



Medicina Paliativa

www.elsevier.es/medicinapaliativa



CARTAS AL DIRECTOR

Desactivar el desfibrilador automático implantable al final de la vida: la importancia de una comunicación proactiva



Deactivation of implantable defibrillators at the end of life: The importance of a proactive communication

Sr. Director

Hemos leído con interés la guía de Datino et al.¹ sobre manejo del desfibrilador automático implantable (DAI), ya que ingresamos cada vez con más frecuencia pacientes con estos dispositivos en situación de final de vida. En el año 2010 la *Heart Rhythm Society* publicó recomendaciones², pero hasta ahora no disponíamos de directivas en castellano¹.

Un DAI puede salvar la vida de un paciente, pero en situación de final de vida administra choques eléctricos dolorosos que añaden sufrimiento. Se aboga por una comunicación proactiva con el enfermo para desactivar el DAI con su consentimiento¹⁻⁴.

En nuestra escasa experiencia, hemos valorado que en ninguno de los casos el paciente estaba informado respecto de que el DAI podía ser desactivado, y cuando iniciamos las conversaciones, tanto el paciente como su familia tuvieron dificultades para aceptarlo, planteándose una situación difícil pese a ser tratado en el marco de unos cuidados paliativos individualizados.

Revisando la bibliografía²⁻⁴ constatamos que habitualmente los pacientes no están informados sobre los eventos en los que habría que desactivar el DAI.

Esta ausencia de comunicación proactiva por parte de los médicos se comprende en el contexto de que es un tema de difícil abordaje. Hay incluso profesionales que lo consideran un acto de suicidio asistido o eutanasia³⁻⁵, cuando es una limitación del esfuerzo terapéutico.

A partir de nuestra experiencia, hemos escogido puntos a destacar que si bien están formulados en el artículo de Datino et al.¹ y en el resto de bibliografía^{4,6,7}, hacemos hincapié en ellos por su utilidad en la toma de decisiones:

- 1) Una vez valorada la situación clínica del paciente, iniciar una comunicación proactiva con él y con su familia

para formalizar la desactivación del DAI con el fin de evitar choques eléctricos dolorosos y el consiguiente sufrimiento.

- 2) Es una decisión del paciente o de las personas en las que el paciente delegue los cuidados. La decisión de desactivar el dispositivo puede ser difícil para el paciente, deberá disponer del tiempo para pensar y consultar todas las dudas.
- 3) Se debe explicar con claridad que la desactivación del DAI no implica la muerte inmediata, no implica remoción quirúrgica, dolor ni incomodidad.
- 4) Desactivar un DAI no es un acto de eutanasia ni de suicidio asistido. Es limitación del esfuerzo terapéutico.
- 5) La desactivación se realiza en Cardiología o Electrofisiología y debe ser programada junto al equipo que ha indicado su implantación. La desactivación se realizará en el contexto de las medidas paliativas dirigidas a evitar sufrimiento.
- 6) En situación de emergencia en la que el paciente recibe choques eléctricos y no se puede llevar a cabo la desactivación programada, puede aplicarse un imán tipo «donut» sobre el generador. Es recomendable disponer de ellos en centros que atienden a pacientes portadores de DAI. Los imanes domésticos no suelen ser útiles.
- 7) El DAI debe ser removido en el momento del fallecimiento del enfermo, por lo que la empresa funeraria debe estar advertida.

El mensaje esencial es que el objetivo es evitar el intenso sufrimiento provocado por choques eléctricos en situación de final de vida a través de una comunicación proactiva y con un enfoque multidisciplinar integrador y encuadrado en la singularidad y las necesidades del paciente y de la familia.

Bibliografía

1. Datino T, Rexach L, Vidán MT, Alonso A, Gándara A, Ruiz-García J, et al. Guía sobre el manejo de desfibriladores automáticos implantables al final de la vida. *Med Paliat*. 2014;21:32-8.
2. Lampert R, Hayes DL, Annas GJ, Farley MA, Goldstein NE, Hamilton RM, et al. HRS Expert Consensus Statement on the Management of Cardiovascular Implantable Electronic Devices (CIEDs) in patients nearing end of life or requesting withdrawal of therapy. *Heart Rhythm*. 2010;7:1008-26.

3. Goldstein NE, Lampert R, Bradley E, Lynn J, Krumholz HM. Management of implantable cardioverter defibrillators in end-of-life care. *Ann Intern Med.* 2004;141:835–8.
4. Goldstein NE, Mehta D, Siddiqui S, Teitelbaum E, Zeidman J, Singson M, et al. That's like an act of suicide patients' attitudes toward deactivation of implantable defibrillators. *J Gen Intern Med.* 2008;23 Suppl 1:7–12.
5. Mueller PS, Jenkins SM, Bramstedt KA, Hayes DL. Deactivating implanted cardiac devices in terminally ill patients: Practices and attitudes. *Pacing Clin Electrophysiol.* 2008;31:560–8.
6. Goldstein N, Bradley E, Zeidman J, Mehta D, Morrison RS. Barriers to conversations about deactivation of implantable defibrillators in seriously ill patients: Results of a nationwide survey comparing cardiology specialists to primary care physicians. *J Am Coll Cardiol.* 2009;54:371–3.

7. Nambisan V, Chao D. Death and defibrillation. A shocking experience. *Palliat Med.* 2004;18:482–3.

Gabriela Picco*, Isabel Erquiaga, Helena Escalada y Marcos Lama

Unidad de Cuidados Paliativos, Hospital San Juan de Dios, Pamplona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: gabpicco@hotmail.com

(G. Picco).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.medipa.2014.07.003>

Tamaño de la población mínima con necesidad de cuidados paliativos en México (2000-2011)



Minimum population size requiring Palliative Care in Mexico (2000-2011)

Sr. Director:

Aunque no son curativos, los cuidados paliativos son esenciales en la atención de los pacientes en la fase terminal de su vida. Siempre y cuando se tengan los recursos y el personal adecuado, estos cuidados se pueden proporcionar en los hospitales, hospicios e inclusive en el hogar. Este último lugar es el preferido por la mayoría de los pacientes y tiene la ventaja de que los costes son menores^{1,2}. Conocer el tamaño de la población con necesidad de cuidados paliativos es esencial para estimar la cantidad de recursos económicos y profesionales que se necesitan para poder brindarlos de la forma más adecuada. A este respecto no se han reportado estimaciones de la población con tales necesidades en México, por lo que el objetivo de este trabajo es calcular la población mínima que los requirió durante los años 2000-2011.

Para el análisis se recolectaron las defunciones ocurridas en México durante los años 2000–2011, las cuales se obtuvieron de la base de datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI)³. Los datos de esta base de datos son de dominio público y pueden obtenerse fácilmente a través de la página <http://www.inegi.org.mx>. Las defunciones con necesidad de cuidados paliativos se agruparon según los criterios de Murtagh et al.⁴. Se utilizaron los códigos; C00-C97, I00-I52, I60-I69, N17, N18, N28, I12, I13, K70-K77, J06-J18, J20-J22, J40-J47, J96, G10, G20, G35, G122, G903, G231, F01, F03, G30, R54, B20-B24 de la clasificación internacional de enfermedades ICD10. Se calculó el porcentaje de defunciones según las defunciones totales del respectivo grupo de edad y género. Para el análisis de tendencia se utilizó una regresión lineal, la cual se probó con la prueba t de Student.

Según datos del INEGI, durante el período de 12 años estudiados, un total de 6.077.083 defunciones ocurrieron en México. Las defunciones con necesidad de cuidados paliativos fueron de 3.170.880, las cuales equivalen al 52,19% del total de defunciones. En promedio, cada año 264.240 personas como mínimo necesitaron de estos cuidados. Según el género, la población con necesidad de cuidados paliativos fue de 1.710.497 y 1.459.885 para los varones y mujeres, respectivamente, esto representa el 50,56 y 54,42% del

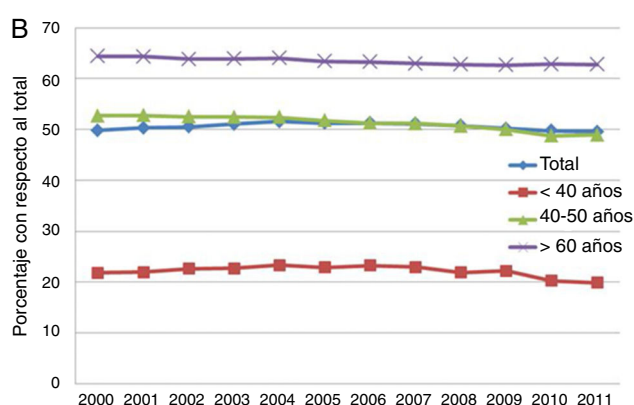
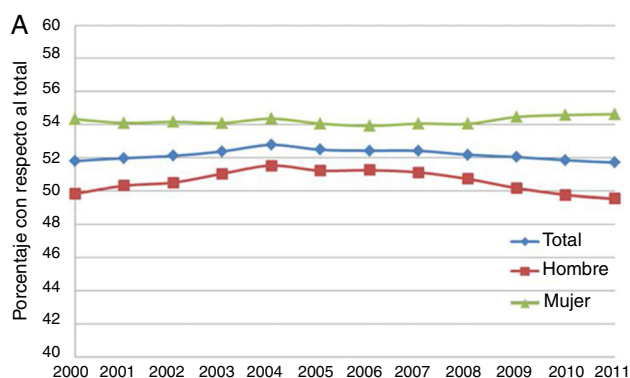


Figura 1 Porcentaje de las defunciones con necesidad de cuidados paliativos en México según el género y la edad.