

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Ronara Rodrigues de Queiroz¹, Thaís Valadares Nolêto Damasceno², Amanda Henrique Santana³, Raissa Isabelle Alves Dantas⁴, Maria Eduarda Dias Arouca², Vitória Matos Bezerra⁵, Maria Edite Félix Barbosa⁴, Matheus de Oliveira⁶, Victor Jorge Sales Lopes Cândido Ribeiro⁷, Roberta Bonamim Fiorilli⁸, Eduardo de Carvalho Carneiro⁹, Vinicius Bernegozzi Bessa¹⁰.

REVISÃO

RESUMO

Este artigo tem por objetivo avaliar os aspectos clínicos da insuficiência cardíaca realizada nos últimos cinco anos. Revisão integrativa no banco de dados da BVS, LILACS, SciELO, PubMed de trabalhos publicados entre 2020 e 2024, combinando os descritores "nefrolitíase", "diagnóstico" e "tratamento" ao descritor booleano "AND". A Insuficiência Cardíaca é uma síndrome de diagnóstico clínico, baseado em achados de história clínica, exames físicos e complementares. Entre as ferramentas que auxiliam o diagnóstico estão os escores diagnósticos, a radiografia de tórax, o eletrocardiograma de repouso, a ecocardiografia e a dosagem sérica de BNP ou a sua porção N-terminal. O objetivo deste tratamento é a melhora clínica, o aumento da capacidade funcional e a redução de comorbidades, podendo ser utilizados de forma combinada quando apropriado.

Palavras-chave: Insuficiência cardíaca; Diagnóstico; Tratamento.

ABSTRACT

This article aims to evaluate the clinical aspects of heart failure performed in the last five years. Integrative review in the VHL, LILACS, SciELO, PubMed database of works published between 2020 and 2024, combining the descriptors "nephrolithiasis", "diagnosis" and "treatment" with the Boolean descriptor "AND". Heart Failure is a clinically diagnosed syndrome, based on findings from clinical history, physical and complementary examinations. Among the tools that aid diagnosis are diagnostic scores, chest radiography, resting electrocardiogram, echocardiography and serum BNP measurement or its N-terminal portion. The objective of this treatment is clinical improvement, increased functional capacity and reduction of comorbidities, and can be used in combination when appropriate.

Keywords: Heart failure; Diagnosis; Treatment.

Instituição afiliada – ¹Universidade de Franca (UNIFRAN). ²Instituto Master de Ensino Presidente Antônio Carlos (IMEPAC). ³Residente de Clínica Médica pelo Hospital Dr. Carlos Macieira. ⁴Faculdade De Medicina Estácio De Juazeiro Do Norte. ⁵Universidade Federal do Amapá. ⁶Universidade Metropolitana de Santos (UNIMES). ⁷Universidade federal de Jataí (UFJ). ⁸Centro Universitário de Votuporanga (UNIFEV). ⁹Instituto de Educação Superior do Vale do Parnaíba (IESVAP). ¹⁰Instituição Faculdade Assis Gurgacz.

Dados da publicação: Artigo publicado em Julho de 2024

DOI: <https://doi.org/10.36557/pbpc.v3i2.90>

Autor correspondente: Ronara Rodrigues de Queiroz - ronaraqueiroz2@hotmail.com

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



1 INTRODUÇÃO

A insuficiência cardíaca (IC) pode ocorrer como consequência de qualquer doença que afete o coração, tendo uma prevalência bastante elevada na população. Encontra-se em progressão, devido ao envelhecimento da população e a um aumento da sobrevivência dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica (HAS) e a doença arterial coronariana (DAC) (LA FRANCA et al., 2020).

No Brasil, no ano de 2023 as doenças cardiovasculares (DCV) representaram a principal causa de mortalidade no país e a terceira causa de internação, sendo a IC a principal condição cardíaca que leva à internação, sendo responsável por 2,6% das internações do país nesse ano e por 6% dos óbitos. Mais de 2/3 das internações por IC ocorrem em pacientes acima de 60 anos (BERLINER; HÄNSELNANN; BAUERSACHS, 2020).

A IC é uma síndrome clínica definida pela disfunção cardíaca que causa suprimento sanguíneo inadequado para as demandas metabólicas dos tecidos. Cerca de 60% dos casos de IC ocorrem por um déficit na contratilidade ventricular (disfunção sistólica) sendo a disfunção diastólica responsável pelos 40% restantes. A disfunção diastólica é definida como a IC em que o paciente apresenta função sistólica normal, ou seja, fração de ejeção ao ecocardiograma superior a 45% (ROSSIGNOL et al., 2019).

Os sinais e sintomas isoladamente apresentam limitações de sensibilidade e especificidade para o diagnóstico de IC. Os mais específicos são a presença de B3 e a pressão venosa elevada, sendo, porém, pouco sensíveis. Por isso a organização dos sinais e sintomas através de critérios maiores e menores (Framingham) melhora a acurácia do diagnóstico clínico (GHANI et al., 2023).

Uma vez feito o diagnóstico de IC, devemos avaliar a classe funcional do paciente, baseada tradicionalmente nos sintomas segundo a Classificação da *New York Heart Association* (NYHA), que, apesar do grau de subjetividade, tem boa correlação com prognóstico e qualidade de vida (JOSHI et al., 2020).

Os principais fatores precipitantes de descompensação em um paciente com IC e que devem ser procurados são: infecção, interrupção do(s) medicamentos, ingestão hídrica ou salina excessiva, isquemia miocárdica, embolia pulmonar, insuficiência renal,

anemia, crise hipertensiva, arritmias, abuso de álcool, drogas (antiinflamatórios, bloqueadores de canal de cálcio) (JOSHI et al., 2020).

Outros exames podem ser solicitados de acordo com a suspeita clínica do médico, como por exemplo: provas de função hepática, TSH, sorologia para Doença de Chagas (HEIDENREICH et al., 2022).

O auxílio do especialista pode também ser importante naqueles pacientes em que a etiologia seja de difícil definição e nos quais pode justificar-se a realização de exames menos habituais como cateterismo, ressonância magnética, ecocardiograma de estresse, cintilografia miocárdica, estudo eletrofisiológico (SAPNA et al., 2023).

O objetivo geral deste trabalho é, por meio da análise da produção científica nacional e internacional indexadas às bases de dados BVS, LILACS, SciELO e PubMed, aprofundar o conhecimento acerca do manejo da insuficiência cardíaca sendo de fundamental importância na avaliação criteriosa dos pacientes que externam sinais e sintomas da mesma e na condução e tratamento adequados destes, reduzindo os impactos de morbimortalidade já conhecidos.

Como objetivos específicos, tem-se: avaliar os aspectos clínicos da IC realizada nos últimos anos, levando em conta a prevalência, classificação.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, que possui caráter amplo e se propõe a descrever o desenvolvimento de determinado assunto, sob o ponto de vista teórico ou contextual, mediante análise e interpretação da produção científica existente. Essa síntese de conhecimentos a partir da descrição de temas abrangentes favorece a identificação de lacunas de conhecimento para subsidiar a realização de novas pesquisas. Ademais, sua operacionalização pode se dar de forma sistematizadas com rigor metodológico (BRUM et al., 2015).

Para responder à questão norteadora *“O que a literatura especializada em saúde, dos últimos cinco anos, traz a respeito do diagnóstico e do tratamento da insuficiência cardíaca?”* foi acessada a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), na biblioteca eletrônica Scientific Electronic Librery Online (SciELO), na Cochrane e na USA National

Library of Medicine (PubMed).

Por meio da busca avançada, realizada em 26 de julho de 2024, utilizaram-se dos seguintes termos delimitadores de pesquisa como descritores para o levantamento de dados dos últimos 5 anos: “insuficiência cardíaca”, “diagnóstico” e “tratamento”. Este processo envolveu atividades de busca, identificação, fichamento de estudos, mapeamento e análise. O recorte temporal justifica-se pelo fato de que estudos sobre o manejo da insuficiência cardíaca, no Brasil, são pouco realizados.

Os dados coletados para a seleção dos artigos analisados neste estudo atenderam aos seguintes critérios de inclusão: tratar-se de um artigo original cujo objeto de estudo seja de interesse desta revisão integrativa, publicada nos últimos cinco anos. Já os critérios de exclusão foram: artigos de revisão, tese ou dissertação, relato de experiência e artigo que, embora trate de insuficiência cardíaca, não tratasse de situações específicas relacionadas ao manejo nesses casos.

Inicialmente, foram encontradas 41 produções científicas com os descritores “insuficiência cardíaca”, “diagnóstico” e “tratamento”. Dos citados, foram selecionadas 40 produções científicas que apresentavam o texto na íntegra ou não, sendo que, apenas 38 atenderam ao critério de inclusão relativo ao idioma que era língua portuguesa e inglês.

Das 38 produções selecionadas, 36 atenderam ao critério de inclusão ao serem classificadas como artigos. Quando se aplicou o filtro relativo ao recorte temporal dos últimos cinco anos, foram selecionados 36 artigos. Desses, nove estavam duplicados por integrarem mais de uma base de dados, motivo pelo qual foram excluídos, restando 11 artigos. Após a leitura dos títulos e dos resumos dessas produções, 6 foram excluídos por não responderem à questão norteadora desse estudo, uma vez que se tratavam de patologias específicas, encontrando-se ilustrado na figura 1.

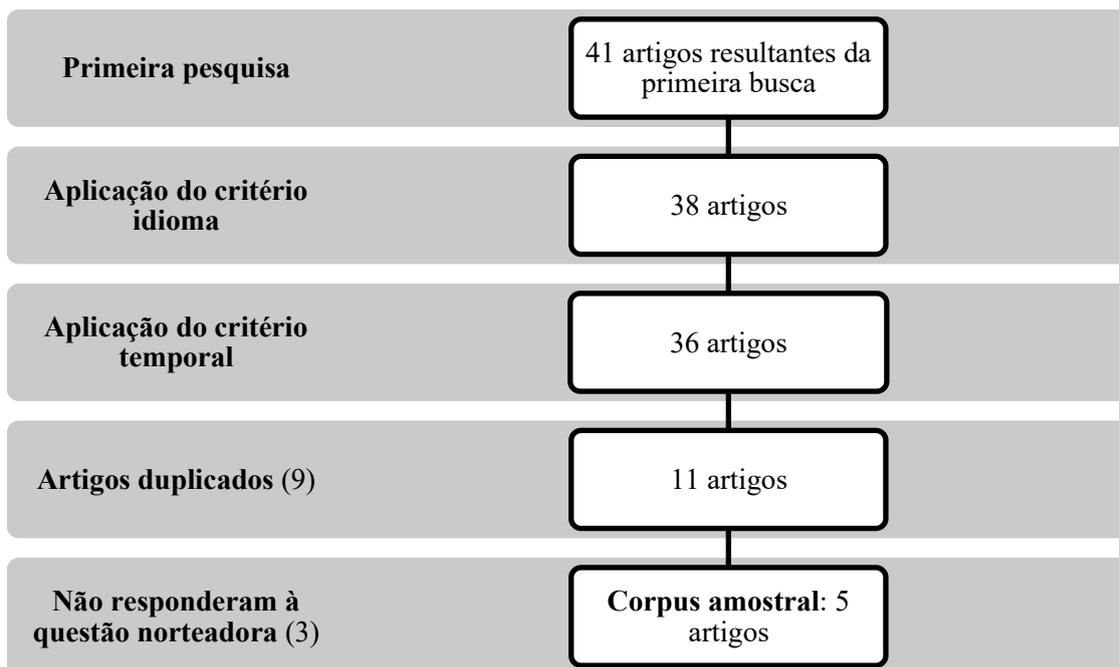


Figura 1. Fluxograma da Escolha dos Artigos

3 REVISÃO DE LITERATURA

A prevenção e o tratamento da IC baseada nos estágios A-D é bastante útil: no estágio A, no paciente de alto risco de desenvolver IC, ainda sem lesão estrutural, não é indicado rastreamento por ecocardiograma; no estágio B, o paciente com doença estrutural porém sem sintomas, se identificado através de ecocardiograma, deve ser encaminhado de acordo com a linha de cuidado específica; no estágio C, nos pacientes com doença estrutural e IC sintomática e, no estágio D, nos pacientes refratários ao tratamento convencional, realiza-se o tratamento segundo a linha de cuidado de IC (KING; GOLDSTEIN, 2022).

Além das recomendações sobre Mudanças de Estilo de Vida, as atividades físicas para os pacientes com IC devem ser realizadas, inicialmente, com supervisão. A restrição hídrica é recomendada a 1.000 a 1.500 ml nos pacientes com risco de hipervolemia (RASMUSSEN et al., 2023).

A prevenção de fatores agravantes consiste em: vacinação – a IC é condição de alto risco para infecções do trato respiratório podendo levar à descompensação. Sendo assim, preventivamente, os pacientes com IC devem receber vacina contra Influenza (anualmente) e Pneumococcus (a cada 5 anos; se IC grave, a cada 3 anos); evitar

antiinflamatórios não esteróides (AINH) – os AINH clássicos (ibuprofeno, diclofenaco, naproxeno) causam retenção hídrica e elevação da PA. Os inibidores da Cox-2, além desses efeitos, são pró-trombóticos. Se uso for imprescindível, necessidade de maior vigilância com peso, edema e função renal; supressão do álcool nos pacientes com cardiopatia alcoólica; e, orientação para viagens – indicar meia elástica de média compressão se viagem aérea maior que 4 horas de duração (HAJOULI; LUDHWANI, 2022).

Os principais fármacos utilizados no tratamento da IC e que estão associados às disfunções sexuais: impotência – hidroclorotiazida, espironolactona, betabloqueador, digoxina, amiodarona, IECA, losartana, valsartan; diminuição da libido – hidroclorotiazida, espirolactona, propranolol; ginecomastia – espirolactona, digoxina; hirsutismo – espirolactona; e, irregularidades menstruais, espirolactona (ZIAEIAN; FONAROW, 2016).

O tratamento farmacológico reduz a morbimortalidade da IC e deve ser contínuo. As drogas devem ser selecionadas de acordo com o estágio da doença e tipo de de IC: os Inibidores da Enzima de Conversão da Angiotensina (IECA) – grupo de maior importância em favorecer a evolução dos pacientes com IC em todos os estágios (inclusive os portadores de disfunção ventricular assintomática); digitálicos – recomendados na IC sintomática e predominantemente sistólica, sendo usados em pacientes assintomáticos portadores de FA com RV alta; os diuréticos, reduzem a pré e a pós carga e aliviam os sintomas congestivos, sendo que podem ser usados em todos os estágio sintomáticos da IC; os antagonistas da Aldosterona – bloqueiam os receptores da aldosterona mesmo em doses supostamente não diuréticas. Eles antagonizam o hiperaldosteronismo secundário da ICC, diminuem o risco de hipocalemia e hipomagnesemia e reduzem a fibrose miocárdica (SCHWINGER, 2021).

Na IC com fração de ejeção preservada (> 45-50%) é definida quando presença de sinais e/ou sintomas de IC congestiva + função sistólica normal (definida pelo ecocardiograma com fração de ejeção acima de 45-50% e evidências objetivas de disfunção diastólica pelo ecocardiograma). Ocorre mais frequentemente em mulheres, idosos, diabetes, pacientes com hipertrofia ventricular esquerda e obesidade. O tratamento baseia-se principalmente no tratamento da condição associada, não há indicação para a utilização de digital (SAVARESE et al., 2022).

A IC na criança pode decorrer de um número grande de condições, incluindo cardiopatias congênitas, variando de acordo com a idade de apresentação. Após a identificação de sinais e/ou sintomas que sugiram IC (classificação de Ross abaixo) e da realização dos exames iniciais (RX tórax, ecocardiograma, eletrocardiograma e exames laboratoriais: hemograma, eletrólitos, provas de função hepática, função renal, atividade reumática) a criança deve ser encaminhada a um nível secundário de atendimento (CHEN; ARONOWITZ, 2022).

A paciente gestante com IC deve ser encaminhada para uma avaliação com especialista. No tratamento da IC da gestante estão contra-indicados os inibidores da enzima de conversão da angiotensina (IECA), os bloqueadores de receptores de angiotensina (BRA) e a espironolactona (MALIK et al., 2023).

Uma vez instalada, a disfunção ventricular sistólica usualmente progride. A mortalidade dos pacientes com IC ocorre basicamente de forma súbita ou por progressiva falência de bomba. No estudo de Framingham, apenas 25% dos homens e 38% das mulheres sobreviveram 5 anos após o diagnóstico de IC. Essa mortalidade foi 4 a 8 vezes maior que a da população geral da mesma idade (MALIK; BRITO; CHHABRA, 2020).

4 CONCLUSÃO

A insuficiência cardíaca (IC) é a via final de muitas doenças que afetam o coração, o que explica a sua crescente prevalência. O manejo de pacientes com IC é um desafio pelo caráter progressivo da doença, a limitação da qualidade de vida e a importante mortalidade. A IC é uma síndrome de diagnóstico clínico, baseado em achados de história clínica, exames físicos e complementares. Entre as ferramentas que auxiliam o diagnóstico estão os escores diagnósticos, a radiografia de tórax, o eletrocardiograma de repouso, a ecocardiografia e a dosagem sérica de BNP ou a sua porção N-terminal (NT-proBNP). O objetivo deste tratamento é a melhora clínica, o aumento da capacidade funcional e a redução de comorbidades, podendo ser utilizados de forma combinada quando apropriado.

5 REFERÊNCIAS

BERLINER, D.; HÄNSELNANN, A.; BAUERSACHS, J. The Treatment of Heart Failure with Reduced Ejection Fraction. **Deutsches Aerzteblatt Online**, v. 117, n. 21, 22 maio 2020.

BRUM, C.N. et al. Revisão narrativa de literatura: aspectos conceituais e metodológicos na construção do conhecimento da enfermagem. In: LACERDA, M.R.; COSTENARO, R.G.S. (Orgs). Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde: da teoria à prática. Porto Alegre: Moriá, 2015.

CHEN, J.; ARONOWITZ, P. Congestive heart failure. **Medical Clinics of North America**, v. 106, n. 3, 4 abr. 2022.

GHANI, U. et al. The Spectrum of Heart Failure Management. **Cureus**, 18 jun. 2023.

HAIJOLI, S.; LUDHWANI, D. **Heart failure and ejection fraction**. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK553115/>>.

HEIDENREICH, P. A. et al. 2022 AHA/ACC/HFSA Guideline for the Management of Heart Failure: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. **Circulation**, v. 145, n. 18, 1 abr. 2022.

JOSHI, R. et al. Practice patterns in the management of congestive heart failure and post-discharge quality of life: A hospital-based cross-sectional study. **Journal of Family Medicine and Primary Care**, v. 9, n. 11, p. 5592, 2020.

KING, K. C.; GOLDSTEIN, S. **Congestive heart failure and pulmonary edema**. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554557/>>.

LA FRANCA, E. et al. Physiopathology and Diagnosis of Congestive Heart Failure: Consolidated Certainties and New Perspectives. **Current Problems in Cardiology**, v. 46, n. 3, p. 100691, ago. 2020.

MALIK, A. et al. **Congestive heart failure**. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430873/>>.

MALIK, A.; BRITO, D.; CHHABRA, L. **Congestive Heart Failure (CHF)**. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28613623/>>.

RASMUSSEN, M. et al. Global Variations in Heart Failure Etiology, Management, and Outcomes. v. 329, n. 19, p. 1650–1650, 16 maio 2023.

ROSSIGNOL, P. et al. Heart failure drug treatment. **The Lancet**, v. 393, n. 10175, p. 1034–1044, 9 mar. 2019.

SAPNA, F. N. U. et al. Advancements in Heart Failure Management: A Comprehensive Narrative Review of Emerging Therapies. **Cureus**, v. 15, n. 10, 4 out. 2023.

SAVARESE, G. et al. Global Burden of Heart failure: a Comprehensive and Updated Review of

Epidemiology. **Cardiovascular Research**, v. 118, n. 17, 12 fev. 2022.

SCHWINGER, R. H. G. Pathophysiology of heart failure. **Cardiovascular Diagnosis and Therapy**, v. 11, n. 1, p. 263–276, fev. 2021.

ZIAEIAN, B.; FONAROW, G. C. Epidemiology and aetiology of heart failure. **Nature reviews. Cardiology**, v. 13, n. 6, p. 368–78, 2016.