

CONTROL DE SÍNTOMAS EN INDIVIDUOS CON INSUFICIENCIA CARDIACA AVANZADA

en Cuidados Paliativos

SYMPTOM CONTROL IN INDIVIDUALS WITH ADVANCED HEART FAILURE

in Palliative Care

Autores

Dellys Adriana Epalza Serje¹

¹ Enfermera. Magister en enfermería con énfasis en salud cardiovascular. Universidad del Norte.

DOI: <https://doi.org/10.59322/91.6786.YR5>

Dirección para correspondencia

Dellys Adriana Epalza Serje
08003 Barranquilla/Colombia

Correo electrónico

dellisepalza@gmail.com

Resumen:

- ▶ **Introducción.** La Insuficiencia Cardíaca (IC) es un final frecuente de las enfermedades cardiovasculares, caracterizada por un agravado pronóstico, aparición de múltiples síntomas y potencial mortalidad en el individuo; requiriendo un inicio temprano de Cuidados Paliativos (CP). Enfermería es el principal vínculo entre pacientes, familia y miembros del equipo multiprofesional, ubicándose en una posición estratégica en la valoración, abordaje e intervención del control de síntomas en el individuo que cursa una enfermedad progresiva y empeoramiento gradual, tal como lo es la Insuficiencia Cardíaca en estadio avanzado.
- ▶ **Objetivo.** Sistematizar y evaluar los niveles de evidencia y grados de recomendación sobre las intervenciones de enfermería más efectivas en el control de síntomas en pacientes con Insuficiencia Cardíaca Avanzada en cuidados paliativos.
- ▶ **Metodología.** Revisión sistemática (RS) estructurada con PRISMA, con evaluación del nivel de evidencia y grado de OCEBM, grado de sesgo con Manual de Cochrane, evaluación calidad Scimago y lectura crítica con CASPe.
- ▶ **Resultados.** Se obtuvieron 4.197 artículos, de los cuales 15 documentos incluidos en la revisión; 11 artículos son estudios clínicos controlados aleatorizados (A1b) y 4 son revisiones sistemáticas (A1a), con calidad Q1, a excepción de uno clasificado en Q2, con un promedio cumplimiento de herramienta lectura crítica CASPe de 96%.
- ▶ **Conclusión.** Las intervenciones más efectivas en el control de síntomas en el individuo que cursan con IC avanzada en CP son de tipo educativo-conductuales farmacológicas, espirituales y fin de vida; en el que el enfermero tiene un papel crucial en su atención.

Palabras clave. Insuficiencia cardíaca, enfermedades cardiovasculares, cuidados paliativos, control de síntomas, enfermería.



Abstract:

- ▶ **Introduction.** Heart Failure (HF) is a frequent outcome of cardiovascular diseases, characterized by a worse prognosis, the appearance of multiple symptoms, and potential mortality of the individual, requiring early initiation of Palliative Care (PC). Nursing is the main link between patients, family, and members of the multi-professional team, being in a strategic position for the assessment, approach, and intervention of symptom control in individuals with progressive disease and gradual worsening, such as advanced-stage Heart Failure.
- ▶ **Objective.** To systematize and evaluate the levels of evidence and degrees of recommendation on the most effective nursing interventions for symptom control in PC patients with advanced heart failure.
- ▶ **Methodology.** Systematic review (SR), structured with PRISMA, with an evaluation of the level of evidence and OCEBM (Oxford Centre for Evidence-based Medicine levels of evidence), degree of bias with the Cochrane Handbook, Scimago quality assessment, and critical reading with CASPe.
- ▶ **Results.** A total of 4197 articles were obtained, of which 15 documents were included in the review; 11 randomized controlled clinical studies (A1b) and four systematic reviews (A1a), with Q1 quality, except one with Q2, with an average compliance with the CASPe critical reading tool of 96%.
- ▶ **Conclusion.** The most effective interventions in symptom control in individuals with advanced HF in PC are educational-behavioral, pharmacological, spiritual, and end-of-life, where the nurse plays a crucial role in their care.

Keywords. Heart failure, cardiovascular diseases, palliative care, symptom control, nursing.

Introducción

Las Enfermedades Cardiovasculares (ECV) son una de las principales causas de discapacidad y muerte en el mundo¹. Este conjunto de enfermedades suele caracterizarse por cuadros clínicos agudos con evolución hacia cronicidad², y cuando son diagnosticadas tienen un final común: la Insuficiencia Cardíaca (IC)². De acuerdo con datos de la National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) de 2015 a 2018 ≈6,0 millones de estadounidenses ≥20 años padecían de IC, lo que supone un aumento a los ≈5,7 millones registrados entre 2009 y 2012¹. Mientras en el mundo se estima una prevalencia de 1 a 2%, en Colombia la prevalencia de la enfermedad es del 2,3% y tiene una incidencia de 2/1.000 entre los 35 y los 64 años y de 12/1.000 entre los 65 y 94 años³. Se prevé que la prevalencia de IC aumente un 46% de 2012 al 2030, afectando a >8 millones de personas ≥18 años¹.

La Sociedad Colombiana de Cardiología y de Cirugía Cardiovascular define la IC como la alteración de la función ventricular sistó-

lica y/o diastólica a causa a la modificación y remodelamiento de la estructura y musculatura cardíaca, que se traducen en la aparición de signos de hipertensión venosa pulmonar y/o sistémica, afectación de la fracción de eyección cardíaca, bajo gasto cardíaco, alteraciones hemodinámicas y síntomas tales como intolerancia al ejercicio y retención de líquidos⁴. Frecuentemente, su diagnóstico ocurre tras un episodio agudo propio de la enfermedad, un deterioro progresivo de otras comorbilidades o una combinación de ambas situaciones⁴.

La IC es clasificada de acuerdo a la American College of Cardiology (ACC)⁵ y la American Heart Association (AHA)⁵ en 4 grupos nombrándolos con las letras A, B, C y D teniendo en cuenta la sintomatología referida por la persona⁵. Por otra parte, la New York Heart Association (NYHA) clasifican la enfermedad con números romanos del I al IV de acuerdo con la funcionalidad del individuo⁵. Son los pacientes clasificados en los dos últimos grupos de ambas clasificaciones quienes se caracterizan por presentar sintomato-



logía tal como disnea, intolerancia al esfuerzo o exacerbación de manifestaciones en actividad física leve; y síntomas severos y limitantes incluso en estado de reposo⁵.

Los Cuidados Paliativos (CP) surgieron inicialmente ante la necesidad de implementar medidas para tratar los efectos adversos del tratamiento del cáncer como la anemia, la trombocitopenia y la septicemia neutropénica⁶. Sin embargo, en la actualidad se utiliza de forma más amplia para incluir la rehabilitación y el apoyo psicosocial⁶, no solo a individuos con tratamientos oncológicos, sino también con enfermedades crónicas y de agravado diagnóstico, tal como son las ECV. El Control de los Síntomas (CS), incluidos en los CP, conforman una ciencia que agrupa los síntomas investigando el porqué, la etiología común que comparten y el mecanismo de manifestación en individuos⁷, es decir, el CS brinda al profesional de la salud la posibilidad de identificar, abordar y tratar la polisintomatología de manera conjunta, con modelos de atención integral y sinérgicas⁷.

Las ECV requieren del inicio temprano de CP teniendo en cuenta que este conjunto de patologías se caracteriza por un agravado pronóstico y potencial mortalidad⁴, que conllevan la aparición de sintomatología que se intensifica con el paso del tiempo⁷. Es decir, estas enfermedades no sólo requieren de la activación de terapias intensivas para la atención de cuadros agudos, sino también la intervención de síntomas físicos, psicológicos, necesidades espirituales y sociales, que en ocasiones solo son abordadas en fases agónicas de la enfermedad^{2,7}. Aún sí, la trayectoria de las ECV, especialmente la IC, tienen una línea de difícil pronóstico con relación a las salpicadas de descompensaciones y recuperaciones⁷. Desde el diagnóstico hasta la etapa de deterioro cardíaco irreversible es impredecible la aparición de episodios fatídicos y estados agudos. Esta particular situación implica un reto mayor para la derivación a CP de estos pacientes.⁷

Alrededor del mundo, enfermería es uno de los principales vínculos entre el paciente, la familia y los demás miembros del equipo multiprofesional²². En ocasiones pueden ser el único profesional de la salud visible en un entorno o territorio⁸. La esencia misma de

enfermería se centra en cuidar a la persona, y aunque participa en roles de liderazgo en la prestación de CP a través de la educación, investigación, gestión y promoción⁸. Por tal motivo, es relevante desde el quehacer profesional de la disciplina disponer de intervenciones basadas en la evidencia en contextos de salud-enfermedad y cuidado, tal como es el CS en individuos con IC avanzada en CP.

Objetivo

El objetivo de esta revisión es sistematizar y evaluar los niveles de evidencia y grados de recomendación sobre las intervenciones de enfermería más efectivas en el CS en individuos con IC Avanzada en CP.

Metodología

Esta Revisión Sistemática (RS) fue estructurada con PRISMA⁹. Las bases bibliográficas consultadas fueron ScienceDirect, Biblioteca Virtual en Salud (BVS) y Medline vía Pubmed. Las ecuaciones se estructuraron con el buscador booleano AND y los siguientes DeCS/MeSH¹⁰: Insuficiencia Cardíaca (IC), Cuidados paliativos (CP), enfermería y términos validados como Control de síntomas (CS)¹¹. Previo a la aplicación de estrategia de búsqueda se implementó la estrategia PICO¹² para la formulación de una pregunta de investigación orientadora: ¿Cuáles son las intervenciones de enfermería más efectivas en el CS en individuos con IC avanzada en CP?

Para la inclusión de artículos se estableció: a) artículos que reportaran CS en CP realizados por enfermería en individuos adultos que cursan con IC avanzada; b) grado de recomendación y nivel de evidencia A1a y A1b correspondientes a los diseños metodológicos de RS y Ensayo Clínico Aleatorizados (ECA) propuestos por Centre for Evidence-Based Medicine, Oxford (OCEBM)¹³; c) artículos en idioma inglés y español, d) publicados entre el 2010 al 2024. Asimismo, se hizo uso de la herramienta Manual de Cochrane de revisiones sistemáticas de intervención¹⁴ para la evaluación de riesgo de sesgo en sus diferen-



tes categorías (selección, realización, detección, desgaste y notificación) en los protocolos ECA finalmente incluidos.

Para la exclusión y eliminación de artículos se aplicó el criterio de pertinencia inicialmente por títulos, seguido del elemento definitorio de exclusión, la relevancia de resúmenes y resultados reportados. Para este fin, se guió la lectura crítica de artículos elegidos con el uso de herramientas Critical Appraisal Skills Programme español (CASPe) con el cuestionario 11 preguntas CASPe para dar sentido a un ensayo clínico Aleatorio¹⁵ y 10 preguntas CASPe para ayudarte a entender una revisión sistemática¹⁶, a los cuales se le asignó una ponderación interna de 11,1% y 12,5% respectivamente. Estos debían obtener un 80% de cumplimiento para ser incluidos. De igual modo, se utilizó como criterio de exclusión el reporte de cuartil reportado en la plataforma en línea Scimago¹⁷, eliminando los artículos clasificados en cuartiles diferentes a Q1 Y Q2. Se implementó revisión de inter-evaluadores independientes para la inclusión y exclusión de artículos.

Resultados

Se obtuvo un total de 4.197 artículos (Figura 1). Se excluyeron 4.116 artículos por título, 35 por resumen y 10 artículos duplicados. Asimismo, se eliminaron 22 artículos por diseño metodológico durante el cribado, 1 por calidad y grado de recomendación y 1 por sesgo de detección durante la elegibilidad de artículos. Se incluyeron 2 artículos, uno previo a la aplicación de la ecuación de búsqueda y otro hallado a partir de la búsqueda formal, que aunque sus años de publicación se encuentran por fuera de la ventana de búsqueda, el grado de recomendación y los resultados fueron relevantes para este trabajo. Asimismo, se identifican 11 artículos a partir de otros métodos, específicamente por búsqueda de citas (Figura 1). Se excluyeron 4 artículos por año de publicación, 4 por objetivos y alcance, y 1 por tipo de estudio; en este proceso se eligieron 2 artículos. Finalmente, se incluyeron 15 artículos (Tabla 1), con un promedio de 96% de cumplimiento de la herramienta de lectura de CASPe (Tabla 2).

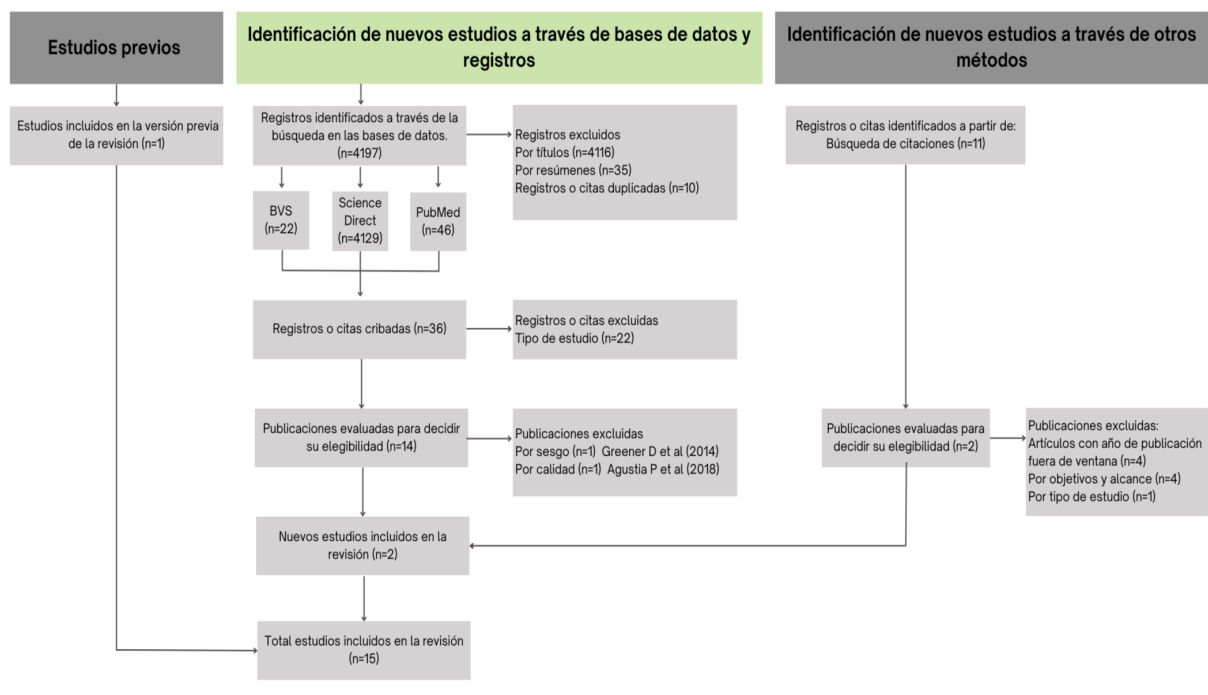


Figura 1. Flujograma esquema PRISMA de revisión sistemática del control de síntomas en pacientes adultos con Insuficiencia Cardíaca avanzada en cuidados paliativos.

Fuente: Elaboración propia. Flujo de búsqueda de acuerdo con PRISMA, 2020⁹. Los artículos tuvieron grado de calidad Q1, exceptuando a Kyriakou M¹⁸ clasificado en Q2. Con relación al grado de evidencia y nivel de recomendación de OCEBM¹³ se obtuvieron 4 artículos con diseño de RS (A1a) y 11 ECA (A1b). (Tabla 1).

Tabla 1

Matriz de datos y artículos relacionados con el control de síntomas en individuos con Insuficiencia Cardíaca Avanzada en Cuidados Paliativos

Base de dato	Autores	Año	País	Tipo de estudio	Población	Diseño de estudio	Grado de recomendación OCEBM 41	Nivel de evidencia OCEBM 41	Grado de calidad scimago 45
Previa a la revisión	Stromberg A et al. ³¹	2003	Suecia	Estudio experimental	Individuos hospitalizados con IC. Participación total de 106 sujetos aleatorizados. Grupo de intervención (n=52) grupo control (n=54)	Estudio prospectivo y aleatorizado, controlado.	A	1b	Q1
BVS	Sidebottom A et al. ²²	2014	EE.UU.	Estudio experimental	Individuos hospitalizados con IC aguda. Participación de 232 sujetos. Grupo de intervención (n=116) grupo control (n=116) relación 1:1	Estudios clínicos aleatorizados control/intervención, prospectivo.	A	1b	Q1
	O'Donnell A et al. ³⁷	2018	EE.UU.	Estudio experimental	Individuos con IC con alto riesgo de mortalidad. Participación de 50 sujetos. Grupo de intervención (n=26) grupo de control/atención habitual (n=24)	Estudio prospectivo, controlado y aleatorizado.	A	1b	Q1
	Bekelman D et al. ²³	2018	EE.UU.	Estudio experimental	Veteranos de guerra diagnosticados con IC sintomática y estado de salud reducido reclutados entre agosto de 2012 y abril de 2015. Participaron 314 sujetos. Grupo de intervención (n=157) grupo control (n=157)	Estudio aleatorizado, de dos brazos, ciego, controlado, multicéntrico.	A	1b	Q1
	Brännström M et al. ¹⁹	2014	Suecia	Estudio experimental	Individuos con IC con síntomas de clases funcionales III-IV de la NYHA. Participaron 72 sujetos. Grupo de intervención (n=36) grupo control/atención habitual (n=36)	Estudio prospectivo, aleatorizado, con diseño abierto, no ciego, controlado.	A	1b	Q1
	O'Connor C et al. ³²	2010	EE.UU.	Estudio experimental	Individuos con diagnóstico de IC y que cursan con depresión clínicamente evaluada. Participaron 469 sujetos. Grupo de medicamento (n=234) grupo placebo (n=235)	Estudio prospectivo, aleatorizado, ciego, controlado.	A	1b	Q1
	Gottlieb S et al. ³³	2007	EE.UU.	Estudio experimental	Individuo con IC crónico estabilizado. Participaron 28 sujetos. Grupo de medicamento (n=14) grupo placebo (n=14)	Estudio controlado, prospectivo, aleatorizado, doble ciego.	A	1b	Q1
	Pub-med	Wong F et al. ²⁴	2016	China	Estudio experimental	Individuos con diagnóstico de IC terminal. Participaron 84 sujetos. Grupo de intervención (n=43) grupo control (n=41)	Estudio controlado, aleatorizado, multicéntrico, prospectivo.	A	1b
Science Direct	Rogers J et al. ²⁰	2017	EE.UU.	Estudio experimental	Individuos con IC que se encontraban hospitalizados y que fueron recién dados de alta médica. Participaron 150 sujetos. Grupo intervención (n=75) grupo control (n=75)	Estudio prospectivo, aleatorizado, no ciego, de un solo centro.	A	1b	Q1
	Kavalieratos D et al. ²⁶	2017	EE.UU.	Revisión de la literatura científica	Revisión de estudios clínicos de pacientes con diagnósticos de IC que evidenciara las intervenciones más eficaces en el abordaje con CP.	Revisión sistemática	A	1a	Q1



Science Direct	Hopp F et al. ²⁵	2016	EE.UU.	Estudio experimental	Individuos con diagnóstico de ingreso de IC y riesgo de mortalidad a un año \geq 33% basado en la puntuación EFFECT. Participaron 85 sujetos.	Estudio prospectivo, aleatorizado abierto.	A	1b	Q1
	Low J et al. ²⁸	2011	UK	Revisión de la literatura científica	Estudios clínicos que evidencien las necesidades de CP y prestación de servicios para el individuo que cursa con IC avanzada.	Revisión sistemática	A	1a	Q1
	Buck H et al. ³⁶	2018	EE.UU.	Revisión de la literatura científica	Revisión sistemática para examinar los componentes, los contextos y los resultados de intervenciones de autocuidado diádico en individuos con IC en CP.	Revisión sistemática	A	1a	Q1
	Kyriakou M et al. ¹⁸	2020	Australia Nueva Zelanda	Revisión de la literatura científica	Revisión sistemática y metaanálisis para evaluar la eficacia de intervenciones de cuidados de apoyo en el paciente con IC.	Revisión sistemática	A	1a	Q2
	Kavalieratos D et al. ²⁷	2022	EE.UU.	Estudio experimental	Individuos con IC de clase III o IV de la NYHA y dos o más hospitalizaciones relacionadas con la IC en el último año. Participaron 30 sujetos. Grupo intervención (n=20) grupo control (n=10)	Estudio piloto aleatorizado prospectivo	A	1b	Q1

Fuente: Elaboración propia. Revisión sistemática de la literatura. BVS: Biblioteca Virtual de Salud. CP: Cuidados paliativos. IC: Insuficiencia Cardíaca NYHA: New York Heart Association EFFECT: Mortality Risk Score OCEBM: Centre for Evidence-Based Medicine.

Tabla 2

Evaluación calidad de los artículos de acuerdo con las herramientas de lectura crítica

Autor	Título	Instrumento de lectura crítica	Porcentaje de cumplimiento
Stromberg A et al. ³¹	Nurse-led heart failure clinics improve survival and self-care behaviour in patients with heart failure	CASPe ensayos clínicos aleatorizados	89%
Sidebottom A et al. ²²	Inpatient Palliative Care for Patients with Acute Heart Failure: Outcomes from a Randomized Trial	CASPe ensayos clínicos aleatorizados	100%
O'Donnell A et al. ³⁷	Social Worker-Aided Palliative Care Intervention in High-risk Patients With Heart Failure (SWAP-HF) A Pilot Randomized Clinical Trial	CASPe ensayos clínicos aleatorizados	89%
Bekelman D et al. ²³	Effect of a Collaborative Care Intervention vs Usual Care in Health Status of Patients With Chronic Heart Failure The Casa Randomized Clinical Trial	CASPe ensayos clínicos aleatorizados	89%
Brännström M et al. ¹⁹	Effects of person-centred and integrated chronic heart failure and palliative home care PREFER: A randomized controlled study	CASPe ensayos clínicos aleatorizados	89%
O'Connor C et al. ³²	Safety and Efficacy of Sertraline for Depression in Patients Heart Failure	CASPe ensayos clínicos aleatorizados	100%
Gottlieb S et al. ³³	A double-blind placebo-controlled pilot study of controlled-release paroxetine on depression and quality of life in chronic heart failure	CASPe ensayos clínicos aleatorizados	100%
Wong F et al. ²⁴	Effect of a transitional palliative care model on patients with end-stage heart failure: a randomised controlled trial	CASPe ensayos clínicos aleatorizados	100%
Rogers J et al. ²⁰	Palliative Care in Heart Failure The PAL-HF Randomized, Controlled Clinical Trial	CASPe ensayos clínicos aleatorizados	100%



Hopp F et al ²¹	Result of a Hospital Based Palliative-Care Intervention for Patients with an Acute Exacerbation of Chronic Heart Failure	CASPe ensayos clínicos aleatorizados	100%
Kavalieratos D et al ²⁷	Primary palliative care for heart failure provided within ambulatory cardiology: A randomized pilot trial	CASPe revisiones sistemática	100%
Kavalieratos D et al ²⁶	Palliative Care in Heart Failure	CASPe ensayos clínicos aleatorizados	89%
Low J et al ²⁸	Palliative Care in Advanced Heart Failure: An International Review of the Perspectives of Recipients and Health Professionals on Care Provision	CASPE revisiones sistemática	100%
Buck H et al ³⁶	A Systematic Review of Heart Failure Dyadic Self-care Interventions Focusing on Intervention Components, Context, and Outcomes	CASPe revisiones sistemática	100%
Kyriakou M et al ¹⁸	Supportive Care Interventions to Promote Health-Related Quality of Life in Patients Living with Heart Failure: A Systematic Review and Meta-Analysis	CASPe revisiones sistemática	100%
Promedio de cumplimiento			96%

Fuente: Elaboración propia. Cada ítem de la herramienta de cuestionario 11 preguntas CASPe para dar sentido a un ensayo clínico Aleatorio³¹ recibió una ponderación interna de 11,1%. Cada ítem de la herramienta 10 preguntas CASPe para ayudarte a entender una revisión Sistemática³² recibió una ponderación interna de 12,5%.

Un porcentaje considerable de los ECA evidenciaron bajo riesgo de sesgo en los diferentes tipos y categoría de sesgo (Tabla 3). Estudios tales como Brännström M et al¹⁹, Roger J et al²⁰ y Hopp F et al²¹ “los cuales proponen un diseño de estudio abierto no

cegados” se clasificaron como *bajo riesgo*, teniendo en cuenta la baja posibilidad de influencia de sus resultados en las categorías de sesgo de selección, realización y detección. (Gráfico 1).

Tabla 3

Tipos y grados de sesgos en estudios clínicos - Manual de Cochrane de revisiones de intervención

Autor	Tipo de sesgos							
	De selección		De realización	De detección	De desgaste			De notificación
	Generación de la secuencia aleatorizada	Ocultación de la asignación	Cegamiento de los participantes y del personal	Cegamiento de los evaluadores	Manejo de los datos de resultado: A corto plazo	Manejo de los datos de resultado: A mediano plazo	Manejo de los datos de resultado: A largo plazo	Notificación selectiva
Stromberga A et al ³¹	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Alto riesgo	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Riesgo poco claro	Bajo riesgo	Bajo riesgo
Sidebottom A et al ²²	Bajo riesgo	Alto riesgo	Bajo riesgo	Riesgo poco claro	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Riesgo poco claro	Bajo riesgo
O'Donnell A et al ³⁷	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Alto riesgo	Bajo riesgo	Riesgo poco claro	Bajo riesgo	Riesgo poco claro	Bajo riesgo



Bekelman D et al ²³	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Riesgo poco claro	Riesgo poco claro	Bajo riesgo	Bajo riesgo
Brännström M et al ¹⁹	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Bajo riesgo			Bajo riesgo
O'Connor C et al ³²	Bajo riesgo	Riesgo poco claro	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Riesgo poco claro	Bajo riesgo	Bajo riesgo
Gottlieb S et al ³³	Bajo riesgo	Riesgo poco claro	Bajo riesgo	Riesgo poco claro	Bajo riesgo	Riesgo poco claro	Riesgo poco claro	Bajo riesgo
Wong F et al ²⁴	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Alto riesgo	Riesgo poco claro	Bajo riesgo	Riesgo poco claro	Riesgo poco claro	Bajo riesgo
Rogers J et al ²⁰	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Bajo riesgo			Bajo riesgo
Hopp F et al ²⁵	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Bajo riesgo			Bajo riesgo
Kavaliaratos D et al ²⁷	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Riesgo poco claro	Riesgo poco claro	Bajo riesgo	Riesgo poco claro	Riesgo poco claro	Bajo riesgo

Fuente: Elaboración propia. Tipos y grados de sesgos de acuerdo con Manual de Cochrane³⁰.

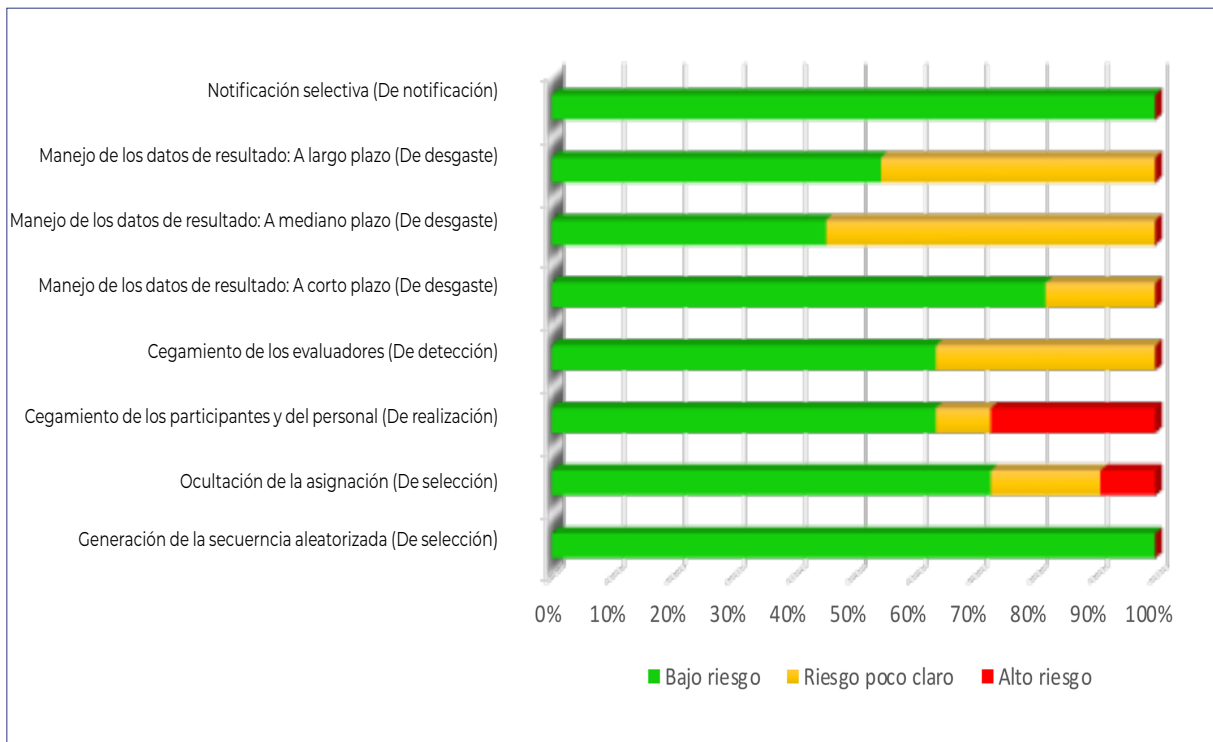


Gráfico 1. Tipos y grados de sesgos de acuerdo con Manual de Cochrane de revisiones de intervención.

Fuente: Tabla 3 Tipos y grados de sesgos en estudios clínicos - Manual de Cochrane de revisiones de intervención¹⁴



Carga sintomática en la etapa avanzada de la IC

Los individuos con IC avanzada experimentan sintomatología como dolor, fatiga, disnea, edema, síntomas psicológicos como depresión, ansiedad y deterioro emocional²²⁻²⁴. Lo anteriormente descrito es conocido como la carga sintomática de la enfermedad¹⁹⁻²¹, es decir, los hallazgos frecuentemente por lo que estos individuos consultan un servicio de salud²²⁻²⁴. Sin embargo, existen algunos elementos como el deterioro del bienestar espiritual, el afrontamiento de la enfermedad, la adaptación a una nueva vida después^{26,27}, la conciencia abierta frente al tema de la muerte inminente²⁸ y la comunicación sobre la naturaleza de la enfermedad que hacen mucho más complejo el cuadro clínico y sus efectos en la persona frente a la enfermedad²⁸. Aunque estos hallazgos no son identificados en primera instancia, basta solo en profundizar

en la entrevista de estos individuos para evidenciar la significativa y marcada la influencia de estos en escenarios de hospitalización por eventos agudo¹⁸, descompensación^{21,27} o reingreso producto de la carga sintomática que limita las actividades diarias²².

Instrumentos de valoración y evaluación de síntomas

La identificación de síntomas en los individuos con IC avanzada se distingue por ser un proceso complejo que implica la integración de un ojo clínico crítico y una visión del cuidado global de la persona. Por medio de escalas e instrumentos de valoración validadas, aplicables y específicas se puede no sólo precisar, sino también abordar integralmente las variables particulares de la enfermedad. Las escalas reportadas por la literatura incluida se encuentran sintetizadas en la (Tabla 4)^{19,20,22,27,29,30,32}

Tabla 4

4 Instrumentos de valoración y evaluación de síntomas

Escala	Criterios de evaluación	Medición	Comentario
Escala de Evaluación de Síntomas de Edmonton (Edmonton Symptom Assessment System-ESAS) ^{19,22}	Es una escala para medir la carga de síntomas, se creó para evaluar los síntomas de los pacientes que reciben CP. Esta escala está conformada por 10 ítems que evalúan síntomas (dolor, cansancio, náuseas, depresión, ansiedad, somnolencia, apetito, bienestar, falta de aire y "otros");	Hace uso de una escala numérica visual que va desde el 0 teniendo como etiqueta "ninguno" y 10 como "el peor posible". Al final es sumada cada una de las mediciones en un puntaje global.	Este es un instrumento ampliamente utilizado en el paciente con enfermedad de prolongada carga sintomática, como es la IC avanzada; y el cual ha obtenido resultados positivos en cuanto a consistencia interna, criterio y validez concurrente en estudios clínicos aleatorizados, así como analizada por medio de métodos de coeficientes de confiabilidad como es la correlación test-retest teniendo resultado óptimos para su uso en esta población.
Cuestionario de Salud del Paciente-9 (Patient Health Questionnaire – 9 - PHQ-9) ²²	Está especialmente diseñada para evaluar en el individuo los síntomas depresivos. Es un instrumento breve y validado que se utiliza ampliamente en entornos clínicos y de investigación para evaluar el riesgo de depresión; y ha sido implementado en la investigación en individuos con IC. Este instrumento está conformado por preguntas que indagan sobre la presencia de síntomas y estado de ánimo de al menos dos semanas anteriores a su aplicación en el individuo.	Las respuestas indican la frecuencia de los síntomas y cada ítem se puntúa de 0 como "nada" a 3 como "todos los días o casi todos los días".	Aunque la depresión y los síntomas relacionados a esta afección no hacen parte de la fisiopatología que explican la IC; aparece en el tiempo debido a la carga de síntomas con la que viven estos sujetos.



<p>Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (Hospital Anxiety and Depression Scale - HADS)²⁰</p>	<p>Conformada por 14 ítems, que como su nombre lo dice valora la ansiedad y depresión, como subescalas por medio de los síntomas psiquiátricos que presente el individuo.</p>	<p>Las preguntas se puntúan de 0 a 3 con un punto de corte de 11 en cada subescala, que da la sensibilidad y especificidad óptimas para la de la presencia de los síntomas. El instrumento tiene una puntuación global 0 a 42 (cada subescala, ansiedad y depresión, tienen una medición de 0 a 21); siendo las puntuaciones más altas las que indicarían los peores síntomas.</p>	<p>Esta, además de incluir la depresión, suma la ansiedad como un síntoma igual de importante a valorar debido a su frecuencia en el individuo con IC avanzada; especialmente cuando factores como la incertidumbre frente a la enfermedad y la aparición de episodios agudos amenazantes para la vida comienzan a ser recurrentes.</p>
<p>Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire (MLWHFQ - MLHF)^{22,32}</p>	<p>Se utiliza para la medición de la calidad de vida en individuos con IC, una herramienta específicamente para valorar cómo la enfermedad impacta la percepción del diario vivir del individuo. Se trata de un cuestionario que valora como la IC y los tratamientos para la patología pueden afectar a las dimensiones físicas, emocionales, sociales y mentales clave de la calidad de vida.</p>	<p>Este instrumento está conformado por 21 ítems que evalúan en qué medida la IC de una persona ha afectado a muchos aspectos de su vida durante el período anterior. De acuerdo a las respuestas de los sujetos, se mide del 0 "no" a 5 "mucho".</p>	<p>Este cuestionario cuenta con una alta fiabilidad para medidas repetidas, consistencia interna y alta fiabilidad entre la recogida de datos en persona y por teléfono.</p>
<p>Cuestionario de salud SF-36 (Medical Outcomes Study 36-item Short Form survey)³²</p>	<p>Es una escala que evalúa el impacto de una intervención médica en la calidad de vida de un individuo.</p>	<p>La escala está conformada por subescalas en las que se incluyen la función física, función social, función de salud mental y función de salud general. Las puntuaciones más altas de la escala reflejan mejor calidad de vida, es decir, menos disfunción.</p>	<p>Permite perfilar el efecto no solo en relación a un valor cualitativo, sino que también valora los aspectos subjetivos en lo que respecta a la calidad de vida de la persona.</p>
<p>Cuestionario de Miocardiopatías de la Ciudad de Kansas versión corta (Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire - KCCQ)³²</p>	<p>También figura como un cuestionario específico para la valoración de enfermedades de espectro cardiaco, tal como es la IC. La escala está conformada por valoración de la función física, social, calidad de vida y síntomas con la cual se obtiene una puntuación global de 0 a 100.</p>	<p>Un cambio de 5 puntos en la puntuación global del KCCQ de 5 puntos en la puntuación global del KCCQ se considera una diferencia clínicamente significativa.</p>	<p>El instrumento permite abordar al individuo cardiovascular de manera integral, en el cual los elementos físicos no son los únicos determinantes en carga de la enfermedad en el individuo con IC avanzada.</p>
<p>Evaluación funcional de la terapia de enfermedades crónicas - Escala de bienestar espiritual de 12 ítems (Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - Spiritual Well Being - FACIT-Sp)²⁰</p>	<p>La cual valora por medio de 12 ítems autoinformados acerca del papel de la fe que tiene el individuo al cursar con la enfermedad, y el significado paz y propósito en su vida.</p>	<p>El rango de la puntuación es de 0 a 48, y las puntuaciones más altas representan una mayor espiritualidad en toda la gama de tradiciones religiosas.</p>	<p>Esta escala permite estimar el papel que ocupa la espiritualidad en enfermedades crónicas y de prolongado tratamiento como es la IC avanzada, particularmente en el estado de la enfermedad en la cual la persona convive además de la carga sintomática de la enfermedad, con la incertidumbre frente a hospitalizaciones y reingresos debido a la persistencia de las afecciones.</p>
<p>Evaluación Funcional de la Terapia de Enfermedades Crónicas-Escala de Cuidados Paliativos (Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Palliative Care scale FACIT-Pa)²⁰</p>	<p>Es una escala medida por 46 ítems de calidad de vida autoinformada que evalúa la calidad de de vida en varios ámbitos, incluido el bienestar físico, bienestar físico, bienestar social/familiar, bienestar emocional, bienestar funcional y cuidados paliativos.</p>	<p>El rango de puntuación es de 0 a 184. Las puntuaciones más altas indican una mejor calidad de vida. Un cambio de 10 puntos en la puntuación resumida global representa una diferencia clínicamente significativa.</p>	<p>Es una escala que permite evaluar la calidad de la vida de un individuo no solo desde aspectos medidos por otras escalas como es el eje físico, social/familiar, emocional, funcional; sino que también incluye los CP entre los ítems evaluadores, haciéndola completamente específica para individuos que reciben estos cuidados.</p>



Evaluación de la satisfacción del paciente a los cuidados paliativos (Patient Scale and Oncology Palliative Care 13 – FAMCARE - P13) ^{27,29,30}	Esta escala es derivada de la escala FAMCARE-P16, que a su vez es producto de la FAMILY SATISFACTION WITH ADVANCED CANCER CARE (FAMCARE-P20) que inicialmente su objetivo era medir la satisfacción familiar con los CP proporcionados en el paciente con cáncer. Actualmente es utilizada su versión adaptada de 13 ítems para la evaluación de la satisfacción del paciente de los CP proporcionados.	Es una escala que oscila entre 1 a 65 puntos. Siendo las puntuaciones altas las que indican una mayor satisfacción con los CP.	Es una escala que ha tenido múltiples adaptaciones debido a sus óptimos resultados en relación a sus consistencia interna y adaptabilidad no solo en la medición de la satisfacción en familiares y pacientes, sino también en diferentes enfermedades, diferentes al cáncer, que reciban terapias de CP.
--	---	--	---

Fuente: Elaboración propia. Instrumentos de valoración y evaluación de síntomas de acuerdo con la revisión sistemática CP: Cuidados paliativos. IC: Insuficiencia Cardiaca.

Intervenciones de enfermería en el CS en CP a individuos que cursan con IC avanzada

Intervenciones educativo-conductuales

Stromberg A et al³¹, en su ECA, en el que se implementó un seguimiento dirigido por enfermeras en una clínica de IC ambulatoria después de la hospitalización, evidenció mejoría en la adherencia de autocuidado, redujo el número de eventos (muerte/reingreso) y la necesidad de atención hospitalaria tras el alta³¹; a partir de la implementación de una intervención educativa personalizada tanto a los participantes como sus familias acerca de la etiología de la enfermedad, definiciones de la patología, justificación del tratamiento, asesoramiento farmacológico. Asimismo, incluyeron intervenciones no farmacológicas como cambios en la dieta, ingesta de líquidos, sodio y alcohol³¹. (Tabla 5).

Del mismo modo, Brännström M et al¹⁹ en su ECA PREFER sobre la carga de síntomas, la calidad de vida y clases funcionales en comparación con la atención habitual y su efecto en el número y días de hospitalizaciones, evaluó la utilización de recurso humano en salud, arrojando como resultado 158 visitas adicionales de los médicos y 1031 visitas de enfermería al domicilio del sujeto participante, 36 llamadas telefónicas y/o prescripción de fármacos por parte del médico, frente a 255 por parte de las enfermeras¹⁹. Este resultado evidencia el papel crucial de enfermería en

la atención de individuos con IC que reciben CP. (Tabla 5).

Por otra parte, la RS de Kavallieratos D et al.²⁶ apoya el resultado del ECA PAL-HF²⁰ que evaluó el impacto en la calidad de vida de un individuo con IC en estadios avanzados por medio de una intervención de CP interdisciplinaria combinado con el tratamiento habitual, demostrando que aplicar CP longitudinal y proporcionados de manera complementaria con el tratamiento habitual es una combinación que contiene un factor clave para el éxito terapéutico, evidenciando la mejoría integral del sujeto de cuidado²⁰. (Tabla 5).

Igualmente, Kavalieratos D et al²⁷ en su ECA PENPal-HF²⁷ demostró que una intervención conjunta entre una enfermera especializada, médico cardiólogo y médico de atención primaria, bajo una terapéutica construida a partir de la evaluación de la carga sintomatológica de la enfermedad en el individuo, influyen en elementos tales como calidad de vida percibida²⁷. Esta propuesta de intervención constaba de visitas de una enfermera especializada en cardiología, llamadas mensuales entre visitas para reforzar los principios paliativos tratados en las visitas e integración de las preocupaciones manifestadas por el paciente durante el seguimiento relacionado con síntomas físicos y emocionales, tiempos de aparición de estos mismos y conceptos paliativos relacionados con el conocimiento del pronóstico, objetivos y planificación anticipada de los cuidados²⁷.



Tabla 5

Matriz de datos y artículos relacionados con el control de síntomas en pacientes adultos con Insuficiencia Cardíaca Avanzada en Cuidados Paliativos

Tipo de intervención	Autor	Objetivo	Equipo de salud	Descripción de intervenciones / Revisiones de la literatura	Instrumentos de valoración	Resultados
Educativo-conductual	Kavaleratos D et al (27)	Desarrollar y probar la intervención Primary Education for Nurses in Palliative care-HF (PENPal-HF), formando a enfermeras de cardiología ambulatoria para abordar la carga sintomática, las prioridades de los pacientes para la atención, la calidad de vida, y la planificación anticipada de los cuidados como parte de las visitas trimestrales por IC.	Enfermera especializada en cardiología, médico especialista en cardiología, médico atención primaria.	PENPal-HF (Primary Education for Nurses in Palliative care-HF) constaba de tres componentes: Cuatro visitas trimestrales con la enfermera especializada en cardiología como parte de las visitas cardiología ambulatoria, llamadas mensuales entre visitas para reforzar los principios paliativos tratados en las visitas y para identificar cualesquier preocupaciones percibidas por el participante, y comunicación de la enfermera con el cardiólogo y médico de atención primaria del paciente a través de la historia clínica o interacción interpersonal acerca de la percepción del paciente. En las cuatro visitas de intervención se abordó el tratamiento de los síntomas físicos y emocionales, al tiempo que se introdujeron y exploraron conceptos paliativos como conocimiento del pronóstico, objetivos de los cuidados y la planificación anticipada de los cuidados.	FAMCARE-P13 FACIT-Pal KCCQ	Puntuación global 56 (Grupo intervención: 56, grupo control: 55). Puntuación global 127 (Grupo intervención: 129, grupo control: 125). Puntuación global 59 (Grupo intervención: 59, grupo control: 59). El 93,75% de los participantes del grupo de intervención informaron una mejora percibida en los síntomas físicos, el estado de ánimo, síntomas físicos o la calidad de vida.
	Stromberg A et al (31)	Evaluar prospectivamente el efecto del seguimiento en una clínica de IC dirigida por enfermeras sobre la mortalidad, la morbilidad y el comportamiento de autocuidado de pacientes hospitalizados por IC 12 meses después del alta.	Enfermeras.	Este estudio incluía en su intervención educación personalizada tanto para los individuos como a sus familias información escrita y verbal acerca de la etiología de la enfermedad, definiciones, justificación del tratamiento, asesoramiento farmacológico. Al igual, se integró intervenciones de tipo no farmacológicas como cambios en la dieta, control en la ingesta de líquidos, sodio y alcohol, así como la ingesta ajustada de acuerdo al nivel de energía del individuo con el fin de reducir el sobrepeso o prevenir la desnutrición; dejar de fumar, rutina de ejercicios en IC estable y profilaxis de infecciones con vacunas. Además, contaban con un sitio web educativo que los ayudaba a mejorar su régimen de autocuidado.	No aplica	Los autores concluyeron que los pacientes del grupo de intervención mejoraron su autocuidado con una media de 3,0 puntos vs. el grupo control con un intervalo de 1,4 (p 0.02). Además, que el grupo de intervención conservó la mejora su autocuidado después de 12 meses con 2,3 puntos más altos a la línea base, en comparación al grupo control el cual obtuvo 0,5 (p 0.01). Algunas de las conductas en las que se evidenció una diferencia significativa entre los grupos de intervención y de control fue a la hora de informar al personal de salud tratante cuando ganaban peso después de tres meses con una distribución de 74% vs 46% (p 0.0009), y después de 12 meses de 74% vs 38%. Otra conducta fue la restricción de ingesta de líquido: Al inicio el grupo de intervención los hacía en un 33% y el de control en un 38%, sin embargo, después de tres meses el 67% frente al 43% restringió líquidos (p 0.03), y a los doce meses la distribución fue de un 50% frente a un 28% (p 0.07). En relación con el número de días hospitalizados fue significativamente menor en el grupo de intervención después de 3 meses: El grupo de intervención tuvo en promedio 350 días de hospitalización frente a 592 días en el grupo control (p 0.045), es decir, una reducción del 41%. Esta relación fue más evidente a los doce meses, pues el grupo de intervención había consumido un total de 688 días de hospitalización y el grupo de control 976 días (p 0.13).
	Bekelman D et al (23)	Determinar si una intervención colaborativa psicosocial y de síntomas, mejoran el estado específico de la IC, la depresión y la carga sintomática en individuos con IC.	Enfermera, médico de atención primaria, especialista en cuidados paliativos, cardiología y trabajador social.	La intervención CASA (Collaborative Care to Alleviate Symptoms and Adjust to Illness) incluía tres componentes: 1) Una enfermera titulada gestionaba los síntomas, tales como el dolor, la disnea, fatiga o depresión, teniendo en cuenta que son comúnmente referidos durante la consulta y a los cuales se les brindaba atención específica de la enfermedad, intervención conductual y paliativa. 2) un trabajador social que proporcionó atención psicosocial estructurada, y 3) un equipo de atención colaborativa en el que se incluía la enfermera, el trabajador social y un médico de atención primaria, un especialista en cuidados paliativos y un cardiólogo, quienes revisaban la atención de los pacientes y proporcionaban propuestas de abordaje y tratamiento a los médicos de base de cada paciente.	KCCQ	El grupo de intervención obtuvo un 48,6(17,4) y 45,3(21,0) en el grupo control, que indicaban claramente una elevada carga sintomática de la enfermedad, y un mal estado funcional y de calidad de vida. Entre los resultados primarios, no se obtuvieron resultados que difirieron significativamente entre los grupos con relación a la línea base, pues el brazo de intervención mejoró 5,5 puntos y el de control 2,9 puntos (diferencia 2,6 IC del 95% ±6,6-1,3 p 0,19). Teniendo en cuenta que fue aplicado el protocolo en tres centros, se obtuvo un efecto de la intervención sobre el KCCQ en el Lugar 1: 0,10 [n=191], Lugar 2: 0,07 [n=84], Lugar 3: 0,60 [n=60]; difiriendo el efecto entre cada centro. Con relación a los síntomas gestionados, la depresión demostró mejoría con la intervención CASA con un tamaño de efecto de -0,34 a los tres meses [p=0,01] y de -0,29 a los 6 meses [p=0,02]; y el cual se mantuvo a los doce meses teniendo un tamaño de efecto de 0,36 [p=0,006]. Por otra parte, la fatiga resultó mejorar a los 6 meses de la intervención, obteniendo un tamaño de efecto de -0,30 [p=0,02]. Sin embargo, no persistió a largo plazo, pues a los 12 meses se obtuvo un tamaño de efecto de -0,18 [p=0,16]. Con respecto a la ansiedad, esta mejoró a los tres meses de la intervención CASA (tamaño de efecto -0,28 [p=0,001]), aun así, no alcanzó significancia estadística a los 6 meses de intervención (tamaño del efecto -0,21 [p=0,09]). Finalmente, la mortalidad de los 12 meses de la intervención en ambos grupos participantes fue similar, teniendo 10 / 157 del brazo de intervención y 13 / 157 del grupo control con una p = 0,52.

Educativo-conductual	Sidebottom A et al. (22)	Determinar si la incorporación de CP en la atención hospitalaria de individuos con diagnóstico de IC se asociaba a la mejora del estado de salud o en el uso de servicios sanitarios.	Integraba un equipo de CP que incluía cuatro médicos y dos especialistas en enfermería clínica certificados en cuidados paliativos, un trabajador social y un capellán.	Durante las visitas de intervención se incluía la evaluación de síntomas, los aspectos emocionales, espirituales y psicosociales de la atención, recomendaciones para los cambios o derivaciones de tratamiento y cuidados actuales o futuros.	ESAS	Midió globalmente un cambio medio en el grupo de intervención de 3,69 puntos más que en el grupo control al primer mes de seguimiento; y 4,31 puntos más de diferencia a los tres meses. Los síntomas significativos que demostraron mejoría estadísticamente fueron la dificultad para respirar (al iniciar el estudio: I 5.6 - C 5.2 p 0,31), primer mes: I 2.55 - C 1.45 diferencia de 0.10 [0.80±1.40 p 0.000], tres meses: I 2.82 - C 1.74 diferencia 1.08 [0.77±1.39 p 0.000]) ansiedad (al iniciar el estudio: I 3.3 - C 2.9 p 0,713, primer mes: I 1.6 - C 0.65 diferencia de 0.42 [0.12±0.72 p 0.007], tres meses: I 1.27 - C 0.89 diferencia 0.18 [0.72±1.32 p 0.000]) y cansancio (al iniciar el estudio: I 6.4 - C 5.6 p 0,033, primer mes: I 1.78 - C 0.50 diferencia de 1.28 [0.97±1.58 p 0.000], tres meses: I 2.06 - C 1.20 diferencia 0.86 [0.55±1.17 p 0.000]); siendo el primero y el último los que más mejoraron en el grupo de intervención en comparación con el grupo control. En términos generales, teniendo en cuenta la línea base en la que partió el instrumento, el grupo de intervención mejoró un 11%.
					PHQ-9	La puntuación global fue significativamente diferente en ambos momentos, con una mejora de 1,42 puntos en el grupo de intervención en comparación con el grupo de control al mes y de 0,72 puntos a los tres meses. Aun así, ninguno de los ítems que conforman el cuestionario demostraron diferencias significativas entre los dos grupos. En términos generales, teniendo en cuenta la línea base en la que partió el instrumento, el grupo de intervención mejoró un 17%.
						MLHF
Espirituales	Brännström M y Boman (19)	Evaluar los efectos de la intervención PREFER (Effects of person-centred and integrated chronic heart failure and palliative home care) sobre la carga de síntomas, la calidad de vida y las clases funcionales en comparación con la atención habitual, y su efecto en el número y días de hospitalizaciones.	Enfermeras especializadas, enfermeras y médicos de cuidados paliativos, cardiólogo, fisioterapeuta y terapeuta ocupacional	Incluyó en su intervención la asignación de un médico que realizaba un examen físico, identificaba comorbilidades y evaluaba necesidades fisiológicas, sociales y espirituales y una enfermera quien hacía uso de modelos de cuidados paliativos centrado en la persona a cada sujeto que cumplía con criterios de inclusión y ninguno de exclusión. El equipo era responsable de la atención total, es decir, del abordaje integral del individuo. Durante las sesiones se evalúa continuamente los síntomas, la calidad de vida y los riesgos por la posición decúbito, caídas y malnutrición de forma estructurada por medio de cuestionarios validados por el registro nacional de calidad de la atención de la Asociación Sueca de Autoridades Locales y Regionales (SALAR).	ESAS	En los 6 meses de la intervención PREFER el grupo de intervención tenía una mejor calidad de vida relacionada con la salud (grupo de intervención línea base 47,7±19,4 a un 60,4±20,6 frente al grupo control que pasó de un 48,2±23,1 a un 52,3±23,2 [p 0,10]) el cual tuvo un resultado estadísticamente significativo [p 0,02] en el grupo que recibió PREFER en comparación al grupo control. No obstante, al obtener los resultados de ESAS no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los brazos de estudio; aunque las náuseas mejoraron en el grupo PREFER (2,3±2,7 frente a un 1,2±1,7 del grupo control [p 0,02]). En relación con las hospitalizaciones, el número fue significativamente menor en el grupo PREFER en comparación con el brazo control, con un total de 15 frente a 53 respectivamente (0,42±0,60 frente a un 1,47±1,81 [p 0,009]). Con relación a los días de hospitalizaciones, globalmente se obtuvo un total de 408 días con un rango de 1-46 días, siendo 103 (1-45 días) en el grupo PREFER y 305 (2-46 días) en el grupo control. El número de días fue significativamente menor en el grupo PREFER frente al grupo control (2,9±8,3 frente 8,5±12,4 [p 0,01]).
	Rogers J et al. (20)	Evaluar el impacto de una intervención interdisciplinaria de los cuidados paliativos interdisciplinarios combinados con el tratamiento habitual de la IC en la calidad de vida general y relacionada con la IC en pacientes que cursan con esta enfermedad en un estadio avanzada.	Enfermera, médicos generales, especialistas en cuidados paliativos y cardiología.	La intervención de este ensayo clínico evaluó y gestionó los diversos dominios inmersos en la calidad de vida de los individuos con IC avanzada, incluyendo síntomas físicos, preocupaciones psicosociales, espirituales y la planificación de los cuidados anticipados. Esta intervención se caracterizó por fijar objetivos compartidos en la mejoría de los síntomas de la IC con los objetivos de los CP, integrando a cada sujeto participante en este proceso.	HADS	En relación con los síntomas depresivos, el comportamiento fue similar, el grupo que recibió la intervención mejoró en comparación al grupo control (diferencia de 1,94 puntos; IC 95% 3,57-0,31 [p 0,002]); muy similar para la ansiedad (diferencia 1,83; IC 95% 3,63-0,02 [p 0,048]).
					KCCQ	Los individuos participantes en el brazo de intervención presentaron mejorías en la puntuación global al ser evaluados con el KCCQ desde la aleatorización hasta los 6 meses en comparación con el brazo control (9,49 puntos de diferencia, IC 95% 0,94-18,05 [p 0,003]).
					FACIT-Pal	Los sujetos aleatorizados a la intervención obtuvieron una mayor mejoría en la puntuación de FACIT-Pal a lo largo de 6 meses en comparación al grupo control (11,77 puntos de diferencia, IC 95% 0,84-22,71 [0,35]).
					FACIT-Sp	El bienestar espiritual mejoró en los pacientes del brazo de intervención frente al de control (diferencia FACIT-Sp de 3,98; IC 95% 0,46-7,50 [p 0,027]).



Farmacológica	O'Connor et al. (32)	Evaluar la seguridad y la eficacia de la sertralina en pacientes con depresión e IC avanzada.	Enfermero, médicos generales y especialistas, químico farmacéutico.	Participaron 469 participantes aleatorizados 1:1 sertralina/placebo (intervención 234/control 235). La dosis inicial fue de 50 mg/día, la cual se incrementó 50 mg/día en función de los resultados de la puntuación total del Inventario de Depresión de Beck (BDI) y la opinión clínica del investigador principal encargado del estudio. La dosis máxima formulada era hasta los 200 mg/día, a tolerancia del individuo, y la dosis mínima de 50 mg/día.	No aplica	El brazo que recibió el medicamento, el estado cardiovascular empeoró en el 29,9% (70 / 234), mejoró en el 40,6% (95 / 234) y sin cambios en un 29,5% (69 / 234). En el grupo placebo la distribución fue 31,1% empeoró (73 / 235), 43,8% (103 / 235) y 25,1% (59 / 235) no cambió.
	Gottlieb S et al (33)	Evaluar la seguridad y la eficacia de la paroxetina CR (Controlled-release CR) en depresión y calidad de vida en pacientes con IC crónica estabilizada	Enfermero, médicos generales y especialistas, químico farmacéutico	Participaron 28 pacientes asignados aleatoriamente a paroxetina CR (controlled-release CR) o placebo. Se administraba al brazo de intervención paroxetina CR con 12,5 mg/día, el cual se aumentaba a 25 mg/día dos semanas luego si era tolerado por el individuo.	MLWHFQ	Como resultado se obtuvo que la paroxetina CR redujo significativamente la depresión en comparación al grupo placebo (69,2% vs. 23,1% [p 0,018]). Asimismo, la medicación se asoció con puntuaciones más bajas del BDI [0,024], y que se mantenía durante el seguimiento [p 0,031].
					SF-36	En relación con la calidad de vida, el SF-36 fue significativamente mayor en los individuos que recibieron paroxetina CR en comparación con el brazo placebo (38 F 10 vs. 30 F 6 [p 0,016]. En el MLWHFQ el brazo de paroxetina CR se observaron mejoras significativas en la función social [p 0,001], salud mental [p 0,010], en la función emocional [p 0,029] y en la puntuación global [p 0,080].
Al final de la vida	O'Donell A et al (37)	Evaluar la intervención de cuidados paliativos dirigidas por un trabajador social frente a una atención habitual	Trabajador social, médico especialista cuidados paliativos y cardiología, médicos generales.	La intervención, en la que participaron 50 pacientes, incluía la comprensión del pronóstico, preferencias para el final de la vida, la carga sintomática y calidad de vida, al que se le añadía una revisión rutinaria por parte de un médico de cuidados paliativos, comunicación de esta información a médicos de base y seguimiento.	No aplica	Los médicos cardiovasculares que intervinieron anticiparon el fallecimiento en un plazo de 1 año al 64% de los pacientes (n= 32), pero reconocían que no se había producido ninguna conversación sobre las preferencias al final de la vida en el 50% de los individuos participantes (n=25); pero en contraste, el 54% (n=27) tenía una esperanza de vida >5 años y 28% (n=14) de >10 años. La tasa de mortalidad que resultó a los 6 meses de iniciado el protocolo fue del 38%, sin diferencias significativas en los brazos de estudio.
	Wong F et al (24)	Examinar los efectos de los CP transitorios para el paciente con IC terminal (ESHF) tras el alta hospitalaria	Enfermeros y médicos.	El diseño de intervención de TCP-ESHF (Transitional Care Palliative model on Patient with End-Stage Heart Failure) estuvo basada en dos ejes conceptuales principales. 1) Los principios recomendados para el paciente con IC, el que se incluían los siguientes seis principios (I) gestión del sujeto con revisión continua (II) discusión de temáticas relacionadas con el final de la vida (III) enfoque multidisciplinar (IV) desarrollo de habilidades comunicativas del personal sobre los CP (V) discusión de las preferencias del tratamiento (VI) modelo de atención integrado; y 2) el modelo de las 4Cs para los cuidados transitorios los cuales son comprensión, continuidad, coordinación y colaboración en consonancia los principios CP.	No aplica	El brazo de intervención resultó en una menor tasa de reingreso a las 4 semanas de iniciado el protocolo (1 20,9% vs. C 29,3% γ 2 4,41 [p 0,79] y un promedio de reingresos que no tuvo gran diferencia estadística (1 0,21 frente C 0,41 [p 0,097]). No obstante, esto cambió hacia las doce semanas, en el cual se obtuvo una tasa de reingresos (1 33,6% frente C 61,0% γ 2 6,8 [p 0,009] y el número promedio de reingresos (1 0,42 vs. C 1,10 [p 0,001]). En cuanto a síntomas, el grupo de intervención obtuvo una mejora clínicamente significativa en relación con la depresión (C 45,9% vs. 1 16,1% [p 0,05]), disnea (C 62,2% vs. 1 29,0% [p 0,05]) y una puntuación total (C 73,0% vs. 41,4% [p 0,05]).
Espirituales	Low J et al(28)	Revisión sistemática de la literatura sobre los cuidados paliativos en la IC avanzada explorando la evidencia sobre: 1) la comprensión de los pacientes de su enfermedad, sus necesidades percibidas y las experiencias de la prestación de cuidados; y 2) las perspectivas y experiencias de los profesionales de la salud en la prestación de cuidados y sus experiencias	Profesionales de la salud	La estrategia de búsqueda generó 1.047 citas, de las cuales 48 trabajos cumplían los criterios de inclusión. Veintiséis artículos describían las perspectivas de los pacientes, 18 examinaban las perspectivas de los profesionales sanitarios y 4 presentaban datos derivados tanto de los pacientes como de los profesionales sanitarios.	No aplica	Tener opciones de tratamiento menos agresivo como medida de cambio para centrarse en el control de los síntomas y maximizar la calidad de vida restante de los pacientes. Idear planes de cuidados adecuados y disponibilidad de servicios sanitarios tras el alta, así como la identificación de un profesional sanitario clave con la responsabilidad general de la evaluación continua y la coordinación de los cuidados.
						En muchos casos la conciencia abierta de la muerte inminente se consideró una oportunidad para hacer arreglos prácticos, ocuparse de los asuntos personales y despedirse, y, en última instancia, un mecanismo de alivio de los síntomas agobiantes.

Fuente: Elaboración propia. CP: Cuidados paliativos. IC: Insuficiencia Cardíaca. FAMCARE-P13: Patient Scale and Oncology Palliative Care 13. FACIT-Pal: Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Palliative Care scale. KCCQ: Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire. ESAS: Edmonton Symptom Assessment System. PHQ-9: Patient Health Questionnaire – 9. MLHF- MLWHFQ: Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire. FACIT-Sp: Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - Spiritual Well Being. SF-36: Medical Outcomes Study 36-item Short Form survey.



Intervenciones Farmacológicas

La terapia farmacológica es un elemento inamovible del tratamiento del individuo que cursa con IC avanzada. La depresión es un síntoma común en este grupo de pacientes que representa un gran reto de abordar clínicamente. O'Connor et al³², en su ECA de dos brazos de estudio SADHART-CHF en el que se administró 1:1 sertralina/placebo dosis de 50 mg/día, que se incrementaba 50 mg/día de acuerdo a resultados preliminares³², demostró que no existe un efecto estadísticamente significativo en el tratamiento de la depresión a pacientes con IC avanzada [p 0,18]³³. Por otra vertiente, Gottlieb S et al³³, en su ECA en el que se administró paroxetina controlled-release (CR) o placebo a razón de 12,5 mg/día, que aumentaba a 25 mg/día dos semanas luego de ser tolerado por el individuo; demostró en relación con MLWHFQ que el brazo de paroxetina CR mejoró significativas en la función social [p 0,001], salud mental [p 0,010], emocional [p 0,029] y en la puntuación global [p 0,080]³³ (Tabla 5).

Intervenciones al final de la vida

La experiencia de vivir con IC, especialmente en un estadio avanzado, está plagado de incertidumbre, angustia existencial y adaptación a los nuevos roles individuales, sociales y laborales^{26,27}. A esto se suma la posibilidad de someterse a terapias avanzadas e invasivas como la colocación de dispositivos de asistencia ventricular (DAV) y el trasplante cardiaco²⁶, que implican un debate de índole psicológico, emocional, social y físico para estos individuos. Hopp F et al.²⁵, en su ECA de intervención conductual, cuyo objetivo era determinar si el inicio de la consulta de CP en el hospital en pacientes con IC avanzada ingresados por un episodio de descompensación se asociaba a una mayor elección de medidas de CP²⁵, evidenció que una de las razones citadas para no elegir los CP o la orden de no reanimar incluía la preocupación que tales elecciones pudieran impedir que se recibiera una atención agresiva a la enfermedad, que le brindara mejoría específica del curso actual²⁵.

Low J et al²⁸ en su RS afirma que los médicos de familia que conocían mejor a los pa-

cientes y sus familias se sentían menos incómodos que otros médicos a la hora de aceptar la muerte de los pacientes y de proporcionar una atención y un apoyo más apropiado, incluyendo la posibilidad de incorporar los CP desde el momento inicial del diagnóstico de la enfermedad o del progreso de la misma²⁸. Además, permitía al equipo de atención brindar terapias más allá de cambiar la medicación y la dosis de esta misma²⁸. De igual forma, la revisión afirma que estudios norteamericanos como europeos que exploran la perspectiva de los pacientes sobre la atención del final de la vida descubrieron que los pacientes que cursan con IC informan una mala coordinación entre los diferentes entornos de atención sanitaria, un apoyo profesional inadecuado, una falta de privacidad y dignidad en la atención²⁸. Asimismo, Wong F et al²⁴ en su ECA multicéntrico TCP-ESHF²⁴ demostró que el apoyo con una atención de transición, luego de un episodio de hospitalización, permitió a los pacientes que cursan con IC reducir la posibilidad de reingreso y permanecer estable en la comunidad²⁴. (Tabla 5)

Intervenciones espirituales

Los individuos que cursan con enfermedades de gran carga sintomática y empeoramiento diagnóstico, como son los pacientes con IC avanzada, informan tener un peor estado espiritual que los pacientes con cáncer de pulmón y páncreas metastásico²⁶; es decir, que el abordaje de este eje es igual de prioritario que los ejes habitualmente abordados. En el ECA PA-HF de Rogers et al²⁰, los sujetos aleatorizados a la intervención obtuvieron una mayor mejoría en la puntuación de FACIT-Pal a lo largo de 6 meses. Asimismo, el bienestar espiritual mejoró en los pacientes del brazo de intervención frente al de control²⁰. Reforzando la teoría que si es posible abordar y obtener resultados significativos que evidencian un efecto integral en el individuo con IC avanzada. (Tabla 5)

En la tabla 6 se sintetizan las intervenciones más efectivas en el control de síntomas en individuos con IC en CP en relación con los niveles de evidencia, grado de recomendación y calidad de los artículos incluidos.



Tabla 6

Intervenciones de enfermería más efectivas en el CS en pacientes con IC avanzada en CP de acuerdo a calidad, grado de recomendación y nivel de evidencia

Tipo de intervención	Autor	Intervenciones	Grado de recomendación OCEBM	Nivel de evidencia OCEBM	Grado de calidad Scimago
Educativo-conductual	Kavalieratos D et al. ²⁷ Bekelman D et al. ²³	Identificación y gestión individual y conjunta de síntomas físicos y emocional como estrategia de seguimiento de progreso de la enfermedad.	A	1b	Q1
	Rogers J et al. ²⁰	Planificación de objetivos compartidos en la mejoría de los síntomas de la IC con objetivos de los CP.	A	1b	Q1
	Kavalieratos D et al. ^{4,7}	Introducción y exploración de conceptos paliativos como conocimiento del pronóstico de la enfermedad, objetivos y planificación anticipada de los cuidados.	A	1b	Q1
	Stromberg A et al. ³¹	Educación personalizada para individuos y familias con información escrita y verbal acerca de la etiología de la enfermedad, definiciones, justificación del tratamiento, asesoramiento farmacológico.	A	1b	Q1
		Cambios en la dieta alimenticia.	A	1b	Q1
		Vigilancia de la ingesta de líquidos y de alimentos de acuerdo con el nivel de energía del individuo.	A	1b	Q1
		Reducción del consumo de sal de mesa y el alcohol.	A	1b	Q1
		Establecimiento de rutinas de ejercicios ajustadas al estadio de la IC y la tolerancia a la actividad física.	A	1b	Q1
	Creación de sitios web educativos para seguimiento del régimen de autocuidado.	A	1b	Q1	
	Brännström M y Boman K. ¹⁹	Evaluación de riesgos por la posición decúbito, caídas y malnutrición.	A	1b	Q1
Rogers J et al. ²⁰	Evaluación integral y continuo de los dominios de la calidad vida del individuo.	A	1b	Q1	
Farmacológicas	O'Connor et al. ³³ Gottlieb S et al. ³⁴	Seguimiento en la adherencia a la administración de medicación.	A	1b	Q1
		Evaluación de eventos adversos relacionados con la medicación.	A	1b	Q1
		Evaluación de síntomas refractarios.	A	1b	Q1



Espirituales	Rogers J et al. ²⁰	Evaluación de síntomas espirituales con cuestionarios validados.	A	1a	Q1
	Low J et al. ²⁸	Arreglo de asuntos personales del individuo y despedirse de su red de apoyo.	A	1a	Q1
		Conversación de la esperanza de vida frente al pronóstico de la enfermedad.	A	1a	Q1
		Evaluar opciones de tratamiento menos agresivo que centre la atención al control de síntomas y maximización de la calidad de vida restante del individuo.	A	1a	Q1
Final de vida	Wong F et al. ²⁴	Identificación de preferencias individuales del tratamiento para el final de la vida.	A	1b	Q1
	O'Donnell A et al. ³⁷	Consenso del tratamiento sujeto-equipo.	A	1b	Q1
	Wong F et al. ²⁴	Modelos de las 4Cs para los cuidados transitorios al egreso hospitalario: Compresión, continuidad, coordinación y colaboración en consonancia de los principios CP.	A	1b	Q1
		Discusión abierta de las temáticas relacionadas con el final de la vida.	A	1b	Q1

Fuente: Elaboración propia. CP: Cuidados paliativos. IC: Insuficiencia Cardiaca.

Discusión y conclusiones

Los CP son una especialidad con una valiosa experiencia en el abordaje de un gran número de síntomas³⁴, los cuales compilan además de los síntomas orgánicos y físicos, los relacionados con el componente emocional, psicosocial y espiritual⁷; creando terapéuticas para el abordaje individual y grupal de estos. Por lo tanto, es importante resaltar que los CP no deberían iniciarse solamente como tratamiento de último recurso cuando el tratamiento tradicional de una enfermedad, tal como la IC, no logra cumplir los objetivos terapéuticos planeados³⁵. No obstante, no se debe juzgar de manera radical y tajante la poca derivación a estos cuidados especiales sin tener en cuenta factores que contribuyen, como por ejemplo: a) la duda que existe en los equipos de atención acerca del nivel del conocimiento o experiencia que los CP especializados tienen sobre el tratamiento de la IC avanzada²⁸; b) la capacidad de cubrir la verdadera innovación que genera la integración de los CP a los equipos multidisciplinarios, teniendo en cuenta que la dependencia predominante a este recurso debe afrontar la escasa formación en esta especialidad c) y los crecientes pero aún muy pocos estudios que

amplíen la gama de modalidades de tratamiento eficaces para la carga sintomática³⁴. Estos elementos en particular circunscriben el régimen terapéutico casi exclusivamente a la atención de ejes físicos y fisiopatológicos abordados con el tratamiento habitual, y no posibilitando factiblemente el acceso a CP al individuo que se ubica en etapas deteriorantes, irreversibles, altamente sintomáticas y de largo desgaste frente a la enfermedad, que perpetúa la falsa dicotomía de los CP frente al tratamiento y el ensañamiento terapéutico para prolongar la vida^{34,35}.

La atención de individuos en centros hospitalarios y clínicos requieren la confluencia de diversos profesionales del equipo multidisciplinar en salud. Sin embargo, las diferentes filosofías asistenciales entre las principales especialidades que tratan a los pacientes con IC avanzada, la escasa comunicación interprofesional y la diversidad relacionada con la meta de cuidado que dirigen el abordaje del individuo, figuran como los principales obstáculos para la prestación de CP de manera óptima.²⁸

El equipo multidisciplinario considera que en múltiples escenarios no son capaces de reconocer las necesidades de CP en sus pacientes con IC avanzada, llegando incluso a considerar que recurrir a los CP tienen una



sensación de fracaso al tratamiento convencional instaurado. No obstante, es reconocible que estos cuidados especializados tienen un papel contributivo en el abordaje de individuos con la enfermedad.²⁸

En este sentido, la integración y formación del equipo multidisciplinar en la atención del individuo con IC avanzada no solo permite considerar los CP como elementos de intervención inicial, sino también establecer un objetivo en el cuidado que va más allá del afrontamiento a etapas agudas de la enfermedad o ingresos hospitalarios que obedecen exclusivamente al eje fisiopatológico. Los CP permiten considerar algunas otras intervenciones emocionales, conductuales, educativas, espirituales y de final de vida, a los que todo ser humano se encuentra expuesto, pero que los individuos que cursan con IC avanzada deben enfrentar de manera particular.²⁸

Cada vez más, enfermería genera conocimiento y aportes a las ciencias de la salud en fenómenos de estudio que demandan una filosofía de atención que acerque más la subjetividad de los individuos frente a enfermedades complejas como la IC avanzada¹⁸. Se evidencia esta premisa con el reporte de estudios clínicos en los que particularmente enfermeros con formación, liderazgo y competencias en los CP, combinaban habilidades propias de la disciplina y los principios de los CP, creando una proximidad particular, gracias al conocimiento de la enfermedad, de los individuos y del propio juicio experto, que le permitía crear canales de comunicación abiertos sobre la salud futura y la esperanza de vida³⁵; movilizándolo la valoración y la atención de enfermería más que la de otro profesional del equipo¹⁹.

Sin embargo, la innovación de la integración de CP para el CS en individuos con IC avanzada al equipo interdisciplinario en salud abre una nueva conversación con relación al profesional en enfermería especializado al interior de estos³⁴. Esto debido a que en los diferentes ECAs, incluidos en esta revisión, el enfermero se posiciona en categorías como *enfermero experto en CP* o *enfermero especialista en cardiología*, evidenciando que para grupos de enfermedades como las ECV y la IC, que demandan en su abordaje terapéutico la integración de CP, existe una heterogeneidad en la formación del profesional. Es por

esto que esta revisión evidencia la demanda en la creación de una formación posgradual que construya una figura en enfermería que responda a la experticia de integrar la atención de enfermedades altamente sintomáticas, desgastantes y crónicas, con los CP.

Las intervenciones y modelos de los diversos ensayos clínicos descritos, analizados y sintetizados en esta revisión permiten identificar la búsqueda de abordajes terapéuticos compuestos y robustos de componentes que obedecen a la cada vez más cercana visión compleja que caracteriza la atención de la salud de los seres humanos en enfermedades de complicado tratamiento³⁶. Esto sin dejar de lado las limitaciones metodológicas que presentaban como tamaños de muestra pequeños, falta de cegamiento de los participantes y el personal tratante³⁶; en algunos en particular, la escasez de detalles de la intervención y la financiación del acceso a la intervención³⁶.

La utilización y justificación de los CP, en aspectos como el control de síntomas en la IC, ha sido en gran medida una analogía de los beneficios reportados por estudios de CP en oncología^{26,27,37} y enfermedades altamente desgastantes. Sin embargo, la teoría de la efectividad de estos cuidados en el paciente con IC demuestra cada vez más en el tiempo un resultado medible y óptimo³⁴.

Es por lo anteriormente descrito, que se propone que las intervenciones de enfermería de CP para el CS en individuos con IC avanzada identificadas en esta revisión deberían considerarse iniciar desde la detección de signos y síntomas sugestivos de la IC, episodios agudos que dirijan a este cuadro clínico y fases de cronicidad altamente sintomáticas. Aunque el camino para establecer estos cuidados como una terapia prioritaria en etapas menos desgastes de la enfermedad clasificados de acuerdo a su nivel de tolerancia a la actividad física y la sintomatología característica, la evidencia científica reporta efectos prometedores en relación con el mejoramiento de la calidad de la vida, el alivio de síntomas y el final de la vida del individuo.

Una limitación del presente estudio es que no se hace un análisis cuantitativo de los artículos incluidos. Se sugieren abordajes de metaanálisis y técnicas cuantitativas para futuros estudios relacionados con el fenómeno



de estudio propuesto. Asimismo, se recomienda a la comunidad científica, la construcción y desarrollo de ECAs de intervenciones para el CS en individuos con IC avanzadas en CP, aplicados en los contextos latinoamericanos que puedan brindar una perspectiva y visión paralela a los resultados revisados en este trabajo.

- ▶ Se declara que no existen conflictos de intereses.
- ▶ El presente trabajo ha sido presentado en el XXIX Congreso Colombiano de Cardiología y Cirugía Cardiovascular de la Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular celebrado en mayo 2022 en Bucaramanga/Colombia.
- ▶ Asimismo, fue presentado en el 30º Congreso interamericano de cardiología de la Sociedad Interamericana de Cardiología (SIAC), celebrado en junio 2023 en la Ciudad de Panamá/Panamá.

Bibliografía

1. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *World health statistics 2023: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals*[Internet]. Geneva: World Health Organization; 2023. ISBN: 978-92-400-7432-3.
2. MARTÍNEZ M, TERESA M, LÓPEZ R, REXACH L. El anciano con cardiopatía terminal. 2009;62(4):409-21.
3. SOCIEDAD COLOMBIANA DE CARDIOLOGÍA Y CIRUGÍA CARDIOVASCULAR. *Actualización 2022 Del Consenso Colombiano De Insuficiencia Cardíaca Con Fracción De Eyección Reducida*. Rev. Col. Cardio. 2022;29(2): 1-14. ISSN: 0120-5633
4. JARAMILLO C, GÓMEZ E, HERNÁNDEZ E, SALDARRIAGA C, FLÓREZ N, BUITRAGO R ET AL. *Definición, etiología, clasificación y epidemiología*. Consenso Colombiano para el Diagnóstico y Tratamiento de la Insuficiencia Cardíaca Crónica. 2014. 7-9.
5. SOLÍS J, OLMEDA C, DE ARRIBA J, CORBÍ M. *Medicina paliativa en pacientes con insuficiencia cardíaca avanzada: Nuevas evidencias*. Rev Clin Esp. 2018: 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.rce.2018.09.003>
6. TWYXCROSS R. *Introducing Palliative Care*. 3rd. United Kingdom: TJ International Ltd; 2003.
7. MARTIN D. *Palliation of Dyspnea in Patients With Heart Failure*. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 2011; 30(3): 144-149. <https://doi.org/10.1097/dcc.0b013e31820d21ae>
8. FITCH M, FLIEDNER M, O'CONNOR M. *Nursing perspectives on palliative care 2015*. *Ann Palliat Med* 2015;4(3):150-155. <https://doi.org/10.3978/j.issn.2224-5820.2015.07.04>
9. YEPES J ET AL. *Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas*. *Rev Esp Cardiol*. 2021. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2021.06.016>
10. DESCRIPTORES EN CIENCIAS DE LA SALUD: DECS [Internet]. ed. 2017. Sao Paulo (SP): BIREME / OPS / OMS. 2017. <http://decs.bvsalud.org/E/homepagee.htm>
11. QUIRINO B, DA COSTA N, GENGO R. *Definiciones conceptuales y operacionales de los indicadores del resultado Control de síntomas para pacientes con insuficiencia cardíaca en cuidados paliativos*. *Enferm Clin*. 2020. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.01.001>
12. SANTOS C, PIMIENTA C, NOBRE M. *Estrategia pico para la construcción de la pregunta de investigación y la búsqueda de evidencias*. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2007;15(3). <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000300023>
13. MANTEROLA C, ZAVANDO D, GRUPO MINCIR. *Cómo interpretar los "Niveles de Evidencia" en los diferentes escenarios clínicos*. *Rev. Chil Cir*. 2009; 61(6): 582-595
14. CENTRO COCHRANE IBEROAMERICANO, TRADUCTORES. *Manual Cochrane de Revisiones Sistemáticas de Intervenciones*, versión 5.1.0 [actualizada en marzo de 2011] [Internet]. Barcelona: Centro Cochrane Iberoamericano; 2012. Disponible en: <http://www.cochrane.es/?q=es/node/269>
15. CABELLO, J.B. POR CASPE. *Plantilla para ayudarte a entender un Ensayo Clínico*. En: CASPe. *Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica*. Alicante: CASPe; 2005. Cuaderno I. p.5-8.
16. CABELLO, J.B. POR CASPE. *Plantilla para ayudarte a entender una Revisión Sistemática*. En: CASPe. *Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica*. Alicante: CASPe; 2005. Cuaderno I. p.13-1
17. SCIMAGO, (n.d.). SJR — *SCImago Journal and Country Rank* [Portal]. Retrieved Date you Retrieve, from <https://www.scimagojr.com>
18. KYRIAKOU M, MIDDLETON N, KTIISTI S, PHILIPPOU K, LAMBRINO E. *Supportive Care Interventions to Promote Health-Related Quality of Life in Patients Living with Heart Failure: A Systematic Review and Meta-Analysis*. *Heart, Lung and Circulation*. 2020: 1-15. <https://doi.org/10.1016/j.hcl.2020.04.019>
19. BRÄNNSTÖM M, BOMAN K. *Effects of person-centred and integrated chronic heart failure and palliative home care PREFER: A randomized controlled study*. *European Journal of Heart Failure*. 2014: 1-10. <https://doi.org/10.1002/ehfj.151>
20. ROGERS J, PATEL C, MENTZ R, GRANGER B, STEINHAUSER K, FLUZAT M ET AL. *Palliative Care in Heart Failure The PAL-HF Randomized, Controlled Clinical Trial*. *J. Am. Coll. Cardiol*. 2017; 70(3): 331-341. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jacc.2017.05.030>
21. HOPP F, ZALENSKI R, WASILEWSKY D, BURN J, CAMP J. *Result of a Hospital Based Palliative-Care Intervention for Patients with an Acute Exacerbation of Chronic Heart Failure*. *J. Card. Fail*. 2016. <https://doi.org/10.1016/j.cardfail.2016.04.004>
22. SIDEBOTTOM A, JORGENSON A, RICHARD H, KRIVEN J, SILLAH A. *Inpatient Palliative Care for Patients with Acute Heart Failure: Outcomes from a Randomized Trial*. *Journal of Palliative Medicine*. 2015; 18(2): 134-142. <https://doi.org/10.1089/jpm.2014.0192>



23. BEKELMAN D, ALLEN L, MCBRYDE C, HATTLER B, FAIRCLOUGH E, HAVRANEK E ET AL. *Effect of a Collaborative Care Intervention vs Usual Care in Health Status of Patients With Chronic Heart Failure The Casa Randomized Clinical Trial*. JAMA Internal Medicine. 2018; E1-E9. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2017.8667>
24. WONG F, MAN A, LEE P, LAM P, CHING J, YIM N ET AL. *Effect of a transitional palliative care model on patients with end-stage heart failure: a randomised controlled trial*. Heart. 2016; 102: 1100-1108. <https://doi.org/10.1136/heartjnl-2015-308638>
25. HOPP F, ZALENSKI R, WASILEWSKY D, BURN J, CAMP J. *Result of a Hospital Based Palliative-Care Intervention for Patients with an Acute Exacerbation of Chronic Heart Failure*. J. Card. Fail. 2016. <https://doi.org/10.1016/j.cardfail.2016.04.004>
26. KAVALIERATOS D, GELFMAN L, TYCON L, RIEGEL T, BEKELMAN D, IKEJIANI D ET AL. (2017). *Palliative Care in Heart Failure*. Journal of the American College of Cardiology. 2017; 70(15): 1919–1930. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2017.08.036>
27. KAVALIERATOS D, HARINSTEIN M, ROSE B, LOWERS J, HOYDICH Z, BEKELMAN D ET AL. *Primary palliative care for heart failure provided within ambulatory cardiology: A randomized pilot trial*. Heart & Lung. 2022; 56: 125-32. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2022.07.002>
28. LOW J, PATTENDEN J, CANDY B, BEATTIE J, JONES L. *Palliative Care in Advanced Heart Failure: An International Review of the Perspectives of Recipients and Health Professionals on Care Provision*. J. Card. Fail. 2011; 17(3): 231-252. <https://doi.org/10.1016/j.cardfail.2010.10.003>
29. PARPA E, GALANOPOULOU N, TSILIKA E, GALANOS A, MYSTAKIDOU K. *Psychometric Properties of the Patients' Satisfaction Instrument FAMCARE-P13 in a Palliative Care Unit*. Am J Hosp Palliat Care. 2016; 34(7): 597–602. <https://doi.org/10.1177/1049909116645511>
30. KRISTJANSON L. *Validity and reliability testing of the FAMCARE scale: Measuring family satisfaction with advanced cancer care*. Soc. Sci. Med. 1993; 36(5): 693–701. 10.1016/0277-9536(93)90066-d <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0147956322001637>
31. STROMBERG A, MARTENSSON J, FRIDLUND B, LEVIN L, KARLSSON J, DAHLSTROM U. *Nurse-led heart failure clinics improve survival and self-care behaviour in patients with heart failure*. Eur Heart J 2003;24:1014–23.
32. O'CONNOR C, JIANG W, KUCHIBHATLA M, SILVA S, CUFFE M, CALLWOOD D. *Safety and Efficacy of Sertraline for Depression in Patients Heart Failure*. J Am Coll Cardiol. 2010; 56(9): 692-699. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2010.03.068>
33. GOTTLIEB S, KOP W, THOMAS S, KATZEN S, VESELY M, GREENBERG N ET AL. *A double-blind placebo-controlled pilot study of controlled-release paroxetine on depression and quality of life in chronic heart failure*. Am. J. Geriatr. 2007; 153(5): 868-873. <https://doi.org/10.1016/j.ahj.2007.02.024>
34. ADLER E, GOLDFINGER J, KALMAN J, PARK M, MEIER D. *Palliative care in the treatment of advanced heart failure*. Circulation. 2009;120(25):2597-2606.
35. WISKAR K, CELI L, MCDERMID R, WALLEY K, RUSSELL J, BOYD J ET AL. *Patterns of Palliative Care Referral in Patients Admitted With Heart Failure Requiring Mechanical Ventilation*. Am J Hosp Palliat Med. 2018;35(4):620–6
36. BUCK H, STROMBERG A, CHUNG M, DONOVAN K, HARKNESS K, HOWARD A ET AL. *A Systematic Review of Heart Failure Dyadic Self-care Interventions Focusing on Intervention Components, Context, and Outcomes*. Int. J. Nurs. Stud. 2018: 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.10.007>
37. O'DONNELL A, SCHAEFER K, STEVENSON L, DEVOE K, WALSH K, MEHRA M, DESAI A. *Social Worker-Aided Palliative Care Intervention in High-risk Patients With Heart Failure (SWAP-HF) A Pilot Randomized Clinical Trial*. JAMA Cardiology. 2018; 3(6): E1-E4. <https://doi.org/10.1001/jamacardio.2018.0589>

