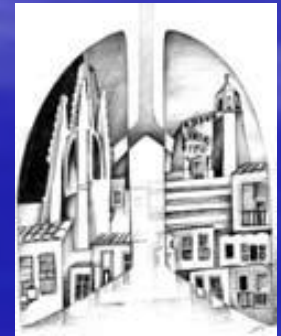


CURES PAL·LIATIVES EN EL PACIENT RESPIRATORI CRONIC

Dra Eva Farrero
UFIS-Respiratoria. Servei Pneumologia
Hospital Universitari Bellvitge
Girona 2010



AGENDA

- Ambit de les cures pal·liatives
- Identificació de situació terminal en les malalties respiratòries cròniques
- Opcions terapèutiques
 - Farmacològiques
 - No Farmacològiques
- Conclusions

AMBIT CURES PAL·LIATIVES

- **Població diana**

- Pacients amb càncer i malalties cròniques evolutives de qualsevol edat que es troben en situació avançada/terminal

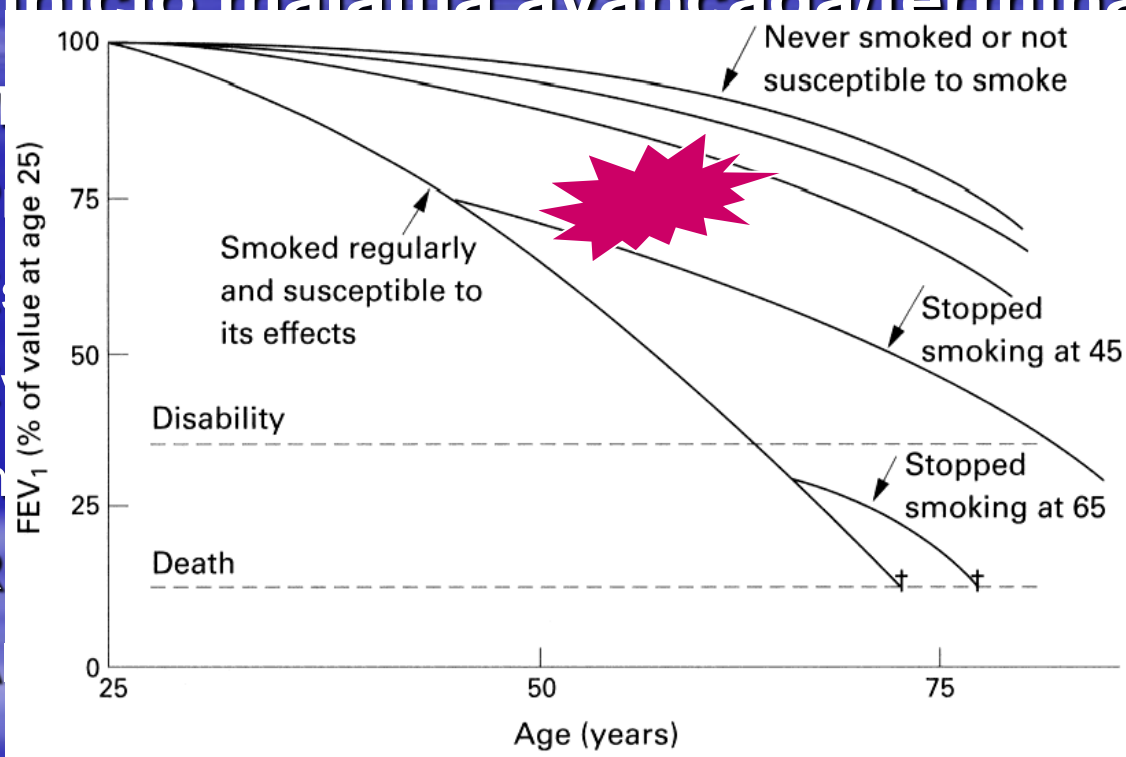
- **Definició malaltia avançada/terminal**

- Malaltia incurable, avançada i progressiva
- Pronòstic de vida limitat
- Escasa possibilitat de resposta a tractaments específics
- Evolució de caràcter oscilant i freqüents crisis de necessitats
- Intens impacte emocional i familiar
- Repercussions sobre la estructura cuidadora
- Alta demanda i utilització de recursos

SITUACIO TERMINAL EN MALALTIES RESPIRATORIES CRONIQUES

- Definició malaltia avançada/terminal

- M
- P
- E
- E
- In
- R
- A



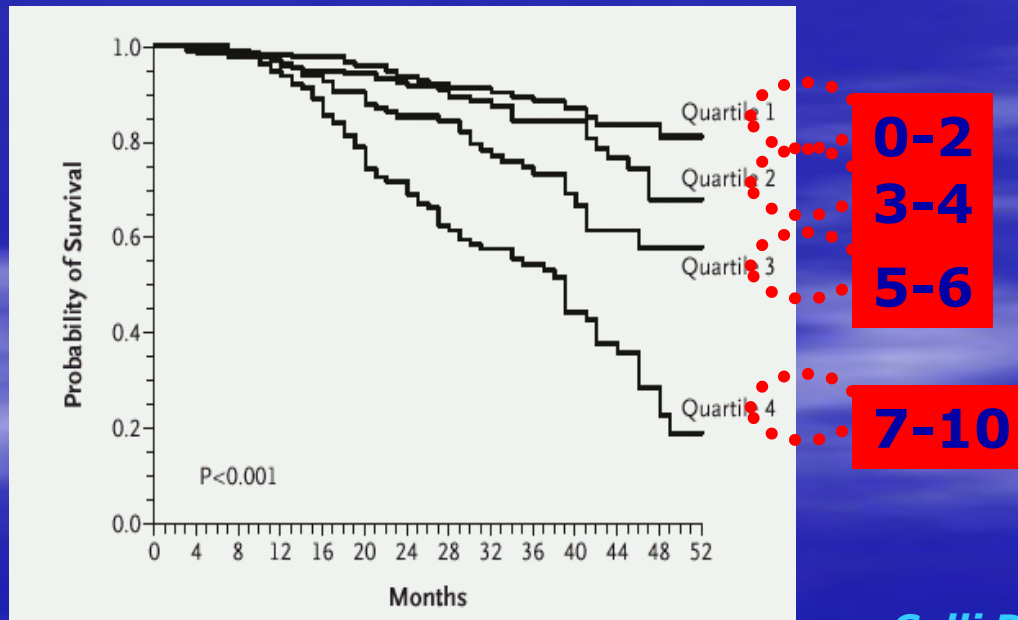
ecífics
necessitats

SITUACIO TERMINAL EN MALALTIES RESPIRATORIES CRONIQUES

- B** Body mass index
- O** Airway obstruction
- D** Dyspnea
- E** Exercise

Table 2. Variables and Point Values Used for the Computation of the Body-Mass Index, Degree of Airflow Obstruction and Dyspnea, and Exercise Capacity (BODE) Index.*

Variable	Points on BODE Index			
	0	1	2	3
FEV ₁ (% of predicted)†	≥65	50–64	36–49	≤35
Distance walked in 6 min (m)	≥350	250–349	150–249	≤149
MMRC dyspnea scale‡	0–1	2	3	4
Body-mass index§	>21	≤21		



Celli B. NEJM 2004;350:1005-12

Tabla 3. Perfil del paciente que puede fallecer en los siguientes 6–12 meses

FEV₁<30%
Escasa actividad física
Dependencia de otros para las actividades básicas de la vida diaria
No se viste cada día
No puede subir unos pocos escalones sin parar
Anda menos de 30 min al día
Consumo de recursos sanitarios
Tres o más exacerbaciones graves (visitas a urgencias y/o hospitalizaciones) en el año anterior
Más de 21 días ingresado en el hospital el año anterior
Afectación del estado general
Comorbilidades
Índice de masa corporal<21 kg/m ²
Disnea (3–4 en la escala modificada de la MRC)
Valores índice BODE entre 7 y 10
Situaciones personales y sociales
Edad avanzada
Depresión
Vive solo (o sin pareja)

SITUACIO TERMINAL EN MALALTIES RESPIRATORIES CRONIQUES

Pronòstic 6 mesos	Ca. Pulmó	MPOC
(5 dies abans exitus)	< 10 %	> 50 %

Claessens MT, J Am Geriatr Soc 2000; 48: S146-53

Pronòstic vida 6 mesos (NHPCO)

50% MPOC sobreviuen als 6 mesos

Fox E, JAMA 1999 282:1638-45.

IDENTIFICACIO SITUACIO TERMINAL- PROCES DE DECISIONS

- USA: < 25% metges han parlat aspectes del final de la vida amb els pacients (Oxigen deponents)

Curtis JR, Eur Respir J 2004; 24:200-205

- Canada: Discussió en fases avançades (UCI), només 23% a la consulta (NML)

McNeely PD, CMJA 1997; 156: 177-183

- UK: 41 % resposta “often” o “always” valoració del pronòstic. 2/3 refereix preparació inadequada (MF)

Elkington H, Fam Pract 2001; 18: 440-444

IDENTIFICACIO SITUACIO TERMINAL- PROCES DE DECISIONS

- Només el 56% pacients MPOC desitjen coneixer la seva expectativa de vida

Fried TR, J Am Geriatr Soc 2003; 51:1398-1403

- 118 pacients MPOC sever hospitalitzats: 29,7% desitjen coneixer progressió i pronòstic

Rocker GM, Can Respir J 2008; 15: 249-54

- 115 pacients oxygen depenents: 32% discussió del final de la vida. 86% “prefereixen estar concentrats en viure que en parlar de la mort”

Knauff E, Chest 2005; 127:2188-96

SIMPTOMES MPOC-CANCER ULTIM ANY DE VIDA

Table 2
SF-36 Dimension Scores^a for Patient Groups^b

Patient Group	Physical Functioning	Role Physical	Bodily Pain	General Health Perceptions	Vitality	Social Functioning	Role Emotional	Mental Health
	Median (IQR)	Median (IQR)	Median (IQR)	Median (IQR)	Median (IQR)	Median (IQR)	Median (IQR)	Median (IQR)
COPD: <i>n</i> = 82	10 (0–25)	0 (0–0)	62 (41–100)	21 (14–35)	40 (29–60)	38 (25–75)	50 (0–100)	68 (48–80)
NSCLC: <i>n</i> = 19	50 (25–75)	0 (0–25)	74 (41–80)	30 (20–42)	40 (20–65)	63 (25–75)	33 (0–100)	72 (40–80)
<i>P</i> -value	<u>0 < 0001</u>	0.452	0.559	<u>0.032</u>	0.927	0.374	0.309	0.651

^aScale: 0–100%.

^bHigher scores indicate better outcome.

Habraken JM, 2009; 37:973-81

TRACTAMENT MPOC-CANCER

Table 2. Resource Utilization in the Last 6 Months of Life Among Patients With Lung Cancer and COPD

Resource	Patients With Lung Cancer (n = 459)	Patients With COPD (n = 1490)	P Value
VA outpatient resource utilization			
VA primary care visits, %	70.2	77.5	.001
VA primary care visits, mean ± SD, No.	1.87 ± 2.36	2.36 ± 2.64	<.001
Outpatient medications, %			
Opioids	49	25	<.001
Benzodiazepines	26	17	<.001
SSRI	18	18	.89
VA inpatient resource utilization			
Hospital admission, No. (%)	315 (68.6)	913 (61.3)	.004
Hospital days, median (IQR)	12 (5-24)	14 (6-28)	.16
VA ICU utilization			
VA ICU utilization, No. (%)	84 (18.3)	486 (32.6)	<.001
VA ICU days, median (IQR)	3.0 (1-6)	5.0 (2-11)	<.001
Days between last discharge and death in last 6 mo of life, median (IQR)			
All patients	2.0 (0-39.5)	0 (0-39.0)	.15
Patients who survived to discharge (n = 597)	34.5 (12.8-89.5)	37.0 (13.0-78.2)	.90
Costs in the last 6 mo of life, \$			
Outpatient costs			
Mean ± SD	3131 ± 2387	2422 ± 2767	<.001
Median (IQR)	2583 (1432-4203)	1698 (843-2767)	<.001
Inpatient costs			
Mean ± SD	22 653 ± 26 398	31 935 ± 39 739	<.001
Median (IQR)	14 347 (7488-27 849)	19582 (8471-40 864)	<.002
Total cost			
Mean ± SD	26 118 ± 26 414	34 911 ± 39 791	<.001
Median (IQR)	17 607 (10 729-31 371)	22 495 (11 232-39 792)	<.002

Abbreviations: COPD, chronic obstructive pulmonary disease; ICU, intensive care unit; IQR, interquartile range; SSRI, selective serotonin reuptake inhibitor; VA, Department of Veterans Affairs.

SITUACIO TERMINAL EN MALALTIES RESPIRATORIES CRONIQUES

BAIXA PROVISIO DE CURES

PAL-LIATIVES EN MALALTIES

RESPIRATORIES CRONIQUES

AGENDA

- Ambit de les cures pal·liatives
- Identificació de situació terminal en les malalties respiratòries cròniques
- **Opcions terapèutiques**
 - Farmacològiques
 - No Farmacològiques
- Conclusions

OPCIONES TERAPEUTICAS



OBJECTIUS:

- Evitar/disminuir ingressos
- Potenciar autonomia pacient
- Millorar qualitat de vida

OPCIONES TERAPEUTICAS FARMACS

- Optimitzar tractament broncodilatador
 - Broncodilatadors de llarga acció
 - Teofilina
- Corticoides orals
 - Exacerbacions freqüents
 - Dosi més baixa possible
- Benzodiazepines
 - Ansietat, crisi pànic Abertnethy AP, Wien Med Wochensch 2009; 159:583-90
 - Vida mitja curta, Alprazolam
- Antidepressius
 - No efecte sedant, vida mitja curta Hill K Eur Respir J 2008; 31:667-77
 - Inhibidors recaptació serotonina: Paroxetina, Venlafaxina
- Opiacis

OPCIONES TERAPEUTICAS

FARMACOS OPIACIS

- Eficàcia demostrada tractament dispnea refractaria
- Mecanisme d'acció poc clar
 - Reducció consum oxigen, resposta hipoxemia -hipercapnia
 - Alteració de la percepció central de la dispnea
- Eficàcia vía inhalatoria no demostrada
- Elecció: via oral
 - Morfina
- Efectes secundaris
 - Gastrointestinals
 - Depressió centre respiratòri no demostrada!
 - Dosi baixes (50 % habituals) – monitorització
 - 1-2 mg/4h-6h

Varkey B, Curr Opin Pulm Med 2010; 16:150-4
Rocker G, Thorax 2009; 64: 910-15

OPCIONES TERAPEUTICAS NO FARMACOLOGICAS

- Rehabilitació pulmonar

- Eficàcia demostrada

- Component techniques respiració, relaxació, estalvi d'energia

Clini EM, Eur Respir J 2008; 32: 218-228

- Nutrició

- Dades no concludents

Ferreira IM, Cochrane Database Syst Rev 2005;2:CD000998

- Suport psicosocial

- Model assistencial

- Continuitat assistencial

Back AL, Arch Intern Med 2009; 169:474-9
Simpson, AC Q J Med 2008; 101:697-704

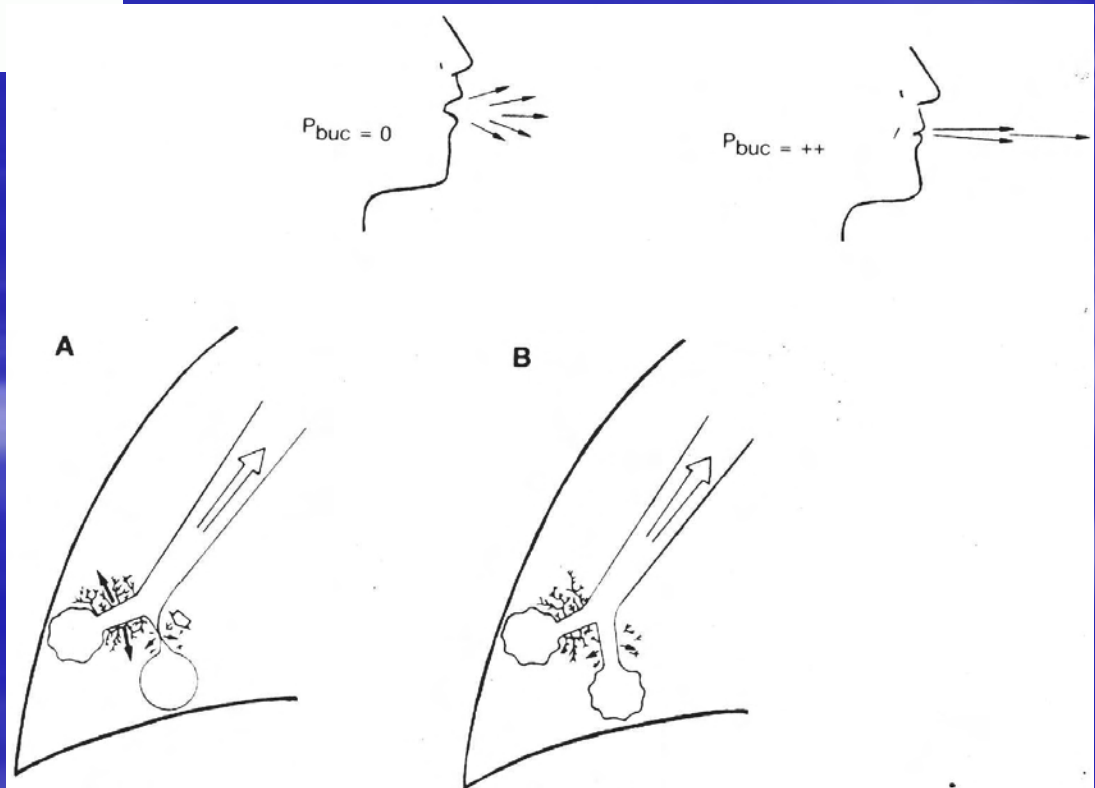
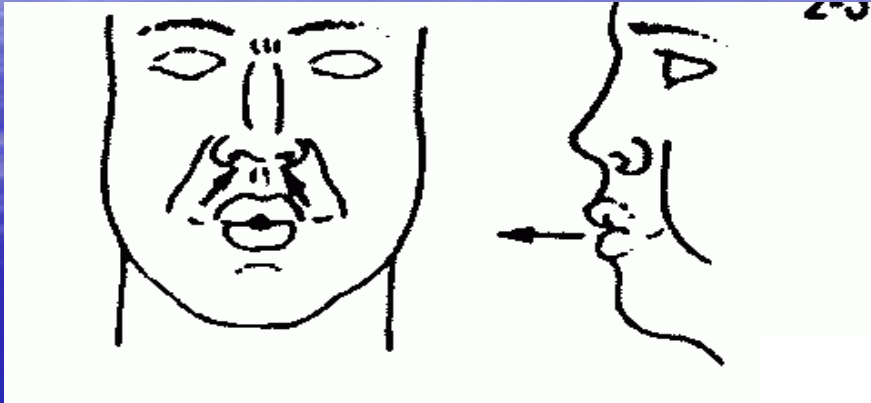
REHABILITACIÓ PULMONAR

- Entrenament al exercisi
- Entrenament de muscals perifèrics
- Fisioteràpia respiratòria
 - reeducació respiratòria
 - aclariment mucociliar
- Educació

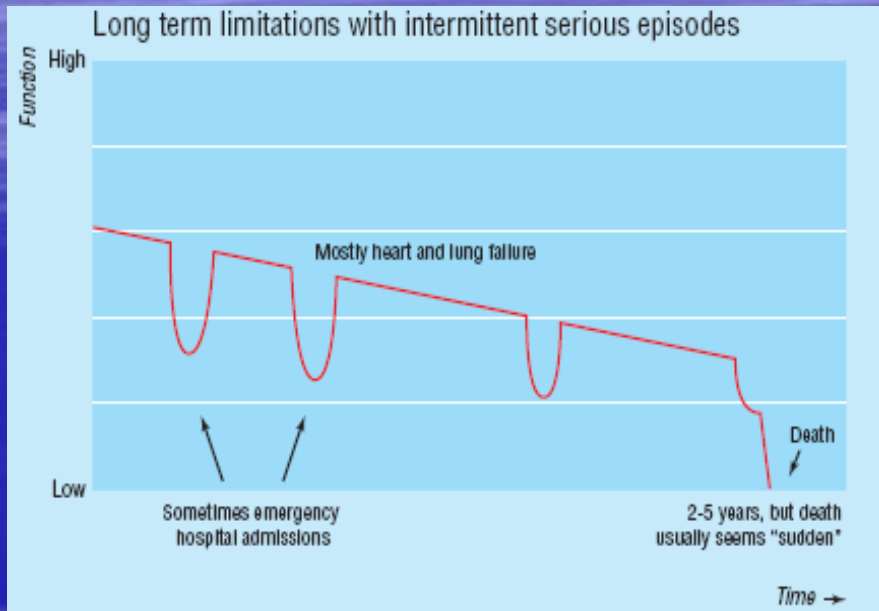




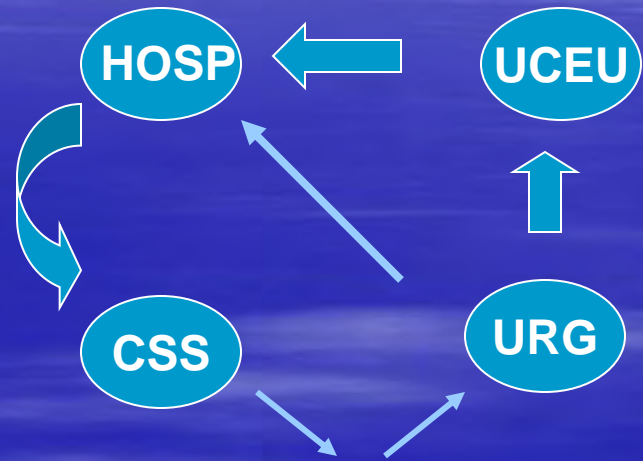
RESPIRACIO LLAVIS FRUNZITS



CONTINUITAT ASSISSTENCIAL



BMJ 2005; 330: 1007-11.



“ perhaps ready acces to a system or person devoted to the individual patient’s welfare is the best one can do”

Anthonisen NR Can Respir J 2008; 15: 233-4

Farrero E, Chest 2001; 119: 364-9

OPCIONES TERAPEUTICAS ALTRES

■ Oxigen

- Tractament d'elecció si hipoxemia en repós
- NO hi ha evidència de beneficis simptomàtics en absència de hipoxemia
- Hipoxèmia a l'esforç?

Mahler DA, Chest 2010: 137: 674-91

■ Ventilació no invasiva

- Tractament d'elecció en l'
- Controversia com a pal·liatiu



Eaton T, 2006

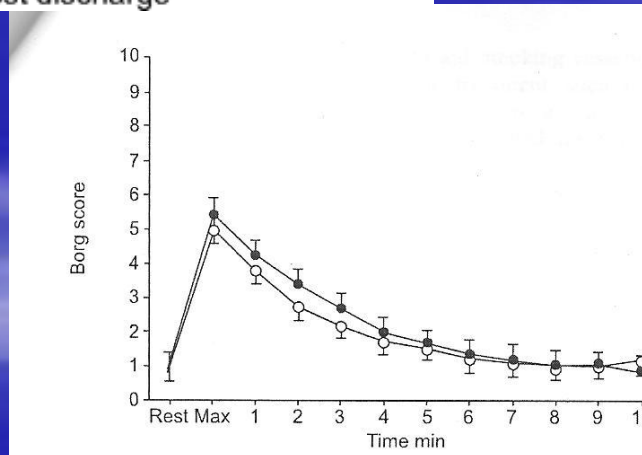
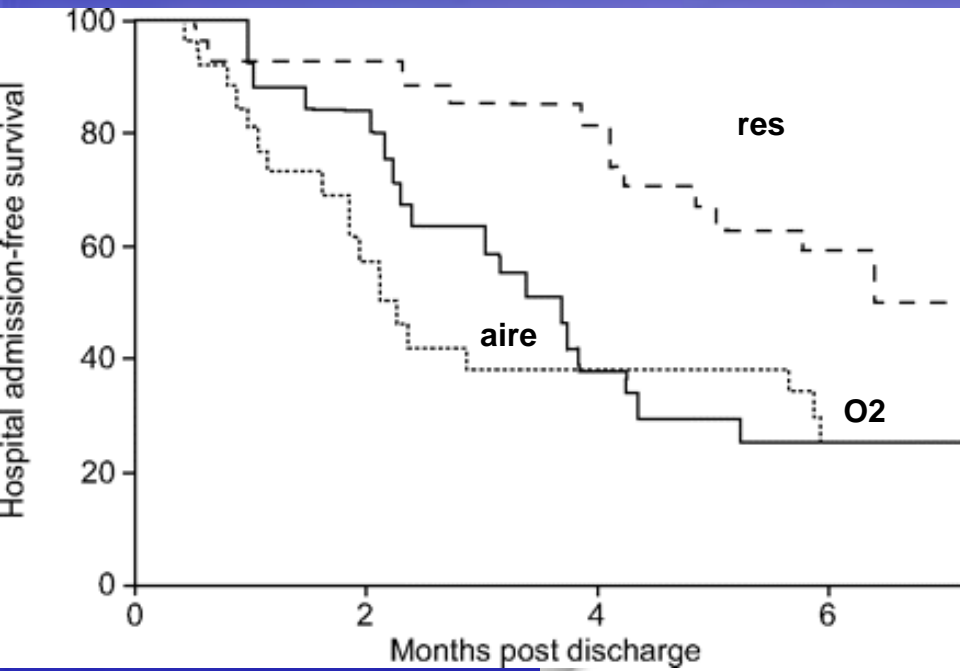


FIGURE 4. Recovery of Borg dyspnoea score in chronic obstructive pulmonary disease patients exercising to comparable symptom intensity and receiving either medical air (●) or high-flow oxygen (○) via a non-rebreathing face mask. Oxygen did not change the rate of recovery of breathlessness. Reproduced from [91] with permission from the publisher.



CONCLUSIONS

- La aplicació de cures pal·liatives en els malalts respiratoris crònics es baixa
- Cal millorar la comunicació - procés de decisions anticipades
- Es important garantir la continuïtat assistencial en les fases avançades
- Els opiacis son el millor tractament de la dispnea refractaria