

MANEJO DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA AGUDA NA EMERGÊNCIA

 <https://doi.org/10.56238/arev7n3-034>

Data de submissão: 06/02/2025

Data de publicação: 06/03/2025

Bruno Toniazzo

Graduado em Medicina na Universidade Nove de Julho - São Paulo

E-mail: bruno.toniazzo@hotmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-3315-1637>

LATTES: <http://lattes.cnpq.br/0162866699414929>

Pedro Augusto Barbosa Silva

Graduando em Medicina na Universidade Federal de Jataí - UFJ

E-mail: pedro_gsia321@outlook.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7231-0388>

LATTES: <http://lattes.cnpq.br/3175287960222541>

Anna Laura Teixeira da Motta

Graduanda em Medicina na Unigranrio Barra da Tijuca

E-mail: laurateixeira.contato@gmail.com

Isadora Lamarque Dal'Lago

Graduanda em Medicina na Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP

E-mail: dallago.isadora@gmail.com

LATTES: <http://lattes.cnpq.br/5153870923429662>

Eduarda Oliveira Cochito

Graduanda em Medicina na UNIDERP

E-mail: ddudaoliveira@hotmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8754-9378>

Silvia Helena Soares Gianini

Graduada em Enfermagem e Doutorado em "Ciências da Saúde e Comunicação Humana" -
UNESP/MARÍLIA

E-mail: silgianini@hotmail.com

LATTES: <http://lattes.cnpq.br/2640042750777883>

Ianca Carolina Santos de Souza

Graduanda em Medicina na Universidad María Auxiliadora - UMAX

E-mail: mediancacarolina@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-2292-4701>

LATTES: <http://lattes.cnpq.br/5098852495125610>

Bergson Matos de Araújo

Graduado em Medicina na Universidade Federal do Amapá
E-mail: drbergsonaraujo@gmail.com

Vilagran Lima da Costa

Graduando em Fisioterapia na UNINASSAU
E-mail: limavilagran@gmail.com
LATTES: <http://lattes.cnpq.br/2643685988991866>

Fabia Santos Oliveira

Graduanda em Medicina na Universidade Estadual de Feira de Santana
E-mail: Dra.fabiasantos.fs@gmail.com

Giovanna Belchior Alves Ribeiro

Graduando de Medicina na Faculdade de Medicina de Petrópolis
E-mail: gigisub@yahoo.com.br

RESUMO

Introdução: A insuficiência cardíaca é uma das principais causas de morbimortalidade no mundo, principalmente, em idosos. A doença é definida como uma disfunção cardíaca, onde o coração não apresenta capacidade de gerar um volume sistólico adequado que supra as necessidades metabólicas do organismo, ou que é capaz, porém às custas de níveis pressóricos de enchimentos maiores. **Objetivo:** Analisar o manejo dos pacientes com insuficiência cardíaca aguda na emergência. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão integrativa dos últimos 3 anos, do período de 2022 a 2025, utilizando a base de dados Medline, IBECs e LILACS. Os descritores utilizados foram: "insuficiência cardíaca" "emergência" "tratamento" "diagnóstico" "manejo". Foram encontrados 47 artigos, sendo eles submetidos aos critérios de seleção. Além disso, foi utilizado um documento de Medicina Intensiva. Os critérios de inclusão foram artigos disponibilizados na íntegra e que se relacionavam à proposta estudada. Os critérios de exclusão foram artigos disponibilizados na forma de resumo, relatos de caso e que não se relacionavam à proposta estudada. **Resultados e Discussão:** O manejo envolve atingir o equilíbrio hemodinâmico, além da melhora da capacidade funcional, somado a identificação de potenciais causas dessa descompensação. Geralmente envolve controle pressórico e da congestão. O manejo inicial do paciente se faz com uso de oxigenoterapia, uso de vasodilatadores e diuréticos para melhora dos sintomas. Após o manejo inicial se planeja os próximos passos como a avaliação de comorbidades associadas para o manejo de outras condições conforme as particularidades do paciente. Pacientes com alto risco apresentam mais chances de complicações e mortalidade, sendo importante a internação. Indivíduos com baixo risco podem lançar mão do tratamento ambulatorial. **Conclusão:** Nessa perspectiva, a identificação da doença e seu respectivo manejo é importante para melhora do prognóstico.

Palavras-chave: Insuficiência Cardíaca. Tratamento. Manejo. Emergência.

1 INTRODUÇÃO

A insuficiência cardíaca (IC) é um problema global que afeta a saúde pública, sendo uma das principais causas de morbimortalidade, principalmente, nos indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos (FOUNTOULAKI *et al.*, 2023). Nos Estados Unidos se estima uma prevalência de 6 milhões de cidadãos e na Europa 15 milhões apresentam IC (FOUNTOULAKI *et al.*, 2023). Essa condição está relacionada a hospitalização frequentes no departamento de emergência (FOUNTOULAKI *et al.*, 2023). Há uma melhora da taxa de mortalidade nos últimos anos, mas ainda é um valor importante (SILVERS *et al.*, 2022). A taxa de mortalidade em um período de 30 dias, 1 ano e 5 anos, corresponde, respectivamente, a 10%, 22% e 42% (SILVERS *et al.*, 2022).

A doença é definida como uma disfunção cardíaca, onde o coração não apresenta capacidade de gerar um volume sistólico adequado que supra as necessidades metabólicas do organismo, ou que é capaz, porém às custas de níveis pressóricos de enchimentos maiores (AZEVEDO, 2022). Isso acarreta em um trabalho maior do coração em pressões diastólicas maiores para gerar volumes sistólicos reduzidos a de um coração, normalmente, saudável (AZEVEDO, 2022). Há um aumento da pressão do átrio esquerdo e hipertensão venocapilar, estando associado a formação do edema pulmonar, diminuição do volume sistólico e arterial efetivo, acarretando retenção hídrica e de sódio (AZEVEDO, 2022). A hipertensão venosa e congestão sistêmica são uma das características importantes nos pacientes com essa doença descompensada (AZEVEDO, 2022).

Os fatores de risco para aumento da morbidade e mortalidade na insuficiência cardíaca aguda (ICA) em pacientes na emergência são a hipotensão, função renal prejudicada, evidências no ECG de isquemia, hiponatremia e biomarcadores cardíacos elevados, como, por exemplo, a troponina (FOUNTOULAKI *et al.*, 2023).

Uma das principais manifestações clínicas dos pacientes com ICA é a dispneia na emergência (FOUNTOULAKI *et al.*, 2023). Está relacionada à deterioração gradual ou rápida dos sinais e sintomas da IC, necessitando de um tratamento urgente para melhora do prognóstico (SILVERS *et al.*, 2022). As manifestações estão relacionadas ao aumento da congestão pulmonar, promovendo o aumento da pressão do enchimento do ventrículo esquerdo, podendo estar presente em pacientes tanto com fração de ejeção reduzida, quanto fração normal (SILVERS *et al.*, 2022).

O diagnóstico é feito pela história clínica e o exame físico, além disso, exames como eletrocardiograma (ECG), peptídeos natriuréticos, ultrassonografia e radiografia de tórax podem auxiliar nesse diagnóstico (FOUNTOULAKI *et al.*, 2023). O ultrassom auxilia, nos casos de dúvidas diagnósticas, por sua boa sensibilidade, sendo importante a identificação e respectivo tratamento para melhora do prognóstico do paciente (RUSSELL *et al.*, 2023; SCOTT *et al.* 2024).

As principais classificações clínicas da IC são a NYHA e ACC/AHA (tabela 1):

Tabela 1: Classificação da IC

Classificação funcional (NYHA)	Estágios da IC (ACC/AHA)
Classe I – sem sintomas e limitação das atividades rotineiras; > 6 METs na ergometria	Estágio A – alto risco de insuficiência cardíaca, porém sem anormalidades estruturais ou funcionais
Classe II – leves sintomas e limitações em atividades rotineiras. Dispneia a esforços habituais. 4 a 6 METs na ergometria.	Estágio B – presença de doença estrutural cardíaca, mas manifestações clínicas
Classe III – com limitação importante na atividade física; Atividades menores que as rotineiras produzem sintomas. Dispneia a esforços menores que os habituais. 2-4 METs na ergometria.	Estágio C – presença de sinais e sintomas de insuficiência cardíaca associados à doença estrutural de base
Classe IV – sintomas presentes mesmo em repouso. Não tolera a ergometria.	Estágio D – doença estrutural cardíaca avançada com sintomas de insuficiência cardíaca ao repouso

ACC: American College of Cardiology; **AHA:** American Heart Association; **NYHA:** New York Heart Association. **MET:** equivalente metabólico da tarefa.

Fonte: Medicina Intensiva, 2022.

O tratamento adequado no departamento de emergência é importante para a melhora da morbimortalidade do paciente (FOUNTOULAKI *et al.*, 2023).

O objetivo do trabalho é analisar o manejo dos pacientes com insuficiência cardíaca aguda na emergência.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa dos últimos 3 anos, do período de 2022 a 2025, o site utilizado para pesquisa foi a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e as bases de dados da Medline, IBECs e LILACS. Os descritores utilizados foram: "insuficiência cardíaca" "emergência" "tratamento" "diagnóstico" "manejo". Foram encontrados 47 artigos, sendo eles submetidos aos critérios de seleção. Além disso, foi utilizado um documento de Medicina Intensiva.

Os critérios de inclusão utilizados foram artigos independentes do idioma, do período de 2022 a 2025, que se relacionavam à proposta estudada e que foram disponibilizados na íntegra. Os critérios de exclusão foram: artigos disponibilizados na forma de resumo, relatos de caso e que não tinham relação com a proposta estudada.

Após a seleção restaram 10 artigos além do documento de medicina intensiva. Os artigos foram submetidos a uma análise minuciosa para coleta de dados. Os resultados foram mostrados de forma descritiva.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O manejo envolve atingir o equilíbrio hemodinâmico, além da melhora da capacidade funcional, somado a identificação de potenciais causas dessa descompensação (SAX *et al.*, 2022). Na emergência a ICA é focada em garantir a estabilidade hemodinâmica e melhora dos sintomas (SAX *et al.*, 2022). Geralmente está relacionado ao controle da pressão arterial e no grau de congestão (SAX *et al.*, 2022). O uso de vasodilatadores pode ser utilizado para correção de pressões de enchimento elevado e/ou pós-carga (SAX *et al.*, 2022). Não há um melhor vasodilatador, embora a nitroglicerina seja mais utilizada por ser mais fácil titular (SAX *et al.*, 2022).

Referente ao tratamento da congestão se pode utilizar diuréticos, sendo responsáveis pela melhora sintomática nas primeiras horas da sua administração (SAX *et al.*, 2022). O tratamento dessa congestão é um dos pontos chaves a ser feito (SAX *et al.*, 2022). A persistência da congestão está associada a um dos principais fatores da rehospitalização (MIRÓ *et al.*, 2022).

Após o manejo inicial se planeja próximos passos como a avaliação de comorbidades associadas, como hipoperfusão subaguda, doença renal crônica avançada, arritmias não controladas, resistência diurética, doença valvar grave, congestão significativa ou IC de início recente (SAX *et al.*, 2022). Nesses casos, onde são considerados mais graves, deve-se realizar a internação hospitalar para avaliação e cuidados mais intensivos, no intuito de controlar e tratar essas condições e logo, melhorar o prognóstico do paciente (SAX *et al.*, 2022; MIRÓ *et al.*, 2023). Pacientes sem comorbidades que apresentam um menor risco para evolução de quadros mais graves e com menor chance de mortalidade, após tratamento inicial, se caso apresentar melhora dos sintomas, pode-se estabelecer um plano para alta hospitalar, acompanhamento ambulatorial e um plano terapêutico para garantir essa melhora contínua dos sintomas após a alta (SAX *et al.*, 2022; MIRÓ *et al.*, 2023). Ajuste das medicações após a alta deve ser realizado, como o uso de diuréticos (MIRÓ *et al.*, 2022). A medicamentos que estão associados a redução da readmissão dos pacientes no hospital, como uso de inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA) ou sacubitril-valsartan, inibidores de SGLT2, betabloqueadores, espironolactona, cirurgia de revascularização miocárdica (AZEVEDO,2022). Medicamentos, incluindo o IECA e betabloqueadores são importantes por serem modificadores do curso da doença e melhorar o prognóstico (MIRÓ *et al.*, 2022).

Na emergência se observa o uso de medicamentos como enoxaparina, clopidogrel e ácido acetilsalicílico (DA SILVA TEIXEIRA *et al.*, 2024). Seu uso está relacionado ao fato de pacientes com IC apresentarem maior risco de trombose, sendo justificado o uso da enoxaparina (DA SILVA TEIXEIRA *et al.*, 2024). Já os antiagregantes plaquetários podem ser usados como papel preventivo de possíveis eventos cardiovasculares, uma vez que a síndrome coronariana aguda é uma causa comum da descompensação dessa doença (DA SILVA TEIXEIRA *et al.*, 2024).

Nos casos de fibrilação atrial associado a ICA no departamento de emergência o controle da frequência e controle do ritmo quando indicado, além da anticoagulação são os aspectos importantes para intervenção terapêutica (VELLIUO *et al.*, 2023).

É importante identificar as particularidades e perfis clínicos dos pacientes, não só inicialmente garantindo o tratamento com diuréticos e vasodilatadores, além da oxigenoterapia (PEÑA-GIL, 2022; DA SILVA TEIXEIRA *et al.*, 2024). Cada um apresenta objetivos terapêuticos específicos a depender das suas particularidades, sendo importante o controle da pressão arterial, tanto pré-carga, quanto pós-carga com o uso de vasodilatadores, a diminuição da congestão pelo uso de diuréticos, o controle do ritmo e da frequência com uso, por exemplo, de antiarrítmicos e cronotrópicos negativos, a melhora do débito cardíaco com uso de inotrópicos ou a própria correção de medidas reversíveis, como terapias avançadas, cirurgia cardíaca e revascularização coronariana (PEÑA-GIL, 2022; DA SILVA TEIXEIRA *et al.*, 2024). Na maior parte dos casos pacientes com função sistólica preservada não necessitam do uso de inotrópico para hipotensão (PEÑA-GIL, 2022).

4 CONCLUSÃO

Nessa perspectiva, evidencia-se a importância da identificação dessa condição pelos achados clínicos, além de exames complementares e de imagem, se necessário, para o diagnóstico. A identificação precoce e seu respectivo tratamento é importante para a melhora do prognóstico. O manejo inicial se faz com uso de oxigenoterapia, uso de vasodilatadores e diuréticos para melhora dos sintomas. Pode-se lançar mão de outros medicamentos a depender das comorbidades e particularidades do paciente. A identificação dos fatores de risco é importante para guiar a terapêutica e manejo do paciente, indo desde internação hospitalar nos que apresentam maior risco de mortalidade e complicações, até manejo ambulatorial nos de baixo risco.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, L. C. P. et al. Medicina intensiva : abordagem prática. 5. ed. Santana de Parnaíba [SP] : Manole, 2022.

DA SILVA TEIXEIRA, J. *et al.* PERFIL CLÍNICO, FARMACOTERAPÊUTICO E LABORATORIAL DE PACIENTES INTERNADOS COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA AGUDA. Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR, [S. l.], v. 28, n. 1, p. 344–364, 2024. DOI: 10.25110/arqsaude.v28i1.2024-10722.

FOUNTOULAKI, K. *et al.* Emergency department risk assessment and disposition of acute heart failure patients: existing evidence and ongoing challenges. Heart Fail Journal.p. 28(4):781-793, Jul. 2023. doi: 10.1007/s10741-022-10272-4.

MIRÓ, Ò. *et al.* Decisión de hospitalización o alta en pacientes con insuficiencia cardiaca aguda en urgencias, su adecuación con la gravedad de la descompensación e impacto pronóstico. Emergencias. p. 35:261-269, 2023. DOI 10.55633/s3me/E041.2023.

MIRÓ, O. *et al.* Organización y práctica clínica actual en los servicios de urgencias españoles en la atención a los pacientes con insuficiencia cardiaca aguda. Emergencias. p. 34:84-94, 2022. DOI: 10.55633/s3me/E082.2022

PEÑA-GIL, C.; GONZÁLEZ-SALVADO, V.; FIGUERAS-BELLOT, J. Insuficiencia cardiaca aguda. La urgencia cardiológica por excelencia. REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA. p. 9-11, 2022. DOI <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2021.06.029>.

RUSSELL , F. M. *et al.* Prehospital lung ultrasound in acute heart failure: Impact on diagnosis and treatment. Acadamec Emergency Medicine. 2023. DOI <https://doi.org/10.1111/acem.14811>

SAX, D. R. *et al.* Current Emergency Department Disposition of Patients With Acute Heart Failure: An Opportunity for Improvement. Journal of Cardiac Failure, Volume 28, Issue 10, 1545 - 1559, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cardfail.2022.05.006>

SCOTT, C. *et al.* Cardiac Point-of-Care Ultrasound and Multi-Disciplinary Improvement Opportunities in Acute Systolic Heart Failure Management in a Pediatric Emergency Center. Pediatric Cardiology. p. 45(6):1353-1358, Aug.2024. DOI: 10.1007/s00246-023-03125-w.

SILVERS, S. M. *et al.* Clinical Policy: Critical Issues in the Evaluation and Management of Adult Patients Presenting to the Emergency Department With Acute Heart Failure Syndromes. Annals of Emergency Medicine, Volume 80, Issue 4, e31 - e59, 2022. doi: <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2022.05.027>

VELLIOU, M. *et al.* The Optimal Management of Patients with Atrial Fibrillation and Acute Heart Failure in the Emergency Department. Medicina (Kaunas). p.59(12):2113. Dec. 2023. doi: 10.3390/medicina59122113.