



## FISIOTERAPIA - ENTREGA SEMANAL 3

Projeto: INTERPRETAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES  
Professores: Colegiado de Fisioterapia

**Nome:** Rockson André Fritzen

**Atividade:** INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

B.D.T., 56 anos, sexo masculino deu entrada no ambulatório com queixa de falta de ar há 1 ano, com piora há 1 mês. Paciente refere dispneia aos grandes esforços, evoluindo para aos médios esforços e, há 1 mês, ao repouso. Em associação, relata que não tolera o decúbito dorsal e tosse seca há 4 meses, principalmente à noite e ao deitar-se.

### **Identificação do paciente**

B.D.T., 56 anos, sexo masculino, negro, casado, natural e procedente de Cruz das Almas, trabalha na construção civil, católico. Informante: Paciente Grau de informação: Bom.

### **Queixa principal**

Falta de ar há 1 ano, com piora há 1 mês.

### **História da doença Atual (HDA)**

O paciente refere que, há 1 ano, começou a cursar com dispneia aos grandes esforços. Tal sintoma se acentuou ao longo dos meses, passando a ocorrer aos médios esforços com dificuldades para subir as escadas de casa e, há 1 mês, ao repouso. Comenta, ainda, que não tolera o decúbito dorsal, e que “permanece na posição sentada para conseguir respirar” (sic), sentindo piora considerável da dispneia quando se deita. Associadamente, refere surgimento e piora gradativa de tosse seca há 4 meses, a qual se acentua no final da tarde e noite.

### **Interrogatório Sistemático**

**Geral:** Refere perda ponderal de aproximadamente 06 kg, associada a redução do apetite nos últimos 06 meses. Nega febre, sudorese, astenia, mal-estar ou disgeusia.

**Cabeça/pescoço:** nega cefaleia, otalgia, aftas orais ou outras queixas.

**Aparelho Respiratório:** Refere tosse seca há 04 meses, principalmente à noite e ao deitar e dispneia ao repouso. Nega rinorreia ou anosmia, sibilância e dor ventilatório-dependente.

**Aparelho Cardiovascular:** Vide HMA.

**Aparelho Gastrointestinal:** Refere distensão abdominal. Relata ritmo intestinal habitual com 01 dejeção por dia. Nega disfagia, pirose, refluxo, náuseas, vômitos, dor abdominal, mudança no ritmo intestinal ou no aspecto das fezes.

**Aparelho Geniturinário:** Nega disúria, oligúria, polaciúria, hematúria, presença de secreções, urgência miccional ou incontinência urinária.

**Aparelho Osteoarticular:** Nega artralgia, artrite, mialgia ou restrição de movimento.

**Neurológico:** Nega síncope, confusão mental, agitação psicomotora, tremores, alteração de força muscular ou convulsões.

**Extremidades:** Refere edema em MMII. Nega cianose, palidez, alterações de temperatura ou varizes.

### **História de Vida**

**Antecedentes Pessoais:** Paciente relata hipertensão (diagnosticado há mais de 10 anos) e diabetes tipo II (diagnosticado há menos de 6 meses). Relata uso de Losartana 50mg 12/12h, Anlodipino 5mg 1x/dia, Metformina XR 750mg após o almoço e após o jantar e Gliclazida 30mg antes do almoço.

**Antecedentes Familiares:** Pai falecido aos 75 anos, com “problema no coração”. Mãe, 85 anos, DM tipo II e hipertensão. Avós maternos e paternos falecidos de “causa natural”. Não possui irmãos. Possui dois filhos, ambos saudáveis.

**Hábitos de Vida:** Refere tabagismo (15 anos-maço), alcoolismo (ao menos 250ml de destilado diariamente de segunda à quinta-feira e 500-750ml de destilado diariamente de sexta-feira à domingo. Nega uso de drogas ilícitas. Não realiza atividades físicas. Mora em casa própria, de alvenaria, com saneamento básico e coleta de lixo.

## Exame Físico

**Exame Geral:** Regular estado geral, lúcido e orientado em tempo e espaço, emagrecido, dispneico, anictérico, acianótico, afebril, mucosas hipocrômicas (+/4+) e taquipneia.

**Dados Vitais:** FC = 101 bpm; FR = 24 ipm; PA = 135 x 90 mmHg; SatO<sub>2</sub>: 96%; Temperatura = 36,7 °C.

**Dados Antropométricos:** Altura = 182 cm; Peso = 63 Kg; IMC = 19,01 kg/m<sup>2</sup>

**Pele e Mucosas:** Palidez + / 4.

**Aparelho Respiratório:** Tórax de formato normal, simétrico, ausência de nodulações, cicatrizes, abaulamentos ou retrações, dispneico, sem uso de musculatura acessória. Expansibilidade preservada, frêmito tóracovocal presente e simétrico, som claro pulmonar à percussão de ambos os hemitóraxes. Murmúrio vesicular diminuído em base de hemitórax direito, com estertores crepitantes bi basais, mais pronunciados à direita.

**Extremidades:** Extremidades bem perfundidas e aquecidas, pulsos pediosos e radiais presentes e simétricos, presença de edema bilateral (++/4), com cacifo.

**Neurológico:** Vigil, lúcido e orientado, força muscular, reflexos e sensibilidade preservados. Equilíbrio e coordenação preservados. Marcha atípica. Sem alterações em pares cranianos e sem sinais de irritação meníngea.

**Demais sistemas sem alterações.**

### Suspeitas diagnósticas

- Insuficiência Cardíaca
- Insuficiência Hepática
- Síndrome Nefrótica

### Exames complementares

**RX Tórax:** Cardiomegalia e congestão pulmonar com discreto derrame pleural bilateral, mais acentuado à direita.

**Eletrocardiograma (ECG):** Sobrecarga de VE e AE.

**Ressonância Magnética Cardíaca:** FE do VE 12,4%; FE do VD 14,8%. Dilatação importante de VE, AE e AD e moderada de VD. Hipocinesia em segmentos apical, médio e basal. Refluxo moderado em mitral e tricúspide. Realce tardio mesocárdico em segmentos antero-infero-septais de ápice, porção média e porção basal.

**Ecocardiograma:** Fração de ejeção muito reduzida (19% – Simpson). Aumento biaxial importante e hipertrofia excêntrica de VE com hipocinesia difusa de VE e VD. Insuficiência moderada de valva mitral e tricúspide. PSAP 63mmHg.

**Marcadores de Necrose Miocárdica:** Normais.

**Coagulograma:** Normal.

**Hemograma:** Sem alterações.

**Proteínas Totais e Frações:** Normal.

**Hepatograma:** GGT elevado (295). TGO, TGP, FA, Bilirrubinas normais.

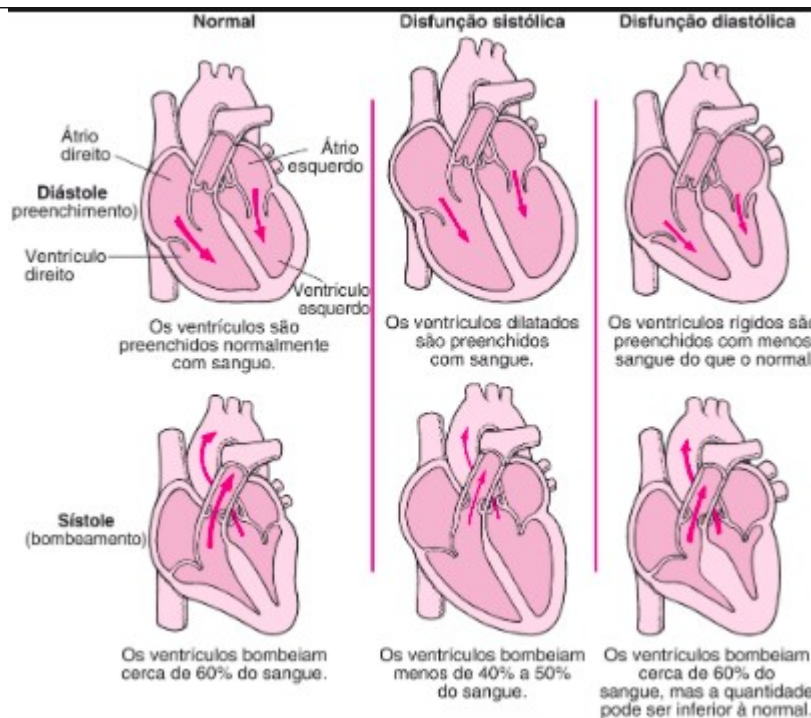
**Eletrólitos:** Potássio de 5,8. Restante sem alterações.

**Perfil Glicídico:** Glicemia em Jejum de 105; HbA1c 6,6.

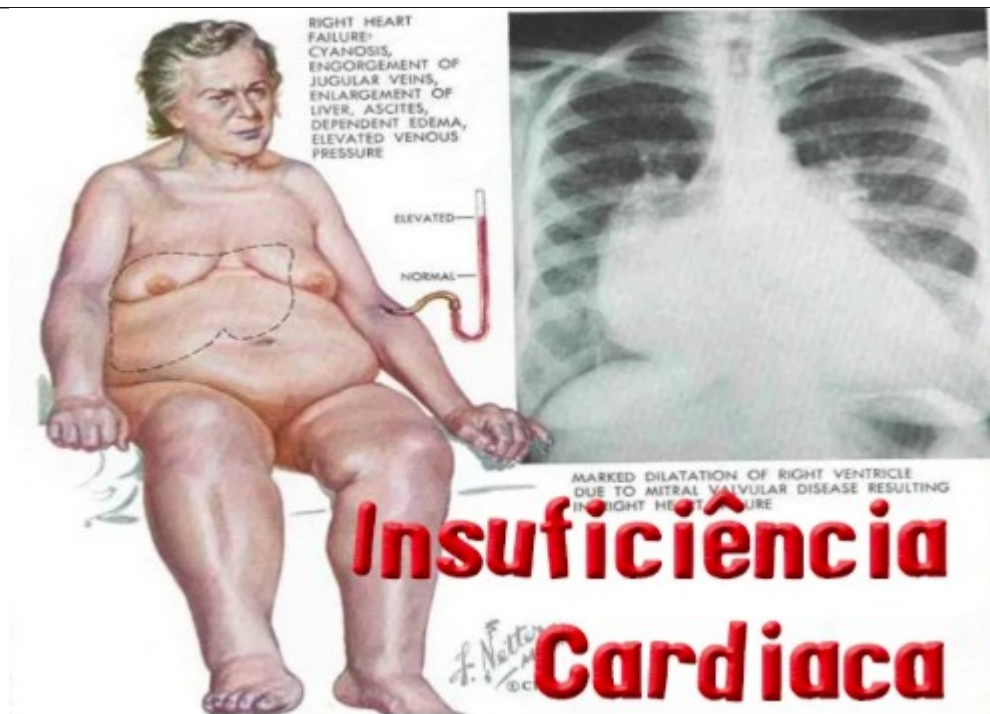
**Sumário de Urina:** Proteinúria (+/4).

**Função Renal:** Sem alterações.

**Sorologia para Anti-HBs, Ag-HBs, Anti-HCV e Chagas:** Não reagentes.



Insuficiência Cardíaca Lado Esquerdo	Insuficiência Cardíaca Lado Direito
<p>Dispneia noturna paroxística</p> <p>Pressão capilar pulmonar em cunha elevada</p> <p>Cianose</p> <p>Fadiga</p> <p>Dispneia por esforço</p> <p>Taquicardia</p>	<p>Fadiga</p> <p>Pressão venosa periférica</p> <p>Ascite</p> <p>Fígado e baço aumentados</p> <p>Edema</p>
<p>Inquietação</p> <p>Confusão</p> <p>Ortopneia</p> <p>Congestão Pulmonar</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- tosse</li> <li>- crepitação</li> <li>- saliva com sangue</li> <li>- taquipneia</li> </ul>	<p>Pode ser secundário a problemas pulmonares crônicos</p> <p>Veias jugulares distendidas</p> <p>Anorexia &amp; queixas de problemas gastrointestinais</p> <p>Ganho de peso</p>



ATIVIDADE PROPOSTA:

**1) Como é feito o diagnóstico de insuficiência cardíaca?**

R: O diagnóstico de insuficiência é feito com base na história clínica, exame físico e exames complementares. Os exames complementares incluem eletrocardiograma, ecocardiograma, radiografia de tórax, marcadores de necrose miocárdica.

**2) Quais as classificações da Insuficiência cardíaca?**

R: Insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada ou com fração de ejeção reduzida;  
Insuficiência cardíaca aguda ou crônica;  
Insuficiência cardíaca sistólica ou diastólica.

**3) Explique o que significa cada resultado que se apresenta alterado nos exames realizados pelo paciente.**

R: RX de tórax: Cardiomegalia e congestão pulmonar com discreto derrame pleural bilateral, mais acentuado á direita.

Eletrocardiograma: Sobrecarga de ventrículo esquerdo e átrio esquerdo.

Ressonância magnética cardíaca: fração de ejeção muito reduzida,

dilatação importante dos ventrículos e átrios, hipocinesia ventricular, refluxo moderado em valvas mitral e tricúspide, realce tardio mesocárdio em segmentos antero-infero-septais.

Ecocardiograma: fração de ejeção muito reduzida, dilatação importante dos átrios e ventrículos, hipocinesia difusa dos ventrículos, insuficiência moderada de valva mitral e tricúspide, pressão sistólica da artéria pulmonar elevada.

**4) Com relação ao exame físico do paciente, liste as principais ALTERAÇÕES encontradas em cada sistema.**

R: Aparelho respiratório: taquipneia, dispneia aos esforços, diminuição dos murmúrios vesiculares e estertores crepitantes bilaterais.

Extremidades: edema bilateral.

Neurológico: marcha atípica.

**5) Explique de forma sucinta a fisiopatologia e quais exames podem ser solicitados nas doenças a seguir:**

**a) Insuficiência Cardíaca**

O coração é incapaz de bombear sangue de forma eficiente para atender às necessidades do corpo. Exames como ecocardiograma, RX de tórax, ressonância magnética cardíaca, marcadores de necrose miocárdica e exames laboratoriais podem ser solicitados para diagnósticos e avaliação.

**b) Insuficiência Hepática**

É a perda progressiva de função hepática. Exames como hepatograma, bilirrubinas, albumina, tempo de protrombina, ultrassonografias abdominais, entre outros, podem ser solicitados para diagnósticos e avaliação.

**c) Síndrome Nefrótica**

Caracterizada por proteinúria, edema, hipoalbuminemia e hiperlipidemia. Exames como sumário de urina, perfil bioquímico renal, eletrólitos, proteinúria quantitativa, entre outros podem ser solicitados para diagnóstico e avaliação.

**6) Descreva como o Fisioterapeuta atua no atendimento ao paciente com Insuficiência cardíaca. Elabore objetos e condutas para o tratamento.**

R: Monitoramento e controle da dispneia e da fadiga durante as atividades;

- Prescrição de exercícios físicos adequados, como treinamento aeróbico e de força;
- Educação do paciente sobre a doença, sintomas e sinais de alerta;
- Orientação sobre modificações no estilo de vida, como dieta, cessação do tabagismo e redução do consumo de álcool;
- Tratamento do edema por meio de técnicas de drenagem linfática manual e elevação dos membros inferiores;
- Encaminhamento para outros profissionais de saúde quando necessário, como nutricionista, psicólogo, entre outros.