



## Trabalhos Científicos

**Título:** Insuficiência Cardíaca Congestiva Descompensada No Departamento De Emergência De Pediatria Geral – Relato De Caso

**Autores:** MARIANA PIFFER DOS SANTOS SOUZA (HOSPITAL MUNICIPAL INFANTIL MENINO JESUS); VANESSA DE MORAES MAGALHÃES (HOSPITAL MUNICIPAL INFANTIL MENINO JESUS); DAIANNY SILVEIRA BARBOSA (HOSPITAL MUNICIPAL INFANTIL MENINO JESUS); TÂMISA CRUZ SAMPAIO DE ALENCAR (HOSPITAL MUNICIPAL INFANTIL MENINO JESUS); KAREN LEMOS DOS SANTOS (HOSPITAL MUNICIPAL INFANTIL MENINO JESUS); LUANNY DA CUNHA SILVA (HOSPITAL MUNICIPAL INFANTIL MENINO JESUS); LUANA ALMEIDA ALBUQUERQUE DE OLIVEIRA (HOSPITAL MUNICIPAL INFANTIL MENINO JESUS); DANIELA VALENÇA CALDAS DANTAS (HOSPITAL MUNICIPAL INFANTIL MENINO JESUS); ALESSANDRA GEISLER DUAD DE ALENCAR (HOSPITAL MUNICIPAL INFANTIL MENINO JESUS); ALINE DA GRAÇA FEVEREIRO (HOSPITAL MUNICIPAL INFANTIL MENINO JESUS)

**Resumo:** A insuficiência cardíaca (IC) aguda pode ocorrer como descompensação de início súbito ou piora clínica da classe funcional (CF) prévia. IC é uma doença que ameaça a vida e necessita de terapia imediata. Geralmente, o principal sintoma que leva ao atendimento hospitalar é dispneia. Nos casos súbitos a ausculta cardíaca auxilia na suspeição de causa cardiológica, com presença de sopros ou ritmo de galope. MFSD, feminino, 2 anos, natural Alagoas, apresentava quadro de dispneia progressiva há 1 mês com piora nos últimos dias e antecedente de “coração aumentado”. Diagnosticada em 2013, após bronquiolite, com miocardiopatia dilatada, insuficiência mitral moderada, FEVE: 21% e CF III/IV. Na época, iniciou seguimento ambulatorial com cardiologia, sendo iniciado captopril, furosemida, espironolactona e carvedilol, porém retornou para cidade natal onde permaneceu durante dois anos sem acompanhamento cardiológico. Procurou nosso serviço por piora do desconforto respiratório. Na entrada apresentava-se taquicárdica, taquidispnéica, saturando 89% ar ambiente, presença de abaulamento em hemitórax esquerdo, ictus palpável e desviado para esquerda, sopro cardíaco holossistólico panfocal, ritmo de galope, FC: 200bpm; sibilos difusos e desconforto respiratório importante, tempo de enchimento capilar de 3 segundos, fígado palpável à 3cm do rebordo costal direito. Levada a sala de emergência, realizado oxigênio, acesso venosos periférico, iniciado dobutamina (5mcg/kg/min) e furosemida (ataque 1mg/kg), com melhora da taquicardia, perfusão e saturação. Transferida para UTI com droga vasoativa por 7 dias, desmame com sucesso. Mantido furosemida (2mg/kg/dia) e reintroduzido espironolactona (2 mg/kg/dia), captopril (1mg/kg/dia), carvedilol (0,5mg/kg/dia) e digoxina (10mcg/kg/dia). Ecocardiograma atual apresentava displasia valvar mitral (32mm), insuficiência mitral importante, dilatação aneurismática de átrio esquerdo e FEVE 63%. Paciente apresentou melhora clínica com o ajuste das medicações e, após estabilização, foi transferida para serviço de cirurgia cardíaca pediátrica. O tratamento rápido da descompensação cardíaca melhora a morbimortalidade e sobrevida, devendo o pediatra geral realizar a suspeição e tratamento na emergência.