

## REACÇÕES ADVERSAS CARDIOVASCULARES

# INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CRÓNICA (ICC)

### DESCRIÇÃO

É um síndrome clínico em que o coração é incapaz de assegurar o retorno venoso e manter o débito cardíaco adequado à satisfação das necessidades metabólicas do organismo.

A insuficiência cardíaca pode resultar de qualquer desordem que leve à redução do enchimento ventricular (disfunção diastólica) e /ou à contratilidade do miocárdio (disfunção sistólica).

### MECANISMO FISIOPATOLÓGICO

Em geral a ICC é classificada em classes funcionais (I-IV) da New York Heart Association que traduzem a expressão dos sintomas de ICC, apresentando também correlação prognóstica. É dividida em disfunção predominante sistólica e disfunção diastólica.

1. *Disfunção sistólica (contratilidade diminuída)* - Ventriculo esquerdo dilatado com contratilidade limitada
2. *Disfunção diastólica (restrição no enchimento ventricular)* - A função contrátil do ventriculo esquerdo está intacta mas com função limitada de relaxamento. Pode ser definida como insuficiência com função sistólica preservada.

#### Sinais e sintomas

Muitas das manifestações clínicas da ICC são secundárias à retenção hidrossalina e a hipoperfusão dos órgãos.

- Sintomas mais comuns incluem dispnea (em particular em esforço), fadiga e fraqueza, que levam à intolerância ao exercício. Podem ainda

ocorrer ortopneia, dispnea paroxística noturna, taquipneia, respiração Cheyne-Stokes, tosse e edemas (pulmonar, membros inferiores, ascite) por sobrecarga de volume e retenção de fluidos.

- Mais raramente pode associar-se a sintomas não específicos tais como, notúria, hemoptises, dor abdominal, anorexia, náuseas, ascite, falta de apetite, estado mental alterado e aumento de peso.

#### *Etiologia e fatores e precipitantes*

Perda de quantidade crítica da função das células do miocárdio que pode ser devida a:

Doença coronária (enfarte do miocárdio, angina peito), hipertensão e diabetes, cardiomiopatia idiopática, infeções (ex. miocardite viral), toxinas (ex. álcool ou fármacos citotóxicos), doença valvular, arritmias prolongadas, infeções respiratórias, idade (> 65 anos), obesidade, tabagismo, etc.

### CONTEÚDO

DESCRIÇÃO	83
MECANISMO FISIOPATOLÓGICO	83
FÁRMACOS QUE AGRAVAM A ICC	84
EVOLUÇÃO	84
TRATAMENTO	84
BIBLIOGRAFIA	85

FÁRMACOS PRECIPITANTES OU QUE AGRAVAM A ICC

EXEMPLOS DE FÁRMACOS ENVOLVIDOS

- ANTIDEPRESSIVOS
- CITOTÓXICOS
- AINES
- GLUCOCORTICOIDES
- CONTRACETIVOS HORMONAIS E TERAPIA DE SUBSTITUIÇÃO HORMONAL
- CICLOSPORINA
- ANTIEMÉTICOS
- DIGOXINA

**Inotrópicos negativos** (alguns bloqueadores dos canais de  $Ca^{2+}$ , alguns  $\beta$ -bloqueadores, fármacos anti-adrenérgicos de ação central)

**Cardiotóxicos** (Antidepressivos, Citotóxicos, como a doxorrubicina)

**Medicamentos que retêm o sódio ou a água** (AINE, Glucocorticoides, etc)

**Medicamentos que aumentam a PA** (AINE, Contracetivos hormo-

nais e terapia de substituição hormonal, Ciclosporina, Antieméticos, etc)

**Medicamentos pro-arrítmicos** (quer com redução quer aumento da Freq. Cardíaca)

**Digitálicos** (digoxina).

EVOLUÇÃO

O prognóstico da IC depende primeiramente da classe funcional, do grau de disfunção ventricular, estado de ativação dos mecanismos compensadores, natureza da doença cardíaca de base e da presença ou ausência de um fator precipitante

que pode ser tratado. O prognóstico da IC é mais favorável quando os fatores de base podem ser tratados. O prognóstico pode também ser estimado observando a resposta ao tratamento.

**“OS  
MEDICAMENTOS  
USADOS NO  
TRATAMENTO  
DA ICC PODEM  
TAMBÉM  
PRECIPITAR OU  
AGRAVAR A ICC,  
ALGUNS POR  
INTERACÇÃO”**

TRATAMENTO

Tratamento crônico farmacológico :

- Moduladores do sistema renina angiotensina (IECA, ARAs ), antagonistas da aldosterona,  $\beta$ -bloqueadores (nebivolol, bisoprolol, metoprolol carvedilol), diuréticos, ivabradina, digitálicos e medi-

camentos concomitantes, antiarrítmicos, antiagregantes, anticoagulantes, etc

## Autores

Joana Marques, Técnica de Farmacovigilância da Unidade de Farmacovigilância do Norte

Inês Ribeiro Vaz, Técnica de Farmacovigilância da Unidade de Farmacovigilância do Norte

Jorge Polónia, Professor na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto e Coordenador da Unidade de Farmacovigilância do Norte

## Agradecimentos

Unidade de Farmacovigilância do Sul

DISPONÍVEL ONLINE ATRAVÉS DOS SITES:

[ufn.med.up.pt](http://ufn.med.up.pt)

[Ufs.ff.ul.pt](http://Ufs.ff.ul.pt)

## BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. Harrison's. Vol 1. "Principles of internal medicine". 13th ed.
2. Wells B, Dipiro J, Schwinghammer T, Dirpiro C. Pharmacotherapy handbook. 7<sup>th</sup> ed: McGrawHill; 2009.
3. Walker R, Edwards C. Clinical Pharmacy and Therapeutics. 3<sup>rd</sup> ed: Churchill Livingstone; 2003.
4. Prontuário Terapêutico 9. Infarmed; 2010.