



CARTAS AL DIRECTOR

Cuidado paliativo en insuficiencia cardiaca

Leonardo Arce Galvez^{1*}, Rene Fernando Rodríguez Jurado¹ y Jefferson Vera Murillo²

¹Departamento de Medicina Física y Rehabilitación. Universidad del Valle. Cali, Colombia. ²Programa de Riesgo Cardiovascular y Enfermedades Crónicas. Hospital del Valle. Cali, Colombia

Recibido el 4 de febrero de 2021

Aceptado el 14 de marzo de 2021

Arce Galvez L, Rodríguez Jurado RF, Vera Murillo J. Cuidado paliativo en insuficiencia cardiaca. *Med Paliat.* 2021;28:140-142.

Sr. Director:

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) representan una de las causas más frecuentes de morbilidad¹. Muchas de estas entidades confluyen en la insuficiencia cardiaca (IC) con más de 64 millones de personas afectadas a nivel mundial y se sabe hasta el 40 % fallecerán al año posterior a su primera hospitalización². La Organización Mundial de la Salud estima que más del 38 % de los pacientes adultos que requieren cuidados paliativos (CP) presentan ECV, siendo la indicación más prevalente por encima de las patologías oncológicas. Actualmente menos del 14 % de las personas que requieren CP lo reciben. Por tanto, esto indica la carencia de profesionales capacitados para realizarlos.

La IC genera la pérdida progresiva de la capacidad funcional, terminando en la muerte. Durante su curso se presentan síntomas variados que inclusive pueden generar una carga similar o peor a las personas con cáncer avanzado³. Los CP afrontan la enfermedad previniendo y aliviando el sufrimiento, evaluando y tratando el dolor además de otros problemas físicos, psicosociales o espirituales⁴. El desarrollo de la medicina actual ha incrementado las expectativas y calidad de vida de los pacientes, pero también ha limitado el abordaje de la muerte y las decisiones importantes en el final de la vida.

Los CP no deben considerarse una atención exclusiva para pacientes oncológicos o en los últimos días de su vida, sino que se deben iniciar con el diagnóstico de la enfermedad⁵. Estas medidas van de la mano con el tratamiento usual de la IC por médicos cardiólogos, internistas o de atención primaria. Desgraciadamente, solo el 12 % de estos profesionales realizan interconsultas a los profesionales de CP, una tendencia que debe cambiar para garantizar la mejor atención del paciente⁶.

En el enfoque de la IC desde el punto de vista de los CP se debe tener en cuenta cuáles son las intervenciones más adecuadas (Figura 1): en el abordaje del dolor no se recomienda el uso de antiinflamatorios no esteroideos; los esteroides sistémicos tienen restricciones por el aumento de complicaciones; algunos opioides (tramadol, tapentadol, fentanil) tienen una vigilancia especial por su acción en la serotonina y la noradrenalina, importantes en la fisiopatología de la IC⁷. Se considera el uso de inotrópicos ambulatorios, como el levosimendán, para la mejoría de síntomas de hipoperfusión y diuréticos en los síntomas de congestión.

Las alteraciones psicológicas requieren una intervención con psicoterapia; la astenia se presenta por alteraciones metabólicas o trastornos del sueño que pueden ser tratados con psicología o manejo farmacológico. Los síntomas adicio-

*Autor para correspondencia:

Leonardo Arce Galvez

Hospital Universitario del Valle. Calle 5, n° 36-08, edificio 112, espacio Piso 1, Cali, Colombia

Correo electrónico: leonardo.arce@correounivalle.edu.co

DOI: [10.20986/medpal.2021.1237/2021](https://doi.org/10.20986/medpal.2021.1237/2021)

1134-248X/© 2021 Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Publicado por Inspira Network. Todos los derechos reservados.

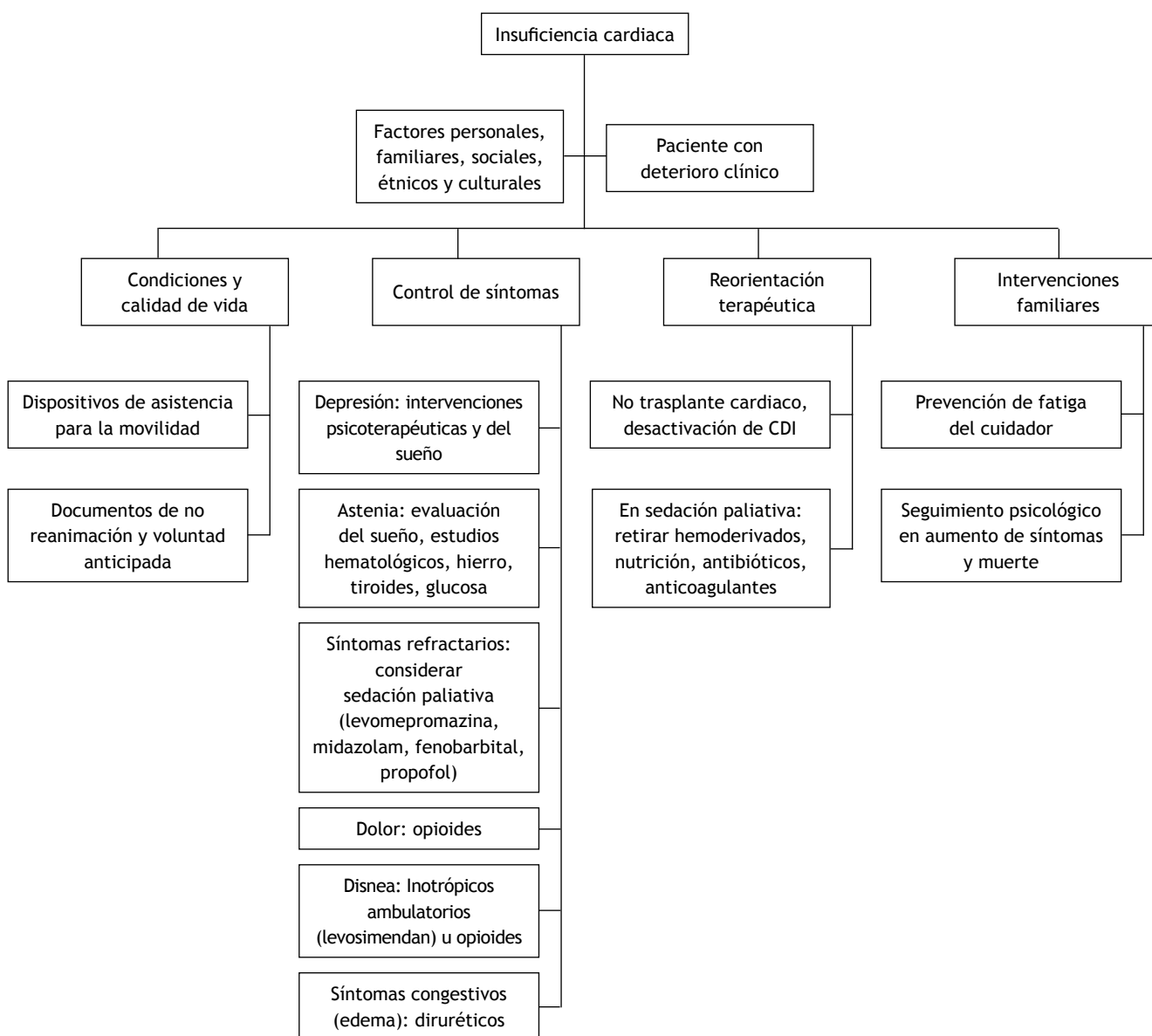


Figura 1. Intervenciones y decisiones de cuidados paliativos en insuficiencia cardiaca.

nales que pueden ser cutáneos, intestinales o infecciosos se abordan igual que en la población general³.

Se considera que los dispositivos implantados, como el marcapasos, deben mantenerse activos hasta la muerte; en cambio, los cardiodesfibriladores implantables pueden generar angustia en los últimos momentos de la vida y se debe considerar su inactivación⁸.

Si las intervenciones terapéuticas consideradas no obtienen una adecuada respuesta clínica, se adoptan las medidas necesarias para garantizar la tranquilidad y dignidad del paciente: la sedación paliativa es una opción útil en el paciente refractario tratando siempre de tener consentimiento para ello. Se realiza con medicamentos como midazolam y levomepromazina como primera línea, y fenobarbital y propofol como segunda línea ante refractariedad de los primeros. Siempre hay que titular la dosis según la respuesta del paciente. Esta intervención no ha demostrado incrementar la mortalidad pero sí impacta de manera positiva en el control de síntomas y en el alivio del sufrimiento⁹.

Un aspecto menos evaluado es la necesidad de dispositivos de asistencia para la movilidad (bastón, caminador, silla de ruedas) en los pacientes con ECV. Se recomienda un médico rehabilitador que conozca la condición clínica, los facilitadores y las barreras para la recomendación de ayudas que brinden independencia y disminuyan los síntomas mejorando la autopercepción del paciente¹⁰.

CONFLICTO DE INTERESES

Declaramos no presentar ningún conflicto de interés.

FUENTE DE FINANCIACIÓN

Los autores no recibieron financiamiento para llevar a cabo este estudio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Go AS, Mozaffarian D, Roger VL, Benjamin EJ, Berry JD, Borden WB, et al. Executive summary: Heart disease and stroke statistics-2013 update: A report from the American Heart Association. *Circulation*. 2013;127:143-52.
2. Kavalieratos D, Gelfman LP, Tycon LE, Riegel B, Bekelman DB, Ikejiani DZ, et al. Palliative care in heart failure: rationale, evidence, and future priorities. *J Am Coll Cardiol*. 2017;70:1919-30.
3. García Pinilla JM, Díez-Villanueva P, Bover Freire R, Formiga F, Cobo Marcos M, Bonanad C, et al. Consensus document and recommendations on palliative care in heart failure of the Heart Failure and Geriatric Cardiology Working Groups of the Spanish Society of Cardiology. *Rev Esp Cardiol*. 2020;73:69-77.
4. IAHPC. Global Consensus based palliative care definition. Definición de cuidados paliativos 2019 [citado 5 Mar 2021]. Disponible en: <https://hospicecare.com/what-we-do/projects/consensus-based-definition-of-palliative-care/definition/>
5. Hollenberg SM, Warner Stevenson L, Ahmad T, Amin VJ, Bozkurt B, Butler J, et al. ACC Expert Consensus Decision Pathway on Risk Assessment, Management, and Clinical Trajectory of Patients Hospitalized With Heart Failure: A report of the American College of Cardiology Solution Set Oversight Committee. *J Am Coll Cardiol*. 2019;74:1966-2011.
6. Bekelman DB. Improving primary and specialist palliative care in cardiovascular disease. *JAMA Netw Open*. 2019;2:e192356.
7. Rawal H, Patel BM. Opioids in cardiovascular disease: Therapeutic options. *J Cardiovasc Pharmacol Ther*. 2018;23:279-91.
8. Datino T, Rexach L, Vidán MT, Alonso A, Gándara Á, Ruiz-García J, et al. Guidelines on the management of implantable cardioverter defibrillators at the end of life. *Rev Clin Esp (English Ed)*. 2014;214:31-7.
9. Maltoni M, Scarpi E, Rosati M, Dorni S, Fabbri L, Martini F, et al. Palliative sedation in end-of-life care and survival: a systematic review. *J Clin Oncol*. 2012;30:1378-83.
10. Lam R. Practice tips: choosing the correct walking aid for patients. *Can Fam Physician*. 2007;53:2115-6.