



**Fundação Educacional do Município de Assis
Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis
Campus "José Santilli Sobrinho"**

ANA CAROLINI BERNARDO DE OLIVERIA

**RELATO DE CASO DE SÍNDROME DE EISENMENGER EM PACIENTE
ESTUDANTE DE ENFERMAGEM**

**Assis/SP
2017**



**Fundação Educacional do Município de Assis
Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis
Campus "José Santilli Sobrinho"**

ANA CAROLINI BERNARDO DE OLIVEIRA

**RELATO DE CASO DE SÍNDROME DE EISENMENGER EM PACIENTE
ESTUDANTE DE ENFERMAGEM**

Projeto de pesquisa apresentado ao curso de Enfermagem do Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis – IMESA e a Fundação Educacional do Município de Assis – FEMA, como requisito parcial à obtenção do Certificado de Conclusão.

**Orientanda: Ana Carolini Bernardo de Oliveira
Orientador: Prof. Ms. Caroline Loureço de Almeida**

**Assis/SP
2017**

FICHA CATALOGRÁFICA

O48r OLIVEIRA, Ana Carolini Bernardo de
Relato de caso de síndrome de Eisenmenger / Ana Carolini
Bernardo de Oliveira. – Assis, 2017.

22p.

Trabalho de conclusão do curso (Enfermagem). – Fundação
Educativa do Município de Assis-FEMA

Orientadora: Ms. Caroline Lourenço de Almeida

1.Síndrome 2.Eisenmenger

CDD 616.24

ANA CAROLINI BERNARDO DE OLIVEIRA

**RELATO DE CASO DE SÍNDROME DE EISENMENGER EM PACIENTE
ESTUDANTE DE ENFERMAGEM**

Trabalho de conclusão de Curso apresentado ao Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis, como requisito do Curso de Graduação, analisado pela seguinte comissão examinadora :

Orientadora: _____

Analisador: _____

**Assis/SP
2017**

RESUMO

A Síndrome de Eisenmenger é a forma mais avançada da hipertensão arterial pulmonar associada a um defeito cardíaco congênitos que se desenvolve mais em mulheres com HAP, Cia e cianose de repouso. Este Trabalho tem como apresentar o caso de uma paciente com esta patologia 15 anos e desde então vem fazendo tratamento, para uma qualidade de vida melhor, é com este caso queremos abordar esse assunto pouco conhecido é pouco se falado, pois não tem mitos trabalhos anteriores falando assim diretamente sobre o paciente como ele vive, é mais focado na patologia em si.

DESCRIPTORIOS: Síndrome, Eisenmenger.

ABSTRACT

Eisenmenger's Syndrome is the most advanced form of pulmonary arterial hypertension associated with a congenital heart defect that develops more in women with PAH, CIA and resting cyanosis. This paper has how to present the case of a patient with this pathology 15 years and since then has been doing treatment for a better quality of life, it is with this case we want to address this little known subject is little if spoken since there are no myths previous work Speaking thus directly about the patient as he lives, is more focused on the pathology itself.

KEYWORDS: Syndrome, Eisenmenger.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO/CONTEXTUALIZAÇÃO	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
2. REVISÃO DA LITERATURA	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
2.1. HISTÓRIA DA DOENÇA	8
2.2. CONCEITO DE HIPERTENSÃO PULMONAR E DEFEITOS SEPTOS	8
2.3. SINAIS CLÍNICOS	9
2.4. DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO	10
2.5.1. Sinais clínicos e Tratamento apresentado pela paciente	12
2.5.2. Alívios dos sintomas	13
3. METODOLOGIA	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
3.1. POPULAÇÃO E AMOSTRAGEM	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
3.2. COLETA DE DADOS	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
3.3. ASPECTOS ÉTICOS	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
4. REFERÊNCIAS	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
ANEXO I – AO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
ANEXO II – INTENÇÃO DE PESQUISA	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
ANEXO III – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.

1. INTRODUÇÃO

A síndrome de Eisenmenger é a forma mais avançada da hipertensão arterial pulmonar ligada a defeitos cardíacos congênitos. Foi em 1898 que o médico austríaco Viktor Eisenmenger publicou o caso de um paciente que apresentava cianose e dispneia desde a infância e que faleceu aos 32 anos de idade com hemoptise maciça. Nos dias de hoje, o nome Eisenmenger remete a diversos conceitos distintos, todos ligados à hipertensão pulmonar (MIRANDA, 2005).

Esta síndrome trata-se de um aumento da pressão pulmonar a níveis sistêmicos, resultante do aumento da resistência vascular pulmonar, com shunt venoso reverso ou bidirecional, através de um defeito congênito. Isso resulta em um fluxo sanguíneo maior do que o normal, dirigindo a pressão em direção aos pulmões (MIRANDA, 2005).

A incidência real é desconhecida, mas calcula-se que ocorra um a dois novos casos de Hipertensão Pulmonar primária por milhão de habitantes na população em geral (NAUSER, 2001).

A síndrome de Eisenmenger é definida como a doença vascular pulmonar relacionada à cardiopatia congênita. Nesses pacientes, a doença vascular desenvolve-se após um período hiperkinético, de resistência vascular normal, com fluxo sanguíneo pulmonar aumentado, sendo assim não tendo cura, tendo apenas tratamentos paliativos (LEUCHTE, 2004; NAUSER, 2001).

Diversos defeitos congênitos cardíacos podem resultar nesta síndrome, dentre eles a comunicação interventricular (ausência de tecido septal entre os ventrículos). Resumidamente, esses defeitos primários não corrigidos resultam em fluxo sanguíneo esquerdo-direito, e sem a correção a tempo, a microvasculatura pulmonar é remodelada por conta do aumento da hipertensão pulmonar, e subsequente obstrução sanguínea ao órgão, e reversão do shunt para direito-esquerdo (EL-CHAMI et. al., 2014).

Esse mecanismo pode culminar em cianose de extremidades, síncope, baixa saturação arterial, dispneia, em casos severos, também, acidentes vasculares cerebrais, abscessos cerebrais, coagulopatias e morte (PALAZZINI M. et. al., apud GALIE et. al., 2009).

Segundo o mesmo autor, a síndrome pode ser evitada se a cirurgia corretiva for levada a cabo antes que as alterações no desenvolvimento dos pulmões. Uma vez que a síndrome tenha sido desenvolvida, não existe tratamento específico além do transplante do coração e pulmões: sendo esta uma opção para doentes com mau prognóstico e que não responderam à terapia médica. O tratamento médico é de suporte. A hipertensão pulmonar pode ser tratada com antagonista da prostaciclina e da endotelina. É recomendado profilaxia contra a endocardite. Uma vez desenvolvido, a esperança de vida depende do tipo e gravidade das deficiências subjacentes e da função ventricular direita varia dos 20 aos 50 anos. A taxa de mortalidade fetal em doentes com a síndrome que engravidam é aproximadamente 25 %, enquanto que a mortalidade materna excede os 50% (PALAZZINI M. et. al., apud GALIE et. al., 2009).

Este estudo, do tipo relato de caso, tem como marco a singularidade do caso em que uma discente do curso de enfermagem, autora da pesquisa, relata sua experiência pessoal relativa à doença, vencendo barreiras físicas e emocionais durante sua formação. Sendo assim, a aluna diagnóstica da com Síndrome de Eisenmenger quando tinha apenas 9 anos, mas vem convivendo com a doença desde o nascimento, achando que era apenas um pequeno sopro, até descobrir o diagnóstico certo, quando começou o tratamento. Hoje a paciente com 24 anos, moradora da cidade de Assis-SP, que cursa o último ano da faculdade de Enfermagem na instituição Fema de Assis-SP.

Vem tendo acompanhamento e realizando tratamento há 15 anos, para uma boa qualidade de vida, já que não há outros recursos além do tratamento medicamentoso, repouso e oxigenoterapia sendo apenas 50% eficaz no caso dela, pois a cirurgia é um recurso descartado no caso da paciente, com o objetivo específico de compreender a sua vivência, superação e sua qualidade de vida.

2. REVISÃO LITERATURA

2.1 HISTÓRIA DA DOENÇA

Victor Eisenmenger nasceu em Viena, Áustria, em 29 de janeiro de 1864, filho de pais alemães. Optou assim, pela medicina, tentando satisfazer seu gosto pelas ciências naturais e pela docência, formou-se na Faculdade de Medicina da Universidade de Viena, em 1889. Em 1897, Eisenmenger publicou o artigo que lhe traria fama póstuma. No primeiro capítulo, rejeita o dogma existente sobre cardiopatias congênitas, que afirmava que o fluxo de sangue era mecanicamente responsável pelas anomalias, e fala sobre a embriogênese do coração (PARTIN, 2003).

No segundo, aborda o cavalgamento da aorta sobre o septo interventricular, assunto de seu particular interesse e que viria a ser mais bem discutido em artigo de 1898. Já no terceiro capítulo ele relata sobre seu único caso da patologia, e descreve-a completamente, no quarto capítulo, são abordados temas como comunicações interventriculares, seus sopros e cianose. O quinto capítulo se refere a possíveis diagnósticos diferenciais (PARTIN, 2003).

A partir do momento em que pequenas diferenças das lesões anatômicas foram sendo descritas, o termo Eisenmenger passou a ser usado com mais regularidade na descrição das alterações fisiológicas ocasionadas por estes defeitos (PARTIN, 2003; RICH, 1998).

Ocorreu a mais recente atualização na classificação de Hipertensão Pulmonar, estabelecida durante o Simpósio Mundial de Hipertensão Pulmonar da Organização Mundial da Saúde. Essa classificação foi em avanços acerca de achados histopatológicos, de mecanismos implicados à biologia molecular e vascular, bem como às alterações genéticas (RICH, 1998).

2.2 CONCEITO DE HIPERTENSÃO PULMONAR E DEFEITOS SEPTOS

A hipertensão pulmonar é uma condição caracterizada por elevação sustentada da pressão arterial pulmonar sem causa conhecida. O critério diagnóstico adotado no registro do National Institute of Health, foi o achado de pressão arterial pulmonar média superior a 25 mmhg com exclusão de qualquer doença que sabidamente cause hipertensão pulmonar. (AMARAL, 2007; CARVALHO, 2005).

Portanto, as cardiopatias congênitas são a transposição das grandes artérias e o isomerismo atrial esquerdo, este é associado a defeitos do septo atrioventricular. No coração estruturalmente normal, estudos sugerem que a principal causa do bloqueio atrioventricular congênito é uma resposta inflamatória desencadeada por anticorpos maternos, que atravessam a placenta e entram na circulação fetal. Essa resposta inflamatória ocasiona injúria tecidual, fibrose e cicatrização do sistema de condução (MAGALHÃES, 2016).

Estima-se que fisiologicamente podemos entender a extrínseca da artéria coronária esquerda pelo tronco da artéria pulmonar é de ocorrência rara, estando habitualmente associada a presença de comunicação interarterial ou hipertensão pulmonar, a persistência do canal arterial, tetralogia de Fallot e defeito do septo atrioventricular, é decorrente destes efeitos raros (AMARAL, 2007; CARVALHO 2005).

Conceituando então, que, a hipertensão pulmonar primária é uma entidade rara, cuja prevalência é estimada em 1 a 2 casos por milhão de pessoas na população geral. Habitualmente, atinge indivíduos jovens, podendo também ser encontrada em crianças e idosos, com predomínio no sexo feminino (AMARAL, 2007; CARVALHO, 2005).

Sendo assim a maioria dos casos publicados é de pacientes adultos que podem apresentar dor precordial e isquemia miocárdica, necessitando revascularização simultaneamente a correção do defeito causador da dilatação do tronco da artéria pulmonar (AMARAL, 2007; CARVALHO 2005).

2.3 SINAIS CLÍNICOS

Os índices de suspeita de cardiopatia são considerados elevados, principalmente, quando se considera que o sopro cardíaco ocorra em 50% das crianças. Essa é a causa mais frequente de encaminhamento ao cardiologista. Outras causas como dor torácica,

cansaço, arritmia e dispneia em repouso e durante esforço são menos frequentes, porém importante na avaliação inicial (AMARAL, 1995; PARTIN, 2003).

Caracterizando então, transporte de oxigênio não eficaz, troca de gases não eficaz, cianose, fadiga, arritmias atriais e ventriculares, fraqueza, retenção de líquido, baixa imunidade, anemia, dificuldade em realizar atividades físicas e diárias, trombose e sangramento nasal e oral (PARTIN, 2003).

2.4 DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Os cardiopatas congênitos apresentam riscos de evento arritmico moderado ao longo da vida adulta. Estima-se que arritmias malignas e morte súbita ocorram em aproximadamente 1% de pacientes com CC em seguimento de 10 anos, sendo a disfunção ventricular um marcador importante de arritmias ventriculares malignas (MAGALHÃES, 2016; NAUSER, 2001).

Dando seguimento as arritmias cardíacas são a principal causa em pacientes adultos com CC internados. Podem ser sinal de descompensação hemodinâmica, assim como podem ser muito mal toleradas, devido à condição cardíaca prévia. A presença de arritmias documentadas aumenta o risco de morte súbita, sendo isso especialmente verdadeiro na presença de flutter/FA em pacientes com transposição de grandes vasos e tetralogia de Fallot (MAGALHÃES, 2016; NAUSER, 2001).

Além da anamnese, exames complementares poderão ser solicitados de acordo com a hipótese diagnóstica, e poderão trazer informações prognósticas, tais como: ECG de repouso, Holter e monitor de eventos, para avaliação de sintomas e pesquisa da presença de arritmias atriais e ventriculares. Raios-X de tórax, Eco cardiograma transtorácico ou transesofágico, Tomografia computadorizada, Teste ergoespirométrico, a fim de avaliar risco e definir necessidade ou não de intervenção (MAGALHÃES, 2016; NAUSER, 2001).

Os exames de laboratório, mas citada é a gasometria venosa e nela são avaliadas as seguintes vertentes, saturação de oxigênio, bicarbonato, excesso de base, sódio, potássio, lactato, hemácias, hemoglobina, hematócrito, leucócitos (5% bastonetes, 60% segmentados, 29% linfócitos, 6% monócitos); plaquetas, creatinina, ureia, magnésio, proteína C reativa, TP (INR), TTPA, dímero D, fibrinogênio e o ecocardiograma (PARTIN, 2003).

3. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caso de abordagem qualitativa , descritiva e retrospectiva. A metodologia utilizada foi através da coleta de dados do prontuário e na literatura vigente e relato de superação da aluna pelos autores, mediante consentimento prévio, documentado e assinado. O indivíduo da pesquisa assinou o termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), onde foram informados a respeito do objetivo da pesquisa, assim como sua importância para a saúde e motivação, em seguida, se deu início à coleta dos dados. A coleta de dado foi através de relatos vivenciados ela aluna do curso de enfermagem portadora da Síndrome de Eisenmenger, com foco na superação e qualidade de vida.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1 EXPOSIÇÃO DO CASO

Relato de caso da paciente A. C. B. O., Residente da cidade de Assis-SP, nascida dia 29 de abril de 1993, prematura de 32 semanas, de parto normal feito por fórceps. Foi preciso realizar reanimação pois nasceu com parada respiratória, logo após algumas horas descobriram que tinha uma fistula reto vaginal, devido a este problema, foi encaminhada para Hospital clinico de Londrina- Paraná para realização de exames e possível cirurgia para correção do problema. Os exames realizados diagnosticaram também um sopro no coração, devido uma falha nos septos cardíacos e isto impossibilitou a correção cirúrgica da fístula, além do baixo peso 1.100Kg. A paciente foi em caminhada de volta para cidade natal, ficando internada 2 meses na Maternidade de Assis, permanecendo na incubadora, se alimentando por sonda nasogástrica, pois não tinha força para conseguir sugar.

Quando atingiu 1.900kg recebeu alta do hospital. Em casa era alimentada de leite materno a cada duas horas, em uma chuquinha, 20ml por vez, e mesmo assim não conseguia ganhar peso. Com 10 meses, apresentou choro forte e dispnéia intensa evoluindo para uma nova parada cardiorrespiratória, sendo reanimada pela mãe e levada prontamente ao pronto socorro local. Após novos exames a constatação do grau de comunicação intra atrial e intraventricular com complicação na artéria pulmonar

(hipertensão pulmonar congênita), sendo assim encaminhada para Hospital Incor (Instituto do Coração) em São Paulo.

No INCOR, os médicos não aceitaram o caso alegando desconhecer o tratamento de uma patologia tão rara e de poucos estudos.

A partir daí o tratamento se deu na cidade local, mantendo exames periódicos, porém a doença ia se agravando, dispnéia constante com cianose central, devido ao pouco recurso que a cidade disponha.

Medicada com captopril iniciou crises de tosse e aumento progressivo da dispnéia, sendo necessário parar com a medicação.

Ao completar 10 anos, mantendo quadros contínuos de dispnéia e cianose, o cardiologista de Assis a encaminhou a um amigo do Dante Pazzanese em São Paulo, iniciando estudos e consultas periódicas a cada três meses, o que se dá até os dias atuais. No Dante Pazzanese seu diagnóstico foi fechado como Síndrome de Eisenmenger.

Para avaliação mais detalhada do funcionamento cardíaco, os médicos do Dante solicitaram um Cateterismo Cardíaco, porém a intubação oro traqueal não foi possível descartando a possibilidade de realização deste exame ou de qualquer tipo de cirurgia.

Assim, o tratamento proposto foi conservado com medicamentos que melhoram sua função cardíaca e pulmonar como: Silenafila, Bosentana, Amiodarona.

Hoje com 24 anos, vencendo sua perspectiva de vida e dificuldades físicas a paciente encontra-se no último ano do curso de enfermagem, mantendo seu tratamento e suas consultas periódicas na cidade de São Paulo.

3.2 SINAIS CLÍNICOS E TRATAMENTO APRESENTADO PELA PACIENTE

Durante toda a sua vida, a paciente lutou contra sintomas físicos como dispnéia aos mínimos esforços, cianose de extremidades e rotineiramente cianose central, cansaço físico, arritmias cardíacas que provocam precordialgia, edema de extremidades acarretadas por retenção de líquidos, infecções constantes agravadas pela baixa imunidade, sangramento nasal, gengivite, trombose de membros pelo distúrbio de coagulação sanguínea, limitação nas atividades físicas, atrofia de membros, cifoescoliose e hepatite medicamentosa.

A síndrome de Eisenmenger está associada a diversas complicações, como arritmias, insuficiência cardíaca, trombose pulmonar e sistêmica e hemoptise. Associa-se ainda a disfunção renal, abscesso cerebral, gota e litíase biliar (LOPPES, 2014).

A cianose e a eritrocitose secundária são marcantes na síndrome de Eisenmenger e raramente ocorrem nos pacientes com outras causas de HAP. Além disso, como a doença tem progressão lenta e o paciente tem o defeito cardíaco desde a infância, a percepção das limitações impostas pela doença é pobre e a maioria dos pacientes acaba se adaptando ao quadro (WARNES, 2008). Estes pacientes frequentemente também apresentam alteração de coagulação e podem evoluir tanto com trombose como com sangramento.

3.3 ALÍVIO DOS SINTOMAS

Paciente relata, hábitos que a ajuda a melhorar seus sinais e sintomas quanto a patologia, tais como, repouso, respirar fundo, beber água, evitar fazer esforço físico, evitar atividades física, evitar cigarro, evitar ansiedade, nervosismo, choro, evitar engravidar (por ser um risco de 50% de mortalidade materna), evitar cirurgias, evitar anticoncepcionais (por causa do uso de hormônio), evitar antiinflamatório, evitar sódio (água do mar e energético), evitar contatos com pessoas ou materiais contaminados, evitar contato com pessoas doentes. Os medicamentos, mas usados são, sildenafil, amiodarona, sulfato ferroso, omeprazol, bosentana.

Os pacientes com Eisenmenger apresentam cianose e eritrocitose e devem ser orientados a se manterem bem hidratados e ativos, de forma a reduzir a hipercoagulabilidade sanguínea (DIMOPOULOS, 2008). Diuréticos de alça podem ser usados nos casos de congestão (SPENCE, 1991).

Ainda de acordo com Spence (1991), os pacientes devem ser tratados com reposição de ferro quando necessário e flebotomias para redução do hematócrito devem ser evitadas.

Embora a anticoagulação seja controversa, ela visa a redução do risco de tromboembolismo (WARNES, 2008).

Embora não existam muitos estudos com relação ao uso de medicamentos anti-hipertensivos pulmonares em pacientes com Eisenmenger, tanto a bosentana como a

sildenafil demonstraram ser capazes de reduzir a resistência vascular pulmonar e melhorar a classe funcional em pequenos grupos de pacientes com cardiopatias congênitas. No estudo BREATHE-5, 54 pacientes com Eisenmenger e defeitos de septos atrial ou ventricular em classe funcional III, receberam bosentana, um inibidor da endotelina, ou placebo em uma relação de 2:1 durante 16 semanas. Foi verificada uma redução da pressão arterial pulmonar de 5,5 mmHg ($p=0,038$) e um aumento da capacidade ao exercício em 53,1 m ($p=0,0079$) entre os pacientes que estavam no grupo ativo (GALIE, 2006). Este foi o primeiro estudo que descreveu os benefícios e segurança quanto ao tratamento da Hipertensão Arterial Pulmonar em pacientes com síndrome de Eisenmenger.

Da mesma forma, sildenafil, um inibidor da fosfodiesterase tipo 5 ou placebo foram fornecidos de forma randômica para 84 pacientes com síndrome de Eisenmenger e classe funcional de II a IV. A medicação foi usada na dose de 20 mg 3 vezes ao dia ou placebo, durante 12 meses. Após esse período verificou-se que a distância percorrida no teste de caminhada de 6 minutos havia aumentado 56m (de 42 para 69m), e a saturação de oxigênio em ar ambiente apresentava incremento de 2.4% em relação ao período basal (1,8% para 2,9%). Os pacientes também apresentavam melhora da pressão arterial pulmonar e da resistência vascular pulmonar (ZHANG, 2011).

3.4 DIFICULDADES VIVENCIADAS DURANTE A GRADUAÇÃO

Faltas contínuas devido agravamento do sintoma de dispnéia e precordialgia dificultava o acompanhamento das aulas teóricas, sendo necessário várias vezes o estudo em casa com a ajuda de oxigênio.

Na síndrome de Eisenmenger, onde a resistência vascular pulmonar se torna maior que a sistêmica e o fluxo pelo defeito se inverte de maneira irreversível, levando a um quadro clínico de alta morbidade consequente à hipoxemia e às diversas alterações hematológicas secundárias, o paciente evolui com dispnéia intensa necessitando de uso contínuo de oxigenoterapia (GALIE,2004; GUIMARÃES 2005)

Nos estágios supervisionados, o contato com o ambiente hospitalar acabou aumentando seu quadro de infecções recorrentes, sendo orientada pelo médico a deixar o curso. Mesmo assim, a paciente continuou seu percurso, tratando clinicamente as infecções que se instalavam após contato com áreas de grande contaminação.

Não foi encontrado na literatura a associação da baixa imunidade da paciente em questão com sua síndrome, acredita-se que a limitação física e suas complicações recorrentes a função cardiorrespiratória dificultam a ação de células de defesa propiciando um aumento do risco de infecção após exposição.

3.5 PERSPECTIVAS VIVENCIADA DURANTE SUA FORMAÇÃO

Paciente nunca se imaginou em chegar até aqui, mesmo com muitas dificuldades e limitações esta conseguindo se formar.

Frequentando os estágios e avaliações como qualquer outro aluno do curso de graduação.

Como perspectiva espera atuar como enfermeira, seu sonho conquistado, e ajudar na melhora da qualidade de vida dos seus pacientes.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse trabalho teve como objetivo principal descrever as dificuldades e perspectivas vivenciadas por uma aluna do curso de enfermagem com síndrome de Eisenmenger. Conclui-se que a incidência desta síndrome na população é de 1% e que se apresenta mais em mulheres do que em homens.

A oxigenoterapia não é recomendada de rotina, mas é útil no paciente em hipoxemia profunda, dispneia em repouso ou atividades limitadas, sabendo que a síndrome é associada com a hipoxemia crônica, podendo levar a formação de trombos.

A hipoxemia e a hiperviscosidade sanguínea, pode ser responsável por diversas anormalidade como: mialgia, cefaleia, tontura e dispnéia, queixas comuns relatadas pela aluna, e ainda mais complicações não referida por ela, porém descritas na literatura como: distúrbios visuais, acidente vascular cerebrais e abscesso cerebral.

Suas perspectivas demonstra a vontade de atuar na área da saúde, contribuindo para o cuidado com pessoas que demandam atenção a sua saúde.

Concluimos que este tema é pouco discutido, o que dificultou em muito a contextualização com a literatura, porém seu caso pode demonstrar que as dificuldades geradas pela doença podem ser tratadas clinicamente melhorando a qualidade de vida dos pacientes e possibilitando-o a vencer desafios e conquistar sonhos.

6. REFERÊNCIAS

- AMARAL, Fernando TV et al. Extrinsic compression of left main coronary artery from aneurysmal dilation of pulmonary trunk in a adolescent: involution after surgery occlusion of sinus venosus atrial septal defect and pulmonary trunk plasty for reduction. **Arquivos brasileiros de cardiologia**, v. 88, n. 2, p. e40-e43, 2007.
- AMARAL, Fernando TV; GRANZOTTI, João A.; NUNES, Marcos A. Avaliação cardiológica em crianças com suspeita de cardiopatia. Resultados preliminares em 2000 pacientes. **J Pediatr**, v. 71, n. 4, p. 209-13, 1995.
- ATIK E, Atik FA. Cardiopatias congênitas na idade adulta: considerações acerca da evolução natural e da evolução de pacientes operados. *Arq Bras Cardiol*. 2001.
- BUDEV MM, Arroliga AC, Jennings CA. Diagnosis and evaluation of pulmonary hypertension. *Cleve Clin J Med*. 2003.
- CARVALHO, Antonio Carlos C.; ALMEIDA, Dirceu Rodrigues. 5. Hipertensão arterial pulmonar idiopática (HAPI). **Diagnóstico, Avaliação e Terapêutica da Hipertensão Pulmonar**. 2005.
- MAGALHÃES, LP ET. AL. Cardíacas, em crianças E. DIRETRIZ DE ARRITIMIA CARDIACAS EM CRIANÇAS E CARDIOPATIAS CONGÊNITAS SOB RAC E DCC-CP. Volume 107, Nº 1, Suplemento 3, Julho 2016.
- PARTIN C - The Evolution of Eisenmenger's Eponymic Enshrinement. *Am J Cardiol* 2003.
- RICH S, editor. Primary pulmonary hypertension: executive summary from the World Symposium-Primary Pulmonary Hypertension. 1998.
- LEUCHET HH, Schwaiblmair M, Baumgartner RA, Neurohr CF, Kolbe T, Behr J. Hemodynamic response to sildenafil, nitric oxide, and iloprost in primary pulmonary hypertension. *Chest*. 2004.
- NAUSER TD, Stites SW. Diagnosis and treatment of pulmonary hypertension. *Am Fam Physician*. 2001;63:1789-98.

MIRANDA PJ, DeFronzo RA, Califf RM, Guyton JR. Metabolic syndrome: definition, pathophysiology, and mechanisms. *Am Heart J*. 2005.

EL-CHAMI, M.F. et.al, Eisenmenger syndrome. 23 NOV 2014. Disponível em: . Acesso em: 03 jan. 17.

BEGHETTI M, Galiè N. Eisenmenger Syndrome: A Clinical Perspective in a New Therapeutic Era of Pulmonary Arterial Hypertension. 2009;53(9):733-740. doi:10.1016/j.jacc.2008.11.025. Disponível em: Acesso em: 21 Dez. 16.

CORDIOLI et.al. Sepsis e gravidez: sabemos tratar?. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2013. Disponível < <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v25n4/0103-507x-rbti-25-04-0334.pdf>> Acesso em: 10 Jan. 17.

BORGES, Vera Therezinha Medeiros; MAGALHAES, Claudia Garcia; MARTINS, Anice Maria V. C. and MATSUBARA, Beatriz B.. Síndrome de Eisenmenger na gravidez. *Arq. Bras. Cardiol*. vol.90, n.5, pp. e40-e41 [online]. 2008.

GALIE, N.; HOEPER, M.M.; HUMBERT, M.; TORBICK, A.; VARCHIERI, J.; BARBERA, J. A.; BEGHETTI, M.; CORRIS, P.; GAINE, S.; GIBBS, S.; SANCHEZ, M. A. G.; JONDEAU, G.; OPTZ, C.; PEACOCK, A.; RUBIN, L.; ZELLWEGER, M.; SIMONNEAU, G. Orientações para o diagnóstico e tratamento da hipertensão pulmonar. *European Heart Journal*. 2009

Warnes CA, Williams RG, Bashore TM, Child JS, Connolly HM, Dearani JA, et al. ACC/AHA 2008 guidelines for the management of adults with congenital heart disease. *J Am Coll Cardiol* 2008; 52:e143-e263

Myers PO, Tossot C, Beghetti M. Assessment of Operability of Patients With Pulmonary Arterial Hypertension Associated With Congenital Heart Disease. Do We Have the Good Tools to Predict Success? *Circ J* 2014; 78:4 – 11 14.

Dimopoulos K, Giannakoulas G, Wort SJ, Gatzoulis MA. Pulmonary arterial hypertension in adults with congenital heart disease: distinct differences from other causes of pulmonary arterial hypertension and management implications. *Curr Opin Cardiol* 2008;23:545–554.

Galiè N, Beghetti M, Gatzoulis, MA; Granton J, Berger RMF, Lauer A, et al for the Bosentan Randomized Trial of Endothelin Antagonist Therapy-5 (BREATHE-5)

Investigators. Bosentan Therapy in Patients With Eisenmenger Syndrome. A Multicenter, Double-Blind, Randomized, Placebo-Controlled Study. *Circulation* 2006;114:48- 54

Zhang ZN, Jiang X, Zhang R, Li XL, Wu BX, Zhao OH, et al. Oral sildenafil treatment for Eisenmenger syndrome: a prospective, open- -label, multicentre study. *Heart* 2011;97:1876-81.

Galie N, Torbicki A, Barst R, Dartavelle P, Higenbottam T, Olschewski H et al. Guidelines on diagnosis and treatment of pulmonary arterial hypertension. The Task Force on Diagnosis and Treatment of Pulmonary Arterial Hypertension of the European Society of Cardiology. *European Heart Journal* 2004; 25:2243–2278.

Harrington RA, Anderson J, Bates ER, Bridges CR, Eisenberg MJ, Ferrari VA et al. ACCF/AHA 2009 Expert Consensus Document on Pulmonary Hypertension: A Report of the American College of Cardiology Foundation Task Force on Expert Consensus Documents and the American Heart Association. *Circulation*. 2009;119:2250-2294.)

Guimarães JI. Diagnóstico, Avaliação e Terapêutica da Hipertensão Pulmonar. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia. publicacoes.cardiol.br/consenso/2005/039.pdf