



Insuficiência cardíaca

Resumo de diretriz NHG M51 (segunda revisão, julho 2010)

Hoes AW, Voors AA, Rutten FH, Van Lieshout J, Janssen PGH, Walma EP

traduzido do original em holandês por Luiz F.G. Comazzetto • 2014

autorização para uso e divulgação sem fins lucrativos à Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade



Conteúdo

- Diagnóstico
 - Anamnese
 - Exame físico
 - Exames complementares para identificar a presença de insuficiência cardíaca
 - Exames voltados à definição de causa, gravidade e prognóstico
 - Avaliação
- Conduta
 - Informação e mudança em estilo de vida
 - Medicação
 - Dosagem de medicação para insuficiência cardíaca (dose inicial e alvo)
 - Acompanhamento
 - Consulta e encaminhamento

O programa de diretrizes da Associação Holandesa de Clínica Geral (NHG) foi desenvolvido para médicos de clínica geral no contexto do sistema de saúde holandês. A Associação não garante a eficácia das diretrizes para utilização em outros países. A informação é apenas para uso educacional e/ou profissional e é fornecida de boa fé, sem qualquer garantia expressa ou implícita. A Associação não se responsabiliza por qualquer perda ou dano resultante do uso das informações contidas nas diretrizes. Todo o acesso e utilização é de responsabilidade do usuário final.

Insuficiência cardíaca aguda

- Contexto
- Diagnóstico
 - Exame físico
- Conduta
 - Medicação

- Encaminhamento

Diagnóstico

Anamnese

Informe-se sobre a presença de:

- Regressão na capacidade de exercício físico;
- Falta de ar: dispnéia de esforço ou em repouso, ortopnéia, dispnéia paroxística noturna;
- fadiga;
- possíveis causas ou fatores que desencadeiem a insuficiência cardíaca: angina, distúrbios cardíacos de ritmo ou condução; uso de drogas inotrópicas negativas, NSAIDs¹, corticosteróides ou tiazolidinedionas.

Exame físico

- geral: estado nutricional, peso corporal;
- pulso: frequência (taquicardia ou bradicardia?), ritmo (regular ou irregular?), qualidade;
- pressão arterial: sistólica, diastólica, pressão de pulso;
- aumento da pressão venosa central, edema periférico, fígado aumentado, ascite, crepitações pulmonares, hipossonoridade à percussão dos campos pulmonares inferiores sugerindo derrame pleural;
- frequência respiratória (taquipnéia?);
- coração: ictus cardíaco palpável lateralmente à linha hemiclavicular em decúbito dorsal ou difuso/propulsivo em decúbito lateral esquerdo, terceira bulha (ritmo de galope), sopros cardíacos indicando anormalidade valvular.

Exames complementares para identificar a presença de insuficiência cardíaca

Se houver suspeita de insuficiência cardíaca efetuar eletrocardiograma (ECG) e determinar (NT-pro)BNP¹. Em ECG anormal ou (NT-pro)BNP elevado, outros exames complementares são indicados forma de exames laboratoriais, ecocardiograma e, opcionalmente, uma radiografia de tórax. Os valores de corte de (NT-pro)BNP diferem na insuficiência cardíaca

aguda (NT-proBNP > 400 pg/ml, BNP >100 pg/ml) e insuficiência cardíaca desenvolvida gradualmente (NT-proBNP >125 pg/ml, o BNP > 35 pg/ml).

Exames voltados à definição de causa, gravidade e prognóstico

- exames laboratoriais: PCR, diferenciação de leucócitos, Hb, Ht, glicose, sódio, potássio, creatinina e TFGe, ALT e AST e gama-GT, TSH, perfil lipídico;
- ECG (se ainda não realizado);
- radiografia de tórax;
- ecocardiografia;
- Outros: ECG durante exercício ou angiografia coronária em suspeita de isquemia; espirometria para detectar ou descartar asma/DPOC).

Avaliação

- Estabelecer o diagnóstico *insuficiência cardíaca* em presença de sinais condizentes a esse diagnóstico e fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) ecográfica abaixo de 45% (*insuficiência cardíaca sistólica*) ou disfunção diastólica e uma FEVE > 45% (*insuficiência cardíaca diastólica*).
- Em ECG e (NT-pro)BNP normais o diagnóstico de insuficiência cardíaca é altamente improvável.
- Se a insuficiência cardíaca não puder ser excluída por ECG e (NT-pro)BNP, um ecocardiograma deve ser realizado sempre, para diagnóstico e determinação da causa da insuficiência cardíaca.

Conduta

Informação e mudança em estilo de vida

- Evitar o uso de NSAIDs² sempre que possível.
- Aconselhar o paciente a pesar-se diariamente.
- Instruir o paciente em relação ao uso de diuréticos de forma flexível.
- Aconselhar a restrição de sódio.
- Considere a restrição de líquidos até 1,5 a 2 litros por dia em pacientes com insuficiência cardíaca grave.
- Considere a redução de peso em pacientes obesos (IMC >30 kg/m²).
- Recomendar vacinação contra a gripe anualmente.

- Desaconselhar o tabagismo e a limitar a ingestão de álcool a 1-2 unidades por dia.
- Aconselhar treino de resistência física a todos os pacientes com insuficiência cardíaca crônica estável.
- Desaconselhar permanência em altitudes elevadas e em regiões quentes aos pacientes com queixas.
- Os pacientes em classe funcional IV (NYHA³), não são adequados para a condução de veículos motorizados.

Medicação

- Em pacientes com insuficiência cardíaca em classe funcional II-IV iniciar tanto diurético quanto um inibidor da ECA, e
- aumento gradativo da dose em paciente clinicamente estável (sem sinais clínicos evidentes de acúmulo de líquidos).
- Adicionar em paciente clinicamente estável sempre um betabloqueador e aumentar gradativamente as doses do inibidor da ECA e betabloqueador até atingir dose alvo ou dose máxima tolerada.

Todos os pacientes com *insuficiência cardíaca sistólica* recebem o tratamento acima a menos que existam contra-indicações.

- Adicionar antagonista de aldosterona se apesar do uso adequado de inibidor da ECA, diuréticos e betabloqueador sintomas graves (classe NYHA III-IV) persistirem.
ou:
- Prescrever antagonistas dos receptores da angiotensina (ARAs), como uma alternativa ao antagonista de aldosterona.
- Considere a adição de digoxina em pacientes com fibrilação atrial que, apesar do betabloqueador, uma frequência ventricular em repouso >80/min ou em esforço >110-120/min permanece.
- Considere a adição de digoxina em pacientes com ritmo sinusal que mantêm queixas, apesar do tratamento com inibidor da ECA, diuréticos, betabloqueadores e antagonistas da aldosterona ou antagonista de ARA.

Dosagem de medicação para insuficiência cardíaca

(dose inicial / dose alvo; dd = vezes por dia)

- *Inibidores da ECA*: captopril 6,25 mg 3dd / 50-100 mg 3dd; enalapril 2,5 mg 2dd / 10-20 mg 2dd; lisinopril 2,5-5 mg 1dd / 20-35 mg 1dd; ramipril 2,5 mg 1dd / 5 mg 2dd;trandolapril 0,5 mg 1dd / 4 mg 1dd.
- *Diuréticos*: furosemida 20-40 mg / 40-240 mg; bumetanida 0,5-1,0 mg / 1-5 mg; hidroclorotiazida 25 mg / 12,5-100 mg; clorotalidona 25 mg / 12,5-50 mg.
- *Betabloqueadores*: bisoprolol 1,25 mg 1dd / 10 mg 1dd; carvedilol 3,125 mg 2dd / 25-50 mg 2dd; succinato de metoprolol com liberação prolongada 12,5-25 mg 1dd / 200 mg 1dd; nebivolol 1,25 mg 1dd / 10 mg 1dd.
- *Antagonistas da aldosterona*: espironolactona 25 mg 1dd / 25 mg (em insuficiência cardíaca progressiva eventualmente 50 mg 1dd); eplerenona 25 mg 1dd / 50 mg 1dd.
- *ARA*: candesartana 4 ou 8 mg 1dd / 32 mg 1dd; valsartana 40 mg 2dd / 160 mg 2dd.

Acompanhamento

- Verificar a função renal e eletrólitos séricos no início do tratamento e 1-2 semanas após o início do tratamento. Função renal e eletrólitos séricos são verificados 1, 2, 3 e 6 meses após atingir a dose alvo e, em seguida, a cada 6 meses. Controles adicionais de potássio sérico em TFG de 10-50 ml/min, e a utilização de antagonista de aldosterona.
- Determinar a pressão arterial, taxa de pulso e peso.
- Controle trimestral em pacientes estáveis.
- Dar atenção à tolerância a exercício físico e eventuais efeitos adversos da medicação.
- Em aumento de sintomas buscar fatores desencadeadores como infecção, o uso de NSAID, sal extra ou prática (ou aderência) incorreta da terapia.

Consulta e encaminhamento

- em caso de dúvida sobre o diagnóstico insuficiência cardíaca ;
- para a realização e interpretação de ecocardiografia;
- em melhoria insuficiente mesmo com terapia medicamentosa ou deterioração abrupta;
- na insuficiência cardíaca como resultado de distúrbios potencialmente corrigíveis;
- suspeita de um enfarte do miocárdio recente;
- se PCI ou CRM for opção de tratamento para a angina e/ou anormalidades de segmento ST-T, no ECG, característico de isquemia;
- em pacientes relativamente jovens;
- na suspeita de cardiomiopatia;
- se em insuficiência cardíaca sistólica FEVE <35% em pacientes com sintomas apesar da terapia ideal com três medicamentos (diuréticos, inibidores da ECA,

betabloqueadores) para avaliar se um cardioversor desfibrilador implantável (CDI) é indicado;

- em insuficiência cardíaca sistólica em pacientes com sintomas apesar da terapia ideal com quatro medicamentos (diuréticos, inibidores da ECA, beta-bloqueadores e antagonistas da aldosterona ou ARA) e complexo QRS alargado (> 120 ms) para avaliar se a terapia de ressincronização cardíaca (TRC) é indicada.

Insuficiência cardíaca aguda

Contexto⁴

Na insuficiência cardíaca aguda, há um rápido início ou rápida evolução nos sintomas. As causas incluem isquemia inclusive infarto agudo do miocárdio, arritmias, disfunção de válvula, distúrbio no pericárdio, pressões elevadas de enchimento ou aumento da resistência periférica.

Diagnóstico

Exame físico

- impressão geral e avaliação da circulação periférica e temperatura da pele;
- pulso: geralmente taquicardia e pulso 'fino' devido à (nor)adrenalina;
- pressão arterial: a pressão arterial baixa é a maior ameaça;
- ausculta: sopros e terceira ou quarta bulha;
- ausculta dos pulmões: estertores crepitantes basais bilaterais, roncos e sibilos.

Especialmente em uma exacerbação aguda de insuficiência cardíaca crônica também pode haver hipossonoridade à percussão dos campos pulmonares inferiores e ruídos respiratórios diminuídos ou ausentes na região basal (característico de derrame pleural);

- pressão venosa central: elevada.

Conduta

Este texto é uma tradução literal das diretrizes clínicas holandesas de medicina de família e comunidade para o português do Brasil.

Medicação

- *Diurético de alça*: em retenção moderada de líquidos administrar furosemida 20-40 mg ou bumetanida 0,5-1 mg por via oral ou intravenosa (i.v.); em retenção severa de fluidos furosemida até 100 mg i.v. ou bumetanida ou até 4 mg por via oral ou i.v.
- *Vasodilatadores*: se não houver hipotensão sintomática, pressão arterial sistólica <90 mmHg ou doença valvular obstrutiva grave. Na situação ambulante a administração sublingual pode ser eficaz. Até que os sintomas melhorem ou a pressão arterial <90 mmHg, pode ser administrado a cada três minutos 0,8-1,6 mg de nitroglicerina.
- *Oxigênio*⁴: é recomendado em pacientes hipoxêmicos. Administrar 5-20 l/min com saturação alvo de oxigênio >95% (em pacientes com DPOC >90%). Na DPOC grave deve haver vigilância para evitar hipercapnia e até 2 l/min pode ser administrado.
- *Morfina*: pode ser administrada em agitação, ansiedade, dispnéia ou dor no peito. Administração de 2,5-5 mg i.v. pode ser repetido tanto quanto necessário. Aconselha-se precaução em hipotensão, bradicardia, bloqueio atrioventricular de segundo ou terceiro grau, ou retenção de CO₂.

Encaminhamento

Em caso de resultados insuficientes ao tratamento, estrutura inadequada para cuidados ou suspeita de infarto do miocárdio ou outra causa tratável (de forma invasiva) da insuficiência cardíaca aguda.

Notas do tradutor

NT-pro BNP ou BNP: Peptídeo natriurético do tipo B

NSAID: anti-inflamatório não esteroidais (*non-steroidal anti-inflammatory drugs*)

Classificação funcional da *New York Heart Association*

No sistema médico holandês, muitos pacientes entram em contato com o médico de família em caso de emergência. Após uma curta anamnese pelo telefone o médico da família define o grau de urgência, necessidade de visita imediata e/ou contato com ambulância. Os pacientes residem nas proximidades do consultório e em muitas situações o médico de família chega ao paciente antes da ambulância. O médico de família normalmente é equipado com oxímetro de pulso, máscara para respiração 'boca-boca' e diversas medicações. Em alguns casos também há equipamento para administração de oxigênio.