



Hospital Universitari
MútuaTerrassa



U
UNIVERSITAT DE BARCELONA
B

CUIDADOS PALIATIVOS EN LA EPOC

**El punto de vista del especialista
en cuidados paliativos.**

Dra. Verònica Romaní Costa
Equipo de cuidados paliativos.
Servicio de Medicina Interna.
Hospital Universitari Mútua de Terrassa. Barcelona.

Índice

1. ¿Qué son los CCPP?
2. ¿Necesitan CCPP los pacientes EPOC?
3. ¿Cuándo y Cómo?

1. ¿Qué son los CCPP?
2. ¿Necesitan CCPP los pacientes EPOC?
3. ¿Cuándo y Cómo?



Servicios cp



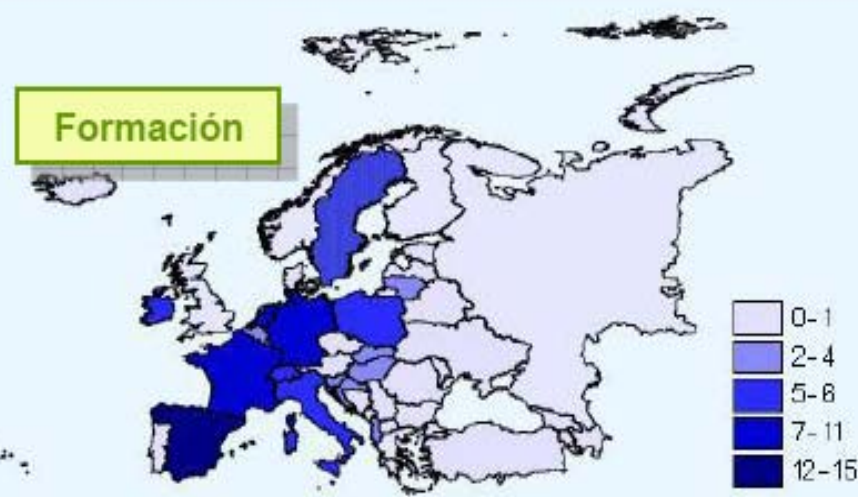
Políticas sanitarias



Financiación



Formación



<http://www.eapcnet.eu/>

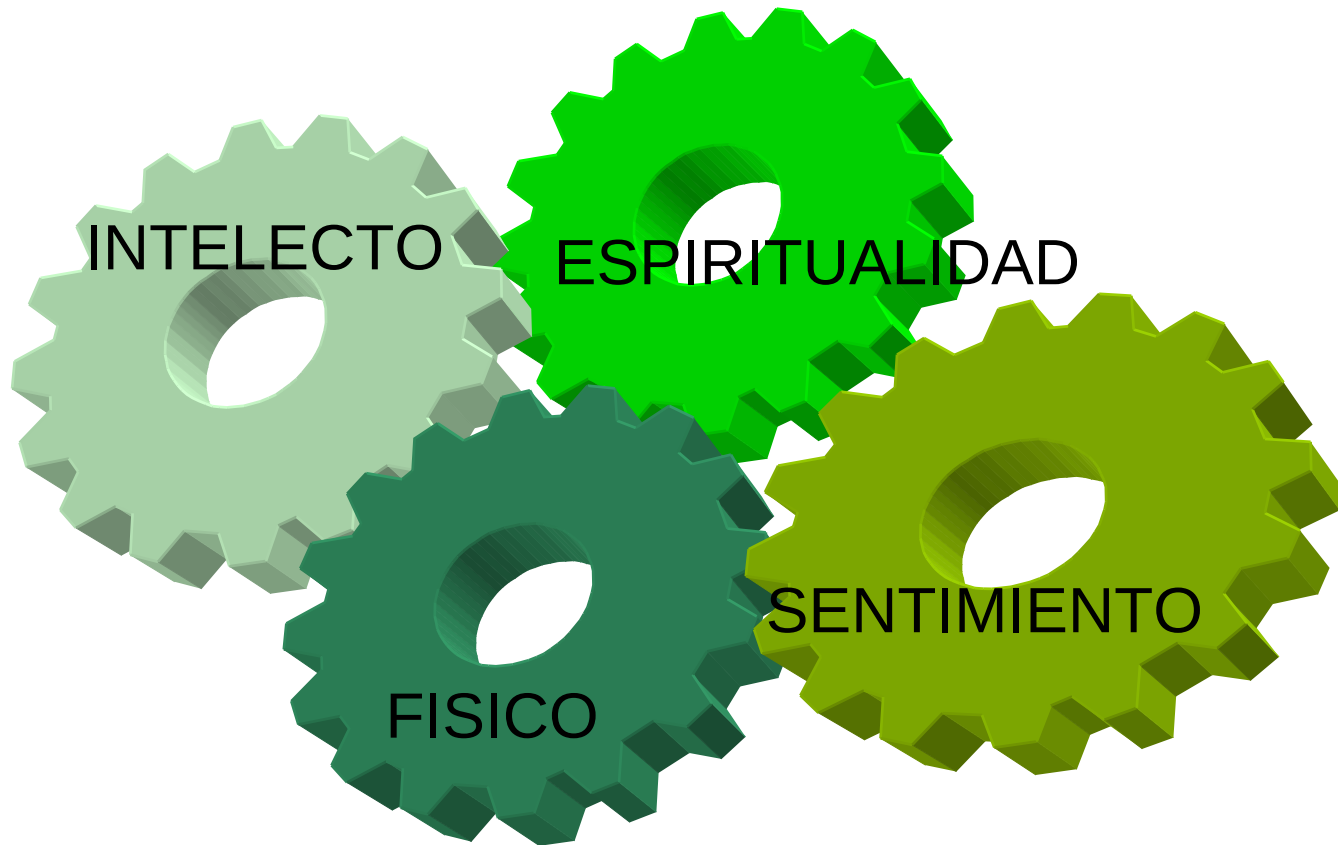
- Atención integral, individualizada y continuada de los enfermos y sus familias, con enfermedad avanzada, progresiva o terminal, síntomas múltiples, multifactoriales y cambiantes, alto impacto emocional, social y espiritual, elevada necesidad y demanda de atención.
- Atención competente de las necesidades con los objetivos de confort y calidad de vida, definidos por enfermos y familias, y de acuerdo con sus valores, preferencias y creencias.

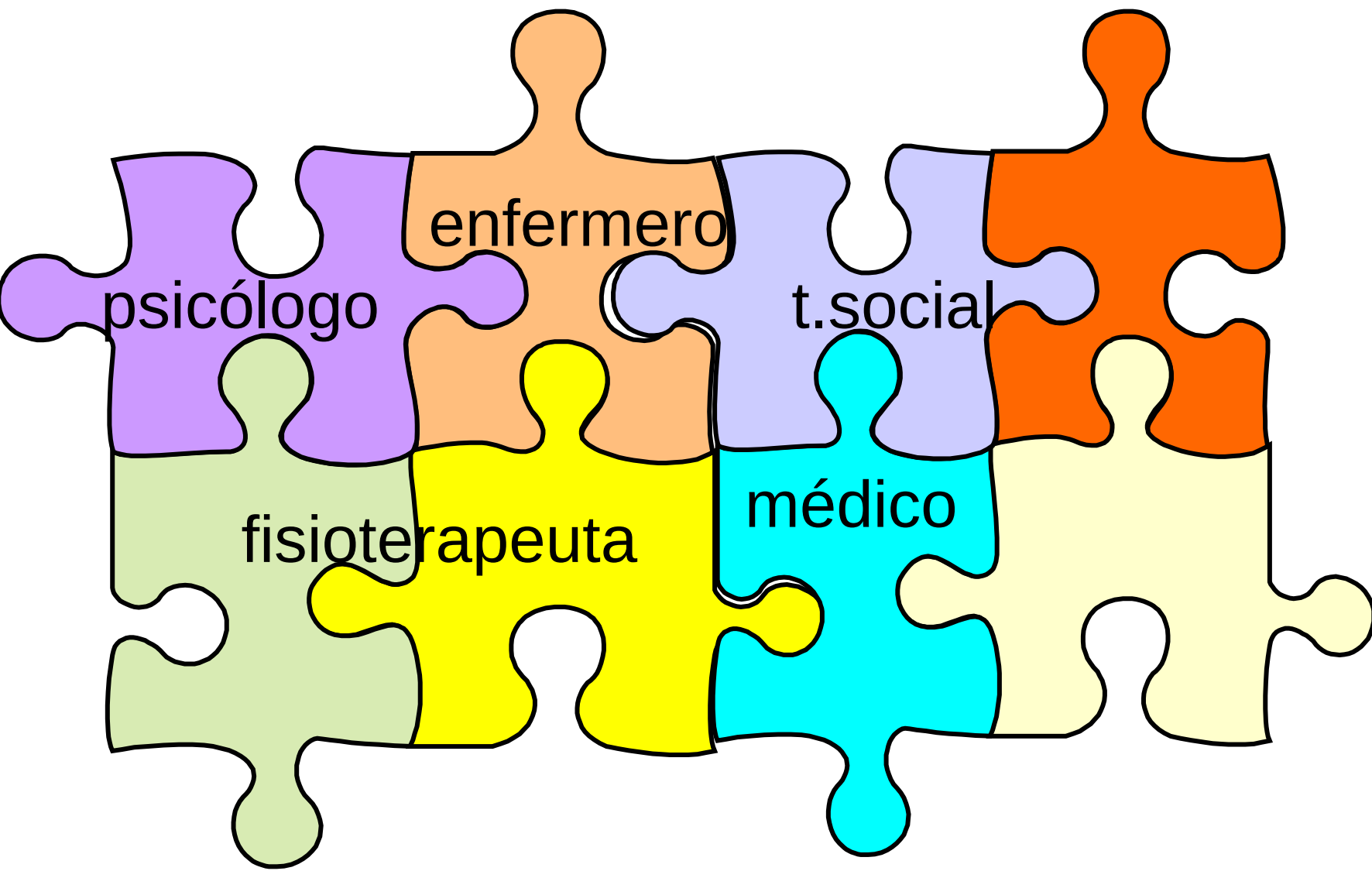


“Son los cuidados apropiados para el paciente con una enfermedad avanzada y progresiva donde el control del dolor y otros síntomas, así como los aspectos psicosociales y espirituales cobran la mayor importancia. El objetivo de los cuidados paliativos es lograr la mejor calidad de vida posible para el paciente y su familia. La Medicina paliativa afirma la vida y considera el morir como un proceso normal. Los cuidados paliativos no adelantan ni retrasan la muerte, sino que constituyen un verdadero sistema de apoyo y soporte para el paciente y su familia”.

OMS. R.Levin. Cuidados paliativos principios generales disponible en <http://www.paho.org/Spanish/ad/dpc/nc/palliative-care-01.pdf>







psicólogo

enfermero

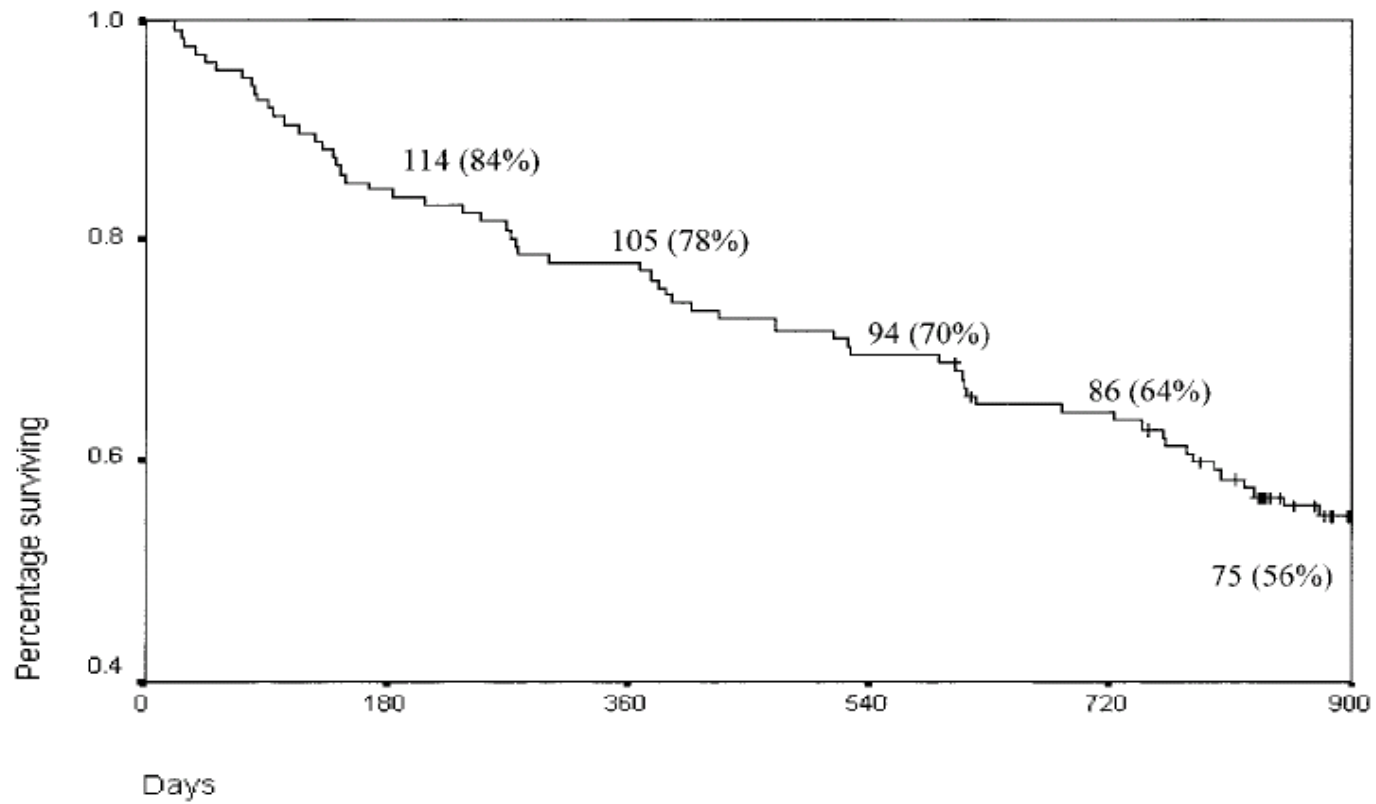
t.social

fisioterapeuta

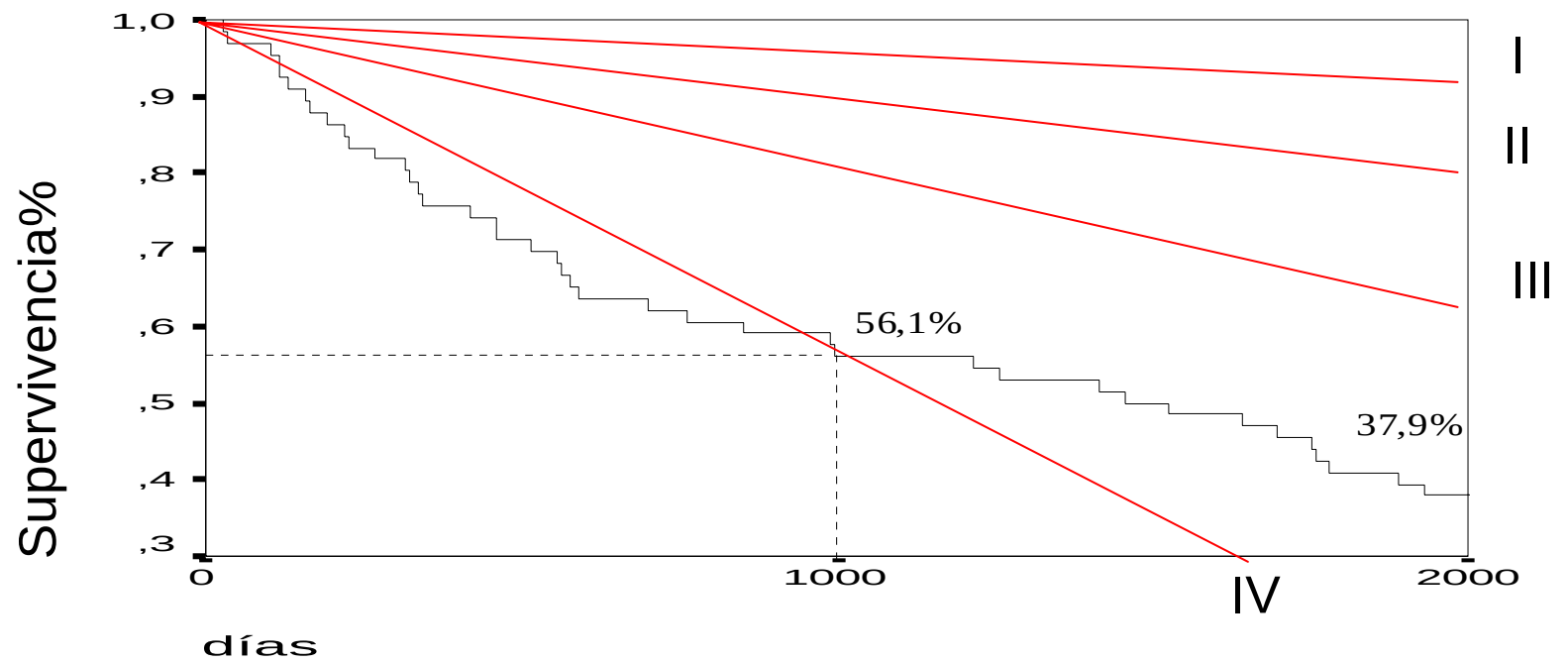
médico

1. ¿Qué son y que no son los CCPP?
2. ¿Necesitan CCPP los pacientes EPOC?
3. ¿Cuándo y Cómo?

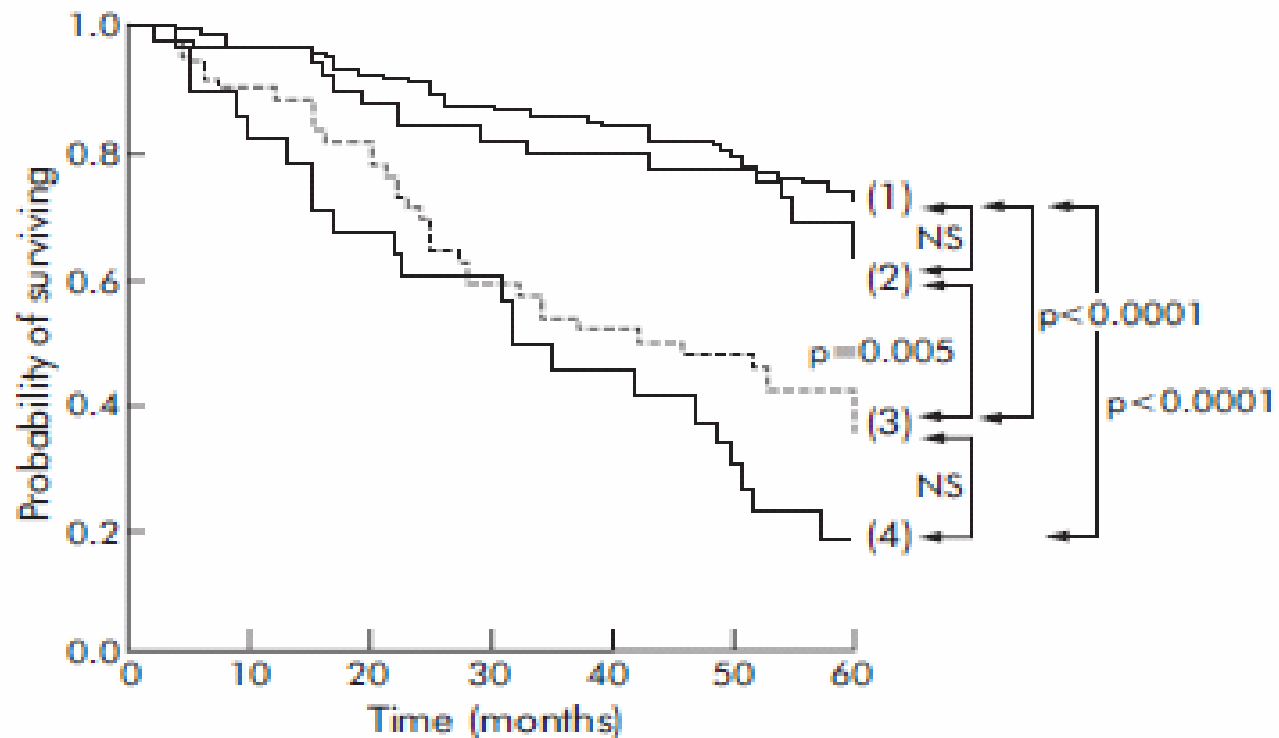
Almagro P. Chest 2002; 121:1441-1448



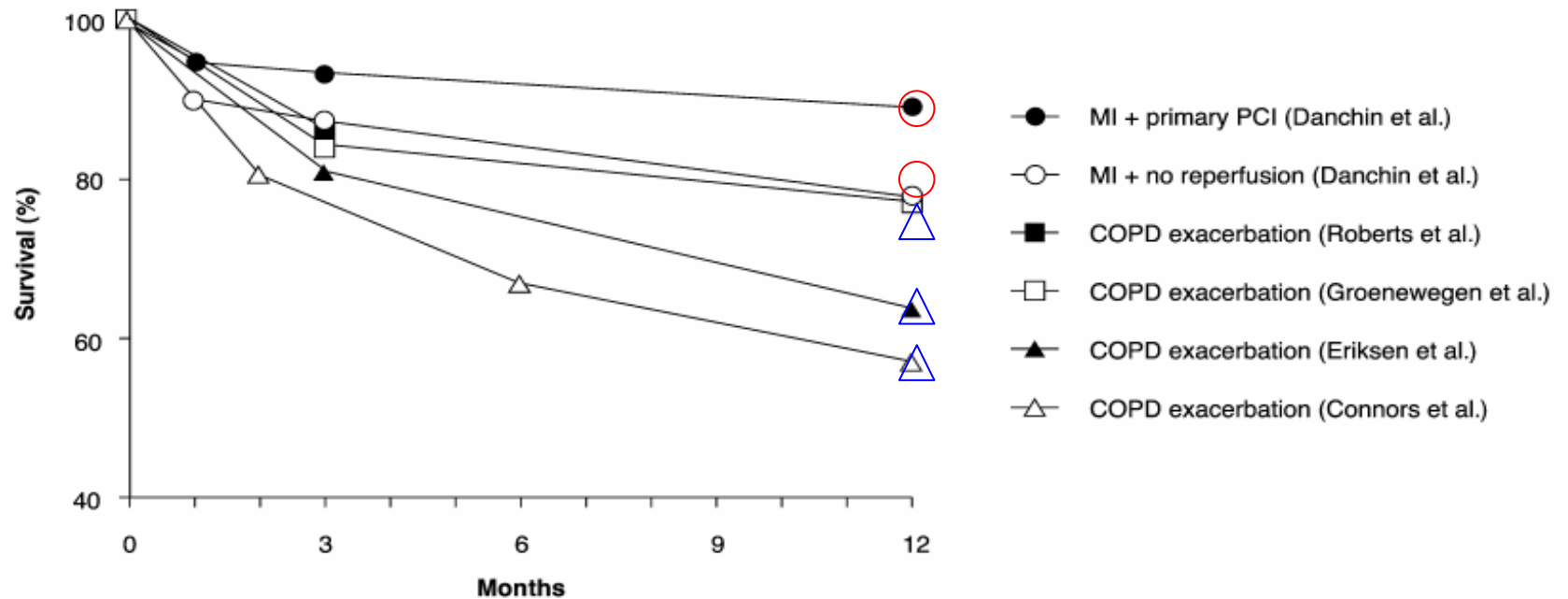
Almagro P.



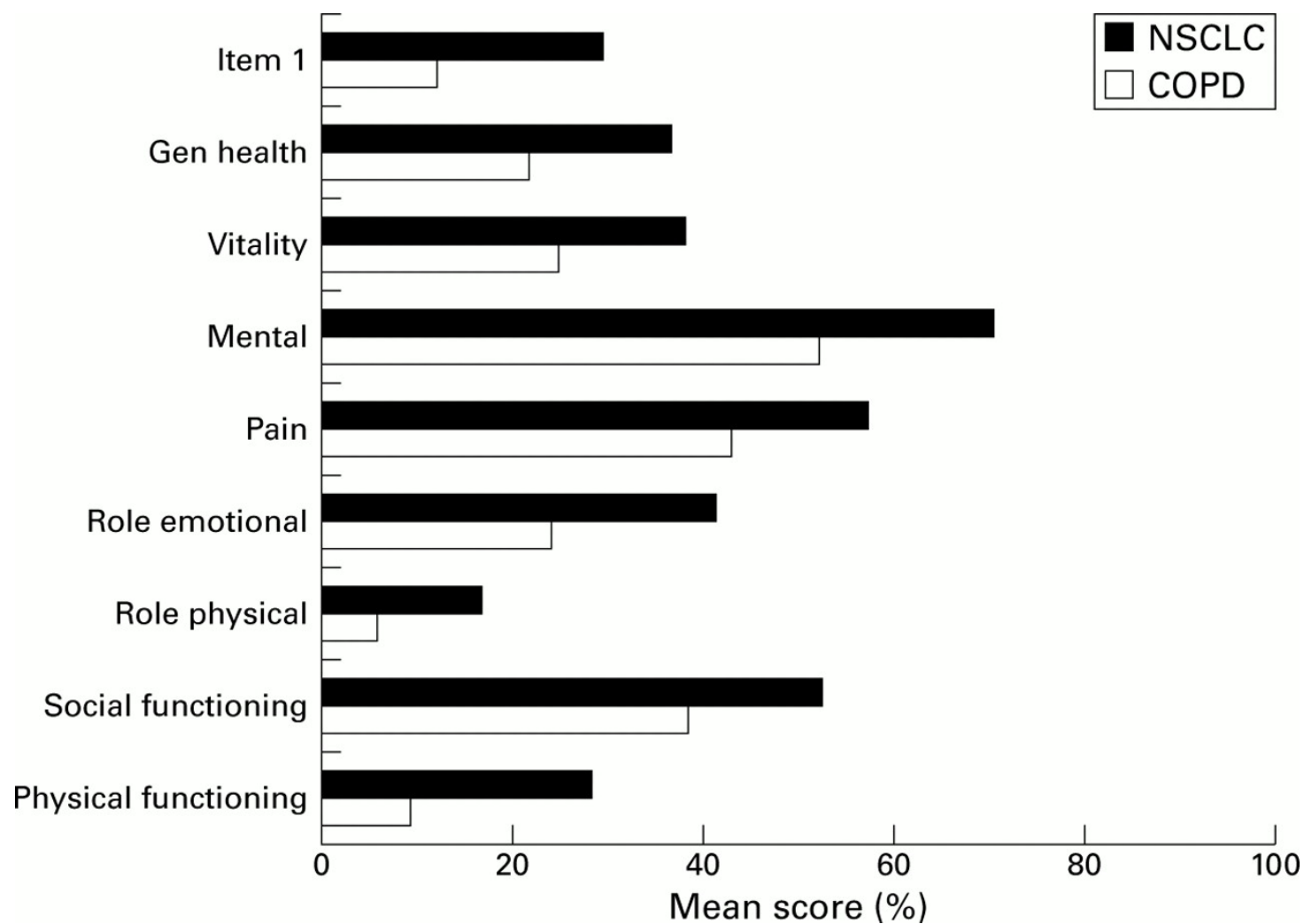
J J Soler-Cataluña. Thorax 2005; 60:925-931.



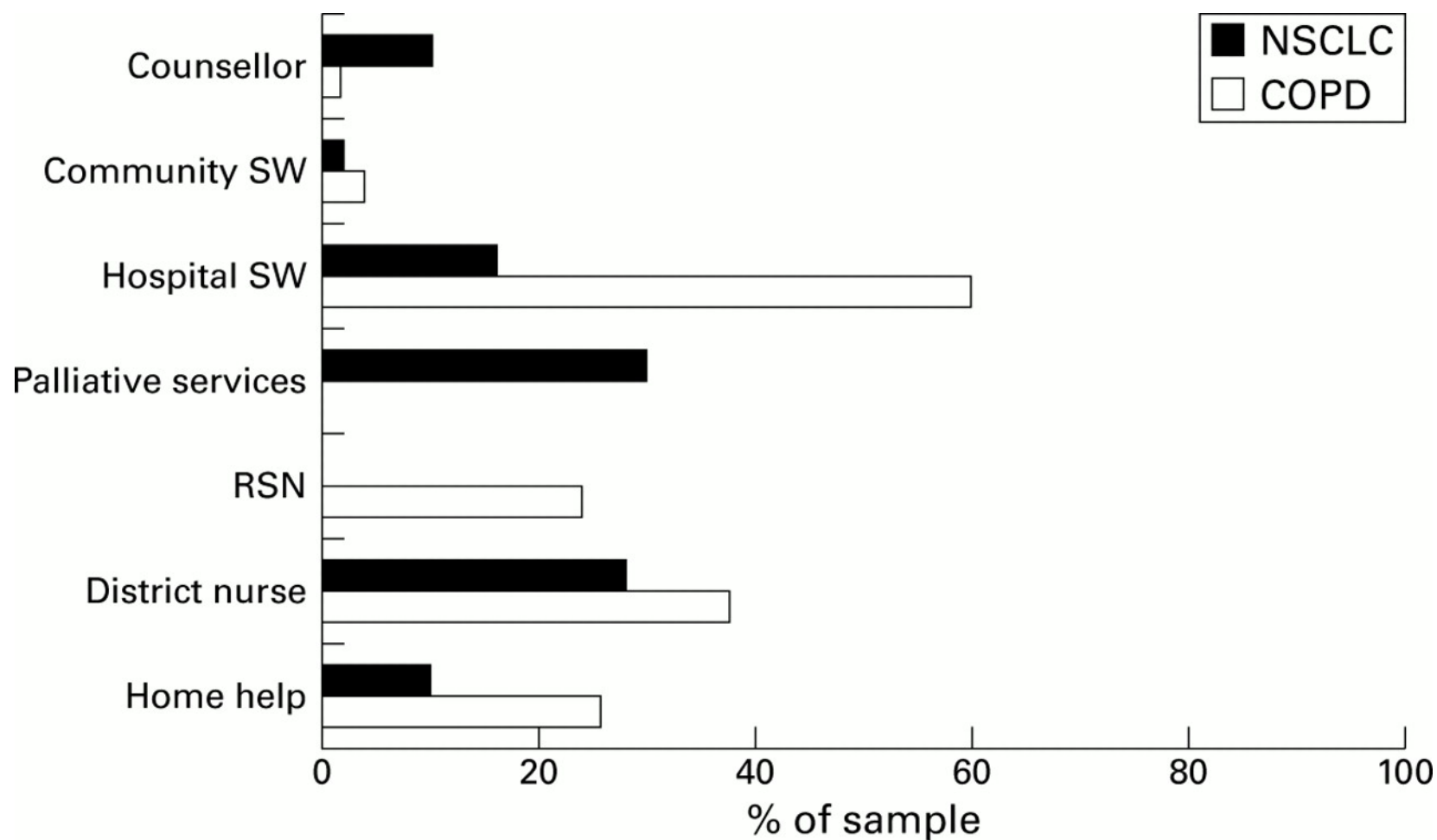
Halpin. COPD. 2008 Jun;5(3):187-200



Gore J M et al. Thorax 2000;55:1000-1006

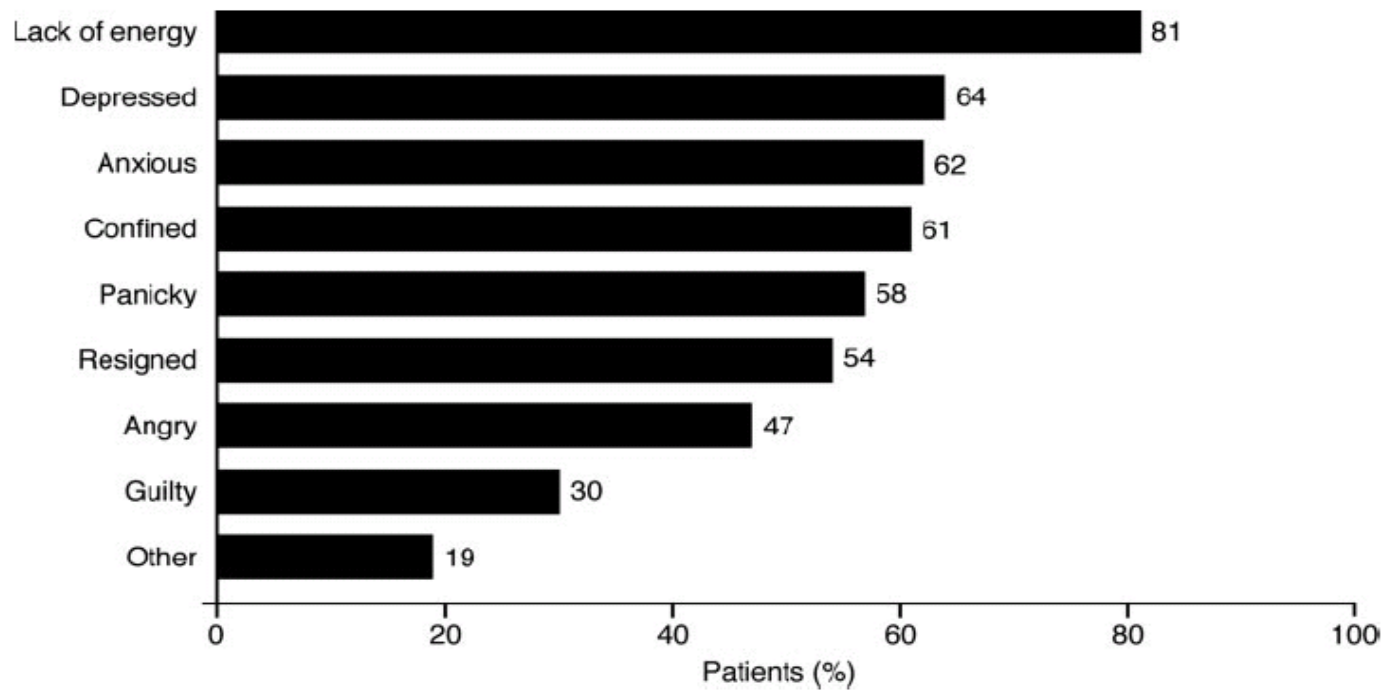


Proportion of each group receiving various community care services.



Gore J M et al. Thorax 2000;55:1000-1006

Kessler R. Chest. 2006 Jul;130(1):133-42



Casos durant el 2007	318 càncer	49 IOCA (13.4%)
Edat	69.3	75.3
Sexe, homes	209 (65.7%)	26 (53.1%)
Vivia amb parella i/o fills	247 (77.6%)	32 (65.3%)
Vivia sol	30 (9.4%)	4 (8.2%)
Vivia en una residència	10 (3.1%)	10 (20.4%)
Barthel previ	86 (DE 20.4)	54 (DE 33.3)
Barthel durant l'ingrés	42 (DE 26.7)	16 (DE 23.6)
Barthel a l'alta (dels vius)	57 (n=211) (DE 25.5)	32 (n=27) (DE 26.2)
Pfeiffer normal	56%	26.5%
Èxitus	99 (31.1%)	21 (42.9%)
Dies que el porta CCPP fins la mort	6.35	4.85
Dies que el port CCPP fins l'alta	8.05	6.57
Nº símptomes detectats	7	6.1
Derivats a la UCP	72 (32.9%)	3 (10.7%)
Derivats a una Convalescència	4 (1.8%)	4 (14.3%)
Derivats a una Llarga estada	1 (0.5%)	2 (7.1%)
Total derivats a CSS	77 (35.2%)	8 (32.1%)

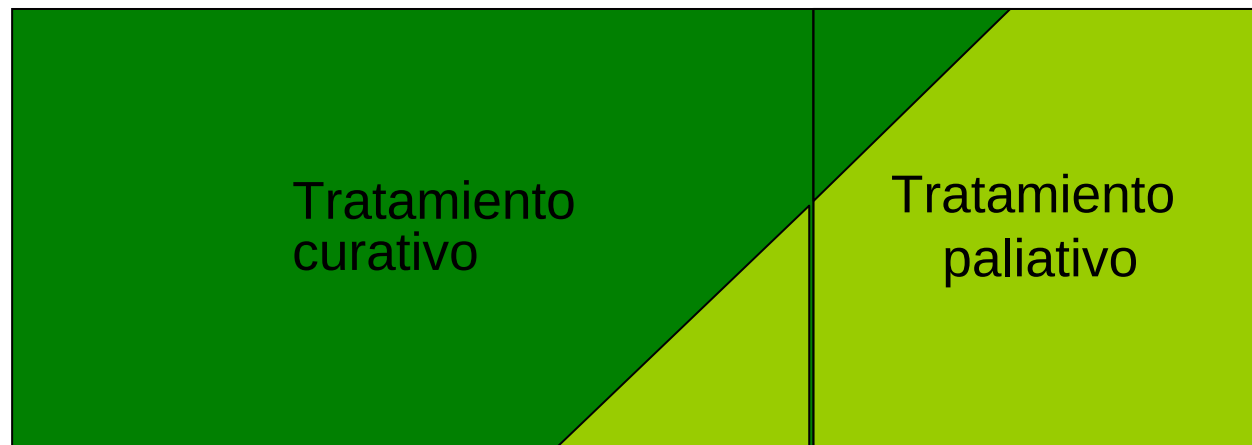
Romani Costa V, Expósito A, Estrada C, Velli P, Benet S, Almagro P.
Equip de suport hospitalari de cures pal·liatives, Medicina Interna.

síntomes	318 pacients amb càncer		49 pacients amb ioca		p
	n	%	n	%	
Aftes	16	5	1	2	ns
Agitació	39	12.3	8	16.3	ns
Anorèxia	259	81.4	35	71.4	ns
Ansietat	33	10.4	6	12.2	ns
Ascites	25	7.9	2	4.1	ns
Constipació	229	72	36	73.5	ns
Convulsions	4	1.3	3	6.1	0.05
Debilitat	314	98.7	48	98	ns
Diarrees	18	5.7	0		ns
Disfàgia	38	11.9	8	16.3	ns
Ranera	19	6	10	20.4	0.002
Rectorràgies	6	1.9	0		ns
Tristesa	131	41.2	10	20.4	0.007
Confusional	77	24.2	8	16.3	ns
Dispnea	87	27.4	27	55.1	0.0001
Hematèmesis	4	1.3	0		ns
Hematúria	7	2.2	1	2	ns
Hemoptisis	3	0.9	0		ns
Icterícia	25	7.9	3	6.1	ns
Impactació fecal	5	1.6	1	2	ns
Melenes	5	1.6	1	2	ns
Metrorràgies	2	0.6	0		ns
Nàusees	74	23.3	1	2	0.0001
Oclusió intestinal	8	2.5	0		ns
Pruit	8	2.5	1	2	ns
Retenció urinària	22	6.9	3	6.1	ns
Singlot	8	2.5	1	2	ns
Somnolència	85	27	23	47	0.006
Tos	29	9.1	1	2	ns
Úlcera	28	8.8	6	12.2	ns
Vòmits	66	20.8	0		0.001
Xerostomia	275	86.5	43	87.8	ns
Insomni	85	26.7	23	46.9	ns
Dolor	240	75.8	16	32.7	0.001

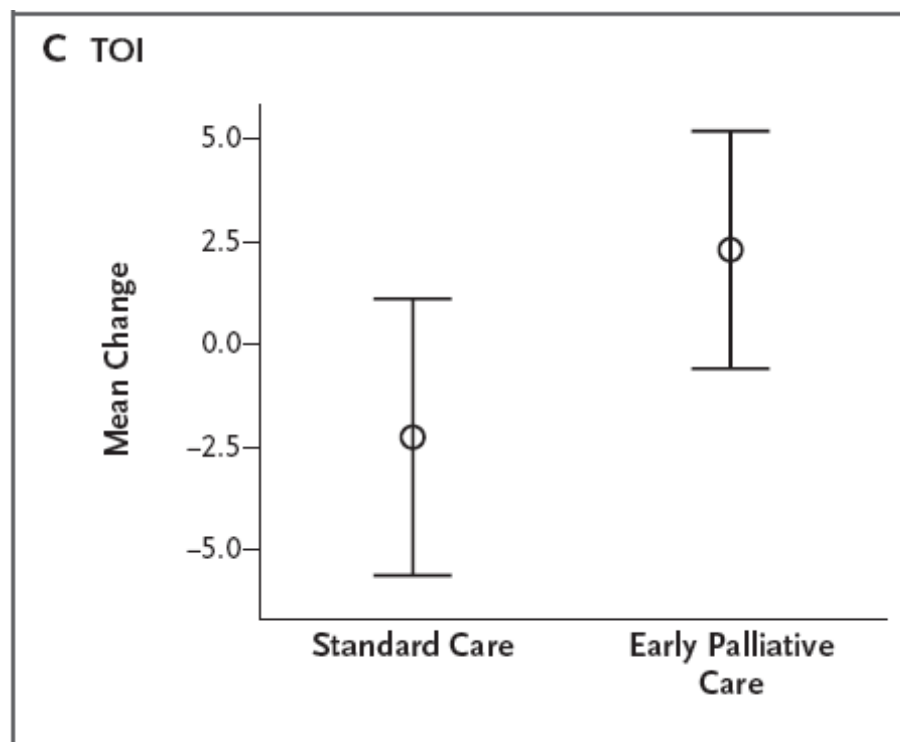
1. ¿Qué son y que no son los CCPP?
2. ¿Necesitan CCPP los pacientes EPOC?
3. ¿Cuándo y Cómo?

¿Cuándo y Cómo?

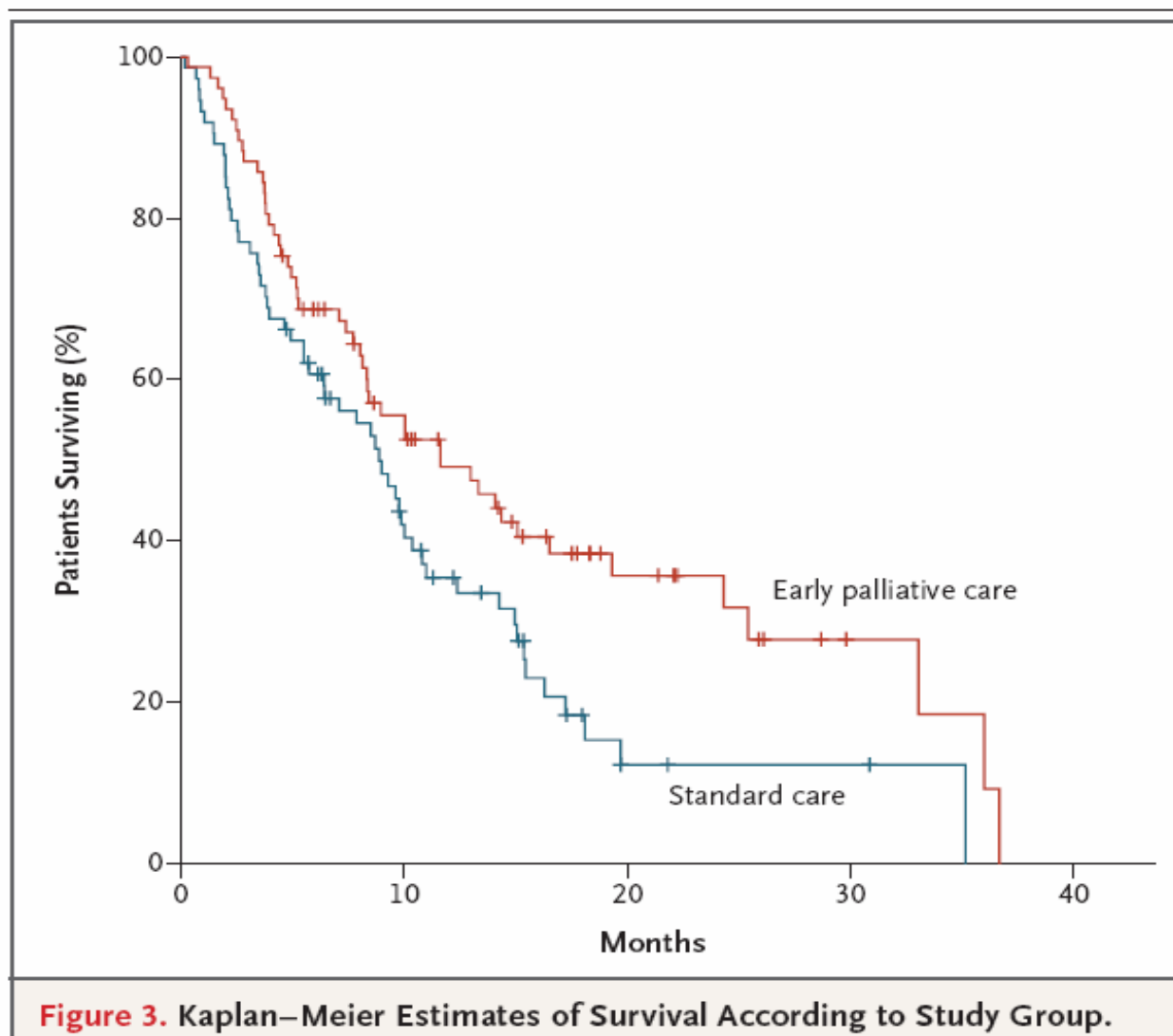
Modelos de intervención paliativa



J S Temel. NEJM 2010 Aug 19;363(8):733-42

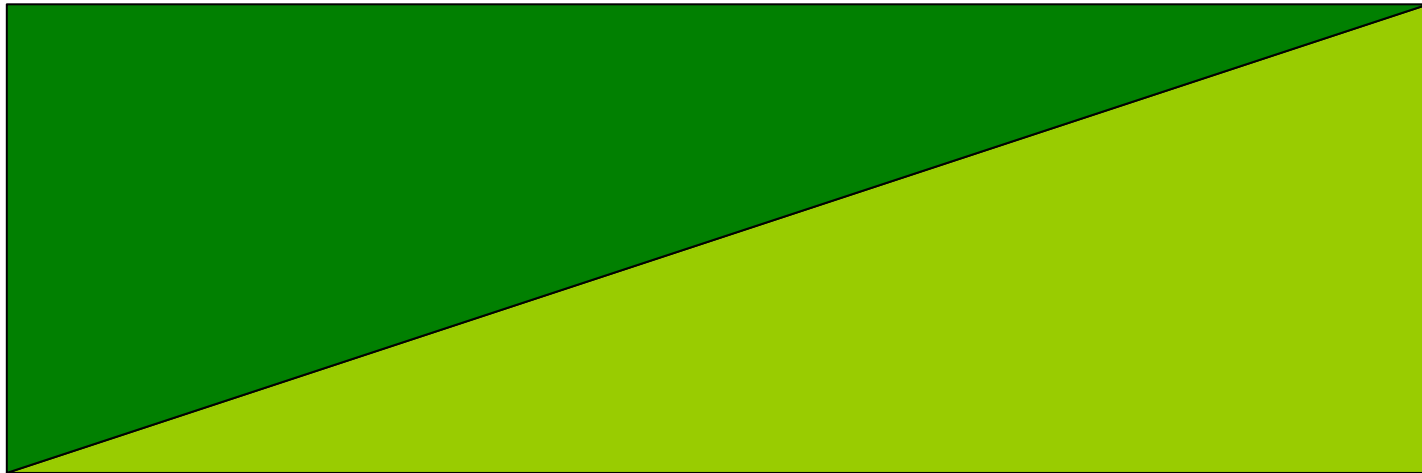


J S Temel. NEJM 2010 Aug 19;363(8):733-42



¿Cuándo?

Modelos de intervención paliativa



¿y Cómo?

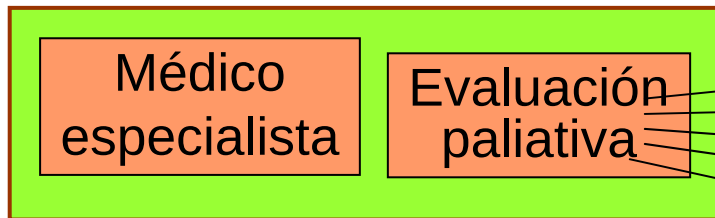
Modelos de intervención paliativa

- comunicación
- derecho a la información
- atención al cuidador
- apoyo familiar
- planificación anticipada
- decisiones claras
- evaluación de necesidades
- organización del cuidado
- respeto a la autonomía
- respeto a la voluntad del paciente
- continuidad asistencial
- control de síntomas
- soporte emocional

...

Calidad.

enfermo



C
C
P
P

Trabajo social
Médico
Enfermería
Psicólogo
Fisioterapeuta

Integrating Palliative Care in Severe Chronic Obstructive Lung Disease

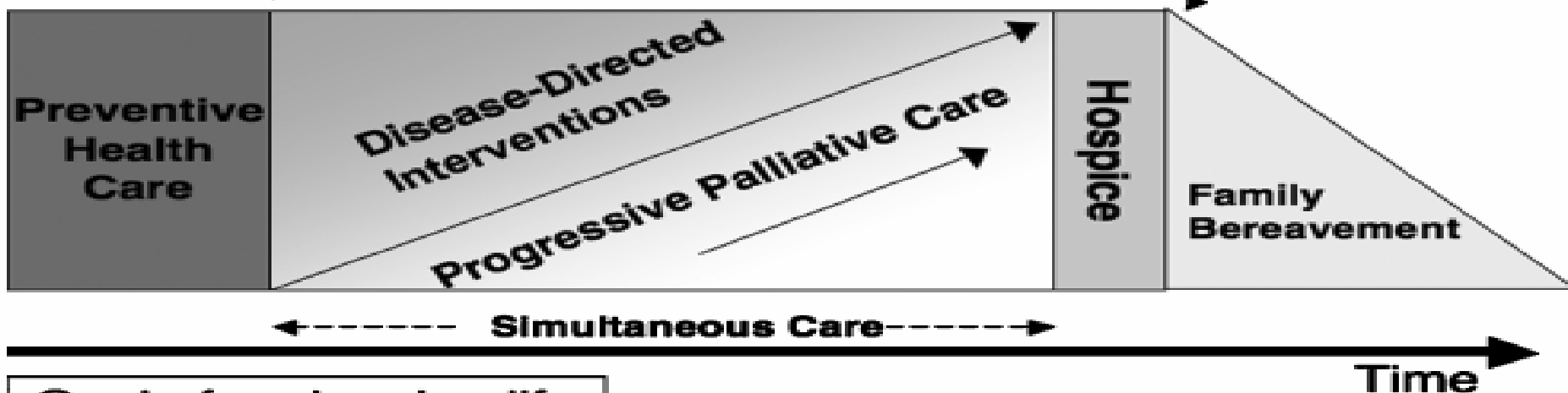
Kimberly A. Hardin ^a; Frederick Meyers ^a; Samuel Louie ^a

^a UCD Health System Pulmonary Rehabilitation Program, Department of Internal Medicine, University of California, Davis, Sacramento, CA, USA

Online Publication Date: 01 August 2008

Diagnosis

Death



Goal of prolonging life

Goal of Preserving Functionality

Goal of Comfort

Figure 1. Integrated palliative care for COPD patients and families. Adapted from Ref. (32).

Kimberly A Harden. COPD 2008. 5:207-220

Table 4. Selection criteria for palliative care severe COPD patients

- GOLD stages II through IV
- ≥ 2 /yr hospital admission for COPD exacerbation
- BODE index scores ≥ 5
- ICU admission for respiratory failure
- Home non-invasive positive pressure ventilation
- Supplemental oxygen requirement
- Patients with $>10\%$ in 6 months or BMI $<21\text{kg/m}^2$
- Concomitant CHF
- Patients with transplant or LVRS – pre- or post-
- Lack of home support system
- Presence of anxiety or depression
- Patients expressing poor symptom control
- Patients who are unable to meet their ADLs

BODE = body mass index, airway obstruction, dyspnea, exercise performance (Ref. 26).

ICU = intensive care unit.

CHF = congestive heart failure.

LVRS = lung volume reduction surgery.

ADL = activities of daily living.

J.Escarrabill. Arch Broncon. 2009 Jun;45(6):297-303.

Table 3

Profile of the Patient Who May Die Within 6-12 Months

FEV₁<30%

Scant physical activity

Dependence on caregivers for the basic activities of daily living

Not dressing every day

Inability to walk up a few steps without resting

Walking less than 30 minutes per day

Consumption of healthcare resources

Three or more severe exacerbations (emergency department visits and/or hospitalizations) in the past year

>21 days of hospital care during the previous year

General health affected by disease

Comorbidities

Body mass index <21 kg/m²

Dyspnea (3-4 on the modified MRC scale)

A BODE index score between 7 and 10

Personal and social factors

Older age

Depression

Living alone (or without a partner)

Abbreviations: FEV₁, forced expiratory volume in the first second; MRC: Medical Research Council.

Adapted from Hansen-Flaschen,¹² Chu et al,¹³ and Celli et al.¹⁴

Almagro P. Rev Clin Esp 2009; 209 (8): 364-370

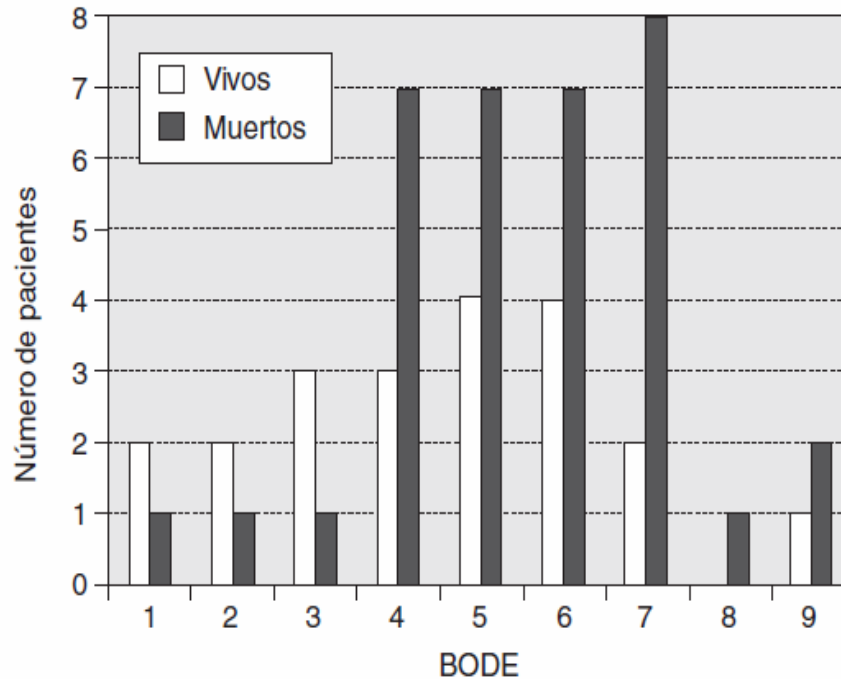
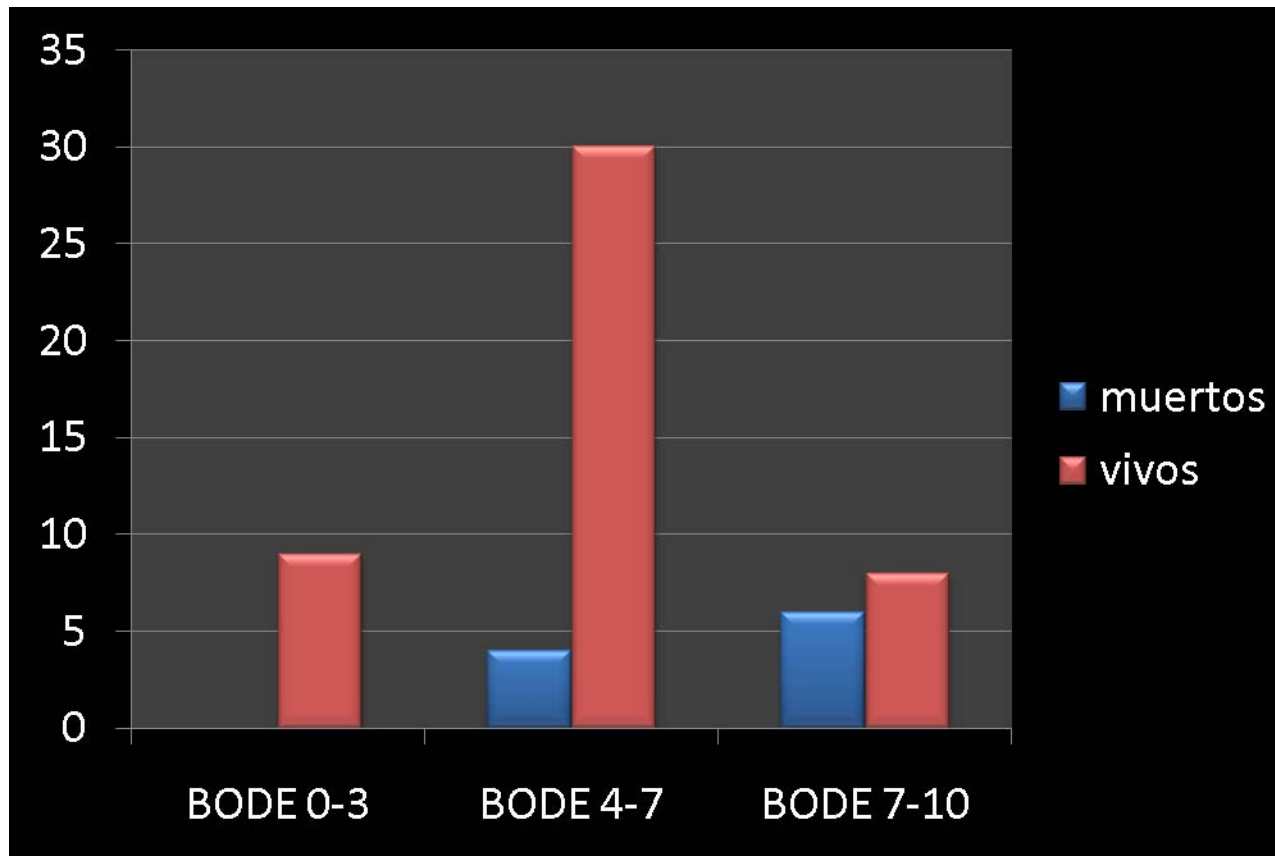


Figura 2 Relación entre la puntuación BODE y la mortalidad.



$p < 0.004$; O.R.: 5,579; IC 95%: 1,7-18,2

BODE 8: WT < 149, disnea 100 m, FEV1 < 35%

Palliative Medicine 2010; 24(7):740-741.

Using a prediction of death in the next 12 months as a prompt for referral to palliative care acts to the detriment of patients with heart failure and chronic obstructive pulmonary disease



Palliative Medicine
24(7) 740-741
© The Author(s) 2010

¿Se sorprendería si su paciente falleciese en 12m?

En un 40% de los pacientes en su última semana de vida, sus médicos pronosticaban una esperanza de vida de 6 o más meses.

La pregunta es inadecuada en la IC y en la EPOC, su uso puede retrasar el inicio de una aproximación paliativa.

Representa además una visión estrecha de los CP, que deberían extenderse hacia la paliación continua, como una parte más de los cuidados.

Conclusiones

- El médico que quiera atender enfermos con epoc debe dominar la filosofía y la práctica de los cuidados paliativos.
- Colaborar con paliatólogos es necesario para la buena praxis.
- En enfermos ingresados por exacerbación, considerar siempre la coordinación con ccpp.
- En enfermos ambulatorios, cuando el sufrimiento es de difícil control remitir a las consultas de ccpp.

Hilary Pinnock. BMJ 2011; 342:d142

BMJ

RESEARCH

Living and dying with severe chronic obstructive pulmonary disease: multi-perspective longitudinal qualitative study

Los pacientes consideran la EPOC más una forma de vida que una enfermedad.

