

Diagnóstico de Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Preservada no Consultório: Como Montar este Quebra-cabeça?

Diagnosis of Heart Failure with Preserved Heart Failure in the Office Setting: How to Assemble this Puzzle?

Andreia Biolo^{1,2,4}  e Marciane Maria Rover^{3,4} 

Serviço de Cardiologia - Hospital de Clínicas de Porto Alegre,¹ Porto Alegre, RS – Brasil

Faculdade de Medicina - Universidade Federal do Rio Grande do Sul,² Porto Alegre, RS – Brasil

Instituto de Cardiologia de Porto Alegre,³ Porto Alegre, RS – Brasil

Núcleo de Insuficiência Cardíaca e Cardiomiopatias do Serviço de Cardiologia, Hospital Moinhos de Vento,⁴ Porto Alegre, RS – Brasil

A insuficiência cardíaca (IC) com fração de ejeção preservada (ICFEP) é a forma mais comum de IC em pacientes com mais de 65 anos e representa mais de 50% dos casos.¹ Entretanto, apesar dos mais de 30 anos de pesquisas relacionadas a essa intrigante e desafiadora doença cardíaca, há uma falta de consenso na abordagem diagnóstica e uma enorme variação nos critérios nas diretrizes/guidelines.^{2,3} A falta de uniformidade na definição e o desafio no diagnóstico decorrem em parte da compreensão incompleta da complexidade da doença: fisiopatologia, heterogeneidade fenotípica e história natural. A diretriz da AHA/ACC de 2022 enfatiza a demonstração de pressões de enchimento elevadas em repouso ou esforço para diagnóstico de ICFEP.³

Desta forma, o diagnóstico de ICFEP é ainda um desafio na prática clínica. Diante de um paciente com sinais ou sintomas clínicos de IC e que apresente a FE preservada, a avaliação deve considerar várias “peças”, conforme aspectos detalhados na Tabela 1. É fundamental que se conheça o paciente, suas comorbidades e fatores de risco para desenvolver ICFEP, e que se desenhe uma abordagem precisa, não necessariamente invasiva e complexa, para estabelecer o diagnóstico correto e a melhor abordagem terapêutica.

Um cenário comum no consultório é o de pacientes com queixas de dispneia e/ou intolerância ao exercício, cuja avaliação clínica com peptídeos natriuréticos não é definitiva, restando dúvidas quanto ao diagnóstico. O passo mais importante aqui é a aplicação dos escores diagnósticos (H2FPEF e o HFA-PEFF).⁵⁻⁷ O H2FPEF é o escore diagnóstico mais simples e de fácil uso no consultório. A pontuação desse escore foi criada a partir da identificação de variáveis clínicas e de imagem, independentemente associadas com o diagnóstico invasivo de ICFEP em uma coorte populacional (Tabela 2).⁶ A chance de ICFEP dobra a cada aumento de um

Tabela 1 – Ferramentas diagnósticas na avaliação de insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada⁴

Ferramentas diagnósticas ICFEP	Crítérios	Observações
História	Dispneia / Fadiga/ Ortopneia Intolerância aos esforços Fatores de risco e comorbidades	Sintomas cardinais Destaque ⁵ para: Dispneia aos esforços em mais de 90% dos pacientes Fadiga em quase 60%
Exame Físico	- Turgência jugular - Crepitantes - Edema - Terceira bulha	Sensibilidade baixa para sinais clínicos ⁵ Edema em cerca de 40% Demais sinais presentes em menos de 20%
Peptídeos natriuréticos (NT-proBNP ou BNP)	ESC critério maior: NTproBNP >220 ou BNP > 80 (ritmo sinusal) NTproBNP >660 ou BNP > 240 (FA); ESC critério menor: NTproBNP >125 ou BNP > 35 (sinusal); e NTproBNP > 365 ou BNP > 105 (FA)	Cerca de 20% dos pacientes com ICFEP por métodos invasivos tem NT-proBnp normal (<125) Sensibilidade: 77% Especificidade: 53%
Ecocardiograma	Disfunção diastólica Doppler tecidual do anel mitral, septal e lateral; e' e relação E/e' Aumento do volume atrial esquerdo (ml/m ²)	ESC critérios: Septal e' <7 ou lateral e' <10 (<75 anos); Septal e' <5 ou lateral e' <7 (≥75 anos); E/e' ratio: ≥15 (maior), 9–14 (menor) ESC critérios: Maior: Volume do AE indexado >34 (sinusal), >40 (FA); Menor: Volume do AE indexado = 29–34 (sinusal), 34–40 (FA)
Teste cardiopulmonar	Marcadores de limitação funcional: VO ₂ pico e inclinação Ve/VCO ₂	Útil para diferenciar ICFEP de dispneia não cardíaca. Sensibilidade: 91% e Especificidade: 51%

ICFEP: Insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada; porção N-terminal do peptídeo natriurético tipo B; ESC: European Society of Cardiology; FA: fibrilação atrial; AE: átrio esquerdo. Adaptada⁴

Palavras-chave

Insuficiência Cardíaca; Fração de Ejeção Preservada; Diagnóstico.

Correspondência: Marciane Maria Rover •

Hospital Moinhos de Vento – Cardiologia – Rua Ramiro Barcelos, 910. CEP 90035-001, Porto Alegre, RS - Brasil

E-mail: rovermm@gmail.com

Artigo recebido em 26/09/2022, revisado em 30/09/2022, aceito em 30/09/2022

DOI: <https://doi.org/10.36660/abchf.20220068>

Tabela 2 – Escore diagnóstico H2FPEF

Variável clínica	Característica	Pontos
H2 - Obesidade (heavy) - Hipertensão	IMC > 30Kg/m ² 2 ou + anti-hipertensivos	2 pontos 1 ponto
F - Fibrilação atrial	Paroxística ou permanente	3 pontos
P - Hipertensão Pulmonar	PSAP>35mmHg (ecocardiograma)	1 ponto
E - Idade avançada (elderly)	Idade > 60 anos	1 ponto
F - Pressões de enchimento (filling pressures)	E/e' > 9	1 ponto

IMC: índice de massa corporal; PSAP: pressão sistólica da artéria pulmonar. Adaptada⁶

ponto do escore, com estatística c de 0,841.³ Ao se estabelecer a probabilidade de doença, o escore H2FPEF pode ser usado para descartar efetivamente a doença entre pacientes com escores baixos (escores 0 ou 1), ou para estabelecer o diagnóstico com confiança razoavelmente alta em escores mais altos (escores 6 a 9). Entretanto, ainda restam pacientes com pontuações intermediárias em qualquer desses escores, para os quais são necessários testes adicionais.⁶

É importante ressaltar que a abordagem de consultório evoluiu muito com a incorporação dos escores e de diversas ferramentas disponíveis. Entretanto, a avaliação clínica –

sintomas, comorbidades, fatores de risco e sinais cardinais de IC – avaliação de peptídeos natriuréticos, ecocardiograma e escores diagnósticos podem não ser o bastante para confirmar ou excluir a hipótese diagnóstica de ICPEP. Quando a abordagem básica não for suficiente, é preciso ir além. O fluxograma apresentado na diretriz brasileira de insuficiência cardíaca (Figura 1) sinaliza os caminhos neste cenário de probabilidade intermediária.^{8,9} Aqui, mais uma peça se torna necessária nesse quebra-cabeça. O encaminhamento para centros de referência para realização de ecocardiograma com estresse físico, ou ainda, avaliação hemodinâmica invasiva em repouso e estresse são o passo que não pode faltar. Vale ainda ressaltar a importância da avaliação etiológica nos casos específicos de ICPEP secundária, atentando-se, por exemplo, para os “red flags” onde serão necessários exames diagnósticos adicionais e tratamentos específicos para cardiopatias infiltrativas, como na suspeita de amiloidose cardíaca.¹⁰

Conclusão

Nos últimos anos, evoluímos sobremaneira no entendimento de que a ICPEP é uma síndrome complexa, com fenótipos diversos, e onde o coração definitivamente não está sozinho. Reconhecer as limitações na avaliação desses pacientes foi um passo fundamental. A abordagem diagnóstica atual, juntando as várias peças necessárias, certamente incrementou nossa capacidade de diagnóstico dessa doença cuja prevalência cresce constantemente.

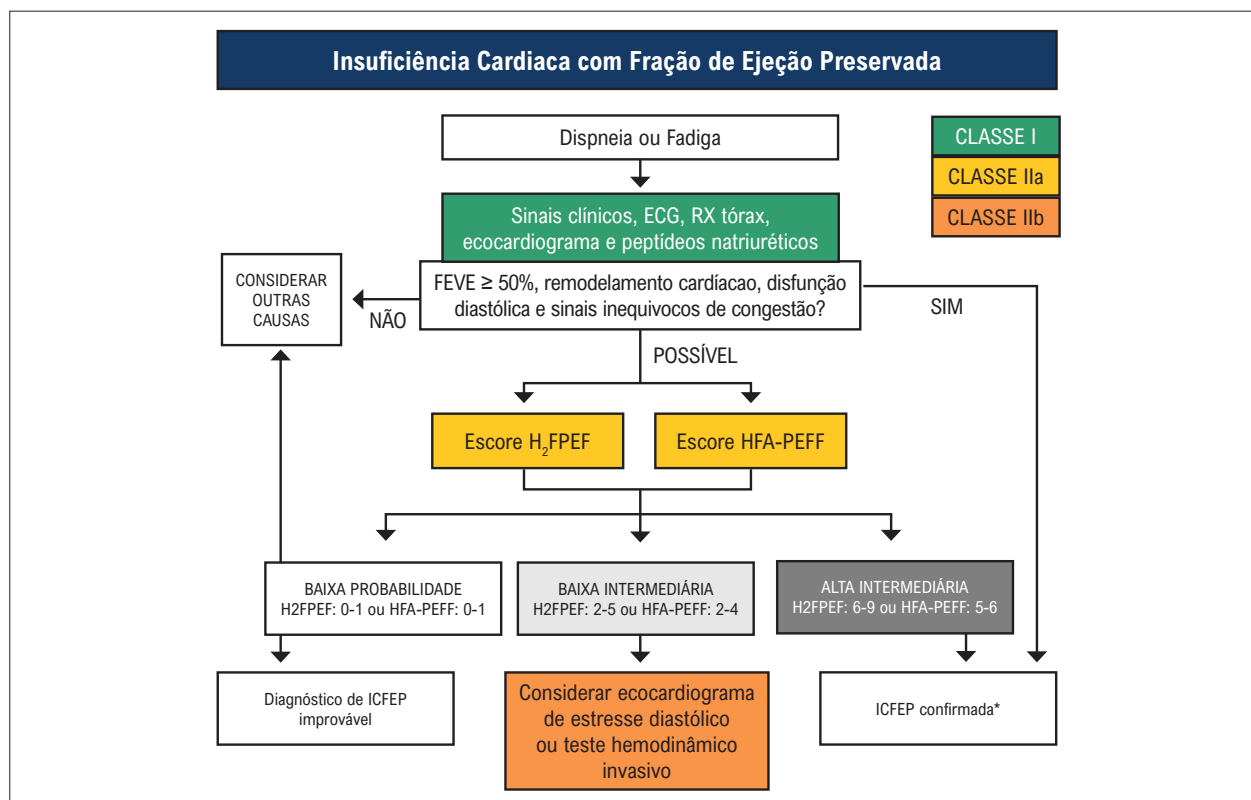


Figura 1 – Fluxograma SBC diagnóstico de insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada.⁹

Porém, ainda não conhecemos todas as peças deste incrível quebra-cabeça (Figura 2) que é a ICPEP, e nem sempre chegamos a um diagnóstico definitivo no consultório, mas ainda assim temos um caminho. Nos cenários em que a incerteza permanece após a aplicação criteriosa das ferramentas disponíveis, devemos prosseguir, seja com os testes complementares de esforço e/ou estresse diastólico, seja com o encaminhamento para centros especializados, sem nos contentarmos até que todas as peças estejam devidamente encaixadas.

Contribuição dos autores

Concepção e desenho da pesquisa, Redação do manuscrito e Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante: Biolo A e Rover MM

Potencial conflito de interesse

Não há conflito com o presente artigo

Fontes de financiamento

O presente estudo não teve fontes de financiamento externas.

Vinculação acadêmica

Não há vinculação deste estudo a programas de pós-graduação.

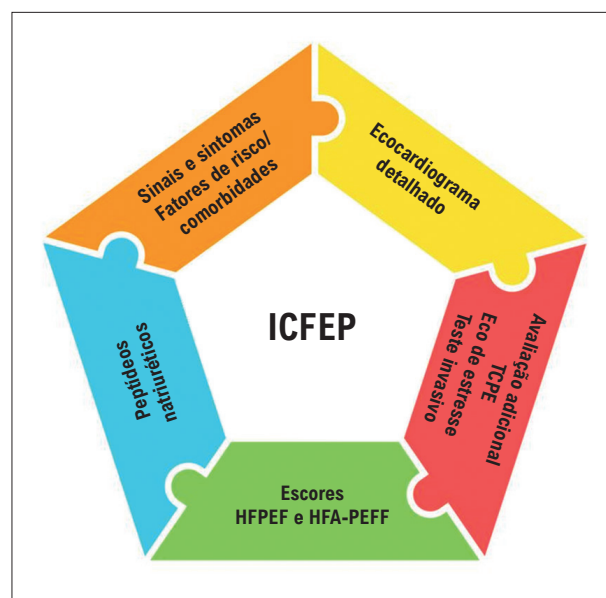


Figura 2 – Diagnóstico simplificado da insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada (ICPEP) no consultório - montagem do quebra cabeça; TCPE: teste cardiopulmonar de exercício.

Aprovação ética e consentimento informado

Este artigo não contém estudos com humanos ou animais realizados por nenhum dos autores.

Referências

1. Kitzman DW, Gardin JM, Gottdiener JS, Arnold A, Boineau R, Aurigemma G, et al. Importance of Heart Failure with Preserved Systolic Function in Patients > or = 65 years of age. CHS Research Group. Cardiovascular Health Study. Am J Cardiol. 2001;87(4):413-9. doi: 10.1016/s0002-9149(00)01393-x.
2. McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, Baumbach A, Böhm M, et al. 2021 ESC Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure. Eur Heart J. 2021;42(36):3599-3726. doi: 10.1093/eurheartj/ehab368.
3. Heidenreich PA, Bozkurt B, Aguilar D, Allen LA, Byun JJ, Colvin MM, et al. 2022 AHA/ACC/HFSA Guideline for the Management of Heart Failure: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. J Am Coll Cardiol. 2022;79(17):e263-e421. doi: 10.1016/j.jacc.2021.12.012.
4. Ho JE, Redfield MM, Lewis GD, Paulus WJ, Lam CSP. Deliberating the Diagnostic Dilemma of Heart Failure With Preserved Ejection Fraction. Circulation. 2020;142(18):1770-80. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.119.041818.
5. Solomon SD, Rizkala AR, Lefkowitz MP, Shi VC, Gong J, Anavekar N, et al. Baseline Characteristics of Patients with Heart Failure and Preserved Ejection Fraction in the PARAGON-HF Trial. Circ Heart Fail. 2018;11(7):e004962. doi: 10.1161/CIRCHEARTFAILURE.118.004962.
6. Paulus WJ. H2FPEF Score: At Last, a Properly Validated Diagnostic Algorithm for Heart Failure with Preserved Ejection Fraction. Circulation. 2018;138(9):871-3. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.118.035711.
7. Egashira K, Sueta D, Komorita T, Yamamoto E, Usuku H, Tokitsu T, et al. HFA-PEFF Scores: Prognostic Value in Heart Failure with Preserved Left Ventricular Ejection Fraction. Korean J Intern Med. 2022;37(1):96-108. doi: 10.3904/kjim.2021.272.
8. Reddy YNV, Carter RE, Obokata M, Redfield MM, Borlaug BA. A Simple, Evidence-Based Approach to Help Guide Diagnosis of Heart Failure With Preserved Ejection Fraction. Circulation. 2018;138(9):861-70. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.118.034646.
9. Marcondes-Braga FG, Moura LAZ, Issa VS, Vieira JL, Rohde LE, Simões MV, et al. Emerging Topics Update of the Brazilian Heart Failure Guideline - 2021. Arq Bras Cardiol. 2021;116(6):1174-212. doi: 10.36660/abc.20210367.
10. Simões MV, Fernandes F, Marcondes-Braga FG, Scheinberg P, Correia EB, Rohde LEP, et al. Position Statement on Diagnosis and Treatment of Cardiac Amyloidosis - 2021. Arq Bras Cardiol. 2021;117(3):561-598. doi: 10.36660/abc.20210718.



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da licença de atribuição pelo Creative Commons