

**COMO PREVENIR A INSUFICIÊNCIA CARDÍACA
CONGESTIVA
HOW TO PREVENT CONGESTIVE CARDIAC INSUFFICIENCY**

Autores : Wilson Coelho Pereira Filho *
André Luis Marassi **
Bruno Augusto Goulart Campos **
Frederico Toledo Campo Dall'Orto **
Nilton de Oliveira Junior **
Ricardo Márcio Daher Russo **

* Professor Adjunto da disciplina de Cardiologia do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora.

** Acadêmicos da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora.

RESUMO :

A insuficiência cardíaca (IC) é uma síndrome clínica complexa, comum a várias patologias cardiovasculares, que resulta em disfunção ventricular. Devido ao impacto social representado pela limitação física às atividades habituais dos pacientes, associado à redução de sobrevida, a IC se constitui problema de saúde pública, comprometendo grande parte dos recursos públicos e privados, com altos gastos previdenciários e hospitalares, como uma entidade que, em muitos casos, é possível de ser prevenida.

PALAVRAS – CHAVE: Disfunção Ventricular; Insuficiência Cardíaca; Inibidores da Enzima Conversora.

ABSTRACT

Congestive heart failure is a complex clinical syndrome, common to many cardiovascular disorders, in which case these disorders result in ventricular dysfunction. Because of social impact from physical limitation to patient's habitual activities, associated to reduced survival, congestive heart failure constitutes a public health problem, accounting for a major part of public and private resources, with hospital and social welfare expenditures with a disease that may be prevented.

KEY – WORDS: Left Ventricular Dysfunction; Heart Failure; Converting Enzyme Inhibitors.

INTRODUÇÃO

Será a prevenção da IC um tema importante?

Quando se analisou a qualidade de vida por meio de questionário sobre diferentes doenças, identificou-se a insuficiência cardíaca como uma das causas mais limitantes, acima do diabetes mellitus, da doença pulmonar obstrutiva crônica, da angina e da artrite (Barreto, 2000).

Segundo dados fornecidos pelo Ministério da Saúde do Brasil, através do DATASUS - 1997 (<http://www.datasus.gov.br>), esta síndrome foi a maior responsável pelas internações por doenças cardiovasculares no país, tendo sido a sexta causa de internação hospitalar com 422.616

internações (3,58%) entre as 11.772.367 hospitalizações neste período, só suplantada pelo parto normal (1.796.828), pneumonia (1.061.621), infecções intestinais (603.739), bronquites (502.285) e complicações do parto (488.592) (Anuário Estatístico Brasileiro, 1996).

A prevalência da IC na população, em geral, é de 3-20 por 1000, embora exceda 100 por 1000 naqueles com mais de 65 anos (Davis et al, 2000).

Portanto, medidas preventivas seriam extremamente úteis, já que a IC apresenta altas taxas de morbidade e mortalidade (Davis et al, 2000) e alto impacto nos serviços de saúde (McKelvie et al, 1999).

Entretanto, uma grande dúvida ainda persiste: existe valor em implementar medidas preventivas para uma afecção, cujo diagnóstico não é etiológico, mas sindrômico? Sendo uma síndrome, com toda uma miríade de causas, não será um tema subjetivo suficiente para interromper nossas expectativas em evitá-la?

A resposta é clara: apesar de serem inúmeras as causas da IC (Lip et al, 2000), poucas representam a maioria dos casos, como a doença cardíaca isquêmica, doença cardíaca hipertensiva, cardiomiopatia dilatada idiopática e a doença valvar (Braunwald et al, 2000). A hipertensão arterial sistêmica precedeu o início do quadro de IC em 70% dos homens e 78% das mulheres, enquanto que a insuficiência coronariana em 59% dos homens e 48% das mulheres (Albanesi Filho, 1998). Com o melhor controle da hipertensão arterial, a doença isquêmica do coração tornou-se a principal causa de IC em adultos, fato observado nos grandes estudos multicêntricos (Albanesi Filho, 1998).

Dessa maneira, torna-se desejável a prevenção da progressão da IC em seu estágio inicial assintomático (**prevenção secundária**) (Petrie, 2001) e do surgimento da IC (**prevenção primária**), através de medidas que abordem as principais causas desta síndrome e de medidas que atuem na história natural deste grave problema de saúde pública.

PREVENÇÃO PRIMÁRIA

A morbidade, mortalidade e os custos associados à insuficiência cardíaca fazem da prevenção uma estratégia de saúde pública mais atrativa do que o tratamento. O controle agressivo dos fatores etiológicos, incluindo hipertensão, doença arterial coronariana, doença valvar e consumo excessivo de álcool, pode prevenir o remodelamento ventricular esquerdo e a disfunção cardíaca (Cohn, 1998).

1-Hipertensão arterial sistêmica: A hipertensão de longa data não controlada, gera uma hipertrofia ventricular esquerda, que é um fator comum na gênese da IC (Albanesi Filho, 1998). Yusuf e cols (Yusuf et al, 1989) encontraram redução de 52% do risco de desenvolvimento de IC em população de hipertensos tratados, quando comparados ao grupo controle. O Systolic Hypertension in the Elderly Program (SHEP, 1999) mostrou redução de 54% na incidência de IC somente com o emprego de clortalidona na normalização da pressão arterial. Similar resultado foi obtido no estudo STOP (Dahölef et al, 1991), onde o grupo tratado apresentou redução de 51% na incidência de IC (Albanesi Filho, 1998).

Portanto, um controle adequado da pressão arterial sistêmica pode retardar ou prevenir o desenvolvimento de hipertrofia ventricular esquerda ou regredir uma hipertrofia já estabelecida (Cohn, 1998).

2- Diabetes mellitus: É um fator de risco independente para o desenvolvimento de IC (McKelvie et al, 1999). Os diabéticos tem chance quatro vezes maior de desenvolver IC do que os não diabéticos (McKee et al, 1971). Aproximadamente 20% dos portadores de IC apresentam diabetes mellitus e um número similar, intolerância à glicose (McKelvie et al, 1999).

3- Hiperlipidemia: Evidências comprovam a íntima relação deste fator de risco com o desenvolvimento, evolução e agravamento da doença arterial coronariana.

Os estudos The Seven Contries Study, estudo de Framingham e Multiple Risk Factor Intervention Trial (MRFIT) demonstraram relação entre o nível sérico do colesterol e o risco de aparecimento da doença aterosclerótica (Vale et al, 2000). O controle dos níveis de colesterol, especialmente a diminuição do LDL colesterol, como demonstrado no estudo 4S, reduziu em 30% a incidência de IC (The Scandinavian Simvastatin Survival Group, 1994).

4- Etilismo: Uma abordagem agressiva do consumo excessivo de álcool pode prevenir a remodelação ventricular e a sua disfunção que levam à IC (Cohn, 1998).

5- Lesões orovalvares e cardiopatias congênitas: O tratamento cirúrgico destas cardiopatias colabora para a prevenção da IC, pois a correção das lesões impede a progressão da deterioração miocárdica e conseqüente ação no desencadeamento da IC (Albanesi Filho, 1998).

6- Obesidade: Recentemente, dados sobre o acompanhamento de 5881 participantes do Framingham Heart Study (idade média de 55 anos, 54% mulheres) mostraram que os obesos apresentam o dobro do risco de desenvolver IC quando comparados aos não obesos, e que para cada aumento de 1 no índice de massa corporal (IMC), houve um aumento do risco em 5% entre

os homens e 7% entre as mulheres (Kenchiah et al, 2002). Foram considerados no estudo como peso normal IMC entre 18,5 e 24,9 e obesos aqueles com IMC maior ou igual a 30.

Assim, estratégias para diminuir a obesidade não só agem combatendo uma série de fatores de risco cardiovasculares, como podem reduzir diretamente os casos de IC.

7- Tabagismo, sedentarismo e estresse: Constituem fatores de risco cardiovascular modificáveis. A interrupção do tabagismo, o controle do peso corporal, a prática regular de exercícios físicos e evitar situações de estresse seriam medidas preventivas eficazes (Cohn, 1998).

O estudo HOPE veio ampliar a indicação dos inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA) ao demonstrar que pacientes de alto risco, portadores de doença vascular progressiva ou diabetes e mais um fator de risco, ao receberem IECA, apresentaram menor incidência de IC (redução de 22%) (The Hope investigators, 2000).

Se os pacientes hipertensos, os diabéticos e os que tiveram um infarto agudo do miocárdio (IAM), recebessem os IECA e fossem acompanhados no sentido de verificar se estão aderindo corretamente ao tratamento, a economia seria significativa, especialmente considerando que os IECA não previnem somente a IC, mas também o acidente vascular cerebral, IAM e insuficiência renal (The Hope investigators, 2000).

PREVENÇÃO SECUNDÁRIA

A disfunção ventricular pode evoluir de modo assintomático, sendo encontrada em cerca de 2% da população geral (Barreto, 2000).

Talvez o ponto mais importante na prevenção secundária da IC seja identificar os pacientes que possuem disfunção ventricular esquerda estando assintomáticos. Para tal, deve-se ter em mente que a maioria destes pacientes possuem uma desordem cardiovascular reconhecida (por exemplo, passado de infarto do miocárdio, hipertensão) e que quase todos tem um ECG anormal (Petrie et al, 2001).

A disfunção ventricular foi objetivo de grandes estudos, como o SOLVD e o SAVE, que analisaram somente pacientes assintomáticos com fração de ejeção reduzida. Os dois estudos citados mostraram que os pacientes tratados com IECA apresentaram melhor evolução, com redução relativa de 31,4% dos casos que se tornaram sintomáticos no estudo SOLVD e 15,3% no

estudo SAVE, observando também uma redução da mortalidade dos pacientes tratados de 8% (não significativo estatisticamente) e 19% respectivamente (Barreto, 2000).

Assim, a primeira linha de defesa na prevenção secundária da IC é identificar os pacientes que já desenvolveram ou que apresentam grande possibilidade de desenvolver disfunção ventricular esquerda e instituir uma terapia preventiva especialmente com os IECA (Barreto, 2000).

Mesmo não havendo grandes estudos comprovando que o uso concomitante de IECA e beta-bloqueador acentue os benefícios quando comparado ao uso isolado dos IECA, começam a surgir evidências que essa associação reduz ainda mais a dilatação ventricular com melhora da função cardíaca (Barreto, 2000).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Fica evidente, pelos trabalhos expostos, a importância da prevenção da insuficiência cardíaca, estando claro também ser este um trabalho factível e recompensador.

Podemos observar que o correto controle da hipertensão arterial sistêmica e do diabetes mellitus, associado à normalização dos valores de colesterol, o combate ao etilismo, tabagismo, obesidade e demais fatores de risco cardiovasculares em muito contribuem para a diminuição do aparecimento da IC.

Naqueles pacientes com uma desordem cardiovascular reconhecida, como infarto do miocárdio e hipertensão arterial sistêmica, devemos ficar atentos para os menores sintomas que indiquem uma disfunção ventricular sistólica (como aparecimento de dispnéia aos maiores esforços), já que a introdução dos IECA diminui a progressão da doença nestes pacientes. A associação de beta-bloqueadores aos IECA nesta fase ainda está em discussão, mas evidências indicam ser esta uma associação promissora para diminuir a morbimortalidade destes pacientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Albanesi Filho FM. Medidas Preventivas na Insuficiência Cardíaca Congestiva e Cardiomiopatia Dilatada. **Revista Socerj**, São Paulo, Jul-Ago-Set, 1998.

Anuário Estatístico Brasileiro / Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Brasília, v.56, n2, p. 111-131, 1996.

Barreto ACP. Insuficiência Cardíaca : Epidemiologia, história natural, diagnóstico, prognóstico e aspectos econômicos. In: **Insuficiência Cardíaca no Terceiro Milênio**. São Paulo: Lemos editorial; 2000. p.7-28.

Barreto ACP. Disfunção ventricular sistólica assintomática. **Revista Brasileira de Cardiologia**, São Paulo, v.3, p. 214-21, 2000.

Braunwald E, Bristow MR. Congestive Heart Failure. Fifty Years of Progress. **Circulation**, New York, v.102, 2000.

Cohn JN. Preventing Congestive Heart Failure. Annual Clinical Focus on prevention and management of cardiovascular disease 1998. Disponível em:
<<http://www.aafp.org/afp/980415ap/cohn.html>>. Acesso em 20 de mai. 2002.

Dahölef B, Lindholm LH, Hansson L et al. Morbidity and mortality in the Swedish Trial in Older Patients with Hypertension (STOP-Hypertension). **The Lancet**, Londres, v. 338, p. 1281-5, 1991.

Davis RC, Hobbs FDR, Lip GYH. ABC of heart failure. History and epidemiology. **British Medical Journal**, Londres, v. 320, p. 39-42, 2000.

Kenchiah S et al. Obesity and the risk of heart failure. **New England Journal of Medicine**, Boston, v. 347, p. 305-313, 2002.

Lip GYH, Gibbs CR, Beevers DG. ABC of heart failure. Aetiology. **British Medical Journal**, Londres, v. 320, p. 104-7, 2000.B

McKee PA, Castelli WP, McNamara PN et al. The natural history of congestive heart failure: The Framingham Study. **New England Journal of Medicine**, Boston, v. 285, p. 1441-6, 1971.

McKelvie RS, Benedict CR, Yusuf S. Prevention of congestive heart failure and management of asymptomatic left ventricular dysfunction. **British Medical Journal**, Londres, v. 318, p. 1400-2, 1999.

Petrie M, McMurray J. Changes in notions about heart failure. **The Lancet**, Londres, v. 358, p. 432-3, 2001.

SHEP Cooperative research group. Prevention of stroke by antihypertensive drug treatment in older person with isolated systolic hypertension: final results of the systolic hypertension in elderly program (SHEP). **Journal of American Medical Association**, New York, v. 265, p. 3255-64, 1991.

The Hope investigators. Effects of an angiotensin converting enzyme inhibitor, Ramipril, on cardiovascular events in high-risk patients. **New England Journal of Medicine**, Boston, v. 342, p. 145-53, 2000.

The Scandinavian Simvastatin Survival Group (4S). Randomized trial of cholesterol lowering in 4444 patients with coronary heart disease. **The Lancet**, Londres, 1994; 344: 1383-9.

Vale AAL, Martinez TLR. Fatores de Risco Coronário : Quais os já consagrados e sua importância na gênese da Doença Coronária ? In: Timerman A, César LAM, editors. **Manual de Cardiologia**. São Paulo : Editora Atheneu; 2000. p.214-21.

Yusuf S, Thom T, Abbott RD. Changes in hypertension treatment and in congestive failure mortality in United States. **Hypertension**, New York, v. 13, p. 174-9, 1989.