



ethics

Palliative and End-of-Life Care for Patients With Cardiopulmonary Diseases*

American College of Chest Physicians Position Statement

Paul A. Selecky, MD, FCCP; Col Arn H. Eliasson, MC, USA, FCCP; Richard L. Hall, MD, FCCP; Roslyn F. Schneider, MD, FCCP; Basil Varkey, MD, FCCP; and the ACCP Ethics Committee, D. Robert McCaffree, MD, FCCP, Chair

Acute and chronic pulmonary and cardiac diseases often have a high mortality rate, and can be a source of significant suffering. Palliative care, as described by the Institute of Medicine, "seeks to prevent, relieve, reduce or soothe the symptoms of disease or disorder without effecting a cure. . . Palliative care in this broad sense is not restricted to those who are dying or those enrolled in hospice programs." The American College of Chest Physicians strongly supports the position that such palliative and end-of-life care of the patient with an acute devastating or chronically progressive pulmonary or cardiac disease and his/her family should be an integral part of cardiopulmonary medicine. This care is best provided through an interdisciplinary effort by competent and experienced professionals under the leadership of a knowledgeable and compassionate physician. To that end, it is hoped that this statement will serve as a framework within which physicians may develop their own approach to the management of patients requiring palliative care.

Key words: advance directives; hospice care;

American Thoracic Society Documents

An Official American Thoracic Society Clinical Policy Statement: Palliative Care for Patients with Respiratory Diseases and Critical Illnesses

Paul N. Lanken, Peter B. Terry, Horace M. DeLisser, Bonnie F. Fahy, John Hansen-Flaschen, John E. Heffner, Mitchell Levy, Richard A. Mularski, Molly L. Osborne, Thomas J. Prendergast, Graeme Rucker, William J. Sibbald[†], Benjamin Wilfond, and James R. Yankaskas, on behalf of the ATS End-of-Life Care Task Force

THIS OFFICIAL STATEMENT OF THE AMERICAN THORACIC SOCIETY (ATS) WAS ADOPTED BY THE ATS BOARD OF DIRECTORS, MARCH 2007

**¿Realmente es un
problema emergente?**

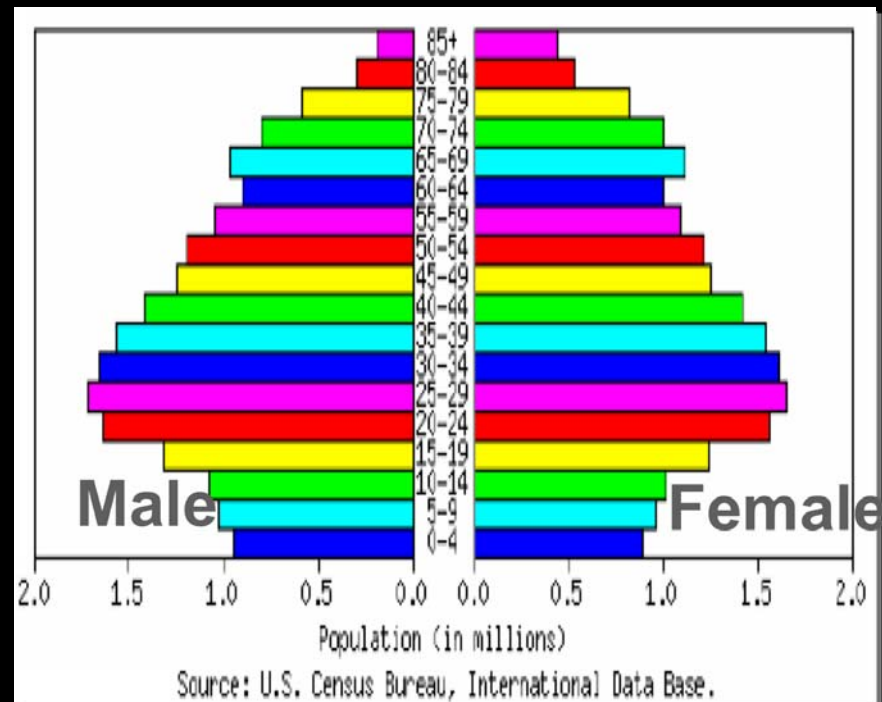
**Tiene más de 10 años
de historia**

Cuidados paliativos en no oncológicos

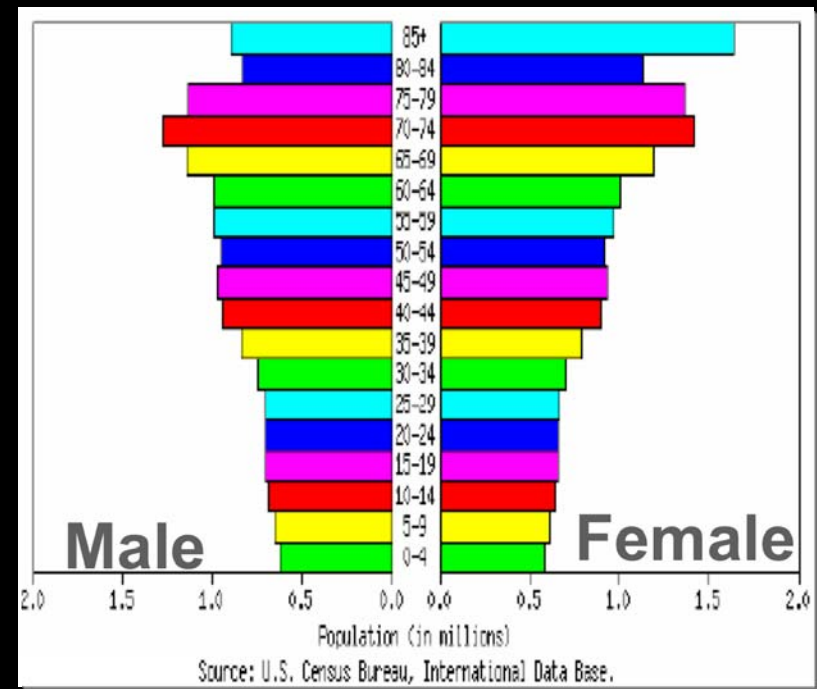
**¿CONOCEMOS LA
MAGNITUD DEL
PROBLEMA?**

¿Conocemos la magnitud del problema?

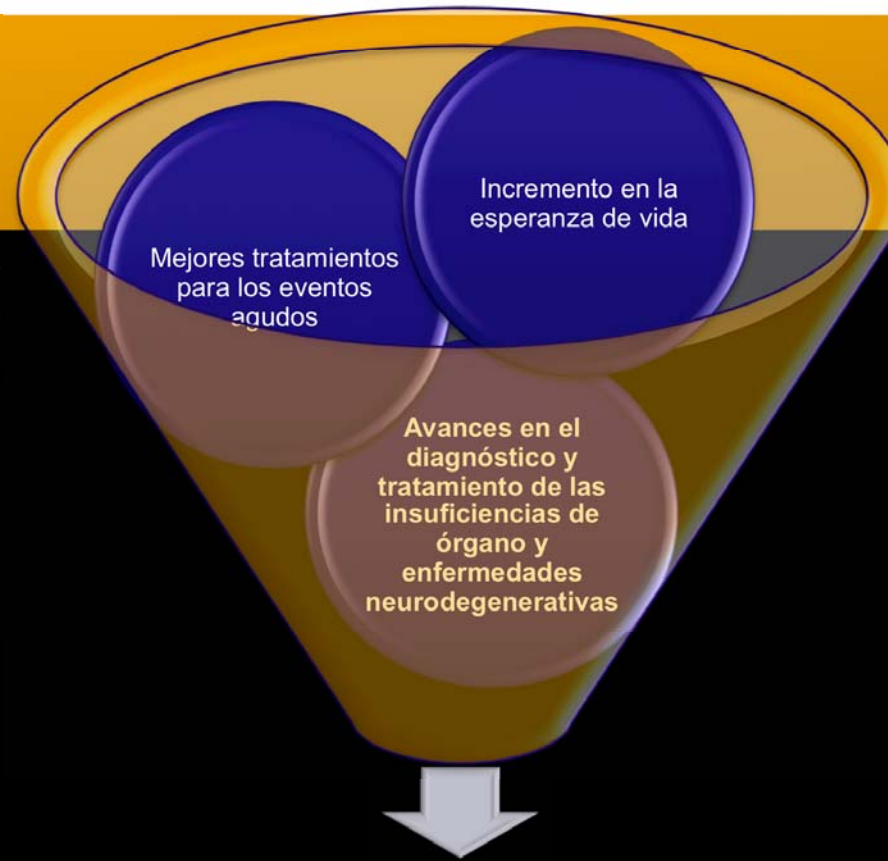
Año 2000



Año 2050



EN LOS PRÓXIMOS AÑOS

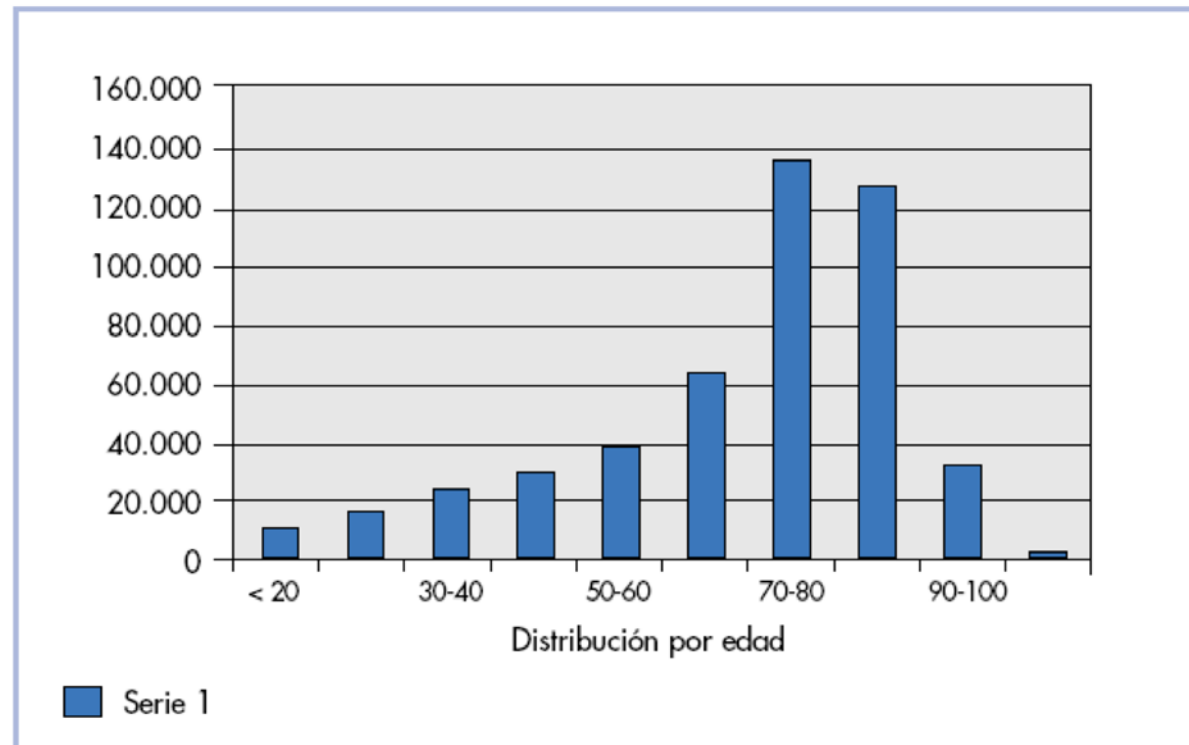


Mayor supervivencia

Aumento de la prevalencia de la patología crónica en los ancianos especialmente en su forma avanzada

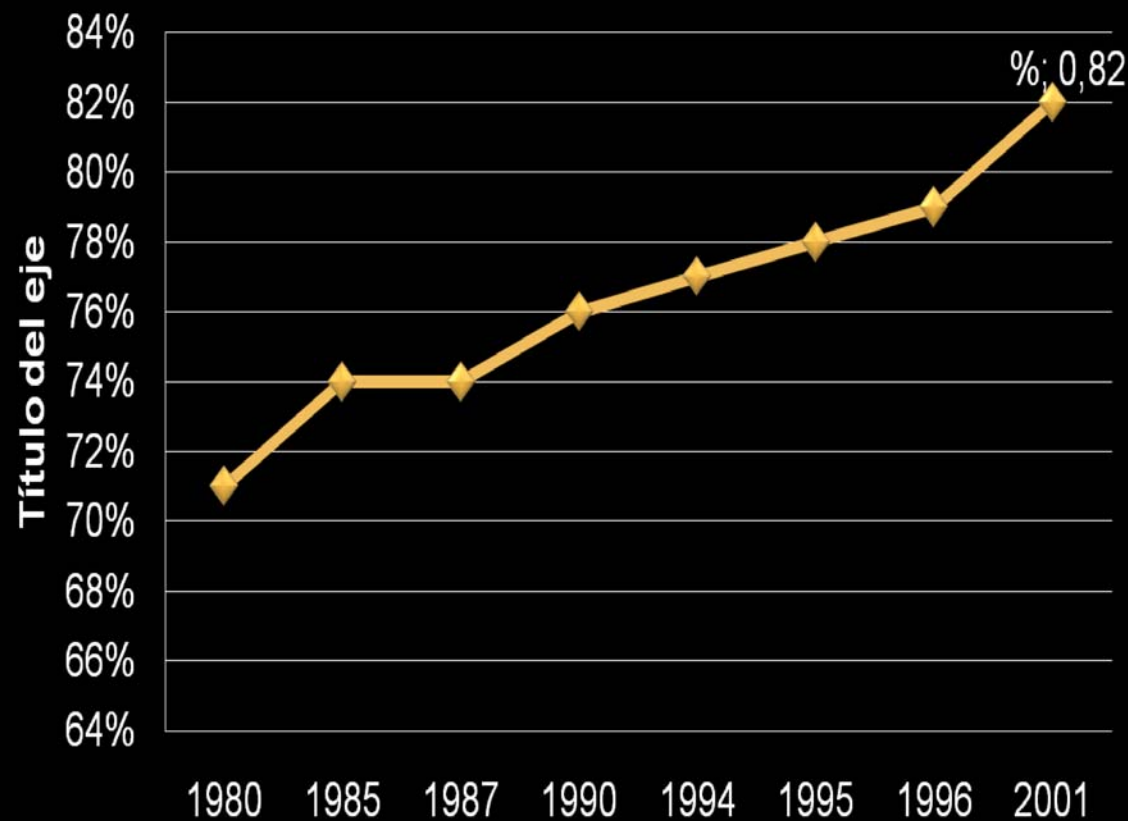
Realidad en los servicios de Medicina Interna

Han sido vistos 535 pacientes centenarios.



Relación entre envejecimiento y mortalidad

“Defunciones en mayores de 65 años respecta a totales”



— En España > 80% de los éxitos en ≥ 65 a

— Esta proporción se va incrementando

Causas de mortalidad

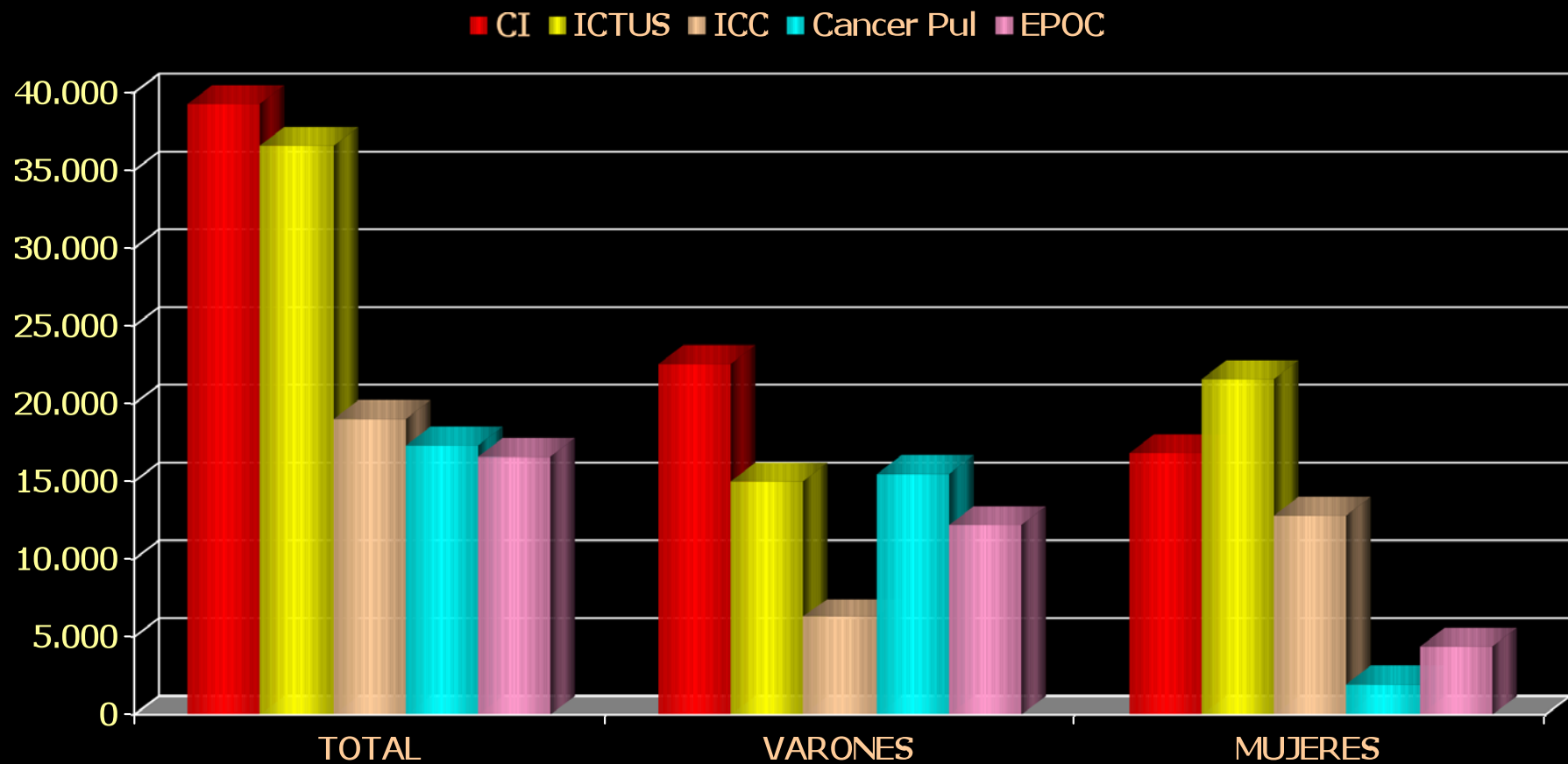


Tabla 2. Correspondencia de la taxonomía de las patologías según la CIE-10 e INE

	Patología	Correspondencia CIE-10*	Códigos INE
Oncológicos	Cáncer	C00-D48	0090-41 Tumores
No oncológicos	Insuficiencia cardíaca	I50	067 Insuficiencia cardíaca
		I00-I02, I26-I49, I51, I52	058 Otras enfermedades del corazón
	Insuficiencia renal	N00-N29	077 Enfermedades del riñón y del uréter
	Insuficiencia hepática	K70, K72.1, K73, K74, K76.1.9	071 Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado
	EPOC	J40-J44, J47	064 Enfermedades crónicas de vías respiratorias inferiores (excepto asma)
		J00-J99	067 Otras enfermedades del sistema respiratorio
	ELA y enfermedades de motoneurona, Parkinson, Huntington	G00-H95	062 Otras enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos
	Alzheimer	F00-F09	048, 051 y 060 046 Trastornos mentales orgánicos, senil y presenil
SIDA	B20-B24	006 SIDA	

* Actualmente se utiliza la CIE-9 y está en fase de actualización de la CIE-10.

Fuente: CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades. INE: Instituto Nacional de Estadística.

Magnitud de paciente médico en fase terminal no oncológico

Comunidad Autónoma	Población	Defunciones patología oncológica	Defunciones 9 patologías no oncológicas	TOTAL defunciones onco + 9 no onco
Andalucía	7.687.518	16.028	21.910	37.938
Aragón	1.249.584	3.534	4.529	8.063
Asturias	1.073.761	3.427	4.203	7.630
Baleares	955.045	1.905	2.470	4.375
Canarias	1.915.540	3.450	3.819	7.269
Cantabria	554.784	1.492	1.891	3.383
Castilla-La Mancha	1.848.881	4.430	6.139	10.569
Castilla y León	2.493.918	7.397	9.282	16.679
Cataluña	6.813.319	16.182	20.794	36.976
Com. Valenciana	4.543.304	10.026	13.356	23.382
Extremadura	1.075.286	2.769	3.566	6.335
Galicia	2.750.985	7.848	10.597	18.445
Madrid	5.804.829	11.436	14.653	26.089
Murcia	1.294.694	2.485	3.524	6.009
Navarra	584.734	1.378	1.727	3.105
País Vasco	2.115.279	5.482	6.430	11.912
Rioja	293.553	763	981	1.744
Ceuta	74.654	110	145	255
Melilla	68.016	102	134	236
TOTAL ESPAÑA	43.197.684	100.244	130.150	230.394

Fuente: INE 2007.

¿Conocemos la magnitud del problema?

Elevada prevalencia

Sabemos a que edad se mueren

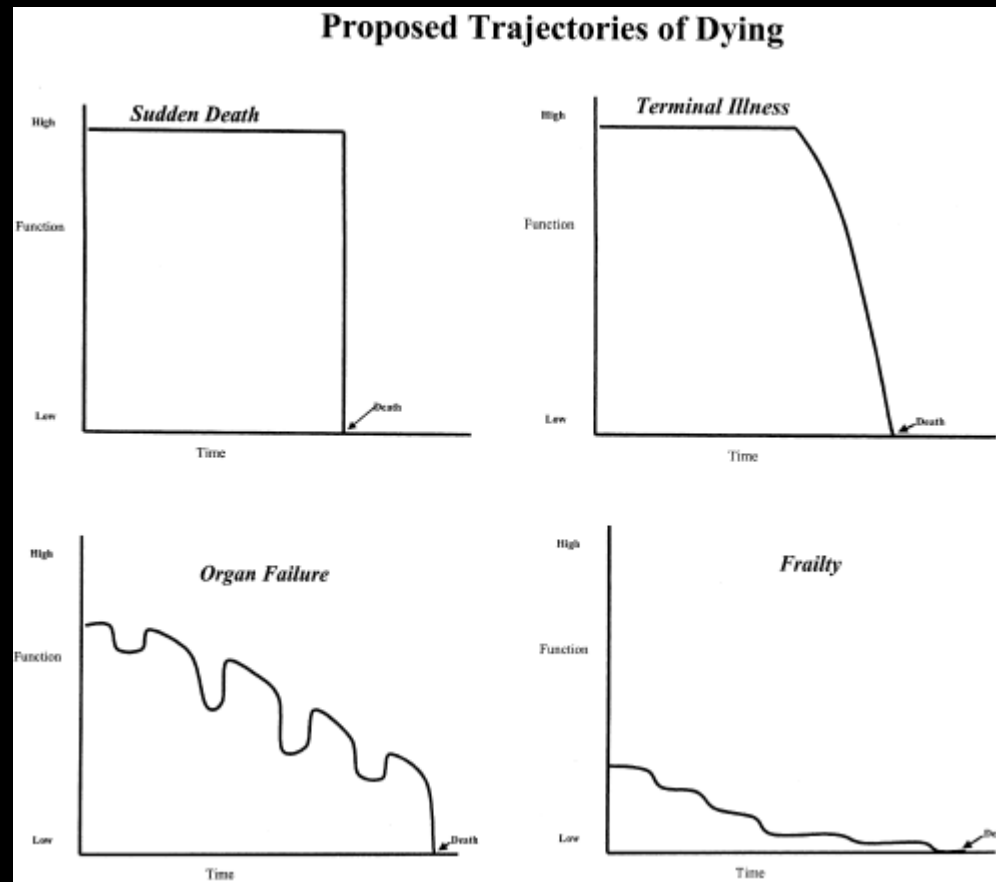
Sabemos de que se mueren

¿Cómo se mueren?

Concepto de final de vida

- **Criterios de últimos días:**
 - Marcado declinar funcional
 - Alteración signos vitales
 - Se prevé la muerte en horas o días
- **Criterios de elegibilidad de servicio:**
 - Criterios para entrar en un programa "Hospice"
 - Pronóstico inferior a 6 meses
- **Criterios de severidad y progresión**

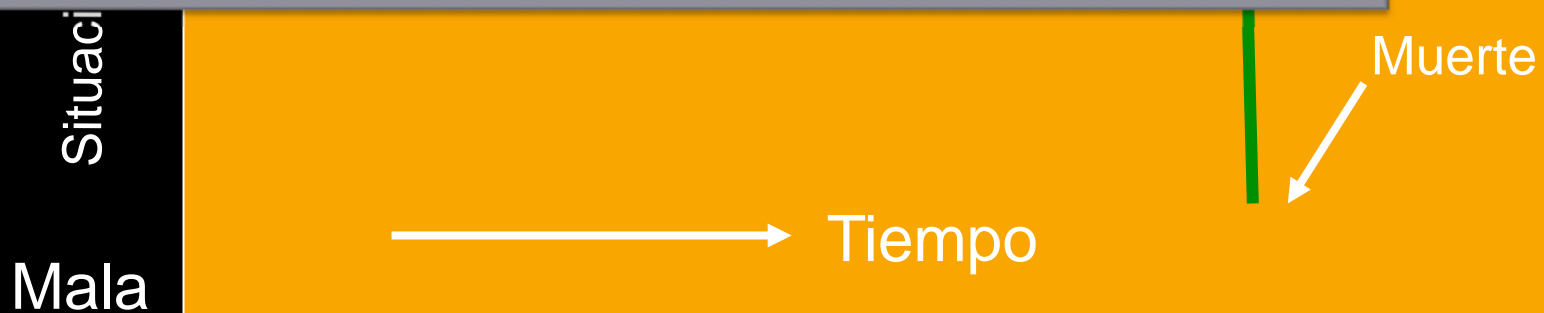
¿Cómo se muere?



Evolución de la enfermedad hacia el final de la vida

Muerte súbita

- Grupo pequeño
- Relativamente jóvenes: en los ancianos <10%
- Sólo un 1% fallecen ingresados en el hospital
- La mayoría son varones



Evolución de la enfermedad hacia el final de la vida

- No diferencias en el sexo
- 60% > 75 años
- Algún recurso de Cuidados paliativos en el 50%

E



Evolución de la enfermedad hacia el final de la vida

- La mayoría mueren entre 75 y 84 años
- Cerca del 100% fueron hospitalizados alguna vez en el último año de vida
- Es difícil estimar la supervivencia
- Gran consumo de recursos

Buena

Situación funcional

Mala

→ Tiempo

Muerte



Evolución de la enfermedad hacia el final de la vida

- Los mas ancianos (>80 años el 66%)
- Mas mujeres (61%)
- Mayor porcentaje de ingreso en residencias
- Ayuda en las AVD
- Supervisión 24 horas



Cuidados paliativos en pacientes no oncológicos

Elevada prevalencia

Sabemos a que edad se mueren

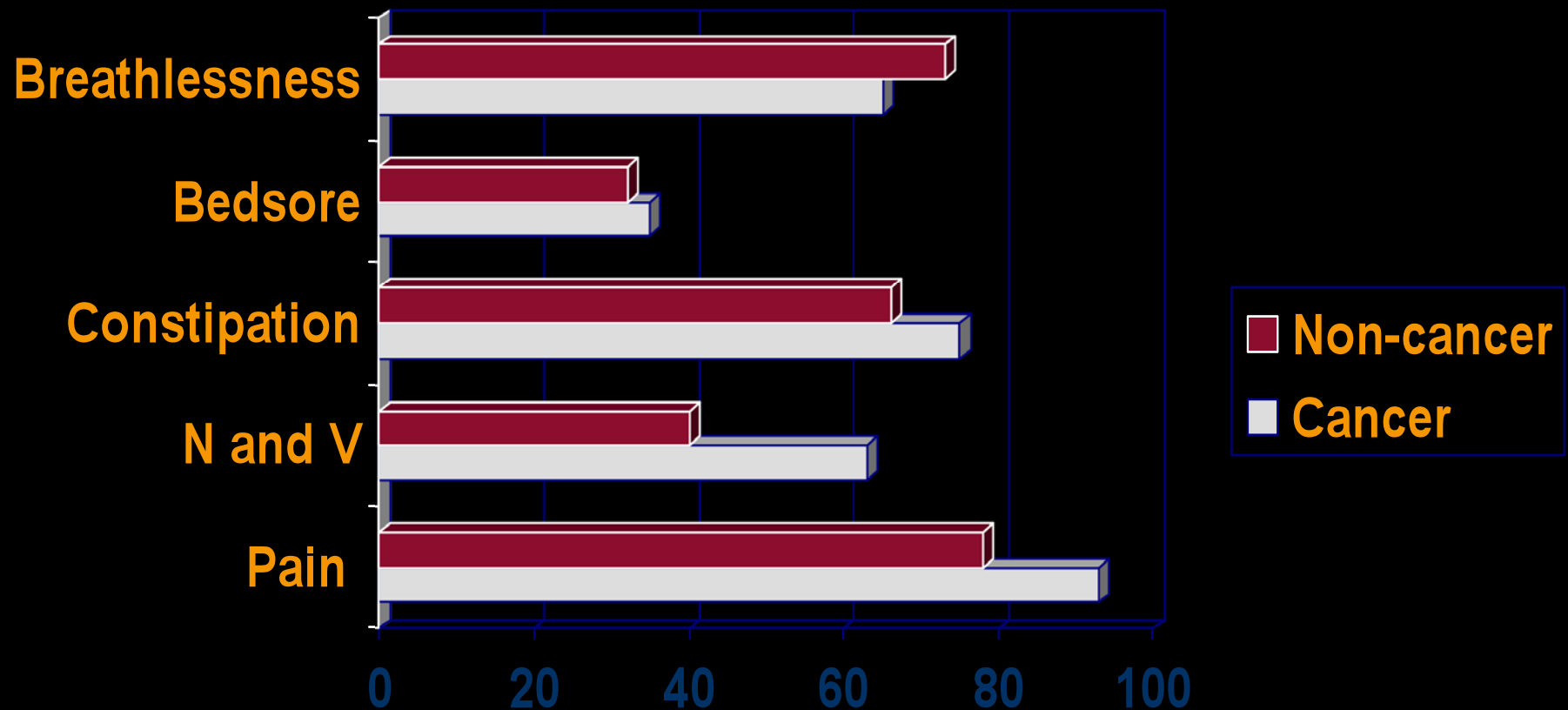
Sabemos de que se mueren

Existen diferentes trayectorias de morir

Cuidados paliativos en no oncológicos

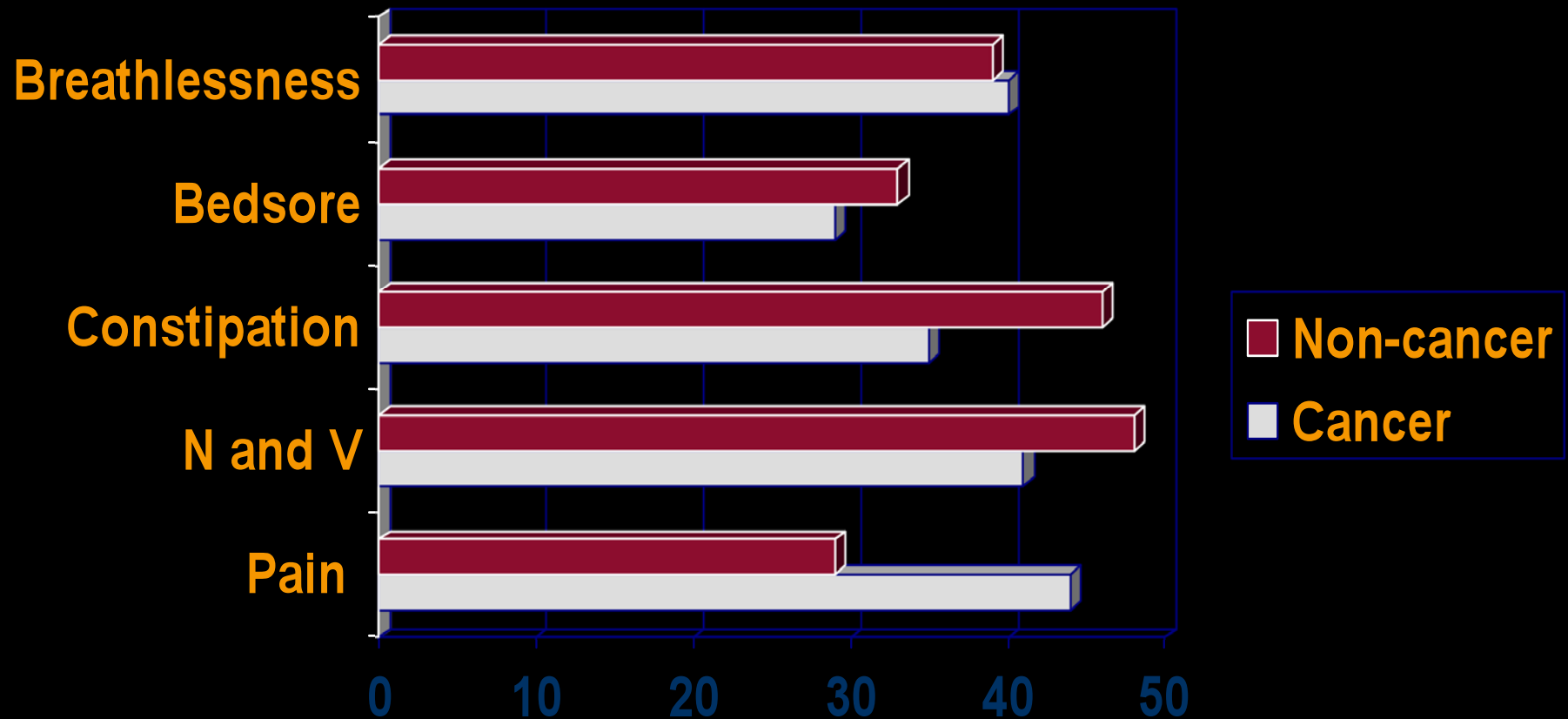
**¿SON APLICABLES LOS
CUIDADOS DEL
PACIENTE ONCOLÓGICO
AL PACIENTE NO
ONCOLOGICO?**

Síntomas en casa en los 3 últimos meses



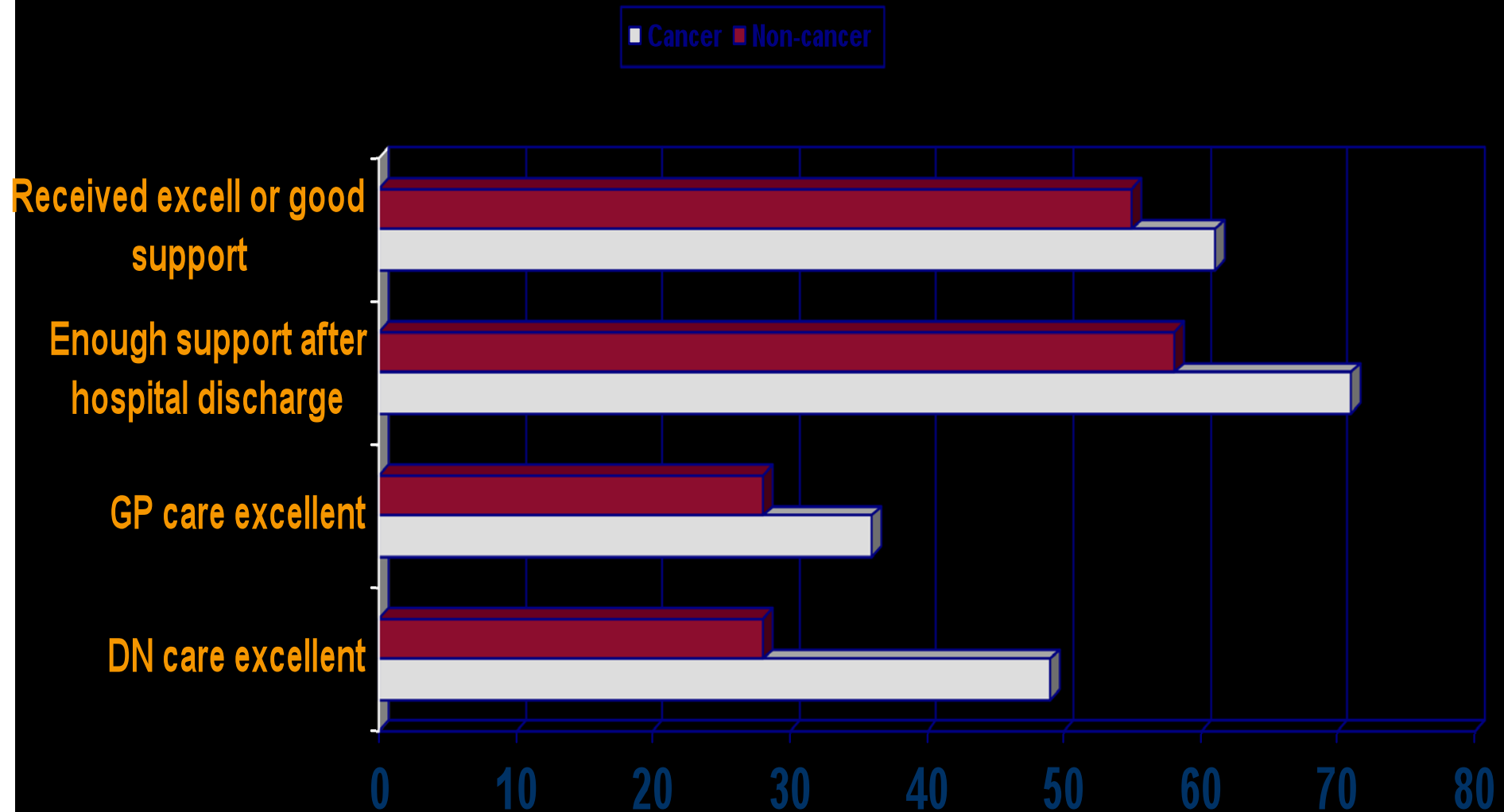
All but bedsore significantly different

Intensidad del tratamiento



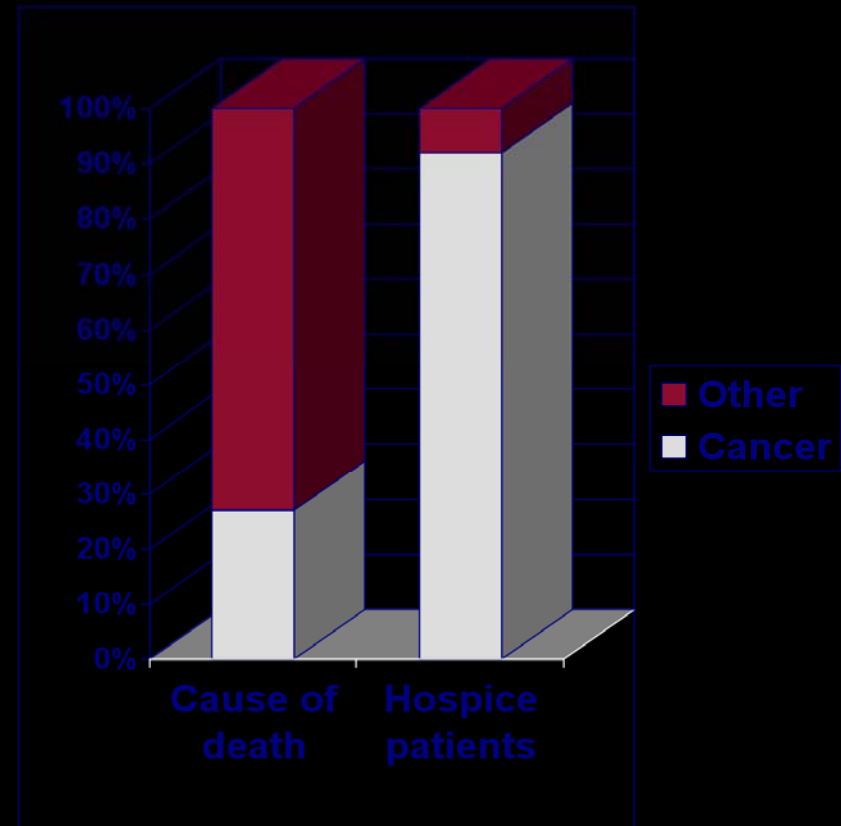
Pain and constipation significantly different

Apoyo de la seguridad social



But, hospice and specialist palliative care in UK (almost) = cancer

- In 2004/2005, 8% had a diagnosis other than cancer
- 27% died of cancer in England and Wales in 2004



En resumen:

- Existe evidencia de que pacientes terminales no oncológicos experimentan síntomas físicos similares a los de los pacientes oncológicos.
- Sus familias experimentan niveles similares de ansiedad y estrés que las familias de los pacientes oncológicos.
- Los modelos de atención paliativa para pacientes con cáncer no pueden ser apropiados por otros pacientes con enfermedades restrictivas de vida.

‘Palliative care should be provided on the basis of need, not diagnosis’

Cuidados Paliativos en pacientes no oncológicos

Elevada prevalencia

Sabemos a que edad se mueren

Sabemos de que se mueren

Existen diferentes trayectorias de morir

CP diferentes