



UMA ABORDAGEM SOBRE AS CAUSAS DE DESCOMPENSAÇÃO EM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CRÔNICA: RELATO DE CASO

Lara Aves Paiva¹, Rafaela Alves Teixeira², Bianca Tavares Emerich³, Lucas Machado Hott⁴, Vinícius Pedro Almeida Valentim⁵

¹Lara Alves Paiva, Acadêmico de Medicina, 8º período, Centro Universitário UNIFACIG, lara_paiva@hotmail.com

²Rafaela Alves Teixeira, Acadêmico de Medicina, 8º período, Centro Universitário UNIFACIG, rafinhamed.at@outlook.com

³Bianca Tavares Emerich, Acadêmico de Medicina, 8º período, Centro Universitário UNIFACIG, biasfls@gmail.com

⁴Lucas Machado Hott, Acadêmico de Medicina, 8º período, Centro Universitário UNIFACIG, lucas_hott@hotmail.com

⁵Vinícius Pedro Almeida Valentim, Médico Cardiologista, Hospital César Leite, valentim.vpa@gmail.com

Resumo: A insuficiência cardíaca descompensada (ICD) é uma síndrome caracterizada por uma disfunção cardíaca, que dificulta o transporte sanguíneo para o sistema corporal e impossibilita a ejeção sanguínea adequada, o que prejudica o metabolismo corporal. É responsável por reduzir a expectativa e a qualidade de vida dos pacientes, além de aumentar os gastos com a saúde pública. Dessa forma, é de grande importância a identificação da causa de descompensação da insuficiência cardíaca, dentre as mais frequentes temos: isquemia miocárdica, não adesão ao tratamento, excessos emocionais e físicos, infecções, retenção de sódio, dentre outras. Este trabalho apresenta um relato de caso de um paciente com insuficiência cardíaca descompensada sem causa base identificada e uma abordagem sobre as causas mais comumente encontradas.

Palavras-chave: Insuficiência cardíaca; Crônica; Descompensada; Causas

Área do Conhecimento: Ciências da Saúde.

1 INTRODUÇÃO

A insuficiência cardíaca descompensada (ICD) é uma síndrome caracterizada por uma disfunção cardíaca, que dificulta o transporte sanguíneo para o sistema corporal, causando prejuízo no metabolismo dos tecidos. Nesta, o coração é impossibilitado de executar a ejeção adequada do sangue, bem como manter a pressão corpórea ideal, devido a modificações da estrutura cardíaca (CASTRO, 2010; MANGINI, 2013; BOCCHI, 2012).

É uma patologia que afeta mais de 23 milhões de indivíduos no mundo e apresenta sobrevida após 5 anos de somente 35% (BOCCHI, 2012). Calcula-se ainda que são identificados 2 milhões de novos casos por ano (NOGUEIRA, 2010).

Esta síndrome é responsável por reduzir a expectativa e a qualidade de vida dos pacientes, além de aumentar o número de internações e de gastos públicos com a saúde (ALITI, 2011). Sendo que a descompensação utiliza cerca de 60% de todo o gasto com a insuficiência cardíaca, e aproximadamente 10% dos internados evoluem para óbito (MANGINI, 2013).

A ICD pode ser aguda ou ser desencadeada a partir da IC crônica. A descompensação nos quadros crônicos pode ser causada por uma isquemia miocárdica, não adesão ao tratamento, excessos emocionais e físicos, infecções, retenção de sódio, dentre outras (MANGINI, 2013).

Os sinais e sintomas de congestão são os mais comumente visualizados, presentes em cerca de 80,7% dos pacientes com ICD (ALITI, 2011). Sendo eles: dispneia, ortopneia, fadiga, pressão venosa jugular alta, refluxo hepatojugular, terceira bulha cardíaca, ictus cordis desviado para esquerda (BOCCHI, 2012).

O presente trabalho tem por finalidade descrever um caso de insuficiência cardíaca descompensada, dando ênfase nas principais causas de descompensação e ressaltando a importância da prevenção para alcançar uma maior expectativa de vida.

2 RELATO DE CASO

Paciente D.L.F., sexo masculino, 59 anos, residente da zona rural de Santana de Manhuaçu, tabagista há 20 anos, etilista, sedentário, com história patológica pregressa de infarto agudo do miocárdio (IAM) há 3 anos, dislipidemia, insuficiência cardíaca congestiva e hipertensão arterial sistêmica (HAS).

Procurou pronto atendimento da sua cidade no dia 22 de outubro de 2018 com queixa de cansaço, desconforto intestinal, dispneia progressiva há 30 dias, com piora nas últimas 24 horas, edema importante em ambos os membros inferiores e dispneia paroxística noturna. Ao exame inicial apresentava ACV: ritmo cardíaco regular; bulhas normofonéticas em 2T sem sopros; frequência cardíaca de 51bpm; ictus cordis palpável a 4 EIC com linha axilar média delimitado a 3 polpas digitais; pulsos arteriais carotídeos e radial palpáveis cheios e simétricos, poplíteo, pedioso e tibial posterior não palpáveis, PA de 92 x 58 mmHg. AR: murmúrio vesicular fisiológico, com crepitações bi basais; frequência respiratória de 23 incursões por minuto; Membros inferiores apresentavam sinal de cacifo (+++/+++) Abdome: flácido, ruídos hidroaéreos presentes; dor à palpação superficial em hipocôndrio direito, presença de hepatomegalia. Mediante aos achados, teve hipótese diagnóstica de descompensação do quadro de insuficiência cardíaca, sendo solicitado exames e transferido para ser internado no Hospital César Leite.

Nos exames laboratoriais solicitados foram encontrados os seguintes resultados: sódio: 133,6 mEq/l; albumina: 2,97g%; hemoglobina: 10,70g/dl; hematócrito: 35,70%; CHCM: 30,0%; RDW: 18,5%; plaquetas: 109.000 /mm³.

O eletrocardiograma apresentou FC: 72 bpm, sem alterações isquêmicas recentes.

Na radiografia de tórax observa-se aumento da área cardíaca e área de congestão pulmonar em 1/3 inferior do hemitórax direito (Imagem 1).



Imagem 1: Raio X de tórax em AP

Paciente permaneceu internado em uso de dobutamina (1amp + SF 0,9% 250 MI EV BIC 15MI/h); omeprazol (20mg VO, às 6:30); espironolactona (25mg VO, às 8h); liquemine (0,25mL subcutânea, 12/12h); O₂ (CN 3L/min, uso contínuo); dipirona (500mg/mL 1amp+ 10mL AD- EV, 6/6h, se dor/febre); plasil (5mg/MI 1amp+10mL AD- EV, 8/8h, se náusea/vômito); clexane (60mg subcutâneo, 12/12h); caverdilol (250mg VOI, 12/12h) e furosemida (40 mg VO, às 10h).

Até o momento paciente continua internado.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Algumas das possíveis causas de descompensação da insuficiência cardíaca são: IAM; não adesão ao tratamento; arritmias; infecções sistêmicas; retenção de sódio; excessos físicos e emocionais (VILAS-BOAS, 2006). Todavia, pesquisas apontam que em cerca de 30% dos casos não é possível constatar o que levou a descompensação (BOCCHI et al., 2012). Semelhante a isto, o paciente relatado não teve sua causa base da descompensação identificada.

A descompensação da IC pode ter como agente causador o infarto agudo do miocárdio, devido à baixa funcionalidade já existente do coração (MONTERA et al., 2009). Com isso, há maior chance do surgimento de desequilíbrio em relação à oferta e demanda de oxigênio e consequentemente isquemia, lesão e necrose de células miocárdicas (MONTERA et al., 2009).

A adesão inadequada ao tratamento é identificada como uma das grandes causas de descompensação, sendo identificado em torno de 15% a 64% das readmissões hospitalares devido a essa patologia (RABELO, 2006). Entre as justificativas que interferem na adesão à terapia, se

encontra a modificação do número de fármacos e da dose prescrita, quando maior a mudança, maior a probabilidade do paciente interromper a administração (RABELO,2006). Além disso, a absorção do medicamento pelo organismo pode influenciar em sua efetividade, isso acontece devido a repercussão da síndrome em questão em outros sistemas corporais, como o gastrointestinal, por exemplo (ROMEIRO et al.,2012). As anormalidades que envolvem este sistema interferem na permeabilidade, tendo como consequência uma piora da absorção nutricional e redução inapropriada da terapia, por baixa absorvência medicamentosa, o que favorece a descompensação da IC, devido ao descontrole da patologia relacionado à pouca influência medicamentosa sobre ela (ROMEIRO et al.,2012).

Já em relação aos excessos emocionais, é frequente encontrar quadros de depressão em pacientes com insuficiência cardíaca que se encontram sob internação, apresentando um diagnóstico complicado, pois seus sintomas se assemelham aos sintomas da patologia de base (BOCCHI, 2012). A depressão pode levar a uma descompensação na insuficiência cardíaca, visto que eleva o risco da não adesão ao tratamento, favorecendo o aumento da morbidade e mortalidade da doença (BOCCHI, 2012).

O aparecimento de estresse agudo, a exemplo o excesso de exercício físico, aumenta a demanda por oxigênio, ampliando o trabalho do ventrículo direito que recebe o sangue proveniente dos sistemas, dessa forma há uma sobrecarga do lado esquerdo, aumentando assim o débito cardíaco (MONTERA, 2009). Com isso, o ventrículo esquerdo, que está com a diástole prejudicada, pode não acomodar bem o retorno venoso do átrio esquerdo, acarretando em congestão pulmonar e ativação neuro-humoral (MONTERA, 2009).

A arritmia pode causar descompensação da IC, principalmente em relação a fibrilação atrial, o que diminui a capacidade de contração do coração, diminuindo também o débito cardíaco e como consequência ocorre a incapacidade de relaxamento do músculo cardíaco e agravamento da IC (MONTERA et al.,2009). Sabe-se que as arritmias são grandes causadoras de paradas cardíacas e morte súbita, essas arritmias associadas a IC causam descompensação e aumenta a recorrência dos quadros descompensados e óbitos (FERREIRA, 2015). Em indivíduos com IC os principais aspectos a serem observados na fibrilação atrial são: controle da frequência, correção do ritmo e prevenção de tromboembolismo (BACCHI, 2009).

De acordo com Mesquita, 2018, as infecções são importantes causadores de descompensação da IC, pois aumentam a dificuldade de manter os níveis pressóricos normais da funcionalidade cardíaca, afetando todo os sistemas (MESQUITA, 2018). Pacientes com IC descompensada tem maior taxa de mortalidade após episódio de infecção sistêmica no primeiro ano, em detrimento daqueles que não apresentaram este quadro, além disso, a infecção mais comum em pacientes com o quadro de insuficiência cardíaca que levam a sua descompensação é a pulmonar, seguida do trato urinário (MESQUITA, 2018). Por isso elas devem ser reconhecidas e tratadas rapidamente para que não cause descompensação e também não evolua para sepse e/ou choque séptico (MESQUITA, 2018).

A retenção de sódio ocorre devido à elevada taxa de ativação neuro-humoral, que ocorre após a redução do débito cardíaco, isso favorece a reabsorção de sódio e água no sistema renal, que leva ao aumento da volume e do retorno sanguíneo para o coração, isso faz com que a pressão de enchimento do ventrículo esquerdo se eleve, assim como a pressão diastólica e diminua a perfusão das coronárias, que associados agravam a regurgitação mitral; o sódio retido também aumenta a resistência do pulmão, o que sobrecarrega o ventrículo direito e agrava a regurgitação tricúspide (BOCCHI, 2012). Todos os fatores citados anteriormente favorecem a elevação da pressão de enchimento atrial e do ventrículo direito, levando a sinais clássicos de congestão sistêmica (BOCCHI, 2012).

Pacientes com ICD podem ser tratados tanto em hospitais (internação) como em pronto-socorro, a escolha dependerá dos critérios de internação apresentados na tabela 1.

O diagnóstico é realizado principalmente por meio da anamnese e exame físico, contudo o eletrocardiograma, o ecocardiograma, os exames laboratoriais, os biomarcadores, a radiografia e o uso do cateter de artéria pulmonar são importantes para comprovar e avaliar a etiologia da descompensação, associação com outras patologias e o grau do risco apresentado pelo paciente (MANGINI, 2013).

No caso estudado, D.L.F. foi internado, pois apresentava grande distensão hepática, grande edemaciação em membros inferiores, dispneia paroxística noturna e dispneia em repouso.

Tabela 1 - Critérios de internação de IC descompensada

1. Critérios para internação imediata

Edema pulmonar ou desconforto respiratório na posição sentada
Saturação de oxigenação arterial <90%
Frequência cardíaca > 120 bpm na ausência de fibrilação atrial crônica
Pressão arterial sistólica < 80 mmHg
Alteração mental devido a hipoperfusão
Descompensação na presença de síndromes coronarianas agudas
ICD aguda

2. Critérios para internação de emergência

Grave distensão hepática, ascite de grande volume ou anasarca
Descompensação aguda de outras doenças de outras doenças (pulmonar ou renal)
Aparecimento rápido e progressivo de sintomas de IC

3. Opcional- considerar a possibilidade de internação mediante

Rápida redução de sódio sérico para níveis abaixo de 130 mEq/dl
Rápido aumento da creatinina, acima de 2,5mg/dl
Sintomas persistentes em repouso, a despeito de tratamento oral otimizado
Comorbidades com comprometimento esperado de IC

Fonte: VILAS-BOAS ET AL.

4 CONCLUSÃO

Posto que diversos são os fatores desencadeantes de descompensação da insuficiência cardíaca e que esta possui elevada incidência, faz-se de suma importância o reconhecimento deles por parte dos profissionais de saúde. Dessa forma, estes poderão ser evitados e os pacientes se beneficiados pela não ocorrência dos eventos de descompensação e consequente melhoria da qualidade de vida.

5 REFERÊNCIAS

CASTRO, Raquel Azevedo de. **Adesão ao tratamento de pacientes com insuficiência cardíaca em um hospital universitário**. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472010000200004>. Acesso em: 28 set. 2018.

MANGINI, Sandrigo. **Insuficiência cardíaca descompensada**. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082013000300022>. Acesso em: 28 set. 2018.

BOCCHI, E.A. **DIRETRIZES Atualização da diretriz brasileira de insuficiência cardíaca crônica - 2012**. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2012000700001>. Acesso em: 28 set. 2018.

NOGUEIRA, Patrícia Resende. **Perfil epidemiológico, clínico e terapêutico da insuficiência cardíaca em hospital terciário**. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2010001300016&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 28 set. 2018.

ALITI, Graziella Badin. **Sinais e sintomas de pacientes com insuficiência cardíaca descompensada: inferência dos diagnósticos de enfermagem prioritários**. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000300022>. Acesso em: 28 set. 2018.

VILAS-BOAS, Fábio. **Tratamento atual da insuficiência cardíaca descompensada**. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2006001600022>. Acesso em: 28 set. 2018.

MONTERA, M. W. **II Diretriz brasileira de insuficiência cardíaca aguda**. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2009001900001>. Acesso em: 30 set. 2018.

RABELO, Eneida R.. **Manejo não-farmacológico de pacientes hospitalizados com insuficiência cardíaca em hospital universitário**. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2006001600019&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 28 set. 2018.

ROMEIRO, Fernando G.. **ARTIGO DE REVISÃO Alterações gastrointestinais associadas a insuficiência cardíaca**. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2012000300011>. Acesso em: 30 set. 2018.

MESQUITA, Evandro Tinoco. **Infecções na insuficiência cardíaca- seu impacto na mortalidade**. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2018000400371&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 28 set. 2018.