

São Paulo — Rua Jesuino Pascoal, 30
Tels.: (11) 3331-9186 • 223-0143 •
222-4199 (R. 25, 27, 28 e 30)
Fax: (11) 223-5513
E-mail: edathe@terra.com.br

Rio de Janeiro — Rua Bambina, 74
Tel.: (21) 2539-1295
Fax: (21) 2538-1284
E-mail: atheneu@atheneu.com.br

Ribeirão Preto — Rua Barão do Amazonas, 1.435
Tel.: (16) 636-8950 • 636-5422
Fax: (16) 636-3889
E-mail: editoratheneu@netsite.com.br

Belo Horizonte — Rua Domingos Vieira, 319 — Conj. 1.104

PLANEJAMENTO GRÁFICO/CAPA: Equipe Atheneu

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Machado, Eduardo Luís Guimarães
Propedêutica e semiologia em cardiologia/
Eduardo Luís Guimarães Machado. — São Paulo:
Editora Atheneu, 2004.

Vários colaboradores.

1. Cardiologia 2. Coração — Doenças —
Diagnóstico 3. Doenças cardiovasculares 4.
Sintomatologia I. Título.

03-7455

CDD-616.12047
NLM-WG 141

Índice para catálogo sistemático:

- | | |
|--------------------------------------|-----------|
| 1. Cardiologia: Semiologia: Medicina | 616.12047 |
| 2. Semiologia: Cardiologia: Medicina | 616.12047 |

MACHADO, E.L.G.

Propedêutica e Semiologia em Cardiologia

EDITORA ATHENEU — São Paulo, Rio de Janeiro, Ribeirão Preto, Belo Horizonte, 2004.

Anamnese e Exame Físico do Aparelho Cardiovascular

Eduardo Luis Guimarães Machado
Denise Granata Nogueira de Souza

A relação médico-paciente é um dos principais fatores para uma boa anamnese. Muitas vezes o paciente, enquanto espera o médico, observa tudo ao seu redor e troca informações com outros pacientes a respeito do médico, da consulta e até dos medicamentos receitados.

Quando em contato com o paciente, o médico deve atentar para alguns detalhes:

Recebê-lo com atenção, chamá-lo pelo nome, evitando fazer perguntas como: "Qual é o seu nome mesmo?", "você já esteve aqui?" Caso esqueça o nome do paciente, o médico deve tentar descobri-lo sem demonstrar desinteresse. Estes cuidados, muitas vezes, fazem com que o paciente se torne mais confiante e amigo do médico, não omitindo informações.

O EXAME CARDIOLÓGICO

O exame do aparelho cardiovascular, assim como dos demais aparelhos, deve ser constituído por uma anamnese, um exame físico e exames complementares para chegarmos a um diagnóstico e adotarmos uma conduta (Fig. 1.1).

Anamnese

Como toda anamnese, a do aparelho cardiovascular consiste na identificação do paciente e na história clínica.

A Identificação do Paciente

Nome completo, idade, sexo, cor (raça), estado civil, nacionalidade e naturalidade, residência e procedência, profissão (ocupação).

A simples identificação do paciente já dá início ao trajeto final, que é o diagnóstico, e a um melhor relacionamento com o doente, podendo conhecer sua personalidade.

Muitas doenças estão relacionadas com a idade, sexo, cor, nacionalidade e naturalidade, residência e procedência, profissão. Por exemplo, a doença reumática acomete mais pacientes entre 5 a 15 anos, o infarto do miocárdio acomete mais pacientes acima de 45 anos e com profissões de estresse, a doença de Chagas tem uma região endêmica, a obesidade e as dislipidemias (alterações no colesterol e triglicérides) estão relacionadas com a alimentação.

A História Clínica Compreende:

- Queixa principal
- História da doença atual
- História patológica pregressa
- História familiar
- História psicossocial

Ela pode ser colhida com o paciente relatando os fatos ou de uma forma dirigida, com o médico perguntando ao paciente os dados que serão úteis para o diagnóstico. Exemplo: "Você sente dor quando anda?", "A dor irradia para onde?"

Devemos ter cuidado ao indagar o paciente. Alguns pacientes costumam ficar ansiosos com a presença do médico e responder de forma errada as perguntas. Acima de tudo, o médico deve saber ouvir seu paciente.

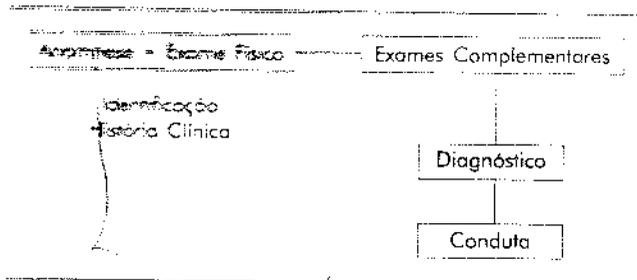


Fig. 1.1 — Exame cardiológico.

QUEIXA PRINCIPAL

É a queixa ou motivo da consulta médica.

Ela deve ser única, se possível com as palavras do paciente.

Muitas vezes o paciente relata várias queixas (dor de cabeça, dor nas pernas, dor no peito) durante uma consulta, mas a queixa principal, geralmente, é única. Para ajudar a encontrá-la podemos perguntá-lo: “o que mais incomoda o senhor?” ou, tentar abordá-lo de uma forma que achamos conveniente, naquela situação.

Entre as queixas mais comuns em consultório de cardiologia, temos:

“Dor no peito”, “falta de ar”, “palpitação”, “inchaço” e “tosse”.

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Diferente da queixa principal, deve ser escrita com termos técnicos (médicos) e deve seguir um roteiro, no qual a sua seqüência nos direciona ao diagnóstico.

Devem ser atribuídas as seguintes características aos sintomas do paciente:

1. Cronologia: (quando iniciou o sintoma)
2. Evolução (como evoluiu até a presente data)
3. Localização
4. Tipo
5. Intensidade
6. Circunstância que iniciou
7. Fatores de agravamento
8. Fatores de melhora
9. Manifestações associadas

Além disto devem ser mencionados os tratamentos realizados previamente e o tratamento atual.

HISTÓRIA PATOLÓGICA PREGRESSA

É o relato dos acontecimentos passados (doenças) do paciente.

Deve-se pesquisar:

- Doenças prévias (doenças comuns na infância, infecções, verminoses, diabete, hipertensão), traumas, fraturas, cirurgias, internações, transfusão sangüíneas, vacinas, fumo, álcool, tóxicos, medicamentos (efeitos indesejáveis). Em mulheres deve ser informado o número de gestações, partos e presença de abortos.

HISTÓRIA FAMILIAR

É o relato do estado de saúde dos seus familiares (pais, avós, irmãos e filhos). Deve-se investigar a presença ou história de diabete, hipertensão, neoplasias, distípidemias e de doenças coronarianas na família. Nos casos de falecimento do familiar deve-se identificar a idade na época do óbito e sua causa.

HISTÓRIA PSICOSSOCIAL

Deve ser descrito as condições de moradia do paciente (presença de saneamento básico), contato com águas naturais, fumo, bebida, suas relações interpessoais familiares e suas ansiedades.

ANAMNESE ESPECIAL DO APARELHO CARDIOVASCULAR

Para caracterizar melhor a dor precordial devemos seguir um roteiro:

- Cronologia
- Tipo
- Localização da dor
- Irradiação da dor
- Intensidade da dor
- Periodicidade
- Duração (tempo) da dor
- Condições que melhoram a dor
- Condições que pioram a dor
- Sinais e sintomas que acompanham a dor
- Devemos verificar a presença de outros sinais e sintomas como:
 - Dispnéia
 - Tosse

- Hemoptise
- Edema e oligúria
- Palpitações
- Cianose
- Síncope ou lipotímia
- Poliartralgia
- Coréia
- outros
- Algumas características das principais queixas em cardiologia:

"Dor no Peito"

A dor no peito (dor precordial ou dor torácica) pode ter causa cardíaca e não-cardíaca.

Entre as principais dores de origem cardíaca temos a angina de peito, infarto agudo do miocárdio (IAM), pericardite e o aneurisma dissecante da aorta.

Entre as dores não cardíacas temos como as mais frequentes a cervicobraquialgia, gastrite, hérnia de hiato e os traumas.

Dor de Origem Cardíaca

ANGINA ESTÁVEL

Preenche os seguintes critérios:

- *Localização da dor:* geralmente localizada na região precordial.
- *Irradiação da dor:* quando ocorre, na maioria dos casos se dá para membro superior esquerdo, mandíbula e região cervical. A dor precordial pode irradiar também para o membro superior direito e para as costas.
- *Intensidade da dor:* variável. Pode ser fraca, forte ou média intensidade.
- *Duração (tempo) da dor:* geralmente de curta duração (2 a 3 minutos), desaparecendo totalmente após este período.
- *Condição que melhora a dor:* repouso, uso de nitrato sublingual.
- *Condição que desencadeia ou que piora a dor:* Esforço físico, frio, alimentação, estresse. Nunca aparece com o repouso.
- *Sinais e sintomas que acompanham a dor:* náuseas, vômitos, sudorese, dispnéia.

ANGINA INSTÁVEL

Quando a dor precordial mudar as características, isto é, a dor precordial durar mais tempo (5 minutos ou mais), aparecer em repouso, demorar mais tempo para desaparecer com o repouso ou com uso de nitratos é considerada *angina instável*.

INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO (IAM)

Se a dor precordial persistir com episódios recorrentes (ou acontecer em intervalos de tempo menores) ou apresentar maior duração podemos estar diante de um *infarto agudo do miocárdio*.

Não podemos esquecer que em torno de 1/4 dos infartos agudos do miocárdio pode se apresentar de forma silenciosa (sem sintomas).

PERICARDITE

É a inflamação do pericárdio. Nesta doença a dor pode ser localizada no precórdio, de intensidade variável, não relacionada com o esforço, apresentar melhora com a posição sentada, inclinada para frente e apresentar piora com a respiração profunda e com o decúbito.

ANEURISMA DISSECANTE DA AORTA

Aneurisma de aorta é a dilatação localizada da aorta. Quando o sangue sai do seu trajeto normal (de dentro da luz do vaso) e penetra através das camadas da parede da artéria (camada média) formando uma falsa luz, é chamado aneurisma dissecante.

A dor geralmente é precordial, com irradiação para parte posterior do tórax e para os membros, não variando com a respiração ou posição do doente.

Dor de Origem Não-cardíaca

CERVICOBRAQUIALGIA

É a dor de origem cervical que irradia para o braço. Quando irradia para o membro superior esquerdo é considerada um diagnóstico diferencial de IAM. Pode ter intensidade variável, durar dias, meses ou ser contínua. Aparece, principalmente, em pacientes que adotam posturas irregulares.

GASTRITE

Dor epigástrica de intensidade variável, sem irradiação, geralmente relacionada com alimentação e acompanhada de queimação epigástrica.

Muitas vezes é diagnóstico diferencial de infarto agudo do miocárdio inferior.

ANSIEDADE

O paciente pode sentir dor de intensidade variável, com ou sem irradiação, com ou sem náuseas e vômitos. Atenção: algumas vezes o paciente conhece os sintomas de angina e tenta simulá-los.

“Falta de Ar”

A queixa de falta de ar (dispnéia) caracteriza-se como a dificuldade em respirar. O paciente apresenta movimentos respiratórios rápidos e superficiais.

Dispnéia de decúbito é aquela onde a dispnéia aparece quando o paciente deita-se, diferente da dispnéia noturna (dispnéia paroxística noturna) onde o paciente deita-se sem dispnéia e acorda com ela. A dispnéia de esforço pode ocorrer aos grandes esforços (exercício intenso), aos médios esforços (exercício moderado) e aos pequenos esforços.

Ortopnéia é a posição sentada adotada pelo paciente com dispnéia na tentativa de obter melhora do padrão respiratório.

“Inchaço nas Pernas”

A queixa de “inchaço” (edema) de origem cardíaca tem a seguinte característica:

O edema geralmente é frio, mole, indolor e vespertino, bilateral (nas duas pernas).

“Tosse”

A queixa de tosse de origem cardíaca geralmente é devida a congestão pulmonar.

Ela é seca, aparece ou se agrava quando o paciente deita-se ou faz um exercício de maior intensidade.

Muitas vezes esta tosse pode ser devida ao efeito colateral do uso de medicação (como os inibidores da enzima de conversão – Captopril).

“Palpitações”

A queixa de palpitação é a sensação de batimentos cardíacos irregulares.

Geralmente pode ser devido a arritmias cardíacas (fibrilação atrial, taquicardias, etc.) ou ansiedade.

ESTADO GERAL DO PACIENTE

O primeiro passo do exame físico é a observação do estado geral do paciente.

Mesmo no exame físico do aparelho cardiovascular devemos observar o paciente como um todo. Resumidamente, temos:

Marcha e Posição Adotada pelo Paciente

O paciente pode apresentar-se ao exame clínico adotando uma marcha anormal ou uma posição que indique um sinal comum de uma doença. Por exemplo: a posição genupeitoral é comum no paciente com grande derrame pericárdico (Fig. 1.2), a ortopnéia é freqüente nos quadros de insuficiência cardíaca e na doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), e a posição de cócoras é comum na tetralogia de Fallot. Algumas vezes encontramos o paciente em uma posição antálgica como no infarto agudo do miocárdio (Fig. 1.3).

Estado de Consciência

Deve ser avaliado o estado de consciência do paciente: consciência vigil, sono profundo ou inconsciente (em coma).

Orientação

- Quanto a sua pessoa (dados pessoais)
- Quanto ao tempo (dia da semana, mês, ano, período de internação)
- Quanto ao espaço (de onde veio, onde está)

Mucosas e Pele

Deve ser observado:

- Coloração e umidade

A mucosa da conjuntiva, dos lábios e da boca pode apresentar alterações da coloração e/ou da umidade (hipocorado, desidratado).

A palidez é comum nas anemias; a cianose, coloração azulada, é comum nas cardiopatias congênitas e patologias respiratórias; icterícia, coloração amarelada, é comum nas doenças hepáticas.

- Edema
- Circulação colateral
- Calor das extremidades

Padrão Respiratório

- Observar se o paciente apresenta dificuldade respiratória: eupneico (sem dificuldade), dispnéico (com dificuldade).

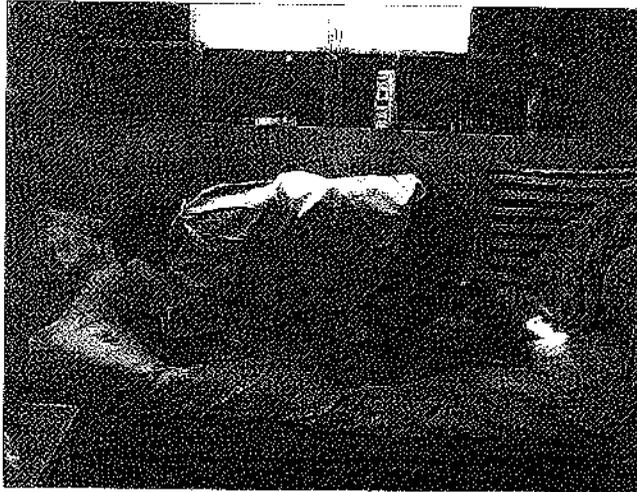


Fig. 1.2 — Posição adotada em um paciente com grande derrame pericárdico.



Fig. 1.3 — Paciente em posição antálgica (portador de infarto agudo do miocárdio).

EXAME FÍSICO

Após a anamnese segue-se o exame físico. Este deve ser feito com muito respeito, evitando constranger o paciente. Observe o local, as pessoas ao redor, evite comentar perto do paciente qualquer alteração que possa preocupá-lo.

Existem várias maneiras de abordar um paciente para o exame cardiológico.

Examinaremos o paciente observando:

- Pescoço
- Tórax
- Epigástrico

Pescoço

Na inspeção do pescoço devemos observar as pulsações aórtica e carotídea e também fazer a ausculta na procura de sopros.

O estudo do pulso e a semiologia das doenças cardiovasculares será visto no Capítulo 4.

De maneira prática podemos dizer que:

- No paciente em repouso, as pulsações aórtica e carotídea não são visíveis. Podem ser visíveis no caso do paciente se exercitar muito.
- Algumas doenças como a aterosclerose, insuficiência valvar aórtica e hipertensão arterial podem levar ao aparecimento de pulsações na fúrcula (pulsações aórtica) e no pescoço (pulsações carotídeas).
- Com o paciente deitado, em decúbito dorsal a 45 graus observamos se ocorrerá ingurgitamento. Em condições normais o ingurgitamento não pode ocorrer acima do terço inferior.
- Normalmente não temos sopros no pescoço. Caso eles ocorram será devido à irradiação do sopro cardíaco. Na estenose aórtica, por exemplo, a irradiação do sopro sistólico de ejeção se faz para a carótida direita e fúrcula. Podem aparecer sopros no pescoço provenientes de obstruções arteriais ou de estados hipercinéticos.
- Na base do pescoço encontra-se o pulso venoso (jugulares) e reflete a dinâmica do coração direito. Quando o paciente sentado apresenta ingurgitamento jugular pode-se suspeitar de compressão da veia cava, insuficiência ventricular direita ou pericardite constrictiva.

Tórax

Existem várias formas de tórax, entre elas:

- Forma de tonel (relacionado com doença pulmonar obstrutiva crônica), peito de pombo (congenito), chato (desnutrição), sino (grandes ascites), cifoescoliótico (patologias ortopédicas).
- Podemos ter abaulamento precordiais decorrentes, às vezes, de grande aumento do coração (cardiomegalia), geralmente provocado por doenças congênitas. Em caso de abaulamentos pulsáteis na parede torácica devemos investigar a presença de aneurisma aórtico (se o aneurisma for de aorta descendente pode-se verificar abaulamento pulsátil no dorso do paciente).
- As retrações torácicas podem aparecer e são devidas geralmente à toracotomia. Aparecem também em caso de hipertrofia direita, onde temos uma retração sistólica apical.

Ictus Cordis

É o impacto do coração sobre a parede torácica e corresponde, anatomicamente, à ponta do ventrículo esquerdo.

Devemos visualizá-lo e analisá-lo (Fig. 1.4).

CARACTERÍSTICAS DO *ICTUS CORDIS*

- Localização: entre o quarto e quinto espaço intercostal esquerdo (EIE), aproximadamente 0,5cm para dentro da linha hemiclavicular esquerda (LHCE) com o paciente em decúbito dorsal, podendo variar com o biotipo do paciente.
- Extensão: uma a uma e meia polpa digital (aproximadamente 1,5 a 2,0cm).
- Intensidade: quanto à intensidade podemos classificá-la em forte, fraca, média intensidade.
- Em algumas situações podemos sentir o *ictus* como um choque curto e intenso (cupuliforme), o que é comum nas hipertrofias, em outras como um choque de duração maior (globoso), que é comum nas dilatações.
- Mobilidade: o *ictus* é móvel. Desloca-se para a direita ou esquerda (mobilidade de 2cm aproximadamente) de acordo com o decúbito adotado.



Fig. 1.4 — Exame do ictus cordis.

PRINCIPAIS ALTERAÇÕES DO *ICTUS*

Seu deslocamento significa dilatação e/ou hipertrofia do ventrículo esquerdo.

O *ictus* pode estar desviado para baixo e para fora da linha hemiclavicular esquerda (hipertrofia ventricular esquerda) e para dentro da linha hemiclavicular esquerda (Hipertrofia ventricular direita).

O *ictus* também pode ter outras posições: desviado para cima (3º ou 4º EIE) na gravidez; desviado para o lado oposto ao pneumotórax ou grande derrame pleural.

A mobilidade pode estar diminuída ou mesmo ausente na pericardite constrictiva.

Frêmito

É a sensação tátil do sopro cardíaco.

Colocamos o paciente em decúbito dorsal e lateral esquerdo e, às vezes, sentado com o tórax inclinado para frente (Figs. 1.5, 1.6 e 1.7).

O examinador coloca a palma da mão no tórax do paciente (região precordial) com os dedos estendidos.

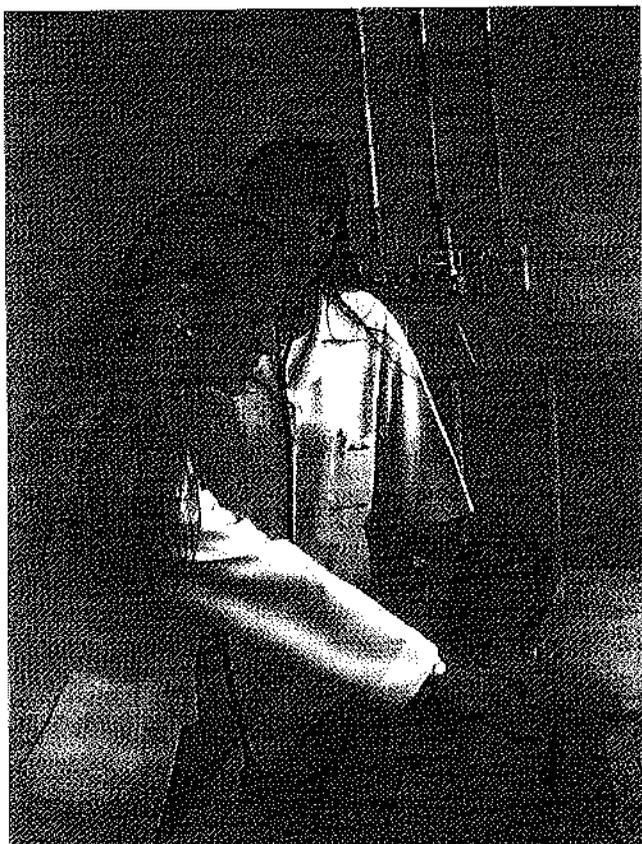


Fig. 1.5 — Exame do frêmito.

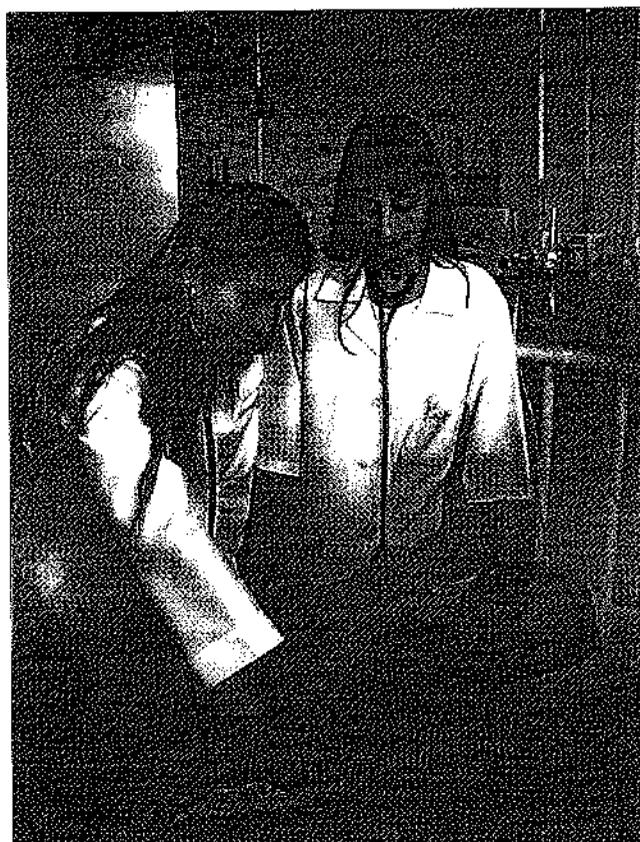


Fig. 1.6 — Exame do frêmito.

Esta sensação táctil deve ser classificada em:

- Tempo (ciclo cardíaco): sistólico, diastólico, contínuo. O frêmito sistólico coincide com o pulso; o diastólico, não.
- Intensidade: a intensidade do frêmito é dada em cruzes (de + a ++++).

Ausculata Cardíaca

A ausculata cardíaca é tema de muito interesse e será visto no Capítulo 2.

Epigastro

No exame do epigástrico devemos procurar abaulamentos, pulsações e retrações.

Abaulamentos

- Causas cardíacas: aneurisma de aorta, hipertrofias (principalmente de ventrículo direito), cardiomegalia, derrame pericárdico, alterações da caixa torácica.
- Causas não-cardíacas: tumores e abscessos.

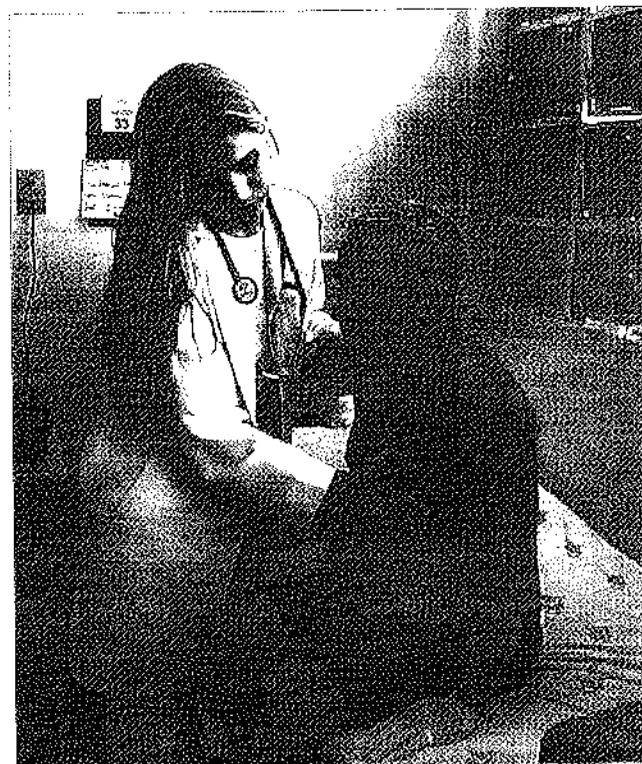


Fig. 1.7 — Exame do frêmito.

Retrações

- Causadas por cicatrizes, lesões congênitas.

Pulsações

- As pulsações da aorta são transmitidas à parede abdominal, gerando as pulsações epigástricas. Estas, na maioria das vezes, indica hipertrofias ventriculares, dilatação da aorta e artéria pulmonar e aneurismas ventriculares.

MEDIDA DA PRESSÃO ARTERIAL

A medida da pressão arterial deve seguir algumas normas. A mais utilizada é a da Sociedade Brasileira de Cardiologia.

A medida da pressão arterial, pela sua importância, deve ser estimulada e realizada, em toda avaliação de saúde, por médicos de todas as especialidades e demais profissionais da área de saúde.

O esfigmomanômetro de coluna de mercúrio é o ideal para essas medidas. Os aparelhos do tipo aneróide, quando usados, devem ser periodicamente testados e devidamente calibrados. A medida da pressão arterial deve ser realizada na posição sentada, de acordo com o procedimento descrito a seguir:

1. Explicar o procedimento ao paciente.
2. Certificar-se de que o paciente:
 - Não está com a bexiga cheia.
 - Não praticou exercícios físicos.
 - Não ingeriu bebidas alcoólicas, café, alimentos, ou fumou até 30 minutos antes da medida.
3. Deixar o paciente descansar por 5 a 10 minutos em ambiente calmo, com temperatura agradável.
4. Localizar a artéria braquial por palpação.
5. Colocar o manguito firmemente cerca de 2cm a 3cm acima da fossa antecubital, centralizando a bolsa de borracha sobre a artéria braquial. A largura da bolsa de borracha do manguito deve corresponder a 40% da circunferência do braço e seu comprimento, envolver pelo menos 80% do braço. Assim, a largura do manguito a ser utilizado estará na dependência da circunferência do braço do paciente.
6. Manter o braço do paciente na altura do coração.
7. Posicionar os olhos no mesmo nível da coluna de mercúrio ou do mostrador do manômetro aneróide.

8. Palpar o pulso radial e inflar o manguito até seu desaparecimento, para a estimativa do nível da pressão sistólica, desinflar rapidamente e aguardar de 15 a 30 segundos antes de inflar novamente.
9. Colocar o estetoscópio nos ouvidos, com a curvatura voltada para a frente.
10. Posicionar o estetoscópio suavemente sobre a artéria braquial, na fossa antecubital, evitando compressão excessiva.
11. Solicitar ao paciente que não fale durante o procedimento de medição.
12. Inflar rapidamente, de 10mmHg em 10mmHg, até o nível estimado da pressão arterial.
13. Proceder à deflação, com velocidade constante inicial de 2mmHg a 4mmHg por segundo, evitando congestão venosa e desconforto para o paciente.
14. Determinar a pressão sistólica no momento do aparecimento do primeiro som (fase I de Korotkoff), que se intensifica com o aumento da velocidade de deflação.
15. Determinar a pressão diastólica no desaparecimento do som (fase V de Korotkoff), exceto em condições especiais. Auscultar cerca de 20mmHg a 30mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder à deflação rápida e completa. Quando os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a pressão diastólica no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff).
16. Registrar os valores das pressões sistólica e diastólica, complementando com a posição do paciente, o tamanho do manguito e o braço em que foi feita a mensuração. Deverá ser registrado sempre o valor da pressão obtido na escala do manômetro, que varia de 2mmHg em 2mmHg, evitando-se arredondamentos e valores de pressão terminados em 5.
17. Esperar 1 a 2 minutos antes de realizar novas medidas.
18. O paciente deve ser informado sobre os valores da pressão arterial e a possível necessidade de acompanhamento.

Para a medida da pressão arterial na coxa, o procedimento é o seguinte:

- Utilizar manguito de tamanho adequado, colocado no terço inferior da coxa.
- Colocar o paciente em decúbito ventral.
- Realizar a ausculta na artéria poplítea.

Na medida da pressão arterial em posição ereta, o braço deve ser mantido na altura do coração, com apoio.

Na presença de fibrilação atrial, pela dificuldade de determinação da pressão arterial, deverão ser considerados os valores aproximados. Nos indivíduos idosos, portadores de disautonomia, alcoólatras e/ou em uso de medicação anti-hipertensiva, a pressão arterial deve ser medida também na posição ortostática.

19. Tomadas na consulta: em cada consulta, deverão ser realizadas no mínimo duas medidas, com intervalo de 1 a 2 minutos entre elas; caso as pressões diastólicas obtidas apresentem diferenças superiores a 5mmHg, sugere-se que sejam realizadas novas aferições, até que seja obtida medida com diferença inferior a esse valor. De acordo com a situação clínica do presente, recomenda-se que as medidas sejam repetidas em pelo menos duas ou mais visitas. As medições na primeira avaliação devem ser obtidas em ambos os membros superiores. As posições recomendadas na rotina para a medida da pressão arterial são sentada e/ou deitada.

Medida Domiciliar e Automedida da Pressão Arterial

- Esses procedimentos são úteis para identificar a hipertensão do avental branco (hipertensão de consultório isolada);
- Avaliar a eficácia da terapêutica anti-hipertensiva;
- Estimular a adesão ao tratamento; e
- Reduzir custos.

Os aparelhos eletrônicos devidamente validados e calibrados são os mais indicados para a medida da pressão arterial domiciliar. Os aparelhos de coluna de mercúrio e os aneróides podem ser usados, desde que calibrados e após treinamento apropriado. Os aparelhos de medida da pressão arterial no dedo não são recomendados.

Apesar de ainda não existir consenso quanto aos valores de normalidade para a medida de pressão arterial domiciliar, consideram-se valores normais até 120/80mmHg.

Medida Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA)

O MAPA é um método automático de medida indireta e intermitente da pressão arterial durante 24 horas, enquanto o paciente realiza suas atividades rotineiras, inclusive durante o sono. Estudos têm demonstrado que esse método apresenta melhor correlação com risco cardiovascular do que a medida da pressão arterial de consultório. As principais indicações para o uso desse

método, de acordo com o II Consenso de MAPA, estão apresentadas a seguir.

É importante ressaltar que ainda não existe evidência de que esse método deva ser empregado na avaliação rotineira do paciente hipertenso, não substituindo, portanto, a avaliação clínica do paciente e a medida da pressão arterial de consultório.

Indicações para a MAPA

- Hipertensão de consultório (hipertensão do avental branco)
- Hipertensão arterial limitrofe
- Hipertensão episódica
- Avaliação do efeito terapêutico anti-hipertensivo, quando existirem dúvidas no controle da pressão arterial em 24 horas.
- Outras: sintomas sugestivos de hipotensão, suspeita de disfunção autonômica, episódios de síncope e pesquisa clínica.

Situações Especiais de Medida da Pressão Arterial

Crianças

A determinação da pressão arterial em crianças é recomendada como parte integrante de sua avaliação clínica. Há semelhança dos critérios já descritos para adultos:

1. A largura da bolsa de borracha do manguito deve corresponder a 40% da circunferência do braço.
2. O comprimento da bolsa do manguito deve envolver 80% a 100% da circunferência do braço.
3. A pressão diastólica deve ser determinada na fase V de Korotkoff nos desaparecimentos do som.

Idosos

Na medida da pressão arterial dos idosos, existem dois aspectos importantes:

- maior frequência de hiato auscultatório, que subestima a verdadeira pressão sistólica.
- pseudo-hipertensão, caracterizada por nível de pressão arterial falsamente elevado em decorrência do enrijecimento da parede da artéria. Pode ser detectada por meio da manobra de Osler, que consiste na inflação do manguito até o desaparecimento do pulso radial. Se a artéria continuar palpável após esse procedimento, o paciente é considerado Osler positivo.

Gestantes

Devido às alterações na medida da pressão arterial em diferentes posições, atualmente é recomendado que a medida da pressão arterial em gestantes seja feita na posição sentada. A determinação da pressão diastólica deverá ser considerada na fase V de Korotkoff. Eventualmente, quando os batimentos arteriais permanecerem audíveis até o nível zero, deve-se utilizar a fase IV (abafamento dos sons) para registro da pressão arterial diastólica.

Obesos

Em pacientes obesos, deve-se utilizar manguito de tamanho adequado a circunferência do braço. Na ausência deste, pode-se:

- Corrigir a leitura obtida com manguito padrão (13 × 24cm), de acordo com as tabelas próprias;
- Usar fita de correção aplicada no manguito; e
- Colocar o manguito no antebraço e auscultar a artéria radial, sendo esta a forma menos recomendada.

BIBLIOGRAFIA

1. Thorn GW, Adams RD, Brawnwald, Isselbacher KJ, Petersdorf RG. O primeiro contato com o doente. In: Harrison. Medicina Interna, Rio de Janeiro: ed. Guanabara Koogan. 8 ed.
2. Balint M. O médico, seu paciente e a doença. São Paulo. Editora Atheneu, 1984.
3. Barsky III AJ. Patients who amplify bodily sensations. An Intern Med 1979.
4. Barsky III, Aj. Hidden reasons some patients visit doctors. An Intern Med 1981.
5. Meares A. Communication with the patient. Lancet 1960.
6. American Board of Internal Medicine. Clinical competence in internal medicine. An Intern Med 1979.
7. Benbassat J, Schiffmann A. An approach to teaching the introduction of clinical medicine. An Intern Med 1986.
8. Porto CC. Semiologia Médica. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan S. A., 3 ed. 1997.
9. Informações obtidas no site <http://www.planetcardio.com.br>
10. Bird B. Talking with Patients. Lcott, Philadelphia, 1955.
11. Lipowskizj. Psychosocial aspects os disease. An Intern Med 1969.
12. Lisans KY Et and Shocketa Br. Comprehensive medical diagnosis for the internist. Med Clin N Amer 1967.
13. Lopez M, Medeiros JL. Semiologia Médica, As bases do diagnóstico clínico. Rio de Janeiro: Ed. Revinter, 4 ed. 2 volumes. 1999.
14. Steel K. History taking from elderly patients. Hosp Practice 1985.
15. Wolffs. The fine art of taking a history. Hosp Practice 1985.
16. Porto CC. Exame clínico. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 1982.