



Sessão Clínica

Paciente com dispneia

Residência de Clínica Médica
Internato de Medicina–Escola Bahiana de
Medicina
Prof Rogério Palmeira
Médico Residente Felipe Kalil
Interna Karla Baleeiro (2015)

Caso Clínico

■ HMA: Paciente, 80 anos, sexo masculino, foi admitido na Enfermaria dessa unidade no dia 21/07/15, com história de:

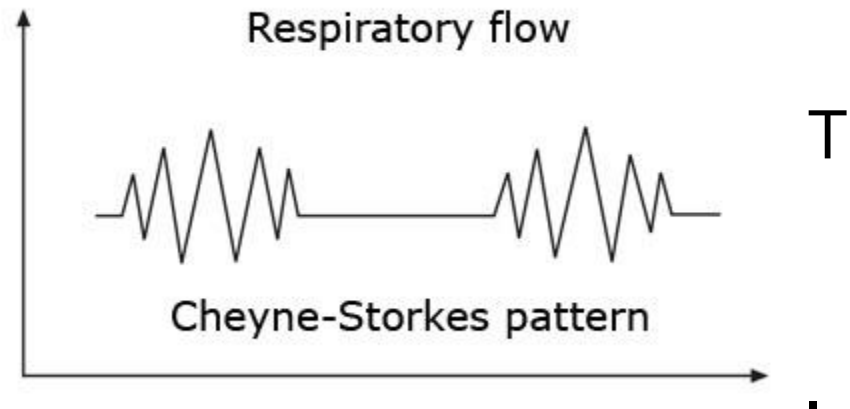
- Piora da dispneia em repouso, apresentando Ortopneia e DPN, além de edema em MMII, e face, há 8 dias da admissão, com piora nas últimas 24h.
- Urina de coloração escura e com odor forte no mesmo período.

■ Antecedentes Patológicos:

- HAS;
- Sequela de AVCi há 15 anos (hemiplegia a direita e afasia).

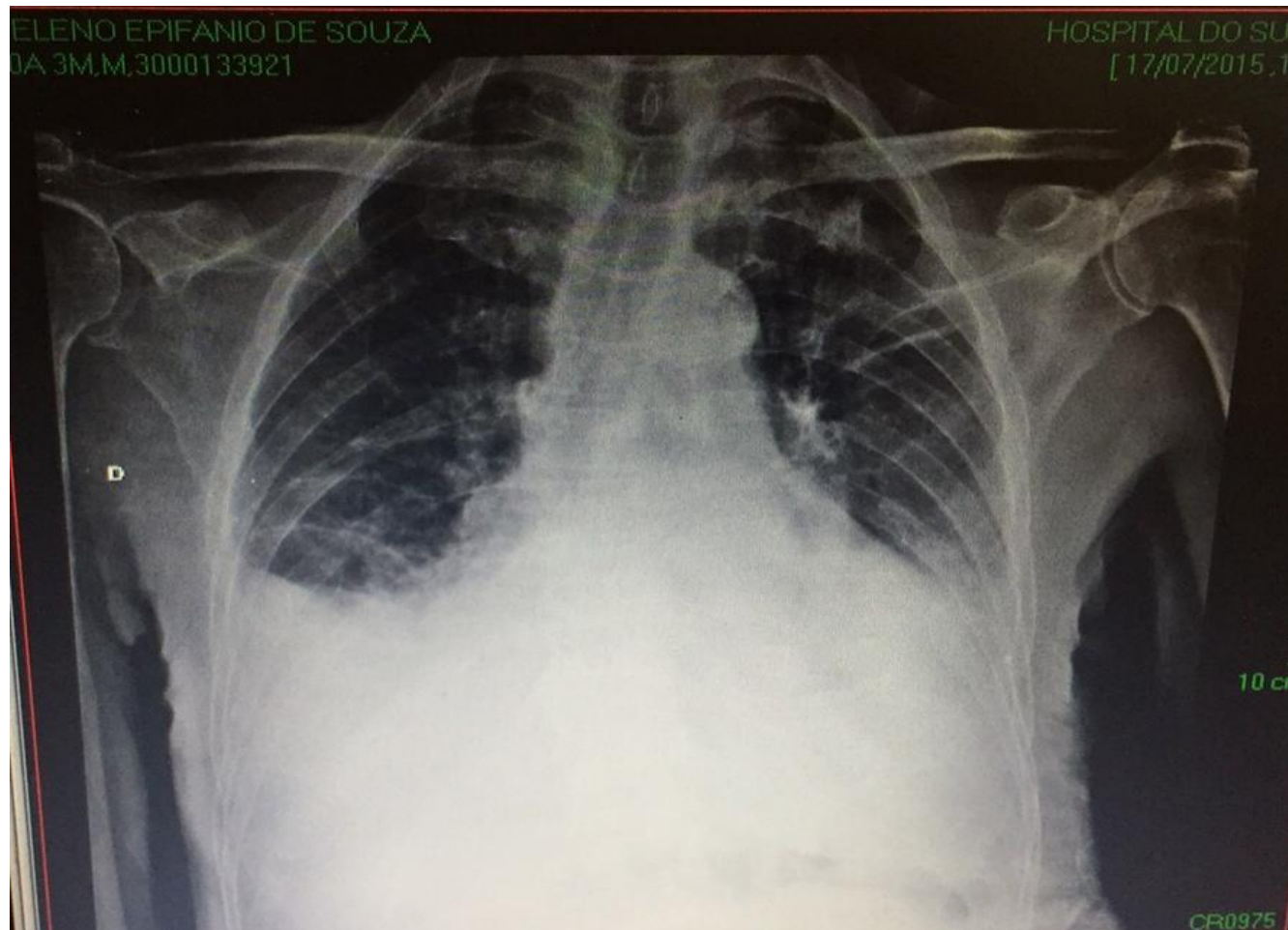
Exame Físico da Admissão:

- REG, acianótico, anictérico, corado, apresentando padrão respiratório de Cheyne – Stokes
 - AR: MVBD, com crep
 - ACV: Bulhas arrítmicas sem sopros.
 - AGI: RH +, Flácido, in
 - Extremidades: Edema
 - Neurológico: vigil, contactante, obedece a comandos, fraqueza muscular generalizada, restrito ao leito, afásico.



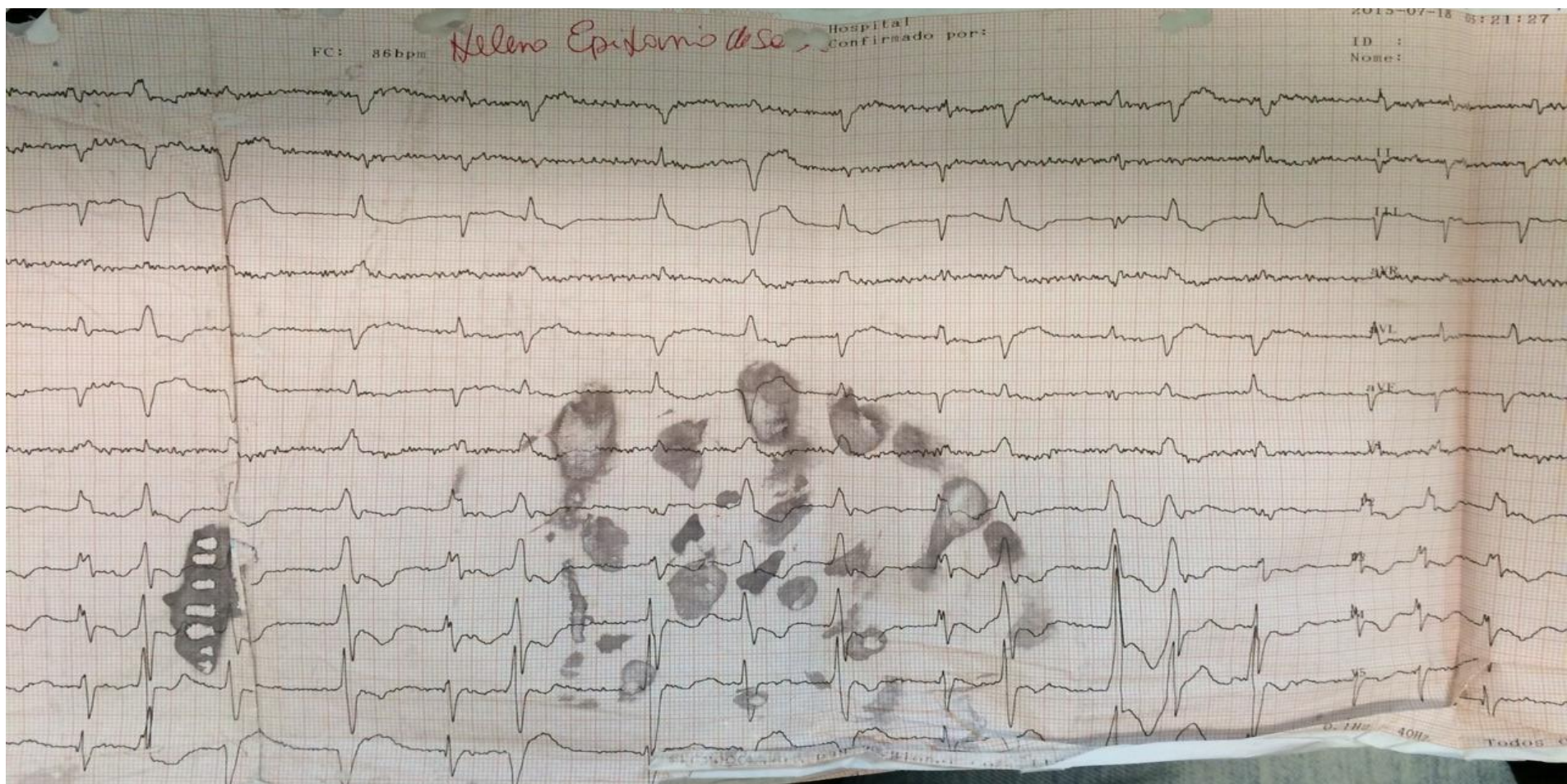
Exames:

- Rx de Tórax (17/07):



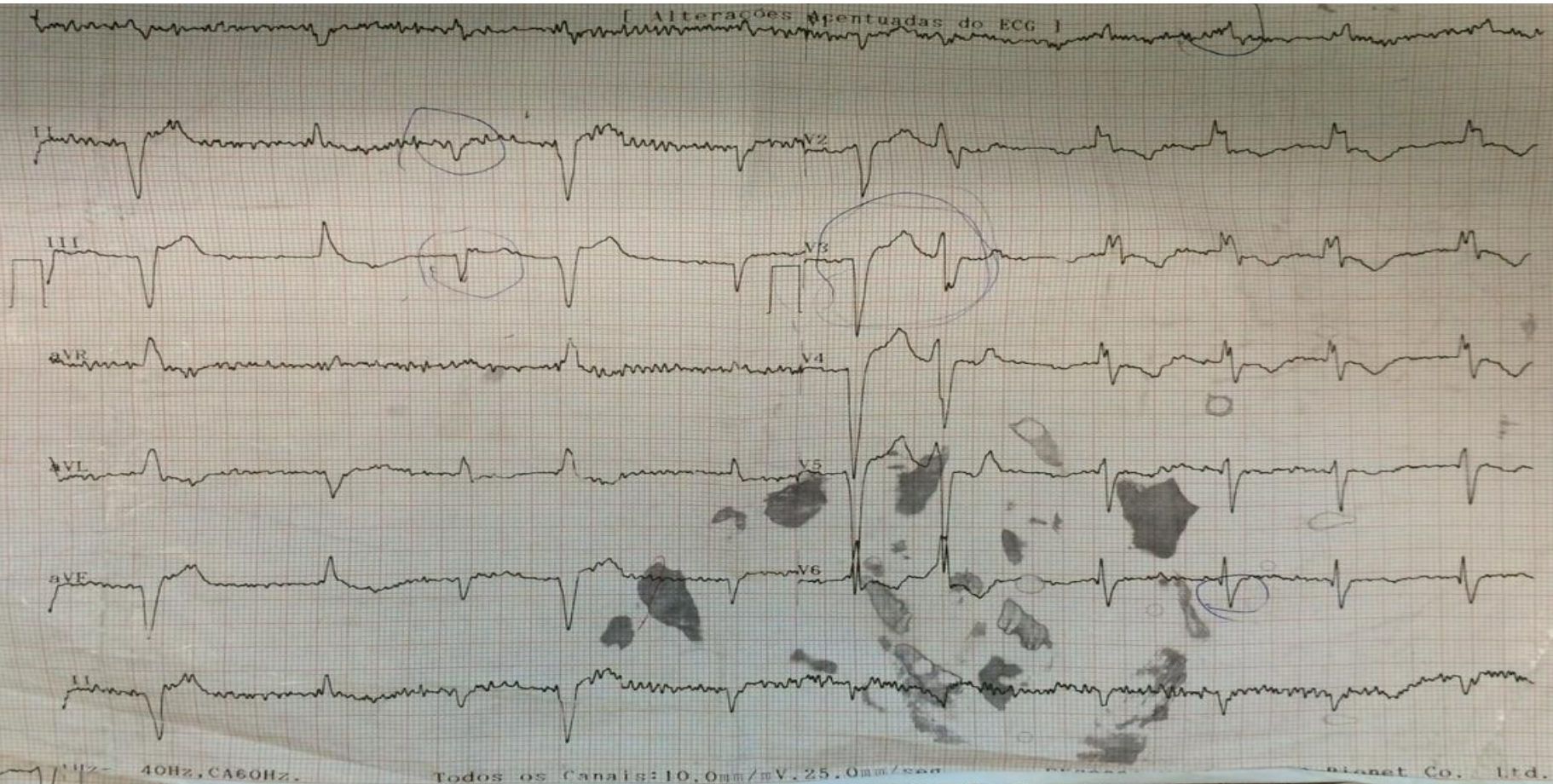
Exames:

- ECG



Exames:

- ECG:



Exames:

- Ecocardiograma (20/07):
 - Hipocinesias de câmaras cardíacas; aumento moderado de átrio esquerdo; insuficiência mitral leve; insuficiência tricúspide moderada; aumento importante do VD e AD; diminuição da função do VD; Fe de 29% (VR: > 52%). PSAP 41mmHg (VR: 15 – 25)

Evolução Médica:

- Durante o internamento o paciente iniciou tratamento:
 - Com ceftriaxone (D7) para ITU;
 - E otimizou as medidas terapêuticas para ICC;
 - Carvedilol;
 - Nitrato + hidralazina
 - Espironolactona
 - Ieca
 - Furosemida.
 - E tratamento para FA com Warfarina e Enoxaparina.

Lista de Problemas:

1. ICC de baixo débito descompensada (Estagio C / NYHA 4)
 1. Sec a Doença de Chagas
2. Fibrilacao atrial sec ao P1
3. HAS
4. Hipertensão Pulmonar
5. ITU
6. Passado de AVCi sec P2 ?



Intercorrencias Médicas

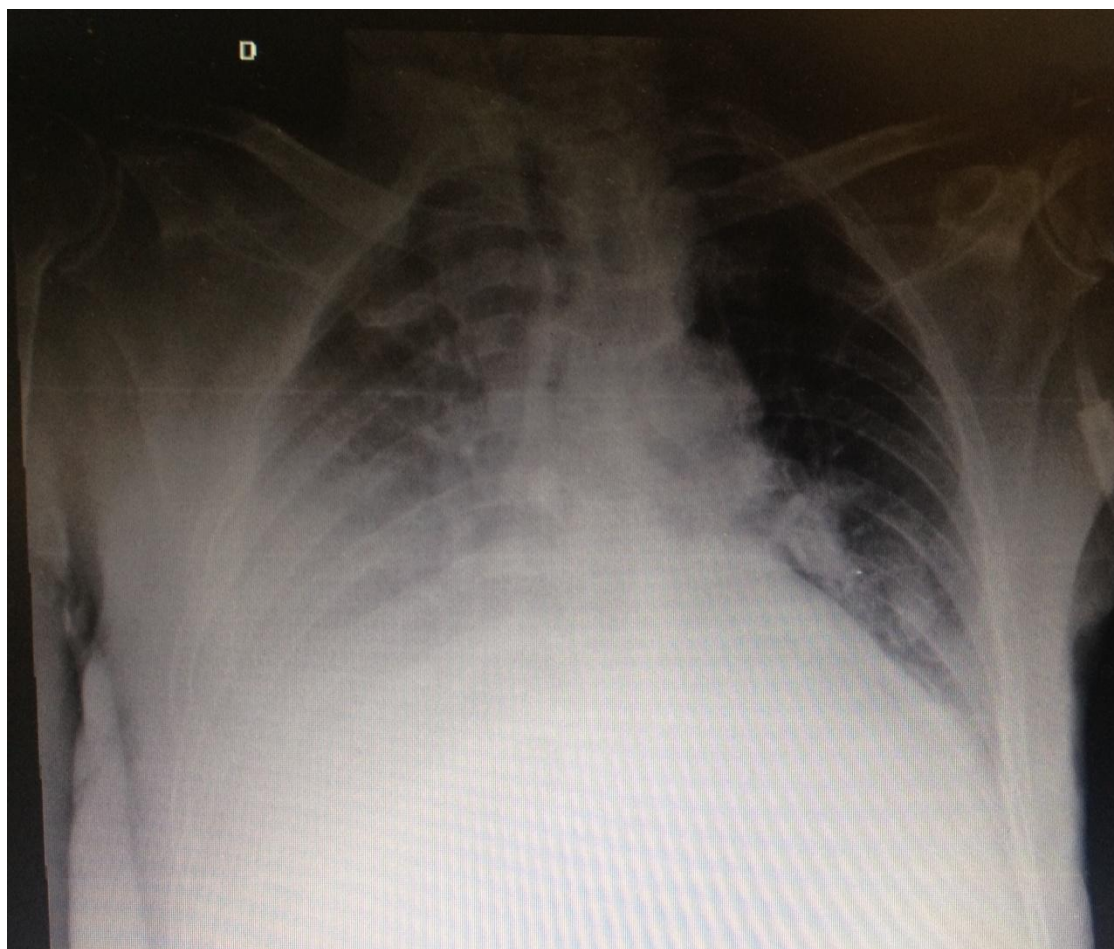
- No dia 27/07 paciente evoluiu com tosse seca e crepitos em base bilateralmente, com queda da saturação. Foi constatado infiltrado alveolar em base de HTD ao RX, sendo iniciado tratamento com Tazocin e NBZ com Berotec e Atrovent e Mascara de Venturi a 50%.
- No dia 27/07 o paciente cursou com Bradicardia e Hipotensão, sendo constatado BAV de 2 grau Mobtitz 1, foi realizado tratamento com atropina e furosemida e suspensão do Carvedilol, espironolactona, IECA e hidralazina + nitrato, com reversão do BAV, mas paciente manteve a bradicardia e hipotensão. No mesmo dia apresentou sangramento via retal, sendo suspenso a warfarina e enoxaparina e introduzido a vitamina K. Desde então paciente cursou com piora aguda da função renal, oliguria (urina concentrada e com grumos) e hipercalemia, foi iniciado hidratação e tratamento para hipercalemia com Sorcal e solução polarizante.

Exame Físico:

- REG, acianótico, anictérico, corado, taquipneico.
 - AR: MVBD, com presença de crepitos e em HTD, principalmente em base, além de creptos em base de HTE.
 - ACV: Bulhas arrítmicas, hipofonéticas, em 2T sem sopros.
 - AGI: RH +, Flácido, indolor, edema em parede.
 - Extremidades: Edema em MMSS (3+/4+), presença de hematoma em mão e braço esquerdo.
 - Neurológico: vigil, pouco contactante, obedece a comandos, fraqueza muscular generalizada, restrito ao leito, afásico.

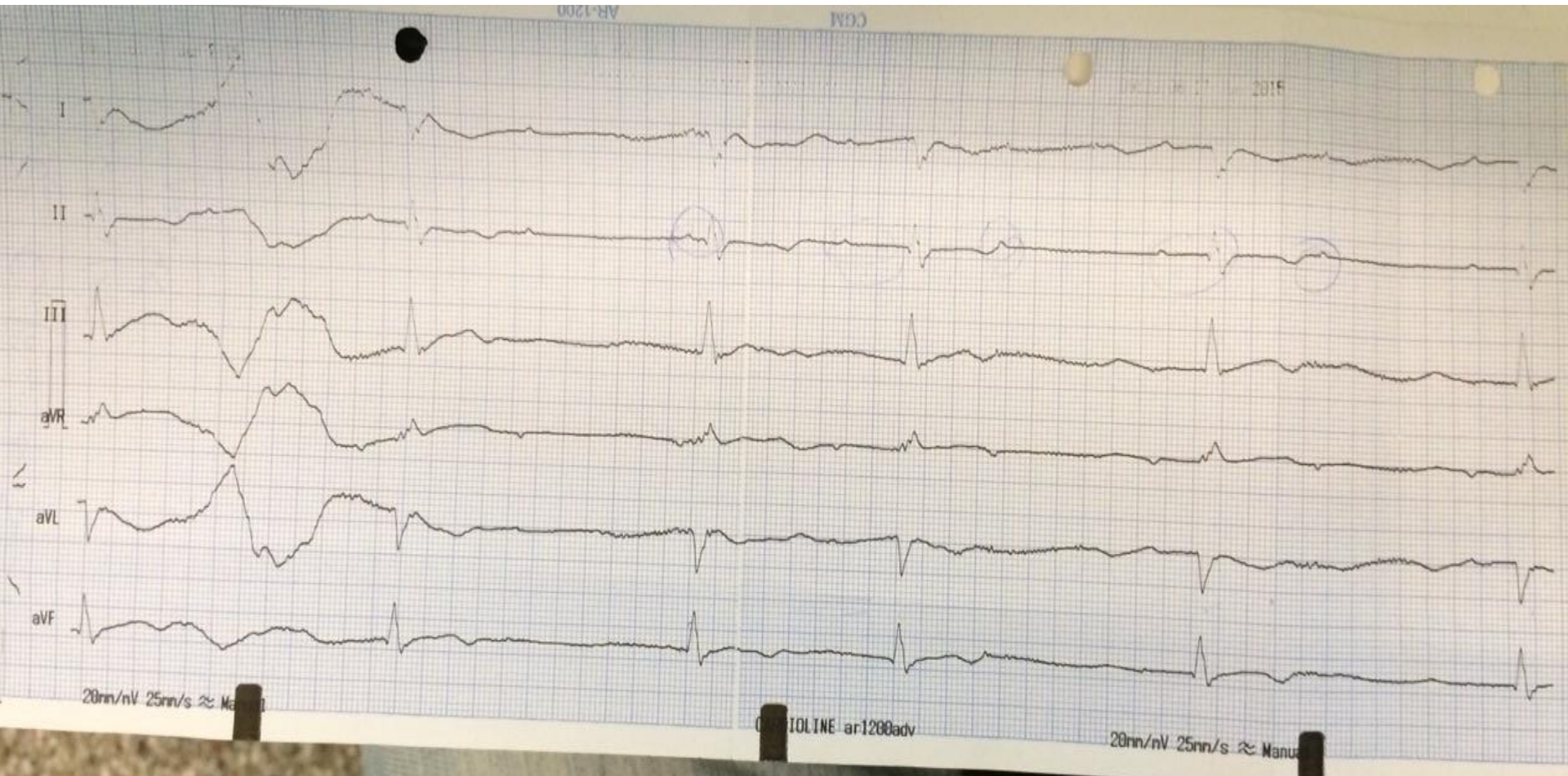
Exames:

- Rx de tórax: (27/07)



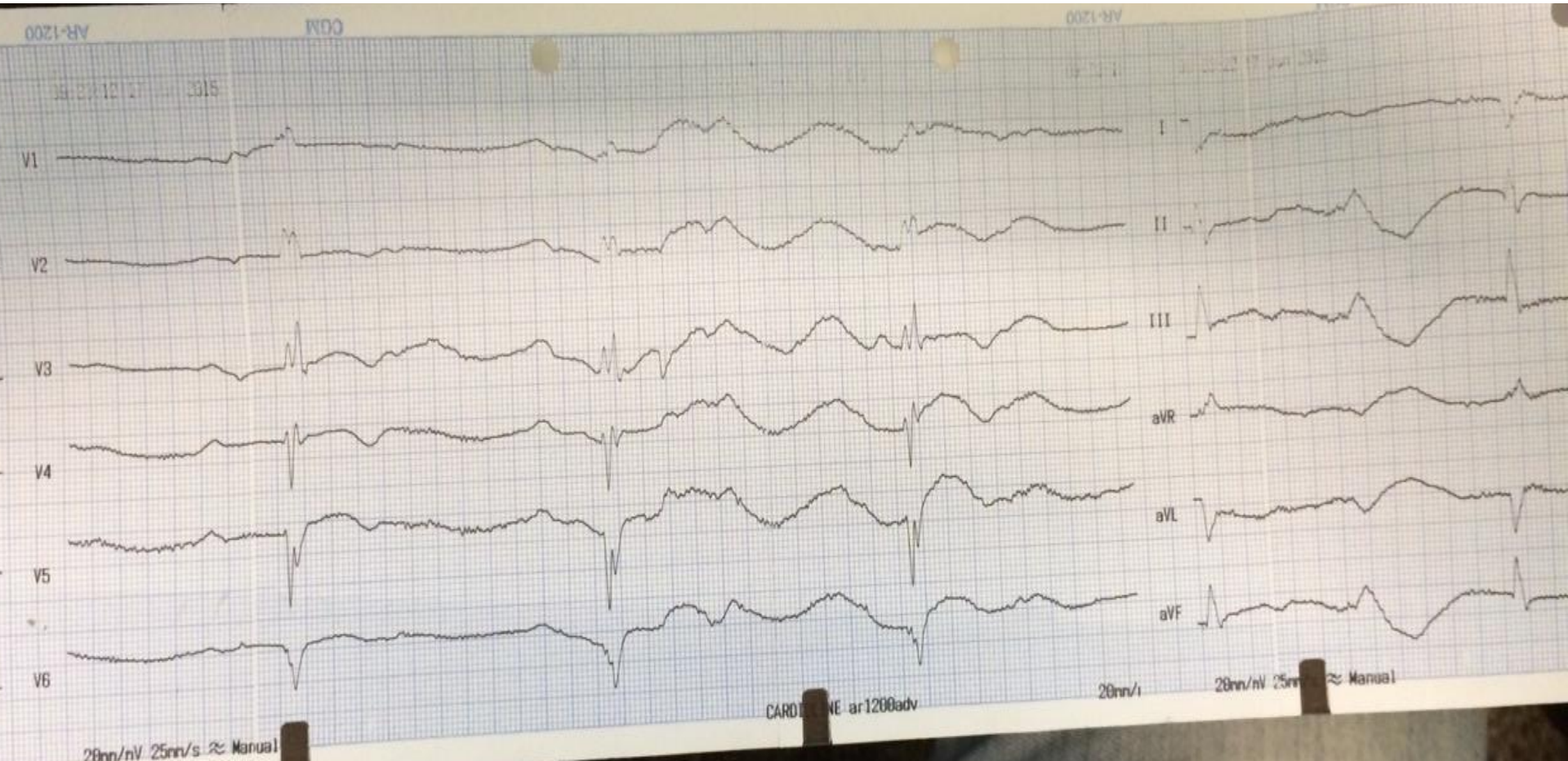
Exames:

- ECG (28/07):



Exames:

- ECG (28/07):





Nova Lista de Problemas:

1. ICC de baixo débito descompensada (Estágio D / NYHA 4)
 1. Sec a Doença de Chagas
2. IRA pre-renal sec a P1
3. Hipercalemia sec a P2
4. ITR
5. Fibrilacao atrial sec ao P1
6. HAS
7. Hipertensão Pulmonar
8. ITU
9. Passado de AVCi sec P2 ?

IRA – Critérios:

- Aumento da Creatinina sérica $\geq 0,3$ mg/dl dentro de 48h ou aumento $\geq 1,5$ x o valor de base nos últimos 7 dias.
- Débito urinário $< 0,5$ ml/kg/h por mais do que 6 horas.
- Obs: Azotemia \rightarrow TFG $< 50\%$ / Síndrome uremica: U > 120 mg/dl e 4,0

Pre-renal:

- Causa: Hipofluxo renal. Ex: ICC, choque, nefropatia isquêmica, Cirrose hepática.
- Clínica: Oligúrica, osmolaridade urinária aumentada, Na urinário baixo.
- Principal causa de IRA/ Reversível.

Hipercalemia – Tratamento:

- Agudo:
 - Proteção cardíaca – Gluconato de cálcio \rightarrow observar resposta eletrocardiográfica
 - Glicoinulina terapia – ativação de Na/k ATPase
 - Bicarbonato de cálcio
 - Beta-2 agonista
- Manutenção: Diuréticos e Resina de Troca.

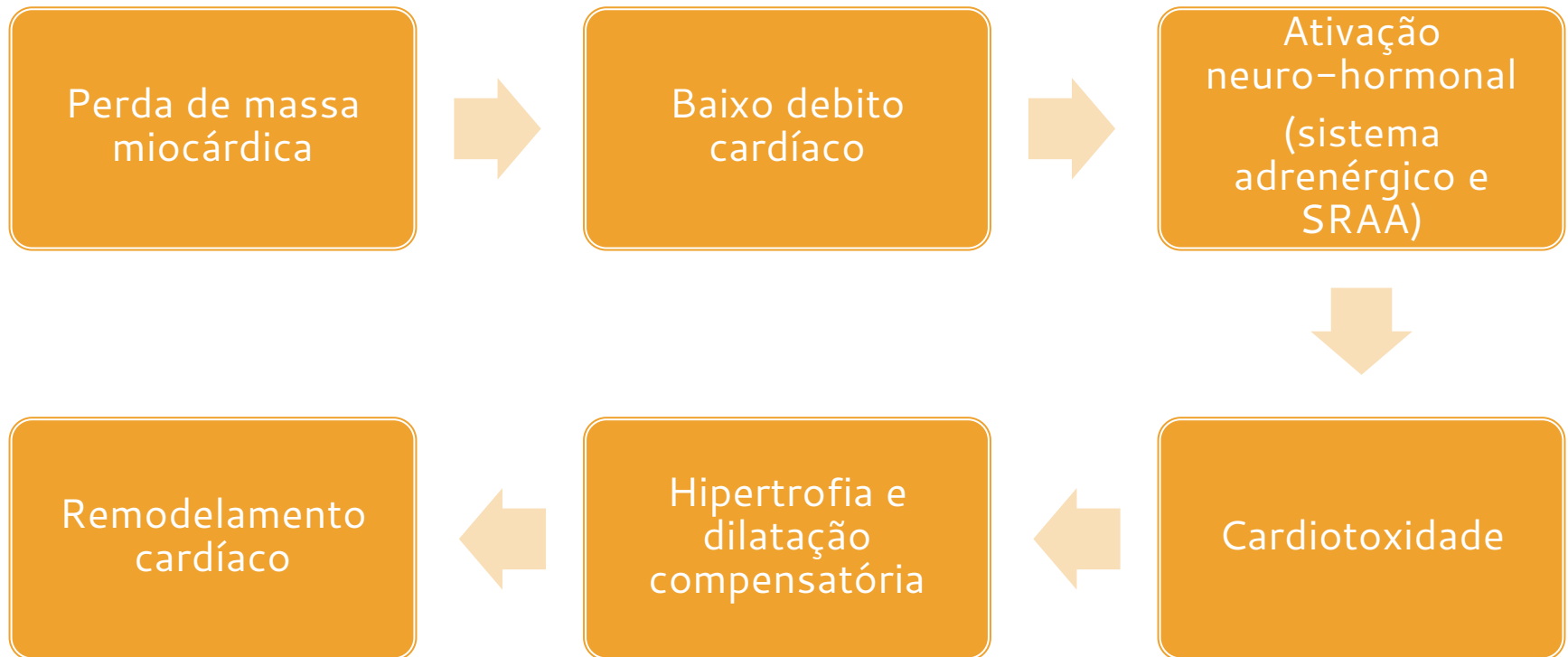
Fibrilação Atrial:

- Definição: FC aumentada; Irregularidade do intervalo R-R; Ausência de onda P; QRS estreito (< 120mms)
- Causas: HAS, IC, valvulopatias, Doenças da Tireoide, isolada.
- Tipos: Paroxística < 7 dias (24h) / Persistente > 7 dias/ Permanente > 1 ano ou refrataria.
- Consequências: Baixo Débito, Tromboembolismo
- Conduta:
 - Instável: cardioversão sincronizada.
 - Estável: A) Controle da FC; B) Controle do Ritmo

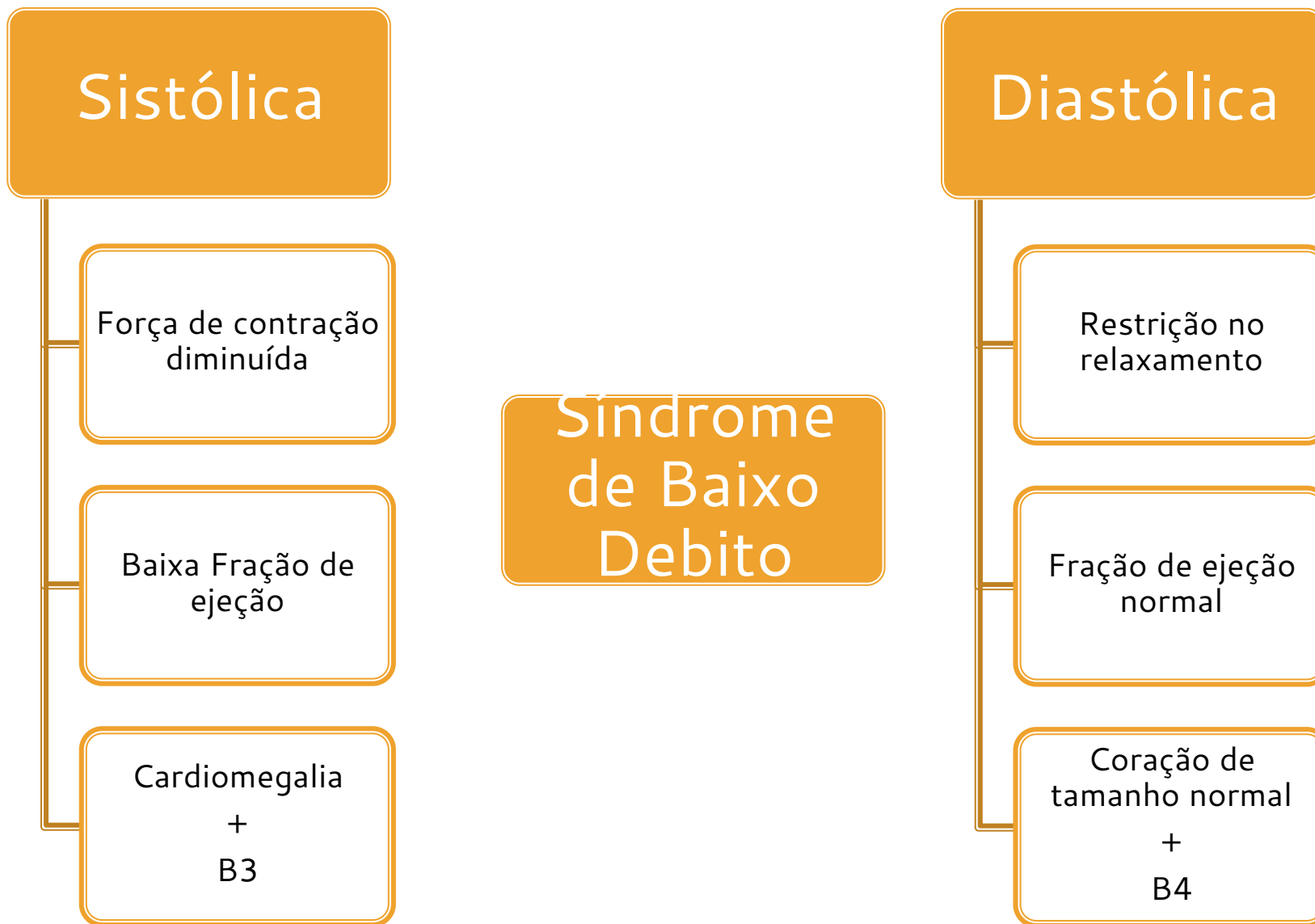


Insuficiência Cardíaca de Baixo Débito

Fisiopatologia:



Tipos:



Tipos:

Direita

- Síndrome edemigenica
- Principal causa :ICE
- Outras causas:
Estenose mitral; HAP.

Esquerda

- Congestão Pulmonar
- Tipo mais comum

Etiologias:

Sistólica

- HAS
- DAC
- Doença de Chagas
- Valvulopatias
- Cardiopatia alcoólica

Diastólica

- HAS – Fase hipertrófica
- Fibrose isquêmica
- Cardiopatia restritivas



Diagnostico:

Radiografia de Tórax

ECG

Ecocardiograma com Doppler

BNP

Cineoangiocoronariografia

RNM

Holter

Tratamento:

Drogas que diminuem a mortalidade:

- IECA
- BRA
- Betabloqueador
- Espironolactona
- Hidralazina + nitrato

Drogas Sintomáticas:

- Diuréticos
- Digital

Tratamento de acordo com a Classificação:

■ Estágios evolutivos:

- A- Tratar Fatores de risco: Ex: Cessar tabagismo, redução de álcool, exercício físico, HAS, DAC, DM, obesidade.
- B- IECA + Betabloqueador
- C- }
Depende da Classe Funcional:
NYHA
- D- }
Sempre: Restrição salina e hídrica
I – IECA + Betabloqueador
II- IECA + Betabloqueador + Diurético
III/IV – + Espironolactona
+ Hidralazina e nitrato
+ Digoxina
+ Ivabradina