilar e/ou aumento da permeabilidade capilar.

Conclusão

A anamnese detalhada é o ponto de partida e direcionador da abordagem propedêutica no paciente com suspeita de DCV, devendo ser empregada de forma racional e criteriosa, com impacto importante para diagnóstico e prognóstico dos pacientes.

Bibliografia consultada

Blankfield RP, Finkelhor RS, Alexander JJ et al. Etiology and diagnosis of bilateral leg edema in primary care. Am J Med. 1998:105-192.

Bösner S, Becker A, Haasenritter J et al. Chest pain in primary care: epidemiology and pre-work-up probabilities. Eur J Gen Pract. 2009:15-141.

Brignole M, Moya A, de Lange FJ et al. 2018 ESC Guidelines for the diagnosis and management of syncope. Eur Heart J. 2018:39-1883.

Darrieux F, Sacilotto L, Paola A. Abordagem do paciente com arritmia. Kalil Filho R, Fuster V, Albuquerque CP. Medicina Cardiovascular – reduzindo o impacto das doenças. São Paulo, Editora Atheneu. 2016;49:865-86.

Ebell MH. Evaluation of chest pain in primary care patients. Am Fam Physician. 2011;83-603.

Kelder JC, Cramer MJ, van Wijngaarden J et al. The diagnostic value of physical examination and additional testing in primary care patients with suspected heart failure. Circulation. 2011;124-2865.

Klinkman MS, Stevens D, Gorenflo DW. Episodes of care for chest pain: a preliminary report from MIRNET. Michigan Research Network. J Fam Pract. 1994;38-345.

Mant J, Doust J, Roalfe A et al. Systematic review and individual patient data meta-analysis of diagnosis of heart failure, with modelling of implications of different diagnostic strategies in primary care. Health Technol Assess. 2009;13-1.

Parshall MB, Schwartzstein RM, Adams L et al. An official American Thoracic Society statement: update on the mechanisms, assessment, and management of dyspnea. Am J Respir Crit Care Med. 2012;185-435.

Shen WK, Sheldon RS, Benditt DG et al. 2017 ACC/AHA/HRS Guideline for the Evaluation and management of patients with syncope: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines, and the Heart Rhythm Society. J Am Coll Cardiol. 2017.

Simon PM, Schwartzstein RM, Weiss JW et al. Distinguishable types of dyspnea in patients with shortness of breath. Am Rev Respir Dis. 1990;142-1009.

Svavarsdóttir AE, Jónasson MR, Gudmundsson GH, Fjeldsted K. Chest pain in family practice. Diagnosis and long-term outcome in a community setting. Can Fam Physician. 1996;42-1122.

Weber BE, Kapoor WN. Evaluation and outcomes of patients with palpitations. Am J Med. 1996;100-138.