A NOVA DEFINIÇÃO E ESTADIAMENTO UNIVERSAL DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

Autores

Ana Paula Chedid Mendes¹, Evandro Tinoco Mesquita²

¹Universidade Federal Fluminense; Sexta Enfermaria Santa Casa Rio de Janeiro

²Presidente do DEIC; Vice Presidente da Sociedade Interamericana de Cardiologia; Professor da Universidade Federal Fluminense; Educador CTEB-UHG; Instituto Cardiovascular CHN/DASA; Sexta Enfermaria Santa Casa Rio de Janeiro; Sexta Enfermaria Santa Casa Rio de Janeiro

A primeira definição de insuficiência cardíaca (IC) publicada em livro foi de Lewis¹, em 1933, e apresentava forte correlação com estado edematoso, uma vez que a IC, na época, era o principal fator fisiopatológico contribuinte para o edema e dispnéia. Era descrita, portanto, como “condição em que o coração não consegue descarregar seu conteúdo adequadamente”. Com advento do estudo hemodinâmico invasivo, Braunwald² em 1992 publicou uma nova definição para IC que, acrescenta e destaca, o conceito das pressões de enchimento e descreve a IC como “incapacidade do coração de bombear sangue de forma a atender às necessidades metabólicas tissulares, ou pode fazê-lo somente com elevadas pressões de enchimento”. Esse conceito, embora útil do ponto

de vista fisiopatológico, não é aplicado para maioria dos pacientes com IC e está presente somente nas formas terminais da doença.

John Cleland, importante cardiologista e líder global da pesquisa na IC, tem chamado atenção para dois aspectos, o primeiro, a importância da congestão para definição IC e outro, a necessidade de uma definição universal. Além disso, a IC contemporânea tem destacado a busca pela etiologia e compreensão dos mecanismos fisiopatológicos, assim como a classificação em fenótipos clínicos. Esses pontos são fundamentais para definição e otimização terapêutica, que, em muitos casos, proporcionam mudança na história natural da doença com desfechos favoráveis. Carlos Chagas (Figura 1), ainda no início da década de 90, caracterizou a insuficiência cardíaca chagásica com a descrição de sinais e sintomas, como dispneia e edema de membros inferiores; dilatação das câmaras cardíacas, evidenciada pela ampliação marcada da silhueta cardíaca na radiografia de tórax. Descreveu, também, importantes descobertas sobre os aspectos histológicos de pacientes com cardiopatia crônica — infiltração de cé-

lulas mononucleares e grave esclerose intersticial do miocárdio, atribuindo o quadro clínico a essas lesões miocárdicas subjacentes.

Ou seja, a caracterização da IC como uma síndrome clínica associada a diferentes etiologias no contexto contemporâneo, tem a congestão como integrante fundamental nos sintomas e sinais clínicos, no impacto na qualidade de vida e necessidade de hospitalização e também no prognóstico. Portanto, mecanismos envolvidos na congestão têm se tornado uma importante meta diagnóstica e terapêutica. Diferentes métodos, invasivos e não invasivos — biomarcadores, ecodoppler, hemodinâmica invasiva, ultrassom pulmonar e bioimpedância torácica têm permitido a detecção precoce da congestão, até mesmo em sua fase pré sintomática.

Figura 1: Carlos Chagas, em seu laboratório no Instituto Oswaldo Cruz

mitido a detecção precoce da congestão, até mesmo em sua fase pré sintomática.

Em março de 2021 foi publicado, pioneira e simultaneamente, no *Journal of Cardiac Failure* e *European Journal of Heart Failure*, uma nova definição universal e classificação para insuficiência cardíaca (IC)³. Este documento foi elaborado pelas sociedades europeia, americana e japonesa de insuficiência cardíaca e apoiado pelas sociedades de IC canadense, indiana, chinesa, australiana e da Nova Zelândia. Os objetivos da publicação foram fornecer uma **definição universal**, simples, mas abrangente, e que possa garantir uma padronização nas pesquisas clínicas, diretrizes, assistência e frente aos pacientes e formadores de políticas públicas; propor uma **classificação revisada** e baseada na fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) a fim de guiar terapia de acordo com a categoria da IC e por fim, revisar os **estágios da IC**, visando prognóstico e com ênfase na prevenção.

As definições são diferentes entre as diretrizes de diversas sociedades e divergem dos livros texto, trazem o conceito de sintomas e sinais associados a anormalidades hemodinâmicas e neuro-hormonais, que não são simples e facilmente mensuráveis. A nova definição é abrangente, permite unificar e facilitar o reconhecimento da IC e incorpora não somente sinais e sintomas, mas também, marcadores objetivos de disfunção e causados por uma anormalidade

cardíaca funcional ou estrutural e corroborada por elevação dos peptídeos natriuréticos (PNs) e/ou evidência de congestão pulmonar ou sistêmica (Figura 2). Os sinais e sintomas citados no documento foram expandidos e divididos em mais específicos e menos específicos e em típicos e atípicos, respectivamente (Quadro 1). Além disso, foi incorporado pela primeira vez valores de corte para PNs, assim como uma lista de situações que poderiam influenciar seu valor. Isso foi um ponto importante, pois são biomarcadores com alto poder de aceitar ou rejeitar a síndrome e traz objetividade e facilidade para diagnóstico.

Figura 2: Nova definição universal de IC

A nova classificação de acordo com a FEVE permite a construção de um fenótipo que orienta o tratamento. Destaca-se a substituição do termo “mid-range” por FE levemente reduzida uma vez que os dados atualmente disponíveis evidenciam benefício do bloqueio neurohomonal neste grupo de pacientes, semelhante aos re-

sultados em pacientes com ICFER4. Outro ponto importante e que a nova definição chama atenção é a trajetória da FEVE, pacientes com ICFER podem melhorar a FEVE com o manejo otimizado; assim como, pode ocorrer declínio acelerado da FE, sinalizando a necessidade de intensificação da terapia.

- IC com FE reduzida: IC com FEVE $\leq$ 40 %.
- IC com FE levemente reduzida: IC com FEVE 41-49%.
- IC com FE preservada: IC com FEVE $\geq$ 50%.
- IC com FE melhorada: IC com FEVE basal $\leq$ 40%, com aumento de 10 pontos FEVE basal e FEVE $\geq$ 40%.

Quadro 1: Sintomas e Sinais de IC	
Sintomas	
Típicos	Atípicos
Dispneia	Respiração ofegante
Ortopneia	Sensação de inchaço
Dispneia paroxística noturna	Plenitude pós prandial
Bendopneia	Perda apetite
Fatiga / cansaço	Declínio função cognitiva
Tolerância reduzida ao exercício	Depressão
Incapacidade exercício	Tontura / síncope
Edema	
Sinais	
Mais específicos	Menos específicos
Elevação pressão venosa jugular	Edema periférico
Terceira bulha cardíaca	Estertores pulmonares
Ritmo galope	Ganho de peso não intencional ($>2\text{kg/sem}$)
Cardiomegalia , ictus desviado lateralmente	Perda de peso / caquexia (IC avançada)
Refluxo hepatojugular	Sopro cardíaco
Respiração de Cheyne-Stokes (IC avançada)	Taquicardia ; ritmo cardíaco irregular
	Taquipneia
	Hepatomegalia / ascite
	Extremidades frias
	Oligúria
	Pressão pulso estreita

Além disso, outro aspecto importante foi a revisão dos estágios da IC — risco para IC (estágio A) ; pré IC (estágio B) ; IC (estágio C) ; IC avançada (estágio D) (Figura 3). As denominações para pacientes assintomáticos, em risco (A) e pré IC (B), terão um poder maior de convencimento sobre gravidade da doença, reforçando a prevenção e adesão à terapia, semelhante ao que acontece com o conceito de pré-malignidade. Vale ressaltar, também, a adição de elevação dos biomarcadores (PNs ou troponina para aqueles expostos a agentes cardiotoxicos) como alternativa à alteração funcional ou estrutural no estágio B.

Algo inovador e também importante é a terminologia para compreensão da trajetória clínica do paciente: **IC piorada** (deteriorização dos sinais e sintomas apesar da progressão na terapia, requerendo hospitalização ou terapia avançada e venosa); **IC persistente** (ausência de melhora dos sintomas); **IC em remissão** (resolução dos sinais e sintomas acompanhada de resolução de anormalidades cardíacas prévias). Resultados do estudo TRED-HF revelaram que 40% dos pacientes com cardiomiopatia dilatada que tiveram reversão do remodelamento e melhora dos sintomas com o tratamento ao suspenderem o esquema terapêutico apresentaram recidiva. Sugerindo remissão e não recuperação⁵. Outra substituição de destaque é “IC estável” por “IC persistente”, importante para a compreensão do conceito

Figura 3: Estágios no desenvolvimento e progressão da IC.

terapia tempo sensível, evitando, portanto, a inércia terapêutica (Figura 2).

Essa nova definição e estadiamento da IC serão uma ferramenta útil para a padronização na assistência e na pesquisa da IC. Além disso, irão facilitar a abordagem e comunicação dos diferentes profissionais envolvidos com os pacientes com IC, cardio-

logistas, especialistas em IC, enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas e demais membros da equipe multidisciplinar. Além de emergencistas, médicos clínicos, equipe da atenção primária e hospitalistas. Essa nova definição promoverá certamente uma profunda transformação e homogeneização da classificação. E representará um marco, as-

sim como a definição universal do infarto do miocárdio, hoje na sua quarta edição⁶.

Jeroen J Bax, David A Morrow, Harvey D White. Fourth Universal Definition of Myocardial Infarction (2018). Journal of the American College of Cardiology 2018; 72 (18): 2231-2264.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lewis T. Diseases of the Heart. 1st ed. London, United Kingdom: MacMillan; 1933
2. Braunwald E. Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine. 4th ed. Philadelphia, WB: Saunders; 1992.
3. Biykem Bozkurt, et al. Universal Definition and Classification of Heart Failure. Journal of Cardiac Failure 2021; 27(4): 387-413.
4. Marcondes-Braga FG, Moura LAZ, Issa VS, Vieira JL, Rohde LE, Simões MV, et al. Atualização de Tópicos Emergentes da Diretriz de Insuficiência Cardíaca – 2021. Arq Bras Cardiol. 2021; [online].ahead print, PP.0-0.
5. Halliday BP, Wassall R, Lota AS, Khalique Z, Gregson J, Newsome S, et al. Withdrawal of pharmacological treatment for heart failure in patients with recovered dilated cardiomyopathy (TRED-HF): an open-label, pilot, randomised trial. Lancet 2019;393:61–73.
6. Kristian Thygesen, Joseph S Alpert, Allan S Jaffe, Bernard R Chaitman,