



EP-19. - ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA REPARTIDA EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS PALIATIVOS Y LARGA ESTANCIA

F. Santos, F. Jodar Morente, C. Ortega Armenteros, T. Sola, M. Muñoz, D. Carrillo Ortiz, J. Fernández Reyes, F. Molina Molina

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Doctor Sagaz. Jaén.

Resumen

Objetivos: La enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cada vez más, se convierte en una patología que demanda la asistencia de las unidades de Cuidados Paliativos y Larga Estancia. El control sintomático, la tendencia a una sintomatología recurrente y severa y potencialmente incapacitante en sus estadios finales, así como la necesidad de limitar el esfuerzo terapéutico en casos individualizados, hace que las habilidades de los profesionales de estas unidades deban ponerse en juego en colaboración con otros especialistas. Conocer el perfil del paciente tratado en ellas es preciso de cara a mejorar tanto en nuestra formación como en la eficacia de los servicios prestados.

Métodos: Análisis descriptivo transversal de los informes de alta en los que aparezca consignado el diagnóstico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica durante el año 2013, con descripción de la casuística de pruebas y tratamiento, así como patologías asociadas. Estadística descriptiva mediante software libre.

Resultados: Total de pacientes detectados: 76. Estancia media: 63,7 días. Distribución por sexos: hombres 70 (92%), mujeres 6. Patologías asociadas: hipertensión arterial: 60 (78%), diabetes mellitus 38 (50%), patología cardíaca excluyendo arritmias (39%), arritmia incluyendo fibrilación auricular (32,8%). Antecedentes de consumo de tabaco: 85%. Un 30% eran fumadores activos hasta previo el ingreso. Grado funcional: Estadio III: 63%. Estadio IV: 37%. Problemática social: 78%. Cuidador de referencia: Ausente 50%, 37% esposa, 13% otros cuidadores. Vida previa independiente: 73%. Oxigenoterapia domiciliaria: 65,7%. Servicios que remiten al paciente: Neumología: 39%, Medicina Interna: 13%. Otros servicios: 47%. Datos de Pruebas Funcionales Respiratorias: 19%. Exitus: 65%. Alta hospitalaria: 35%. Oxigenoterapia al alta: 100%. Corticoides inhalados, anticolinérgicos 100%. Corticoides orales: 87%. Destino al alta: Residencia Asistida: 30%. Domicilio: 26%. No recogido: 44%.

Discusión: En nuestras unidades, los pacientes remitidos son mayoritariamente hombres y en fases avanzadas de la enfermedad. Precisan una alta cantidad de recursos, y suelen presentar ingresos prolongados. Llama la atención que sólo la mitad provengan de unidades especializadas en el tratamiento de la patología pulmonar, o, precisamente por eso, la mayoría son remitidos desde otras unidades en las que ingresan por patología distinta de la respiratoria. La mayoría precisa oxigenoterapia, y la toma de corticoides parece constante. La necesidad de recursos sociales es

amplia y la mortalidad elevada. Además, la ausencia de cuidadores de referencia limita aún más los cuidados ambulatorios de estos pacientes.

Conclusiones: El paciente EPOC atendido por nuestras unidades tiene una alta demanda de recursos. La presencia de problemas sociales y/o ausencia de cuidadores de referencia es habitual. Iniciar desde el momento del ingreso las labores en este campo parece necesario. Adecuar los recursos sociales en pacientes con larga evolución de enfermedad pulmonar podría ser una medida preventiva acertada. Pocos de los pacientes que nos remiten reflejan o realizan en algún momento de su ingreso pruebas de función respiratoria. Tienen un alto índice de mortalidad. Pocos de los pacientes son remitidos desde unidades especializadas en el tratamiento de su patología respiratoria.