



CUIDADOS PALIATIVOS NA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA AVANÇADA: RELATO DE CASO

Julia Esteves de Moraes¹, Fernanda Caldeira Ferraz Batista², Ana Carolina Dondoni Fávero³, Arthur Oliveira Pinheiro⁴, Lara Morello de Paulo⁵, Vinicius Pedro de Almeida Valentim⁶

¹ Graduanda em Medicina, Centro Universitário UNIFACIG, juliamoraes134@gmail.com

² Graduada em Fonoaudiologia pela UCP, Graduanda em Medicina, Centro Universitário UNIFACIG, fernandacaldeirafb@hotmail.com

³ Graduanda em Medicina, Centro Universitário UNIFACIG, carool_favero@hotmail.com

⁴ Graduando em Medicina, Centro Universitário UNIFACIG, arthuro934@gmail.com

⁵ Graduanda em Medicina, Centro Universitário UNIFACIG, laracoc2014@hotmail.com

⁶ Cardiologista Intervencionista e Hemodinamicista pela Santa Casa de Belo Horizonte, valentim.vpa@gmail.com

Resumo: A insuficiência cardíaca (IC) é uma enfermidade complexa e muito comum na cardiologia, podendo ser aguda ou crônica. Seus principais sintomas são: dispneia, fadiga, cansaço ao esforço, ortopneia e dispneia paroxística noturna. Estima-se que, atualmente, mais de 26 milhões de pessoas são afetadas pela IC no mundo. O presente artigo traz um relato de caso de um paciente com IC crônica em fase terminal, devido um infarto agudo do miocárdio sofrido há 26 anos. Discutiu-se também sobre a implementação e os benefícios de cuidados paliativos em paciente terminal, que visam melhorar a qualidade de vida e dar suporte às dores físicas e traumas psicológicos do doente. Além disso, o suporte oferecido pelos cuidados paliativos direciona-se não só ao enfermo, mas também à sua família, visando conscientizá-los sobre a aceitação da morte como um seguimento natural da vida.

Palavras-chave: Insuficiência Cardíaca; Cuidados Paliativos; Manejo da Insuficiência Cardíaca; Insuficiência Cardíaca Terminal; Implementação de Cuidados Paliativos;

Área do Conhecimento: Ciências da saúde.

1 INTRODUÇÃO

A Insuficiência cardíaca (IC) é uma doença multifatorial definida pela incapacidade do coração de fornecer sangue de forma eficaz ao organismo, resultando em uma redução do débito cardíaco e aumento das pressões de enchimento, tanto no esforço como no repouso. As causas dessa patologia são inúmeras; de uma maneira geral, qualquer condição que seja capaz de provocar mudanças funcionais ou estruturais do ventrículo esquerdo pode desenvolver falência do coração e desencadear a IC (FREITAS; CIRINO, 2017).

Os sintomas típicos da IC são: dispneia, fadiga, cansaço ao esforço, ortopneia e dispneia paroxística noturna. Os sinais mais característicos são: aparecimento da terceira bulha cardíaca à ausculta, elevação da pressão venosa jugular, refluxo hepatojugular e impulso apical desviado para esquerda (COMITÊ COORDENADOR DA DIRETRIZ DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA, 2018).

Pode-se definir a insuficiência cardíaca em crônica e aguda. O paciente com IC crônica apresenta um quadro gradativo e perdurável da doença; já o indivíduo com IC aguda manifesta sinais e sintomas de maneira rápida e súbita, e uma intervenção urgente é imprescindível (FREITAS; CIRINO, 2017).

Estima-se que, atualmente, mais de 26 milhões de pessoas são afetadas pela IC no mundo (PONIKOWSKI et al., 2016). No Brasil, o controle inadequado de doenças crônicas como hipertensão arterial e diabetes, além da não adesão ao tratamento básico para IC, tem contribuído para os índices cada vez maiores de hospitalizações devido a intercorrências da IC. O aumento da expectativa de vida também contribui para a ascensão da prevalência de casos de IC (COMITÊ COORDENADOR DA DIRETRIZ DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA, 2018).

O diagnóstico é realizado através de uma avaliação ampla, combinando anamnese completa, exame físico cuidadoso e exames complementares – laboratoriais e de imagem (FREITAS; CIRINO, 2017).

O tratamento da IC visa restabelecer a qualidade de vida do paciente através da determinação de um plano terapêutico que inclui dieta balanceada e prática de exercício físico de baixa intensidade. É imprescindível que a causa de base da IC seja identificada e corrigida. O tratamento medicamentoso é indicado para melhorar os sintomas e o bem-estar do paciente. Para estágios finais de IC, o transplante cardíaco é o tratamento aceitável (FREITAS; CIRINO, 2017). Apesar de existir vários tratamentos acessíveis, a IC ainda permanece incurável na maior parte dos casos. Neste sentido, considera-se que os cuidados paliativos podem ser agregados aos cuidados tradicionais da IC, e essa conduta deve ser compreendida como uma abordagem habitual nos indivíduos com IC grave (STUART, 2007).

Este artigo tem como objetivo caracterizar os cuidados paliativos em um paciente estágio final de insuficiência cardíaca através do levantamento e detalhamento de um relato de caso.

2 METODOLOGIA

O estudo foi desenvolvido sobre o tema dos cuidados paliativos na insuficiência cardíaca avançada.

Para enriquecer o estudo, realizou-se um levantamento e detalhamento de um achado clínico de um indivíduo do sexo masculino, adulto-idoso, natural da cidade de Manhuaçu, Minas Gerais, que apresentou um caso de insuficiência cardíaca avançada. O relato de toda a cronologia e acontecimentos, desde os primeiros sintomas até o desfecho do caso, foi repassado pelo próprio paciente após ser elucidado sobre o estudo e consentir à sua publicação e divulgação, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para o referencial teórico e a revisão bibliográfica, utilizou-se trabalhos acadêmicos (publicações em periódicos), em língua portuguesa e inglesa, com data de publicação após o ano 1998, utilizando-se as palavras chave “insuficiência cardíaca”, “cuidados paliativos” e “manejo da insuficiência cardíaca”, nas bases de pesquisa do Google Acadêmico e *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO).

3 RELATO DE CASO

M.M.F., sexo masculino, 69 anos, pardo, casado, quatro filhos, aposentado. Ex-marceneiro e carpinteiro. Natural e residente da cidade de Alto Caparaó-MG. Foi tabagista por 5 anos e atualmente nega tabagismo e etilismo. Diabético há 26 anos. Aos 43 anos sofreu um infarto agudo do miocárdio (IAM) e passou por cirurgia de revascularização com dois enxertos de veia safena e um enxerto da artéria torácica interna esquerda. Após sofrer o IAM desenvolveu insuficiência cardíaca e, por conta disso, é candidato ao transplante cardíaco e está à espera de um doador. Seu pai era diabético e sofreu um IAM aos 69 anos de idade.

Recentemente, passou por três internações anteriores em Centro de Tratamento Intensivo por conta de descompensação da IC.

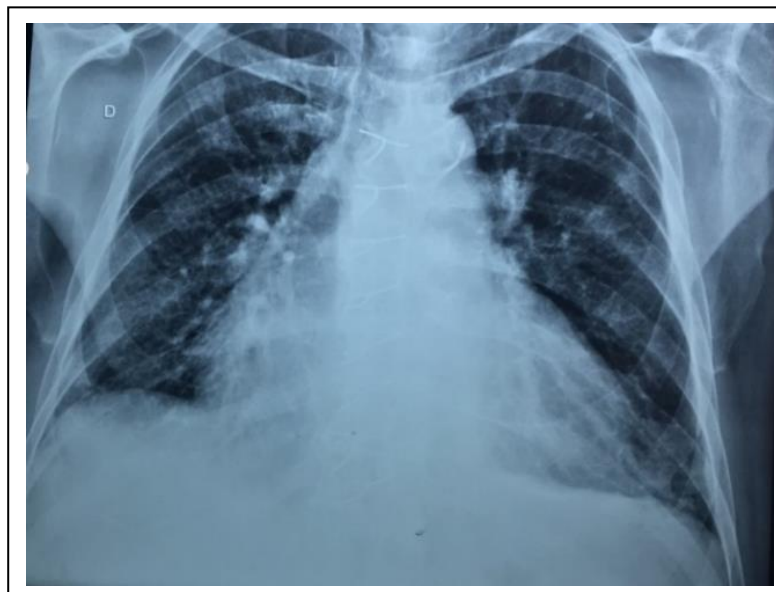
No dia 28 de setembro de 2018 foi encaminhado do serviço médico de Alto Caparaó para a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de Manhuaçu com quadro de insuficiência cardíaca congestiva com disfunção sistólica, fibrilação atrial, anasarca e dispneia. Foi admitido hipotenso (pressão arterial de 100x60 mmHg), normocárdico (frequência cardíaca de 64 batimentos por minuto) e dispneico, com frequência respiratória de 25 incursões por minuto.

No dia 29 de setembro de 2018 foi internado no Hospital César Leite (HCL) onde permaneceu internado até o dia 8 de outubro de 2018. Durante o período de internação fez uso de Rivaroxabana (15 mg pela manhã), Sinvastatina (20 mg à noite), Espironolactona (25 mg pela manhã), Carvedilol (6,25 mg pela manhã e à noite), Sacubitril-Valsartana (49/51 mg pela manhã e à noite), Furosemida (01 ampola de 8 em 8 horas), Dobutamina (4 mcg/Kg/dia) e nebulização com Brometo de Ipratrópio (20 gotas a cada 6 horas).

No dia 08 de novembro de 2018 suas queixas eram de dispneia paroxística noturna, tosse, chieira, edema, astenia e dispneia. Ao exame físico apresentava estado geral regular, lúcido e orientado em tempo e espaço, corado, hidratado, anictérico, acianótico e afebril (temperatura axilar 35,4°C). Pressão arterial de 100x60 mmHg. À ausculta cardíaca apresentava bulhas hipofonéticas em dois tempos, ritmo irregular e ausência de sopros. À ausculta respiratória o murmúrio vesicular era audível, com crepitações na base de ambos pulmões; frequência respiratória de 23 respirações por minuto. Abdome distendido, indolor à palpação superficial e profunda; não haviam massas ou visceromegalias. Os membros estavam sem alterações. Foi realizada uma radiografia de tórax evidenciando cardiomegalia (Figura 1).

Após 10 dias de internação, obteve melhora do quadro e recebeu alta, sendo encaminhado para acompanhamento ambulatorial.

Figura 1 – Radigrafia de tórax demonstrando cardiomegalia



Fonte: Hospital César Leite.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O caso relatado anteriormente é de um paciente que apresenta insuficiência cardíaca grave refratária ao tratamento, visto que mesmo sob terapêutica otimizada os sintomas reincidentem, limitando sua qualidade de vida.

Em casos como esse – quando a funcionalidade do paciente decresce apesar das intervenções médicas – deve-se considerar, além do tratamento farmacológico padronizado para IC, os cuidados paliativos (MURRAY et al., 2005).

Existem especialistas que acreditam que os médicos devam conversar com os pacientes portadores de IC avançada sobre receber cuidados paliativos caso respondam positivamente à seguinte pergunta: “Seria surpreendente para você se esse paciente morresse dentro de um ano?” (MURRAY et al., 2005).

É importante salientar que qualquer paciente candidato ao transplante cardíaco ou transplante de órgãos sólidos tem indicação formal para cuidados paliativos devido aos sintomas intensos e grande incômodo gerados pelo estágio avançado da doença (WEEKS et al., 1998).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2002), os cuidados paliativos se caracterizam por qualquer tipo de auxílio, promovido por um time interdisciplinar de profissionais, visando aumentar a qualidade de vida do doente e de sua família, frente a uma enfermidade que ponha em risco a vida, por meio da prevenção e melhora do sofrimento do paciente, buscando sempre aliviar seus sintomas físicos, psicossociais e espirituais.

Esse suporte direciona-se não só ao doente, mas também à sua família, visando conscientizá-los sobre a aceitação da morte como um seguimento natural da vida; sem postergar nem adiantar esse processo, somente respeitar seu curso natural (SEPÚLVEDA et al., 2002).

Os cuidados paliativos procuram respeitar os seguintes princípios: a autonomia do paciente, a não maleficência e a justiça. Juntos, esses princípios asseguram o direito do paciente de discutir suas escolhas, preferências e prioridades, minimiza os possíveis efeitos nocivos do tratamento e assegura o uso sensato dos recursos disponíveis. Tais medidas podem surtir efeitos positivos sobre o curso da enfermidade (MACDONALD, 2002).

É fundamental que os cuidados prestados ao paciente com IC avançada seja realizado de forma multidisciplinar conjugado com outras terapêuticas, sempre visando responder às demandas do doente e de sua família (CONNOR et al., 2007).

Os pacientes que priorizam os cuidados paliativos são beneficiados por fatores que contribuem para prolongar a vida desses indivíduos. Um desses fatores é a privação dos riscos que o excesso de tratamento pode oferecer. Além disso, pacientes que estão sob os cuidados paliativos

são melhor supervisionados e conseguem aprimorar o tratamento. Por fim, esses pacientes podem alcançar um aumento da longevidade devido o apoio psicossocial oferecido pelos cuidados paliativos. Estudos revelam que o excesso de estresse e a falta de apoio social para pacientes com doença cardíaca aumenta a mortalidade desse grupo (RODRIGUES et al., 2010).

As principais medidas paliativas implantadas na IC grave incluem avaliar a retirada de medicamentos e terapias cujo objetivo seja aumentar sobrevida a médio e longo prazos ou que possam provocar efeitos adversos a curto prazo; avaliar e tratar enfermidades provenientes da condição terminal do paciente, como ansiedade ou depressão; tratar sintomas da IC, como tosse e edema; por fim, tratar dores, náuseas e vômitos, tonturas e insônia. Além disso, deve-se discutir com o doente e a família a inativação de cardiodesfibriladores já implantados quando este procedimento puder causar efeitos adversos frequentes em pacientes diagnosticados como terminais (COMITÊ COORDENADOR DA DIRETRIZ DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA, 2018).

Ainda, está incluso nos cuidados paliativos o suporte psicológico e espiritual, que são de extrema importância para o paciente terminal, pois visam diminuir a depressão e a ansiedade dessa fase melhorando a qualidade de vida. O cuidado espiritual deve atender aos princípios da Organização Mundial da Saúde sobre cuidados paliativos, promovendo o alívio da dor e de outras manifestações estressantes; incluindo a concepção da relação entre aspectos psicológicos, sociais e espirituais ao cuidado; ofertando suporte e auxílio ao enfermo para viver tão normalmente quanto possível até a morte e oferecendo amparo aos familiares durante todo o processo da doença. Deve-se, portanto, interrogar o paciente em relação às suas crenças religiosas e espirituais, sempre respeitando-as, e incentivar o fácil acesso da assistência religiosa ao paciente, buscando o conforto espiritual (CARVALHO; PARSONS, 2012).

Em relação aos familiares e cuidadores, os cuidados paliativos englobam também esse grupo. Compreende-se que, ao diminuir o estresse dos cuidadores, há também redução do estresse do paciente, refletindo como melhora de seu bem-estar. É importante também oferecer apoio aos familiares no caso de morte do paciente, pois pode-se desencadear um processo de luto patológico na família (CONNOR et al., 2007).

5 CONCLUSÃO

O presente estudo levantou uma discussão acerca dos cuidados paliativos em pacientes com IC grave. Tendo em vista os aspectos apresentados, pode-se perceber que os cuidados paliativos, atrelados ao tratamento médico habitual da IC grave, pode melhorar a qualidade dos cuidados oferecidos, aperfeiçoar a atenção aos pacientes de alto risco, desencorajando o excesso de tratamento. Além disso, esse ajuda os pacientes e suas famílias a se adequarem a um futuro indeterminado.

6 REFERÊNCIAS

- Freitas AKE, Cirino RHD. Manejo Ambulatorial Da Insuficiência Cardíaca Crônica. **Rev. Med. UFPR**. v.4, n.3, p.123-136, 2017.
- Comitê Coordenador da Diretriz de Insuficiência Cardíaca. Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda. **Arq Bras Cardiol**. v.111, n.3, p.436-539, 2018.
- Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, Bueno H, Cleland JGF, Coats AJS. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. **European Heart Journal**. v.37, n.27, p.2129–2200, 2016.
- Stuart MDB. Palliative Care and Hospice in Advanced Heart Failure. **Journal of Palliative Medicine**. v.10, n.1, p.210-228, 2007.
- Murray SA, Kendall M, Boyd K, Sheikh A. Illness trajectories and palliative care. **BJM**. v.330, n.7498, p.1077-1011, 2005.
- Weeks JC, Cook EF, O'Day SJ, Peterson LM, Wenger N, Reding D, et al. Relationship Between Cancer Patients' Predictions of Prognosis and Their Treatment Preferences. **JAMA**. v.279, n.21, p.1709-1715, 1998.
- Organização Mundial da Saúde. **Cuidados Paliativos. INCA**. Brasília: Ministério da Saúde (BR); 2002.
- Sepúlveda CMD, Marlin AMPH, Tokuo YMD, Ullrich AMD. Palliative Care: The World Health Organization's Global Perspective. **Journal of Pain and Symptom Management**. v.24, n.2, p.91-96, 2002.

Macdonald N. Redefining symptom management. **Journal of Palliative Medicine**. v.5, n.2, p.301-304, 2002.

Connor SR, Pyenson B, Fitch C, Spence C, Iwasaki K. Comparing hospice and nonhospice patient survival among patients who die within a three year window. **J Pain Symptom Manage**. v.33, n.3, p.238-246, 2007.

Rodrigues A, Guerra M, Maciel MJ. Impacto do stress e hostilidade na doença coronária. **Rev. SBPH**. v.13, n.1, p.107-135, 2010.

Carvalho, RT, Parsons, HA. Manual de Cuidados Paliativos. **Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP)**. p.56-71, 2012.