

## Necesidad de cuidados paliativos en pacientes respiratorios crónicos con patología no neoplásica



### *The Need for Palliative Care in Chronic Respiratory Patients With Non-Malignant Disease*

Estimado Director:

Las guías recomiendan ofertar cuidados paliativos a pacientes con patología respiratoria crónica grave<sup>1,2</sup>, pero se ha publicado que solo el 2% de los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y necesidad de tratamiento paliativo lo recibían realmente<sup>3</sup>. Esta deficiencia determina que la mayoría de los enfermos de EPOC o de enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) fallezcan durante un ingreso (67 y 70%, respectivamente)<sup>4</sup>.

Hemos revisado en qué medida se ofrecen tratamientos paliativos (los pautados con la única intención de mejorar la sintomatología, sin pretender mejorar el curso de la enfermedad) a pacientes con EPOC o EPID en situación de «final de la vida». Se consideró que un paciente con EPOC estaba en esta situación si se había demostrado una enfermedad progresiva (pérdida de FEV1 a pesar de un tratamiento adecuado), BODE > 7 o BODEX > 5, con al menos dos hospitalizaciones en los últimos 12 meses, situación de «techo terapéutico», insuficiencia respiratoria y mala calidad de vida: disnea en grado funcional 3 o 4 del mMRC (escala modificada del *Medical Research Council*), criterios muy similares a los recogidos por GesEPOC<sup>5</sup>. En el caso de una EPID, se exigió comprobar deterioro de la FVC y/o DLCO, insuficiencia respiratoria, disnea basal en grado funcional 3 o 4, al menos dos ingresos en los 12 meses previos y situación de «techo terapéutico». Se revisaron todos los ingresos durante el año 2016 en el Servicio de Neumología del Hospital Universitario Lucus Augusti y se observó que 20 pacientes (13 con EPOC y 7 con EPID: 5 con fibrosis pulmonar idiopática y 2 con forma fibrótica del pulmón de granjero) cumplían criterios para tratamiento paliativo (15 varones y 5 mujeres con una edad media de 77,9 ± 9,2 años). En ese año ingresaron 2,9 ± 1,3 veces (rango: 2 a 6), lo que supuso el 7,39% del total de ingresos en el Servicio, y precisaron 2,8 ± 1,1 (rango: 1 a 6) visitas adicionales no programadas. Todos los pacientes con EPOC recibían oxigenoterapia domiciliaria (OCD) y doble broncodilatación. Utilizaban triple terapia 16/17, teofilina 3/17, roflumilast 3/17, ventilación domiciliaria 6/17 y antibioterapia crónica 6/17. Todos los pacientes con EPID recibían OCD, 5/7 antibióticos de forma crónica, 1/7 ventilación domiciliaria y 1/7 tratamiento antifibrótico. Ningún paciente firmó el documento de últimas voluntades. Recibieron tratamiento

paliativo 13/20 pacientes (65%), morfina de liberación prolongada en todos los casos, morfina de rescate en el 84%, ansiolíticos en el 53%. Doce pacientes (60%) fallecieron durante el año 2016, todos en el hospital excepto un caso, y 10 recibieron sedación terminal.

Este estudio demuestra que, aun siendo restrictivos con la definición de «final de la vida», un alto porcentaje de pacientes (35%) no reciben tratamiento paliativo y casi ninguno fallece en su domicilio. Es necesario hacer un esfuerzo para que los especialistas tomen conciencia de esta deficiencia en la atención de los pacientes respiratorios crónicos y lideren modelos de atención integrada que incluyan expertos en cuidados paliativos y médicos de Atención Primaria.

### Bibliografía

1. Xaubet A, Ancochea J, Bollo E, Fernández-Fabrellas E, Franquet T, Molina-Molina M, et al. Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR), Research Group on Diffuse Pulmonary Diseases. Guidelines for the diagnosis and treatment of idiopathic pulmonary fibrosis. Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) Research Group on Diffuse Pulmonary Diseases. Arch Bronconeumol. 2013;49:343-53.
2. Vogelmeier CF, Criner GJ, Martínez FJ, Anzueto A, Barnes PJ, Bourbeau J, et al. Informe 2017 de la Iniciativa Global para el Diagnóstico, Tratamiento y Prevención de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica: Resumen Ejecutivo de GOLD. Arch Bronconeumol. 2017;53:128-49.
3. Meffert C, Hatami I, Xander C, Becker G. Palliative care needs in COPD patients with or without cancer: An epidemiological study. Eur Respir J. 2015;46:663-70.
4. Higginson IJ, Reilly CC, Bajwah S, Maddocks M, Costantini M, Gao W, GUIDE\_Care project. Which patients with advanced respiratory disease die in hospital? A 14-year population-based study of trends and associated factors. BMC Med. 2017;15:19.
5. Miravittles M, Soler-Cataluña JJ, Calle M, Molina J, Almagro P, Quintano JA, et al. Spanish COPD Guidelines (GesEPOC): Pharmacological treatment of stable COPD. Spanish Society of Pulmonology and Thoracic Surgery. Arch Bronconeumol. 2012;48:247-57.

Sandra Nieto Cano<sup>a</sup>, Rafael Golpe Gómez<sup>b</sup>  
y Luis Alejandro Pérez de Llano<sup>b,\*</sup>

<sup>a</sup> Facultad de Medicina, Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España

<sup>b</sup> Servicio de Neumología, Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [eremos26@hotmail.com](mailto:eremos26@hotmail.com) (L.A. Pérez de Llano).

<https://doi.org/10.1016/j.arbres.2017.07.018>  
0300-2896/

© 2017 SEPAR. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.