

furosemida subcutánea en pacientes octogenarios descompensados con insuficiencia cardíaca evita ingresos [abstract]. Rev Esp Cardiol. 2011;64 Supl 3:160.

4. Zatarain-Nicolás E, de la Fuente-Galán L, López-Díaz J, Recio-Platero A, Gracia-Aznarez M, Andión Ogando R, et al. La furosemida subcutánea en pacientes con insuficiencia cardíaca descompensada es un tratamiento seguro y eficaz [abstract]. Rev Esp Cardiol. 2011;64 Supl 3:84.
5. Ruiz-Márquez MP, Alonso-Prado ME. Guía clínica. Uso y recomendaciones de la vía subcutánea en cuidados paliativos. Mérida: Observatorio Regional de Cuidados Paliativos de Extremadura; 2010: 68-9.

6. Fonzo-Christe C, Vukasovic C, Wasilewski-Rasca AF, Bonnabry P. Subcutaneous administration of drugs in the elderly: survey of practice and systematic literature review. Palliat Med. 2005;19:208-19.

VÉASE CONTENIDOS RELACIONADOS:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2013.11.005>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2013.06.010>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2013.10.009>

Infusión subcutánea domiciliar de furosemida en la insuficiencia cardíaca avanzada descompensada. Respuesta



Home Subcutaneous Infusion of Furosemide in Advanced Decompensated Heart Failure. Response

Sra. Editora:

Nos alegra comprobar con la carta del Dr. Sancho-Zamora que Revista Española de Cardiología trasciende el interés de nuestra especialidad. Matizamos algunos aspectos.

Se alude al término «inicial» del título¹ con que denominamos nuestra experiencia propia con furosemida subcutánea en insuficiencia cardíaca crónica (ICC), sobre la cual la bibliografía es escasa y los estudios pequeños, incluso en paliativos.

En la ICC se produce un deterioro lento, impredecible e interrumpido por agudizaciones. Es difícil distinguir entre el paciente paliativo terminal y con posibilidades de estabilización, y se diferencia de enfermedades con final lineal y predecible como el cáncer. Menos del 10% de los pacientes con ICC reciben cuidados paliativos² y no están desarrollándose en nuestro medio modelos paliativos precoces para pacientes con ICC³. El cardiólogo es generalmente quien guía al paciente hasta el final de sus días tras múltiples descompensaciones no fatales que deterioran su calidad de vida. Nuestra motivación es evitar dicho deterioro. Sancho-Zamora critica que también haya sido una de nuestras motivaciones obtener un beneficio económico a través de la reducción de ingresos. Este beneficio debe demostrarse con estudios de coste-beneficio, que están lejos de la pretensión del trabajo. Mejorar la calidad de vida está entre los principios citados como propios de la medicina paliativa y en absoluto difiere del nuestro.

Igualmente, hay que probar con estudios de calidad de vida que la comodidad de la atención domiciliar «se pierde» con visitas semanales. El uso de parámetros subrogados (clase funcional o ausencia de necesidad de ingreso) impide hacerlo, ya que un paciente se puede estabilizar y mejorar sin que mejore su clase funcional. Por supuesto que no se permitió que se denegara el ingreso a pacientes sin mejoría.

Respecto a las escuetas explicaciones metodológicas por cuestiones de formato, se incluyó a pacientes con ICC descompensada sin insuficiencia respiratoria, inestabilidad hemodinámica, cuadro de inicio ni tratamientos definitivos para cambiar el pronóstico.

Otros tratamientos ambulatorios subcutáneos, como los prostanoides⁴, sí se consideran seguros sin revisiones diarias de la punción. En este aspecto, es importante instruir sobre autocuidado y proporcionar fácil contacto con la unidad. Esto, junto con la amplísima experiencia de uso y seguridad de la furosemida, nos hizo plantear la indicación *off-label* para solucionar situaciones clínicas avanzadas.

Los equipos multidisciplinarios mejoran el tratamiento en ICC⁵, y opinamos que la implicación sistemática de cuidados paliativos sería beneficiosa. El apoyo a estas iniciativas desde las sociedades científicas es imprescindible para fomentar el interés en estos temas, actualmente minoritarios en nuestra especialidad.

Eduardo Zatarain-Nicolás^{a,*}, Luis de la Fuente-Galán^b
y José Alberto San Román-Calvar^b

^aServicio de Cardiología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

^bServicio de Cardiología, ICICOR, Hospital Clínico Universitario, Valladolid, España

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: eduzatanico@gmail.com (E. Zatarain-Nicolás).

On-line el 5 de febrero de 2014

BIBLIOGRAFÍA

1. Zatarain-Nicolás E, López-Díaz J, de la Fuente-Galán L, García-Pardo H, Recio-Platero A, San Román-Calvar JA. Tratamiento de la insuficiencia cardíaca descompensada con furosemida subcutánea mediante bombas elásticas: experiencia inicial. Rev Esp Cardiol. 2013;66:1002-4.
2. Pantilat SZ, Steimle AE. Palliative care for patients with heart failure. JAMA. 2004;291:2476-82.
3. Hupcey JE, Penrod J, Fenstermacher K. Review article: A model of palliative care for heart failure. Am J Hosp Palliat Care. 2009;26:399-404.
4. Simonneau G, Barst RJ, Galie N, Naeije R, Rich S, Bourge RC, et al. Treprostinil Study G. Continuous subcutaneous infusion of treprostinil, a prostacyclin analogue, in patients with pulmonary arterial hypertension: A double-blind, randomized, placebo-controlled trial. Am J Respir Crit Care Med. 2002;165:800-4.
5. McAlister FA, Stewart S, Ferrua S, McMurray JJ. Multidisciplinary strategies for the management of heart failure patients at high risk for admission: A systematic review of randomized trials. J Am Coll Cardiol. 2004;44:810-9.

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2013.10.009>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2013.11.005>