Cuidado paliativo en el paciente con insuficiencia cardíaca terminal

Diana Marcela Achury Saldaña¹

¹ Magíster en Enfermería Cardiovascular. Profesora asociada, Facultad de Enfermería, Pontificia Universidad Javeriana.

RESUMEN

En la actualidad, se observa un porcentaje significativo de pacientes que cursan con insuficiencia cardíaca terminal, desencadenando un deterioro en su calidad de vida; la mayoría de estos pacientes son adultos de edades avanzadas y con comorbilidades importantes. Por tal motivo, se hace necesario que los profesionales de enfermería y su equipo de trabajo conozcan los criterios de la terminalidad y diseñen programas de cuidado paliativo orientados a la identificación, control de los síntomas y apoyo psicosocial, para que se logre aliviar el sufrimiento y mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias mediante un acompañamiento basado en la empatía, escucha y diálogo.

Palabras clave: Cuidados paliativos, insuficiencia cardíaca terminal, paciente.

ABSTRACT

At present there is a significant percentage of patients that present with terminal heart failure, triggering a deterioration in their quality of life, most of these patients are adults of advanced age and more comorbidities. For this reason it is necessary for nurses and his team know the criteria and design terminalidad palliative care programs aimed at the identification, symptom control and psychosocial support, so as to help ease the suffering

and support of the best possible quality of life for patients and their families through accompaniment based on empathy, listening and dialogue.

Key words: Palliative care, terminal heart failure, patient.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud informa que la incidencia y prevalencia de las enfermedades cardiovasculares está creciendo de forma sostenida en numerosos países de ingresos bajos y medios, generando hasta el 80% de las muertes y afectando en igual número a hombres y mujeres. Cifras alarmantes si se asocia con la transición epidemiológica con el cambio de la pirámide poblacional que tiene una tendencia al envejecimiento y por lo tanto, mayor incidencia y carga de la enfermedad de estas entidades.¹ Estos pacientes reingresan continuamente a las instituciones de salud por presentar complicaciones.

La insuficiencia cardíaca (IC) es una complicación frecuente de las enfermedades cardiovasculares, según la Asociación Americana del Corazón, donde se reportan anualmente 550,000 nuevos casos en los Estados Unidos.² Su mortalidad se encuentra alrededor del 50% en los cinco años posteriores al diagnóstico.³ Sin embargo, en los últimos años la supervivencia ha mejorado gracias a los avances del tratamiento, pero a pesar de esto existe un grupo de pacientes que cursan con insuficiencia cardíaca terminal (ICT), alcanzando un 60% de mortalidad, aún más si se encuentran en edades avanzadas y con comorbilidad,⁴ situación que ha generado la necesi-

Recibido para publicación: noviembre 2013.

Aceptado para publicación: diciembre 2013.

Dirección para correspondencia:

Magíster Diana Marcela Achury Saldaña

Carrera 7 Núm. 40-62, piso 7,

Hospital de San Ignacio-Bogotá D.C., Colombia. PBX 3208320

E-mail: dachury@javeriana.edu.co y achuryl@javeriana.edu.co

Este artículo puede ser consultado en versión completa en:
<http://www.medigraphic.com/enfermeriacardiologica>

dad de proporcionar un cuidado paliativo, pero los estudios⁵⁻⁷ evidencian que el acceso a éste es menor comparado con los pacientes oncológicos y existe poca claridad en el equipo de salud para identificar oportunamente cuándo el paciente se encuentra en estado terminal y muchos de ellos fallecen en el hospital recibiendo tratamiento.

Por tal motivo, este artículo busca analizar el concepto del paciente cardiovascular en etapa terminal y las pautas generales que se deben considerar para diseñar un programa de cuidado paliativo (CP).

PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDÍACA TERMINAL (ICT)

El Colegio Americano de Cardiología define paciente con ICT a aquel individuo perteneciente al estadio D, como los que son refractarios al tratamiento y tributarios de trasplante cardíaco.⁸

Existe evidencia de que no es fácil identificar al paciente en etapa terminal, ya que el equipo de salud puede ser optimista al momento de valorar la expectativa de vida en los estados finales, porque el paciente ingresa al hospital por reagudizaciones múltiples veces antes de su fallecimiento.^{9,10} Otras situaciones se encuentran relacionadas con el miedo a omitir desencadenantes tratables, el sustrato fisiopatológico variado y la ausencia de factores predictivos de una mala evolución.¹¹

Por esta razón *The National Hospice and Palliative Care Organization* ha establecido criterios para identificar oportunamente a un paciente en condición terminal y proporcionarle un manejo paliativo, éstos son:^{12,13} pacientes con antecedentes de reanimación cardiopulmonar; IC congestiva con repetidos ingresos hospitalarios; clase funcional IV de la NYHA persistente; fracción de eyección <20%; tratamiento óptimo; contraindicación para trasplante cardíaco y arritmias no controlables con tratamiento; situación clínica de bajo gasto con sodio <134 mEq/l, creatinina >2 mg/dl, enfermedad arterial periférica y presión arterial sistólica <120 mmHg.¹⁴

En el contexto del paciente con ICT es necesario considerar que el adulto mayor por sus comorbilidades puede tener una peor evolución y su pronóstico depende de la fragilidad y el estado funcional; aspectos no incluidos en la mayoría de los índices pronósticos de terminalidad,¹⁵ siendo necesario que el profesional de enfermería y el médico cardiólogo conozcan que la fragilidad hace referencia a la menor capacidad para superar momentos de estrés, que coloca al individuo en situación de riesgo,¹⁶ que

se debe identificar en los servicios de hospitalización, urgencias, unidades de cuidado intensivo y conocer el programa de CP a pacientes con ICT para considerar su incorporación al mismo.

CUIDADO PALIATIVO

En los consensos del manejo de la insuficiencia cardíaca (IC) avanzada destacan la necesidad de proporcionar CP a los pacientes que cumplan con los criterios de terminalidad y tengan una sobrevida menor de 12 meses. Clase I, nivel de evidencia C.¹⁷

El equipo de salud en especial el profesional de enfermería debe liderar y promover la incorporación del paciente a un programa de CP, el cual debe extenderse más allá del alivio de los síntomas físicos y buscar integrar las diferentes dimensiones del cuidado (física, psicológica, social, espiritual), de tal modo que facilite al paciente no sólo a morir, sino a apoyar de la mejor manera la calidad de vida para él y su familia, de acuerdo con el estadio de la enfermedad o las necesidades derivadas de los tratamientos.¹⁸ Un programa de CP en estos pacientes debe fundamentarse en la identificación y control de los síntomas, apoyo psicosocial y espiritual, así como en el trabajo en equipo entre el paciente-familia-profesional; debe estar orientado hacia la conservación de la dignidad, la cual se logra integrando el ABCD de Chochinov,¹⁹ en donde la "A": hace referencia a la actitud positiva que debe tener el equipo de salud; "B": al comportamiento del equipo centrado en el diálogo, información e interés por el paciente y su familia; "C": compasión en donde el paciente debe percibir que el profesional de enfermería, médico y psicólogo lo comprenden, respetan y sienten su sufrimiento; y "D": al diálogo que permite conocer el contexto vital del paciente.

CONTROL DE SÍNTOMAS DEL PACIENTE CON ICT

Algunos estudios refieren que los pacientes presentan necesidades fisiológicas, relacionadas con los principales síntomas, entre éstos se encuentran el dolor, la disnea y la depresión.²⁰ El control sintomático es sub-óptimo en casi el 75% de los pacientes, por lo que es necesario reconocer los síntomas más frecuentes, conocer la causa, maximizar el tratamiento farmacológico y no farmacológico.

- El dolor, lo presenta el 78% de los pacientes y con mayor intensidad tres días antes del fallecimiento; se agudiza por las comorbilidades que tiene el

paciente, tales como neuropatías, artritis, entre otras, o por causas de origen isquémico; por lo que es fundamental controlarlo administrando analgésicos opioides y un coadyuvante si es necesario.²¹ Se recomienda la morfina por su efecto vasodilatador, ansiolítico y reductor del trabajo respiratorio a dosis entre 3 a 5 mg/hora cada cuatro horas por vía subcutánea o por vía oral de 10 a 20 mg cada cuatro horas.²²

- La disnea, se presenta en un 60% de los pacientes que refieren la sensación de ausencia de aire, le genera ansiedad y temor, sienten la muerte cerca y la situación se incrementa cuando están solos; aprenden a vivir con ella, pero en la fase terminal de la enfermedad se vuelve intolerable y con una intensidad máxima.²³ Este síntoma mejora optimizando el manejo con oxigenoterapia, tratamiento con inotrópicos, vasodilatadores y diuréticos, tratar otras causas que estén empeorando este síntoma como un derrame pleural y que podría mejorar con una toracocentesis; si no mejora, se deben administrar opioides.²⁴ Tarabini, usó la furosemida por vía subcutánea en infusión continua como alternativa farmacológica que mejora la disnea y la fatiga.²⁵ El uso de los opioides, inotrópicos y diuréticos para reducir el sufrimiento, tienen una recomendación clase IIa, nivel de evidencia C.¹⁷ En situaciones de refractariedad al control de estos síntomas, se recomienda la sedación paliativa, bajo el consentimiento explícito, implícito o delegado, con la administración deliberada de medicamentos en dosis y combinaciones requeridas para reducir el nivel de conciencia.²⁶
- La depresión, se presenta en un 70%, como respuesta inadecuada a una situación clínica de enfermedad médica específica,²⁷ éste es el producto de la vulnerabilidad previa del paciente. El equipo de salud debe identificarla, valorando áreas específicas, como el estado anímico (tristeza persistente, desesperanza, humor no reactivo, aquel que no cambia con buenas o malas noticias) y el estilo cognitivo, es decir, el tipo de pensamientos que comunica (ideas negativas, pérdida de ilusión por el futuro, ideas relacionadas con la muerte, no ver la salida a la actual situación, entre otras). Existe un signo de alarma que enfermería debe estar atenta a reconocer qué es la anhedonia (pérdida de interés por las actividades diarias), más que el llanto o la tristeza.²⁸

El acompañamiento de enfermería debe ser incondicional, oportuno y constante, permitiendo identificar el tipo de afrontamiento del pacien-

te a su situación de enfermedad y los factores que limitan una adecuada recuperación. Para que éste sea efectivo, las intervenciones deben dirigirse a la recuperación social, física y psicológica, a proporcionarle un ambiente tranquilo y cómodo que permita la expresión de sus sentimientos. En los casos que lo ameriten, administrar bajo prescripción médica, medicamentos antidepresivos, se recomiendan los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina que han demostrado eficacia en el tratamiento de la depresión y presentan menos efectos secundarios, especialmente en el sistema cardiovascular, porque tienen propiedades sobre la activación plaquetaria, lo que les atribuye a propiedades cardioprotectoras y disminuyen el riesgo de infarto.²⁸

APOYO PSICOSOCIAL-ESPIRITUAL

El apoyo psicosocial-espiritual debe reunir un conjunto de herramientas que permitan como último fin lograr la sanación (experiencia personal de haber trascendido el sufrimiento y el haber alcanzado una relación apropiada consigo mismo, con los demás y con Dios)²⁹ en el paciente. Debe basarse en la comunicación, participación del paciente, intervención familiar y testamento vital.

- La comunicación en la fase final de la vida es un instrumento de alivio, no sólo para el paciente sino para la familia, convirtiéndose en un vehículo importante de apoyo emocional y social, y es quizás, el proceso más importante en la relación enfermero-paciente en cualquiera de las áreas del actuar profesional. Sin embargo, a veces el quehacer profesional se convierte en rutina, se centra en la atención del cuidado tecnificado y físico, y se olvida la importancia de la verdadera comunicación con el paciente; es fundamental acompañarlos en ese cuidado emocional y social, que es el que aporta un sentido de humanización en el desempeño de enfermería día a día.

La comunicación vincula los ámbitos que conforman la vida y más aún durante la relación enfermero-paciente. Es preciso resaltar que la palabra como medio para comunicar un contenido concreto, recibe su sentido del silencio de la reflexión. La palabra necesaria y el silencio se integran en la comunicación a través del lenguaje y no se contraponen, sino se potencian.^{30,31} Por lo que se debe garantizar una comunicación efectiva, que permita construir una relación de compromiso y

facilite el proceso de la aceptación de la muerte como el final natural de la vida.

- La participación del paciente busca promover su autonomía, de tal manera que pueda expresar su voluntad y elegir entre las diferentes alternativas de control de síntomas y acompañamiento emocional y espiritual.³²
- La intervención familiar se orienta a reconocer a la familia como coprotagonista de una historia de vida que se acerca a la muerte; requiere del acompañamiento emocional antes de la muerte y durante el duelo del familiar. En él debe participar el psicólogo y el profesional de enfermería; este último, debe suscitar la escucha activa, de manera que permita la expresión de los sentimientos de los familiares.³³
- Testamento vital *Advance directives* es la facultad que tienen las personas de establecer por escrito su voluntad en un caso de enfermedad terminal, permite elegir a la persona en quien delega la toma de decisiones, en caso de no poderlas tomar.³⁴ Cabe señalar que no se debe subvalorar la autonomía del paciente, ya que la capacidad de decisión puede verse afectada por situaciones inherentes a la progresión de su enfermedad; por tal motivo se debe evaluar su competencia y habilidades mentales para la toma de decisiones. Algunos estudios muestran que los pacientes que conocen su pronóstico y participan en las decisiones, tienen un mejor control sintomático y una muerte tranquila.^{35,36}

Finalmente para lograr el éxito de un programa de cuidado paliativo se requiere:³⁷

- Accesibilidad y recursos por parte de los sistemas de salud.
- Desarrollar las intervenciones desde el momento en que se incorpora el paciente al programa y continuarlo en su domicilio, puesto que existe evidencia de que ellos desean pasar los últimos días en su casa.
- Contar con un grupo de profesionales con competencias diferenciadas que logren alcanzar objetivos comunes.
- Reconocimiento de los profesionales de la salud hacia los pacientes con enfermedades no oncológicas, como personas que de acuerdo a su evolución requieren incorporarse a este tipo de cuidados.
- Un proceso formativo que capacite al equipo de salud en el desarrollo de las habilidades comunicativas, control de síntomas y toma de decisiones.
- Establecimiento de protocolos que orienten al equipo de salud en los criterios de enfermedad terminal y las intervenciones que deben realizarse.
- Incorporar un modelo de atención fundamentado en la actitud con empatía hacia la percepción subjetiva que el paciente y su familia tienen de su realidad, en una comunicación efectiva y en el logro del bienestar al final de la vida.

CONCLUSIONES

Es necesario que los profesionales de enfermería y el equipo de trabajo en las áreas de urgencias, hospitalización, unidad de cuidado intensivo y consulta externa cuenten con herramientas que les permitan identificar oportunamente al paciente con ICT para proporcionarle un adecuado cuidado al final de la vida.

Ante las cifras alarmantes de los pacientes con ICT, las instituciones de salud deben ofrecer los recursos necesarios para que se pueda diseñar e implementar un programa de CP para el paciente no oncológico que vaya más allá del alivio de los síntomas físicos.

REFERENCIAS

1. Global status report on non communicable diseases 2010. Geneva, World Health Organization, 2011.
2. American Heart Association. Heart disease and stroke statistics-2012 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*. 2012; 125(22): 1002.
3. Anguita M, Crespo MG, De Teresa E, Jiménez M, Alonso-Pulpón L, Muñoz J et al. Prevalencia de la insuficiencia cardíaca en la población general española mayor de 45 años. Estudio PRICE. *Rev Esp Cardiol*. 2008; 61: 1041-1049.
4. Jaarsma T, Beattie JM, Ryder M, Rutten FH, McDonagh T, Mohacs P 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 Fail*. 2009; 11: 433-443.
5. Adler ED, Goldfinger JZ, Kalman J, Park ME, Meier DE. Palliative care in the treatment of advanced heart failure. *Circulation*. 2009; 120(25): 2597-2606.
6. Zambroski CH. Managing beyond an uncertain illness trajectory: palliative care in advanced heart failure. *Int J Palliat Nurs*. 2006; 12(12): 566-573.
7. Formiga F, Manito N, Pujol R. Insuficiencia cardíaca terminal. *Med Clínica*. 2007; 128(7): 263-267.
8. Hunt et al. ACC/AHA 2005 Guideline Update for the Diagnosis and Management of Chronic Heart Failure in the Adult. *J Am Coll Cardiol*. 2005; 46(6): 1116-1143.
9. Formiga F, Chivite D, Mascaró J, Vidaller A, Pujol R. El paciente con insuficiencia cardíaca terminal: dificultad en la identificación y en la toma de decisiones. *Rev Mult Gerontol*. 2004; 14(2): 90-96.
10. Ward C. The need for palliative care in the management of heart failure. *Heart*. 2002; 87: 294-298.

11. Jáuregui M. Insuficiencia cardíaca terminal. *Revista Peruana de Cardiología*. 2008; 34(1): 50-53.
12. Stuart B. Medical guidelines for determining prognosis in selected non-cancer diseases. *The Hospice Journal*. 1996; 11(2): 16.
13. Anguita M. Manual de insuficiencia cardíaca. Madrid: Masson. 2003; 1: 400.
14. Casarett DJ, Quill TE. "I'm not ready for hospice": strategies for timely and effective hospice discussions. *Ann Intern Med*. 2007; 146: 443-449.
15. Huynh BC, Rovner A, Rich MW. Identification of older patients with heart failure who may be candidates for hospice care: development of a simple four-item risk score. *J Am Geriatr Soc*. 2008; 56: 1111-1115.
16. Hauptman PJ, Havranek EP. Integrating palliative care into heart failure care. *Arch Intern Med*. 2005; 165: 374-378.
17. Consenso de Insuficiencia Cardíaca Aguda y Avanzada. *Revista Argentina de Cardiología*. 2010; 78(3): 265-281.
18. Roig E. Programa de atención especializada en la insuficiencia cardíaca terminal. Experiencia piloto de una unidad de insuficiencia cardíaca. *Rev Esp Cardiol*. 2006; 59(2): 109-116.
19. Chochinov HM. Dignity and the essence of medicine: The A, B, C, and D of dignity conserving care. *BMJ*. 2007; 335(7612): 184-187.
20. Levenson JW, McCarthy EP, Lynn J, Davis RB, Phillips RS. The last six months of life for patients with congestive heart failure. *J Am Geriatr Soc*. 2000; 48: S101-S109.
21. Williams SG, Wright DJ, Marshall P, Reese A, Tzeng BH, Coats AJ et al. Safety and potential benefits of low dose diamorphine during exercise in patients with chronic heart failure. *Heart*. 2003; 89: 1085-1086.
22. Pantilat SZ, Steimle AE. Palliative care for patients with heart failure. *JAMA*. 2004; 291: 2476-2482.
23. Achury D. Síntomas de falla cardíaca desde una teoría de mediano rango. *Revista Imagen y desarrollo*. 2005; 8: 5-10.
24. Goodlin SJ, Wingate S, Pressler SJ, Teerlink JR, Storey CP. Investigating pain in heart failure patients: rationale and design of the Pain Assessment, Incidence & Nature in Heart Failure (PAIN-HF) study. *J Card Fail*. 2008; 14: 276-282.
25. Tarabini P. Uso subcutáneo de furosemda en insuficiencia cardíaca terminal. *Revista Medicina Paliativa*. 2009; 13(3): 1-8.
26. Fainsinger RL, Waller A, Bercovici M, Bengton K, Landman W, Hosking M, Núñez Olarte JM, de Moissac D. A multicentre international study of sedation for uncontrolled symptoms in terminally ill patients. *Palliat Med*. 2000; 14: 257-265.
27. Pelle AJ, Gidron YY, Szabó BM, Denollet J. Psychological predictors of prognosis in chronic heart failure. *J Card Fail*. 2008; 14: 341-350.
28. Achury D. Cuidado de Enfermería en los pacientes con falla cardíaca en situación de depresión. *Revista Imagen y Desarrollo*. 2011; 13(2): 47-64.
29. Ward C. The need for palliative care in the management of heart failure. *Heart*. 2002; 87: 294-298.
30. Achury D. La importancia de la comunicación en el paciente cardiovascular. *Actual Enferm*. 2008; 11(3): 14-20.
31. Rogers AE, Addington-Hall JM, Aberly AJ, McCoy ASM, Bulpitt C, Coats AJS et al. Knowledge and communication difficulties for patients with chronic heart failure: qualitative study. *BMJ*. 2000; 321: 605-607.
32. National Quality Forum. A national framework and preferred practices for palliative and hospice care quality. A consensus report [Internet]. Washington DC: National Quality Forum; 2007 [Citado Noviembre 2013]. Disponible en: http://www.qualityforum.org/Publications/2006/12/A_National_Framework_and_Preferred_Practices_for_Palliative_and_Hospice_Care_Quality.aspx
33. Morrison RS, Meier DE. Palliative care. *The New England Journal of Medicine*. 2004; 350(25): 2582-2590.
34. Antolin A. Conocimiento de la enfermedad y del testamento vital en pacientes con insuficiencia cardíaca. *Revista Española de Cardiología*. 2010; 63: 1410-1418.
35. Formiga F, Espel E, Chivite D, Pujol R. Dying from heart failure in hospital: palliative decision making analysis. *Heart*. 2002; 88(2): 187-191.
36. Pujol R, Chivite D, Formiga F. Actitud terapéutica ante el anciano frágil con insuficiencia cardíaca. El paciente con insuficiencia cardíaca terminal. *Med Clin (Barc)*. 2001; 2(3): 50-54.
37. Barbero J. Diez cuestiones inquietantes en cuidados paliativos. *An Sist Sanit Navar*. 2007; 30(3): 71-86.