

Os cuidados paliativos na insuficiência cardíaca – revisão de literatura

Palliative care in heart failure - literature review

Marina Marquioli Biazon¹, Maria Eduarda Pavan¹

¹ União das Faculdades dos Grandes Lagos – UNILAGO, SJRP, SP

[Autor corresponde: marinambiazon@hotmail.com (18) 996173232]

RESUMO

A insuficiência cardíaca é caracterizada por uma síndrome clínica com diversas formas de apresentação e múltiplas etiologias possíveis e representa a via final de várias doenças cardíacas e as taxas aumentam a medida que a população envelhece. Devido a esses fatores, os pacientes de Insuficiência Cardíaca apresentam sintomas de ansiedade e depressão, além de baixa qualidade de vida. Quando a irreversibilidade já existe a despeito de todas as terapêuticas instituídas, os cuidados paliativos passam a ser uma opção na tentativa de melhorar a qualidade de vida, sintomas psíquicos e espirituais dos pacientes e familiares. Muitos estudos indicam a importância dos Cuidados Paliativos nessa situação, porém, ainda são necessários mais estudos nessa área. Esse estudo consiste em uma revisão de literatura atualizada e de protocolos que envolvem os cuidados paliativos na insuficiência cardíaca disponíveis nas bases de dados PubMed e Google Acadêmico, entre os anos de 2005 e 2020. Os cuidados paliativos, embora recentes na área cardiológica, já demonstram evidências de seus benefícios em pacientes com insuficiência cardíaca avançada, dessa forma os cardiologistas devem estar preparados para lidar com tal situação.

Descritores: Cuidados Paliativos, Insuficiência Cardíaca, Tratamento

ABSTRACT

Heart failure is a clinical syndrome that can be presented in several ways and multiple etiologies. It represents the final pathway of several heart diseases and the rates increase as the population ages. Due to these factors, heart failure patients have symptoms of anxiety and depression, in addition to poor quality of life. When the clinical condition is irreversible despite all the therapies, palliative care becomes an option in an attempt to improve the quality of life beyond the psychic and spiritual symptoms of the patient and family. Many studies indicate the importance of palliative care in this situation however more studies are still needed. This study consists of an updated literature review and protocols involving palliative care in heart failure available in PubMed and Academic Google databases between 2005 and 2020. Although recent in the field of cardiology, palliative care has already shown evidence of its benefits in patients with advanced heart failure, therefore cardiologists must be prepared to deal with such situation.

Key words: Palliative Care, Heart Failure, Treatment

INTRODUÇÃO

A insuficiência cardíaca (IC) é uma síndrome clínica complexa e multifatorial, ela pode ser definida como uma incapacidade do

coração em manter o débito cardíaco adequado à demanda metabólica dos tecidos. A IC é a causa mais comum em morte cardiovascular em países da Europa Ocidental e Estados Unidos (EUA), e é um problema crescente no

Brasil, relacionado, principalmente ao envelhecimento da população mundial. A IC é um problema de saúde pública, já que é a causa mais prevalente de internações por doença cardiovascular. A previsão dessa síndrome, é que em 2025 haja 5 milhões de casos desta doença no Brasil, afetando os cofres públicos, pois é uma doença crônica que necessita de cuidados especializados, além de inúmeras medicações.

Essa doença é limitante, caracterizada por vários sintomas, como dispneia e edema, além de apresentar alta mortalidade nas formas avançadas. O manejo da IC não é fácil, sendo necessário uma equipe interdisciplinar. Neste contexto de grande sofrimento, os cuidados paliativos (CP) fornecem além do controle de sintomas, suporte emocional e espiritual para o doente e sua família.

No Brasil, segundo estudo retrospectivo de 2008 a 2017, a IC foi a principal causa cardiovascular de internação hospitalar, correspondendo a um total de 2,25% de todas as hospitalizações desse período. Entre o período avaliado, houve um aumento de 44% no tempo médio de hospitalização dos indivíduos, o que corresponde, em média a 6,9 dias, sendo que, pacientes com mais de 60 anos, representam 73% de todos os casos de internação⁽¹⁾.

A INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

A insuficiência cardíaca é uma afecção comum. De acordo com a American Heart

Association (2011) existem mais de 5,7 milhões de indivíduos vivendo com essa disfunção nos Estados Unidos, sendo que esta aumenta acentuadamente com a idade. A ocorrência anual de IC dobra a cada 10 anos a partir dos 65 anos de idade, e a sua incidência aumenta de menos de 0,5% na faixa de adultos jovens (20 a 39 anos) para mais de 10% em pacientes com 80 anos ou mais⁽²⁾.

Estudos mostram que 80% dos pacientes com IC são idosos e esses apresentam uma taxa de comorbidades muito maior. As comorbidades mais associadas com a IC são: doença pulmonar obstrutiva crônica e/ou bronquiectasia, insuficiência renal, diabetes mellitus, depressão e outras doenças respiratórias inferiores, anemia e comprometimento cognitivo⁽²⁾.

Os sintomas mais relatados por pacientes com IC, são dor (50%), dispneia (43%), tristeza (59%), ansiedade (45%), e os de menor frequência, anorexia, constipação e insônia. Dados do estudo SUPPORT revelaram que nos últimos 6 meses de vida esses sintomas se tornam mais frequentes, embora há outros estudos que indicam que a maioria dos pacientes evoluem para óbito por morte súbita ou distúrbios metabólicos e coma. Ao longo da doença, observa-se 3 fases principais; inicialmente é a fase estável, sendo mantida por tratamentos habituais para a IC, essa fase é seguida pela fase de declínio, a qual necessita de maior atenção dos profissionais e a maior utilização de cuidados hospitalares,

posteriormente, a última fase é a terminal, que pode durar dias ou semanas ⁽³⁾.

Em virtude das inúmeras comorbidades, sintomas relacionados ao estado grave da IC, os pacientes devem utilizar vários medicamentos para a compensação da doença, além disso os pacientes são idosos, o que somado leva à não adesão adequada do tratamento. Entre os fármacos utilizados pelos pacientes, estão os inibidores da enzima conversora de angiotensina, responsáveis por melhorar os sintomas da IC; os betabloqueadores, com impacto variado dos sintomas e qualidade de vida geral; diuréticos de alça, prescritos para diminuir a sobrecarga da IC, melhorando a falta de ar e esforço; nitratos orais; opioides orais, os quais reduzem a dispneia aguda e crônica; e a intervenção dietética, que restringe a ingestão de líquidos e sódio, diminuindo a fadiga e edema ⁽⁴⁾.

Dados da Inglaterra, indicam que a taxa de mortalidade intra-hospitalar, dos pacientes com disfunção cardíaca, está entre 4 e 10%. Após uma internação por IC, para índices de mortalidade de um ano são relatadas taxas de 20 a 40%. O *Framingham Heart Study* reafirma este dado, além de acrescentar que

pacientes entre 65 e 74 anos morrem dentro de 5 anos após o diagnóstico de IC. Apesar da evolução das terapias de IC, as taxas de reintegração e mortalidade não diminuíram no decorrer das últimas décadas, as várias hospitalizações geram muitos custos econômicos e sofrimento psicológico para o paciente e sua família que não são valorizados e aliviados. Haja vista o sofrimento e a impossibilidade de cura da afecção, os pacientes carecem de um cuidado mais humanizado, embora poucos ainda sejam encaminhados para os cuidados paliativos.

OS CUIDADOS PALIATIVOS

Segundo a última definição de cuidados paliativos da OMS, esse é responsável pela melhoria de qualidade de vida dos pacientes e suas famílias, as quais enfrentam qualquer doença com risco de vida ⁽³⁾. Os cuidados não pretendem adiar nem apressar a morte, mas sim, atuar no alívio da dor e outros sintomas angustiantes, abordando também aspectos psicológicos e espirituais, afirmar a vida e o processo de morte, além de atuar após a morte do paciente, no luto da família (Figura 1).

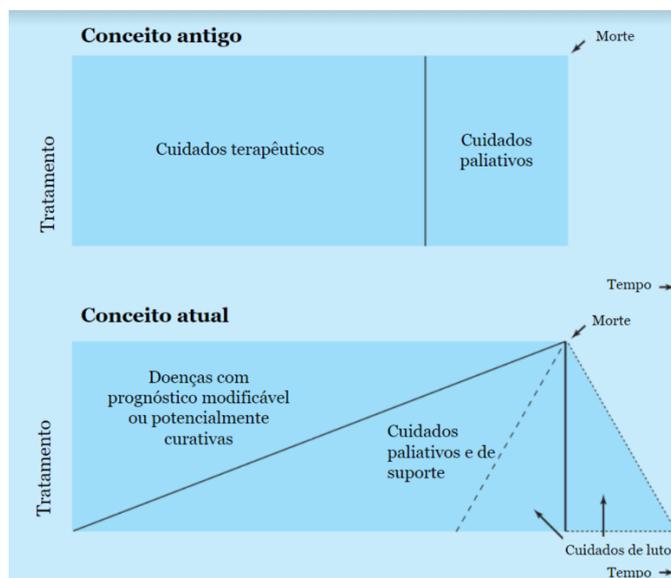


Figura 1. Conceito de cuidados paliativos Adaptado de Murray (2005) ⁽⁵⁾

Os cuidados paliativos envolvem uma equipe multidisciplinar ⁽⁶⁾, a qual inclui equipe nutricional, equipe de enfermagem, terapia ocupacional, fisioterapeuta, saúde mental, psicólogo e serviço social. Infelizmente, esse assunto em nosso meio ainda é pouco discutido por um percentual considerável de cardiologistas desde sua formação até a prática clínica diária. Estudos envolvendo esse tipo de abordagem em pacientes cardiológicos, tem despertado interesse por alguns especialistas, no entanto, trabalhos mostram que apenas 10% da população total de IC terminal foi encaminhada para serviços de cuidados paliativos ⁽⁷⁾.

Infelizmente existem inúmeras barreiras para o encaminhamento de pacientes com IC terminal aos cuidados paliativos, entre elas está a incerteza prognóstica, a falta de treinamento do profissional nos princípios de CP, falta de

planejamento compartilhado de tomada de decisões e atraso no encaminhamento nos pacientes ⁽⁸⁾.

Foram realizados estudos e criados alguns critérios para auxiliar os médicos a prognosticar a sobrevida/mortalidade dos pacientes com IC terminal, porém nada conclusivo. A partir do diagnóstico da IC com risco de vida, os cuidados paliativos já devem ser considerados. Ainda há controvérsias sobre o assunto. Há alguns gatilhos na história da doença de IC que ajudam na discussão para introdução dos cuidados paliativos. Entre os gatilhos que podem indicar necessidade de cuidados paliativos, estão: episódios recorrentes de descompensação em 6 meses, ocorrência de arritmias malignas apesar do tratamento, necessidade de terapias intravenosas frequentes ou contínuas, má qualidade de vida crônica, sintomas intratáveis

da classe IV da NYHA e sinais de caquexia cardíaca ⁽³⁾, readmissão frequente no hospital nos últimos 12 meses ^(1,9). Segundo o Manual de Cuidados Paliativos da academia Nacional de Cuidados Paliativos, há outros critérios de

indicação para cuidados paliativos em pacientes com diagnóstico de doença cardiovascular em fase avançada (estágio D/classe funcional III-IV), como indicado no Quadro 1.

QUADRO 1. Critérios de indicação para cuidados paliativos em pacientes com doença cardiovascular avançada

Paciente não é candidato a Terapia Curativa
Paciente tem uma doença grave e prefere não ser submetido a tratamento de prolongamento de vida
Nível inaceitável de dor por mais de 24 horas. Sintomas não controlados (náusea, dispneia, vômitos, etc.).
Sofrimento psicossocial e/ou espiritual não controlado
Visitas frequentes ao atendimento de emergência (mais de 1 vez no mês pelo mesmo diagnóstico)
Mais de uma admissão hospitalar pelo mesmo diagnóstico nos últimos 30 dias.
Internação Prolongada sem evidência de melhora
Internação prolongada em CTI
Prognóstico documentado pela equipe médica

Fonte: Manual de cuidados paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos ⁽¹⁰⁾

Os objetivos dos cuidados paliativos apoiados pela AHA e outras entidades cardiológicas, visa manutenção do tratamento concomitante da IC além de agregar cuidados com: dar má notícias sensivelmente, estabelecer plano de atendimento, educação e aconselhamento sobre autogestão, organização de serviços multidisciplinares, identificação de IC no estágio final, re-explorar os objetivos do cuidado, otimizar gerenciamento de sintomas no final da vida e cuidados após a morte ⁽³⁾.

DISCUSSÃO

O pressuposto de integrar os cuidados paliativos em pacientes com IC vem da semelhança dos pacientes oncológico e cardiopatas em relação aos sintomas e da abordagem do final da vida. Assim, como em pacientes oncológicos sob cuidados paliativos é constatado uma melhora significativa da qualidade de vida e até mesmo da sobrevivência em alguns casos, partiu-se disso a associação dos cuidados paliativos em pacientes com IC, pois os benefícios dos pacientes oncológicos se

aplicariam aos pacientes cardiopatas⁽⁷⁾. Pacientes com IC apresentam mais sintomas físicos e psicológicos quando comparados com os pacientes com câncer. Um estudo comparativo transversal de 50 pacientes com IC e 50 pacientes com câncer, apresentou algumas semelhanças e diferenças na qualidade de vida e na prevalência dos sintomas. Foi observado que os pacientes com IC eram mais funcionalmente independentes do que os pacientes com câncer, porém, quando comparado sintomas psicológicos (depressão e ansiedade), este foi mais prevalente nos pacientes com IC, apresentam também mais dispneia, cansaço e bem estar reduzido⁽⁹⁾.

Em uma análise de 115 consultas, os motivos das consultas dos pacientes com IC para os cuidados paliativos, os principais incluem: metas de atendimento (80%), apoio de tomada de decisões (24%), gerenciamento de sintomas (18%), em contrapartida poucas consultas foram feitas para introdução dos cuidados paliativos (17%), planejamento avançado de cuidados (16%), e enfrentamento de doenças graves (14%) e apenas 2 consultas foram solicitadas para uma reunião de família. O tempo médio entre a admissão de pacientes com IC e as consultas foi de 110 dias. Este dado evidencia a importância do uso dos gatilhos prognósticos, os quais ajudam a identificar o momento certo de quando o paciente deve ser encaminhado para os CP. O uso destes gatilhos evitaria o maior desgaste

físico e emocional do paciente e sua família, pois o encaminhamento paliativo aconteceria bem antes do notado⁽⁷⁾.

Em um estudo realizado em um hospital terciário, utilizou-se a escala NECPAL, um parâmetro para comorbidades, declínio funcional e nutricional, síndromes e condições geriátricas, nela o primeiro quesito é a pergunta surpresa (PS) – o médico se surpreenderia se o paciente morresse em menos de 12 meses? Se a resposta for “não”, a pergunta surpresa é positiva. Para os pacientes serem indicados para os CP, eles terão que ter pelo menos um critério da escala NECPAL além da PS positiva⁽⁴⁾.

Na casuística amostra, deste mesmo estudo, de 82 pacientes com 68 ± 20 anos, 56% dos pacientes foram positivos para a pergunta surpresa e 55% teve indicação para CP pela escala NECPAL. Assim, conclui-se que cerca da metade dos pacientes que foram internados por IC classe III-IV em um hospital terciário teriam indicação para cuidados paliativos⁽⁴⁾. Embora, os dados da *National Heart Failure Audit* de 2013 a 2014, mostram que apenas 4% dos pacientes com IC foram encaminhados para os serviços especializados de cuidados paliativos, proporção que tem sido relativamente constante ao longo de vários anos⁽⁹⁾.

As medicações para IC mantem o alívio dos sintomas e melhoram sobrevida, conclui-se então que as terapias cardíacas mais ativas devem continuar, mesmo que as necessidades

de CP do paciente estejam aumentando. Deve-se ajustar os medicamentos regularmente, decisões devem ser tomadas prospectivamente, e não apenas como resposta a efeitos adversos⁽³⁾. O estudo PREFER é um estudo piloto sobre cuidados paliativos em paciente com insuficiência cardíaca realizado na Suécia em 2014 randomizou 72 pacientes em cuidados paliativos prestados por especialistas (médicos e enfermeiros), a intervenção realizada inclui a educação do paciente em relação ao autocuidado, avaliação frequente das necessidades (físicas, psicológicas, sociais e espirituais). Como resultado da intervenção notou-se redução significativa da náusea, melhor qualidade de vida, menos hospitalizações e menos dias nos hospitais. O alívio dos sintomas foi através do uso intravenoso domiciliar de diuréticos, esta intervenção foi trabalhosa e necessitou diversas visitas domiciliares ao paciente por dia. Estudos sobre iniciativas semelhantes estão em andamento⁽⁹⁾.

Os pacientes em cuidados paliativos para IC em estágio final devem ter o seu CDI inativado, pois o disparo repetido do dispositivo é muito angustiante na fase terminal, sendo administrados durante a fase de morte ativa. A difícil decisão de interromper ou renunciar a um tratamento com desfibrilação envolve aspectos ético e legais. Sendo assim, os médicos responsáveis pelos pacientes com IC devem adquirir habilidades sobre decisão do

final da vida para melhor conforto psicológico da família e do paciente^(3,7,9).

Embora algumas diretrizes se referem ao uso de CP para doenças cardíacas, não há ainda recomendações específicas sobre práticas detalhadas de cuidados paliativos na IC, demonstrando a necessidade de mais estudos na área⁽¹¹⁾.

CONCLUSÃO

Os cuidados paliativos representam um importante componente no tratamento holístico de pacientes com IC terminal. Sendo assim, os cuidados abrangem desde o momento do diagnóstico da doença até a fase de luto, envolvendo aspectos psicológicos, espirituais e encargos físicos significativos para o paciente e sua família. Não há dúvidas que são necessários mais estudos randomizados de intervenção em cuidados paliativos na IC, com métodos para melhor identificar quando, quem e como os cuidados paliativos devem ser introduzidos, pois há claras evidências sobre a eficácia e custo efetividade dos cuidados paliativos na melhora da qualidade de vida em pacientes com insuficiência cardíaca em estágio final. Além disso é de extrema importância que os cardiologistas estejam preparados para abordar o assunto cuidados paliativos, e acompanhar a intervenção até o final de vida do paciente.

Conflito de interesse

Declaramos para todos os fins que não temos nenhum conflito de interesse.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fernandes ADF. et al. Insuficiência Cardíaca no Brasil Subdesenvolvido: Análise de Tendência de Dez Anos. *Arq Bras Cardiol.* 2020;114(2):222-231. Disponível em: <<http://publicacoes.cardiol.br/portal/abc/portugues/2020/v11402/pdf/11402006.pdf>>
2. Murad K, Kitzman DW. Frailty and multiple comorbidities in the elderly patient with heart failure: implications for management. *Heart Fail Rev.* 2012 Sep;17(4-5):581-8. doi: 10.1007/s10741-011-9258-y.
3. Jaarsma T, Beattie JM, Ryder M, Rutten FH, McDonagh T, Mohacsi P, Murray SA, Grodzicki T, Bergh I, Metra M, Ekman I, Angermann C, Leventhal M, Pitsis A, Anker SD, Gavazzi A, Ponikowski P, Dickstein K, Delacretaz E, Blue L, Strasser F, McMurray J; Advanced Heart Failure Study Group of the HFA of the ESC. Palliative care in heart failure: a position statement from the palliative care workshop of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. *Eur J Heart Fail.* 2009 May;11(5):433-43. doi: 10.1093/eurjhf/hfp041.
4. Goodlin SJ. Palliative care in congestive heart failure. *J Am Coll Cardiol.* 2009 Jul 28;54(5):386-96. doi: 10.1016/j.jacc.2009.02.078..
5. Murray SA, Kendall M, Boyd K, Sheikh A. Illness trajectories and palliative care. *BMJ.* 2005 Apr 30;330(7498):1007-11. doi: 10.1136/bmj.330.7498.1007.
6. BRASIL, Instituto Nacional de Cardiologia / Ministério da Saúde. Protocolo Clínico de Cuidados Paliativos em Cardiologia. Rio de Janeiro, RJ, 2018.
7. Bakitas M, Macmartin M, Trzepkowski K, Robert A, Jackson L, Brown JR, Dionne-Odom JN, Kono A. Palliative care consultations for heart failure patients: how many, when, and why? *J Card Fail.* 2013 Mar;19(3):193-201. doi: 10.1016/j.cardfail.2013.01.011.
8. Ouwkerk W, Voors AA, Zwinderman AH. Factors influencing the predictive power of models for predicting mortality and/or heart failure hospitalization in patients with heart failure. *JACC Heart Fail.* 2014 Oct;2(5):429-36. doi: 10.1016/j.jchf.2014.04.006.
9. Riley JP, Beattie JM. Palliative care in heart failure: facts and numbers. *ESC Heart Fail.* 2017 May;4(2):81-87. doi: 10.1002/ehf2.12125.
10. Carvalho RTD, Parsons HA. Manual de Cuidados Paliativos ANCP: Ampliado e Atualizado. 1. ed. São Paulo: ANCP, 2012. p. 1-592.
11. Mizuno A, Miyashita M, Hayashi A, Kawai F, Niwa K, Utsunomiya A, Kohsaka S, Kohno T, Yamamoto T, Takayama M, Anzai T. Potential palliative care quality indicators in heart disease patients: A review of the literature. *J Cardiol.* 2017 Oct;70(4):335-341. doi: 10.1016/j.jjcc.2017.02.010.