



CAMPINAS - SP  
08 A 11  
DE OUTUBRO  
2021



16º CONGRESSO  
BRASILEIRO DE  
CLÍNICA MÉDICA 2021

EVENTO  
HÍBRIDO  
PRESENCIAL E VIRTUAL

6º Congresso Internacional de  
Medicina de Urgência e Emergência

## Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Reduzida (frio e úmida): um relato de caso

Bruno Gabriel Gonçalves Batista Teixeira<sup>1</sup>; Lucas Carvalho Mendes<sup>2</sup>; Luís Felipe Mariano Silva<sup>3</sup>; Isabela Lopes Lima<sup>4</sup>; Camille Bastos Persiano<sup>5</sup>.

1.Universidade Federal do Tocantins<sup>1,2,3,4,5</sup>

### Introdução/Fundamentos

Insuficiência cardíaca (IC) é uma síndrome clínica complexa, na qual o coração é incapaz de bombear sangue de forma a atender às necessidades metabólicas tissulares, ou pode fazê-lo somente com elevadas pressões de enchimento. Tal síndrome pode ser causada por alterações estruturais ou funcionais cardíacas e caracteriza-se por sinais e sintomas típicos, que resultam da redução no débito cardíaco e/ou das elevadas pressões de enchimento no repouso ou no esforço (MANN; ZIPES; LIBBY; BONOW, 2015).

**Palavras-Chave:** Insuficiência cardíaca. Fração reduzida.

### Objetivos

O presente trabalho relata um caso clínico de Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Reduzida do grupo Fria e Congesta com as nuances dessa comorbidade e desfecho clínico do paciente, ressaltando a clínica no tratamento.

### Descrição do caso

Paciente D. M. A., 82 anos, sexo masculino, pardo, casado, aposentado, natural de Vitória da Conquista - BA e procedente de Luís Eduardo Magalhães - BA, hipertenso controlado em uso de Furosemida 40 mg, 2 vezes ao dia; Losartana 50 mg, 1 vez ao dia; Succinato de metoprolol 50 mg, 2 vezes ao dia. Diabético controlado em uso de Metformina 500 mg, 3 vezes ao dia; insulina NPH 25 UI pela manhã e 15 UI à noite. Portador de Insuficiência Renal Crônica não dialítica. História pregressa de Doença Arterial Coronariana. Paciente foi admitido em Unidade de Pronto Atendimento, vindo de Unidade de Controle da Covid-19, após descartada a possibilidade de infecção pelo Sars-Cov-2, desta cidade com queixa de dispneia aos esforços habituais há 6 dias. Nega alergia medicamentosa. Nega a suspensão do uso dos medicamentos. Nega febre, diarreia, tosse produtiva. Vacinação em dia. Casa com saneamento básico e água tratada. Paciente iniciou o quadro clínico em 29 de julho de 2021 com queixa de dispneia aos mínimos esforços associada à tosse seca. Ao exame físico, apresentava sibilos expiratórios difusos, bulhas abafadas (sem sopros) em 2T, PA de 100 X 60 mmHg, FC de 74 bpm e Saturação de Oxigênio de 96%. Foi pedido um ecodoppler cardiograma com mapeamento de fluxo em cores que revelou dilatação importante de átrio esquerdo, moderado de ventrículo esquerdo e discreto de átrio direito. O ventrículo esquerdo apresentava disfunção sistólica moderada global, devido à hipocinesia tipo hipodifusa dos segmentos miocárdicos. Fração de ejeção estimada de 33%. Sendo considerada disfunção sistólica de grau moderado de ventrículo esquerdo, aumento importante do átrio esquerdo, hipertrofia excêntrica do ventrículo esquerdo, insuficiência tricúspide discreta, au-

mento de átrio direito e pressão sistólica de artéria pulmonar estimada em 68 mmHg. A partir do diagnóstico clínico de Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Reduzida do tipo fria e úmida, de tratamento e controle mais difícil, o paciente foi tratado, principalmente, com dobutamina para ter efeito inotrópico positivo cardíaco e furosemida para diminuir edema. O paciente evoluiu bem, recebendo alta hospitalar no 4º dia após admissão.

### Conclusões/Considerações Finais

A principal terminologia usada historicamente para definir IC baseia-se na FEVE e compreende pacientes com FEVE normal ( $\geq 50\%$ ), denominada IC com fração de ejeção preservada (IC-FEp), e aqueles com FEVE reduzida ( $< 40\%$ ), denominados IC com fração de ejeção reduzida (IC-FEr) (PONIKOWSKI et al., 2016). Por outro lado, pacientes com fração de ejeção entre 40 e 49% sempre foram considerados como "zona cinzenta da fração de ejeção" e não recebiam denominação específica. No entanto, mais recentemente, passaram a ser definidos como IC de fração de ejeção intermediária (*mid-range* ou IC-FEI). A fisiopatologia da IC-FEp é multifatorial, com vários mecanismos e comorbidades implicadas, e provavelmente diferente da IC-FEr. Resulta de uma complexa interação de fatores que culminam na redução da reserva funcional cardíaca e vascular - afecção ventricular sistólica e diastólica, reserva auricular, ritmo e FC, controle autonômico, vasculatura e microcirculação (FERNANDES et al., 2020). A interação e dominância relativa destes fatores tornam esta patologia extremamente heterogênea. A definição e divisão em subgrupos com determinados fenótipos pode permitir um tratamento mais dirigido, com eventual melhoria dos resultados clínicos. Vários ensaios clínicos estão sendo realizados, visando diferentes abordagens terapêuticas. É importante relembrar que estes doentes tendem a ser mais velhos e a apresentar múltiplas patologias. Assim sendo, a eficácia dos tratamentos poderá ser melhor avaliada pelo seu efeito nas hospitalizações, estado funcional, sintomas e qualidade de vida.

### Referências Bibliográficas

- FERNANDES, S.L. et al. Fisiopatologia e tratamento da insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada: estado da arte e perspectivas para o futuro. **ABC. Arquivos Brasileiros de Cardiologia (São Paulo)**, v. 1, p. 114, 2020.
- MANN, D.L.; ZIPES, D.P.; LIBBY, P.; BONOW, R.O. **Braunwald's heart Disease: a textbook of cardiovascular medicine**. 10th ed. Philadelphia: Elsevier, 2015.
- PONIKOWSKI, P. et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. **European Heart Journal**, v. 37, n. 27, p. 2129-200, 2016.