



## CARTAS AL DIRECTOR

### Respuesta a: “Insuficiencia cardiaca terminal, ¿es posible morir bien?”

Miguel Ángel Sancho Zamora\*

*Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España*

Recibido el 20 de febrero de 2018

Aceptado el 22 de febrero de 2018

*Sancho Zamora MÁ. Respuesta a: “insuficiencia cardiaca terminal, ¿es posible morir bien? Med Paliat. 2019;26(3):260-261.*

Sr. Director:

Coincidimos con la Dra. Picco y cols. en la escasa integración de recursos específicos de cuidados paliativos en la atención a pacientes con insuficiencia cardiaca. Lo hemos comprobado en nuestro equipo de soporte hospitalario (con una experiencia de 11 años): en el segundo semestre de 2017 atendimos 528 solicitudes de atención, de las que el 39,97 % correspondieron a pacientes no oncológicos, pero solo 74 (14 %) tenían insuficiencia cardiaca como diagnóstico principal. Los autores mencionados argumentan que la imposibilidad actual de establecer en ellos un pronóstico preciso debería llevar a utilizar un modelo integrador de cuidados paliativos y curativos<sup>1</sup>.

La dificultad para establecer este pronóstico, incluso para equipos experimentados en cuidados paliativos, es manifiesta, y en nuestra opinión, esto impide su acceso a los recursos específicos en las mismas condiciones de igualdad que los pacientes con cáncer. En el periodo referido realizamos 113 derivaciones a centros hospitalarios de cuidados paliativos para la continuidad de los cuidados (21,4 % de las consultas), de las que solo tres (2,7 %) correspondieron a pacientes con insuficiencia cardiaca. También corroboramos, en nuestra experiencia, la imprecisión en el pronóstico vital: de los tres pacientes trasladados por considerarse que estaban en sus últimas semanas de su vida, uno de ellos falleció a las 48 horas; otro continúa vivo en su domicilio y sin que haya precisado nuevas hospitalizaciones 5 meses después.

No compartimos, sin embargo, que lo que se propone como modelo integrador (modelo de trayectoria de enfermedades por insuficiencia de órgano de Lynn-Adamson)<sup>2</sup> sea el adecuado para la insuficiencia cardiaca. En el modelo mencionado, la enfermedad cardiaca lleva una trayectoria progresiva, con agudizaciones, hasta el momento de suspender los tratamientos específicos, y el fallecimiento ocurre poco tiempo después. Pero en la insuficiencia cardiaca no siempre ocurre así, ni siquiera con frecuencia. Probablemente sea más acertado un modelo más parecido al propuesto por Hupcey y cols.<sup>3</sup>, en el que los tratamientos específicos se mantienen casi hasta el final, cuando la muerte llega de forma súbita o casi súbita en una agudización. En este modelo los cuidados paliativos se superponen en la trayectoria del síndrome con los que pretenden prolongar la vida, de manera más frecuente e intensa según el momento evolutivo. Un ejemplo de nuestra actividad: en el último año hemos estado atendiendo, junto con el servicio de Cardiología y de manera ambulatoria, a dos pacientes muy similares (cardiopatía restrictiva e insuficiencia cardiaca congestiva refractaria a diuréticos a pesar de pericardiectomía), tratados con furosemida parenteral domiciliar durante 5 y 2 meses respectivamente. Durante ese tiempo tuvieron una evolución favorable y estable, sin que precisaran ingreso hospitalario ni visitas a Urgencias por descompensación. Posteriormente hemos comprobado cómo han vuelto a tener respuesta al tratamiento oral,

\*Autor para correspondencia:  
Miguel Ángel Sancho Zamora  
Correo electrónico: [masancho.hrc@salud.madrid.org](mailto:masancho.hrc@salud.madrid.org)

DOI: [10.20986/medpal.2019.1042/2019](https://doi.org/10.20986/medpal.2019.1042/2019)

volviendo a liderar el seguimiento Cardiología y a ser el nuestro menos prioritario.

Pero que los pacientes con insuficiencia cardiaca avanzada no lleguen a los equipos especializados no significa con seguridad que no reciban cuidados paliativos. Afortunadamente para ellos, en Cardiología ya hace años que las sociedades científicas se preocupan por esta atención<sup>4</sup>, y las publicaciones en revistas de esta especialidad son cada vez más frecuentes.

En nuestra opinión, la propuesta de que los equipos tratantes deben adquirir habilidades de cuidados paliativos para que no se vean sobrecargados no debe ser excusa para que no les atendamos cuando lo necesiten, es decir, fundamentalmente en estadio avanzado o en el terminal. Pero para eso es preciso que nos "pongamos las pilas" y aprendamos cardiología. Sentarnos a su lado, hablarles de voluntades anticipadas, mostrar empatía y compasión es magnífico, pero también necesitan que sepamos utilizar inotrópicos y diuréticos en infusión o combinarlos sin yatrogenia. Es muy probable que cuando, de forma generalizada, hagamos esto bien, ingresen más pacientes en nuestras unidades hospi-

talarias de cuidados paliativos y sean seguidos por equipos específicos domiciliarios<sup>5</sup>.

## Conflictos de intereses

No existen conflictos de interés.

## Bibliografía

1. Picco G, Lama M, Escalada H, Erquiaga I. Insuficiencia cardíaca terminal, ¿es posible morir bien? *Med Paliat*. 2015;22:37-9.
2. Lynn J, Adamson DM. Living well at the end of life. Adapting health care to serious illness in old age. 1.<sup>st</sup> ed. Washington: Rand Health; 2003.
3. Hupcey JE, Penrod J, Fenstermacher K. A model of palliative care for heart failure. *Am J Hosp Palliat Care*. 2009;26(5):399-404.
4. 2013 ACC/AHA Guideline for the management of heart failure. *JACC*. 2013;62:e207.
5. Gibbs LME, Khatri AK, Gibbs JSR. Survey of specialist palliative care and heart failure. *Paliat Med*. 2006;20:603-9.