

## INSUFICIENCIA CARDÍACA CONGESTIVA (IC)

---

A quebra de paradigma na abordagem da IC tem demonstrado que o tratamento não farmacológico deixa de ser um simples complemento da farmacoterapia, tornando-se parte integrante e indispensável da terapêutica desta complexa síndrome. A não adoção destas medidas coloca em risco a eficácia do tratamento. A orientação nutricional tem fundamental importância no tratamento de pacientes com IC, contribuindo para maior equilíbrio da doença, melhorando a capacidade funcional e a qualidade de vida com impacto positivo na morbimortalidade. A intervenção nutricional deve ser realizada em duas etapas distintas: diagnóstico nutricional e planejamento alimentar de forma clara e simples.

O excesso de substratos energéticos obtidos via dietas hipercalóricas ou nutricionalmente desequilibradas pode contribuir em certas situações para o desenvolvimento e progressão da IC, através de mecanismos relacionados à glicotoxicidade e lipotoxicidade. Desta forma como orientação geral indica-se: 28kcal/kg de peso para pacientes com estado nutricional adequado e 32kcal/kg de peso para pacientes nutricionalmente depletados, considera-se o peso do paciente sem edemas.

### 1) Carboidratos:

De 50 a 55% da ingestão energética, priorizando os carboidratos integrais com baixa carga glicêmica, evitando os refinados (açúcar), por agravar a resistência à insulina

### 2) Lipídeos

De 30 a 35%, com ênfase às gorduras mono e polinsaturadas, em especial aos ácidos graxos da série ômega- 3, e níveis reduzidos de gorduras saturadas e trans.

### 3) Proteínas

De 15 a 20% do valor calórico total da dieta, priorizando as proteínas de alto valor biológico.

### 4) Sódio

De 2 a 3g/dia, principalmente nos estágios mais avançados da doença e na ausência de hiponatremia ou na dificuldade para alimentação com baixo teor de sódio. Composições alternativas tais como sais de cloreto de potássio, amônia ou cálcio, podem contribuir para a redução da ingestão sódica, contudo, com risco de elevação do potássio sérico particularmente na disfunção renal concomitante e em uso de alguns fármacos poupadores de potássio.

### 5) Líquido

A restrição deve ser de acordo com a condição clínica do paciente e deve ser considerada a dose de diuréticos. Em média a ingestão de líquidos sugerida é de 1.000 a 1.500 ml em pacientes sintomáticos com risco de hipervolemia.

### 6) Álcool

Há a necessidade de completa abstinência do álcool principalmente para pacientes com miocardiopatia alcoólica, por causar depressão miocárdica e precipitar arritmias. Entretanto, quantidades limitadas diárias (20- 30ml de álcool em vinho tinto) em pacientes estáveis, classes I-II, poderiam ser de benefício na presença de doença coronariana.

### 7) Suplemento nutricional

Indicado nos pacientes com baixa ingestão alimentar, má absorção de nutrientes, uso de medicamentos que alteram a síntese ou que aumentam a excreção de nutrientes, e em estado de hipermetabolismo. Nos casos de anorexia, refeições pequenas e freqüentes ou até a nutrição enteral provisória, podem contribuir para a meta calórica diária. Pacientes em uso de anticoagulação oral com dicumarínicos devem evitar a variabilidade de ingestão alimentos ricos em vitamina K, a exemplo de folhosos (alface, brócolis, couve, dentre outros).

### 8) Monitoramento do peso corporal

O paciente deverá ser instruído a verificar diariamente o seu peso. Redução acima de 6% em 6 meses, não planejada, pode ser indicativa de caquexia cardíaca, assim como, o aumento repentino e inesperado de dois ou mais kilos em curto período (3 dias), pode indicar retenção hídrica. Embora recentemente dois relatos apontem a obesidade como fator de proteção na IC, ainda há a necessidade de novas investigações para respaldar tal afirmação.

### 9) Vacinação

A presença de IC é uma condição de alto risco para infecções do trato respiratório, podendo levar à descompensação clínica, tendo como consequência o aumento da morbimortalidade. Diante da necessidade preventiva, os pacientes devem receber vacina contra *Influenza* (anualmente) e *Pneumococcus* (a cada cinco anos e a cada três anos em pacientes com IC avançada), sobretudo nas localidades de grandes modificações climáticas entre as estações do ano (inverno mais rigoroso).

### 10) Tabagismo

O tabagismo aumenta o risco de doença cardiovascular total, assim como de infecção pulmonar. Portanto, os pacientes com IC devem ser estimulados a suprimir o uso do tabaco - passivo e ativo - por meio de abordagem breve/mínima ou PAAP (perguntar, avaliar, aconselhar e preparar), terapia cognitiva comportamental e suporte medicamentoso se necessário.

## INSUFICIENCIA CARDÍACA CONGESTIVA (IC)

---

### 11) Antiinflamatórios não esteroidais (AINE)

Os AINES clássicos (ibuprofeno, diclofenaco e naproxeno), assim como os inibidores da Cox-2 (celecoxib, rofecoxib, valdecoxib) provocam retenção hidrossalina e elevação da pressão arterial. Os inibidores da Cox-2 possuem também efeito pró-trombótico. Portanto, os AINES de forma geral devem ser evitados nos portadores de IC. Quando o seu uso for imprescindível, há necessidade de maior vigilância no peso corporal, edema e função renal. Quando a indicação destes agentes for inevitável, parece que o naproxeno apresenta maior segurança cardiovascular do que os inibidores da Cox-2, e os outros AINES como o ibuprofeno e os diclofenacos.

### 12) Drogas ilícitas

Deve ser recomendada abstinência total sem exceções. A cocaína, por exemplo, compromete diretamente a função ventricular podendo induzir arritmias potencialmente fatais.

### 13) Orientações para viagens

Pacientes com IC classe funcional IV devem evitar viagens aéreas ou dirigir veículos. Deve ser recomendada a profilaxia para trombose venosa profunda em pacientes com IC independentemente da classe funcional. Orienta-se uso de meia-elástica de média compressão para viagens prolongadas, devendo-se avaliar o uso de heparina fracionada subcutânea profilática quando duração maior do que 4 horas

### 14) Prescrição do exercício

O exercício físico tem sido indicado em algumas estratégias recentes de análise de custos para internações hospitalares por IC, como recurso promissor para a redução de custos. Além de ser seguro e não aumentar a mortalidade, melhora a qualidade de vida, e o desempenho funcional. Poucos estudos têm demonstrado o efeito do exercício em longo prazo ou definem protocolos de exercícios. Tradicionalmente o método utilizado para prescrição de exercício aeróbico é a caminhada ou o cicloergômetro, mas recentemente, a atividade física intervalada tem sido demonstrada como método efetivo, seguro e bem tolerado em pacientes com IC. A carga de trabalho é realizada em blocos de menor e maior intensidade, variando de 50 a 80% da frequência cardíaca máxima. Programa de treinamento físico domiciliar, hidroterapia, yoga, meditação e tai chi chuan também têm sido proposto alternativamente para pacientes com IC. Assim como o programa de atividade física formal, esses programas parecem ser seguros e efetivos em diminuir sintomas e melhorar a qualidade de vida de pacientes com IC. O condicionamento físico deveria ser estimulado para todos pacientes com IC estável que sejam capazes de participar de programa de treinamento físico. Assim como a terapêutica clínica cuida de manter a função de compensação dos órgãos, a atividade física promoveria adaptações fisiológicas favoráveis, melhorando a qualidade de vida.