

TRANSMISIÓN DE INFORMACIÓN AL PACIENTE CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

Bonanad, C¹
García-Blas, S²

¹Servicio de Cardiología. Hospital Clínico Universitario, INCLIVA. Valencia.

²Servicio de Cardiología. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Correspondencia: clarabonanad@gmail.com

La cardiopatía isquémica en general y el infarto de miocardio en particular, es una de las causas más importantes de morbimortalidad en la actualidad (1). Además, su frecuencia está en aumento en los últimos años, por lo que se espera que sea cada vez una entidad más prevalente en nuestra sociedad. Los avances en la cardiología en las últimas décadas han ampliado las posibilidades diagnósticas y terapéuticas, haciendo a esta especialidad una de las más tecnificadas, y han modificado radicalmente el pronóstico de los pacientes (1,2). No obstante, hay un aspecto en el manejo de la cardiopatía isquémica que sigue siendo fundamental y al que probablemente no se le dedique la atención, el tiempo y los recursos necesarios. Este aspecto es la comunicación médico-paciente. Una correcta transmisión de la información es imprescindible para cualquier proceso terapéutico, ya que de eso depende la implicación del paciente en su enfermedad en cuanto a conciencia de la misma, toma de decisiones, percepción del riesgo, cumplimiento terapéutico y modificación del estilo de vida, siendo todos estos aspectos de influencia capital en el pronóstico. Tampoco debemos olvidar que la adecuada comunicación con el paciente y la familia es la mejor prevención de problemas médico-legales (3). A pesar de la importancia de esta comunicación, detectamos en el día a día de nuestra práctica clínica en Cardiología un déficit de información así como en ocasiones conceptos erróneos o incluso desidia en relación a esta labor. En el presente artículo pretendemos ofrecer nuestra visión sobre la importancia de este aspecto terapéutico, los puntos clave a tener en cuenta a la hora de enfrentarse a esta tarea, así como problemas comunes y retos derivados de la misma.

El infarto de miocardio es probablemente el paradigma de la enfermedad aguda y grave, al menos desde el punto de vista de la población general. Es frecuente su aparición en pacientes sin historia previa de cardiopatía, por lo que el individuo percibe un cambio brusco de la salud a la enfermedad. Esto supone una situación de ansiedad, incertidumbre y miedo, en la que el paciente de repente se encuentra en una experiencia cercana a la muerte, tanto por la severidad y la percepción de los síntomas como por el contenido psicológico del diagnóstico. Todo el mundo está familiarizado con la gravedad del infarto, con que la gente muere o tiene graves secuelas por esta enfermedad, pero generalmente esos conocimientos no son concretos ni realistas. En este punto, el proceso de información debe ser progresivo y sincero, sin ocultar el diagnóstico ni la gravedad, pero explicando detalladamente los pasos a seguir y transmitiendo seguridad. La mejor manera de transmitir seguridad en una situación aguda es siendo claro y conciso en la exposición. El objetivo no debe ser restar importancia a la situación, sino generar en el paciente la sensación de que sabe lo que está pasando, los pasos que se van a seguir y crear confianza en el equipo médico que le está tratando. Es decir, dar al paciente los recursos para enfrentarse a todas esas sensaciones generadas: confianza frente a ansiedad, conocimiento sobre el proceso terapéutico frente a incertidumbre, y esperanza frente a miedo.

Hoy en día, una vez que el paciente es recibido en el hospital (o ha tomado contacto con un servicio médico extrahospitalario) la mortalidad es baja. Incluso un alto porcentaje de los infartos cursan sin complicaciones (1). El tratamiento en la fase aguda se basa, en la gran mayoría de los casos, en aplicar a una técnica de revascularización

urgente, bien sea tratamiento fibrinolítico intravenoso o cateterismo cardiaco (1,2). Aunque con marcadas diferencias entre ambos, el tratamiento se inicia en un breve plazo desde el diagnóstico (minutos), es poco invasivo y altamente eficaz en la resolución de los síntomas. El paciente puede aplicar prematuramente el paso inverso al inicial: “ya ha pasado todo” “no era para tanto” “estoy curado”. En cuanto al médico, si la revascularización ha sido exitosa, hay una tendencia a transmitir la sensación de que “ha ido todo bien”, en parte con la intención de tranquilizar al paciente y a la familia y transmitir que se han hecho las cosas “a tiempo”. El refuerzo positivo de estas afirmaciones en la superación del momento agudo es muy necesario, pero no hay que perder de vista por ninguna de las dos partes que la validez de estas afirmaciones en el contexto del infarto es relativa, porque una revascularización exitosa no implica una recuperación completa de la función miocárdica ni evita completamente la aparición de complicaciones en las siguientes horas o días. Por tanto, en este momento del proceso terapéutico, es importante la prudencia y la objetividad a la hora de transmitir la información, dando motivos objetivos para la esperanza, pero sin caer (ni dejar caer al paciente) en una banalización de todo lo ocurrido.

Tras la revascularización, es frecuente una rápida recuperación del paciente, que en días (o incluso horas) empieza a encontrarse mejor y a plantearse irse a casa, reanudar su vida incluso el trabajo, por muy estresante o físicamente agotador que sea. Esta misma sensación de “bienestar inmediato” en el contexto aún de la fase aguda del infarto, a veces se acompaña de la pérdida de percepción de “enfermedad” que se adquiere en el momento inicial y la urgencia de todo lo que rodea a ese momento. A su vez, el hecho de que la media de los ingresos hospitalarios por infarto agudo de miocardio, sean cortos (de 4-6 días entre la estancia inicial en la unidad de cuidados intensivos y la planta de hospitalización en cardiología) contribuye a potenciar la percepción de “transitoriedad del proceso”. En muchas ocasiones los días de ingreso tienen como objetivo vigilancia ante complicaciones precoces y ajuste de medicación, pero no “actitudes médicas activas” como nuevas intervenciones o pruebas complementarias, lo que en ocasiones refuerza la sensación de “yo estoy bien y no sé que hago aquí todavía”, lo que contribuye a perder conciencia de enfermedad.

En el otro extremo, encontraremos a pacientes a los que todo este proceso le supone una carga difícilmente abarcable, y se dejan llevar por pensamientos depresivos a cerca del pronóstico vital, de la esperanza de futuro y de la recuperación de la calidad de vida habitual. Está ampliamente demostrado que el estado anímico influye de manera determinante en el pronóstico de estos pacientes (4,5).

De esta manera, durante el ingreso hospitalario tenemos una oportunidad única de identificar en que lugar de este espectro se encuentra nuestro paciente (desde pérdida de conciencia de enfermedad a desesperanza depresiva) e individualizar la transmisión de la información. Es fundamental mantener la objetividad científica y la equidistancia entre construir una conciencia de enfermedad y gravedad, abordando cuestiones como las implicaciones del diagnóstico en la vida cotidiana, el pronóstico a corto y largo plazo y las posibles complicaciones súbitas, con el fin de sentar las bases del manejo crónico de la enfermedad, sin crear falsas expectativas pero tampoco cayendo en el alarmismo. Todo ello desde el principio de la objetividad pero modulado por la empatía, que nos ayude a percibir las necesidades e inquietudes del paciente, y le ayude a tener claro cual es su situación real, que puede y que debe hacer para integrar esta situación en su vida.

Por lo tanto, para el personal sanitario que trata a este tipo de pacientes, debe ser un reto la transmisión de la información médica durante todo el proceso tanto al propio paciente como a los familiares (que también siguen ese proceso de asimilación, y tienen una influencia importante sobre el paciente), desde el primer contacto en urgencias,

hasta el momento del alta y ser continuista en las visitas en consultas externas. En todo momento, hay que recordar que una buena transmisión de la información precisa que haya entendimiento tanto por parte del receptor como del transmisor, y que la comunicación sea fluida y bidireccional.

Una vez superado el momento del ingreso, deberemos hacer énfasis, como hemos comentado previamente, en el concepto de “enfermedad crónica”. El objetivo debe ser que este concepto se integre como una parte de la vida para influir de forma positiva en la implicación del individuo en su salud, pero no dejando que adquiera un peso negativo que lo estigmatice y lo aboque a la desesperanza. Es fundamental que el paciente sea consciente de su enfermedad, ya que conseguirlo será la base para el posterior entendimiento de la importancia del cumplimiento terapéutico diario y de por vida. Es nuestro deber también incidir en el estilo de vida como algo clave para el pronóstico a corto y largo plazo. Por eso, el hecho de conciliar la enfermedad crónica con una adecuada calidad de vida que implique “volver a la vida normal” integrando un nuevo estado fisiológico, que es la enfermedad crónica, es el reto fundamental para el cardiólogo que da el alta al paciente y le seguirá en consultas externas.

La transmisión de la información a largo plazo de estos pacientes, incluye los aspectos puramente médicos de la evolución de su enfermedad, mantener la conciencia realista de enfermedad (como hemos comentado), asegurar un adecuado cumplimiento terapéutico, integrar la patología en su vida cotidiana, y modificar y mantener un estilo de vida cardiosaludable. Es importante abordar temas como son la incorporación al trabajo, la vida sexual, y otros aspectos como las actividades de ocio que desarrollaba el paciente y las que podrá o no continuar.

Al abordar el tema de la medicación, la información debe ir recalcada no sólo a la importancia del cumplimiento terapéutico estricto (olvidar una pastilla durante unos días puede suponer la trombosis de un stent coronario y el riesgo de un nuevo infarto), sino también al hecho de que es un tratamiento de duración indefinida ya que el impacto obtenido en el pronóstico es a largo plazo y mantenido. Debemos fomentar el interés del paciente por conocer todas y cada una de las medicaciones así como sus efectos secundarios y una vez más, el riesgo que supone no cumplir el tratamiento. También es importante aclarar al paciente, que nunca va a estar libre del todo de volver a sufrir la enfermedad y educarle y enseñarle durante el seguimiento que pueden aparecer una serie de síntomas que pueden ser crónicos, y que hay que aprender a convivir con ellos, para saber identificarlos y manejarlos.

Actualmente, los programas de rehabilitación cardíaca tienen como uno de sus principales objetivos la educación del paciente en todos los aspectos concernientes a la enfermedad, desde la prevención (controles de factores de riesgo) como la rehabilitación física mediante programas de entrenamiento y la educación psicológica con un trato más constante y directo (6). Estos programas solventan las limitaciones propias de las consultas externas habituales, en las que las visitas muy espaciadas y con muy poco tiempo, y existe una marcada sobrecarga asistencial. Entender, aceptar, poner en práctica nuevos hábitos “es cuestión de tiempo” tanto por parte del médico como del paciente.

Por último, vale la pena preguntarse: ¿qué sería de la relación médico-paciente sin la confianza? No podemos enfrentarnos a los problemas de comunicación médico-paciente, sin confianza, sin empatía. Gracias a ella, somos y seremos capaces de crear un vínculo entre ambas partes que mejore la precisión de la comprensión del diagnóstico y que a su vez facilite la adhesión al tratamiento. Como vemos, la transmisión de la información al paciente constituye un reto más para la práctica clínica diaria, que tenemos que luchar por alcanzar.

REFERENCIAS

- 1- Fox KA, Eagle KA, Gore JM, Steg PG, Anderson FA; GRACE and GRACE2 Investigators. The Global Registry of Acute Coronary Events, 1999 to 2009--GRACE. *Heart*. 2010 Jul;96(14):1095-101. Epub 2010 May 29.
- 2- Steg G, James S, Atar D, Badano L, Blömstrom-Lundqvist C, Borger M et al. ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. *European Heart Journal* 2012. 33, 2569–2619
- 3- Gillett G, Walker S. The evolution of informed consent. *J Law Med*. 2012 Jun;19(4):673-7.
- 4- Barth J, Schumacher M, Herrmann-Lingen C. Depression as a Risk Factor for Mortality in Patients with Coronary Heart Disease: A Meta-analysis. *Psychosom Med*. 2004;66(6):802–813.
- 5- Pajak A, Jankowski P, Kotseva K, Heidrich J, de Smedt D, De Bacquer D. Depression, anxiety, and risk factor control in patients after hospitalization for coronary heart disease: the EUROASPIRE III Study. *Eur J Prev Cardiol*. 2012 Mar 6. [Epub ahead of print]
- 6- Kotseva K, Wood D, De Backer G, De Bacquer D. Use and effects of cardiac rehabilitation in patients with coronary heart disease: results from the EUROASPIRE III survey. *Eur J Prev Cardiol*. 2012 Jun 19. [Epub ahead of print]