



Cuidados paliativos en EPOC

Dr. Joan Escarrabill

Plan Director de las Enfermedades Respiratorias (PDMAR)

Departament de Salut

Institut d'Estudis de la Salut

Barcelona

Las Palmas, 23 de abril de 2010

jescarrabill@gencat.cat

 Generalitat de Catalunya
Institut d'Estudis de la Salut



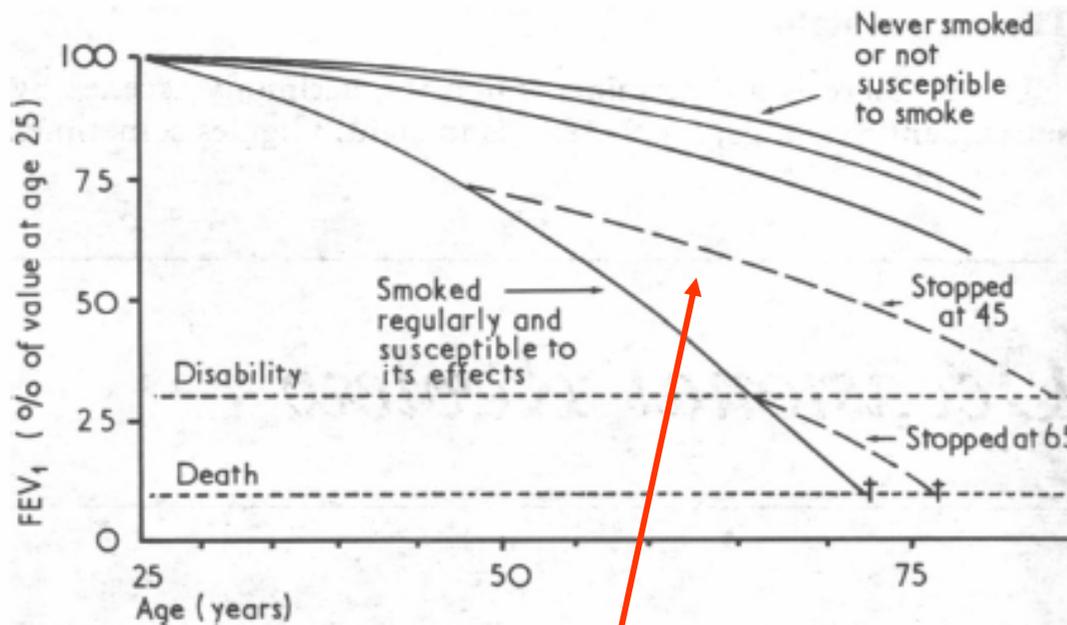
www.slideshare.net/jescarra



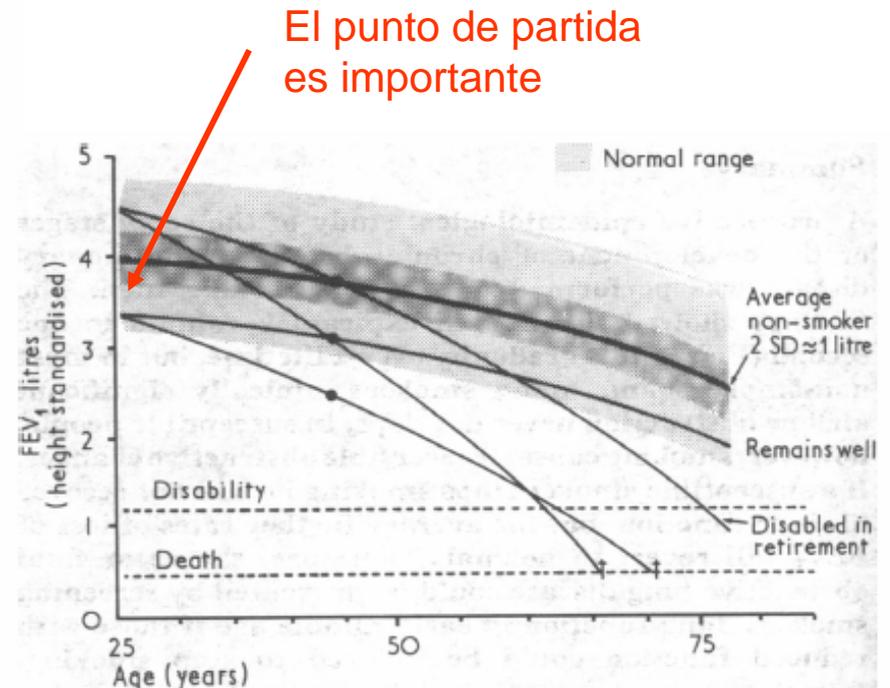
The natural history of chronic airflow obstruction

CHARLES FLETCHER, RICHARD PETO

BMJ 1977;1:1645-58



La función pulmonar perdida no se recupera



Dejar de fumar es el mejor tratamiento de la EPOC.....

113,597 DOCTORS FROM COAST TO COAST WERE ASKED!

Family doctors, surgeons, diagnosticians, nose and throat specialists... doctors in every branch of medicine were asked: "What cigarette do you smoke, Doctor?"

Three nationally known independent research organizations did the asking.

The answers came in by the thousands. Actual statements from doctors themselves. Figures were checked and re-checked! The results? Camels... convincingly!

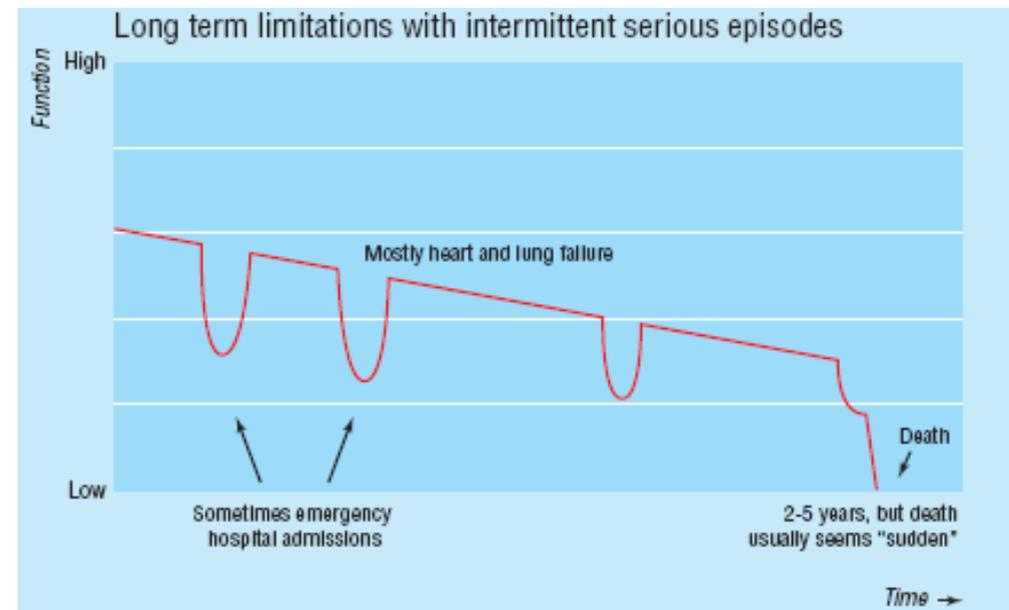
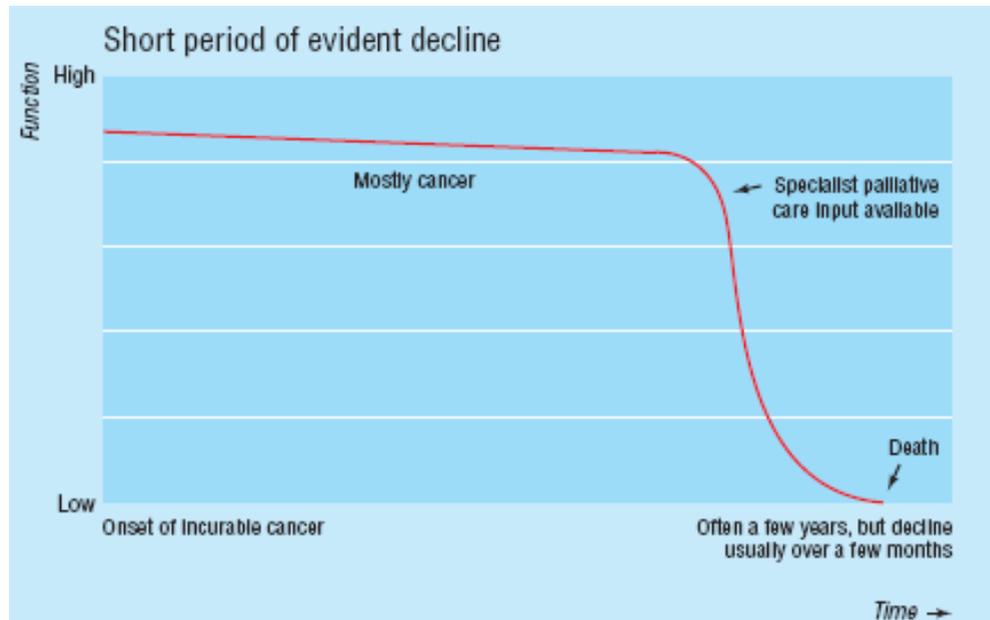
According to this recent Nationwide survey:

MORE DOCTORS SMOKE CAMELS THAN ANY OTHER CIGARETTE!

© J. Reynolds Tobacco Co., Winston-Salem, North Carolina



Trayectorias de las enfermedades



BMJ 2005;330:1007-11.

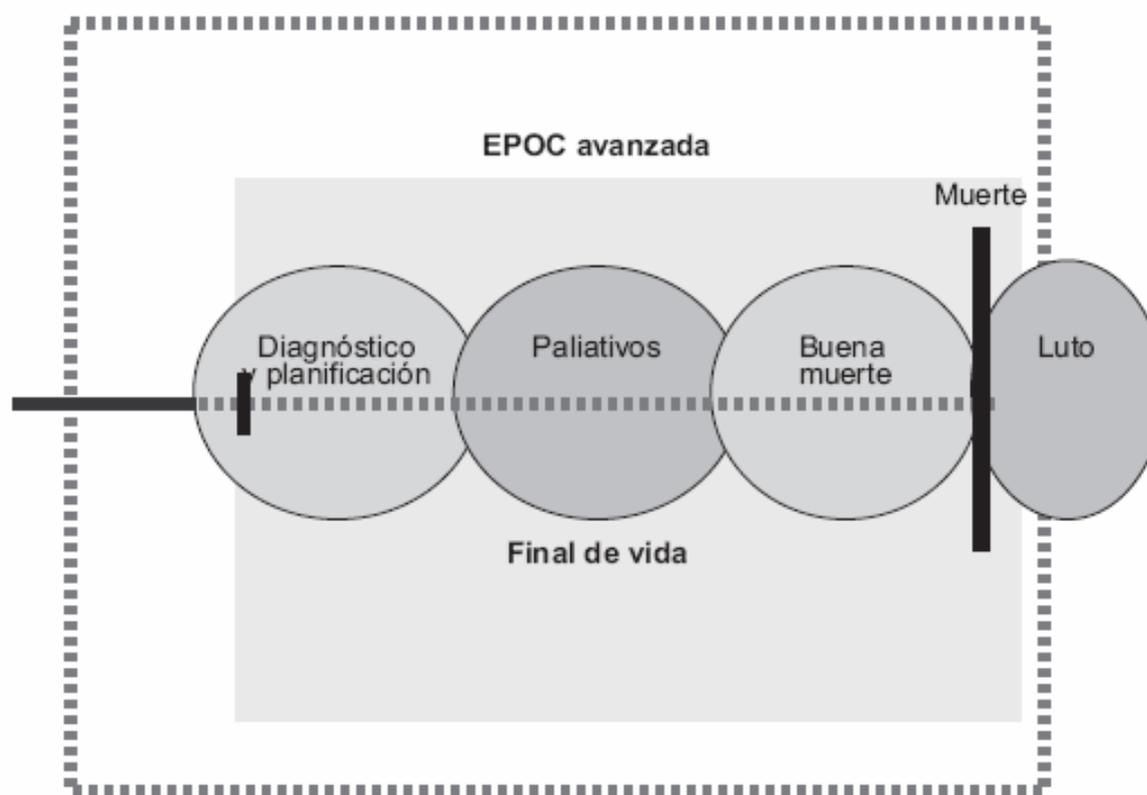


Normativa SEPAR

Recomendaciones sobre la atención al final de la vida en pacientes con EPOC

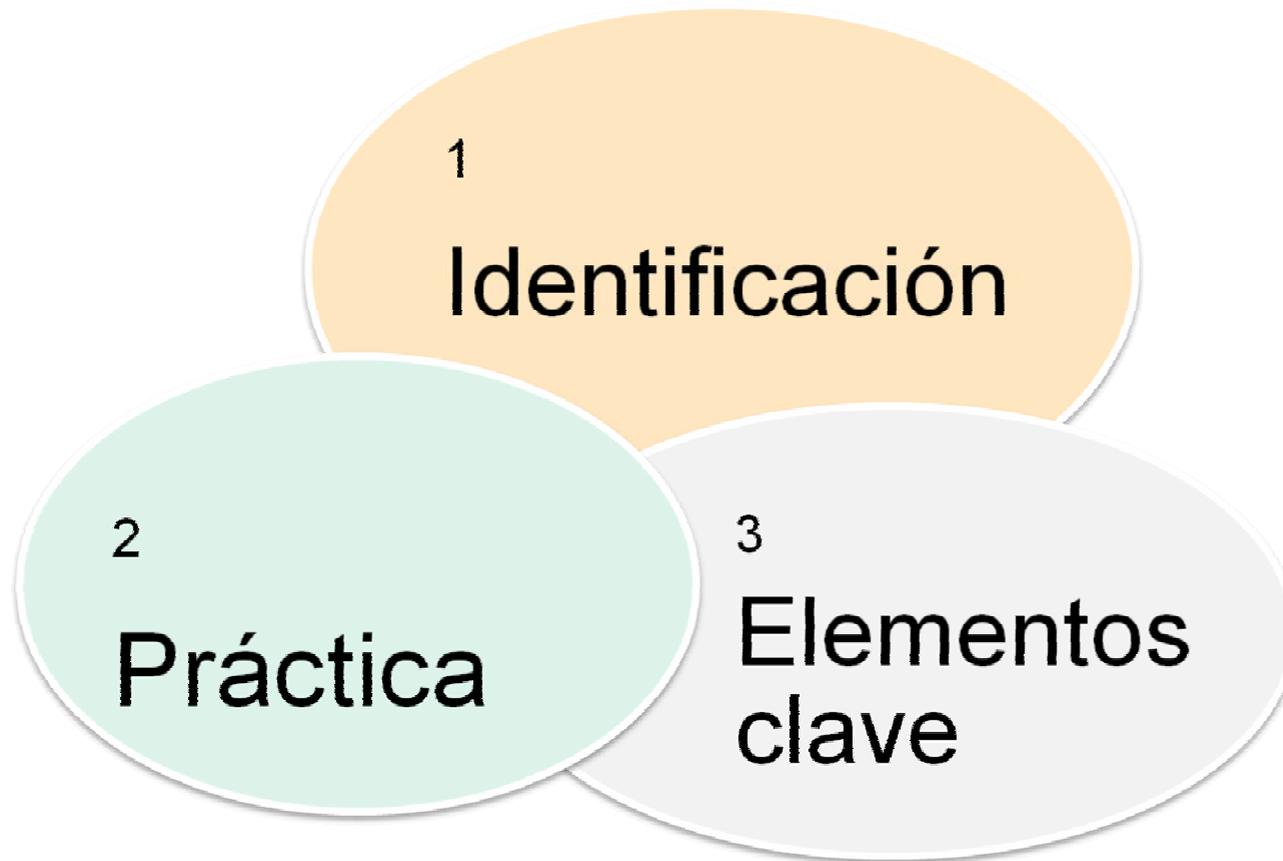
Joan Escarrabill^{a,*}, Juan José Soler Cataluña^b, Carme Hernández^c y Emilio Servera^d

[Arch Bronconeumol.2009;45:297–303](#)



Agenda

Fases finales....



Cuesta identificar las fases finales de los pacientes con EPOC

- ¿Es la última descompensación?
- Se posponen las discusiones
- Los pacientes y cuidadores minimizan la situación
- Poca comunicación entre niveles asistenciales
- Nihilismo terapéutico
- Cuidados paliativos de “baja intensidad”



Gravedad de la EPOC en función de la espirometría



$$FEV_1/FVC < 0.70$$

Estadío	Características	Función pulmonar
I	Leve	$FEV_1 > 80\%$ teóricos
II	Moderado	$50\% \leq FEV_1 < 80\%$ teóricos
III	Grave	$30\% \leq FEV_1 < 50\%$ teóricos
IV	Muy grave	$FEV_1 < 30\%$ teóricos o $FEV_1 < 50\%$ teóricos + insuficiencia respiratoria crónica



ORIGINAL ARTICLE

The Body-Mass Index, Airflow Obstruction, Dyspnea, and Exercise Capacity Index in Chronic Obstructive Pulmonary Disease

Bartolome R. Celli, M.D., Claudia G. Cote, M.D., Jose M. Marin, M.D.,
Ciro Casanova, M.D., Maria Montes de Oca, M.D., Reina A. Mendez, M.D.,
Victor Pinto Plata, M.D., and Howard J. Cabral, Ph.D.

NEJM 2004;350:1005-12

1

Los pacientes con EPOC tienen **manifestaciones sistémicas** No reflejadas por el FEV1

2

BODE index > FEV1

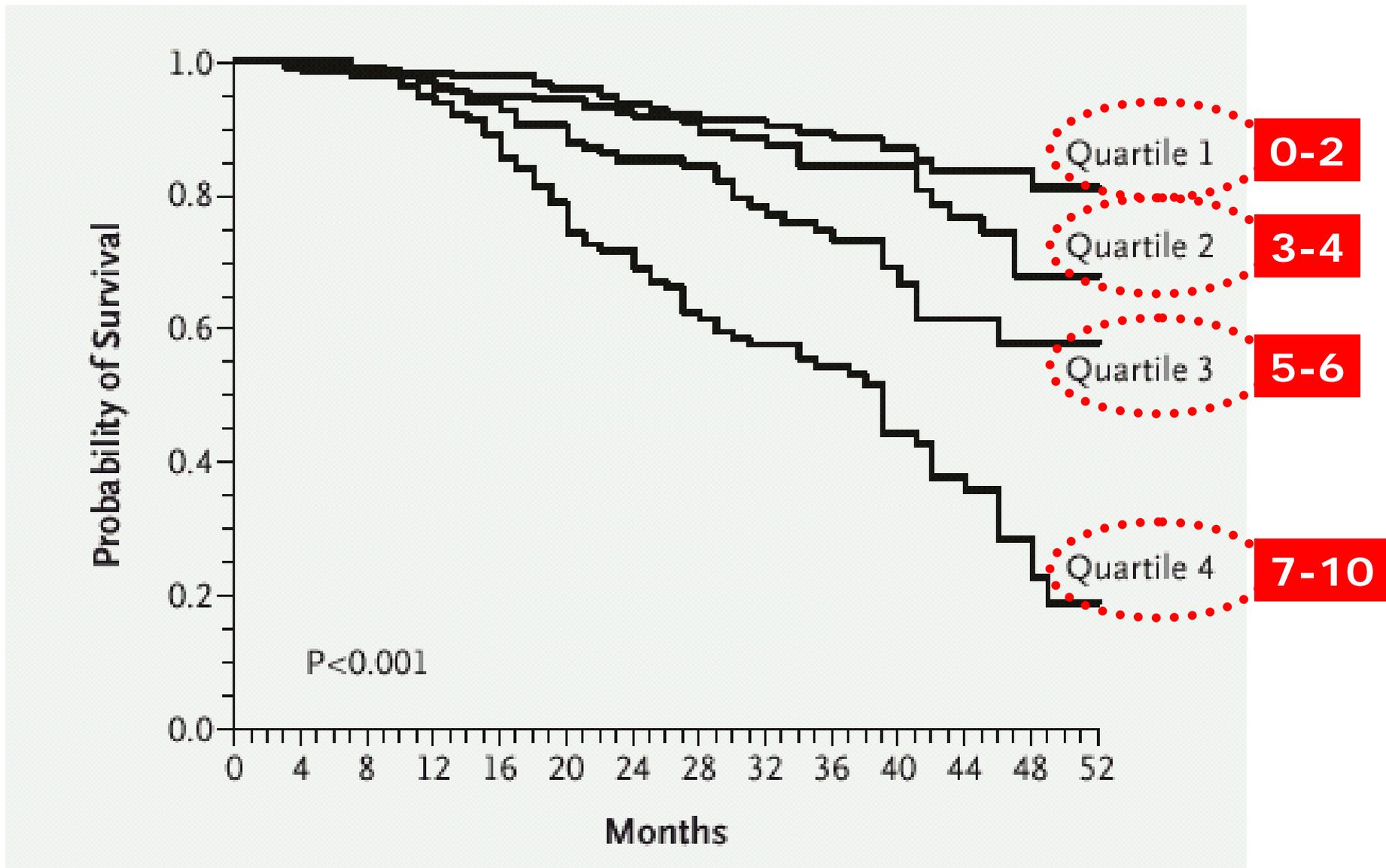


BODE Index

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



Expansion of the prognostic assessment of patients with chronic obstructive pulmonary disease: the updated BODE index and the ADO index

Milo A Puhan, Judith Garcia-Aymerich, Martin Frey, Gerben ter Riet, Josep M Antó, Alvar G Agustí, Federico P Gómez, Roberto Rodríguez-Roisín, Karel G M Moons, Alphons G Kessels*, Ulrike Held*

Lancet 2009; 374: 704–11

	0 points	1 point	2 points	3 points	4 points	5 points
FEV ₁ (% predicted)	≥65%	≥36–64%	≤35%
Dyspnoea (MRC scale)	0–1	2	3	4
Age (years)	40–49	50–59	60–69	70–79	80–89	≥90

FEV₁=forced expiratory volume in 1 s. MRC=Medical Research Council.

Table 6: Assignment of points for the ADO index



Expansion of the prognostic assessment of patients with chronic obstructive pulmonary disease: the updated BODE index and the ADO index

Milo A Puhan, Judith Garcia-Aymerich, Martin Frey, Gerben ter Riet, Josep M Antó, Alvar G Agustí, Federico P Gómez, Roberto Rodríguez-Roisín, Karel G M Moons, Alphons G Kessels*, Ulrike Held*

Lancet 2009; 374: 704–11

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Patients with longstanding and severe COPD*	7.2% (2.7–17.9)	9.9% (4.4–20.6)	13.5% (7.2–23.8)	18.1% (11.4–27.5)	23.9% (17.4–31.8)	30.8% (24.8–37.4)	38.7% (32.0–45.7)	47.2% (37.9–56.6)	55.9% (43.1–68.0)	64.2% (47.8–77.8)	71.8% (52.4–85.4)
Patients after first hospital admission due to moderate-to-severe COPD†	3.0% (0.9–9.0)	4.0% (1.6–10.0)	5.4% (2.7–10.9)	7.3% (4.3–12.1)	9.8% (6.8–13.9)	12.9% (9.6–17.1)	16.9% (12.0–23.3)	21.8% (13.7–32.8)	27.6% (15.2–44.9)	34.3% (16.7–57.9)	41.7% (18.0–70.0)

Data are 3-year risk of mortality per ADO score (95% CI). *Odds ratio per point increase in ADO index=1.42 (95% CI 1.19–1.69). †Odds ratio per point increase in ADO index=1.37 (1.09–1.71).

Table 7: Prediction of 3-year mortality in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) by ADO score



Enfermedad pulmonar obstructiva crónica en pacientes ingresados por insuficiencia cardiaca. Resultados del Grupo para el Estudio y Significado de la Anemia en la Insuficiencia Cardiaca (GESAIC)

Jesús Recio-Iglesias ^{a,*}, Jordi Grau-Amorós ^b, Francesc Formiga ^c, Miquel Camafort-Babkowski ^d, Joan Carles Trullàs-Vila ^e, Avelino Rodríguez ^f, en nombre de los investigadores del Grupo para el Estudio y Significado de la Anemia en la Insuficiencia Cardíaca (GESAIC)

Med Clin (Barc) 2010;134:427–432

específicamente para el estudio GESAIC. Debido a que el objetivo principal del estudio GESAIC era el estudio de la anemia en pacientes con IC, no era necesario disponer de resultados de las pruebas de función respiratoria de los enfermos con diagnóstico

diagnóstico de EPOC se había establecido por criterios clínicos o uso de tratamiento broncodilatador.

El intercambio de gases también es útil en la evaluación de la EPOC



Fases finales....una aproximación



The burden of chronic disorders on hospital admissions prompts the need for new modalities of care: A cross-sectional analysis in a tertiary hospital

QJM. 2009;102:193-202

C. HERNANDEZ¹, M. JANSA¹, M. VIDAL¹, M. NUÑEZ¹, M.J. BERTRAN¹, J. GARCIA-AYMERICH² and J. ROCA¹

Table 2 Characteristics of patients with multiple readmissions during the 12 month previous to the first admission in 2004

1 656 Patients	Number of admissions			P-value
	2 n= 917	3 n= 360	<u>≥4</u> n= 379	
Men (%)	56.2	63.3	57.5	0.064
Age (years)	65.2 (16.2)	65.7 (16.0)	61.9 (15.6)	0.143
Number of chronic conditions	4.0 (2.9)	5.0 (3.4)	<u>5.6 (3.9)</u>	<0.001
Charlson Index	3.2 (4.8)	4.0 (4.8)	<u>3.8 (4.8)</u>	0.008
Use of hospital resources and mortality				
Total hospital stay (days)	15.0 (17.8)	21.7 (24.1)	<u>27.8 (30.6)</u>	<0.001
Length of each hospital stay (days)	9.0 (9.5)	9.3 (10.8)	<u>8.6 (11.0)</u>	0.04
Entry point, n (%)				
Emergency department	809 (53.0)	450 (53.4)	484 (46.6)	0.002
Outpatient clinic	320 (21.0)	198 (23.5)	247 (23.8)	
Patient list	386 (25.3)	184 (21.8)	287 (27.7)	
Others	12 (0.80)	11 (1.3)	20 (1.9)	
Destination of discharge				
Home	1356 (88.8)	744 (88.3)	931 (89.7)	0.599
Others	171 (11.2)	99 (11.7)	107 (10.3)	
In hospital mortality, n (%)	101 (11.0)	64 (17.8)	67 (17.7)	<0.001

Results expressed as mean (±SD). The individual was used as the unit of analysis for all variables, with the exception of length of hospital stay, where the episode was the unit of analysis.



Pacientes que pueden fallecer en los próximos 6-12 meses

Dependencia AVD
No se viste cada día
No sube escaleras
Anda < 30'

Mala forma física

FEV1 < 30%

Consumo de recursos sanitarios

>1 ingreso urgente
> 21 días ingresado

Afectación del estado general

- ▶ Comorbilidades
- ▶ Índice de masa corporal < 21 kg/m²
- ▶ Disnea (4-5 en la escala MRC)
- ▶ Valores índice BODE entre 7 y 10

Coodinaciones personales y sociales

- ▶ Edad avanzada
- ▶ Depresión
- ▶ Vive solo (o sin pareja)

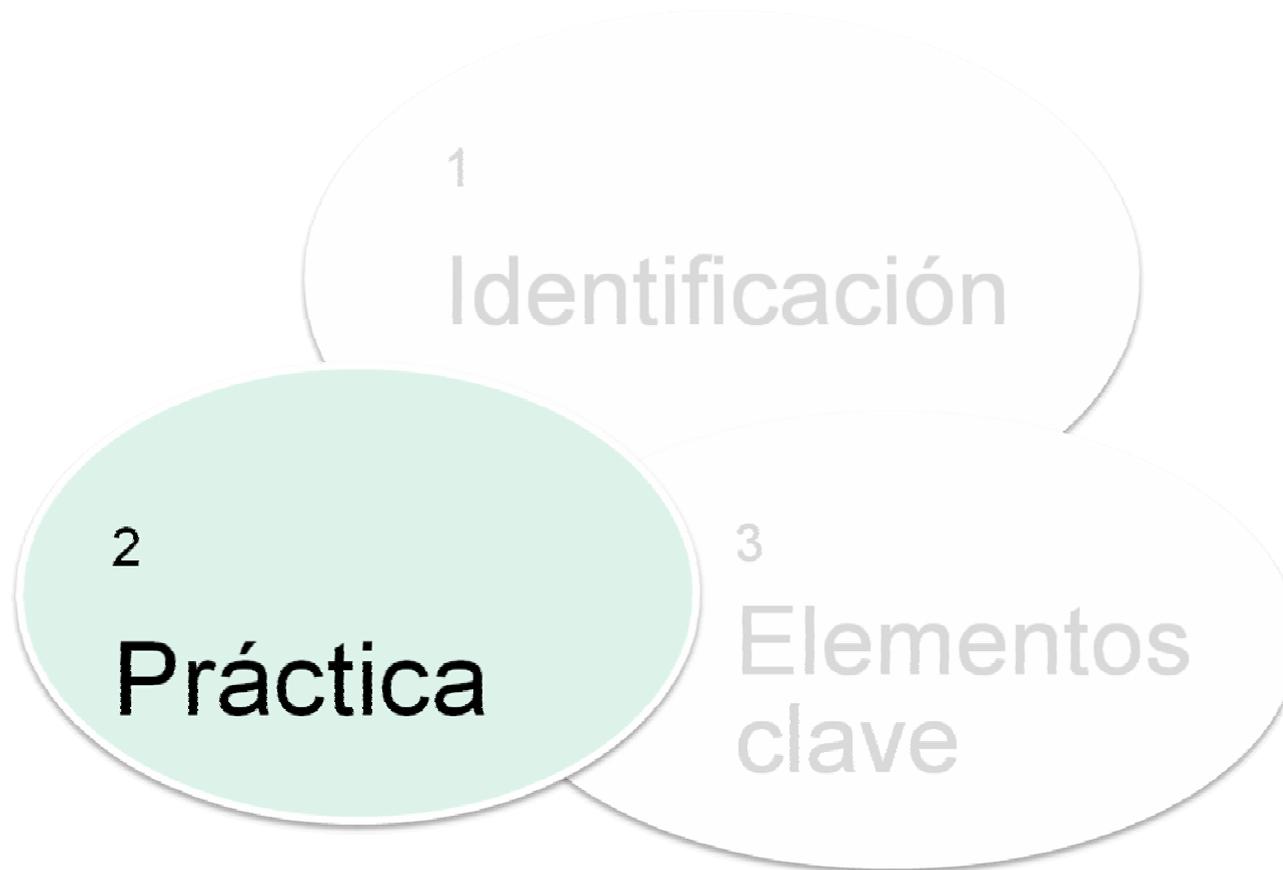
Adaptado de:

Hansen-Flaschen J. *Respir Care* 2004;49:90-7.
Chu CM. *Thorax* 2004;59:1020-5.
Celli B. *N Engl J Med* 2004;350:1005-12.
Escarrabill J. *Arch Bronconeumol.*2009; 45: 297–303



Agenda

Fases finales....



Physical Activity and Its Determinants in Severe Chronic Obstructive Pulmonary Disease

JUDITH GARCIA-AYMERICH¹, MIQUEL A FÉLEZ², JOAN ESCARRABILL³, RAMON M. MARRADES⁴, JOSEP MORERA⁵, ROBERTO ELOSUA⁶, and JOSEP M. ANTÓ^{1,7}

Med Sci Sports Exerc. 2004;36:1667-73

1/3

de los pacientes con EPOC realizan una actividad física < 15 minutos de paseo al día

Factores asociados a la escasa actividad física



Co-morbilidad
Mala calidad de vida
Oxigenoterapia domiciliaria



Noninvasive ventilation in palliative care and near the end of life

C. Perrin, V. Jullien, Y. Duval, C. Defrance

Rev Mal Respir 2009;26:e1-9



Deseo expreso de no realizar la traqueotomía.

“Techo terapéutico”
Agudización en VMD

Weaning
“Oportunidad”



Non-invasive ventilation and palliation: experience in a district general hospital and a review

Charles D Shee and Margaret Green Queen Mary's Sidcup NHS Trust, Kent

Palliative Medicine 2003; 17: 21 /26

- Pacientes que no son candidatos a UCI.
- NIV en unidades convencionales.
- EPOC avanzada.
- Disnea “terminal”
 - No se conocen los mecanismos de acción de la NIV



Nocturnal non-invasive nasal ventilation in stable hypercapnic COPD: a randomised controlled trial

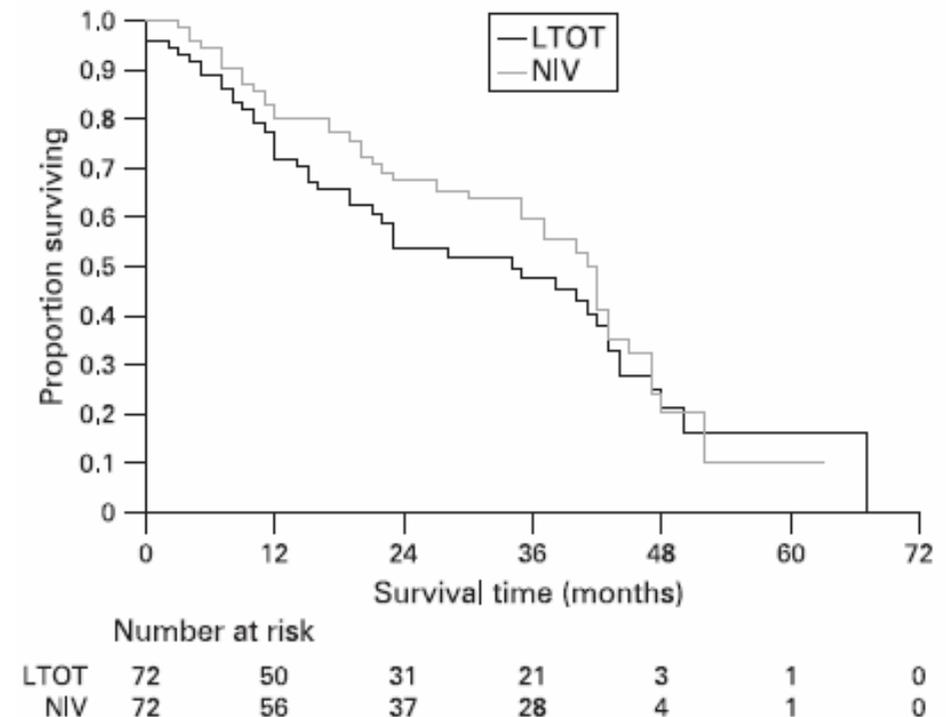
R D McEvoy,¹ R J Pierce,² D Hillman,³ A Esterman,⁴ E E Ellis,⁵ P G Catcheside,¹ F J O'Donoghue,^{1,2} D J Barnes,⁶ R R Grunstein,⁶ on behalf of the Australian trial of non-invasive Ventilation in Chronic Airflow Limitation (AVCAL) Study Group

Thorax 2009;64:561–566

60% de los pacientes usaban NIV > 4 h/noche

NIV + OD

Mejor supervivencia
Sin cambios en gases
Impacto en calidad de vida



Cirugía de reducción de volumen

Mortalidad operatoria **5.5%**

Morbilidad

Respiratoria

29.8%

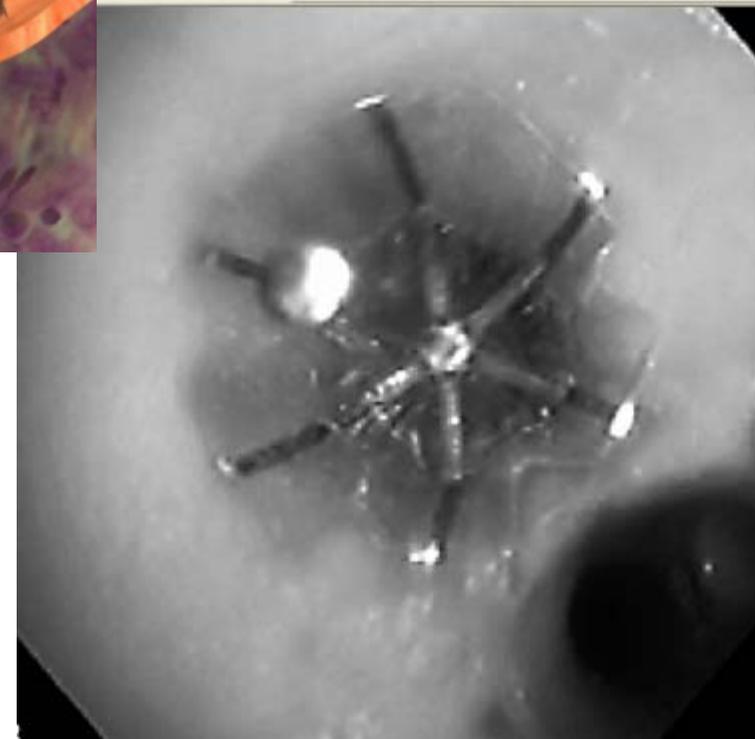
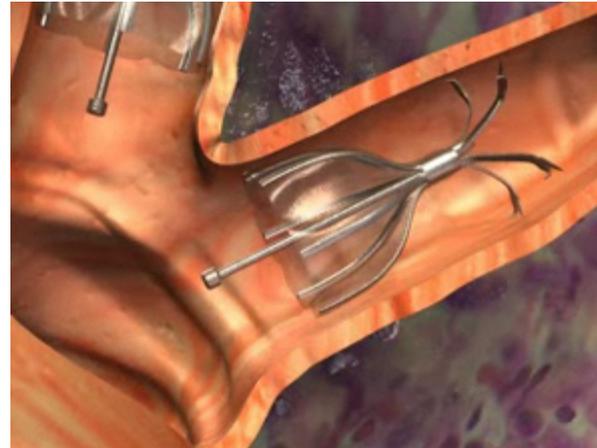
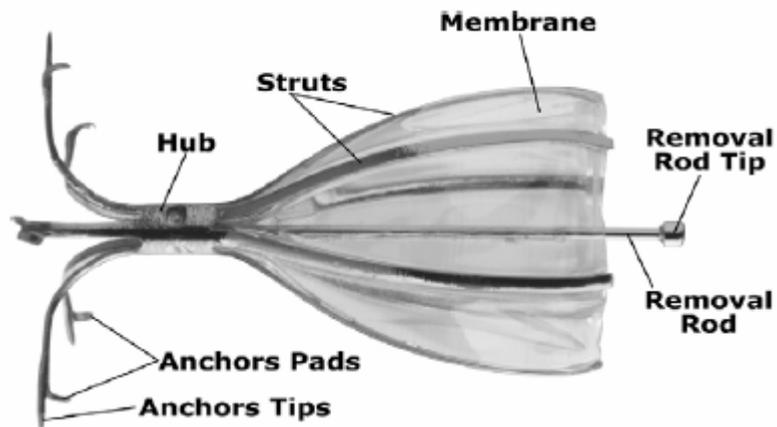
Cardíaca

20.0%

- Indicada sólo en un grupo muy seleccionado de pacientes
- Más mortalidad y complicaciones en los pacientes con enfisema no situado en lóbulos superiores



Válvulas intrabronquiales



[J Thorac Cardiovasc Surg 2007;133:65-73.](#)

[Respiration Nov 2009 \(DOI: 10.1159/000259318\)](#)

Trasplante pulmonar en pacientes con EPOC

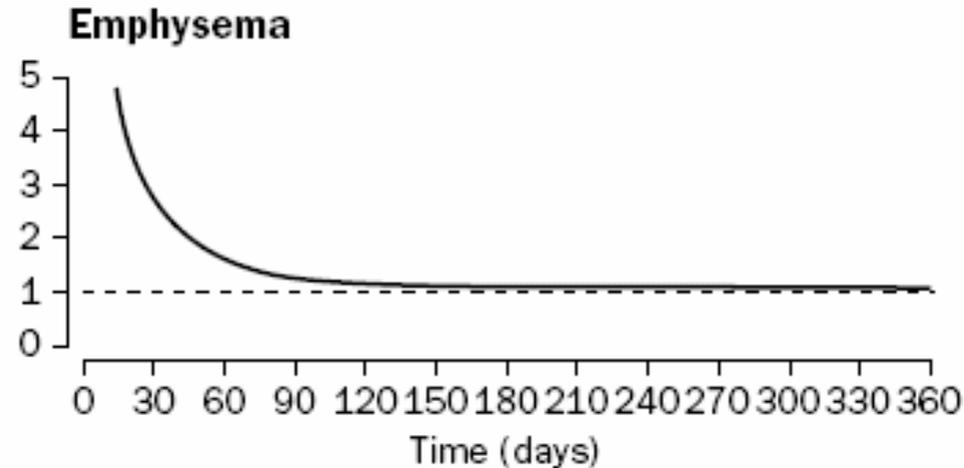


Figure 3: Relative (transplantation/continued waiting) risk of death according to diagnosis

Relative risk of 1.0 (broken line) indicates transplantation risk=waiting risk of mortality.

Hosenpud JD. Lancet. 1998;351:24-7

Algunos estudios recientes insisten que el Tx pulmonar no aumenta la supervivencia

J Heart Lung Transplant. 2006;25:75-84



Palliative care in chronic obstructive pulmonary disease: a review for clinicians

David A Seamark Clare J Seamark David M G Halpin

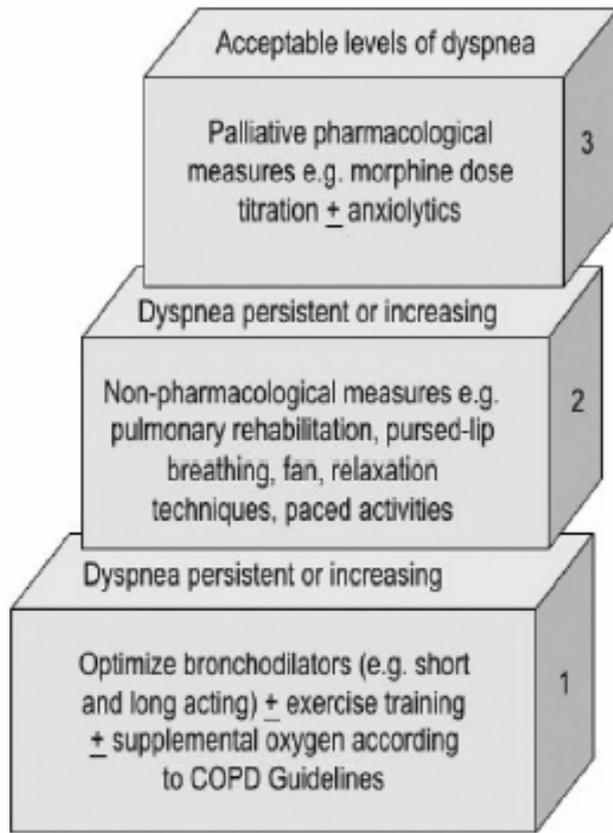
J R Soc Med 2007;100:225–233



Palliation of dyspnoea in advanced COPD: revisiting a role for opioids

G Rocker,^{1,2} R Horton,² D Currow,³ D Goodridge,⁴ J Young,⁵ S Booth⁶

Thorax 2009;64:910–915.



DYSPNEA MANAGEMENT IN SEVERE COPD

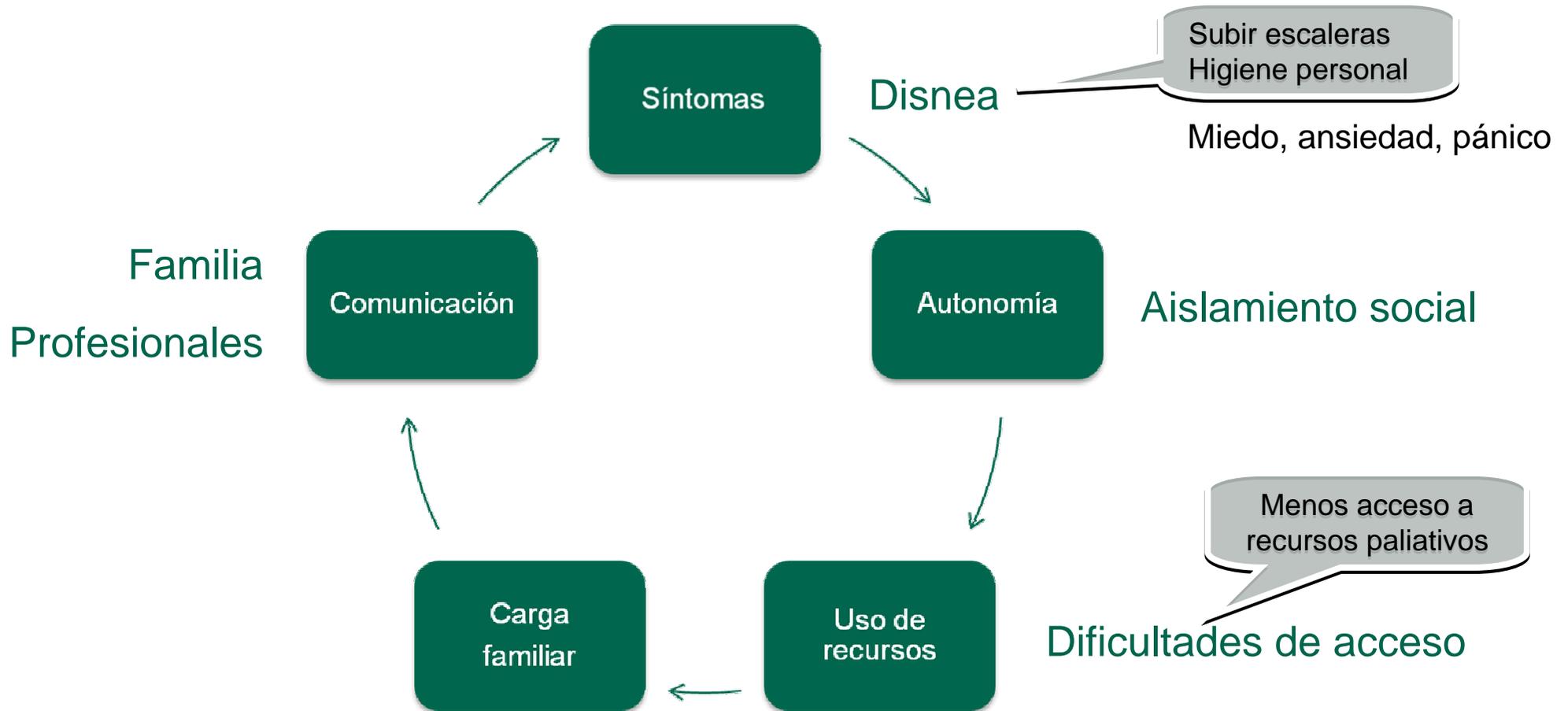
- Pacientes con disnea invalidante en reposo
- Inicio imprevisible de la disnea
- Ansiedad
- Iniciar a dosis muy bajas
- Incremento semanal muy lento



Exploring the care needs of patients with advanced COPD: An overview of the literature

Clare Gardiner ^{a,*}, Merryn Gott ^b, Sheila Payne ^c, Neil Small ^d, Sarah Barnes ^e, David Halpin ^f, Charlotte Ruse ^g, David Seamark ^h

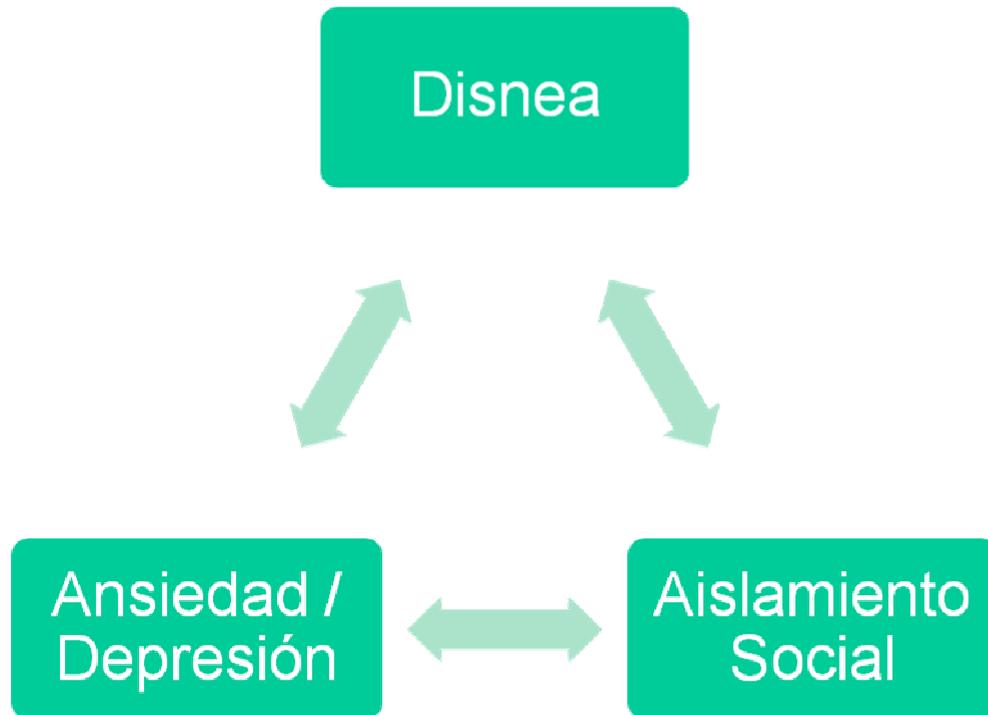
Respir Med 2010;104:159-165



The silence of patients with end-stage COPD: a qualitative study

Jolanda M Habraken, Jeannette Pols, Patrick JE Bindels, Dick L Willems

Br J Gen Pract 2008;58:844–849.



Los pacientes no expresan sus problemas



Pesimismo respecto a los resultados del tratamiento



Agenda

Fases finales....



Outpatient Management of Severe COPD

Dennis E. Niewoehner, M.D.

N Engl J Med 2010;362:1407-16.

Palliative
End-of-life = 0

Incertidumbres

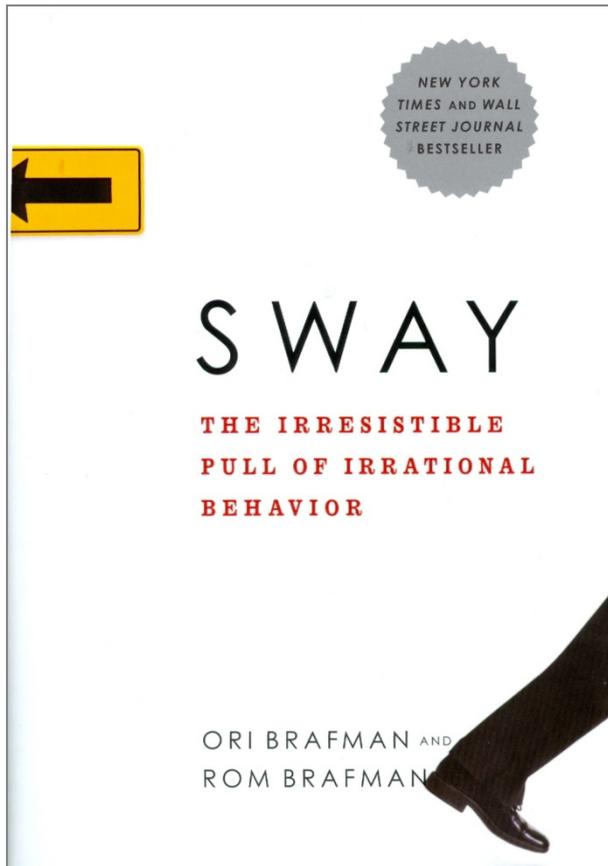
Espirometría en asintomáticos

Momento optimo de iniciar deshabituación

Programas de gestión de la enfermedad.

Rehabilitación





...hay fuerzas psicológicas que hacen descarrillar el pensamiento racional

- ❖ Perder vs ganar
- ❖ Rutina
- ❖ Etiquetas
- ❖ Percepción vs datos objetivos



SWAY:

The irresistible pull of irrational behavior

Preocupan más las posibles pérdidas que el incremento de beneficios

Aversión a la pérdida

Valores atribuidos

Incentivos

Consideran más el valor percibido que los datos objetivos

Compromisos

Compromisos que nos impiden "cambiar de acera"

Sesgo diagnóstico

Propensión a poner etiquetas basadas en la primera impresión

Procedimiento

Disidente

Más interesados en el proceso que en el resultado

Discharge planning and home care for end-stage COPD patients

J. Escarrabill

Eur Respir J 2009; 34: 507–512

Dificultades para identificar las fases finales de la vida

Importancia de la continuidad asistencial

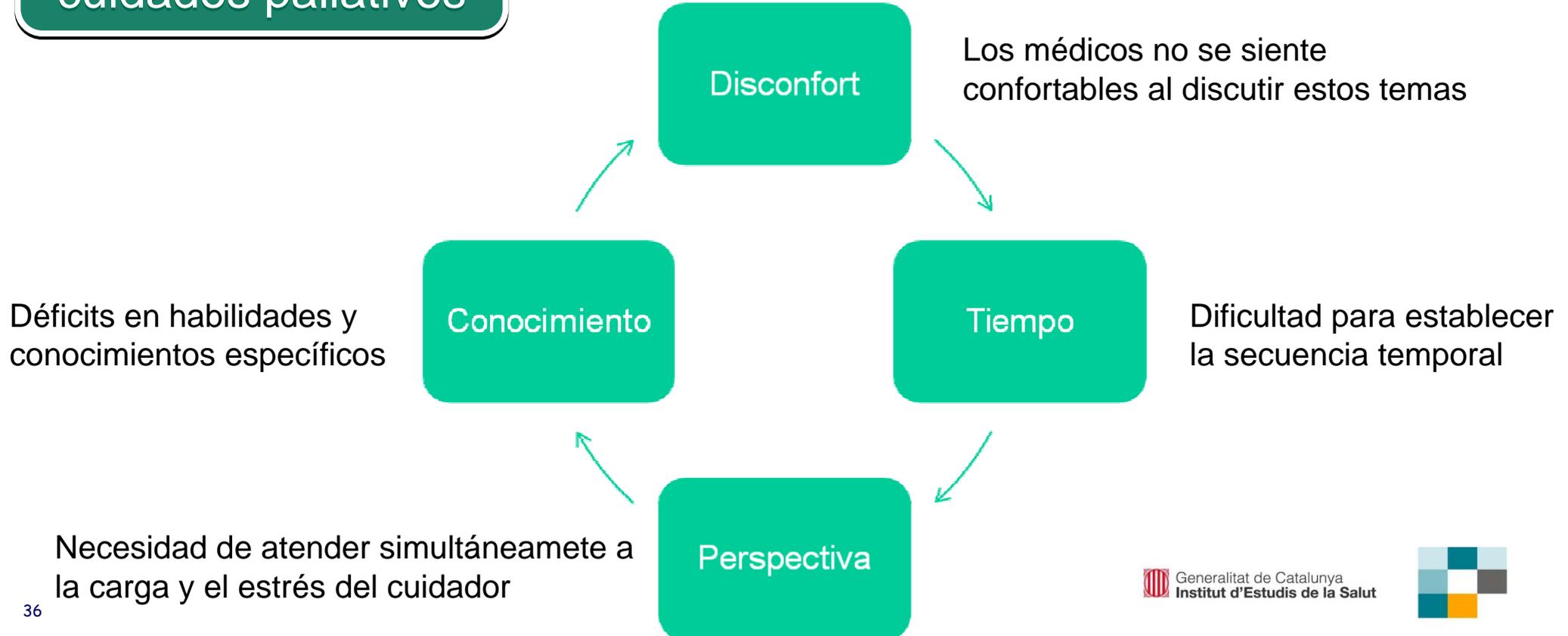


An Official American Thoracic Society Clinical Policy Statement: Palliative Care for Patients with Respiratory Diseases and Critical Illnesses

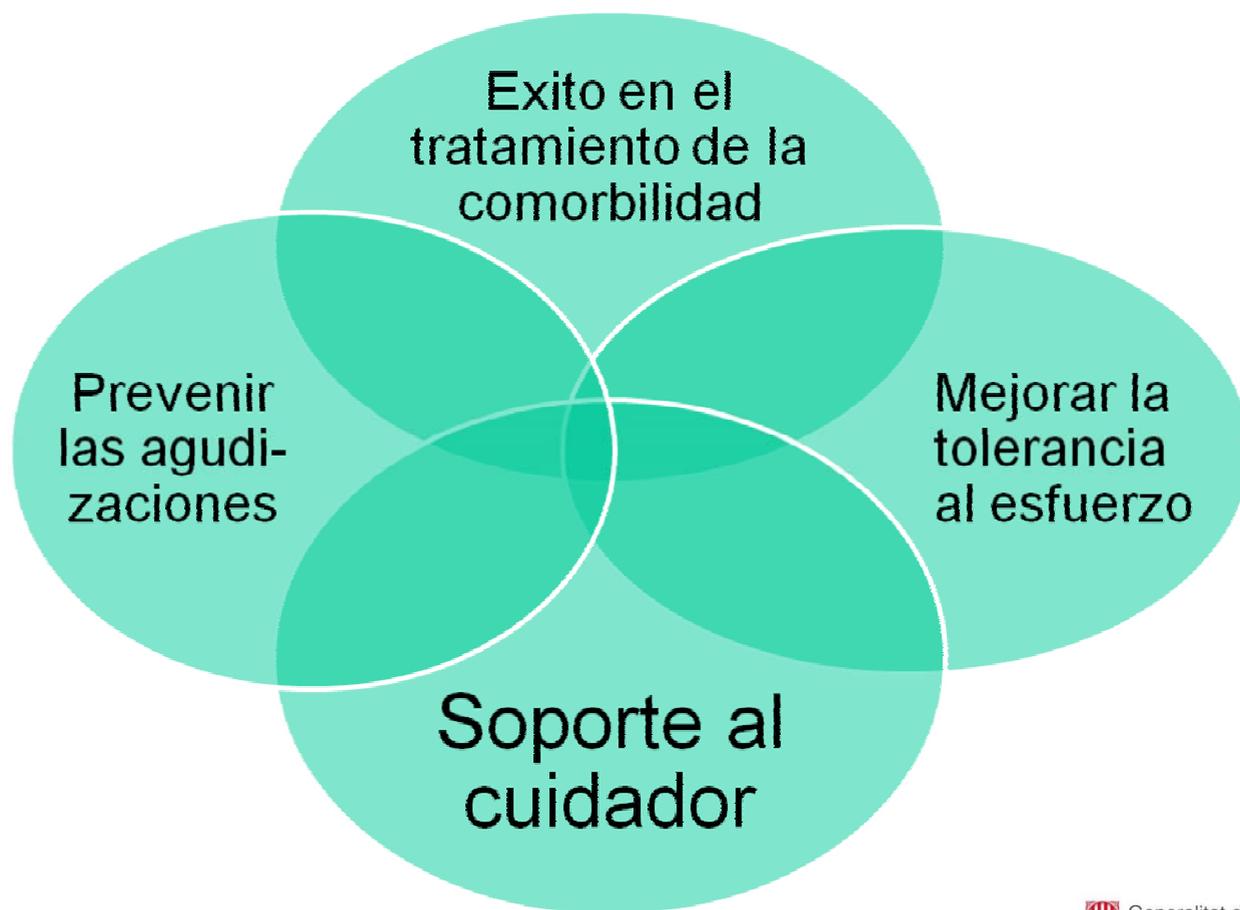
Paul N. Lanken, Peter B. Terry, Horace M. DeLisser, Bonnie F. Fahy, John Hansen-Flaschen, John E. Heffner, Mitchell Levy, Richard A. Mularski, Molly L. Osborne, Thomas J. Prendergast, Graeme Rucker, William J. Sibbald†, Benjamin Wilfond, and James R. Yankaskas, on behalf of the ATS End-of-Life Care Task Force

Am J Respir Crit Care Med 2008;177:912–927.

Barreras a los cuidados paliativos



Elementos a tener en cuenta



Integrated care prevents hospitalisations for exacerbations in COPD patients

A. Casas*, **T. Troosters⁺**, **J. Garcia-Aymerich[#]**, **J. Roca***, **C. Hernández***, **A. Alonso***,
F. del Pozo[¶], **P. de Toledo[¶]**, **J.M. Antó[#]**, **R. Rodríguez-Roisín***,
M. Decramer⁺ and members of the **CHRONIC Project**

Eur Respir J 2006;28:123-30

Intervenciones en la atención integrada



¿Cuándo hay que empezar a discutir aspectos relacionados con las fases finales de la vida?

Palliative and end-of-life care for patients with severe COPD

J.R. Curtis

[Eur Respir J 2008; 32: 796–803](#)

FEV₁ <30% predicted

Oxygen dependence

One or more hospital admissions in the previous year for an acute exacerbation of COPD

Left heart failure or other comorbidities

Weight loss or cachexia

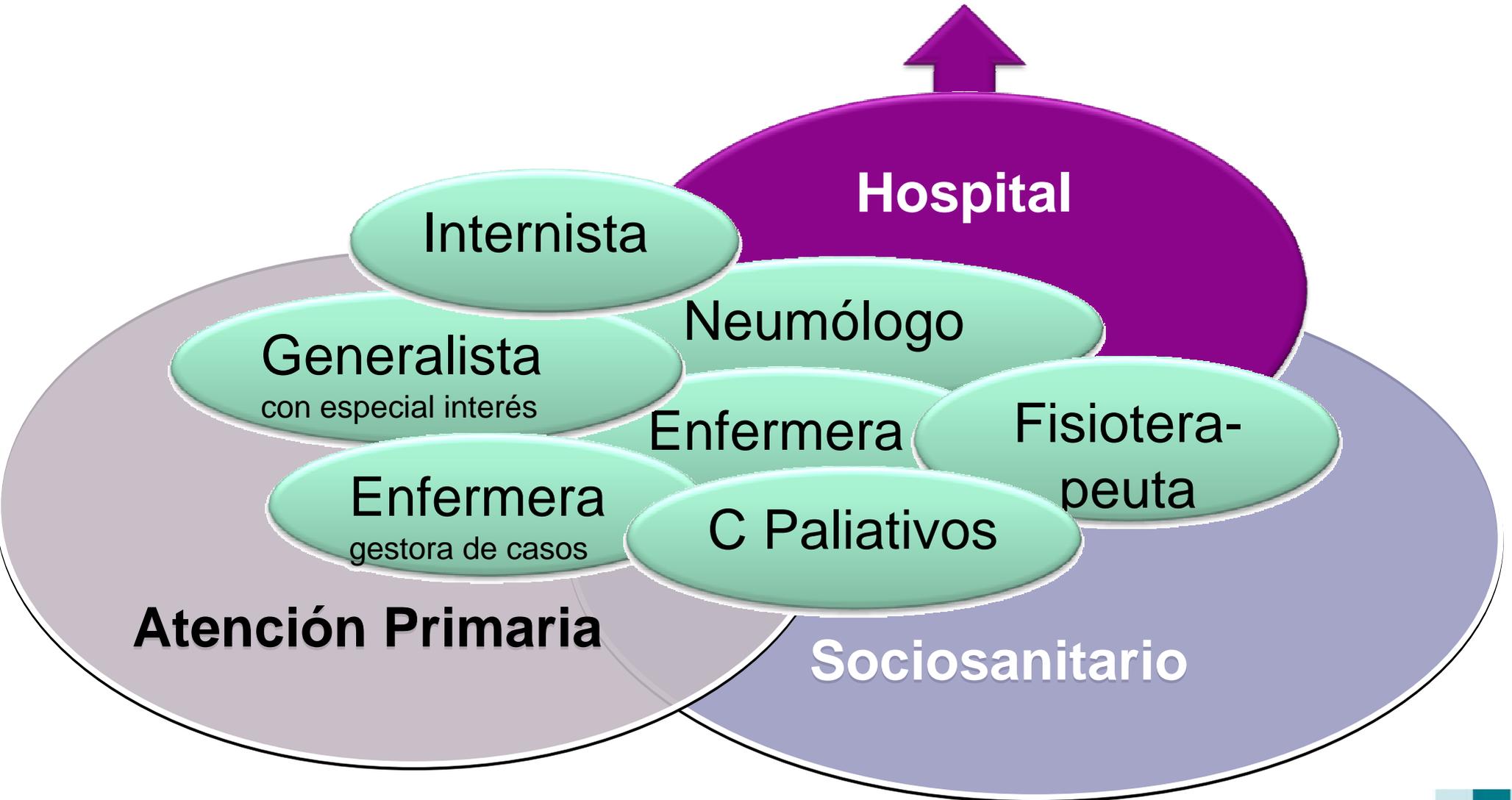
Decreased functional status

Increasing dependence on others

Age >70 yrs



Terciarismo



The Generalist Role of Specialty Physicians

Is There a Hidden System of Primary Care?

Roger A. Rosenblatt, MD, MPH; L. Gary Hart, PhD; Laura-Mae Baldwin, MD, MPH; Leighton Chan, MD, MPH; Ronald Schneeweiss, MD

JAMA 1998;279:1364-1370

Table 3.—Proportion of Diagnoses In and Out of Selected Specialty Domains of Washington State Medicare Beneficiaries, 1994-1995

Specialty	% In Domain	% Out of Domain	Total Visits
Medical specialties			
Cardiology	95.5	4.5	300 203
Dermatology	98.0	2.0	199 965
Gastroenterology	87.2	12.8	119 829
Neurology	84.3	15.7	75 059
Oncology	84.6	15.4	124 079
<u>Pulmonology</u>	64.0	36.0	110 065
<u>Rheumatology</u>	80.8	19.2	79 979
All Medical Specialties	88.2	11.8	1 009 179
Surgical specialties			
<u>General surgery</u>	75.5	24.5	121 722
<u>Gynecology</u>	72.2	27.8	72 289
Ophthalmology	97.7	2.3	612 711
Orthopedics	94.5	5.5	214 248
Otolaryngology	93.0	7.0	121 801
Urology	97.6	2.4	200 266
All Surgical Specialties	93.4	6.6	1 343 037



General Practitioners with special clinical interests: A qualitative study of the views of doctors, health managers and patients

Anthony Ronald John Boggis^{a,*}, Charles Stanley Cornford^b

Health Policy 2007;80:172–178

Hay que valorar la efectividad

¿Hay alguna diferencia entre un generalista con especial interés en las enfermedades respiratorias y una enfermera gestora de casos?

Studies Comparing Quality of Care by Specialty

Valid, Relevant, or Neither?

O'Malley PG & O'Malley AS. Arch Intern Med 2007;167:8-9.

No se trata de ver “quien lo hace mejor” sino de ver los resultados del trabajo conjunto



A PATIENT'S JOURNEY

The last wish of a patient with end stage chronic obstructive pulmonary disease

Daisy J A Janssen,¹ Ton P G Alsemgeest,¹ Guy A M Widdershoven,² Emiel F M Wouters,^{3,4} Jos M G A Schols,⁵ Martijn A Spruit⁶

[BMJ 2008;337:a2701](#)

Eutanasia

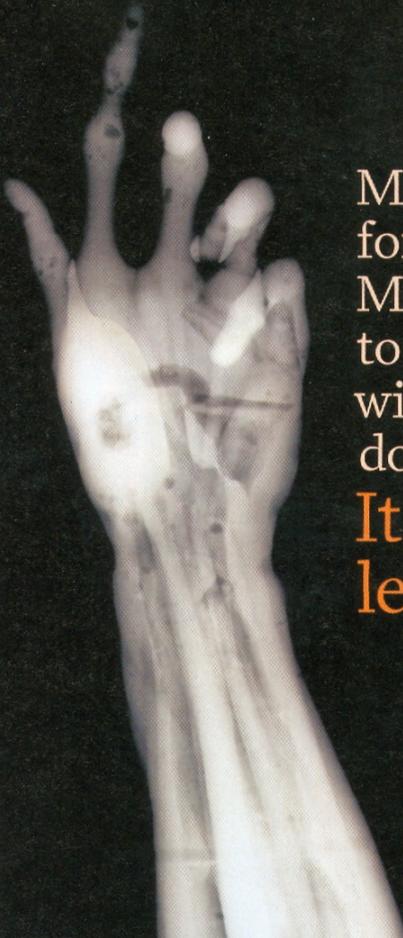
Suffering and no prospect of improvement

The attending doctor must be satisfied that the patient's suffering is unbearable, and that no prospect of improvement exists.



Fixing Health Care

Working in teams does not come easily to physicians, who still often see themselves as heroic lone healers.



Most hospitals are designed for the nineteenth century. Most doctors don't know how to share power. Most patients with complicated problems don't receive coordinated care.

It's time for a revolution—led from within.

Harvard Business Review

A Supplement to Harvard Business Review

Abril 2010

- Diseño
- Compartir
- Coordinación



Abril 2010

Health Care Needs a New Kind of Hero



Atul Gawande, center,
at Brigham and Women's
Hospital in Boston.

**“We’ve celebrated cowboys, but
what we need is more pit crews.”**



Muchas gracias
por su atención!!!



<http://elforasterodelclavel.blogspot.com/>

El forastero del clavel (rojo)

El gerente del hospital tiene una cita con un forastero que luce un clavel (rojo): "Más equipo directivo", "No, es un consultor", "Seguro que es un nuevo coordinador". Ante la duda, mejor preguntar. Las preguntas son más interesantes que las respuestas. Este es un blog de profesionales sanitarios curiosos que se hacen preguntas para ver las cosas desde otro punto de vista.

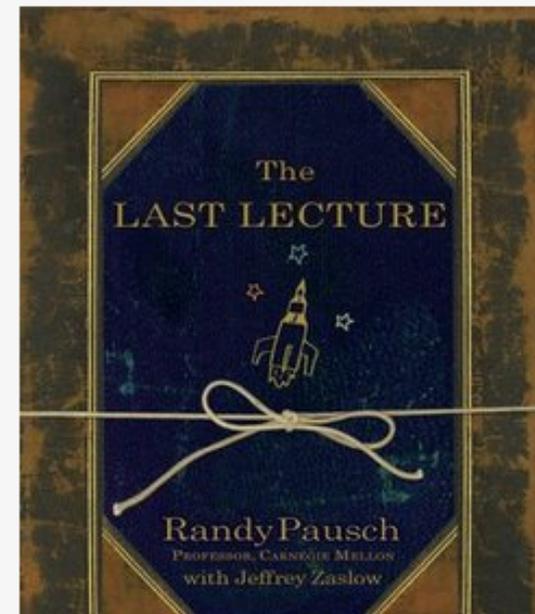
Etiquetas

Atención integrada (1)
control (1)
cáncer (1)
Health Policy Monitor (1)
interferencia (1)
La última lección (1)
Pacientes (1)
Randy Pausch (1)
RISAI (1)
tiempo (1)



jueves 2 de octubre de 2008

La última lección



El forastero del clavel

Entrador