

INSUFICIÊNCIA CARDÍACA AGUDA NA EMERGÊNCIA CARDIOVASCULAR: CONDUTAS NAS PRIMEIRAS HORAS

Ian Gabriel Bruce Monteiro¹, Juliane Medim Muniz¹, Marcelo Grey Andrade de Araújo¹, Jeovane Igor Batista Bentes¹, Daniel Guimarães Cardoso¹, Murilo Souto Maior Lopes¹, Sayanne Manuele Lima Dos Reis¹, Kyanne Picanço Campos², Lucas Gabriel Oliveira de Souza¹.

¹Faculdade de Medicina - Universidade Federal do Amazonas (ian.bruce@ufam.edu.br)

²Universidade do Estado do Amazonas

RESUMO:

A insuficiência cardíaca aguda constitui uma das principais causas de atendimento na emergência cardiovascular, estando associada a elevada morbimortalidade. As primeiras horas de manejo são determinantes para estabilização clínica e prevenção de complicações. Este estudo tem como objetivo analisar as condutas adotadas na abordagem inicial da insuficiência cardíaca aguda na emergência. Trata-se de revisão integrativa da literatura, realizada nas bases PubMed/MEDLINE, SciELO e Cochrane Library, incluindo estudos publicados entre 2008 e 2024 que abordassem estratégias terapêuticas nas primeiras horas de atendimento. Os achados evidenciam que o uso precoce de diuréticos intravenosos, suporte ventilatório quando indicado e avaliação hemodinâmica direcionada são pilares fundamentais na estabilização inicial. Contudo, a heterogeneidade clínica e a presença de comorbidades exigem individualização das condutas. Conclui-se que protocolos estruturados contribuem para a padronização do cuidado, mas o julgamento clínico permanece essencial na tomada de decisão.

PALAVRAS-CHAVE: Descompensação cardíaca. Manejo inicial. Estabilização hemodinâmica.

ÁREA TEMÁTICA: Emergências cardiovasculares

INTRODUÇÃO:

As doenças cardiovasculares permanecem entre as principais causas de morbimortalidade global, sendo a insuficiência cardíaca aguda uma das síndromes mais frequentes e desafiadoras na emergência cardiovascular. Nas primeiras horas de atendimento, a rápida estabilização clínica é determinante para reduzir complicações, necessidade de suporte avançado e risco de mortalidade.

Nas últimas décadas, o aprimoramento das estratégias terapêuticas e a padronização de protocolos assistenciais modificaram significativamente a abordagem inicial desses pacientes, com ênfase na redução da congestão, estabilização respiratória e monitorização hemodinâmica precoce. Entretanto, apesar dos avanços, persistem desafios relacionados à heterogeneidade clínica, presença de comorbidades e necessidade de decisões rápidas em ambiente de alta complexidade.

OBJETIVOS:

Analisar as condutas adotadas nas primeiras horas da insuficiência cardíaca aguda na emergência cardiovascular e suas implicações clínicas.

METODOLOGIA:

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, de caráter descritivo, realizada com o objetivo de analisar as condutas adotadas nas primeiras horas da insuficiência cardíaca aguda no contexto da emergência cardiovascular.

A busca foi conduzida nas bases PubMed/MEDLINE, SciELO e Cochrane Library, utilizando os descritores “acute heart failure”, “acute decompensated heart failure”, “early management”, “emergency department” e “initial treatment”, combinados por operadores booleanos. Foram incluídos estudos publicados entre 2008 e 2024, disponíveis na íntegra, em inglês ou português, que abordassem estratégias terapêuticas iniciais aplicáveis à prática emergencial.

Foram selecionados estudos originais e revisões sistemáticas, excluindo-se relatos de caso, editoriais e trabalhos sem relevância clínica direta para a abordagem inicial. A seleção ocorreu por análise de títulos, resumos e leitura integral dos artigos elegíveis.

Os dados foram organizados de forma descritiva, com ênfase nas intervenções realizadas nas primeiras horas, incluindo estratégias diuréticas, suporte ventilatório, uso de vasodilatadores e implicações na estabilização hemodinâmica.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA:

A insuficiência cardíaca aguda permanece como importante causa de hospitalização e mortalidade, representando uma das principais emergências cardiovasculares. Nas primeiras horas de atendimento, a rápida estabilização clínica é determinante para reduzir complicações, tempo de internação e risco de óbito.

O manejo inicial baseia-se na avaliação clínica e hemodinâmica do paciente, com identificação de congestão, hipoperfusão e instabilidade respiratória. A abordagem tradicional inclui uso precoce de diuréticos intravenosos, suporte ventilatório quando necessário e monitorização rigorosa dos parâmetros clínicos e laboratoriais.

Com a evolução das evidências, estratégias mais estruturadas passaram a orientar a conduta inicial, incluindo estratificação de perfis hemodinâmicos e intervenções direcionadas à redução da congestão e à estabilização respiratória. Entretanto, persistem desafios relacionados à heterogeneidade clínica dos pacientes, à presença de comorbidades e à necessidade de decisões rápidas em ambiente de emergência.

Assim, a abordagem da insuficiência cardíaca aguda nas primeiras horas exige integração entre avaliação clínica criteriosa, suporte terapêutico imediato e protocolos assistenciais bem definidos, reforçando a importância do julgamento clínico na condução desses casos.

DISCUSSÃO:

Os estudos analisados indicam que o manejo inicial da insuficiência cardíaca aguda (ICA) na emergência cardiovascular tem evoluído para abordagens mais estruturadas, com foco em alívio rápido da congestão, estabilização respiratória e prevenção de deterioração hemodinâmica nas primeiras horas. Nesse contexto, a estratégia diurética permanece como pilar terapêutico central. O ensaio DOSE (Felker et al., 2011) demonstrou que diferentes esquemas de administração de diurético de alça produzem respostas clínicas relevantes, reforçando a importância da individualização conforme congestão e resposta inicial, sem diferença significativa em desfechos renais.

A busca por otimização hemodinâmica precoce motivou avaliações de terapias adjuvantes. No ROSE-AHF (Chen et al., 2013), o uso de dopamina em baixa dose ou nesiritide não trouxe benefício consistente, sugerindo que intervenções “renoprotetoras” não substituem o controle efetivo da congestão. Ensaaios com agentes vasoativos também delimitaram expectativas: RELAX-AHF (Teerlink et al., 2013) mostrou melhora sintomática em curto prazo, enquanto o TRUE-AHF (Ponikowski et al., 2017) não demonstrou redução de mortalidade cardiovascular.

Do ponto de vista respiratório, a estabilização precoce de pacientes com edema agudo cardiogênico é determinante. O 3CPO (Gray et al., 2008) evidenciou que a ventilação não invasiva melhora rapidamente dispneia e parâmetros fisiológicos, apoiando seu uso nas primeiras horas quando há insuficiência respiratória. Paralelamente, o PIONEER-HF (Velazquez et al., 2019) demonstrou que a introdução hospitalar precoce de sacubitril/valsartana em pacientes estabilizados foi viável e reduziu NT-proBNP, abrindo espaço para início mais precoce de terapias modificadoras de prognóstico.

Apesar dos avanços, persistem desafios relevantes. A ICA é síndrome heterogênea, em que congestão isolada, edema pulmonar hipertensivo e hipoperfusão exigem prioridades distintas; além disso, comorbidades como doença renal crônica, hipotensão e infecções limitam intervenções mais agressivas. Diretrizes recentes da ESC (McDonagh et al., 2021) reforçam abordagem baseada em perfil clínico, com reavaliação precoce e foco em intervenções de maior impacto imediato.

Assim, embora existam evidências consistentes para intervenções-chave na fase inicial da ICA, o melhor desfecho depende de identificação rápida do fenótipo clínico, monitorização estreita e decisão individualizada, mantendo o julgamento clínico como elemento central na emergência cardiovascular.

CONCLUSÃO:

A abordagem da insuficiência cardíaca aguda nas primeiras horas na emergência cardiovascular é determinante para estabilização clínica e prevenção de complicações. Evidências atuais sustentam o uso precoce de diuréticos intravenosos, suporte ventilatório quando indicado e avaliação hemodinâmica criteriosa como pilares terapêuticos iniciais. Contudo, a heterogeneidade clínica dos pacientes exige individualização das condutas, reforçando que protocolos estruturados devem estar aliados ao julgamento clínico na tomada de decisão.

PRINCIPAIS REFERÊNCIAS:

CHEN, H. H. et al. Low-dose dopamine or low-dose nesiritide in acute heart failure with renal dysfunction (ROSE AHF). *New England Journal of Medicine*, Boston, v. 368, n. 23, p. 2134-2143, 2013. DOI: 10.1056/NEJMoa1211605.

FELKER, G. Michael et al. Diuretic strategies in patients with acute decompensated heart failure. *New England Journal of Medicine*, Boston, v. 364, n. 9, p. 797-805, 2011. DOI: 10.1056/NEJMoa1005419.

FONAROW, Gregg C. et al. Characteristics, treatments, and outcomes of patients with preserved systolic function hospitalized for heart failure: a report from the ADHERE Registry. *JAMA*, Chicago, v. 291, n. 17, p. 2044-2050, 2004. DOI: 10.1001/jama.291.17.2044.

FONAROW, Gregg C. et al. Improving evidence-based care for heart failure in outpatient settings: results from OPTIMIZE-HF. *JAMA*, Chicago, v. 297, n. 7, p. 712-719, 2007. DOI: 10.1001/jama.297.7.712.

GRAY, Alasdair et al. Noninvasive ventilation in acute cardiogenic pulmonary edema. *The Lancet*, London, v. 371, n. 9617, p. 913-921, 2008. DOI: 10.1016/S0140-6736(08)61407-7.

MCDONAGH, Theresa A. et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *European Heart Journal*, Oxford, v. 42, n. 36, p. 3599-3726, 2021. DOI: 10.1093/eurheartj/ehab368.

PONIKOWSKI, Piotr et al. Effect of ularitide on cardiovascular mortality in acute heart failure. *JAMA*, Chicago, v. 318, n. 20, p. 1951-1961, 2017. DOI: 10.1001/jama.2017.19345.

PONIKOWSKI, Piotr et al. Ferric carboxymaltose for iron deficiency at discharge after acute heart failure (AFFIRM-AHF). *The Lancet*, London, v. 396, n. 10266, p. 1895-1904, 2020. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)32339-4.

TEERLINK, John R. et al. Serelaxin in acute heart failure (RELAX-AHF). *The Lancet*, London, v. 381, n. 9860, p. 29-39, 2013. DOI: 10.1016/S0140-6736(12)61855-8.

VELAZQUEZ, Eric J. et al. Angiotensin–neprilysin inhibition in acute decompensated heart failure. *New England Journal of Medicine*, Boston, v. 380, n. 6, p. 539-548, 2019. DOI: 10.1056/NEJMoa1812851.