



La continuidad de la atención. Niveles asistenciales en CP – Unidad hospitalaria

Dr. Juan Manuel Núñez Olarte

UCP Hospital General Univ Gregorio Marañón

VII Jornadas Familia y Cuidados Paliativos

Tres Cantos, 4 y 5 de octubre de 2012

Convivencia recursos domiciliarios y hospitalarios en CP – muerte casa/ hosp



- Estrategia Nacional en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud 2007
- Revisión de la Estrategia Nacional en Cuidados Paliativos 2010
- Plan Integral de Cuidados Paliativos de la Comunidad de Madrid 2005
- Plan Estratégico de Cuidados Paliativos de la Comunidad de Madrid 2011

Plan estratégico de CP de Madrid - 2010



Necesidad paliativas	UCP agudo	CE	ESH	ESAD	H día	UCP media
síntomas	Mod/sev	leve	var	leve/mod		Mod/sev
Complejo	Mod/sev	leve	var	leve/mod		Mod/sev
Inestable clínica	+++	0	mod	++		+++
Dependencia	+++	var	var	++		var
tx intenso	+++	0	+++	0		0/+
Apoyo social	Bajo/ var	dispone	var	dispone		Bajo/var
Cuidados enfer	alto	mínimo	Inter/alto	intermedi		alto

Bibliografía relevante para retos futuros



- Gomes B & Higginson IJ. Where people die (1974-2030): past trends, future projections and implications for care. *Pall Med* 2008; 22: 33-41.
- Ternel JS et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *NEJM* 2010; 363: 733-42

¿Dónde mueren los pacientes en UK: presente y futuro? *(Higginson 2008)*



- Análisis estadístico de los registros oficiales de **toda** la mortalidad en Inglaterra y Gales desde 1974 a 2003
- Modelos de predicción estadísticos usando tendencias a 5 años
- Predicción de mortalidad en domicilio hasta 2030 en función de edad y sexo

¿Dónde mueren los pacientes en UK: presente y futuro? (*Higginson 2008*)



Resultados

- Incremento de muertes anuales desde 2012 a 2030 en un 17%
- Incremento del porcentaje de muertes en >85 años (32% 2003, 44% 2030)
- Reducción del porcentaje de muertes en domicilio (31% 1974, 18% 2003, <10% 2030) – fundamentalmente >65 años, mujeres y no onco
- Incremento 20% de muertes en instituciones hasta 2030
- Leve aumento muertes en domicilio 2004 – tendencia futura?

¿Dónde mueren los pacientes en UK: presente y futuro? *(Higginson 2008)*



Conclusiones

- Necesidad urgente de planificar para acomodar el esperable incremento en ancianos y muertes
- Aunque es muy difícil predecir a largo plazo, las tendencias detectadas son muy difíciles de invertir
- O se aumenta sustancialmente los recursos de camas en CP (hospitales incluidos), o un número cada vez mayor de ancianos terminales precisarán de atención domiciliaria

¿Dónde mueren los pacientes en UK: presente y futuro? (*Higginson 2008*)



Estudios posteriores complementarios

- Leve incremento muertes en domicilio UK (19.9% 2008) (*Higginson 2010*)
- Estabilidad en pacientes y familias del deseo de morir en casa – resultado preliminar y sorprendente (*Higginson 2010*)
- No es lo mismo “lugar preferido de cuidados” (lo investigado habitualmente) que “lugar preferido de muerte” (*Gerrard et al 2010*)
- 37% pacientes cambian de opinión de domicilio a hospital/UCP a lo largo de su enfermedad (*Gerrard et al 2010*)
- La mayoría de los pacientes que discuten “lugar preferido de muerte” prefieren hospicio/UCP (*Gerrard et al 2010*)
- Diferencias importantes de muerte en domicilio entre diversos países europeos (45% a 13% 2003) (*Cohen et al 2010*)

¿Dónde mueren los pacientes en España?: presente y futuro?. *(A Alonso 2011)*



Distribución de muertes por cáncer en Madrid (2005)

- Hospital - 70%
- Domicilio - 15%
- Recurso de CP - 5%
- Residencia geriátrica - 3%

¿Dónde mueren los pacientes en España?: presente y futuro?. *(A Alonso 2011 - JCO)*



Factores en las muertes por cáncer en Madrid

- Nivel socioeconómico (12% muertes en domicilio clases bajas vs 25% altas)
- Impacto positivos visitas ESAD y MAP en aumento muerte en domicilio
- Aumento reciente muertes en recursos CP
- **Preferencia paciente y familia**

¿Dónde mueren los pacientes en España?: presente y futuro?



Implicaciones actuales en España

- Escenario de crisis económica con recursos limitados socio - sanitarios
- ¿Qué resulta más eficiente (*cost – effective*): hospitalizar enfermos terminales en recursos convencionales, institucionalizar en camas de CP, invertir en apoyo domiciliario a las familias para que puedan cuidar?
- La revisión sistemática de la literatura de CP permite contestar esta pregunta sólo en parte (*Guía Práctica Clínica de la ENSCP 2008, García Perez L 2009*)

CP tempranos en ca pulmon mtx en tx activo con QTP (*Ternel 2010*)



- Artículo de enorme importancia en NEJM - editorial y cartas al director
- UCP integrada en centro oncológico EEUU
- 151 pacientes ca pulmon mtx recién dx randomizados a:
 - a) tx oncológico estándar (QTP) vs
 - b) tx onco estándar + consulta externa CP

CP tempranos en ca pulmon mtx en tx activo con QTP (*Ternel 2010*)



Resultados estadísticamente significativos

- Mejor calidad de vida, y menos sx depresivos en grupo con CP
- Menos agresividad al final de la vida en grupo con CP (QTP 53% vs 36% en el ultimo mes de vida, urgencias, ingresos hosp etc)
- Mayor porcentaje de muertes en casa y hospicios/UCPs en grupo con CP
- **Mayor supervivencia** en grupo con CP (media de 2.7 meses)

CP tempranos en ca pulmon mtx en tx activo con QTP (*Ternel 2010*)



Estudios complementarios

- tendencia creciente internacional (Suecia, EEUU, Canadá, España) en los últimos años hacia una **mayor agresividad QTP en el ultimo mes de vida sin mejoría de la supervivencia** (*Nappa 2011, Ho 2011, Earle 2004, Sánchez Muñoz 2011, Carrión 2011 – 45% en Arganda*)
- **mayor supervivencia pacientes terminales de ca pulmon, pancreas, colon e ICC tx en contexto de CP** (*Connor 2007*)

CP tempranos en ca pulmon mtx en tx activo con QTP (*Ternell 2010*)



Estudios complementarios

- Proyectos similares al de Ternell con CP de peor calidad no producen impacto en la supervivencia pacientes (*Bakitas 2009*), pero sí mejoran el control de sx y ahorran tiempo a oncología (*Muir JC et al. 2010*)
- 1/3 pacientes estudio de Ternell pensaban QTP era curativa y >50% esperaban que la QTP erradicase el tumor. El trabajo precoz de CP permite paciente/ familia entender su pronóstico y ajustar sus decisiones de tx rechazando QTP (*Ternell 2011*)

CP tempranos en ca pulmon mtx en tx activo con QTP (*Ternel 2010*)



Implicaciones actuales en el HGUGM

- Plan Estratégico CP Madrid 2010 apuesta por las CE en hospitales de agudos, y por el fomento de la innovación
- Antecedentes de CE de CP colaborando con Onco en UCP Hosp Clínico de Madrid y UCP del ICO Barcelona
- 9/2010 Puesta en marcha **Proyecto Piloto CE de CP** en el HGUGM para ca pulmon mtx en QTP, o en fase de transición a CP desde la QTP
- 2/11 Se amplía la CE a pacientes con decisión reciente de CP en Comité de tumores del HGUGM
- 5/12 Se amplía la CE a hematología, ca cabeza y cuello, ca digestivo, ICC

Resultados preliminares de actividad CE de CP del HGUGM (11/2010 – 08/2012)



- Consulta externa una mañana completa (X) + 3 medias tardes (Lx2 + M) a la semana
- 1 médico + 1 enfermera IPR (X), y 3 médicos las medias tardes en Hosp de Día (L,L,M)
- **Planificación habitual:** 2 pacientes nuevos + 2 revisiones + 1 urgencia en **mañana** y 1 nuevo + 1 revisión en **media tarde** (*Spoon 2009*)
- 128 pacientes nuevos para la CE de 11/10 – 8/12
- 116 consultas nuevos para CP, 90 acudieron 1º cita
- 147 revisiones citadas, 134 acudieron revisión
- 48% acuden a primera revisión – 19% a segunda revisión – 2% a octava rev (*en el primer año*)

Resultados preliminares de actividad CE de CP del HGUGM (11/2010 – 08/2012)



- 77% pacientes acaban **ingresando UCP**
– 20'5% ingresan 2 veces – 2% ingresan 4 veces (*en el primer año*)
- A finales 8/2012 han fallecido el 59.38%
(en el HGUGM todos menos 1 en la UCP)
- **Pacientes muy activos:** 5 QTP, 2 PIC a Onco, 6 RTP, 2 PIC a RTP, 1 PIC a Oftal, 1 Stent esofágico, 1 PIC a VMNI (*en el primer año*)

Resultados preliminares de actividad CE de CP del HGUGM (11/2010 – 09/2012)



- 69% ca pulmon mtx desde H de dia, 16% otros primarios desde Comité, 12% otras procedencias (RTP, UCP, ESAD) (en el primer año)
- En el segundo año de trabajo sigue siendo mayoritario ca pulmon, pero con gran aumento derivación Comité y presencia otros servicios (MI, Hemato, Micro, Cardio...)
- **Supervivencia media** desde 1ª consulta a **exitus** 53.22 dias - aprox **2 meses** (en el primer año)
- **Supervivencia media** desde 1ª consulta a **exitus** 80 días – aprox **3.5 meses** (en los dos años)
- **Supervivencia media** desde 1ª consulta a la actualidad **no éxitus** 136.5 dias - aprox **4.5 meses** (en el primer y segundo año)

Resultados preliminares de actividad CE de CP del HGUGM (11/2010 – 08/2012)



- La inmensa mayoría de los pacientes ca pulmon mtz aprovechó la CE para **abandonar de buen grado la QTP**
- Solo 1/42 (2%) pacientes recibió QTP agresiva en el último mes de vida (**en el primer año**)
- 4/29 pacientes ca pulmon continúan con QTP y siguen con buena calidad de vida (**en el primer año**)
- 9-13/42 pacientes sospecha o/y dx de **insuficiencia suprarrenal** – tesis doctoral (**en el primer año**)

Resultados preliminares de actividad CE de CP del HGUGM (11/2010 – 08/2012)



- **Satisfacción en Dpto de Oncología** con los resultados de la CE – petición de ampliación de la CE a otros primarios tumorales, y a otros días en la semana
- Enorme **satisfacción pacientes y familias** con la continuidad cuidados entre CE de Onco y CE de CP, y con la recuperación contacto con el hospital tras la decisión del Comité de tumores
- **Satisfacción en los equipos de CP** por la oportunidad de ampliar la cobertura paliativa a colectivos de pacientes previamente insuficientemente cubiertos
- **Mejoría y simplificación en los circuitos** de ingreso y derivación entre ESAD y UCP

Resultados preliminares de actividad CE de CP del HGUGM (11/2010 – 08/2012)



Ahorro de recursos económicos + mejor calidad de vida/ control de Sx

- **Menos QTP agresiva final de vida**
- **Mayor frecuentación circuito CP y éxitus en CP** – ahorro global 3.000 euros/ paciente (*Gomez Batiste et al. 2012*)
- **Menor empleo de las urgencias hospital** (al margen del impacto de PAL 24h) - <50% de visitas en los pacientes de CE

Impacto de la CE del HGUGM en las visitas a urgencias del HGUGM



	Pacientes de UCP y CE ya fallecidos N= 76 Tiempo en CE /UCP = 80 días	Pacientes de UCP no CE ya fallecidos N = 76 Revisión últimos 80 días de vida
Visitas a Urgencias del HGUGM	31	75

Conclusiones



- Plan Estratégico CP de Madrid 2010 apuesta por las **ideas innovadoras** que mejoran la excelencia
- Editorial NEJM 2010 propone un **cambio radical en el paradigma vigente** en los CP administrados en los grandes hospitales, hacia una intervención de calidad y más precoz
- Editorial Med Paliativa 2010 de E Bruera – **CE de CP en centros oncológicos es vital para CP precoces**
- Provisional Clinical Opinion 2012 ASCO – **tx onco activo + CP precoces en todo ca mtx con gran carga de sx**



**NUEVOS TIEMPOS CON NUEVOS RETOS
¿NOS ANIMAMOS A AFRONTARLOS?**

**iMuchas gracias por vuestra
atención!**