

INSUFICIENCIA CARDIACA TERMINAL

Dr. Marcos Jáuregui C.*; Dr. German Valenzuela R.*; Dr. Marco Pariona J.*

INTRODUCCIÓN

La insuficiencia cardiaca (IC) actualmente es una enfermedad altamente prevalente en países desarrollados; en Estados Unidos de Norteamérica la padecen alrededor de 5 millones de personas y cada año de diagnostican 550 000 nuevos casos[1] y se prevé que su incidencia se incrementará 70% en la siguiente década[2]. En la medida que los factores condicionantes de esta enfermedad, fundamentalmente los de la cardiopatía coronaria, estén presentes en nuestro medio, la prevalencia e incidencia de la insuficiencia cardiaca será similar a la de los países desarrollados. Este aumento de la prevalencia e incidencia va paralelo con la mejoría de la sobrevida de pacientes con IC, debido a la incorporación de estrategias de terapia avanzadas: farmacológicas, intervencionistas, quirúrgicas, programas para el manejo de IC, etc. Sin embargo este aumento de sobrevida en los pacientes con IC no ocurre en pacientes de edades más avanzadas, en quienes aproximadamente el 40% de las muertes por IC serán debidas a la progresión de la enfermedad a fase terminal, otro 40% serán por muerte súbita y el 20% restante se deberá a otras causas[3]. Por otro lado, pacientes con comorbilidades frecuentes en este grupo etáreo son excluidos de ensayos clínicos. Se ha observado que la resincronización no mejora marcadamente la sensación de bienestar del paciente, los dispositivos de asistencia ventricular se reserva para pacientes generalmente jóvenes y sin comorbilidades y la elegibilidad de pacientes para trasplante cardiaco esta restringida a pacientes menores de 65 años y existe una evidente escasez de donantes[4]; todo lo cual hace prever que cada vez enfrentaremos mas casos de pacientes ancianos en estadio avanzado de enfermedad, que requerirán un enfoque básicamente paliativo de

la enfermedad.

Algunos importantes datos adicionales para comprender la complejidad de esta entidad clínica son: aproximadamente la mitad de los pacientes dados de alta de los hospitales de los Estados Unidos de Norteamérica tienen un diagnóstico de IC con función ventricular normal, una tercera parte tiene enfermedad pulmonar obstructiva crónica y aproximadamente el 40% de los pacientes tienen Diabetes. Considerando ello, la polifarmacia es habitual en el tratamiento de los pacientes con IC, habitualmente ancianos. Se estima en promedio que los pacientes reciben más de 11 medicamentos de uso crónico contabilizados al momento de su alta hospitalaria.[3]

Los pacientes con IC avanzada experimentan un marcado deterioro de su calidad de vida; cualitativamente se pueden circunscribir a tres puntos: 1) lo que no puede hacer, 2) dificultades para caminar y 3) dependencia de otros [5], puntos que deberían ser abordados durante la evaluación de estos pacientes .

La IC es una enfermedad con una elevada mortalidad. No obstante, el curso evolutivo de la IC es difícil de predecir, por lo que identificar a los pacientes que están en fase Terminal de la enfermedad en muchas ocasiones puede ser problemático. En el estudio SUPPORT los pacientes que fallecieron dentro de los dos días siguientes tenían, a criterio de sus médicos y modelos multivariados, una expectativa de sobrevida de seis meses [6], lo cual grafica claramente la dificultad de establecer pronosticos de sobrevida. No existe un patrón definido de deterioro del paciente con IC al final de su vida[7]. Factores que influyen la sobrevida pero difíciles de evaluar en pacientes con IC son: caquexia, apnea del sueño, depresión[4]. Adicionalmente, el valor de BNP y pro-BNP ha sido repetidamente validado como pronosticador, pero no está incorporado en modelos ampliamente usados como el Seattle Heart Failure Model[8, 9], ya que se validó en base a series de pacientes provenientes de ensayos clínicos y estudios

(*): Unidad de Insuficiencia Cardiaca Hospital Edgardo Rebagliati Martins- EsSalud.

observacionales, no siendo además extrapolable a pacientes hospitalizados o con función sistólica conservada o múltiples comorbilidades[4].

La poca información acerca del enfoque del paciente con Insuficiencia Cardíaca Terminal (ICT) está relacionada con la incapacidad para predecir con precisión su deceso, dada la naturaleza ondulante de este proceso[10, 11] (fig. 1). Esto se evidencia en los pocos pacientes (sólo 3%) que son referidos a centros de cuidados paliativos antes de su fallecimiento[12]. La gran mayoría de pacientes con este padecimiento crónico fallecen en un ambiente hospitalario [13] y los que están en estadio Terminal muchas veces lo desconocen, tanto los pacientes como sus familiares[14].

Frecuentemente no existe la sensación de padecer una enfermedad Terminal en el paciente ni en la familia y generalmente el personal de salud tampoco reconoce la proximidad de la muerte, de tal forma que a menudo los pacientes fallecen recibiendo tratamientos que son claramente infructuosos.

El presente texto obedece a la creciente cantidad de pacientes con cuadros de ICT como para hacer prever que la mayoría de medidas terapéuticas serían de muy limitado beneficio y contribuir al objetivo del cuidado paliativo en estos pacientes estadio terminal que es la integración de los tratamientos avanzados y medidas de confort [4].

Diagnóstico De La Insuficiencia Cardíaca Terminal

Antes de catalogar a un paciente como terminal se debe asegurar la ausencia de factores reversible descompensantes como hipo e hipertiroidismo, anemia, derrame pericárdico o pleural, depresión, isquemia reversible y sub-dosificación de fármacos como IECAs, beta-bloqueadores o diuréticos [4]. Se define IC avanzada en el paciente que presenta un estado de severa disfunción cardíaca con marcada disnea, fatiga o síntomas relacionados a hipoperfusión tisular en reposo o con mínimos esfuerzos a pesar de máxima terapia[11]. El Colegio Americano de Cardiología define ICT perteneciente al estadio D, como los que son refractarios al tratamiento y tributarios de Transplante Cardíaco, de tratamientos especializados u hospicios[1]. The National Hospice Organization ha definido ICT mediante los siguientes criterios [15]:

1. Insuficiencia Cardíaca congestiva recurrente con repetidos ingresos hospitalarios
2. Clase funcional IV de NYHA persistente
3. Fracción de eyección menor de 20%
4. Administración de tratamiento óptimo
5. Contraindicación para transplante cardíaco.

A diferencia de pacientes con cáncer, quienes progresivamente pierden capacidad funcional medida

que su enfermedad avanza, los pacientes que fallecen por IC pueden experimentar un pobre pero constante estado funcional por uno o más años antes de su muerte, o morir súbitamente y a menudo inesperadamente[11]

Es muy difícil determinar el momento en que los cuidados de un paciente con IC deben ser básicamente paliativos. Los factores que pueden orientar hacia esa circunstancia son: Clase funcional III-IV a pesar del máximo tratamiento tolerado, ausencia de factores desencadenantes tratables o co-morbilidades avanzadas que limiten la sobrevida, caquexia, bajo gasto cardíaco con severa disfunción sistólica, hipotensión, hiponatremia, insuficiencia renal, arritmias potencialmente fatales, marcada activación del sistema neurohormonal y frecuente descompensación a pesar del máximo tratamiento tolerado.[16]. El estudio SUPPORT describió los síntomas en pacientes con ICT que fallecieron en los 12 meses de iniciado el estudio. Los síntomas más reportados en los últimos tres días de vida de los pacientes fueron: dolor, disnea y confusión[12], síntomas similares a los que presentan pacientes oncológicos terminales. Asimismo, entre el 20 y 30% de los individuos con IC y probablemente un porcentaje mayor de individuos con ICT tienen depresión clínicamente, la cual se asocia con un empeoramiento en el estado de salud y con otros puntos finales adversos. La depresión, está independientemente relacionada con el incremento de mortalidad anual (OR 2.2) y de hospitalizaciones (OR 2.6) en pacientes con IC [17]. Actualmente no existe un consenso respecto a la definición de ICT, aunque algunos definen esta condición como aquella situación incurable que amenaza la vida del paciente a corto plazo, aproximadamente inferior a seis meses y que afecta severamente su capacidad funcional, su estado emocional y el de su familia [16].

Enfoque General de la Insuficiencia Cardíaca Terminal.

El cuidado paliativo es "aquel que centrado en el paciente y la familia, optimiza la calidad de vida mediante la prevención, anticipación y tratamiento del sufrimiento. El cuidado paliativo a lo largo del continuum de la enfermedad esta dirigido a las necesidades físicas, intelectuales, emocionales, espirituales; asimismo a facilitar la autonomía del paciente"[18]. El cuidado paliativo en pacientes con ICT, especialmente "muy mayores" o con múltiples co-morbilidades tiene mucho que ofrecer para la mejoría de la calidad de vida de estos pacientes[19]. El cuidado paliativo no es sólo el cuidado del paciente al final de su vida, sino que es una terapia concomitante al tratamiento destinado a prolongar su vida [20]. Existen estudios que muestran claramente el beneficio en de estos cuidados ya sea hospitalizados o ambulatorios [21]

En general el acercamiento al caso de un paciente con

ICT debería basarse en la firme intención del médico tratante de evitarle el sufrimiento; mientras no pueda brindársele una terapia que mejore su calidad de vida o prolongue la vida del paciente con una calidad de vida aceptable por el mismo paciente, debería basarse en un balance entre la calidad de vida y la expectativa de vida del paciente [22]. Inicialmente los pacientes pueden manifestar su deseo de no maniobras de resucitación (25%); sin embargo un porcentaje importante de estos pacientes (40%) cambiaron sus preferencias a los dos meses del alta hospitalaria aceptando maniobras de reanimación cardiopulmonar [23]. Conforme se acerca el fallecimiento, un porcentaje importante de pacientes manifiesta su intención de no deseo de maniobras de resucitación[12]. Fischer y col. han validado un score (The CARING criteria) para poder identificar pacientes con alta probabilidad de fallecer hasta un año luego de la hospitalización con una sensibilidad de 79% y especificidad de 75%, brindando así una útil herramienta para poder determinar que pacientes se beneficiarían con la incorporación a una terapia de cuidados paliativos: manejo de síntomas, apoyo espiritual y planeamiento de cuidado avanzado [24].

Consejería y Orientación al Paciente y la Familia

La orientación al paciente y la familia debería estar enfocada en base a un balance entre calidad y expectativa de vida, en lugar de basarse en evitar procedimientos innecesarios; a su vez debe ser un proceso continuo y no solo en momentos de crisis[22]. Debe proporcionarse al paciente y a la familia oportunamente, antes de que el paciente esté tan enfermo que no pueda tomar decisiones. Deberán exponerse escenarios realistas y frecuentes: parada cardiaca, accidente vascular cerebral, estado de choque, severa disfunción renal, ante los cuales el paciente y/o la familia exprese su deseo de

tratamiento, sin que esta limite el esfuerzo terapéutico por compensar una falla aguda reversible por parte de los médicos tratantes. El paciente puede no desear maniobras de resucitación, especialmente si su calidad de vida por la IC o las comorbilidades que presente sean intolerables.

Enfoque Terapéutico:

En el paciente en quien se considere el estado Terminal el acercamiento deberá esta orientado a paliar el sufrimiento innecesario del paciente, sumándose estas medidas al esquema de tratamiento de IC que reciba el paciente. Se sugiere que se añadan medicación como: 1) Morfina por vía sub-cutánea u oral para el control de la disnea y fatiga; se recomienda un esquema similar al usado para el control del dolor crónico: inicialmente 2.5 mg. cada cuatro horas y redosificar según dosis previamente requeridas en las ultimas 24 horas, se recomienda monitorizar el estreñimiento asociado al uso de morfina [25]. 2) Oxigenoterapia , 3) Ansiolíticos [16].

No se deben dar falsas expectativas de sobrevida o calidad de vida al paciente o a la familia y evitar conflicto en la orientación brindada por otro medico, así como tampoco dejar de preguntar oportunamente por preferencias del paciente o la familia en relación a deseo de reanimación y procedimiento invasivos. Un aspecto importante en el manejo de estos pacientes, es poder hacer que el manejo de su enfermedad sea realizado en domicilio mediante programas especializados (Unidades de Insuficiencia Cardiaca, Unidades de cuidado paliativo), que eviten la hospitalización la cual aísla más al paciente de su entorno familiar, ante la perspectiva de un escaso beneficio.

Finalmente resaltamos que este es un campo escasamente explorado en el Perú y requiere atención por parte del equipo multidisciplinario de salud encargado del cuidado del paciente con Insuficiencia Cardiaca.

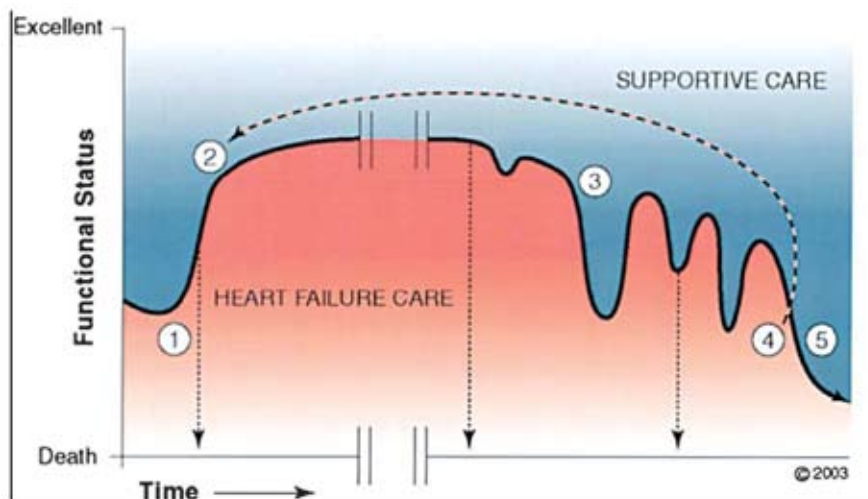


Figura 1 Curso de la Insuficiencia Cardiaca: 1-síntomas iniciales 2:meseta asociada con intervención médica 3:deterioro del estado funcional 4:Estadío D, refractario a toda medida 5:Muerte. [11].

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Hunt, ACC/AHA 2005 Guideline Update for the Diagnosis and Management of Chronic Heart Failure in the Adult. *Circulation*, 2005; p. 82.
2. Murray C, L.A., Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: global burden of disease study. *The Lancet*, 1997. 349: p. 1436.
3. Massie BM, S.N., The heart failure epidemic: Magnitude of the problem and potential mitigain approaches. *Curr Opin Cardiol* 1996.
4. Stuart, B., Palliative Care and Hospice in Advanced Heart Failure. *Journal of Palliative Medicine*, 2007. 10(1): p. 210-228.
5. Home, G. and S. Payne, Removing the boundaries: palliative care for patients with heart failure. *Palliative Medicine*, 2004. 18(4): p. 291-296.
6. Investigators., T.S., A controlled trial to improve care for seriously ill, hospitalized patients: the study to understand prognoses and preferences for outcomes and treatments (SUPPORT). *JAMA*, 1995. 274.
7. Gott, M., et al., Dying trajectories in heart failure. *Palliative Medicine*, 2007. 21(2): p. 95-99.
8. Levy, W.C., et al., The Seattle Heart Failure Model: Prediction of Survival in Heart Failure. *Circulation*, 2006. 113(11): p. 1424-1433.
9. Mozaffarian, D., et al., Prediction of Mode of Death in Heart Failure: The Seattle Heart Failure Model. *Circulation*, 2007. 116(4): p. 392-398.
10. O'Connor, C., *Managing Acute Descompensated Heart Failure*. First ed. Vol. 1. 2005: Taylor & Francis.
11. Goodlin, S.J., et al., Consensus statement: palliative and supportive care in advanced heart failure. *Journal of Cardiac Failure*, 2004. 10(3): p. 200-209.
12. JW Levenson, e.a., The last six months of life for patients with congestive Heart Failure. *J. Am. Geriatric Soc*, 2000(48): p. S101-S109.
13. Fried TR, P.D., Drickamen MA, Tinetti ME, Who dies at home? Determinants of site of death for community-base long term care patients. *J Am Geriatr Soc*, 1999. 47: p. 9.
14. Formiga, F., et al., Dying from heart failure in hospital: palliative decision making analysis. *Heart*, 2002. 88(2): p. 187.
15. Stuart, B., Medical Guidelines for Determining Prognosis in Selected Non-Cancer Diseases. *Hospice Journal*, 1996. 11(2): p. 16.
16. Anguita, M., *Manual de Insuficiencia Cadiaca*. Primera ed, ed. S.E.d.I. Cardiaca. Vol. 1. 2003, Madrid: Masson. 400.
17. Jiang W, A.C.E., et al., Relationship of depression to increased risk of mortality and rehospitalization in patients with congestive heart failure. *Arch Intern Med*, 2001. 161:(15): p. 7.
18. Forum, N.Q. A national framework and preferred practices for palliative and hospice care quality. 2007. Washington, DC: NQF
19. Bekelman, D.B., et al., Defining the role of palliative care in older adults with heart failure. *International Journal of Cardiology*, 2007. In Press, Corrected Proof.
20. Morrison, R.S. and D.E. Meier, *Palliative Care*. The New England Journal of Medicine, 2004. 350(25): p. 2582-2590.
21. Rabow, M.W., et al., The Comprehensive Care Team: A Controlled Trial of Outpatient Palliative Medicine Consultation. *Archives of Internal Medicine*, 2004. 164(1): p. 83-91.
22. Teno, J.M., Lessons learned and not learned from the SUPPORT project. *Palliative Medicine*, 1999. 13(2): p. 91-93.
23. Krumholz HM, PR., Hamel MB, et al. , Resuscitation preferences among patients with severe congestive heart failure: results from the SUPPORT Project. *Circulation*, 1998. 98: p. 7.
24. Stacy M. Fischer, M., Wendolyn S. Gozansky, MD, MPH, Angela Saaia, MD, PhD, Sung-Joon Min, PhD, Jean S. Kutner, MD, MSPH, and Andrew Kramer, MD, A Practical Tool to Identify Patients Who May Benefit from a Palliative Approach: The CARING Criteria. *J Pain Symptom Management*, 2006. 31: p. 8.
25. Ward, C., The Need for palliative care in the management of Heart Failure. *Heart*, 2002. 87: p. 5.