

# “Flexopneia”. A dispneia em pacientes com insuficiência cardíaca na anteflexão do tronco pode predizer resultados adversos

*Autores da tradução:*

*Marcelo Rozenfeld Levites<sup>I</sup>, Pedro Subtil de Paula<sup>II</sup>, Laura Bogea Müller de Almeida<sup>III</sup>*

Sociedade Brasileira de Medicina de Família (Sobramfa) - Educação Médica & Humanismo

## PERGUNTA CLÍNICA

O que é “flexopneia” e o que ela nos diz?

## PONTO DE PARTIDA

A flexopneia é um neologismo usado para descrever a falta de ar experimentada por alguns pacientes com insuficiência cardíaca. Flexopneia é definida como a dispneia que ocorre 20 segundos após inclinar o tronco para frente enquanto sentado em uma cadeira, como para amarrar um cadarço. Um estudo prévio mostrou que pacientes com insuficiência cardíaca sistólica e que apresentam flexopneia parecem ser mais propensos a ter insuficiência cardíaca de classe IV (segundo classificação da New York Heart Association, NYHA), são mais propensos a ter uma hospitalização subsequente dentro de três meses e podem ter pior prognóstico no longo prazo quando comparados com os pacientes sem flexopneia.<sup>1</sup>

**Nível de evidência** = 1b.<sup>2</sup>

## DESENHO DO ESTUDO

Coorte (prospectivo).

## FINANCIAMENTO/SUPORTE

University of Texas Southwestern Medical Center.

## CENÁRIO

Ambulatorial.

## ALOCUÇÃO

Não se aplica.

## SINOPSE

Flexopneia é um sintoma recentemente descrito<sup>3</sup> que ocorre em aproximadamente 20% dos pacientes com insuficiência

<sup>I</sup>Médico de família, doutor em Medicina, diretor científico da Sociedade Brasileira de Medicina de Família (Sobramfa) - Educação Médica & Humanismo.

<sup>II</sup>Médico de família e diretor da Sociedade Brasileira de Medicina de Família (Sobramfa) - Educação Médica & Humanismo.

<sup>III</sup>Médica de família da Sociedade Brasileira de Medicina de Família (Sobramfa) - Educação Médica & Humanismo.

Editores responsáveis por esta seção:

**Marcelo Rozenfeld Levites.** Médico de família e diretor da Sociedade Brasileira de Medicina de Família (Sobramfa) - Educação Médica & Humanismo.

**Pedro Subtil de Paula.** Médico de família e diretor da Sociedade Brasileira de Medicina de Família (Sobramfa) - Educação Médica & Humanismo.

Tradução e adaptação:

Sociedade Brasileira de Medicina de Família (Sobramfa) – Educação Médica & Humanismo

Rua Silvia, 56 — Bela Vista — São Paulo (SP) — CEP 01331-000

Tel. (11) 3253-7251/3285-3126 — E-mail: sobramfa@sobramfa.com.br — <http://www.sobramfa.com.br>

Data de entrada: 7 de novembro de 2017. Última modificação: 4 de dezembro de 2017. Aceitação: 6 de dezembro de 2017.

cardíaca e está associado a maiores pressões de enchimento ventricular, especialmente em pacientes com baixo índice cardíaco. Para o estudo, os pesquisadores seguiram prospectivamente uma coorte de 179 pacientes com insuficiência cardíaca de uma clínica de cardiologia. Os indivíduos foram excluídos se tivessem pneumonia ativa ou doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC); se estivessem em uso de droga vasoativa; se não falassem inglês; ou se não conseguissem se inclinar para a frente (para avaliação da flexopneia). Os pacientes tinham uma média de 57 anos, aproximadamente 60% eram caucasianos. Pacientes com flexopneia apresentaram maior probabilidade de ter insuficiência cardíaca da classe IV da NYHA. O índice de massa corporal mais elevado não foi associado a flexopneia e outros estudos não demonstraram associação da circunferência abdominal e a flexopneia. Os pacientes foram acompanhados por um ano. Aqueles com flexopneia apresentaram maior risco de um desfecho combinado composto por morte, admissão hospitalar por insuficiência cardíaca, uso de inotrópicos, implantação de dispositivo de assistência do ventrículo esquerdo e transplante cardíaco. No entanto, apesar de o risco individual de cada um desses desfechos não ter sido significativamente maior, os pacientes com flexopneia eram mais propensos a serem admitidos para tratamento da insuficiência cardíaca dentro de três meses.

## NOTA DO TRADUTOR

Flexopneia (neologismo correspondente ao inglês *bendopnea*) é um sintoma de insuficiência cardíaca descrito recentemente por Thibodeau et al.<sup>3</sup> A dispneia, nas suas diversas formas, é um sintoma moderadamente sensível, mas pouco específico para insuficiência cardíaca. A ortopneia está diretamente associada a elevação das pressões de enchimento e é muito mais específica.<sup>1</sup> Em outro estudo<sup>4</sup> de baixa qualidade apontou-se que a flexopneia seria a única forma de dispneia sem associação a DPOC, o que não foi alvo do estudo examinado aqui.

O artigo apresentado tem característica preliminar e apresenta fraquezas metodológicas, como o desfecho combinado destoando dos desfechos individuais e o fato de tratar-se de estudo unicêntrico, mas o tema merece nossa atenção. É que a flexopneia é um dado clínico de fácil obtenção em uma anamnese e que pode trazer mais informações e atenção ao cuidado do paciente portador de insuficiência cardíaca e pode significar um instrumento semiológico novo (algo raro em nossos tempos) e valioso, se as observações atuais se confirmarem. Contudo, necessita ainda de análise mais detalhada da sua especificidade, estudos maiores para verificação definitiva da ligação do sintoma com o prognóstico.

## REFERÊNCIAS

1. Allen F. Shaughnessy. "Bendopnea" - dyspnea in heart failure patients when bending forward—predicts adverse outcomes Disponível em <http://www.essential-evidence-plus.com/infopoems/dailyInfoPOEM.cfm?view=179344> (disponível apenas para assinantes).
2. Centre for Evidence-Based Medicine. Oxford Centre for Evidence-based Medicine - Levels of Evidence (March 2009). Disponível em: <http://www.cebm.net/index.aspx?o=1025>. Acessado em 2017 (30 nov).
3. Thibodeau JT, Jenny BE, Maduka JO, et al. Bendopnea and risk of adverse clinical outcomes in ambulatory patients with systolic heart failure. *Am Heart J.* 2017;183:102-7. PMID: 27979033.
4. Martínez Cerón DM, García Rosa ML, Lagoeiro Jorge AJ, et al. Associação dos tipos de dispneia e da "flexopneia" com as patologias cardiopulmonares nos cuidados de saúde primários. *Rev Port Cardiol.* 2017;36(3):179-86.

RESPONSÁVEL PELA EDIÇÃO DESTA SEÇÃO: SOBRAMFA

