

Insuficiência Cardíaca Descompensada

Guia prático para manejo de IC descompensada no pronto-socorro: diuréticos, vasodilatadores, inotrópicos, perfis hemodinâmicos (quente/frio, seco/úmido), VNI, orientações de alta e seguimento cardiológico.

Paciente típico: Adulto de meia-idade ou idoso, portador de IC conhecida (ou cardiopatia de base), que apresenta descompensação por má aderência medicamentosa, sobrecarga volêmica, infecção ou síndrome coronariana aguda, cursando com dispneia progressiva, ortopneia, edema de membros inferiores e sinais de congestão pulmonar e/ou sistêmica.

? Guia rápido

! Clique nos tópicos abaixo para ver detalhes

História clínica típica

História Clínica

Paciente refere dispneia progressiva há 3 dias, inicialmente aos moderados esforços, evoluindo para pequenos esforços e atualmente em repouso. Relata ortopneia (necessita dormir com 2 travesseiros), dispneia paroxística noturna e tosse seca. Refere edema progressivo em membros inferiores. Nega febre, dor torácica típica, palpitações ou síncope.

HDA: Portador(a) de insuficiência cardíaca, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus. Não tem seguido dieta hipossódica adequadamente e faltou 2 doses da medicação habitual nos últimos dias.

Nega alergias medicamentosas.

Exame físico

REG, taquipneico, com tiragem intercostal, SatO2 92% em ar ambiente

Jugulares turgidas +++/4+ (sinal de Kussmaul presente)

ACV: ritmo regular, B3 audível, sem sopros

AR: estertores crepitantes em bases pulmonares bilateralmente até 2 dos hemitórax

Abdome: hepatomegalia dolorosa, refluxo hepatojugular positivo

MMII: edema +++/4+ com cacifo até raiz das coxas

HD

- Insuficiência cardíaca agudamente descompensada
- Perfil hemodinâmico: □ (B = quente e úmido / C = frio e úmido)
- Edema agudo de pulmão (se presente)

Conduta

- Classificar perfil hemodinâmico (avaliação de congestão e perfusão)
- Monitorização contínua (PA, FC, SatO₂, ECG)
- Oxigenoterapia/VNI se SatO₂ < 90%
- Diurético de alça EV (furosemida)
- Vasodilatador EV se PAS > 110 mmHg (nitroprussiato ou nitroglicerina)
- Inotrópico se hipotensão e sinais de baixo débito (dobutamina)
- Solicitar: ECG, RX tórax, BNP/NT-proBNP, troponina, função renal, eletrólitos, hemograma
- Investigar e tratar fator descompensante
- Reavaliar após 20-30 minutos e ajustar terapia
- Considerar internação em UTI/UCO se instabilidade hemodinâmica
- Alta após compensação com transição para terapia oral
- Afastamento: □ dias

Prescrição para paciente típico

No pronto-socorro:

PERFIL B (QUENTE E ÚMIDO) - PACIENTE COM PAS > 110 mmHg, SEM USO CRÔNICO DE FUROSEMIDA

01. Nitroprussiato 50 mg/2mL – Diluir 2 mL em SG5% 248 mL (200 µg/mL) e infundir via EV em BIC iniciando 2 mL/h, titular de 2 em 2 mL/h a cada 3-5 min até PAS 110-130 mmHg (Máx: 45 mL/h)

02. Furosemida 20 mg/2mL – administrar 4 mL (40 mg), EV em bolus lento
Reavaliar após 20-30 min e repetir dose se necessário

03. Oxigênio suplementar 2-3 L/min em cateter nasal, se SatO₂ < 90%

04. VNI com CPAP – 5-10 cmH₂O, se SatO₂ < 90% apesar de O₂ ou FR > 25 irpm ou desconforto

respiratório importante

SatO2 alvo: 90-94%

SE PACIENTE EM USO CRÔNICO DE FUROSEMIDA (ex: 2 cp/dia = 80 mg/dia)

05. Furosemida 20 mg/2mL – administrar 8 mL (80 mg), EV em bolus lento

Dose EV = 1-2x dose oral habitual

SE PERFIL C (FRIO E ÚMIDO) - SINAIS DE BAIXO DÉBITO E PAS < 90 mmHg

06. Dobutamina 250 mg/20mL – Diluir 4 ampolas em SF 170 mL (4 mg/mL), iniciar BIC 2-5 µg/kg/min, titular até melhora de perfusão (Máx: 20 µg/kg/min)

07. Noradrenalina 4 mg/4mL – Diluir 2 ampolas em SG5% 242 mL (32 µg/mL), iniciar BIC se PAS < 75 mmHg associada à dobutamina, titular para PAM > 65 mmHg

Para casa:

01. Furosemida 40 mg ————— 60 comprimidos

Tomar 01 comprimido, V0, de 12/12h (ajustar dose conforme diurese e sintomas de congestão - mínimo 40 mg/dia, máximo 240 mg/dia)

02. Espironolactona 25 mg ————— 30 comprimidos

Tomar 01 comprimido, V0, 1x ao dia, pela manhã

03. Carvedilol 6,25 mg ————— 60 comprimidos

Tomar 01 comprimido, V0, de 12/12h (titular dose gradualmente conforme tolerância até dose-alvo)

04. Enalapril 10 mg ————— 30 comprimidos

Tomar 01 comprimido, V0, 1x ao dia, pela manhã (titular gradualmente conforme PA e tolerância)

05. Dapagliflozina 10 mg ————— 30 comprimidos

Tomar 01 comprimido, V0, 1x ao dia, pela manhã (iniciar após compensação clínica completa)

? NO PRONTO-SOCORRO

- **MANEJO E CUIDADOS INICIAIS**

- **Classificação do perfil hemodinâmico:** Avaliar grau de congestão (sinais de sobrecarga volêmica) e perfusão tecidual (extremidades, enchimento capilar, nível

de consciência, débito urinário)

- **Perfil A** (quente e seco): sem congestão, boa perfusão → ajuste medicações orais
- **Perfil B** (quente e úmido): congestão, boa perfusão → diuréticos + vasodilatadores
- **Perfil C** (frio e úmido): congestão, má perfusão → diuréticos + inotrópicos ± vasodilatadores
- **Perfil L** (frio e seco): sem congestão, má perfusão → reposição volêmica cautelosa + inotrópicos
- **Monitorização contínua:** PA, FC, SatO₂, ECG, balanço hídrico rigoroso
- **Oximetria e suporte ventilatório:** O₂ suplementar se SatO₂ < 90%, considerar VNI se desconforto respiratório ou hipoxemia persistente
- **Solicitar:** ECG de 12 derivações, RX tórax (cardiomegalia, congestão pulmonar), BNP ou NT-proBNP, troponina, função renal (ureia/creatinina), eletrólitos (Na, K), hemograma
- **Sinais de alarme:** PAS < 90 mmHg, choque cardiogênico, arritmias graves, dor torácica isquêmica, piora da função renal, hipoxemia refratária → considerar UTI/UCO
- **Investigar fatores precipitantes:** SCA, arritmias, crise hipertensiva, embolia pulmonar, infecções, anemia, má aderência, sobrecarga salina, medicações (AINE, corticoides)
- **Alvos terapêuticos primeiros 6h:** Diurese 1-2,5 mL/kg/h, SatO₂ > 90%, FC < 100 bpm, FR < 22 irpm, PAS 110-130 mmHg, melhora de ortopneia

Congestão em repouso?	Perfil A Quente (Aquecido, diurese preservada, alerta, função renal mantida) Seco (Sem sinais de congestão)	Perfil B Quente (Aquecido, diurese preservada, alerta, função renal mantida) Congesto (Ortopnéia, DPN, RHJ, turgência jugular, B3, estertores creptantes pulmonares, ascite)
	Perfil D Frio (Extremidades frias, hipotensão sintomática, sensorio diminuído, PPP estreita, piora da função renal) Seco (Sem sinais de congestão)	Perfil C Frio (Extremidades frias, hipotensão sintomática, sensorio diminuído, PPP estreita, piora da função renal) Congesto (Ortopnéia, DPN, RHJ, turgência jugular, B3, estertores creptantes pulmonares, ascite)
Baixa perfusão em repouso?		

• DIURÉTICO DE ALÇA

- **Prescrição prática:**
 - Furosemida 20 mg/2mL (10 mg/mL) – administrar 4 mL (40 mg), EV em bolus lento
 - Dose para usuário crônico de diurético: 1-2x a dose oral habitual, EV

- Exemplo: Paciente usa 2 cp/dia (80 mg/dia) → prescrever 4-8 mL EV (40-80 mg)
- Reavaliar após 20-30 minutos. Se resposta inadequada, dobrar dose ou associar tiazídico
- Infusão contínua: 5-20 mg/h EV em BIC (considerar se doses em bolus insuficientes)
- **Alternativas:**
 - Bumetanida 0,5 mg/2mL – administrar 2-8 mL (1-4 mg), EV em bolus (40x mais potente que furosemida)
 - Hidroclorotiazida 25-50 mg, VO – associar ao diurético de alça se resistência diurética
- **Indicações:**
 - Todos os pacientes com sinais de congestão pulmonar ou sistêmica (perfis B e C)
 - Redução imediata da pré-carga por venodilatação (em 15 min) e diurese (pico em 30-60 min)
- **Apresentações:**
 - Furosemida: ampola 20 mg/2mL, comprimido 40 mg
 - Bumetanida: ampola 0,5 mg/2mL, comprimido 1 mg
- **Via(s):** EV | IM | Oral
- **Cuidados:**
 - Monitorar função renal, eletrólitos (K, Na, Mg), balanço hídrico
 - Dose máxima furosemida: 240 mg/dia em bolus ou 40 mg/h em infusão contínua
 - Avaliar resposta: débito urinário > 100-150 mL/h ou sódio urinário > 50-70 mEq/L em 2h
 - Hipocalemia, hipomagnesemia, alcalose metabólica são efeitos adversos comuns
 - Evitar desidratação excessiva e piora de função renal
 - Ototoxicidade com doses muito altas ou infusão rápida

• VASODILATADOR ENDOVENOSO (Nitroprussiato de Sódio)

- **Prescrição prática:**
 - Nitroprussiato 50 mg/2mL – Diluir 2 mL em SG5% 248 mL (concentração 200 µg/mL), infundir EV em BIC
 - Iniciar 2 mL/h, titular de 2 em 2 mL/h a cada 3-5 min até atingir PAS alvo 110-130 mmHg
 - Dose máxima: 45 mL/h (10 µg/kg/min para paciente de 70 kg)
 - Proteção da luz obrigatória (equipo e frasco envoltos em papel alumínio ou saco plástico opaco)
- **Alternativas:**
 - Nitroglicerina 50 mg/10mL – Diluir 10 mL em SG5% 240 mL (200 µg/mL), infundir EV em BIC
 - Iniciar 2 mL/h (0,5 µg/kg/min), titular até PAS alvo 110-130 mmHg
 - Preferir se IC descompensada de etiologia isquêmica ou SCA associada
- **Indicações:**

- IC descompensada com PAS > 110 mmHg (perfil B)
- Edema agudo de pulmão hipertensivo
- Redução de pré e pós-carga ventricular
- **Apresentações:**
 - Nitroprussiato: ampola 50 mg/2mL
 - Nitroglicerina: ampola 50 mg/10mL
- **Via(s):** □□ EV contínuo
- **Cuidados:**
 - **Nitroprussiato:** Contraindicado em gestantes (risco de intoxicação fetal por cianeto), insuficiência renal/hepática grave
 - Risco de intoxicação por cianeto em infusões prolongadas (> 72h) ou doses altas
 - **Nitroglicerina:** Pode causar taquifilaxia, cefaleia intensa, hipotensão
 - Contraindicado uso prévio de sildenafil/tadalafil nas últimas 24-48h
 - Monitorização contínua de PA (idealmente PAI)
 - Reduzir PA em no máximo 25% nas primeiras horas
 - Não usar se PAS < 90 mmHg ou choque

• INOTRÓPICO (Dobutamina)

- **Prescrição prática:**
 - Dobutamina 250 mg/20mL – Diluir 4 ampolas (1.000 mg) em SF 0,9% 170 mL (concentração 4 mg/mL)
 - Iniciar BIC 2-5 µg/kg/min, titular a cada 10-15 min conforme resposta hemodinâmica
 - Dose usual: 5-15 µg/kg/min | Dose máxima: 20 µg/kg/min
 - Exemplo: Paciente 70 kg iniciando 5 µg/kg/min = 0,35 mg/min = 5,25 mL/h
- **Alternativas:**
 - Milrinona (inibidor fosfodiesterase) – iniciar 0,375 µg/kg/min, máx 0,75 µg/kg/min
 - Evitar em cardiopatia isquêmica pelo risco arritmogênico
 - Levosimendan – iniciar 0,05-0,1 µg/kg/min (sensibilizador de cálcio, vasodilatador)
- **Indicações:**
 - Perfil C (frio e úmido): sinais de baixo débito com congestão
 - Choque cardiogênico (PAS < 90 mmHg com sinais de hipoperfusão)
 - Oligúria, alteração do nível de consciência, extremidades frias, lactato elevado
 - Sempre após otimização volêmica e correção de causas reversíveis
- **Apresentações:**
 - Dobutamina: ampola 250 mg/20mL (12,5 mg/mL)
- **Via(s):** □□ EV contínuo
- **Cuidados:**
 - Monitorização cardíaca contínua obrigatória (risco de taquiarritmias)
 - Pode causar hipotensão inicial (efeito beta-2 vasodilatador), especialmente em hipovolemia
 - Se PAS < 80 mmHg, associar vasopressor (noradrenalina) antes de dobutamina

- Efeito reduzido em pacientes em uso crônico de betabloqueador
- Aumenta consumo de O₂ miocárdico (risco de isquemia)
- Usar pelo menor tempo possível (associado a aumento de mortalidade em longo prazo)
- Não usar como monoterapia em choque cardiogênico com hipotensão grave

• VASOPRESSOR (Noradrenalina)

○ Prescrição prática:

- Noradrenalina 4 mg/4mL (1 mg/mL) – Diluir 2 ampolas (8 mg) em SG5% 242 mL (concentração 32 µg/mL)
- Iniciar BIC 0,1-0,2 µg/kg/min, titular a cada 5-10 min para manter PAM > 65 mmHg
- Dose máxima: 1,0 µg/kg/min
- Exemplo: Paciente 70 kg iniciando 0,2 µg/kg/min = 14 µg/min = 26 mL/h

○ Indicações:

- Choque cardiogênico com PAS < 75-80 mmHg refratária a volume e dobutamina
- Manutenção de PAM > 65 mmHg para perfusão de órgãos vitais
- Preferir sobre dopamina (menor mortalidade, menos arritmias)

○ Apresentações:

- Noradrenalina: ampola 4 mg/4mL (1 mg/mL)

○ Via(s): EV contínuo (acesso central preferencial, mas pode ser periférico 18-20G em membros superiores)

○ Cuidados:

- Monitorização invasiva de PA (PAI) preferencial
- Risco de necrose tecidual se extravasamento (acesso central ideal)
- Não usar como monoterapia em choque cardiogênico (associar inotrópico)
- Pode aumentar pós-carga e piorar débito cardíaco se usado isoladamente

• VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA (VNI)

○ Prescrição prática:

- CPAP (pressão positiva contínua): 5-10 cmH₂O
- FiO₂: titular para manter SatO₂ 90-94%
- Indicação: SatO₂ < 90% apesar O₂ suplementar OU FR > 25 irpm OU desconforto respiratório importante

○ Alternativas:

- BiPAP (dois níveis de pressão): IPAP 10-15 cmH₂O / EPAP 5-8 cmH₂O
- Cânula nasal de alto fluxo: 40-60 L/min, FiO₂ 50-100%

○ Indicações:

- Edema agudo de pulmão com hipoxemia (SatO₂ < 90%)
- Taquipneia (FR > 25 irpm), uso de musculatura acessória
- Redução de mortalidade comprovada em IC descompensada com insuficiência respiratória

- **Cuidados:**
 - **Contraindicações:** rebaixamento do nível de consciência (Glasgow < 8), vômitos incoercíveis, instabilidade hemodinâmica grave, trauma de face, pneumotórax não drenado
 - Monitorar aceitação do paciente, escape de ar pela máscara
 - Se falha de VNI em 30-60 min → intubar (não postergar IOT)
 - Risco de hipotensão (aumento de pressão intratorácica reduz retorno venoso)

• MORFINA

- **Prescrição prática:**
 - Morfina 10 mg/mL – administrar 1-3 mg (0,1-0,3 mL diluído em 9 mL SF 0,9%), EV lento, a cada 5-10 min, se necessário
 - Dose total máxima: 10 mg
- **Indicações:**
 - Alívio de dispneia refratária em edema agudo de pulmão
 - Redução de ansiedade, dor torácica (se SCA associada)
 - Redução da atividade simpática e consumo de O₂
- **Apresentações:**
 - Morfina: ampola 10 mg/mL (1 mL)
- **Via(s):** EV
- **Cuidados:**
 - **USO CONTROVERSO:** uso rotineiro não recomendado (pode causar náusea, hipopneia, depressão respiratória)
 - Reservar para pacientes gravemente sintomáticos
 - Naloxona disponível para reversão se necessário
 - Evitar em rebaixamento do nível de consciência

• OXIGENOTERAPIA

- **Prescrição prática:**
 - Oxigênio suplementar 2-3 L/min em cateter nasal, se SatO₂ < 90%
 - Máscara de Venturi FiO₂ 35-50% se SatO₂ persistentemente < 90%
 - Máscara com reservatório 10-15 L/min se SatO₂ < 85%
- **Cuidados:**
 - **Não usar oxigênio em pacientes NÃO hipoxêmicos** (causa vasoconstrição e redução de débito cardíaco)
 - Alvo SatO₂: 90-94% (evitar hiperóxia)
 - Considerar VNI se oxigenoterapia convencional insuficiente

• BETABLOQUEADOR (Manejo durante descompensação)

- **Conduta:**

- Pacientes em uso crônico estável (> 5 semanas):
- - Perfil B (boa perfusão, normotenso): MANTER dose habitual
- - Perfil C (má perfusão, hipotenso): REDUZIR dose pela metade
- - Choque cardiogênico (PAS < 80 mmHg): SUSPENDER temporariamente
- - Bradicardia sintomática (FC < 50 bpm): REDUZIR dose ou suspender
- **Cuidados:**
 - Estudos mostram que suspensão de betabloqueador está associada a AUMENTO de mortalidade
 - Reintroduzir/otimizar dose após compensação clínica
 - Exemplos: carvedilol, bisoprolol, metoprolol succinato

? PARA CASA

• DIURÉTICO DE ALÇA

- **Prescrição:** Furosemida 40 mg – Tomar 01-02 comprimidos, V0, de 12/12h ou 1x ao dia (dose conforme necessidade, geralmente 40-160 mg/dia)
- **Indicações:** Manutenção após compensação, controle de congestão residual
- **Apresentações:** Comprimido 40 mg
- **Posologia:** Iniciar com dose que manteve compensação no PS, ajustar conforme sintomas e peso
- **Cuidados:**
 - Orientar controle diário de peso (aumento > 2 kg em 3 dias = sinal de alerta)
 - Repor potássio se necessário (K < 3,5 mEq/L)
 - Monitorar função renal e eletrólitos a cada 7-15 dias inicialmente
 - Dose mínima eficaz para evitar desidratação
- **Alternativa(s):**
 - Bumetanida 1 mg V0 1-2x/dia (se intolerância à furosemida)

• ANTAGONISTA DE ALDOSTERONA

- **Prescrição:** Espironolactona 25 mg – Tomar 01 comprimido, V0, 1x ao dia, pela manhã
- **Indicações:** ICFER (FE < 40%), redução de mortalidade e reinternação
- **Apresentações:** Comprimido 25 mg, 50 mg, 100 mg
- **Posologia:** Iniciar 25 mg/dia, aumentar para 50 mg/dia se tolerado
- **Cuidados:**
 - Contraindicado se K > 5,0 mEq/L ou creatinina > 2,5 mg/dL
 - Monitorar potássio e função renal em 3-7 dias após início
 - Ginecomastia é efeito adverso comum (alternativa: eplerenona)
 - Evitar alimentos ricos em potássio em excesso
- **Alternativa(s):**
 - Eplerenona 25-50 mg V0 1x/dia (menos ginecomastia)

• BETABLOQUEADOR

- **Prescrição:** Carvedilol 6,25 mg – Tomar 01 comprimido, VO, de 12/12h (titular gradualmente até dose-alvo 25 mg 12/12h)
- **Indicações:** ICFER (FE < 40%), redução de mortalidade e reinternação
- **Apresentações:** Comprimido 3,125 mg, 6,25 mg, 12,5 mg, 25 mg
- **Posologia:** Iniciar 3,125-6,25 mg 12/12h, dobrar dose a cada 2 semanas se tolerado, até dose-alvo
- **Cuidados:**
 - **Iniciar apenas após compensação completa** (paciente euvolêmico)
 - Titular lentamente em ambiente ambulatorial com monitorização
 - Pode causar bradicardia, hipotensão, broncoespasmo
 - Dose-alvo carvedilol: 25 mg 12/12h (máx: 50 mg 12/12h se > 85 kg)
 - Não suspender abruptamente (risco de descompensação)
- **Alternativa(s):**
 - Bisoprolol 1,25 mg VO 1x/dia, titular até 10 mg/dia
 - Metoprolol succinato 25 mg VO 1x/dia, titular até 200 mg/dia

• INIBIDOR DA ECA (IECA)

- **Prescrição:** Enalapril 5-10 mg – Tomar 01 comprimido, VO, de 12/12h ou 1x ao dia (titular até dose-alvo 10-20 mg 12/12h)
- **Indicações:** ICFER (FE < 40%), redução de mortalidade e progressão da IC
- **Apresentações:** Comprimido 5 mg, 10 mg, 20 mg
- **Posologia:** Iniciar 2,5-5 mg 12/12h, titular a cada 1-2 semanas até dose-alvo
- **Cuidados:**
 - Contraindicado se K > 5,5 mEq/L, creatinina > 3,0 mg/dL, estenose renal bilateral
 - Monitorar K e função renal em 1-2 semanas após início/ajuste de dose
 - Pode causar tosse seca (10-15% dos pacientes) → trocar por BRA
 - Hipotensão sintomática: reduzir dose ou suspender temporariamente
 - Evitar AINE (reduzem efeito e pioram função renal)
- **Alternativa(s):**
 - Captopril 25 mg VO 8/8h (titulação mais rápida, útil no PS)
 - Lisinopril 5-10 mg VO 1x/dia (dose única diária)
 - Losartana 50 mg VO 1x/dia (BRA, se tosse por IECA)
 - Valsartana 40-80 mg VO 12/12h (BRA)

• INIBIDOR SGLT2 (GLIFLOZINA)

- **Prescrição:** Dapagliflozina 10 mg – Tomar 01 comprimido, VO, 1x ao dia, pela manhã
- **Indicações:** IC com FE reduzida ou preservada, redução de mortalidade e reinternação
- **Apresentações:** Comprimido 10 mg
- **Posologia:** 10 mg 1x/dia (dose fixa, não requer titulação)

- **Cuidados:**
 - **Iniciar após compensação clínica completa** (não durante descompensação aguda)
 - Pode ser usado independentemente de diabetes
 - Aumenta risco de infecção geniturinária (ITU, candidíase)
 - Risco raro de cetoacidose euglicêmica (suspender se cirurgia)
 - Manutenção adequada de hidratação
 - Evitar se TFG < 25 mL/min

- **Alternativa(s):**

- Empagliflozina 10 mg VO 1x/dia

- **VASODILATADOR (Se intolerância a IECA/BRA)**

- **Prescrição:** Dinitrato de isossorbida 20 mg + Hidralazina 50 mg – Tomar 01 comprimido de cada, VO, de 8/8h
- **Indicações:** Alternativa se intolerância a IECA e BRA (tosse, angioedema, disfunção renal)
- **Apresentações:** Isossorbida: comprimido 10 mg, 20 mg | Hidralazina: comprimido 25 mg, 50 mg
- **Posologia:** Isossorbida 20-40 mg 8/8h + Hidralazina 25-100 mg 8/8h
- **Cuidados:**
 - Pode causar cefaleia intensa (isossorbida), taquicardia reflexa (hidralazina)
 - Hipotensão postural (orientar mudanças posturais lentas)
 - Taquifilaxia com isossorbida (janela sem droga à noite)

- **DIGITAL (Se fibrilação atrial com resposta ventricular rápida)**

- **Prescrição:** Digoxina 0,25 mg – Tomar 01 comprimido, VO, 1x ao dia
- **Indicações:** IC + FA com FC > 100 bpm, controle de frequência ventricular
- **Apresentações:** Comprimido 0,25 mg
- **Posologia:** 0,25 mg 1x/dia (reduzir para 0,125 mg se idoso, baixo peso, disfunção renal)
- **Cuidados:**
 - Janela terapêutica estreita (nível sérico 0,5-0,9 ng/mL)
 - Toxicidade: náusea, vômitos, alterações visuais, arritmias
 - Ajustar dose se creatinina elevada
 - Interação com vários medicamentos (amiodarona, verapamil)

- **ESTATINA (Se dislipidemia ou DAC)**

- **Prescrição:** Atorvastatina 40 mg – Tomar 01 comprimido, VO, 1x ao dia, à noite
- **Indicações:** IC de etiologia isquêmica, dislipidemia, prevenção cardiovascular
- **Apresentações:** Comprimido 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg

- **Posologia:** 20-80 mg 1x/dia à noite
- **Cuidados:**
 - Monitorar enzimas hepáticas (TGO, TGP) e CPK
 - Miopatia (dor muscular) é efeito adverso raro mas importante
- **Alternativa(s):**
 - Sinvastatina 20-40 mg VO 1x/dia à noite
 - Rosuvastatina 10-20 mg VO 1x/dia

- **ANTICOAGULANTE (Se FA ou tromboembolismo prévio)**

- **Prescrição:** Rivaroxabana 20 mg – Tomar 01 comprimido, VO, 1x ao dia, junto com a maior refeição
- **Indicações:** FA com CHA₂DS₂-VASc ≥ 2, redução de risco de AVE
- **Apresentações:** Comprimido 10 mg, 15 mg, 20 mg
- **Posologia:** 20 mg 1x/dia (15 mg se ClCr 30-49 mL/min)
- **Cuidados:**
 - Contraindicado se sangramento ativo, ClCr < 15 mL/min
 - Risco de sangramento (monitorar sinais: hematomas, melena, hematúria)
 - Tomar com refeição para melhor absorção
- **Alternativa(s):**
 - Apixabana 5 mg VO 12/12h (2,5 mg 12/12h se ≥ 2 critérios: idade > 80 anos, peso < 60 kg, creat > 1,5)
 - Dabigatrana 150 mg VO 12/12h (110 mg 12/12h se > 80 anos ou risco hemorrágico)
 - Varfarina 5 mg VO 1x/dia (ajustar conforme INR 2-3)

- **☑☑☑☑ Orientações ao paciente**

- **Sinais de alarme - retornar imediatamente se:**
 - Piora súbita da falta de ar (especialmente à noite ou ao deitar)
 - Incapacidade de deitar-se (necessidade de dormir sentado)
 - Ganho de peso > 2 kg em 3 dias
 - Edema progressivo nas pernas
 - Dor no peito, palpitações ou desmaio
 - Tosse com escarro rosado/espumoso
 - Confusão mental ou sonolência excessiva
- **Recuperação esperada:**
 - Melhora progressiva da dispneia em 48-72h após início do tratamento
 - Diurese aumentada nas primeiras 24-48h (normal e esperado)
 - Redução gradual do edema em 5-7 dias
 - Retorno às atividades leves em 7-14 dias
- **Restrições de atividade:**
 - Repouso relativo nos primeiros 3-5 dias
 - Evitar esforços intensos por 2-4 semanas
 - Retomar atividades gradualmente conforme tolerância

- Iniciar reabilitação cardíaca após liberação médica (4-6 semanas)
- **Orientações dietéticas:**
 - **FUNDAMENTAL: Restrição de sal < 2g/dia (4g de NaCl/dia)**
 - Evitar alimentos industrializados, conservas, embutidos, enlatados
 - Restrição hídrica 1-1,5 L/dia (se hiponatremia ou congestão importante)
 - Controle de peso diário (sempre no mesmo horário, mesma balança)
 - Dieta fracionada (5-6 refeições pequenas/dia)
- **Modificações de estilo de vida:**
 - **Cessar tabagismo** (risco 2-3x maior de morte por IC)
 - **Evitar álcool** (pode piorar função cardíaca)
 - Vacinação: influenza anual, pneumococo, COVID-19
 - Aderência rigorosa às medicações (não suspender sem orientação médica)
 - Evitar anti-inflamatórios (AINE) – pioram retenção hídrica e função renal
- **Seguimento:**
 - **Retorno em 7-14 dias** com cardiologista ou médico assistente
 - Levar exames: ecocardiograma (se não recente), função renal, eletrólitos
 - Ajuste de doses medicamentosas conforme tolerância e função renal
 - Se sinais de alarme: retornar imediatamente ao PS

? CID-10:

- **I50.0:** Insuficiência cardíaca congestiva
- **I50.1:** Insuficiência ventricular esquerda
- **I50.9:** Insuficiência cardíaca não especificada
- **I11.0:** Doença cardíaca hipertensiva com insuficiência cardíaca (congestiva)
- **J81:** Edema pulmonar

Revision #7

Created 7 August 2025 07:47:45 by Heric

Updated 25 October 2025 10:39:27 by Heric