



Integração dos Cuidados Paliativos no Continuum da Insuficiência Cardíaca

AUTOR: Diana Marília Borges Freitas, 6º. Ano do Mestrado Integrado em Medicina, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

ORIENTADOR: Mestre Edna Maria Fonseca Gonçalves, Mestre em Oncologia, com pós-graduação em Cuidados Paliativos e Medicina da dor; Directora do Serviço de Cuidados Paliativos do Hospital de São João; Especialista de Medicina Interna e Oncologia Médica.

Integração dos Cuidados Paliativos no Continuum da Insuficiência Cardíaca

Diana MB Freitas, 6º Ano do Mestrado Integrado em Medicina, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto

Resumo

Com o envelhecimento populacional tem aumentado o impacto das doenças crónicas nos países desenvolvidos e a Insuficiência cardíaca tem-se tornado cada vez mais prevalente.

Apesar da disponibilidade de uma grande variedade de tratamentos para a Insuficiência Cardíaca a grande maioria dos doentes são incuráveis, sendo os clínicos confrontados com um número crescente de doentes com Insuficiência Cardíaca próximas do fim da vida. É neste sentido, que a necessidade de providenciar cuidados paliativos se torna evidente.

Este artigo enuncia a filosofia dos cuidados paliativos, integrando esta filosofia no contexto da Insuficiência Cardíaca e aborda problemas como o prognóstico, suspensão de medidas fúteis em função da expectativa do doente e integração da família nos cuidados paliativos a prestar.

Palavras-chave

Cuidados paliativos, insuficiência cardíaca

Introdução

A prevalência da insuficiência cardíaca (IC) tem aumentado nos últimos 25 anos, especialmente entre os indivíduos idosos, e é uma condição progressiva associada a alta morbilidade e mortalidade e marcada diminuição funcional. A IC é o diagnóstico isolado mais frequente que leva à admissão hospitalar sendo responsável por 5% das admissões em hospitais de agudos e os doentes com IC são frequentemente re-internados o que representa uma grande sobrecarga para o sistema de saúde, tanto financeiramente como em termos de prestação de cuidados.^{1,2}

Com uma incidência que varia entre um a cinco casos por 1000 indivíduos por ano e um aumento dramático com o envelhecimento, sendo afectados cerca de 20% dos idosos, a IC é extremamente comum atingindo 1 a 2% da população em geral. Com o aumento crescente

de pacientes idosos na população, a incidência de IC tende ainda a aumentar.^{2,3}

A principal causa de IC é a doença arterial coronária. Uma percentagem significativa dos pacientes com doença arterial coronária continuará a manifestar sintomas apesar do tratamento médico óptimo e da revascularização apropriada. Outras causas de IC incluem hipertensão, abuso de álcool, infecções virais, doenças metabólicas e cardiomiopatias.

Paradoxalmente, os avanços no tratamento cardiovascular são a maior causa de aumento na prevalência da IC. O melhor controlo da hipertensão tem reduzido a mortalidade por Enfarte do Miocárdio (EM) em mulheres e a sobrevivência dos homens após um primeiro EM aumentou, mas ambos os grupos são candidatos a IC numa fase mais tardia de vida.⁴

Nas últimas duas décadas o conhecimento da complexa fisiopatologia da IC tem servido de base para a melhoria das intervenções terapêuticas e o tratamento médico óptimo associado a instrumentos de suporte mecânico ou controlo do ritmo e a condução cardíaca, ou para alguns o transplante cardíaco, podem aumentar a função e prolongar a vida de doentes com IC avançada.

Apesar da vasta gama de tratamentos disponíveis, a IC continua a ser incurável na grande maioria dos casos e a morbilidade e mortalidade dos pacientes que progridem para IC avançada não tem melhorado.^{1,4}

Os clínicos são portanto confrontados com um número crescente de pessoas com IC próximas do fim da vida, sendo clara a necessidade de otimizar o controlo dos sintomas e a qualidade de vida destes doentes.

Filosofia dos cuidados paliativos

Os cuidados paliativos foram definidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como cuidados activos que visam melhorar a qualidade de vida dos doentes e suas famílias, com problemas resultantes de doenças que ameaçam a vida, prevenindo e aliviando o sofrimento através da identificação precoce, avaliação eficaz e tratamento rigoroso da dor e outros problemas físicos, psíquicos, sociais e espirituais.⁵

Centrados no doente e sua família, os Cuidados Paliativos defendem a vida aceitando a morte como um processo natural que não antecipam nem atrasam e, respeitando a autonomia do doente, procuram satisfazer as suas preferências, através de uma avaliação cuidadosa dos seus valores, objectivos e prioridades, assim como do seu contexto cultural e necessidades espirituais. É de realçar que, através do controlo de sintomas e da prevenção e alívio do

sofrimento, os Cuidados Paliativos podem influenciar positivamente o curso da doença.^{6,7}

Na fase final da vida, à medida que a preservação da vida se vai tornando impossível, o alívio do sofrimento assume uma importância ainda maior. Nesta fase os Cuidados Paliativos oferecem um sistema de suporte para ajudar os pacientes a viver o mais activamente possível até à morte e para ajudar as famílias a adaptarem-se durante a doença e após a morte do doente (acompanhamento no luto).

Para melhor responder às necessidades do paciente e sua família este tipo de cuidados são prestados por uma equipa interdisciplinar e devem ser aplicados precocemente no curso da doença, em conjunto com outras terapias que pretendem prolongar a vida.

Os cuidados paliativos regem-se, portanto, por princípios fundamentais de absoluto respeito pela vida, aceitando a inevitabilidade da morte. Esses princípios incluem: o respeito pela autonomia do doente – o doente tem direito a discutir as escolhas e as implicações do tratamento; fazer o bem e minimizar o mal – um acto isolado que possua dois efeitos prováveis, um deles benéfico e outro nocivo, não é eticamente proibido se o efeito nocivo não for pretendido assim como um tratamento que não proporcione um benefício ao doente pode ética e legalmente, ser omitido ou interrompido e o objectivo da medicina deve ser transferido para a palição dos sintomas; e o princípio da justiça - o uso criterioso dos recursos disponíveis.

Cuidados paliativos no contexto da Insuficiência Cardíaca

Tendo em conta as necessidades físicas, psicossociais e espirituais, do doente e família, sem excluir necessariamente a terapia médica dirigida à IC os cuidados paliativos podem ser

integrados com os cuidados convencionais da IC, e esta dualidade de tratamento deve ser encarada como uma abordagem normal nos pacientes com IC avançada.⁴

Para além do controlo dos problemas físicos propriamente ditos (dispneia, tosse, edemas, etc.), os cuidados paliativos especializados incluem a comunicação adequada com o paciente e família acerca do prognóstico e opções de tratamento para a doença bem como a identificação dos objectivos e necessidades de cada um, atitude que muitos clínicos actualmente não têm.

Embora nem todos os pacientes desejem saber pormenores do seu prognóstico, os clínicos devem identificar as expectativas, medos e preocupações dos doentes e independentemente de o paciente desejar ou não obter informação relativa ao prognóstico, o médico deve inquirir acerca das suas preferências quanto ao prolongamento da vida perante várias circunstâncias potenciais e estabelecer objectivos para o tratamento relacionados com o prolongamento da vida e a longevidade, conforto e qualidade de vida, respeitando assim a autonomia do doente. Se a comunicação for limitada pelo baixo nível de literacia do doente e pouca compreensão de informação específica sobre a doença, estes problemas podem ser resolvidos com o auxílio de instrumentos específicos para pessoas com baixa literacia, incluindo diagramas e informação simples escrita.⁴

Diversos estudos revelam que existem problemas únicos no tratamento de pacientes com IC e estes parecem não dar importância ao facto de receberem informação escrita acerca da sua condição e nem sempre vêem uma associação entre os sintomas, como por exemplo a dispneia e o edema, e o seu estado cardíaco.

Similarmente, os pacientes e cuidadores não sentem particularmente envolvidos no processo de tomada de decisão que envolve a doença. Apesar da identificação destes problemas ser útil, as soluções não são necessariamente óbvias. Pensa-se que um formato mais estruturado de entrevista clínica com os pacientes e a família possa melhorar a comunicação entre estes indivíduos e os profissionais de saúde, de forma a que os pacientes e familiares participem de forma mais activa nos seus cuidados.⁸

Está claro na literatura publicada que a comunicação entre os pacientes, a sua família e os profissionais de saúde se mantém subótima e precisa de ser melhorada através de uma discussão mais profunda sobre o curso clínico da IC num estadio precoce da doença. Num estudo recente, 60% dos pacientes afirmaram que um ou mais dos seus problemas eram inadequadamente tratados. A identificação destes problemas é facilmente conseguida pela colocação de uma simples questão “quais os problemas que mais o preocupam?”⁸

Os pacientes com IC frequentemente recebem sofrer no final da vida e preocupam-se com o controlo da dor, dispneia e outros sintomas relacionados com a doença.²

Pretendendo-se que a qualidade de vida, estado funcional e resultados do tratamento correspondam às preferências do doente, é fundamental ter em conta que à medida que a doença avança, alguns pacientes preferem optar por melhor qualidade de vida em vez de maior sobrevivência, enquanto outros com limitação significativa das suas actividades preferem extensão do tempo de vida.¹

As pessoas com IC têm também reportado necessidades espirituais caracterizadas por sentimentos de desesperança, isolamento, alteração da auto-imagem e perda do sentido da

vida. São também frequentes preocupações relacionadas com necessidades físicas, aumento da dependência e problemas práticos associados com o viver em casa ou institucionalizado, bem como sentimentos de abandono por parte do sistema de saúde, alterações nos relacionamentos, sensação de perda de dignidade e desejo de morte. A resposta a problemas como estes inclui a discussão dos objectivos de vida e de como pretendem que seja a vida até ao momento da morte, discussão do significado da doença e o consequente sofrimento que dela advém, discussão das capacidades de adaptação e o envolvimento dos serviços de apoio espiritual, se desejado.⁸

Perante o impacto da doença mais de 20% dos pacientes com IC apresentam depressão, sobretudo aqueles com co-morbilidades. Neste sentido, é importante que os clínicos reconheçam esta entidade clínica e que a diferenciem do sentimento de tristeza que é esperado.²

Sendo a IC uma doença com uma trajectória altamente variável, determinar o prognóstico é difícil e a incerteza do prognóstico pode atrasar o planeamento do final da vida do doente. A trajectória incerta da IC e a incerteza do prognóstico levam, portanto, à discussão sobre quando se devem implementar os cuidados paliativos.⁷

A disponibilidade de opções terapêuticas é, particularmente, extensa na IC e inclui várias terapias tecnologicamente invasivas. Uma vez que existe frequentemente “algo mais a tentar” deslocar o foco do tratamento de prolongamento da vida para o alívio sintomático pode ser particularmente difícil.⁴

Quando o estado funcional declina apesar das intervenções e do tratamento médico óptimo, ou quando mais intervenções não são consistentes com os objectivos do doente, o tratamento torna-

se paliativo. Neste contexto, os cuidados paliativos incluem tanto o tratamento óptimo da IC como todos os componentes do tratamento de suporte.

Um estudo sugere que os pacientes com IC devem ser candidatos a cuidados paliativos especializados sempre que o seu médico responder “não” à seguinte questão: “Ficaria surpreendido se o paciente morresse nos próximos 6 meses?” Outro algoritmo sugerido iria iniciar os cuidados paliativos durante ou após uma exacerbação aguda da IC. Não há, portanto consenso sobre quando referenciar o doente para cuidados paliativos, mas parece claro que os cuidados paliativos devem ser considerados precocemente no curso da doença.⁸

Num modelo de tratamento de IC optimizado o tratamento de suporte deve, pois, ser oferecido ao longo do curso da doença aumentando nos momentos de declínio do estágio funcional do doente. Para além do controlo de sintomas, o tratamento de suporte deve incluir a educação do paciente e família acerca do tratamento da IC, bem como suporte psicológico, espiritual e existencial.¹

Porque a morte súbita cardíaca é comum no curso da doença, os médicos devem discutir com todos os pacientes, no momento do diagnóstico, suas preferências em relação a tentativas de ressuscitação (ou se apropriado, implantação de um Cardioversor Desfibrilhador Implantável, CDI) e rever estas preferências sempre que o estadio clínico do doente se altera significativamente.

Nos pacientes próximos do fim da vida é fundamental manter o controlo apropriado de sintomas e rever os objectivos do tratamento, incluindo os valores e preferências pessoais do doente sobre ressuscitação cardiopulmonar e outras medidas que visem prolongar a vida. Os

pacientes podem ser capazes de identificar estados cognitivos ou funcionais nos quais não desejem que a vida seja prolongada a qualquer custo, o que deve ser respeitado, mantendo-se o controlo apropriado de sintomas.

Apesar dos Cuidados paliativos especializados não pretenderem nem o prolongamento da vida nem a antecipação da morte, existe o mito de que estes cuidados antecipam a morte. No entanto, há evidência clínica que os Cuidados paliativos podem realmente ter um impacto positivo na longevidade dos pacientes terminais, prolongando a vida de pacientes que apresentem determinadas doenças, nomeadamente a IC congestiva. Apesar de poucos pacientes com IC terem acesso a Cuidados paliativos especializados, um estudo recente em pacientes cujo prognóstico era de três anos, revelou que os pacientes que escolheram Cuidados paliativos tiveram uma sobrevivência média de 402 dias comparado com 321 dias para aqueles que não o fizeram.⁷

Inúmeros factores podem contribuir para o aumento da longevidade de pacientes que optam por cuidados paliativos. Primeiro, pacientes que apresentam mau estado geral evitam os riscos de sobretratamento quando decidem optar por Cuidados paliativos. Segundo, os cuidados paliativos podem otimizar a monitorização e o tratamento que os pacientes recebem. Terceiro, diversos estudos têm sugerido que o apoio psicossocial tende a prolongar a vida, apesar de nem todos os estudos terem encontrado uma associação. Estudos em pacientes com patologia cardíaca revelam que baixos níveis de suporte social aumentam a morbilidade e/ou a mortalidade.⁷

Insuficiência Cardíaca Terminal

Apesar da terapia médica máxima, indivíduos com IC terminal apresentam marcada dispneia, fadiga, ou sintomas relacionados com hipoperfusão de órgão em repouso ou para pequenos esforços. Estes sintomas correspondem ao estágio D ou à fase avançada do estágio C de IC, definidos pelas guidelines do American College of Cardiology/ American Heart Association (ACC/AHA). Tipicamente, estes pacientes tem admissões hospitalares frequentes e os clínicos são desafiados a decidir quais os doentes que tem função que pode ser melhorada através do ajuste terapêutico ou outras intervenções, e quais os têm realmente doença terminal.

É de realçar que a maioria dos pacientes apresenta marcada limitação da actividade física, com fadiga, palpitações ou dispneia com esforços de intensidade moderada ou pequena e portanto pertence ao estágio C (“insuficiência cardíaca activa”). Em menor número estão os pacientes que apesar da terapia médica máxima apresentam sintomas em repouso e integram o estágio D (“insuficiência cardíaca refractária”). Os doentes nestes dois estádios da IC são, portanto, o primeiro alvo dos cuidados paliativos especializados.

A classe NYHA correlaciona-se fortemente com os scores de qualidade de vida e os pacientes que apresentam melhoria da classe NYHA apresentam melhoria da qualidade de vida.⁴

A IC sistólica estágio D pode ser definida por:

- Persistência de diversos sinais e sintomas clínicos severos apesar do tratamento adequado com diuréticos, inibidores da enzima de conversão da

angiotensina (IECAS), β -bloqueadores e possivelmente digoxina;

- Marcada disfunção sistólica ventricular esquerda;
- Pobre capacidade de exercício de forma consistente: NYHA classe III ou IV durante pelo menos três meses, apesar do tratamento adequado;
- Fracção de ejeção ventricular em repouso inferior a 30%;
- Hiponatremia com sódio sérico <130mmol/L em pacientes não tratados com IECAs;
- Pico de consumo de oxigénio durante uma prova de exercício limitada por sintomas <10-12mL/Kg por minuto.⁴

Pacientes dependentes de medicação inotrópica intravenosa podem ser considerados em estágio D.⁴

Os doentes com doença cardíaca terminal são portanto pacientes com uma esperança prevista de vida não superior a seis meses. Esses pacientes geralmente têm dispneia, hipotensão, características clínicas de IC classe IV e uma fracção de ejeção inferior a 20%. A situação clínica terminal acontece quando a IC avançada é refractária ao tratamento médico, com persistência dos sintomas de IC e/ou arritmias supraventriculares ou ventriculares resistentes ao tratamento e não está indicado transplante cardíaco.

Prognóstico

Predizer o prognóstico da IC é difícil e questionável porque o curso clínico da IC é altamente variável. Durante as exacerbações repetidas características desta doença, o estado funcional do paciente declina de forma aguda mas pode retornar ao nível de base após tratamento apropriado, sendo assim, os pacientes

beneficiam de avaliações regulares acerca do curso e da progressão da doença.

Ao longo dos anos poucas foram as variáveis preditivas que se revelaram consistentes. No entanto, diversas variáveis clínicas podem ser utilizadas para estabelecer um prognóstico, este manifesta é um maior grau de incerteza quando comparado com o valor de prognóstico de outras doenças terminais, nomeadamente as oncológicas.^{4,8}

A persistência de prognóstico incerto dificulta a discussão das preferências dos pacientes, o que tem sido documentado como uma das razões por que os pacientes com IC tenham pobre conhecimento da sua condição clínica e pouco envolvimento nos processos de decisão relacionadas com os seus cuidados. Estudos realizados em pacientes com cancro sugerem que até cerca de 10% de probabilidade de não sobreviver nos próximos 6 meses levam os pacientes a considerar diferentes opções terapêuticas.⁸

Tanto os pacientes como os clínicos tendem a subestimar a mortalidade da IC apesar do prognóstico geral dos pacientes com IC avançada ser equivalente ao de muitos doentes com carcinoma avançado, isto é sobrevivência a um ano inferior a 50%. Os pacientes com IC frequentemente não têm aspecto e/ou não se sentem tão doentes como os pacientes oncológicos e as alterações físicas e perdas pessoais são menos óbvias.

A mortalidade aos cinco anos após o aparecimento da IC é de 50-59% em homens e de 45% em mulheres, de novo um prognóstico pior que muitas formas de cancro.⁴

Os pacientes que têm IC apresentam ainda o desafio adicional da morte súbita, o que dificulta ainda mais o desenvolvimento de modelos preditivos. Cerca de 60% dos pacientes com IC

morrem subitamente, sendo a morte súbita citada como uma barreira ao prognóstico. A incidência de morte súbita é elevada nos estádios iniciais de IC, mas à medida que a doença progride a proporção total de mortes devidas a disritmias diminui. A proporção de morte súbita em pacientes de classe II é de 50-80%, em pacientes de classe III 30-50% e em classe IV menos que 30%.^{4,8}

Predizer quem vai morrer de morte súbita mantém-se controverso e algumas das estratégias usadas para o fazer incluem o estudo da eficácia prognóstica do peptídeo natriurético do tipo B (BNP) e uma avaliação de factores de risco como a fracção de ejeção e diâmetro diastólico final do ventrículo esquerdo, presença de taquicardia ventricular não sustentada e diabetes mellitus. Uma avaliação cuidadosa da incidência de morte súbita torna-se ainda mais difícil pelo aumento da frequência com que são colocados CDIs em pacientes com fracção de ejeção reduzida reduzindo a mortalidade total atribuível a disritmia.⁸

Contudo, a maioria dos pacientes cujas mortes são causadas por IC avançada morrem em falência de bomba, precedida por severos sinais e sintomas, e apresentam uma deterioração progressiva, sendo este processo gradual interrompido por episódios agudos que requerem frequentemente hospitalização. A expansão das indicações para CDIs irá, pois, aumentar a proporção de mortes por falências de bomba no estágio D da doença, tornando o prognóstico mais previsível.^{4,8}

Univariáveis preditivas

Diversos marcadores bioquímicos, hemodinâmicos, funcionais, demográficos e electrofisiológicos de diminuição da esperança de vida na IC têm sido identificados (tabela 1),

mas nenhuma medida isolada fornece informação prognóstica mais útil que o julgamento clínico baseado numa avaliação cuidadosa.

Os sinais e sintomas de IC estão relacionados com o prognóstico e podem auxiliar a orientar o tratamento. A ortopneia é o sintoma mais sensível e específico de pressões de enchimento elevadas. A presença de distensão venosa jugular e um terceiro som cardíaco estão independentemente associadas a resultados adversos. Crepitações pulmonares e edema periférico são menos específicos. O refluxo hepato-jugular é um indicador sensível e específico de pressões de enchimento direitas elevadas. Pressões de enchimento direitas elevadas são um indicador relativamente constante de pressões esquerdas elevadas (cerca de 80% dos casos) na ausência de doença pulmonar parenquimatosa severa ou doença pulmonar vascular primária.⁴

A capacidade funcional mantém-se o mais importante indicador de mortalidade na IC, sendo a sua deterioração particularmente indicadora de alto risco de mortalidade durante os seis meses seguintes. Alguns estudos referem que este forte indicador tende a declinar nos três meses que antecedem a morte.^{8,9}

O Gold Standard para a determinação da capacidade funcional tem sido a medição do consumo máximo de oxigénio com um teste de exercício cardiopulmonar, acreditando-se que esta é a medida mais discriminatória. No entanto, os testes de exercício cardiopulmonar não estão extensamente disponíveis e podem não ser apropriados para pacientes idosos com comorbilidades que limitem a sua capacidade para o exercício. Existem muitos outros instrumentos padronizados que permitem estabelecer a capacidade funcional, nomeadamente alguns

questionários específicos para a doença e a classificação de sintomas NYHA.⁹

Para os pacientes que recebem tratamento ótimo, a classe NYHA determinada durante períodos de estabilidade clínica correlaciona-se com o prognóstico. A mortalidade é de 5-10% por ano em pacientes com sintomas da classe I e aumenta para 40-50% por ano para aqueles com sintomas da classe IV.^{4,9}

Outras medidas que parecem ter um valor prognóstico consistente de forma independente incluem a baixa fracção de ejeção ventricular esquerda (FEVE), que prediz os resultados na IC moderada, mas cujo valor preditivo diminui em pacientes com IC classe III ou IV, as dimensões ventriculares esquerdas ecocardiográficas e a etiologia isquémica.

Pacientes com idade avançada, com comorbidades, com hospitalizações frequentes, baixos níveis de sódio sérico, altos níveis de creatinina sérica, baixos níveis de hemoglobina, alta frequência cardíaca ou baixa pressão sanguínea sistólica têm maior mortalidade na IC.¹⁰

A disfunção renal (evidenciada pelos níveis séricos elevados de ureia e creatinina) é preditiva de mau prognóstico. Para os pacientes com IC hospitalizados, os índices de função renal e de pressão sanguínea podem ajudar a prever a mortalidade durante essa admissão. Pacientes com valores séricos de ureia nitrogenada (BUN) $\geq 43\text{mg/dl}$, pressão arterial sistólica $<115\text{mmHg}$ e creatinina sérica $\geq 2,75\text{mg/dl}$ tem uma mortalidade hospitalar de 22% em comparação com uma mortalidade de 2% nos que não têm estas alterações associadas.⁴

A hiponatremia foi inicialmente associada a um prognóstico extremamente negativo mas actualmente não é claro o seu valor prognóstico em pacientes tratados com IECAS.⁸

A hipoperfusão pode resultar em disfunção severa do fígado e, em casos avançados, em disfunção cerebral. Uremia, falência hepática ou delirium complicando um quadro de IC optimamente tratado predizem mau prognóstico a curto prazo quando não se conseguem encontrar outras causas reversíveis para estas alterações.⁹

Outros factores estão associados a uma diminuição da expectativa de vida dos doentes com IC, apesar da sua influência ser difícil de quantificar: a caquexia (definida como a perda de mais de 5% do peso prévio normal); a apneia do sono central, prevalente em 25-40% dos pacientes com IC; e a depressão, que está associada ao declínio funcional e ao aumento da mortalidade e parece acelerar a necessidade de transplante cardíaco. A depressão está associada com activação neurohormonal e outros factores patofisiológicos, assim como a baixos níveis de suporte social, que também estão associados ao declínio da IC.⁴

Anemia, disfunção renal, caquexia, idade superior a 80 anos e depressão estão associados a maior taxa de mortalidade aos 30 dias e aos cinco anos. Os pacientes que requerem infusões inotrópicas contínuas têm uma sobrevida média de três a seis meses e uma taxa de sobrevivência a um ano de 24%. Os pacientes com intolerância aos IECAs devido a efeitos adversos renais ou circulatórios têm maior probabilidade de morte dentro de um ano.¹

O nível do BNP sérico é um forte indicador de prognóstico em pacientes com IC, quer os pacientes se apresentem sintomáticos ou assintomáticos e em qualquer estadió da doença e parece ser um indicador de prognóstico mais consistente que muitos dos indicadores tradicionais, nomeadamente a classe NYHA, a

creatinina sérica e possivelmente a FEVE. A informação prognóstica obtida com o BNP parece ser no mínimo aditiva à FEVE, devendo os níveis de BNP ser usados para avaliar o prognóstico de pacientes com IC.¹¹

Predizendo o BNP o prognóstico, inclusive em pacientes não diagnosticados com IC, levantam-se questões sob a forma como a IC é definida e diagnosticada. Em muitos estudos a referência para o diagnóstico de IC é a função sistólica medida pela FEVE, apesar de 20 a 50% dos pacientes com IC terem função sistólica preservada. Actualmente, não existem critérios consensuais para categorizar os pacientes com disfunção diastólica. O BNP é um forte indicador de risco cardíaco e sendo assim pode ser a melhor forma de identificar o cohort de pacientes que pode beneficiar de tratamento. Tanto os valores iniciais quanto os valores após o início do tratamento são importantes indicadores da severidade da doença.¹¹

O risco de morte e eventos cardiovasculares parece aumentar mesmo com baixos níveis de BNP.

Em Pacientes com IC o risco relativo de morte aumenta aproximadamente 35% por cada aumento de 100pg/ml no BNP. Os níveis de BNP correlacionam-se com os sintomas e possivelmente com a capacidade funcional. Num estudo, a descarga de BNP maior que 700pg/ml correlacionou-se com um risco de morte de 31% em 1 mês e 93% em 6 meses.⁴

Níveis aumentados de BNP também predizem a sobrevivência em pacientes sem IC conhecida, sendo o valor do risco o dobro se o valor de BNP for superior a 20pg/ml.¹¹

Os níveis de BNP não têm sido, no entanto, estudados como indicadores de entrada hospitalar nem como facilitadores da tomada de decisão em cuidados paliativos.⁴

Tabela I - Variáveis indicadoras de mortalidade na IC

Idade avançada

Alteração da capacidade funcional

- ✖ Alteração do consumo máximo de oxigénio
- ✖ Classe alta NYHA

Baixa FEVE

Alteração ecocardiográfica das dimensões ventriculares esquerdas

Etiologia isquémica

Baixa pressão arterial sistólica

Alta frequência cardíaca

Baixo índice de massa corporal/ Caquexia

Hiponatremia

Edema maleolar

Co-morbilidades

- ✖ Diabetes mellitus
- ✖ Disfunção renal
- ✖ Anemia
- ✖ Depressão
- ✖ Apneia do sono central
- ✖ Falência hepática ou delirium
- ✖ Doença cerebrovascular / Demência
- ✖ Doença pulmonar obstrutiva crónica

Intolerância aos IECA

Nível do BNP sérico

Quando certos parâmetros são usados para determinar o prognóstico de um paciente com IC, deve verificar-se se o paciente está a ser tratado com a medicação apropriada, como diuréticos, IECAS, vasodilatadores, β -bloqueadores e antagonistas da aldosterona. Estudos têm revelado, que estas terapêuticas standard são subusadas em pacientes com IC e a sua utilização pode melhorar os sinais e sintomas e modificar o curso da doença.¹⁰

Modelos multivariáveis

Vários são, portanto, os indicadores de mortalidade na IC - idade avançada, diabetes mellitus, disfunção renal, classe alta NYHA, baixa FEVE, hiponatremia, baixo índice de massa corporal, baixa pressão arterial, presença de edema maleolar, entre outros – mas nenhum tem um forte valor preditivo isoladamente.¹¹

Estão disponíveis diversos modelos multivariáveis que podem ajudar a determinar o prognóstico de pacientes com IC avançada. Esses modelos preditivos utilizam dados baseados em pacientes admitidos em hospitais, e associam alguns dos indicadores de mortalidade anteriormente referidos, podendo ser aplicados na admissão hospitalar para calcular a probabilidade de um indivíduo morrer em 30 dias, 60 dias, ou um ano.^{2,9}

Um dos modelos mais utilizados é o Seattle Heart Failure Model, que fornece estimativas de sobrevivência a um, dois e três anos assim como a expectativa média de vida calculada através de informação clínica, laboratorial e farmacológica facilmente obtida. No entanto, este modelo não pode ser generalizado a pacientes hospitalizados ou com co-morbilidades significativas ou função sistólica preservada.⁴

O modelo EFFECT (Enhanced Feedback for Effective Cardiac Treatment), por outro lado foi desenvolvido em população hospitalizada com IC e também incorpora pacientes com co-morbilidades comuns. O modelo estratifica os pacientes em quatro grupos com risco progressivo de morte em 30 dias a um ano. As variáveis incluem idade do paciente, frequência respiratória, pressão sanguínea sistólica, função renal, sódio sérico e a presença ou ausência de doença cerebrovascular, demência, doença pulmonar obstrutiva crônica, cirrose hepática, cancro e anemia (definida como hemoglobina

inferior a 10g/dL). O prognóstico neste modelo é independente da informação da função sistólica ventricular esquerda, que está muitas vezes indisponível precocemente na admissão hospitalar. Sendo assim pode aplicar-se a pacientes com IC sistólica ou diastólica.⁴

Um estudo recente com pacientes europeus gerou um modelo clínico com base na idade, gênero, antecedentes de Diabetes, antecedentes de insuficiência renal, edema maleolar, peso, hipotensão e ausência de terapia com β -bloqueadores através de um coeficiente de regressão. Usando este modelo os pacientes que tiveram um resultado muito alto apresentaram uma mortalidade aos 18 meses de cerca de 78%. Os pacientes com resultados inferiores apresentaram maior variabilidade quanto à mortalidade.⁸

Estes modelos não incluem, no entanto, o valor de BNP como parâmetro, na determinação do prognóstico.²

De salientar que na maioria dos pacientes com IC a utilização destes modelos mais complexos não é necessária, fornecendo a avaliação clínica e a presença de características, como a disfunção renal, a caquexia e a necessidade de escalada terapêutica na dose de diuréticos, evidência de um estado irreversível e de declínio progressivo.²

Sendo difícil a determinação do prognóstico devem existir indicadores que promovam a discussão de cuidados paliativos. Estes incluem episódios de descompensação nos últimos seis meses apesar do tratamento ótimo, ocorrência de arritmias malignas, necessidade de terapêuticas intravenosas contínuas ou frequentes, qualidade de vida cronicamente diminuída, sintomas de classe IV NYHA intratáveis e sinais de caquexia cardíaca.²

Suspensão de medidas fúteis

Em cuidados paliativos, o objectivo principal do tratamento não reside em prolongar a vida mas sim tornar a vida tão suportável e significativa quanto possível pelo que se evita usar tratamentos que prolonguem o processo de morte tentando preservar a vida a todo o custo. Tratamentos fúteis, não benéficos ou desproporcionalmente incómodos devem ser interrompidos.¹²

Quando os pacientes não respondem ao tratamento optimizado da IC, incluindo intervenções tecnológicas, é necessário tomar decisões difíceis como por exemplo suspender ou evitar manobras de ressuscitação cardiopulmonar, ventilação mecânica ou diálise renal. E qual o momento certo para interromper intervenções que mantêm a vida? ¹²

Não existindo uma resposta única para todos os pacientes, estas decisões devem ser tomadas em equipa interdisciplinar, incluindo peritos no tratamento da IC e cuidados paliativos e tendo em conta a vontade e expectativas do doente.

Em doentes que estão irreversivelmente próximos da morte medidas de manutenção geral, como respiração artificial, ressuscitação cardíaca, perfusões intravenosas e antibióticos, são em regra inadequadas, constituindo por isso má prática, porque a penosidade de tais tratamentos excede os seus potenciais benefícios.¹² Nestes doentes, a preferência por tratamento directamente relacionados com o alívio sintomático e medidas de conforto é por isso mais adequada que tratamentos que prolonguem a vida, estando até muitas vezes indicado interromper a terapia da doença principal.

A questão não é tratar ou não tratar mas sim determinar qual o tratamento mais apropriado em função das perspectivas biológicas do doente e

das suas circunstancias pessoais e sociais, tendo em conta que as recomendações terapêuticas devem basear-se na comparação entre os benefícios e os riscos, malefícios e efeitos laterais que podem resultar para o doente.

Sendo o tratamento médico standard da IC (diuréticos de ansa, IECAs, antagonistas do receptor de angiotensina II - ARAII, β -bloqueadores, espironolactona e digoxina) simultaneamente modificador da doença e paliativo, a sua descontinuação não é geralmente recomendada, por levar à exacerbações dos sintomas.

No entanto, a utilização de fármacos na IC avançada pode requerer alterações de dose ou a descontinuação de alguns agentes. Por exemplo se ocorrer hipotensão sintomática as doses de vasodilatadores e de β -bloqueadores podem ser diminuídas ou interrompidas e a dosagem de IECA ou de ARAII também pode ter de ser diminuída devido a hipotensão sintomática. Se a fadiga é preponderante e a frequência cardíaca não aumenta muito com a actividade, a utilização de β -bloqueadores pode ser reduzida ou interrompida.¹¹ A diminuição da dose ou a descontinuação do β -bloqueador pode ser necessária em pacientes que tenham sobrecarga de volume refractária ou evidência clínica de output cardíaco baixo. O potencial para toxicidade digitálica é especialmente marcado em pacientes com idade maior que 70 anos ou com insuficiência renal ou baixo índice de massa corporal. Os clínicos devem ter um índice de suspeição elevado para esta entidade e sempre que necessário suspender a digoxina.⁴

Quando a expectativa de vida é limitada e os objectivos de tratamento são paliativos e focados no controlo de sintomas em vez de relacionados com a modificação da doença subjacente, os fármacos usados devem ser aqueles que

fornece maior benefício em menor tempo. Deve considerar-se a suspensão dos fármacos que foram prescritos para melhorar o prognóstico mas que não têm benefício sintomático, como por exemplo a warfarina nos doentes com fibrilhação auricular e as estatinas, fármacos cuja utilização visa benefício a longo prazo.¹⁰

O plano de tratamento destes doentes deve também incluir decisões relativas à utilização, manutenção ou desactivação de dispositivos de assistência ao ventrículo esquerdo, pacemakers e CDIs.¹²

Estudos revelam que a maioria das discussões de desactivação são realizadas nos últimos dias de vida do paciente, quando o paciente está activamente morrendo e quando se espera que o CDI possa entrar em acção.⁴ No entanto, a interrupção da utilização destes dispositivos deve ser discutida precocemente com o paciente e família, enquanto o paciente é capaz de participar de forma activa na discussão. Nesta altura deve abordar-se o prognóstico do paciente, outras opções que não a interrupção dos dispositivos e o que acontecerá se a utilização do dispositivo for interrompida.¹² Deve ainda ser explicado que a função de CDI pode ser desactivada mantendo a função de pacemaker, obtendo assim benefício do aparelho. Para os pacientes que desejem manter o CDI activo, mas que recebam múltiplos choques, terapias adjuvantes podem reduzir a incidência de arritmias, diminuindo a activação do aparelho. Se se esperar que o paciente morra brevemente apesar das descargas do CDI, deve ser encorajada a desactivação do mesmo pois os seus disparos sucessivos podem ser muito desconfortáveis para o doente.^{2,3}

Assim, deve considerar-se a inactivação do CDI quando é clinicamente evidente que o doente vai morrer num curto espaço de tempo, quando o doente não tem indicação para

manobras de reanimação e quando a deterioração da qualidade de vida do doente é de tal forma marcada que a morte súbita cardíaca pode ser considerada um alívio para o doente.²

À medida que a morte se aproxima, o interesse da hidratação e da nutrição torna-se mínimo pois não altera o curso da doença e pode provocar intenso desconforto em doentes com marcada anorexia. Tendo apenas um objectivo de conforto nesta fase é errado forçar o doente a ingerir alimentos ou líquidos por via oral ou parentérica correndo o risco de agravar a sobrecarga de volume e provocar desconforto no doente.

Integração da família / cuidadores nos cuidados prestados

O apoio aos cuidadores é parte integrante dos cuidados paliativos. A associação entre o stress do paciente e o stress dos cuidadores sugere que diminuir o stress do paciente requer o envolvimento dos cuidadores - uma família satisfeita aumenta as possibilidades de o doente estar também satisfeito. O stress dos pacientes diminui e há uma melhoria dos resultados se a família for envolvida na educação e informação sobre a IC e se for integrada na prestação de cuidados ao doente. Diminuir o stress da família permite melhorar a qualidade de vida física e mental do paciente.^{12,13}

Apesar de haver diferenças culturais significativas e das preferências individuais poderem variar os estudos revelam que a maioria dos doentes e famílias preferem estar envolvidas nas tomadas de decisões e desejam informação honesta acerca do que esperar em relação à doença.¹³

A comunicação entre o médico e os cuidadores deve ser iniciada e mantida pelo médico. Tal como com o doente a informação

deve ser dada à família de acordo com a sua capacidade de a receber não sendo habitualmente sensato dizer à família toda a verdade de uma só vez. Os familiares também necessitam de tempo para se adaptarem às implicações do diagnóstico e prognóstico.¹²

Uma abordagem centrada no paciente e simultaneamente focada na família deve fazer parte dos cuidados da IC avançada tendo em conta os sintomas e preocupações dos mesmos, incluindo alterações da função do doente, físicas e psíquicas, dependência de outros, alterações de papéis e perda de contactos sociais, que podem ir ocorrendo no curso da doença.

Os cuidadores têm um importante papel no auxílio do tratamento dos pacientes com doença avançada, das suas múltiplas co-morbilidades e medicações. Podem ainda realizar desde as tarefas íntimas como a higiene pessoal, o vestir, até tarefas mais pesadas como ajudar na mobilização do paciente. Os cuidados geralmente são prestados por pessoas próximas e ligadas por laços afectivos, por vezes vivendo na mesma casa, motivadas pelo amor e com um desejo de manter a pessoa doente fora de uma instituição. Contudo, a aflição de cuidar pode levar passado algum tempo a emoções conflituosas, alterações na personalidade e comportamento, restrições na própria vida do cuidador e alterações nos recursos financeiros. O cuidado a longo prazo de familiares seriamente doentes pode lesar a saúde, o bem-estar e a segurança financeira dos próprios cuidadores.¹⁴

É nesse sentido, que os cuidados paliativos além de envolverem os cuidadores no plano de tratamento do doente atendem também às necessidades psicossociais dos mesmos.

Numa fase terminal, os cuidadores devem ser preparados para o processo de morte do seu doente. Deve-lhes ser explicado que o processo

não é predizível e que não há forma de saber exactamente quanto tempo pode durar. As famílias devem também estar preparadas em relação ao que pode acontecer, nomeadamente diminuição da consciência, alterações na respiração, alterações na cor e temperatura da pele e possíveis movimentos reflexos. Deve-lhes, também, ser dito que a pressão sanguínea periférica se torna mais difícil de medir assim como os pulsos periféricos se tornam mais difíceis de palpar devido ao fluxo sanguíneo ser dirigido aos órgãos essenciais. Nesta fase os membros da família devem ter acesso ilimitado para estar com o paciente e devem poder ajudar nos cuidados ao paciente se assim o desejarem.

Os cuidados paliativos não terminam quando o doente morre, dado que o luto está associado a morbilidade e mortalidade. Alguns familiares têm falsos sentimentos de culpa que devem ser exteriorizados para evitar processos de luto patológicos e os cuidados paliativos dão apoio aos familiares nesse processo.

Desenvolvimento dos cuidados paliativos na IC na Europa

Apesar de ainda não ter sido definido um modelo óptimo de tratamento da IC, vários programas foram desenvolvidos ao longo dos anos em diversos países europeus. Esses programas basearam-se no envolvimento e cooperação de cardiologistas, clínicos gerais, especialistas em cuidados paliativos e enfermeiros.

Existe um consenso em relação ao facto de que os cuidados paliativos devem estar disponíveis não apenas numa fase terminal da IC mas ao longo do seu curso, devendo existir, deste modo, colaboração entre cardiologistas e especialistas em cuidados paliativos desde o

início para responder à totalidade das necessidades do paciente.²

Dois modelos têm sido propostos para esta abordagem interdisciplinar: num os cuidados são principalmente fornecidos pelo cardiologista, sendo a componente paliativa do tratamento da responsabilidade do clínico geral, equipa de enfermagem e especialista em cuidados paliativos, no outro os especialistas em cuidados paliativos assumem a responsabilidade pelos cuidados do paciente e família, e os cardiologistas são apenas consultados para aconselhamento de questões específicas relacionadas com a IC.²

Conclusão

Com o aumento da população idosa e em particular dos idosos na faixa etária acima dos 85 anos a IC tende a assumir um papel cada vez mais prevalente na nossa sociedade. A população de pacientes com IC avançada e sintomas refractários está a crescer apesar da evolução do tratamento. Os cuidados na IC, no entanto, mantêm-se fortemente focados no prolongar da vida e a incerteza do prognóstico tem limitado as abordagens paliativas.¹⁵

Os cuidados paliativos devem ser combinados com o tratamento médico corrente da IC avançada, devendo ser integrados juntamente com os avanços nos cuidados da IC para aumentar a qualidade dos cuidados prestados, otimizar o tratamento de pacientes de alto risco, desencorajar a sobreutilização de instrumentos e procedimentos e ajudar os pacientes e famílias a adaptarem-se a um futuro incerto.

Deve existir maior educação e planeamento para permitir a transição entre o tratamento modificador da doença e os tratamentos paliativos. A discussão do processo de doença,

prognóstico e opções de tratamento, o planeamento dos últimos dias, tratamento dos sintomas e co-morbilidades devem ser oferecidos aos pacientes com IC.⁴

Cuidados paliativos interdisciplinares devem estar cada vez mais disponíveis para os pacientes com IC, tanto durante a hospitalização como após a alta, como um suplemento para um planeamento e tratamento mais eficaz da IC, o que está associado a melhores resultados. Os cuidados paliativos podem, ainda, estender-se aos cuidados prestados em casa, onde tratamentos modificadores da doença podem ser mantidos concomitantemente com medidas de conforto.

Sendo assim, mais investigação é necessária para a determinação do prognóstico, e mais importante, para identificar e promover métodos de comunicação aberta acerca do processo da doença e opções de tratamento, entre os clínicos, pacientes e cuidadores.¹⁵

Os clínicos, nomeadamente, os cardiologistas, os médicos dos cuidados primários e outros profissionais de saúde que prestam cuidados aos doentes com IC devem receber informação acerca dos benefícios dos cuidados paliativos na população com IC.

Estes desenvolvimentos ajudariam o sistema de saúde a lidar com o previsível aumento crescente da IC na população.⁴

Agradecimentos

Agradeço a indispensável orientação e dedicação da Mestre Edna Gonçalves, sem a qual esta revisão não teria sido possível.

Bibliografia

- 1 Goodlin SJ. Palliative Care for End-stage Heart Failure. *Curr Heart Fail Rep.* 2005; 2: 155-160.

- 2 Jaarsma T, Beattie JM, Ryder M et al. 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 Failure* 2009; **11**: 433-443.
- 3 McGavigan A, Dunn FG. Palliative medicine for patients with end-stage heart disease. In: Doyle D, Hanks G, Cherny N, et al. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*, 3ª edição. Oxford: Oxford University Press, 2005: 917-924.
- 4 Stuart B. Palliative Care and Hospice in Advanced Heart Failure. *J Palliat Med* 2007; **10** (Suppl 1): 210-222.
- 5 Sepúlveda C, Marlin, A, Yoshida T, et al. Palliative Care: the World Health Organization's global perspective. *J Pain Symptom Manage*. 2002; **24**: 91-96
- 6 NMacDonald. Redefining symptom management. *J Palliat Med* 2002; **5** (Suppl 2): 301-304.
- 7 Connor SR, Pyenson B, Fitch K, et al. Comparing hospice and nonhospice patient survival among patients who die within a three year window. *J Pain Symptom Manage*. 2007; **33** (Suppl 3): 238-246.
- 8 McClung JA. End-of-Life Care in the Treatment of Heart Failure in the Elderly. *Clin Geriatr Med* 2007; **23**: 235-248.
- 9 Hauptman PJ. Integrating Palliative Care into Heart Failure Care. *Arch Intern Med* 2005; **165**: 374-378.
- 10 Wingate S. End-of-Life Care in the Critical Care Unit for Patients with Heart Failure. *Crit Care Nurs* 2008; **28** (Suppl 2): 84-95.
- 11 Doust JÁ, Pietrzak E, Dobson A, et al. How well does B-type natriuretic peptide predict death and cardiac events in patients with heart failure: systematic review. *BMJ* 2005; **330**: 1-9.
- 12 Twycross R. Temas gerais: cuidados paliativos, considerações éticas, Qualidade de vida, tratamento adequado. Aspectos Psicossociais dos cuidados. In: Twycross R. *Cuidados Paliativos*, 2ª edição. Lisboa: Climepsi Editores, 2003: 15-58.
- 13 Bekelman DB, Hutt E, Masoudi F, et al. Defining the role of palliative care in older adults with heart failure. *Int J Cardiol*. 2008; **125**: 183-190
- 14 Davies E, Higginson I. Palliative care: The needs and rights of older people and their families. In: Davies E, Higginson I. *Better palliative care for older people*, Copenhagen: Organização Mundial de Saúde, 2004: 14-19.
- 15 Stuart B. The nature of heart failure as a challenge to the integration of palliative care services. *Curr Opin Support Palliat Care* 2007; **1**: 249-254.
- 16 Goodlin SJ, Hauptman PJ, Arnold R, et al. Consensus Statement: Palliative and Supportive Care in Advanced Heart Failure. *J Card Fail* 2004; **10** (Suppl 3): 200-208.
- 17 Johnson M. Management of end stage cardiac failure. *Postgrad Med J* 2007; **83**: 395-401.
- 18 Levy W, Mozaffarian D, Linker D, et al. The Seattle Heart Failure Model: Prediction of survival in Heart Failure. *Circulation* 2006; **105**: 1425-1432.
- 19 Cherny N. The challenge of palliative medicine. In: Doyle D, Hanks G, Cherny N, et al. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*, 3ª edição. Oxford: Oxford University Press, 2005: 917-924.