



31
MAIG 2013

V Jornada d'Atenció
Compartida en
Pneumologia AIS-BE

hp
Hospital Plató

Àrea Integral
de Salut
Barcelona Esquerra

Institut Català de la Salut
Àmbit d'Atenció Primària
Barcelona Ciutat

C S B Consorci Sanitari de Barcelona
Ens públic de la Generalitat de Catalunya
i l'Ajuntament de Barcelona

CLÍNIC
Corporació Sanitària

CAPs
eixample

cap
Sarrià
Vallvidrera
Les Planes

Capio Hospital Universitari Sagrat Cor

Conseil Català
de Formació Contínua de
Professions Sanitàries

Tratamiento de la enfermedad pulmonar avanzada: quién, cómo y dónde?

22 Manual SEPAR. Manual de Atención Domiciliaria del paciente EPOC. 2011



Dra. Pilar Martínez Olondris
Unidad de Neumología
Hospital Platón

ENFERMEDAD PULMONAR AVANZADA

La enfermedad pulmonar avanzada se caracteriza por:

- Deterioro progresivo de larga evolución.
- Presencia de agudizaciones graves que requieren hospitalización y que pueden llevar a la muerte.
- Práctica ausencia de periodos sin síntomas.
- Si el paciente falleciera en los siguientes 12 meses no nos sorprendería (NECPAL +).





INSTRUMENTO NECPAL CCOMS-ICO[©]

(Necesidades Paliativas)

INSTRUMENTO PARA LA IDENTIFICACIÓN DE PERSONAS EN SITUACIÓN DE ENFERMEDAD AVANZADA – TERMINAL Y NECESIDAD DE ATENCIÓN PALIATIVA EN SERVICIOS DE SALUD Y SOCIALES

¿Para qué sirve el instrumento NECPAL CCOMS-ICO[©]?

- Se trata de una estrategia de identificación de enfermos que requieren medidas paliativas, especialmente en servicios generales (Atención Primaria, servicios hospitalarios convencionales, etc.)
- La intención del instrumento NECPAL CCOMS-ICO[©] es identificar enfermos que requieren medidas paliativas de cualquier tipo
- Una vez identificado el paciente, hay que iniciar un enfoque paliativo consistente en la aplicación de las recomendaciones que se explicitan en los *6 Pasos para una Atención Paliativa* (ver más adelante)
- La identificación de esta situación **no contraindica ni limita medidas de tratamiento específico de la enfermedad** si están indicadas o pueden mejorar el estado o la calidad de vida de los enfermos
- Las medidas paliativas pueden ser implementadas por cualquier equipo en cualquier servicio de salud

Perfil del paciente que puede fallecer en los siguientes 6–12 meses

FEV1 30%	
Poca actividad física:	<ul style="list-style-type: none">- Dependencia de otros para las actividades básicas de la vida diaria.- No se viste cada día.- No puede subir pocos escalones sin parar.- Camina menos de 30 minutos al día.
Consumo de recursos sanitarios:	<ul style="list-style-type: none">- Tres o más exacerbaciones graves durante el año anterior.- Días de ingreso superiores a 21 durante el año anterior.
Afectación del estado general:	<ul style="list-style-type: none">- Comorbilidades.- Índice de Masa Corporal inferior a 21 kg/m²- Disnea (3-4 en la escala modificada de la MRC).- Valores del índice BODE entre 7 y 10.
Entorno social y esfera personal:	<ul style="list-style-type: none">- Edad avanzada.- Depresión.- Vive solo.

FEV₁: volumen espiratorio forzado en el primer segundo; MRC: Medical Research Council.

Adaptada de Hansen-Flaschen¹², Chu et al¹³ y Celli et al¹⁴.



Descripción de los Pacientes que cumplen los criterios de Crónico Complejo en un Hospital Comunitario

Resultados: Los resultados obtenidos corresponden a un periodo de 8 meses (Mayo-Diciembre 2012), 94 pacientes:

- Hasta el 25% de los ingresos en Medicina Interna y especialidades médicas cumplen con la definición de PCC.
- Las patologías más prevalentes son la IC y la EPOC.
- Una tercera parte ingresa más de 3 veces, el 71% toman más de 10 fármacos y el 60% vuelven a su domicilio.



OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO Y CUIDADOS PALIATIVOS

- Control de la sintomatología.
- Comunicación empática, soporte emocional y social: integra los aspectos espirituales y psicológicos del cuidado del paciente.
- Ayudar a los pacientes a vivir de la forma más activa como les sea posible hasta la muerte.
- Favorecer la implicación en los cuidados del paciente de familiares/ cuidadores en la fase terminal.
- Dar respuesta a las necesidades de los familiares, incluyendo soporte emocional en el duelo.
- Conseguir la máxima calidad de vida del paciente y familiares.
- Mejorar la calidad de la asistencia, centrada en el enfermo como eje del sistema y la integración de niveles de atención sanitaria.

TRATAMIENTO SINTOMÁTICO

- Disnea
- Tos
- Dolor
- Pérdida de peso
- Trastornos del ritmo deposicional
- Alteraciones del ritmo del sueño
- Ansiedad/depresión



TRATAMIENTO DE LA DISNEA

- La disnea es el síntoma más incapacitante y prevalente en la enfermedad pulmonar avanzada.
- Tto habituales: broncodilatadores, corticoides, oxígeno terapia, rehabilitación pulmonar.
- Escala de medida:

Tabla IV. Algunas escalas de disnea.

MRC	NYHA	ESCALA DE BORG (modificada)
<p>0: No sensación de falta de aire al correr en llano o subir cuestas</p> <p>1: Sensación de falta de aire al correr en llano o subir cuestas</p> <p>2: Anda más despacio que las personas de su edad en llano por falta de aire o tiene que parar para respirar cuando anda a su propio paso en llano</p> <p>3: Para a respirar después de andar unos 100m o tras pocos minutos en llano</p> <p>4: La falta de aire le impide salir de casa o se presenta al vestirse o desnudarse</p>	<p>Clase I: Ausencia de síntomas con la se presenta al vestirse o desnudarse actividad habitual</p> <p>Clase II: Síntomas con la actividad ordinaria</p> <p>Clase III: Síntomas con actividad inferior a la ordinaria.</p> <p>Clase IV: Síntomas al menor esfuerzo o en reposo.</p>	<p>0: Nada de nada</p> <p>0,5: Muy, muy ligera apenas apreciable)</p> <p>1: Muy ligera</p> <p>2: Ligera</p> <p>3: Moderada</p> <p>4: Algo intensa</p> <p>5: Intensa</p> <p>6: Entre 5 y 7</p> <p>7: Muy intensa</p> <p>8: Entre 7 y 9</p> <p>9: Muy, muy intensa (casi máxima)</p> <p>10: Máxima</p>

M.R.C.: Medical Research Council; NYHA: New York Heart Association.

TRATAMIENTO DE LA DISNEA II

- **Rehabilitación pulmonar y Ventilación mecánica no invasiva:**
 - La CPAP y la BiPAP puede mejorar la tolerancia al ejercicio y la disnea, en paciente con EPOC grave o muy grave dentro de un marco de rehabilitación pulmonar.
 - La rehabilitación pulmonar también contempla la educación terapéutica, el automanejo y el apoyo psicosocial.

O'Donnell DE, et all. Am J Respir Crit Care med. 2001;163:892-8.
Hernández P, et all. J Cardiopulmn Rehabil. 2001;21:135-42



TRATAMIENTO DE LA DISNEA III

- **Opiáceos:** vía oral o parenteral.
 - Riesgo de depresión respiratoria, estreñimiento.
 - Se aconseja iniciar con dosis bajas 2,5-5mg/4h de morfina oral o equivalente, e ir aumentando progresivamente hasta alcanzar control significativo de la disnea.
 - La vía parenteral está indicada en situación de disnea muy intensa.

Fried TR, et al. *Cen Intern Med.* 2007;22:495-501.



TRATAMIENTO DE LA DISNEA IV

- **Benzodiacepinas:**
 - Tratamiento de la disnea intensa con ANSIEDAD.
 - Efecto depresor del centro respiratorio en pacientes con hipercapnia.
 - Diazepam oral o sublingual (5-10 mg/8-12h) o midazolam subcutáneo (5-10mg/24h) o intravenoso.

Freeman D, et all. Primary care and palliative care. BMJ. 2006;333:188-90



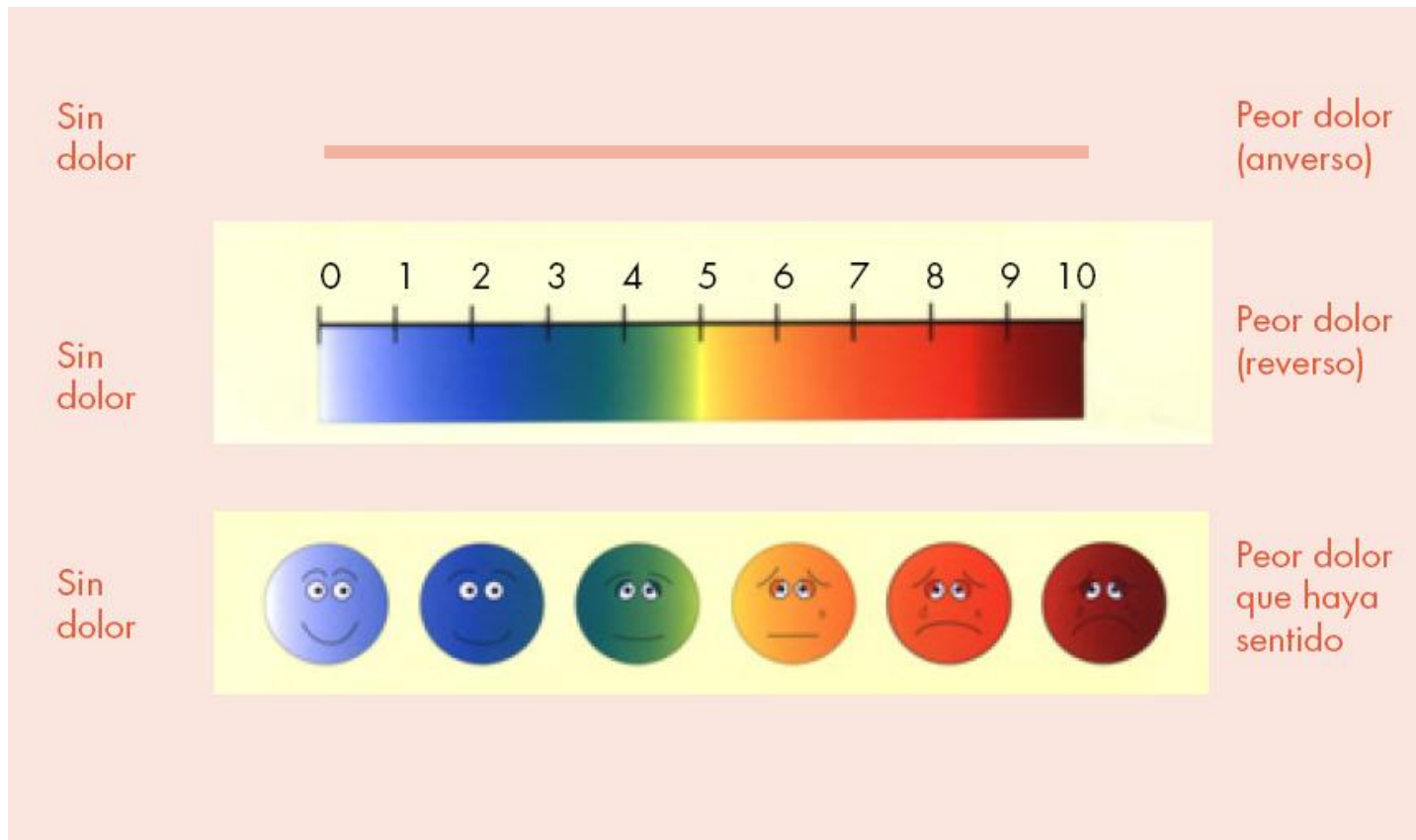
TRATAMIENTO DE LA TOS

- Tratamiento sintomático una vez descartadas otras causas intercurrentes.
- Antitusígenos:
 - No narcóticos: Dextrometorfano (romilar®) 10-30mg/4-8h, sin efecto depresor del SNC.
 - Opiáceos: codeína 30mg/4-6h y morfina 5mg/4h.



TRATAMIENTO DEL DOLOR

- Escala de medida - Escala analógica visual (EVA) de 0 a 10.



TRATAMIENTO DEL DOLOR

- Vía de administración: oral (primera elección), subcutánea, rectal, sublingual, intraespinal o transdérmica. No recomendables intramuscular ni intravenosa.

Analgésicos no opioides +/-

Co-analgésicos:
paracetamol, AINE,
metamizol.

Opioides débiles +/- Co-analgésicos:

Codeína
Dihidrocodeína
Tramadol

Opioides potentes +/- Co-analgésicos:

Morfina
Fentanilo
Metadona
Oxicodona
Buprenorfina



Medicación coanalgésica

FÁRMACO	INDICACIÓN	DOSIS
Antidepresivos(amitriptilina, clorimipramina, imipramina).	Dolor neuropático o depresión subyacente.	Inicio 10-25 mg en dosis única nocturna hasta 50-150 mg/8 h.
Anticomiciales		
Gabapentina	Dolor neuropático.	300 mg hasta 1200-2400/ 24h en 3 tomas.
Pregabalina	Dolor neuropático.	150-300 mg/24h en 3 tomas.
Carbamacepina	Dolor neuropático paroxístico.	200-400 mg/ 12h.
Lamotrigina	Dolor neuropático central.	200-400 mg/día.
Benzodiacepinas:		
Clonacepam	Dolor neuropático y ansiedad.	-0.5 mg/24 h hasta 3-6 mg/día.
Midazolam	Dolor agudo por crisis de pánico.	-5-10 mg/sc.
Estimulantes (metilfenidato)	Somnolencia por opioides; astenia.	5mg/día, subir hasta 10-30 mg/día.
Bifosfonatos (zoledronato, pamidronato)	Dolor óseo por metástasis o hipercalcemia.	Zoledronato 4 mg iv/21- 28 días. Pamidronato 90 mg/ 21-28 días.
Agonistas GABA (baclofeno)	Dolor neuropático.	10-25 mg/8 horas.
Esteroides (dexametasona)	Dolor por infiltración o compresión nerviosa, hipertensión intracraneal, compresión medular o dolor nociceptivo de cualquier origen.	2 a 8 mg/ 6 , 12 o 24 horas.

LA BUENA MUERTE

- Control de los síntomas.
- Decisiones claras.
- Respeto a la opinión del paciente y de los familiares.
- Posibilidad de preparar el proceso de la muerte.
- Liberar al paciente de responsabilidades inútiles.
- Conseguir que la familia y el paciente tengan la sensación de que han completado todo el proceso de la manera prevista (despedidas, últimas voluntades, etc.)
- Comunicación con todo el equipo que ha tratado al paciente.



TRATAMIENTO PALIATIVO

El tratamiento paliativo está dirigido a un mejor control de los **síntomas**, la **comunicación** y el **apoyo emocional**, con el objetivo de conseguir la máxima calidad de vida posible.

Todo ello tiene un impacto directo en la calidad de la asistencia que se ofrece al paciente:

- desplazamiento de la atención del hospital a la comunidad.
- reducción de los ingresos hospitalarios.
- ingresos menos graves.



PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS

- Elemento clave: **CONTINUIDAD ASISTENCIAL.**
- Cooperación y unidad de objetivos con los diversos dispositivos asistenciales:
 - Atención primaria.
 - Atención especializada (hospitalización).
 - Sociosanitarios.
 - Atención domiciliaria.
 - Acceso a consulta telefónica.



Muchas gracias

