

Beneficios de los cuidados paliativos en adultos con insuficiencia cardiaca: revisión exploratoria de la literatura

Benefits of palliative care in adults with heart failure: an exploratory literature review

SIMÓN A. GIRALDO-OLIVEROS*, AURA HERRERA, ISABELLA GUERRERO Y WILLIAM MEJÍA

Grupo de Investigación en Salud Pública (GISAP), Sede Cali Colombia, Semillero innova, Fundación Universitaria San Martín, Bogotá, Colombia

RESUMEN

Introducción: La insuficiencia cardiaca (IC) es una enfermedad crónica con alta morbilidad y mortalidad, que impacta significativamente la calidad de vida de los pacientes. A pesar de los avances en su manejo, la integración de los cuidados paliativos (CP) sigue siendo limitada. **Métodos:** Se realizó una búsqueda en cinco bases de datos: PubMed, LILACS, Google Académico, ScienceDirect y Scopus, utilizando los descriptores “Heart Failure”, “Palliative Care” y “Life Quality”. Se incluyeron ensayos clínicos aleatorizados publicados entre 2017 y 2022, evaluados mediante la lista de chequeo CONSORT. Se siguió la metodología PRISMA para el proceso de selección y análisis de los estudios. **Resultados:** Se seleccionaron cinco ensayos clínicos que evaluaban el impacto de los CP en la calidad de vida de pacientes con IC. Las intervenciones analizadas incluyeron estrategias interdisciplinarias, atención psicoeducativa y soporte en la toma de decisiones. Los resultados evidenciaron mejoras significativas en la calidad de vida física, psicosocial y espiritual, con reducción de ansiedad y depresión. Además, se destacó el fortalecimiento en la comunicación médico-paciente y la toma de decisiones informadas. **Conclusiones:** Los cuidados paliativos en pacientes con insuficiencia cardiaca muestran beneficios cuantificables en la calidad de vida, el bienestar emocional y la comunicación en la atención médica. No obstante, la baja representación de mujeres en los estudios y la falta de integración multidisciplinaria limitan la generalización de los hallazgos.

Palabras clave: Insuficiencia cardiaca. Cuidados paliativos. Calidad de vida. Ensayos clínicos. Revisión de literatura.

ABSTRACT

Introduction: Heart failure (HF) is a chronic disease with high morbidity and mortality, significantly impacting patients' quality of life. Despite advances in its management, the integration of palliative care (PC) remains limited. **Methods:** A search was conducted in five databases: PubMed, LILACS, Google Scholar, ScienceDirect, and Scopus, using the descriptors “Heart Failure,” “Palliative Care,” and “Life Quality.” Randomized clinical trials published between 2017 and 2022 were included and evaluated using the CONSORT checklist. The PRISMA methodology was followed for study selection and analysis. **Results:** Five clinical trials assessing the impact of PC on the quality of life of HF patients were selected. The analyzed interventions included interdisciplinary strategies, psychoeducational care, and decision-making support. The results showed significant improvements in physical, psychosocial, and spiritual quality of life, with reductions in anxiety and depression. Additionally, enhanced physician-patient communication and informed decision-making were highlighted. **Conclusions:** Palliative care in heart failure patients demonstrates measurable benefits in quality of life, emotional well-being, and communication in medical care. However, the low representation of women in studies and the lack of multidisciplinary integration limit the generalization of the findings.

Keywords: Heart failure. Palliative care. Quality of life. Clinical trials. Literature review.

*Correspondencia:

Simón A. Giraldo-Oliveros

E-mail: simon.giraldo@sanmartin.edu.co

Recibido: 17-03-2025

Aceptado: 24-03-2025

DOI: 10.24875/DOL.M25000006

Disponible en internet: 12-05-2025

DOLOR. 2025;40(1):4-13

www.dolor.es

INTRODUCCIÓN

La insuficiencia cardíaca (IC) es un síndrome complejo de disfunción ventricular que genera síntomas como disnea y fatiga cuando afecta la cavidad ventricular izquierda. Por otro lado, la disfunción ventricular derecha provoca la acumulación de líquidos en los tejidos periféricos y el abdomen^{1,2}. Desde una perspectiva hemodinámica, es un trastorno del corazón que le impide bombear sangre al cuerpo a un ritmo acorde con sus necesidades³.

Esta patología tiene una alta prevalencia, incidencia y un elevado costo tanto social como financiero. La Asociación Americana del Corazón (AHA) proyecta en Estados Unidos, que, para el año 2030, habrá más de 8 millones de casos, con un costo anual superior a 68,9 mil millones de dólares americanos (USD). Actualmente, afecta a más de 64 millones de personas en el mundo⁴⁻⁷. Según proyecciones de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), para el año 2030 la prevalencia de pacientes con insuficiencia cardíaca aumentará al 18,6% y para el año 2050, alcanzará el 27,4%⁸.

Los avances en farmacoterapia, dispositivos y enfoques de gestión estructurados para la insuficiencia cardíaca han logrado mejoras significativas en la supervivencia. Sin embargo, esta enfermedad sigue siendo progresiva, altamente sintomática y con una elevada tasa de reingreso hospitalario. A medida que avanza, afecta significativamente la calidad de vida del paciente, generando dependencia del cuidado e imponiendo grandes demandas a los cuidadores. Por ello, estos pacientes son candidatos potenciales para la implementación de los cuidados paliativos (CP) como tratamiento complementario. Los CP están enfocados en mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias, abordando los problemas asociados con enfermedades potencialmente mortales a través de la prevención y el alivio del sufrimiento⁹.

En América Latina, existe un déficit tanto en la oferta académica como en el talento humano especializado y básico en cuidados paliativos. Sin embargo, en la última década se ha observado un crecimiento en el número de equipos dedicados a esta área. La mayoría de ellos operan exclusivamente en el ámbito hospitalario (44,8%), mientras que un tercio (30,3%) corresponde a equipos mixtos y el 24,6% funciona exclusivamente en el primer nivel de atención^{8,10}.

Los pacientes con insuficiencia cardíaca requieren cuidados paliativos con un enfoque multidisciplinario, orientado al control de síntomas físicos y psico-

sociales, con el objetivo de mejorar la calidad de vida tanto de ellos como de sus familias¹¹. Si bien existen estudios que respaldan la implementación de los cuidados paliativos, estos siguen siendo infrautilizados, ya que suelen aplicarse solo en etapas avanzadas de la enfermedad o en el ámbito hospitalario. Rara vez se utilizan de manera proactiva en pacientes ambulatorios o en fases tempranas e intermedias de la insuficiencia cardíaca¹².

La presente investigación tiene como objetivo resumir la evidencia científica sobre los beneficios de los cuidados paliativos en pacientes con insuficiencia cardíaca. Esta información será útil para la toma de decisiones respecto al momento oportuno para iniciar un abordaje y tratamiento óptimos, permitiendo así brindar un cuidado más humanizado a lo largo de la enfermedad. Además, contribuirá a preservar la integridad y dignidad del paciente y su familia, proporcionando una síntesis actualizada de la literatura disponible sobre el tema.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una revisión exploratoria de la literatura sobre los beneficios de los cuidados paliativos en pacientes con insuficiencia cardíaca. Entre los criterios de inclusión se destacan: artículos publicados en revistas indexadas y clasificadas en el portal oficial Scimago, estudios con diseños experimentales en adultos mayores de 18 años y publicaciones comprendidas entre el 1 de enero de 2017 y el 31 de diciembre de 2022. Por otro lado, los criterios de exclusión incluyen: artículos tipo preprints o working papers sin revisión por pares, estudios con falencias metodológicas significativas que incumplan al menos cinco ítems de la lista de verificación CONSORT, así como artículos que no permitan la posibilidad de desagregar las intervenciones en CP y sus beneficios.

Las fuentes de información incluyeron cinco bases de datos y motores de búsqueda: PubMed, LILACS, Google Académico, ScienceDirect y Scopus. Los encabezados médicos o descriptores de salud utilizados fueron insuficiencia cardíaca, cuidados paliativos y calidad de vida (*heart failure, palliative care, and life quality*).

La estrategia de búsqueda fue:

("heart failure"[MeSH Terms] OR ("heart"[All Fields] AND "failure"[All Fields]) OR "heart failure"[All Fields]) AND ("palliative care"[MeSH Terms] OR

("palliative"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "palliative care"[All Fields]) AND ("quality of life"[MeSH Terms] OR ("quality"[All Fields] AND "life"[All Fields]) OR "quality of life"[All Fields] OR ("life"[All Fields] AND "quality"[All Fields]) OR "life quality"[All Fields])

Del total de estudios encontrados mediante la estrategia de búsqueda, los datos fueron exportados a una hoja de cálculo en Microsoft Excel 2016®. Se realizó la depuración y eliminación de duplicados mediante el DOI y, posteriormente, una revisión manual de los títulos.

Con los artículos únicos, se inició la etapa de tamizaje, llevada a cabo de manera ciega e independiente por tres investigadores (ACHO, JILG y WAMM). Cada uno realizó la lectura del título y el resumen de los artículos identificados en la búsqueda inicial, clasificándolos como aceptados, descartados o en duda, según los criterios de selección establecidos. Los artículos descartados debían incluir una breve descripción del motivo de su omisión.

En la etapa de selección, se trabajó con los artículos preseleccionados. Los tres investigadores (ACHO, JILG y WAMM) leyeron los textos completos de manera independiente y aplicaron la lista de verificación para estudios experimentales CONSORT, con el fin de realizar la selección final del cuerpo de evidencia. Sin embargo, no se logró una coincidencia exacta en los artículos seleccionados por los tres investigadores, por lo que se requirió la intervención de un cuarto investigador (SAGO), quien moderó la selección con base en el proceso argumentativo de cada parte, permitiendo así la consolidación del cuerpo de evidencia final.

La etapa de extracción se llevó a cabo utilizando la estructura de tablas sugerida por el manual de revisiones sistemáticas de intervenciones de la Colaboración Cochrane¹³. Se relacionaron variables objeto de estudio, tales como: autor del artículo, universidad u hospital de afiliación, país de residencia de los pacientes, año de publicación, revista, diseño de investigación, número de participantes, edad promedio, distribución porcentual por sexo, tipo de intervención en cuidados paliativos, duración de la intervención e impacto de la intervención en la calidad de vida, la ansiedad y la depresión.

El proceso de búsqueda, tamizaje y selección del cuerpo de evidencia se describió utilizando el flujograma recomendado por la metodología *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA)¹⁴. Se realizó una síntesis cualitativa sobre

los beneficios de los cuidados paliativos en pacientes con insuficiencia cardíaca, mediante una narrativa acompañada de tablas que resumen las principales características de los estudios como la población estudiada, el tipo de intervención y los principales resultados obtenidos en las investigaciones que conformaron el cuerpo de evidencia. El Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Fundación Universitaria San Martín, sede Cali, Colombia, dio el aval Ético clasificando la investigación como de riesgo mínimo.

RESULTADOS

La estrategia de búsqueda en las cinco bases de datos identificó 1.068 estudios, de los cuales se excluyeron 442 por duplicidad, quedando 626 artículos. Posteriormente, tras la lectura del título y resumen, se descartaron 590 estudios debido, principalmente, a diseños metodológicos, población e intervenciones no concordantes con los criterios de inclusión.

Como resultado, 36 artículos avanzaron al proceso de selección, donde se descartaron 31 por falencias metodológicas, específicamente por el incumplimiento de más de cuatro ítems de la lista de verificación CONSORT. Finalmente, el cuerpo de evidencia quedó conformado por cinco artículos (Fig. 1).

El cuerpo de evidencia seleccionado proviene únicamente de dos países, con una mayor producción científica en Estados Unidos de América (80%) y el resto en la República Popular China (20%). Ningún autor participó en más de un estudio. El rango temporal de publicación abarcó desde 2017 hasta 2022.

Las cuatro revistas en las que se difundió el cuerpo de evidencia son norteamericanas y están clasificadas en el cuartil 1 (Q1), lo que indica que son de alto impacto (Tabla 1).

1. Journal of the American College of Cardiology: líder en el campo de la enfermedad cardiovascular, enfocada en terapia con medicamentos, nuevas técnicas de diagnóstico, descubrimientos de laboratorio y estudios multicéntricos de nuevos tratamientos. Tiene un índice H de 451 y se publica desde 1983.
2. Journal of Pain and Symptom Management: especializada en investigaciones clínicas y mejores prácticas para reducir la carga de la enfermedad en pacientes en estado crítico. Ha sido una firme defensora de la investigación cuantitativa y cualitativa

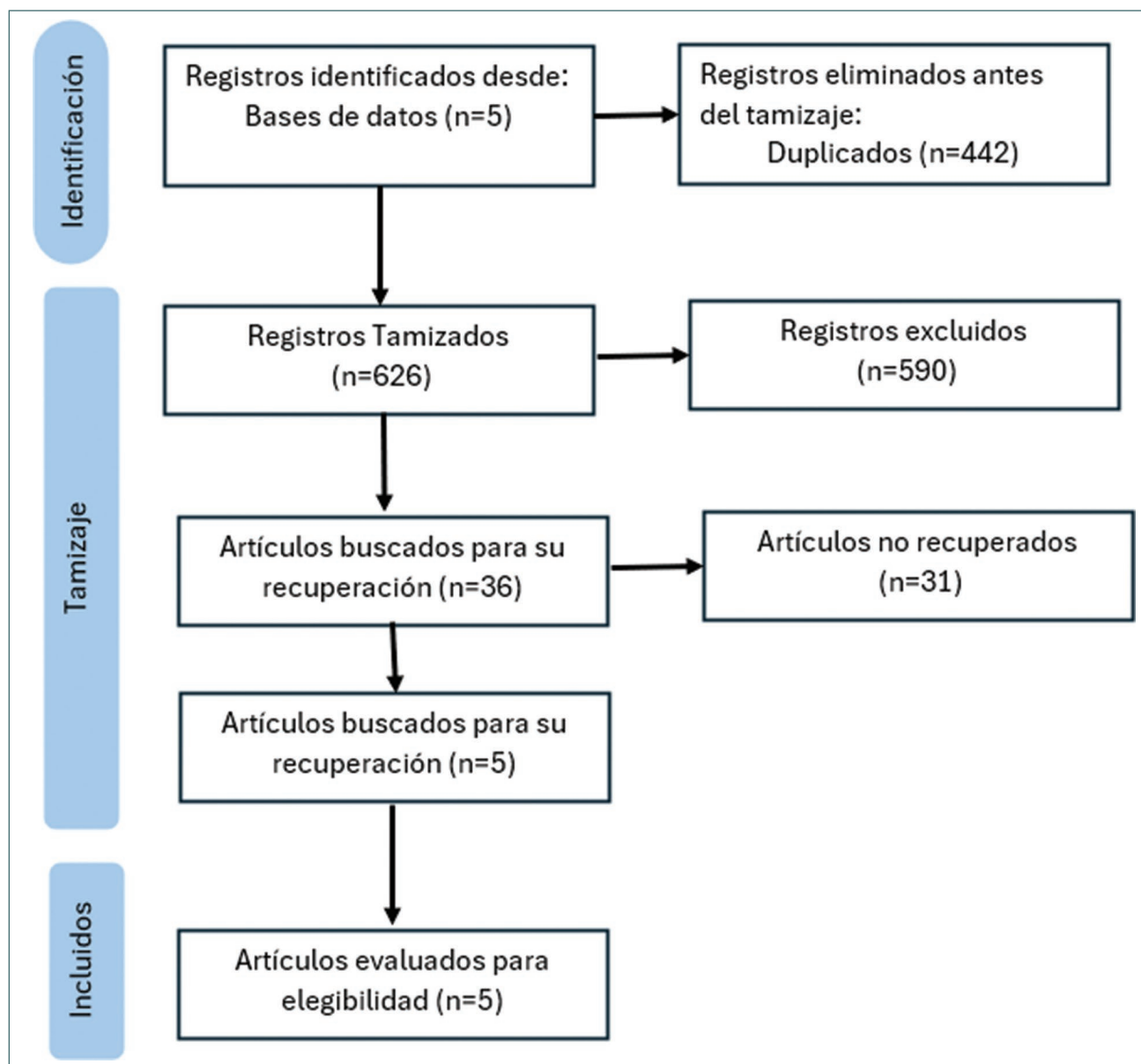


Figura 1. Flujograma PRISMA para la selección del cuerpo de la evidencia. Fuente: *elaboración propia con base en la metodología PRISMA y datos obtenidos de PubMed, LILACS, Google Académico, ScienceDirect y Scopus.*

en cuidados paliativos. Tiene un índice H de 147 y se publica desde 1986.

3. JAMA Internal Medicine: fue la única revista que registró dos estudios. Publica investigaciones innovadoras y clínicamente relevantes para internistas generales y subespecialidades de medicina interna. Sus artículos han influido en decisiones de la FDA y audiencias en el Congreso sobre seguridad del paciente. Tiene un índice H de 358 y se publica desde 2013.

4. Heart and Lung: Journal of Acute and Critical Care: publica artículos sobre técnicas, avances, investigaciones y observaciones en el cuidado de pacientes con enfermedades agudas y críticas, especialmente trastornos cardíacos o pulmonares crónicos. Se publica desde 1973 y tiene un índice H de 73.

El número de participantes varió entre 30 y 415, siendo el estudio de Dio Kavalieratos et al.¹⁹ el de menor tamaño muestral, mientras que el de Marie

Tabla 1. Características de la publicación de los artículos

N.º	Autor	País	Universidad	Clínica	Año de publicación	Revista de publicación
1	Joseph G. Rogers MD ¹⁵	EE. UU.	Duke University School of Medicine	<i>Duke Clinical, research institute</i>	2017	Journal of the American College of Cardiology
2	Alina Yee Man ¹⁶	CHINA	The Hong Kong Polytechnic University	<i>Grantham Hospital, Heaven of hope Hospital, United Christian Hospital</i>	2018	Journal of Pain and Symptom Management
3	David Bekelman ¹⁷	EE. UU.	University of Colorado School of Medicine	<i>Department of Veterans Affairs, Eastern Colorado Health Care System, Denver</i>	2018	JAMA Internal Medicine
4	Marie A. Bakitas ¹⁸	EE. UU.	Universidad de Alabama Birmingham	<i>Veterans Affairs Medical Center</i>	2020	JAMA internal medicine
5	Dio Kavalieratos ¹⁹	EE. UU.	Universidad de Emory	No registra	2022	Heart and Lung: Journal of Acute and Critical Care

Fuente: elaboración propia con base en los estudios seleccionados en la revisión exploratoria.

Bakitas et al.¹⁸ contó con la mayor población. Como era de esperar debido a la patología en estudio, el promedio de edad fue superior a los 63 años.

A pesar de que la insuficiencia cardíaca es más prevalente en hombres, una de las cinco investigaciones registró un mayor porcentaje de mujeres. La población intervenida con la estrategia de cuidados paliativos estuvo en torno al 50%, es decir, con una asignación 1:1 de la intervención. No obstante, Dio Kavalieratos et al.¹⁹ aplicó la intervención a aproximadamente dos terceras partes de su población estudiada (Tabla 2).

El ensayo clínico de Joseph G. Rogers, MD¹⁵, aplicó la intervención PAL-HF, enfocada en la administración de cuidados paliativos interdisciplinarios, comparándolos con los cuidados habituales para la insuficiencia cardíaca. Este estudio se basó principalmente en pacientes con insuficiencia cardíaca avanzada, alto riesgo de mortalidad y una esperanza de vida estimada de seis meses. Para evaluar la calidad de vida relacionada con la insuficiencia cardíaca, se utilizó la escala *Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire* (KCCQ), mientras que la calidad de vida relacionada con los cuidados paliativos se midió mediante *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Palliative Care* (FACIT-Pal).

El segundo estudio, realizado por Alina Yee Man¹⁶, examinó el efecto de un programa de insuficiencia

cardíaca paliativa denominado HPHF, basado en las cuatro características de la atención transicional: integralidad, colaboración, coordinación y continuidad. Sus componentes clave incluyeron la evaluación y el manejo de síntomas físicos y psicológicos, el apoyo social, así como los aspectos espirituales y existenciales del cuidado. También abordó el establecimiento de objetivos de atención, la discusión sobre preferencias de tratamiento y cuestiones relacionadas con el final de la vida, en función de las creencias y valores de los pacientes y sus familias. La intervención tuvo una duración de 12 semanas. La calidad de vida relacionada con la insuficiencia cardíaca se evaluó con la escala *The Chronic Heart Failure Questionnaire-Chinese* (CHQ-C), la calidad de vida relacionada con los cuidados paliativos con el *McGill Quality of Life Questionnaire-Hong Kong*, y la ansiedad y depresión con la *Edmonton Symptom Assessment Scale* (ESAS).

El tercer estudio, realizado por David Bekelman¹⁷, implementó la estrategia *Collaborative Care to Alleviate Symptoms and Adjust to Illness* (CASA), la cual incluyó atención colaborativa de síntomas por parte de una enfermera y atención psicosocial a cargo de un trabajador social. Ambos profesionales trabajaron junto con médicos de atención primaria y fueron supervisados por un cardiólogo y un especialista en cuidados paliativos. La calidad de vida relacionada con la insuficiencia cardíaca se midió con KCCQ, la ansiedad con GAD-7 y la depresión con PHQ-9.

Tabla 2. Características del diseño de los estudios

N.º	Autor	Tipo de estudio	N.º de participantes	Promedio de edad	% de hombres	% intervenido CP
1	Joseph G. Rogers MD ¹⁵	Ensayo controlado aleatorio, prospectivo, en un solo centro de atención	150	70,9	53,0	75 (50%)
2	Alina Yee Man ¹⁶	Ensayo controlado aleatorio	84	78,4	51,1	43 (51,2%)
3	David Bekelman ¹⁷	Ensayo clínico aleatorizado doble ciego multicéntrico	314	65,5	78,7	157 (50,0%)
4	Marie A. Bakitas ¹⁸	<i>Single-blind randomized clinical trial</i>	415	63,8	53,3	208 (50,1%)
5	Dio Kavalieratos ¹⁹	<i>Randomized pilot clinical trial design</i>	30	73	40,0	20 (66,7%)

Fuente: elaboración propia con base en los estudios seleccionados en la revisión exploratoria.

El cuarto ensayo, liderado por Marie A. Bakitas¹⁸, desarrolló la intervención ENABLE CHF-PC, un programa psicoeducativo dirigido por enfermeras mediante llamadas telefónicas, orientado a pacientes con insuficiencia cardíaca avanzada que aún se encuentran a meses o años del final de su vida. Esta estrategia se centró en enseñar a pacientes y cuidadores habilidades como la resolución de problemas, el manejo de síntomas, el autocuidado, la comunicación, la toma de decisiones sobre tratamientos y planificación anticipada del cuidado. La intervención tuvo una duración de 48 semanas y evaluó la calidad de vida relacionada con la insuficiencia cardíaca con KCCQ, la calidad de vida relacionada con los cuidados paliativos con FACIT-Pal, y la ansiedad y depresión con la escala HADS.

El quinto estudio realizado por Dio Kavalieratos¹⁹ aplicó la intervención PENPal-HF, que consistió en brindar capacitación y apoyo a los administradores de atención de enfermería en clínicas de cardiología para mejorar sus habilidades en la identificación y manejo de necesidades paliativas, incluyendo el control de síntomas, el afrontamiento de enfermedades graves y la planificación anticipada de la atención. Esta intervención tuvo una duración de 56 semanas y evaluó la calidad de vida relacionada con la insuficiencia cardíaca con KCCQ, la calidad de vida relacionada con los cuidados paliativos con FACIT-Pal, y la ansiedad y depresión con la escala PROMIS (Tabla 3).

La calidad de vida relacionada con la insuficiencia cardíaca registro aumentos en todos los pacientes intervenidos frente a los controles, sin embargo solo

en el estudio Joseph G. Rogers MD¹⁵ se registraron diferencias significativas; de igual forma la calidad de vida relacionada con los cuidados paliativos registro incrementos en los cuatro estudios encontrando diferencias significativas en los estudios de Joseph G. Rogers MD¹⁵ y el de Alina Yee Man¹⁶; la ansiedad y la depresión reportó una disminución en los cuatro estudios encontrando solo diferencias significativas en la depresión en el estudio Joseph G. Rogers MD¹⁵ (Tabla 3).

DISCUSIÓN

El promedio de edad de los pacientes en estudio estuvo en su mayoría por encima de los 63 años, lo que es coherente con la historia natural de la enfermedad. Se ha registrado una relación positiva entre la insuficiencia cardíaca y la edad, atribuida al deterioro fisiológico progresivo del sistema cardiovascular, que conlleva daños estructurales en las fibras miocárdicas^{20,21}.

Solo el estudio de Dio Kavalieratos¹⁹ reportó una mayor frecuencia relativa de mujeres, mientras que en el resto predominó la participación masculina. No obstante, en tres de los cinco estudios, la proporción de hombres osciló entre el 51,1% y el 53,0%, lo que sugiere una distribución cercana al equilibrio entre sexos. En contraste, el estudio de David Bekelman¹⁷ reportó una razón de 2 hombres por cada mujer. Investigaciones previas sugieren una mayor carga de insuficiencia cardíaca en hombres, lo que se atribuye

Tabla 3. Resultados de la investigación

N°	Intervención	Semanas	Diferencia intervenidos versus. grupo control (escala)-(diferencia post-cuidados paliativos)-(p)			
			Calidad de vida Insuficiencia cardiaca	Calidad de vida Cuidados paliativos	Ansiedad	Depresión
1. Joseph G. Rogers MD ¹⁵	PAL-HF	24	(KCCQ) (9,14) (p = 0,037)	(FACIT-Pal) (11,1) (p = 0,0462)	(HADS) (-1,7) (p = 0,063)	(HADS) (-1,94) (p = 0,021)
2. Alina Yee Man ¹⁶	HPHF	12	(CHQ-C) (0,1) (p = 0,585)	(MQOL-HK) (0,88) (p = 0,016)	(ESAS) (1) (p = 0,306)	(ESAS) (-3) (p = 0,646)
David Bekelman ¹⁷	CASA	24	(KCCQ) (2,60) (p = 0,19)	No registra	(GAD-7) (-0,28) (p = 0,001)	(PHQ-9) (-0,29) (p = 0,02)
3. Marie A. Bakitas ¹⁸	ENABLE CHF-PC	48	(KCCQ) (1,6) (p = 0,37)	(FACIT-Pal-14) (1,2) (p = 0,12)	(HADS) (-0,1) (p = 0,83)	(HADS) (-0,4) (p = 0,24)
4. Dio Kavalieratos ¹⁹	PENPal-HF	56	KCCQ (0,1) (no registra)	(FACIT-Pal) (4) (no registra)	(PROMIS) (-0,3) (no registra)	(PROMIS) (-0,3) (no registra)

Fuente: elaboración propia con base en los estudios seleccionados en la revisión exploratoria.

a una mayor exposición a factores de riesgo como la hipertensión, el tabaquismo y la dislipidemia, además de una menor tendencia a buscar atención médica de manera temprana^{22,23}. No obstante, estudios especializados sugieren que el riesgo general de insuficiencia cardíaca es similar entre ambos sexos, aunque los hombres presentan mayor predisposición a la fracción de eyección reducida, mientras que las mujeres son más propensas a la fracción de eyección preservada. La baja participación femenina en los ensayos clínicos ha generado un subregistro sistemático, con una representación de solo el 20-25% de los participantes, lo que limita la aplicabilidad de las guías de tratamiento en mujeres²⁴.

Según la búsqueda bibliográfica realizada, esta revisión exploratoria de ensayos clínicos aleatorizados sobre los beneficios cuantitativos de los cuidados paliativos en pacientes con insuficiencia cardíaca es una de las primeras en abordar esta temática. Se basa en estudios publicados en revistas de alto impacto (Q1), con un índice H entre 70 y 451, lo que respalda su fiabilidad tanto para los lectores como para futuras investigaciones.

Los estudios sobre los beneficios cuantitativos de los cuidados paliativos en la calidad de vida de pacien-

tes con insuficiencia cardíaca son limitados. La mayoría se ha centrado en tratamientos convencionales, sin integrar un enfoque multidisciplinario intra y extrahospitalario que garantice un manejo humanizado y un acompañamiento continuo tanto para el paciente como para su familia. Por ello, esta revisión busca evidenciar los beneficios de implementar estos cuidados y su impacto en la calidad de vida, contribuyendo así a la práctica clínica del personal de salud^{8,25}.

Calidad de vida relacionada con la insuficiencia cardíaca

Los cinco estudios analizados reportaron mejoras en la calidad de vida de los pacientes que recibieron cuidados paliativos. No obstante, solo en el estudio de Joseph G. Rogers MD¹⁵ las mejorías observadas fueron estadísticamente significativas. Este ensayo, que empleó la escala KCCQ, fue uno de los primeros en documentar mejoras postintervención en la calidad de vida física y espiritual. Históricamente, estos resultados han sido subutilizados como medidas primarias en insuficiencia cardíaca, dado que se ha priorizado el análisis de tasas de mortalidad y hospitalización²⁶. Sin embargo, para los pacientes con

enfermedades avanzadas e incurables, el alivio del sufrimiento y la planificación del final de la vida son aspectos igualmente relevantes²⁷.

El estudio de David Bekelman¹⁷, aunque se registró una mejoría, esta no alcanzó las expectativas. Los autores atribuyen este resultado a la intensidad de la intervención, las bajas tasas de mortalidad y hospitalización en la cohorte, la limitada modificación de factores relacionados con la enfermedad y la baja potencia estadística debido al tamaño muestral. Por su parte el estudio de Marie A. Bakitas¹⁸, ocupó el tercer lugar en cuanto a mejoría en la calidad de vida, aunque sin alcanzar significancia estadística. Se sugiere que esto podría deberse a la alta proporción de pacientes en clase III de la NYHA, quienes presentaban una calidad de vida inicial relativamente buena, lo que generó un “efecto techo” que redujo el margen de mejora con la intervención.

Rogers et al.¹⁵ seis meses después de la intervención con cuidados paliativos, se observaron mejorías en la calidad de vida, destacándose avances en el bienestar físico, psicosocial (ansiedad/depresión) y espiritual, aspectos clave en la experiencia de pacientes con enfermedades graves. Resultados similares han sido reportados en estudios previos como el de Bakitas et al.²⁸. Asimismo, se han explorado experiencias sintomáticas desde la perspectiva de la insuficiencia cardíaca, identificando intervenciones dirigidas a mejorar la comunicación en el ámbito de los cuidados paliativos²⁹⁻³¹. Una brecha persistente en la literatura es la ausencia de ensayos controlados aleatorizados que respalden con evidencia robusta la efectividad de estas intervenciones en pacientes con insuficiencia cardíaca avanzada, aspecto que se aborda en la presente revisión.

Calidad de vida relacionada con los cuidados paliativos

Bakitas et al. encontró mejorías en la calidad de vida relacionada con los cuidados paliativos, sin embargo estas fueron inferiores a las esperadas, debido a un “efecto techo”, producido por la elevada calidad inicial de la escala FACIT Pal-14 > 33,⁷³². Kavalieratos et al.¹⁹ también encontró una mayor calidad de vida relacionada con los cuidados paliativos en la población intervenida, acompañada de una alta satisfacción con la intervención. Sin embargo, el estudio presenta limitaciones importantes, como una alta tasa de mortalidad y deserción, además de un bajo tamaño muestral.

Los hallazgos han respaldado los beneficios de los CP como intervención capaz de mejorar aspectos físi-

cos, emocionales, sociales y funcionales del paciente con IC, demostrando así un aumento de satisfacción del paciente debido a la reducción del uso de servicios de salud y un sentimiento de reducción de carga hacia el cuidador³³.

Beneficios de los cuidados paliativos

Los cuidados paliativos se convierten así en una herramienta para los cardiólogos en el manejo integral de pacientes con IC, complementando el tratamiento convencional, que puede carecer de humanización, multidisciplinariedad. Destacando que los CP no solo lograron impacto en la calidad de vida sino también en indicadores como reducción de reingreso hospitalario a 6 meses³⁴.

Entre los múltiples beneficios de la implementación de los cuidados paliativos, se identificó de manera transversal una mejoría en la comunicación entre el paciente y su médico tratante. Se destacó una mayor claridad, continuidad, proactividad, coordinación y satisfacción de ambas partes, lo cual es especialmente relevante considerando el impacto positivo que tienen las habilidades de comunicación avanzadas en cuidados paliativos sobre el bienestar del paciente y su familia³⁵⁻³⁷.

Las mejoras percibidas en la atención de calidad y en la toma de decisiones informadas son fundamentales tanto para los pacientes como para sus familias. Esto implica una orientación clara sobre el tratamiento, la planificación anticipada de la atención—incluyendo los testamentos de vida— y la evaluación continua de los objetivos de cuidado a medida que la enfermedad progresa. Las conversaciones deben centrarse en el propósito principal de los cuidados paliativos: mejorar el bienestar y la calidad de vida, asegurando que las decisiones médicas reflejen las necesidades y valores del paciente³⁸⁻⁴⁰.

Los cuidados paliativos confirmaron mejoras en el bienestar del paciente mediante el control del dolor y otros síntomas angustiantes de una enfermedad grave como la insuficiencia cardíaca, generando un impacto positivo en ámbitos sociales, espirituales, físicos y mentales de su enfermedad, su vida y la del cuidador. Estos cuidados se complementan perfectamente con los tratamientos convencionales llevados a cabo en cardiología⁴⁰⁻⁴².

Es importante señalar que, aunque los cinco ensayos fueron evaluados con escalas distintas, todos tuvieron como objetivo medir la función física, los síntomas, la función social y la calidad de vida. A pesar

de las diferencias en el tamaño muestral desde los 30 pacientes reclutados por Dio Kavalieratos hasta los 415 del estudio de Marie A. Bakitas, los resultados son comparables. En todos se evidenciaron beneficios medibles de los cuidados paliativos, destacando que las intervenciones se llevaron a cabo principalmente en el ámbito ambulatorio. Esto confirma que, pese a la carga física, psicosocial y espiritual que impone la enfermedad, la implementación de cuidados paliativos brinda apoyo significativo tanto a los pacientes como a sus familias.

Limitantes

Una de las principales limitantes de la presente investigación fue el alcance del diseño que fue solo exploratorio y no llegó a ser una revisión sistemática sobre los beneficios de los cuidados paliativos en pacientes con insuficiencia cardíaca, sin embargo, se siguió en la mayoría de los aspectos metodológicos el manual de revisiones sistemáticas para intervenciones de la colaboración Cochrane y la lista de chequeo PRISMA.

Se considera que se debió hacer una lectura crítica como CASPe del cuerpo de la evidencia seleccionado, sin embargo, este aspecto se intentó suplir con la lectura completa del artículo teniendo en cuenta la lista de chequeo CONSORT. Otra limitante corresponde a que no se analizó el diferencial de avance o cronicidad de la insuficiencia cardíaca, el cual es un factor relevante al evaluar los beneficios del cuidado paliativo, sin embargo, esta se abordó desde la síntesis cualitativa, aunque algunos estudios no permitieron establecer con claridad este aspecto.

El enorme volumen de escalas para medir la calidad de vida y otros beneficios relacionados con la calidad de vida en la salud de las intervenciones en cuidados paliativos en los pacientes con insuficiencia cardíaca no permite un estándar en la comparabilidad, encontrando que la escala que más se utiliza es el cuestionario de cardiomiopatía de Kansas City para medir la calidad de vida relacionada con la salud.

CONCLUSIONES

Esta revisión exploratoria de literatura evidenció que la integración de los cuidados paliativos como tratamiento complementario al convencional impacta positivamente en la calidad de vida de los pacientes

con insuficiencia cardíaca. Se identificó una mejora en los síntomas de la enfermedad, la salud mental y la interacción social de los pacientes, además de una reducción de la ansiedad y la depresión.

FINANCIAMIENTO

La presente investigación se realizó con recursos académicos bibliográficos de la Facultad de Medicina de la Fundación Universitaria San Martín sede Cali.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que el trabajo se siguió teniendo en consideración los principios éticos en investigación y que ninguno tiene conflicto de intereses con el cuerpo de la evidencia seleccionado o con la estimación de los beneficios de los cuidados paliativos.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad, consentimiento informado y aprobación ética. El estudio no involucra datos personales de pacientes ni requiere aprobación ética. No se aplican las guías SAGER.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial. Los autores declaran que no utilizaron ningún tipo de inteligencia artificial generativa para la redacción de este manuscrito.

BIBLIOGRAFÍA

1. Paulus WJ, Tschöpe C, Sanderson JE, Rusconi C, Flachskampf FA, Rademakers FE, et al. How to diagnose diastolic heart failure: a consensus statement on the diagnosis of heart failure with normal left ventricular ejection fraction by the Heart Failure and Echocardiography Associations of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J*. octubre de 2007;28(20):2539-50.
2. Kurmani S, Squire I. Acute Heart Failure: Definition, Classification and Epidemiology. *Curr Heart Fail Rep*. 2017 Oct;14(5):385-392. doi: 10.1007/s11897-017-0351-y. PMID: 28785969; PMCID: PMC5597697.
3. Wilson S, Colucci M, Barry A, Borlaug M. Heart failure: Clinical manifestations and diagnosis in adults - UpToDate [Internet]. 2022 [citado 27 de octubre de 2022]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/heart-failure-clinical-manifestations-and-diagnosis-in-adults?search=insuficiencia+cardíaca&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=3

4. Eduardo Mascote J, María Salcedo D, del Rocío Mascote M. Prevalencia de factores de riesgo para insuficiencia cardíaca y discusión de sus posibles interacciones fisiopatológicas. Eduardo Mascote J María Salcedo Rocío Mascote M Prevalencia Factores Riesgo Para Insuficiencia Cardíaca Discus Sus Posibles Interacciones Fisiopatológicas. 2018;1(2):7-14.
5. Heidenreich PA, Albert NM, Allen LA, Blumke DA, Butler J, Fonarow GC, et al. Forecasting the Impact of Heart Failure in the United States: A Policy Statement From the American Heart Association. *Circ Heart Fail*. mayo de 2013;6(3):606.
6. Lopera G, Castellanos A, de Marchena E. Nuevos fármacos en insuficiencia cardíaca. *Rev Esp Cardiol*. 2001;54(5):624-34.
7. Savarese G, Becher PM, Lund LH, Seferovic P, Rosano GMC, Coats AJ. Global burden of heart failure: a comprehensive and updated review of epidemiology. *Cardiovasc Res*. 18 de enero de 2023;118(17):3272-87.
8. Pastrana T, De Lima L, Wenk R, Eisenchlas J, Monti C, Rocaforat J, Centeno C (2012). *Atlas de Cuidados Paliativos de Latinoamérica ALCP*. 1ª edición. Houston: IAHPC Press.
9. Palliative care [Internet]. 2020 [citado 27 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
10. Sierra PB. Cuidados paliativos en Latinoamérica. *Rev Nutr Clínica Metab*. 2021;4(2):4-13.
11. McIlvennan CK A. Insuficiencia cardíaca: estrategia de cuidados paliativos - Artículos - IntraMed [Internet]. 2018 [citado 27 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.intramed.net/contenido/ver.asp?contenido=89000>
12. Heidenreich PA, Albert NM, Allen LA, Blumke DA, Butler J, Fonarow GC, et al. Forecasting the impact of heart failure in the united states a policy statement from the american heart association. *Circ Heart Fail*. mayo de 2013;6(3):606-19.
13. Higgins JPT, Thomas J, Chandler J, Cumpston M, Li T, Page MJ, et al., editores. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* [Internet]. 1ª ed. Wiley; 2019 [citado 10 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/book/10.1002/9781119536604>
14. Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Rev Esp Cardiol*. 1 de septiembre de 2021;74(9):790-9.
15. Rogers JG, Patel CB, Mentz RJ, Granger BB, Steinhauser KE, Fiuzat M, et al. Palliative Care in Heart Failure: The PAL-HF Randomized, Controlled Clinical Trial. *J Am Coll Cardiol*. 18 de julio de 2017;70(3):331-41.
16. Ng AYM, Wong FKY. Effects of a Home-Based Palliative Heart Failure Program on Quality of Life, Symptom Burden, Satisfaction and Caregiver Burden: A Randomized Controlled Trial. *J Pain Symptom Manage*. 1 de enero de 2018;55(1):1-11.
17. Bekelman DB, Allen LA, McBryde CF, Hattler B, Fairclough DL, Havranek EP, et al. Effect of a Collaborative Care Intervention vs Usual Care on Health Status of Patients With Chronic Heart Failure: The CASA Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med*. 1 de abril de 2018;178(4):511-9.
18. Bakitas MA, Dionne-Odom JN, Ejem DB, Wells R, Azuero A, Stockkill ML, et al. Effect of an Early Palliative Care Telehealth Intervention vs Usual Care on Patients With Heart Failure. *JAMA Intern Med*. septiembre de 2020;180(9):1203-13.
19. Kavalieratos D, Harinstein ME, Rose B, Lowers J, Hoydich ZP, Bekelman DB, et al. Primary palliative care for heart failure provided within ambulatory cardiology: A randomized pilot trial. *Heart Lung J Crit Care*. 2022;56:125-32.
20. Ciapponi A, Alcaraz A, Calderón M, Matta MG, Chaparro M, Soto N, et al. Carga de enfermedad de la insuficiencia cardíaca en América Latina: revisión sistemática y metanálisis. *Rev Esp Cardiol*. noviembre de 2016;69(11):1051-60.
21. Schwinger RHG. Pathophysiology of heart failure. *Cardiovasc Diagn Ther*. febrero de 2021;11(1):263-76.
22. Ambardekar AV, Thibodeau JT, DeVore AD, Kittleson MM, Forde-McLean RC, Palardy M, et al. Discordant Perceptions of Prognosis and Treatment Options Between Physicians and Patients With Advanced Heart Failure. *JACC Heart Fail*. septiembre de 2017;5(9):663-71.
23. McKee PA, Castelli WP, McNamara PM, Kannel WB. The Natural History of Congestive Heart Failure: The Framingham Study. *N Engl J Med*. 23 de diciembre de 1971;285(26):1441-6.
24. Lam CSP, Arnott C, Beale AL, Chandramouli C, Hilfiker-Kleiner D, Kaye DM, et al. Sex differences in heart failure. [citado 11 de marzo de 2025]; Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1093/eurheartj/ehz835>
25. Bekelman DB, Allen LA, McBryde CF, Hattler B, Fairclough DL, Havranek EP, et al. Effect of a Collaborative Care Intervention vs Usual Care on Health Status of Patients With Chronic Heart Failure: The CASA Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med*. 1 de abril de 2018;178(4):511-9.
26. Kelkar AA, Spertus J, Pang P, Pierson RF, Cody RJ, Pina IL, et al. Utility of Patient-Reported Outcome Instruments in Heart Failure. *JACC Heart Fail*. marzo de 2016;4(3):165-75.
27. Lum HD, Carey EP, Fairclough D, Plomondon ME, Hutt E, Rumsfeld JS, et al. Burdensome Physical and Depressive Symptoms Predict Heart Failure-Specific Health Status Over One Year. *J Pain Symptom Manage*. 26 de febrero de 2016;51(6):963.
28. Bakitas MA, Tosteson TD, Li Z, Lyons KD, Hull JG, Li Z, et al. Early Versus Delayed Initiation of Concurrent Palliative Oncology Care: Patient Outcomes in the ENABLE III Randomized Controlled Trial. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol*. 1 de mayo de 2015;33(13):1438-45.
29. Steinhauser KE, Alexander SC, Byock IR, George LK, Olsen MK, Tulsky JA. Do preparation and life completion discussions improve functioning and quality of life in seriously ill patients? Pilot randomized control trial. *J Palliat Med*. noviembre de 2008;11(9):1234-40.
30. Goodlin SJ, Hauptman PJ, Arnold R, Grady K, Herschberger RE, Kutner J, et al. Consensus statement: Palliative and supportive care in advanced heart failure. *J Card Fail*. junio de 2004;10(3):200-9.
31. Goldstein NE, Kalman J, Kutner JS, Fromme EK, Hutchinson MD, Lipman HI, et al. A Study to Improve Communication Between Clinicians and Patients With Advanced Heart Failure: Methods and Challenges Behind the Working to Improve Discussions About Defibrillator Management Trial. *J Pain Symptom Manage*. diciembre de 2014;48(6):1236-46.
32. Shinnall MC, Ely EW, Karlekar M, Robbins SG, Chandrasekhar R, Martin SF. Psychometric Properties of the FACIT-Pal 14 Administered in an Outpatient Palliative Care Clinic. *Am J Hosp Palliat Care*. octubre de 2018;35(10):1292-4.
33. Documento de consenso y recomendaciones sobre cuidados paliativos en insuficiencia cardíaca de las Secciones de Insuficiencia Cardíaca y Cardiología Geriátrica de la Sociedad Española d. *Rev Esp Cardiol*. 1 de enero de 2020;73(1):69-77.
34. O'Donnell AE, Schaefer KG, Stevenson LW, DeVoe K, Walsh K, Mehra MR, et al. Social Worker-Aided Palliative Care Intervention in High-risk Patients With Heart Failure (SWAP-HF): A Pilot Randomized Clinical Trial. *JAMA Cardiol*. 1 de junio de 2018;3(6):516-9.
35. Allen LA, Yager JE, Funk MJ, Levy WC, Tulsky JA, Bowers MT, et al. Discordance between patient-predicted and model-predicted life expectancy among ambulatory patients with heart failure. *JAMA*. 4 de junio de 2008;299(21):2533-42.
36. T J, Jm B, M R, Fh R, T M, P M, et al. Palliative care in heart failure: a position statement from the palliative care workshop of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. *Eur J Heart Fail* [Internet]. mayo de 2009 [citado 7 de noviembre de 2022];11(5). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19386813>
37. Vol. 8 Núm. 2. Abril 2024. Impacto de los cuidados paliativos en el paciente con insuficiencia cardíaca avanzada: Una revisión integrativa de la literatura. [Internet]. Sanum. [citado 12 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://revistacientificasanum.com/vol-8-num-2-abril-2024-impacto-de-los-cuidados-paliativos-en-el-paciente-con-insuficiencia-cardiaca-avanzada-una-revision-integrativa-de-la-literatura>
38. El-Jawahri A, Paasche-Orlow MK, Matlock D, Stevenson LW, Lewis EF, Stewart G, et al. Randomized, Controlled Trial of an Advance Care Planning Video Decision Support Tool for Patients With Advanced Heart Failure. *Circulation*. 5 de julio de 2016;134(1):52-60.
39. Alba AC, Agoritsas T, Jankowski M, Courvoisier D, Walter SD, Guyatt GH, et al. Risk prediction models for mortality in ambulatory patients with heart failure: a systematic review. *Circ Heart Fail*. 1 de septiembre de 2013;6(5):881-9.
40. Greener DT, Quill T, Amir O, Szydowski J, Gramling RE. Palliative care referral among patients hospitalized with advanced heart failure. *J Palliat Med*. octubre de 2014;17(10):1115-20.
41. Diop MS, Bowen GS, Jiang L, Wu WC, Cornell PY, Gozalo P, et al. Palliative Care Consultation Reduces Heart Failure Transitions: A Matched Analysis. *J Am Heart Assoc*. 2 de junio de 2020;9(11):e013989.
42. Ng AYM, Wong FKY. Effects of a Home-Based Palliative Heart Failure Program on Quality of Life, Symptom Burden, Satisfaction and Caregiver Burden: A Randomized Controlled Trial. *J Pain Symptom Manage*. enero de 2018;55(1):1-11.