

SÍNTOMAS DE FALLA CARDIACA DESDE UNA TEORÍA DE MEDIANO RANGO*

Diana Marcela Achury Saldaña**

Resumen

Los síntomas desagradables referidos por la mayoría de pacientes con falla cardiaca, a la luz de una teoría de enfermería, permiten comprender e interiorizar cómo el cuidado de enfermería se respalda en conocimientos científicos propios. El análisis consensual de los síntomas que acompañan la falla cardiaca es parte integral del cuidado y del sujeto de cuidado, esto si se tienen en cuenta las relaciones entre los síntomas, las situaciones para establecer las verdaderas necesidades de cuidado y las prioridades del paciente. Al conocer los factores que influyen y las consecuencias del síntoma, se identifica la importancia de nuestra labor en la valoración integral de los síntomas, y el cuidado de enfermería toma aquí validez desde el punto de vista científico, teórico, y asistencial, ya que interpreta la experiencia del síntoma como una vivencia propia, única y real de la persona. De igual forma, permite evaluar la efectividad del plan de cuidados para evitar numerosas experiencias negativas para el paciente, estableciendo intervenciones efectivas capaces de modificar y prevenir la aparición o exarcebación en la complejidad del síntoma.

PALABRAS CLAVE: *falla cardiaca, síntomas desagradables, teoría.*

* Naturaleza del artículo: ensayo. Recibido para evaluación: 23 de octubre de 2006. Aceptado para publicación: 20 de noviembre de 2006.

** Enfermera. Magíster en Enfermería con énfasis en el Cuidado de la Salud Cardiovascular. Docente de la Facultad de Enfermería, Pontificia Universidad Javeriana. Correo electrónico: dachury@javeriana.edu.co

Abstract

The unpleasant symptoms most of patients with cardiac failure refer to, viewed under the light of a Nursing Theory let us understand and be conscious about how the nursing care is supported in its own scientific knowledge. The joint analysis of the symptoms related to cardiac failure is composed by the care and the subject of care, taking into account the interrelation among symptoms, the events to establish the real care needs and the patient priorities. When you know the factors that influence on cardiac failure and the consequences of the symptom you can identify the importance of our work in the comprehensive medical test of the symptoms and therefore from the scientific, theoretical and welfare points of view, the nursing gets here the validity it has because it interprets the experience of the symptom as a unique, real and single experience of a subject; in the same way, it lets you asses the effectiveness of care planning avoiding most negative experiences for the patient, setting effective interventions to modify and prevent the appearance or increase in the complexity of the symptom.

KEY WORDS: *Cardiac failure, unpleasant symptoms, theory.*

Introducción

La teoría de la enfermería se define como el comunicar una conceptualización de algún aspecto de la realidad de la enfermería, con el propósito de describir un fenómeno, explicar las relaciones entre fenómenos, predecir las consecuencias o prescribir el cuidado de enfermería (1).

Las teorías se clasifican, de acuerdo con sus características de aplicación, en grandes teorías o macroteorías, teorías de mediano rango o rango medio y microteorías. Las primeras son aquellas que cubren áreas amplias de preocupación dentro de una disciplina. Son construcciones metódicas sobre la naturaleza de la enfermería, su misión y sus metas con respecto al cuidado.

Las teorías de rango medio se derivan de trabajos de otras disciplinas relacionadas con la enfermería, proponen resultados menos abstractos y más específicos en la práctica que las grandes teorías y delimitan el campo de la práctica profesional, la acción o intervención de la enfermera y el resultado propuesto.

Las microteorías corresponden al sustento teórico de áreas específicas de la práctica de la enfermería que aplica los principios del cuidado en una situación clínica específica.

Durante los años ochenta, Afaf Meleis (2) propuso e hizo claridad acerca de la necesidad que tenía la enfermería de desarrollar teorías sustantivas, que generaran fundamentos específicos para la práctica. De ahí la importancia de aplicar teorías de amplio rango para generar parámetros generales de la práctica.

En este grupo de teorías se encuentra la de síntomas desagradables, que consta de tres componentes y cuatro dimensiones. Los componentes son:

1. Los síntomas experimentados por el individuo, definidos como los indicadores del cambio, percibidos en el funcionamiento normal como lo experimentan los pacientes. En ocasiones, un síntoma puede considerarse una experiencia multidimensional, es decir, tiene una cierta intensidad, una coordinación (duración y frecuencia), un nivel percibido de angustia y de calidad.
2. Los factores influyentes, que son tres, interactúan entre sí e intervienen en las dimensiones de los síntomas. A continuación se aborda brevemente cada uno de ellos: (a) los factores fisiológicos, relacionados con los sistemas orgánicos normales, las patologías y los niveles de nutrición; (b) los factores psicológicos, asociados con el estado anímico, la personalidad y el grado de ansiedad, y (c) los factores situacionales, relacionados con las experiencias personales, el estilo de vida y el apoyo social.
3. La realización de la experiencia del síntoma, que es el componente final de la teoría. Es el resultado o efecto de la experiencia del síntoma, e incluye actividades funcionales y cognitivas. La realización funcional se conceptualiza ampliamente porque incluye actividades de la vida diaria, físicas, sociales y laborales. La realización cognitiva incluye la concentración, el pensamiento y la resolución del problema.

Una vez analizados los componentes anteriores de la teoría, es necesario conocer las dimensiones, que son atributos, antecedentes, similitudes o analogías, relaciones y consecuencias, para lograr un mejor entendimiento de la experiencia de los síntomas desagradables, donde el sustrato principal es el mismo paciente y su cuidador más cercano. Éstas son (3):

- **LA ANGUSTIA:** se refiere al grado en el cual la persona es molestada por la experiencia del síntoma. Por ejemplo, un síntoma dado puede ser incapacitante para algunos individuos, pero menos molesto para otros.
- **LA CALIDAD:** es la coordinación existente entre la aparición de un síntoma y una actividad específica.

- LA DURACIÓN: incluye la frecuencia con la que un síntoma ocurre.
- LA INTENSIDAD: observa la gravedad, fuerza o cantidad del síntoma que experimentan.

Luego de conocer los conceptos y la utilidad de las teorías de mediano rango, llama la atención que existen muy pocas investigaciones centradas en la aplicación de la teoría de los síntomas desagradables, a pesar de que durante la práctica profesional nos enfrentamos día tras día a manejar pacientes con enfermedades crónicas e irreversibles.

Entre este grupo de enfermedades se encuentra la falla cardíaca, la cual se define como un síndrome clínico, caracterizado por los signos y síntomas de: (a) sobrecarga de volumen intravascular e intersticial que puede manifestarse como disnea, estertores, edemas e ingurgitación yugular, y (b) manifestaciones de hipoperfusión tisular inadecuada, como fatiga, pobre tolerancia al ejercicio y oliguria. Conjuntamente desencadenan un patrón característico de respuestas renales y neurohumorales (4).

El tratamiento se fundamenta en el manejo de esos síntomas y signos, con los propósitos de reducir ingresos hospitalarios y de mejorar la calidad de vida del paciente y su familia. Por esta razón es necesario reconocer que la intensidad y la exacerbación de los síntomas dependen del abordaje integral que se les proporcione en su manejo y control. De ahí la importancia de que las intervenciones de la enfermera y el enfermero estén orientadas al análisis y manejo de los síntomas.

Las personas que presentan una falla cardíaca manifiestan varios síntomas de mayor prevalencia e influencia en su estado de salud. Las definiciones que los acompañan surgen en mayor proporción de su sentir, más que de una definición textual. Los pacientes definen el síntoma como expresiones de experiencia vivida, y por el tiempo de desarrollo de su enfermedad, consideran sus síntomas una forma familiar de estar en el mundo, una forma de expresión de su cuerpo, de su enfermedad, de él mismo.

Después de conocer la situación del paciente con falla cardíaca, se analizan los síntomas presentados con mayor frecuencia, aplicando la teoría: disnea, palpitaciones, anorexia y desesperanza, a fin de identificar los factores asociados (fisiológicos, emocionales y situacionales), las dimensiones (angustia, calidad, duración e intensidad) y la realización (cognitiva y funcional).

Disnea

La disnea está asociada a una congestión pulmonar dependiente de una súbita desproporción del gasto cardíaco del ventrículo derecho disfuncional, por falla cardíaca congestiva y, más exactamente, por un edema pulmonar cardiogénico, que aumenta el grosor de la membrana alveolocapilar y dificulta el intercambio gaseoso.

Para el paciente el “ahogo”, como él lo denomina, es lo peor que puede sentir. La sensación de ausencia de aire genera ansiedad y temor: siente “como si fuera a morir”. Este temor se incrementa cuando se encuentra solo y en su casa, y se reduce en el momento que lo hospitalizan.

El desconocimiento acerca de su autocuidado con respecto a su enfermedad limita sus propias acciones y no mejora su estado funcional. Su situación de inactividad laboral causa mayor estrés y exacerba su sintomatología, tanto como la preocupación por un mal estado financiero.

La experiencia que tiene el paciente del síntoma, referente a la sensación de disnea es de verdadero temor frente a la muerte. Su forma de experimentar la disnea es una sensación de numerosas molestias, es un síntoma incapacitante y persistente para el paciente desde que padece la enfermedad. En el momento de descompensación de la falla cardiaca, la fuerza con la que se experimenta el síntoma es máxima, pero cotidianamente hay un grado tolerable.

Una vez analizados los factores y sus dimensiones, la enfermera y el enfermero deben planear y ejecutar las intervenciones que permitan mejorar este síntoma. Lo primero es buscar la manera de brindarle a la persona algo de confort: descanso en su cama, totalmente sentada, con oxigenoterapia y terapéutica conformada por diurético de Asa, ahorrador de potasio, apoyo inotrópico con dobutamina, glucósidos digitálicos, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), restricción de líquidos en el tratamiento agudo, y educación en función de fortalecer el autocuidado.

La experiencia de la disnea en la vida cotidiana de la persona produce un cambio de rol, pues, a veces, es quien se encarga de la casa y ahora no puede realizar su trabajo. Sus relaciones familiares cambian, su núcleo familiar es su gran apoyo. Por otro lado, no acepta su pérdida de rol laboral a causa de su enfermedad y no acepta su trabajo en el hogar como una labor igualmente valiosa, aunque diferente.

La persona ve resuelto el problema en la medida en que mejora su estado funcional y logra sentirse “cómoda”, cuando adquiere nuevos conocimientos sobre su tratamiento farmacológico y sabe qué factores influyen sobre la exacerbación del síntoma y por qué los debe evitar. Así, puede ir al baño, incluso sin oxígeno y sin ayuda. Esto es fruto de que aprendió cómo cuidarse en un buen porcentaje y se hace responsable de su cuidado.

Palpitaciones

Las palpitations son percepciones del cambio en la frecuencia cardiaca y fuerza de contracción, muy frecuente en extrasístoles supra o ventriculares. Este síntoma desagradable es algo nuevo para la persona, quien no sabe cómo asumir el síntoma y manifiesta: “es como tener una bomba que va a explotar por momentos”, pero es lo menos molesto de todos los síntomas. Al establecerse la presencia de taquicardia ventricular sostenida y sus implicaciones en el estado de salud del paciente, es necesario colocar un resincronizador implantable y continuar con un monitoreo continuo hasta lograr estabilizarlo.

A la persona le produce angustia lo desconocido, porque no sabe qué va a pasar con el síntoma, cómo lo va a manejar. Es desagradable, aunque no ha deteriorado su estado previo, y le permite sentir cierta tranquilidad por eso. Las palpitations apenas se experi-

mentan como desagradables, pero no producen angustia. Además, se refieren como lo menos molesto. El paciente no tiene claridad si se asocia con algo, sólo refiere que a veces siente la palpitación.

En cuanto a la realización o consecuencia del síntoma, por la letalidad de la arritmia, se decide implantar un cardiodesfibrilador. La terapia de resincronización es un efectivo recurso terapéutico en la insuficiencia cardíaca refractaria asociada con trastornos de la conducción, y se asocia con su principal mecanismo de acción el mejoramiento de la asincronía mecánica del miocardio.

A corto plazo, según lo esperado por el paciente, mejora su calidad de vida y sus expectativas de vida, pues éstas se incrementan por la posibilidad de implantar el resincronizador. Adicionalmente, se le explica a la persona qué sucede con respecto al estado electrofisiológico de su corazón, a la necesidad de establecer la terapéutica con el resincronizador, a los beneficios terapéuticos esperados de acuerdo con la situación clínica actual y a que se espera que con esta nueva terapia de resincronización mejore su tolerancia a la actividad física.

Anorexia

En el paciente con falla cardíaca, la anorexia se presenta con la sensación de plenitud o llenura, producto de la ascitis del paciente, que genera opresión sobre el estómago y, como consecuencia, no permite la ingestión de alimentos. El paciente refiere inapetencia constante, por la rápida sensación de plenitud, e indigestión, además de la disnea, que en ocasiones lo acompaña, razón por la cual prefiere no comer. Esto desencadena un estado de depresión y ansiedad.

La inapetencia del paciente, a veces, genera conflictos con el cuidador, quien insiste en brindarle alimentos, que en determinados momentos generan rechazo. La persona manifiesta que el no poder consumir alimentos, que desea al igual que el líquido, le genera tristeza e irritabilidad. Además, manifiesta que todo el tiempo tiene este síntoma; es algo que aparentemente no afecta mucho en su vida, pero que lo extrae de su cotidianidad.

En cuanto a las realizaciones o consecuencias, la persona logra comprender por qué debe consumir los alimentos de forma fraccionada y cuál es la restricción de líquidos a la que está obligado a someterse. Se hace un plan alimenticio acorde con la condición del paciente; a la vez, se le dan a entender las implicaciones de la alimentación en la recuperación de su estado de salud y también las consecuencias de no seguir las indicaciones con respecto a las restricciones, pues influye en la aparición del resto de síntomas. Así mismo, aunque todavía no lo pone en práctica, sabe las razones por las cuales tiene esas sensaciones de plenitud e indigestión y conoce cómo evitarlas.

Desesperanza

El mismo declive del estado fisiológico produce desesperanza. Los largos períodos de estrés y miedo a las consecuencias inespecíficas que trae consigo una enfermedad, con un cierto período de cronicidad, produce sentimientos de este tipo. Las razones de tipo fisiológico casi explican el sentir del paciente con respecto a este síntoma, pero es muy complejo establecer la gran variedad del sentir del paciente con respecto a su enfermedad, dado que la desesperanza rodea su visión de futuro.

Vivir una vida tan diferente a causa de una enfermedad para el paciente y su familia es frustrante, por la incapacidad que acompaña el no poder resolverlo y el hecho de cambiar un estilo de vida en gran proporción.

A la persona le angustia el futuro —tanto como el presente—, lo incierto, el futuro de sus hijos, así como la situación económica, social y emocional. En determinados momentos siente perder las esperanzas en su recuperación, puesto que piensa que sus síntomas lo van a afectar siempre.

En cuanto a la realización del acompañamiento, se le debe brindar la oportunidad al paciente de expresar sus sentimientos, “todos me preguntan qué siento en mi cuerpo, pero nadie, qué siento por dentro”. Su enfermedad genera sentimientos de debilidad y desesperanza frente al futuro, pero nunca lo ha enfrentado. La expresión verbal toma mucho tiempo. Es necesario que explore sus sentimientos y angustias para liberar cargas emocionales. Si bien su estado de salud no es el mejor, sus sentimientos con respecto a su situación de salud condicionan sus acciones con respecto a su autocuidado.

Conclusión

A partir del análisis de una situación real de un paciente con falla cardíaca, a la luz de una teoría de enfermería, se permite demostrar que la teoría, la investigación y la práctica no están desligadas y que, por el contrario, nuestro quehacer diario se encuentra más respaldado por la investigación y, por ende, cuenta con un amplio y razonable sustento científico, además de una propiedad unida e inherente a nuestra disciplina.

Las teorías de mediano rango analizan aspectos vividos del ejercicio profesional y de las características únicas de la práctica de la enfermería, dentro de un contexto mucho más objetivo, pero que de ninguna forma proponen prácticas inmodificables. De igual manera, estos planteamientos teóricos no señalan particularmente las intervenciones de cuidado que las enfermeras deben generar al utilizarlas como referente de su quehacer.

Referencias

1. Durán M. Marco epistemológico de la enfermería. *Aquichan*. 2002;2:2-5.
2. Meleis A. Being and becoming healthy: the core of nursing knowledge. *Nurs Sci Q*. 1991;3(3):107-14.
3. Lenz ER, Suppe F, Gift AG, Pugh LC, Milligan RA. Collaborative development of middlerange nursing theories: toward a theory of unpleasant symptoms. *ANS Adv Nurs Sci*. 1995 Mar;17(3):1-13.
4. Rozo R, Merchán A, Calderón J. *Cardiología III(1)*. Bogotá: Ediciones Médica Latinoamericanas; 1999.

Bibliografía complementaria

- Ambrose MS. Chronic dyspnea: controlling a perplexing symptom. *Nursing*. 1998 May; 28(5):41-6.
- Canobbio M. *Trastornos cardiovasculares*. Madrid: Mosby; 1993.
- Lenz ER, Pugh LC, Milligan RA, Gift A, Suppe F. The middle-range theory of unpleasant symptoms: an update. *ANS Adv Nurs Sci*. 1997;19(3):14-27.
- Marriner T. *Modelos y teorías en enfermería*. 3a. ed. Madrid: Mosby-Doyma; 1994.
- NANDA. *Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2003-2004*. Barcelona: Harcourt; 2005.