

CURES PAL.LIATIVES EN LA MALALTIA RESPIRATÒRIA CRÒNICA (MRC)

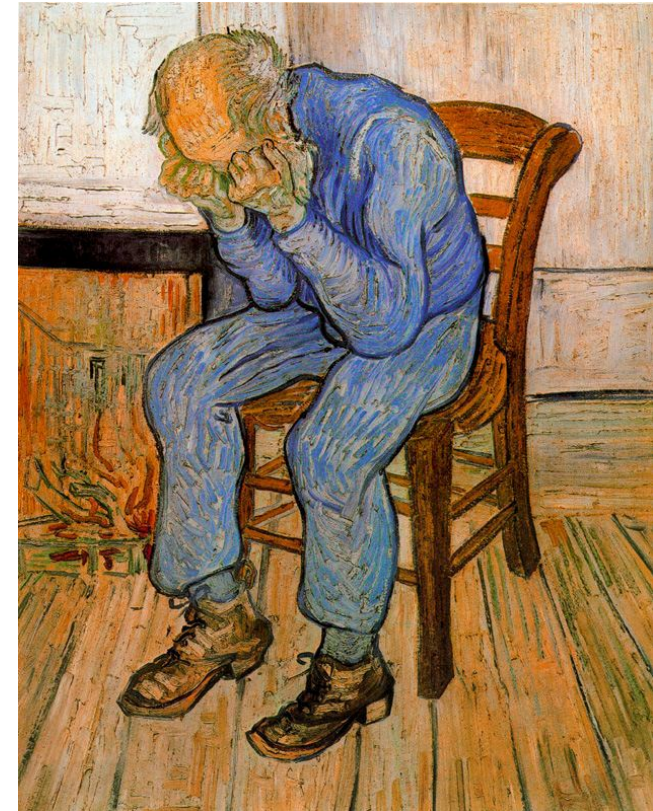
JORNADA DE DEBAT EN GESTIÓ CLÍNICA:
MALALTIA RESPIRATÒRIA CRÒNICA

Dra Torremorell
19 setembre'19



La MRC és causa freqüent d'incapacitat, morbiditat i mortalitat en la gent gran.

La WHO estima que el total de mortalitat per MPOC augmentarà en més de 30% en els propers 10a.



SÍMPTOMES SEVERS...

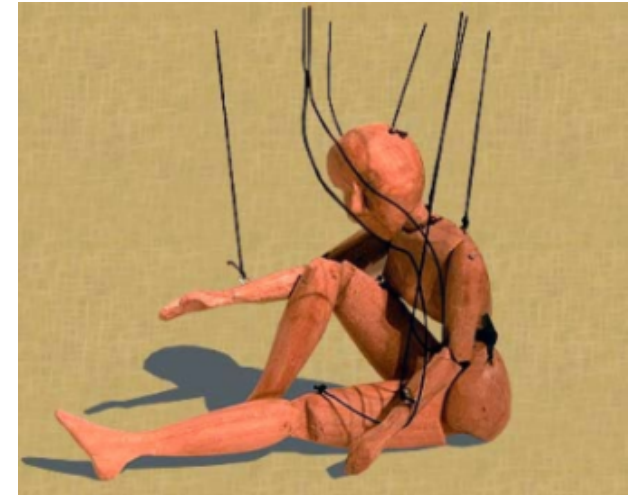
- La càrrega de símptomes físics i psicològics és al menys igual a la de moltes altres malalties i

- A més dels símptomes físics, els pacients senten sensacions

**NOMÉS EL 50% DELS MPOC
REBEN ALGUNA MESURA
PER ALLEUGERIR LA
DISPNEA EN FFV**

- Els símptomes empitjoren amb el temps i no es controlen amb la majoria.

J Palli Med 2011



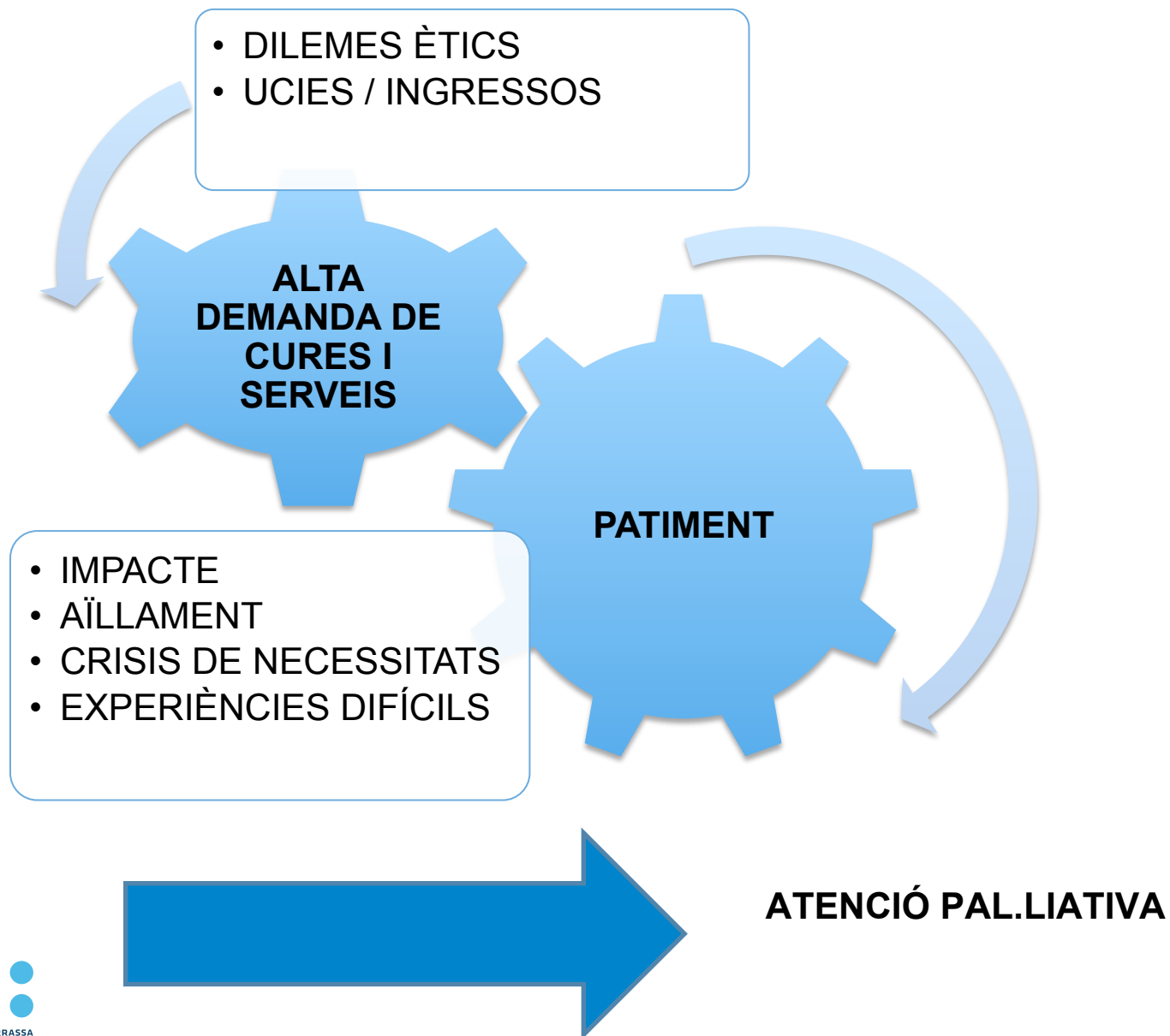
MPOC...MALALTIA MULTISISTÈMICA

Síntomes	Prevalença
Dispnea	60-88%
Fatiga	68-80%
Ansietat	51-75%
Dolor	34-77%
Depressió	37-71%
Insomni	55-65%
Anorèxia	35-67%
Constipació	27-44%

- ✓ Síntoma més freqüent
- ✓ Cal avaluar-la correctament (mMRC)
- ✓ Es relaciona directament amb la qualitat de vida no amb el grau d'obstrucció
- ✓ Predictor independent de mortalitat

Solano et al 2006

- ✓ S'associen a reducció de qualitat de vida
- ✓ Augmenten la freqüència d'hospitalització
- ✓ Augmenten mortalitat

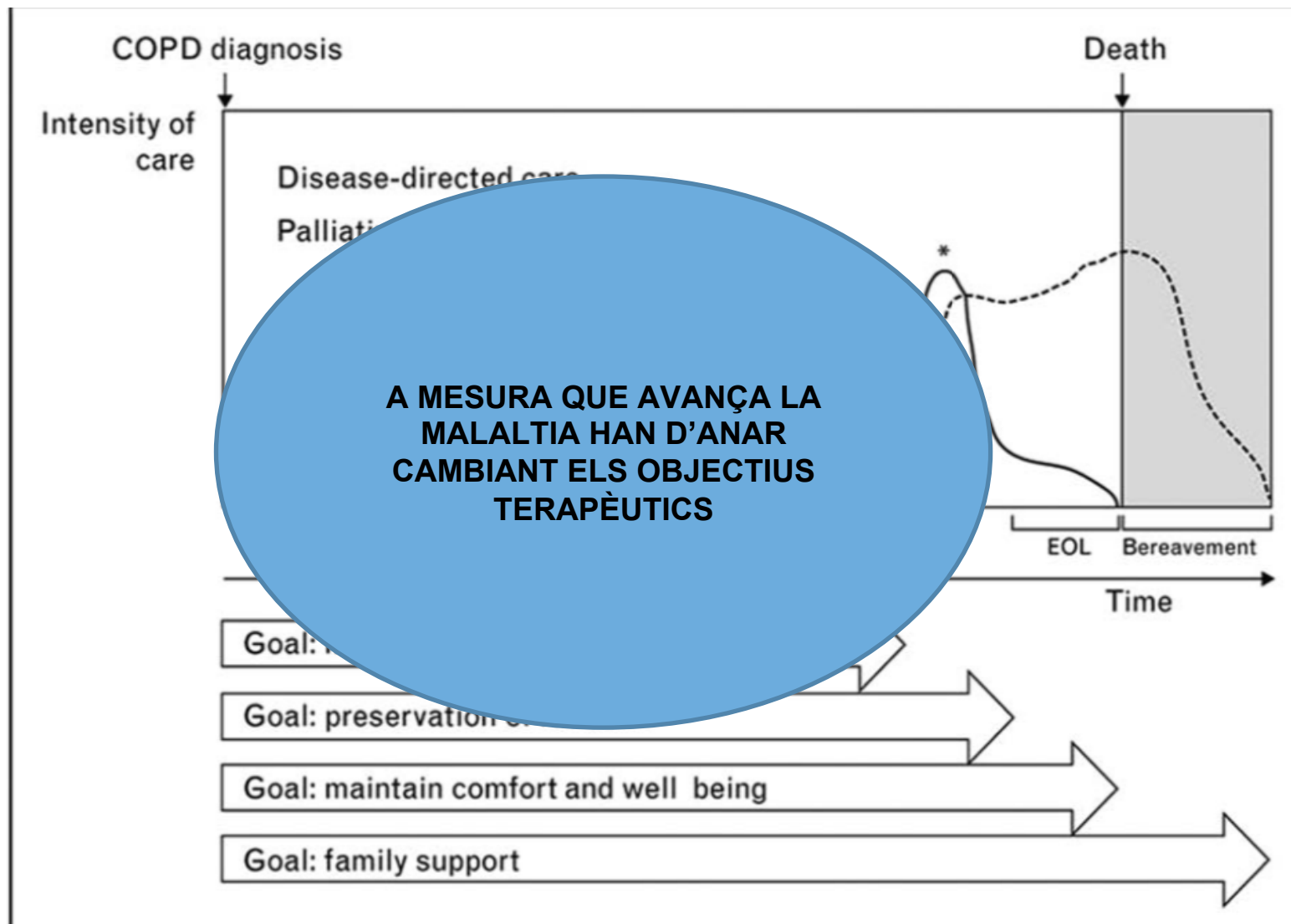


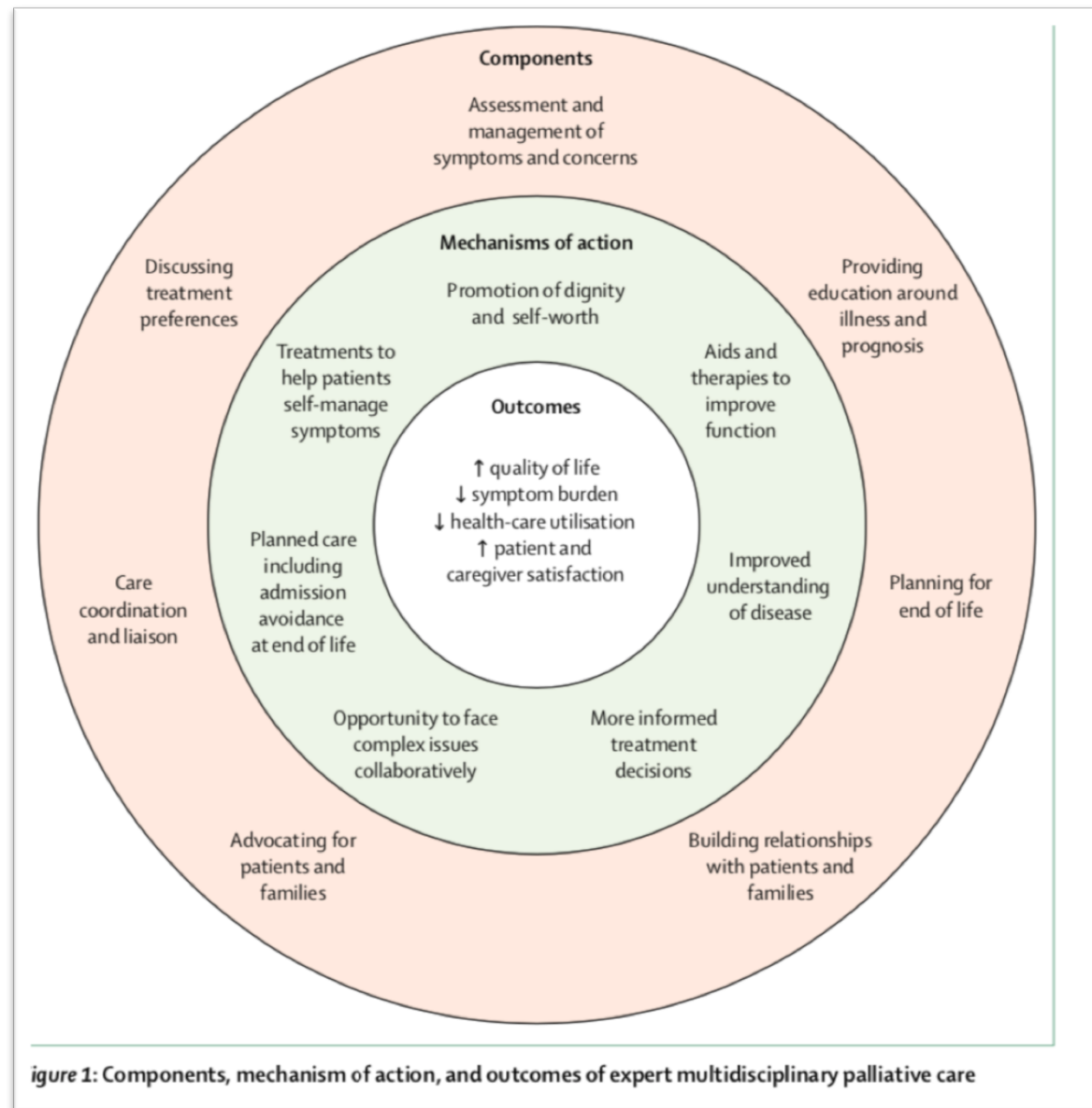
DEFININT LES CURES PAL·LIATIVES al segle XXI ...

Plantejament que millora la qualitat de vida dels pacients i les seves famílies quan afronten problemes inherents a una **malaltia potencialment mortal** amb la prevenció i alleujament del patiment a través de la identificació precoç, l'avaluació i el tractament correcte del dolor i altres problemes, físics, psicosocials o espirituals.



World Health Organization





BENEFICIS DE L'ATENCIÓ PAL·LIATIVA PRECOÇ EN MALALTIES PULMONARS CRÒNIQUES NO MALIGNES

- L'atenció pal·liativa integrada millora el control de la dispnea
Lancet Respir Med. 2014 Dec;2(12):979-87. Epub 2014 Oct 29.
- La consulta als equips de suport en CP a hospital millora la informació i comunicació, l'accés a l'atenció domiciliària, el suport emocional i espiritual, la dignitat i el benestar i la cura al voltant de la mort.
J Am Geriatr Soc. 2008;56(4):593. Epub 2008 Jan 16.
- Redueix els costos hospitalaris
BMC Palliat Care. 2017;16(1):68. Epub 2017 Dec 8.

Breaking Barriers: Prospective Study of a Cohort of Advanced Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patients To Describe Their Survival and End-of-Life Palliative Care Requirements

Daniel Gainza-Miranda , Eva Maria Sanz-Peces, Alberto Alonso-Babarro, María Varela-Cerdeira, Concepción Prados-Sánchez, Guadalupe Vega-Aleman, Ricardo Rodriguez-Barrientos, and Elena Polentinos-Castro

Published Online: 22 Feb 2019 | <https://doi.org/10.1089/jpm.2018.0363>

 Sections  View Article

 Tools  Share

Abstract

Background and Aim: Consensus has been reached on the need to integrate palliative care in the follow-up examinations of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) patients. We analyzed the survival from the initiation of follow-up by a palliative home care team (PHCT) and described the needs and end-of-life process.

Setting and Design: This study was a prospective observational cohort study of advanced COPD patients referred to a PHCT. Sociodemographic variables, survival from the start date of follow-up using the Kaplan–Meier model, health resource consumption, perceived quality of life, main symptomatology, opioid use, and advanced care planning (ACP) were analyzed.

Results: Sixty patients were included. The median survival was 8.3 months. Forty-two patients died at the end of the study (85% at home or in palliative care units). The most frequent cause of death was respiratory failure in 39 patients (93%), with 29 of these patients requiring sedation (69%). Dyspnea at rest, with an average of 5 (standard deviation [SD] 2) points, was the main symptom. Fifty-five patients (91%) required opioids for symptom control. The median score in the St. George's Respiratory Questionnaire was 72 (SD 13). The mean number of visits by the home team was 7 (SD 6.5). The mean number of admissions during the monitoring period was 1.5 (SD 0.15).

Conclusions: The characteristics of the cohort appear suitable for a PHCT. The follow-up care provided by our multidisciplinary unit decreased the number of hospitalizations, favored the development of ACP, and enabled death at home or in palliative care units.

Introduction

INFRAUTILITZACIÓ....

- Només el 14% de pacients amb FPI a EEUU tenen accés a les CP i la majoria ho fan el darrer mes de vida.

Chest. 2015 Feb;147(2):423-9

- Dificultats per a confeccionar la PDA malgrat ser malalts evolucionats.

Chest. 2011 May;139(5):1081-8

- Els malalts amb MPOC reben menys atenció dels equips de CP que altres malalties cròniques.

Chest, 2017 151:41-46

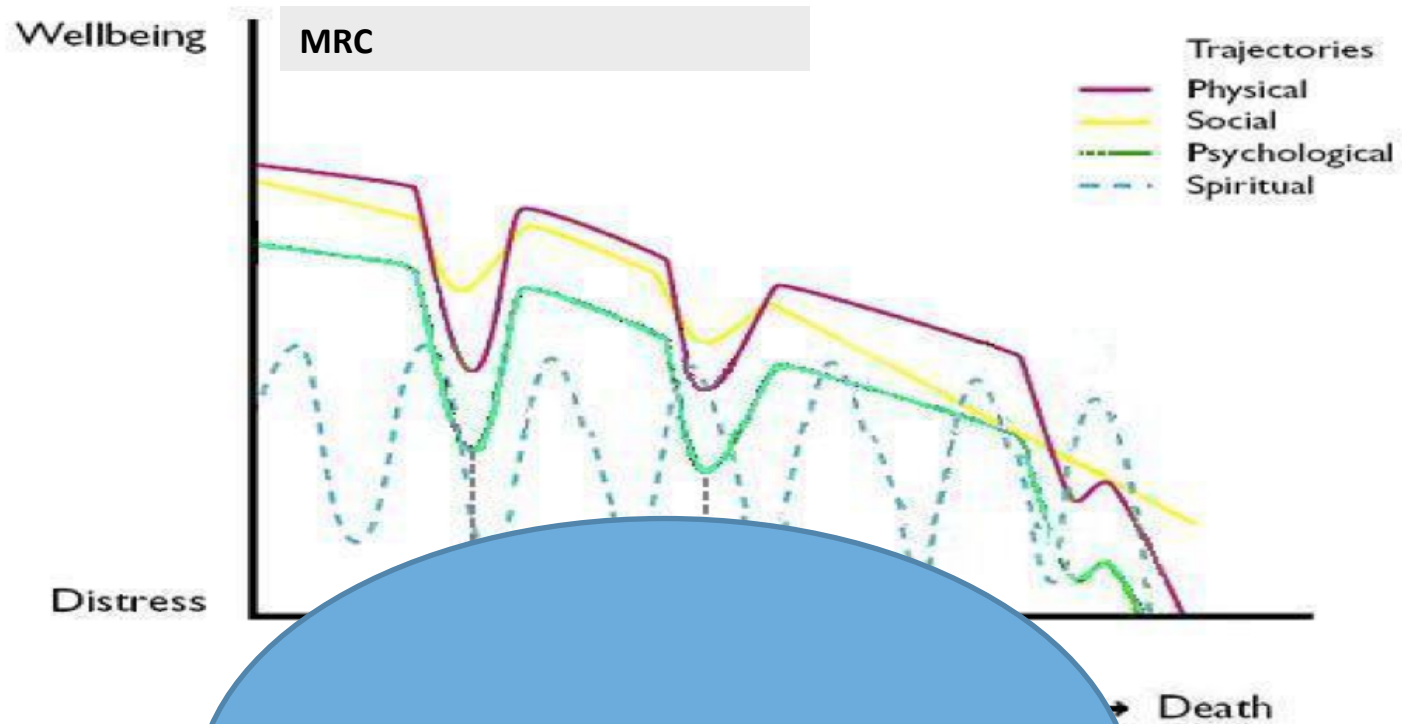
- Els malalts amb MPOC moren més a l'hospital que els malalts amb càncer de pulmó.

NPJ Prim Care Respir Med 2017;27:14

BARRERES PER A IMPLEMENTAR UNA ATENCIÓ PAL·LIATIVA

Pacients	Sanitaris
-Rebuig a disculpar-se	-Pronòstic i saber
-Escassa comunicació	-Sensació
-Pacte de no agredir	-Limitat per a
-Mandats	
-Dificultat	-de
-Mandats	-s
-de cu	
-Mandats	-inèrcia
-prolonga	
	-terapèutic
	-ment no és tan
	-malalts amb càncer

Palliative Medicine 2010; 24 (8): 787-95.



**CENTRAR L'ATENCIÓ EN
NECESSITATS MÉS QUE EN
PRONÒSTIC**



IDENTIFICACIÓ DE MALATS

Proyecto NECPAL CCOMS-ICO©: Identificación y Atención Integral-Integrada de Personas con Enfermedades Crónicas Avanzadas en Servicios de Salud y Sociales. Centro Colaborador de la OMS para Programas Públicos de Cuidados Paliativos. Institut Català d'Oncologia. Accesible en: <http://www.iconcologia.net>

Utility of the NECPAL CCOMS-ICO[®] tool and the Surprise Question as screening tools for early palliative care and to predict mortality in patients with advanced chronic conditions: A cohort study

Xavier Gómez-Batiste, Marisa Martínez-Muñoz, Carles Blay, more...

[Show all authors](#) ▾

First Published November 4, 2016 | Research Article | [Check for updates](#)

<https://doi.org/10.1177/0269216316676647>

[Article information](#) ▾



Abstract

Background:

The Surprise Question (SQ) identifies patients with palliative care needs. The NECPAL CCOMS-ICO[®] (NECPAL) tool combines the Surprise Question with additional clinical parameters for a more comprehensive assessment. The cost-effectiveness of these tools for predicting mortality is still unknown.

Aim:

To explore the...

Design:

Longitu...

Setting:

Thre...

Popu...

accor...

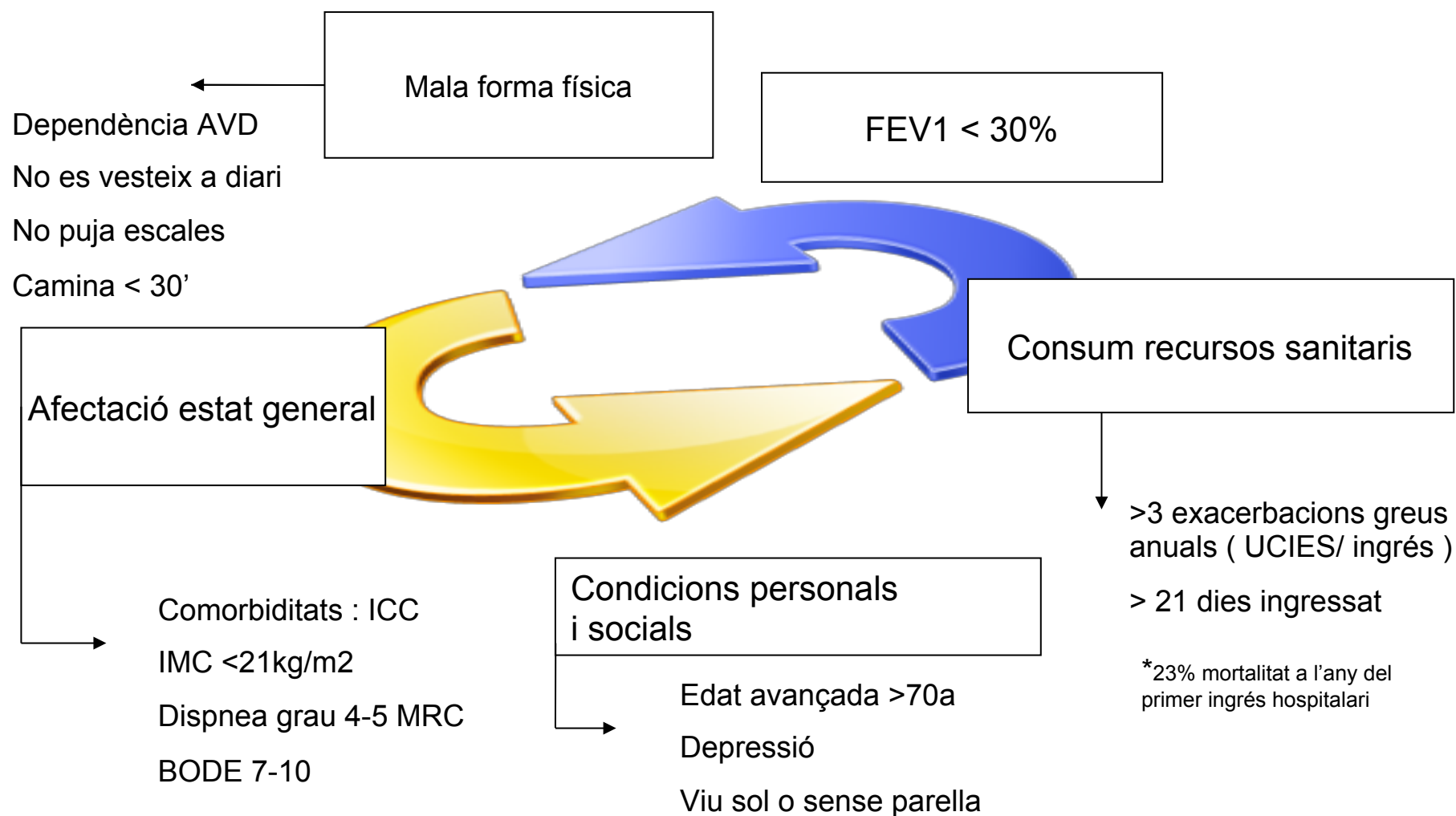
Results:

Data available for 1,000 patients were SQ+ and 780 were SQ- (SQ+ 78.0% (SQ-) and 45.8% (SQ+). Identification was significantly correlated with mortality (respectively). Both tools were highly sensitive (91.4, CI: 84.2–98.6 and 81.7, CI: 77.2–86.2), with high negative predictive values (84.2, CI: 79.4–89.0 and 81.7, CI: 77.2–86.2), with low specificity and positive predictive value. The prognostic accuracy of SQ and NECPAL was 52.9% and 55.2%, respectively. The predictive validity was slightly better for NECPAL.

Conclusion:

SQ and NECPAL are valuable screening instruments to identify patients with limited life prognosis who may require palliative care. More research is needed to increase its prognostic utility in combination with other parameters.

IDENTIFICACIÓ DEL MPOC AMB SUPERVIVÈNCIA 6-12 m ...



RECOMANACIONS PER IDENTIFICAR PACIENTS PER DISCUTIR PDA

Identifying Candidates

Patient/surrogate request for ACP

Provider believes patient may die within the next year

One or more hospitalizations in prior year for pulmonary disease

ICU admission for respiratory failure

Requirement for home oxygen therapy

$FEV_1 < 30\%$

BODE (Breathlessness, airway Obstruction, Dyspnea, Exercise tolerance) index ≥ 5 (COPD)

Patients requiring pulmonary rehabilitation

Unintentional weight loss of $> 10\%$ over 6 mo

Decreased functional capacity (eg, bed to chair existence)

Refractory breathlessness requiring opioids or benzodiazepines

Evidence of cor pulmonale or right heart failure

Patients with progressive ILD unresponsive to treatment (eg, idiopathic pulmonary fibrosis)

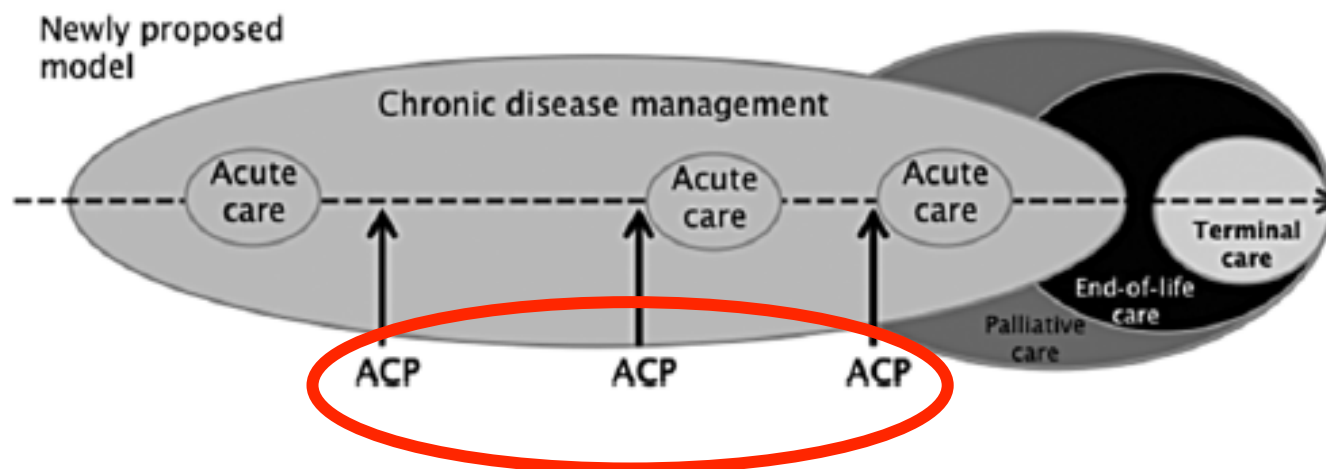
Requirement for pulmonary vasodilators (PAH)

Primary lung malignancy

Patients undergoing lung volume reduction surgery

Patients undergoing evaluation for lung transplantation

PDA...



Kevin Patel et al 2012

Iniciar-la en fase de cronicitat i progressió de gravetat simptomàtica

- clarificació de valors personals / experiència subjectiva de malaltia

Advance care planning for patients with chronic respiratory diseases: a systematic review of preferences and practices

Lea J Jabbarian,¹ Marieke Zwakman,² Agnes van der Heide,¹ Marijke C Kars,² Daisy J A Janssen,^{3,4} Johannes J van Delden,² Judith A C Rietjens,¹ Ida J Korffage¹

FACILITADORS PER INICIAR DISCUSSIÓ

PACIENT	EQUIP SANITARI	MODEL
Elevat coneixement de la natura terminal de la malaltia	Reconeixement de l'estat avançat de malaltia	Iniciació del pacient / iniciació de l'equip
Acceptació del procés de malaltia	Identificació correcta del moment i lloc per iniciar discussió	Implementació de triggers
Preocupació per ser una càrrega familiar	Expertesa en la cura de pacients amb malaltia respiratòria i fi de vida	Continuïtat de cures
Experiència de fi de vida en l'entorn		Bona relació pacient - equip

Escollir el moment idoni... si és molt precoç pot conduir a un rebuig ...si es fa en moments de crisi o poc abans de morir pot ser massa tard

Advance care planning for patients with chronic respiratory diseases: a systematic review of preferences and practices

Lea J Jabbarian,¹ Marieke Zwakman,² Agnes van der Heide,¹ Marijke C Kars,² Daisy J A Janssen,^{3,4} Johannes J van Delden,² Judith A C Rietjens,¹ Ida J Korffage¹

BJM. Thorax, 2018

BARRERES/ DIFICULTATS PER ENGEGAR LA PDA

RELACIONADES PACIENT	RELACIONADES EQUIP SANITARI	RELACIONADES SISTEMA
Coneixement insuficient sobre la seva pròpia malaltia	Por d'eliminar l'esperança del pacient	Ètica de "curació a tota costa"
Curs de malaltia imprevisible y amb dificultat per pronosticar	Percebre dubtes en els professionals per discutir preferències i involucrar-se en PDA	Percepció de limitació de temps en el professional
Percebre dubtes per considerar y discutir les preferències de tractament	Percebre dubtes en el pacient per iniciar la consideració i discussió de les preferències de tractament	Falta de suport de l'organització i entrament formal en "Comunicació en final de vida"
		Falta de continuïtat i coordinació en la cura, inclòs qui és responsable d'iniciar i seguir el PDA

ATENCIÓ PAL·LIATIVA.... PRIMÀRIA

La GOLD recomana que tots els clínics que atenen a la MPOC haurien de ser conscients de l'efectivitat de l'atenció pal·liativa i implementar-la en la seva pràctica clínica.



ATENCIÓ PRIMÀRIA
PNEUMOLÈGS
INFERMERES
FISIOTERAPEUTES
EQUIPS DE CP

...

CONEIXEMENTS TÈCNICS I ÈTICS
PER LA PRESA DE DECISIONS
DIFÍCILS

BONA PRÀCTICA CLÍNICA

- ✓ ADEQUACIÓ I PROPORCIONALITAT DE LES INTERVENCIIONS
- ✓ REORIENTACIÓ CAP A OBJECTIUS D'ATENCIÓ PAL·LIATIVA PLANIFICADA
- ✓ CONTINUITAT ASSISTENCIAL

Primary palliative care assessment of patients with chronic lung disease

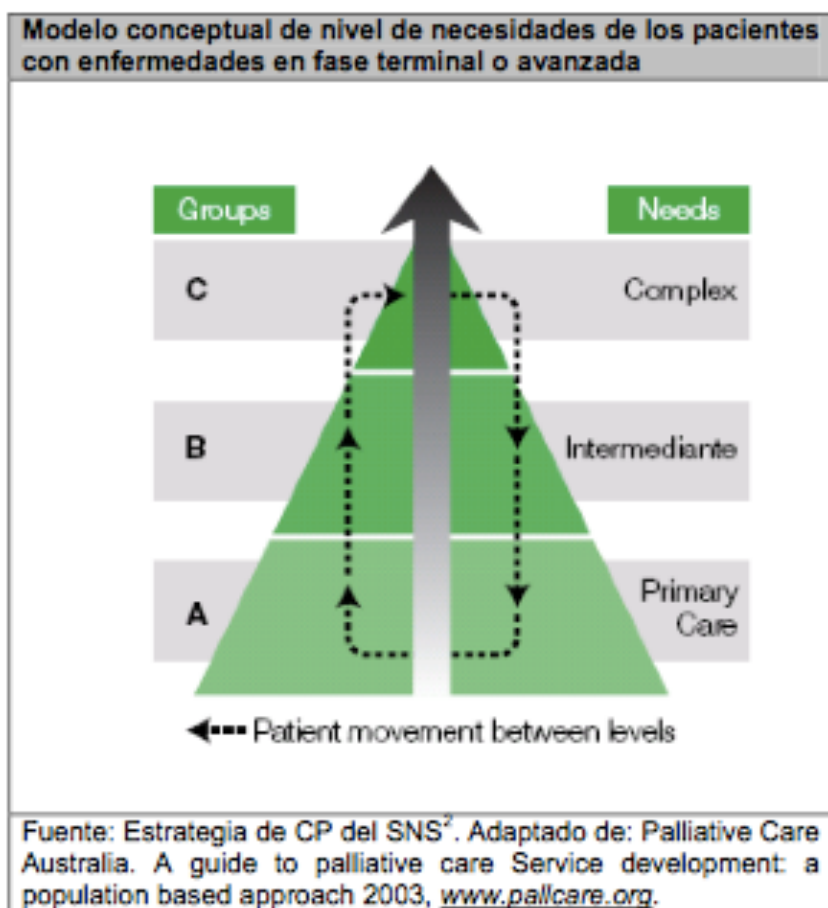
Understanding of illness/prognosis and treatment options
Does the patient/family/surrogate understand the current illness, their prognosis for quantity and quality of life, expected disease trajectory/uncertainty about disease trajectory, and treatment options?
Symptom management
Does the patient have uncontrolled/distressing symptoms? In particular, does the patient have any of the following?
▪ Pulmonary symptoms (cough, dyspnea) with daily activities ▪ Pain ▪ Fatigue and sleep disturbance ▪ Distressing psychological symptoms (depression and anxiety) ▪ Constitutional symptoms (anorexia and weight loss)
Social/spiritual assessment
Are there significant social or spiritual concerns affecting daily life?
Decision making
Is the patient comfortable making health care decisions? Or, does the patient rely on family members, friends, or health care professionals to make decisions?
Has the patient identified a surrogate decision-maker and talked with this person about their goals and values?
Would the patient/family/surrogate like help with treatment decision-making?
Identification of patient-centered goals of care
What are the goals for care, as identified by the patient/family/surrogate?
Are treatment options matched to informed patient-centered goals?
Has the patient participated in an advance care planning process?
Has the patient completed an advance care planning document?
Coping with life-threatening illness
How is the patient coping with their illness?
How are the family/family caregivers coping with the illness?
Coordination of care
Are there barriers to safe and sustainable transitions from one setting to another (eg, transportation to appointments)?
Are systems in place to enable good communication between multiple providers?

Adapted from:

1. Jacobsen J, Jackson V, Dahlin C, et al. Components of early outpatient palliative care consultation in patients with metastatic nonsmall cell lung cancer. *J Palliat Medicine* 2011; 14:459.
2. Weissman DE, Meier DE. Identifying patients in need of a palliative care assessment in the hospital setting. *J Palliat Med* 2011; 14:17.

EQUIPS DE CURES PAL·LIATIVES: ORIENTACIONS / SUPORT I ATENCIÓ DIRECTA EN MALALTS AMB **NECESSITATS MÉS COMPLEXES**

N Engl J Med 2013; 368:1173-1175



IDENTIFICAR les situacions complexes



ADEQUAR els nivells d'intensitat de la intervenció dels equips específics en CP

30% malalts no oncològics

COMPLEXITAT (concepte no rígid)

Concepte multidimensional que aglutina aquelles circumstàncies que dificulten el curs de la situació i que són susceptibles d'una intervenció per part dels equips específics en CP

SITUACIONS QUE CREEN NECES

- Deterior ràpid o imprevist
- Aparició de complicacions
- Canvi d'objectius terapèutics
- Crisis de coneixement
- Claudicació familiar

NECESSITATS UNITAT MALALT/ FAMILIA

**CAPACITAT RESOLUTIVA DELS
RECURSOS O NIVELL ASSISTENCIAL**

Tabla II. HexCom^{®2018} Versión reducida y de detección rápida.

HexCom-Red^{®2018}: versión reducida para la gestión y derivación de casos complejos.

COMPLEJIDAD ASISTENCIAL OBSERVADA.

Área afectada	Nivel de complejidad
CLÍNICA (dificultad terapéutica, síntomas / lesiones refractarias)	
PSICOEMOCIONAL (perfil psicopatológico, desadaptación, sufrimiento vital persistente)	
SOCIOFAMILIAR (sufrimiento relacional cuidador / paciente, cuidado insuficiente, sin recursos, sin cuidador)	
ESPIRITUAL (dolor espiritual por: identidad, sentido vital o del sufrimiento, relacional, valores, trascendencia)	
ÉTICA (sufrimiento por: información, decisiones/AET, petición de muerte)	
RELACIÓN DIRECTA CON LA MUERTE / PROCESO DE MORIR (ubicación problemática. SUD traumática, difícil, sedación difícil [por práctica, indicación, comprensión]. Factores de riesgo de duelo complicado)	

AET: adecuación esfuerzo terapéutico. SUD: situación últimos días.

Marcar las áreas afectadas. Marcar con nivel de complejidad: B baja, M media, A alta.

Marcar con N las áreas consideradas: No evaluada, No procede

NIVELES DE COMPLEJIDAD E INTERPRETACIÓN:

Baja: garantías de poder asumir el caso con los propios recursos.

Media: garantías probables de poder asumir el caso con el concurso de otros equipos.

Alta: dudosas garantías, incluso con la ayuda de otros equipos. Probable derivación a otro recurso o nivel asistencial.

Nivel de complejidad del caso: El más alto observado en cualquiera de las áreas afectadas

CRITERIOS DE INTERVENCIÓN EQUIPO REFERENTE - EQUIPO DE SOPORTE SEGÚN EL NIVEL DE COMPLEJIDAD

Baja complejidad: intervención puntual del equipo de soporte.

Complejidad media: atención compartida de intensidad pactada por ambos equipos.

Alta complejidad: intervención intensa del equipo de soporte. Probable derivación a otro recurso o nivel asistencial.

Tabla II. HexCom®2018 Versión reducida y de detección rápida.

HexCom-Red®2018: instrumento para la detección rápida de complejidad.

DETECCIÓN DE SITUACIÓN ASISTENCIAL COMPLEJA: ELEMENTOS INDICADORES.

Refractariedad: clínica o terapéutica

Aplicación de la guía clínica correspondiente al caso sin el resultado esperado. Sí / No

Dificultad terapéutica. No adherencia al tratamiento Sí / No

Necesidad de terapias novedosas o de uso inhabitual para el equipo referente Sí / No

Sufrimiento vital persistente (SVP): vivencial o relacional

Vivencial: psicoemocional Sí / No

Vivencial: espiritual Sí / No

Relacional: sociofamiliar Sí / No

Relacional: por aspectos éticos (paciente-familia-circuito asistencial). Sí / No

La presencia de cualquiera de ellos orienta el caso como complejo

NOTA: La refractariedad y el sufrimiento vital persistente son los elementos clave de complejidad comunes a todos los criterios de cada área del HexCom®2018. Se considera **refractariedad** la falta de repuesta o empeoramiento de una situación a pesar de una intervención bien ajustada a protocolo en un tiempo razonable y **SVP** el sufrimiento prolongado en el tiempo que, a pesar de la intervención practicada, tiende a hacerse omnipresente e incorpora respuestas desadaptativas y la autopercepción de lentitud del paso del tiempo.

Figura 1. IDC-Pal: instrumento diagnóstico de la complejidad en cuidados paliativos

		Elementos	Nivel de complejidad*	SÍ	NO
1. Dependientes del paciente	1.1. Antecedentes	1.1a Paciente es niño/a o adolescente	AC		
		1.1b Paciente es profesional sanitario	C		
		1.1c Rol socio-familiar que desempeña el/la paciente	C		
		1.1d Paciente presenta discapacidad física, psíquica o sensorial previas	C		
		1.1e Paciente presenta problemas de adicción recientes y/o activos	C		
		1.1f Enfermedad mental previa	C		
	1.2. Situación clínica	1.2a Síntomas de difícil control	AC		
		1.2b Síntomas refractarios	AC		
		1.2c Situaciones urgentes en paciente terminal oncológico	AC		
		1.2d Situación de últimos días de difícil control	AC		
		1.2e Situaciones clínicas secundarias a progresión tumoral de difícil manejo	AC		
		1.2f Descompensación aguda en insuficiencia de órgano en paciente terminal no oncológico	C		
		1.2g Trastorno cognitivo severo	C		
		1.2h Cambio brusco en el nivel de autonomía funcional	C		
		1.2i Existencia de comorbilidad de difícil control	C		
		1.2j Síndrome constitucional severo	C		
		1.2k Dificil manejo clínico por incumplimiento terapéutico reiterado	C		
	1.3. Situación psico-emocional	1.3a Paciente presenta riesgo de suicidio	AC		
		1.3b Paciente solicita adelantar el proceso de la muerte	AC		
		1.3c Paciente presenta angustia existencial y/o sufrimiento espiritual	AC		
		1.3d Conflicto en la comunicación entre paciente y familia	C		
		1.3e Conflicto en la comunicación entre paciente y equipo terapéutico	C		
		1.3f Paciente presenta afrontamiento emocional desadaptativo	C		
2. Dependientes de la familia y el entorno		2.a Ausencia o insuficiencia de soporte familiar y/o cuidadores	AC		
		2.b Familiares y/o cuidadores no competentes para el cuidado	AC		
		2.c Familia disfuncional	AC		
		2.d Claudicación familiar	AC		
		2.e Duelos complejos	C		
		2.f Limitaciones estructurales del entorno	AC		
3. Dependientes de la organización sanitaria	3.1. Profesional/Equipo	3.1a Aplicación de sedación paliativa de manejo difícil	AC		
		3.1b Dificultades para la indicación y/o manejo de fármacos	C		
		3.1c Dificultades para la indicación y/o manejo de intervenciones	C		
		3.1d Limitaciones en la competencia profesional para el abordaje de la situación	C		
	3.2. Recursos	3.2a Dificultades para la gestión de necesidades de técnicas instrumentales y/o material específico en domicilio	C		
		3.2b Dificultades para la gestión y/o manejo de necesidades de coordinación o logísticas	C		

*Nivel de complejidad C: Elemento de Complejidad AC: Elemento de Alta Complejidad

Situación: No compleja ☐ Compleja ☐ Altamente Compleja ☐

Intervención de los recursos avanzados/específicos: Sí ☐ No ☐

Criteria for considering a palliative care referral in patients with chronic lung disease

Patient characteristics	Social circumstances or issues related to anticipatory bereavement
Limited options for treatment	Limited access to care
Physical symptoms, such as pain, dyspnea, or cough, that are refractory to conventional management	Familial factors, including: ▪ Limitations of the family/caregiver ▪ Inadequate family support ▪ Family discord ▪ History of intensely dependent relationship(s) ▪ Parental concerns regarding care of dependents
High symptom burden or distress score	Financial limitations
Inability to engage in advance care planning and care plan	Unresolved grief or multiple prior losses
Uncertainty as to prognosis or disease trajectory	Spiritual or existential crisis
Cognitive impairment	Need for coordination of care at multiple sites
Severe or multiple comorbid conditions	
Communication barriers related to language, literacy, or physical issues	
Request for hastened death	
Homebound	

REVIEW

Nurse-led integration of palliative care for chronic obstructive pulmonary disease: An integrative literature review

Linda Ora PhD Candidate , Judy Mannix PhD, RN ... [See all authors](#) 

First published: 20 July 2019 | <https://doi.org/10.1111/jocn.15001>

Volume 16, Special Issue 4 (Topics in Bereavement) August 2018, pp. 452-460

Cited by 
[Get access](#)

A conceptual model: Redesigning how we provide palliative care for patients with chronic obstructive pulmonary disease

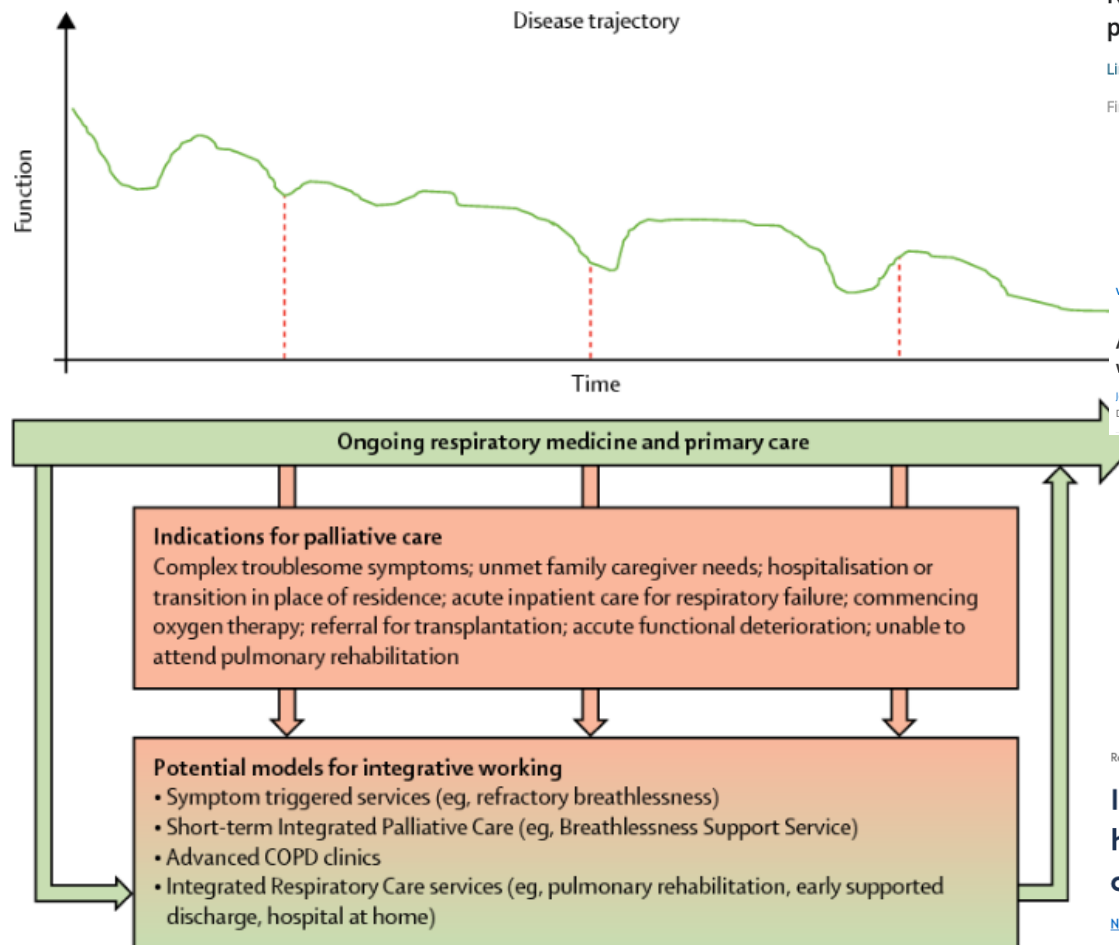
Jennifer Philip ^(a1), Gregory Crawford ^(a2), Caroline Brand ^(a3), Michelle Gold ^(a4) ... 
DOI: <https://doi.org/10.1017/S147895151700044X> Published online by Cambridge University Press: 31 May 2017

Research article | [Open Access](#) | [Open Peer Review](#) | Published: 19 January 2019

Integrated respiratory and palliative care leads to high levels of satisfaction: a survey of patients and carers

Natasha Smallwood , Thomas Moran, Michelle Thompson, Peter Eastman, Brian Le & Jennifer Philip

BMC Palliative Care 18, Article number: 7 (2019) | [Download Citation](#) 



RECURSOS ESPECÍFICS CP

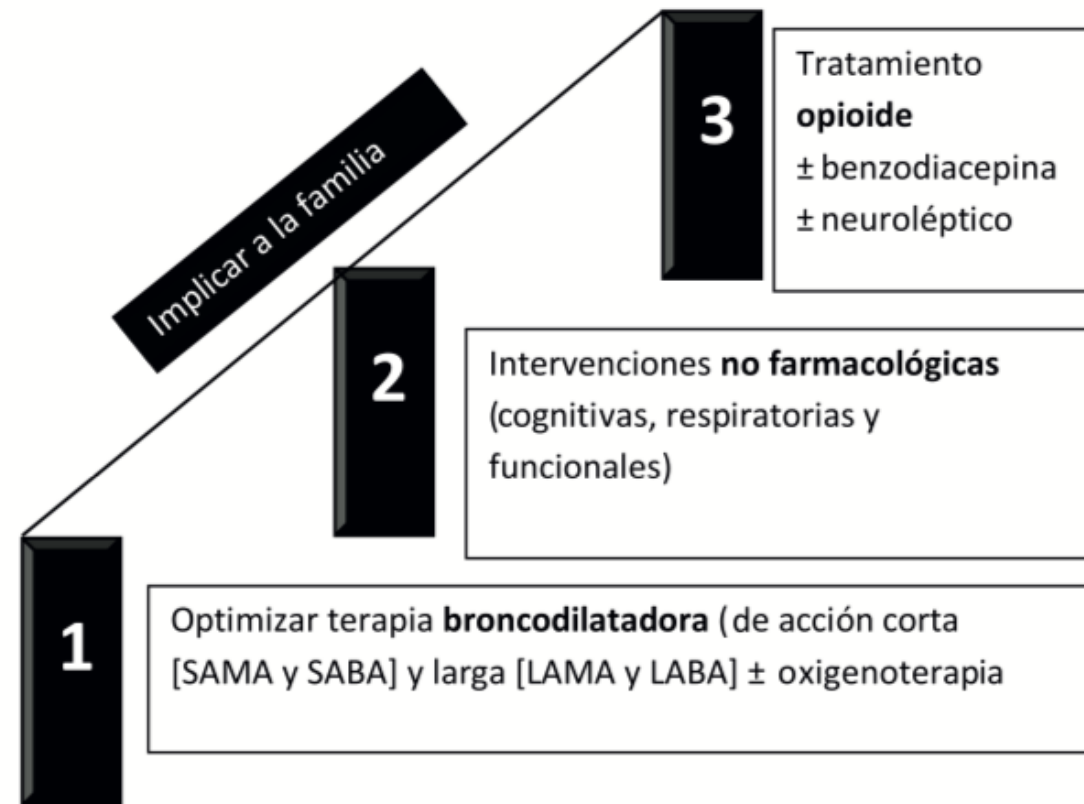
L'adequació de la intervenció i la seva intensitat depèn de la **COMPLEXITAT I ÉS INDEPENDENT DEL PRONÒSTIC**.

- FLEXIBLE
- ADAPTADA
- COMPARTIDA

Ha de contemplar una atenció **CONTINUADA I URGENT**



Figura 1. Escalera para el tratamiento de la disnea en pacientes con EPOC.



SAMA: *short-acting muscarinic antagonist* (bromuro de ipratropio). SABA: *short-acting β -agonist* (salbutamol o la terbutalina). LABA: *long-acting β -agonists* (salmeterol, formoterol e indacaterol). LAMA: *long-acting muscarinic antagonist* (bromuro de tiotropio).

TRACTAMENT SIMPTOMÀTIC DE LA DISPNEA AMB OXÍGEN

DISPNEA	TRACTAMENT	EVIDÈNCIA
	-L'ús d'O2 en malalts amb dispnea refractària sense hipoxèmia no millora el símptoma significativament comparat amb aire ambient	-Abernethy et al 2010
	-Evidència de l'O2 en la reducció de la dispnea en malalts amb hipoxèmia lleu o sense hipoxèmia	-Revisió Cochrane per Uronis et al 2011

PRESCRIPCIÓ INDIVIDUALITZADA

CALEN MÉS ESTUDIS EN FFV

TRACTAMENT SIMPTOMÀTIC DE LA DISPNEA AMB OPIOIDES

LIMITACIONS	EVIDÈNCIA	INVESTIGACIÓ FUTURA
-Experiència limitada -Estudis a curt termini -Desconeixement possibles efectes a llarg plaç -Poc nombre de malalts	-Existeixen proves a favor de l'ús continuat d'opioides parenterals o orals -No hi ha proves consistents per a l'ús d'opioides nebulitzats -Manquen proves consistents que avalin l'ús dels opioides per a millorar la tolerància a l'exercici	-Estudis amb diferents opiacis i esquemes de dosis -Mesures de qualitat de vida -Estudiar la correlació de l'efecte terapèutic amb el grau de dispnea

TRACTAMENT SIMPTOMÀTIC DE DISPNEA AMB BENZODIAZEPINES

DISPNEA	TRACTAMENT	EVIDÈNCIA
	-El tractament amb BDZ no provoca un impacte significatiu en la dispnea	-Simon et al 2010
	-Estudis molt limitats	
	-Es poden considerar afegides als opioides si també hi ha símptomes d'ansietat i pànic	-Freeman D et al 2006



Utilitzar lorazepam o alprazolam oral o sbl o midazolam per via sc

Alerta l'efecte depressor en MPOC i hipercàpnia

TRACTAMENT SIMPTOMÀTIC NO FARMACOLÒGIC DE LA DISPNEA

TRACTAMENT	EVIDÈNCIA
-VMNI Millora la hipercàpnia i la dispnea utilitzada en combinació amb oxigenoteràpia	-Clini et al 2002
-TECNiques DE RELAXACIÓ Evidència qüestionable	-Bausewein et al 2008
-REHABILITACIÓ PULMONAR Redueix l'ansietat si s'associa a entrenament muscular supervisat	-Hochestter et al 2005

INTERVENCIONS EN LA DEPRESSIÓ/ANSIETAT

ANSIETAT/DEPRESSIO	TRACTAMENT	EVIDÈNCIA
	ANTIDEPRESSIUS, ISRS -Resultats no concloents o sense impacte significatiu en l'activitat i en la qualitat de vida	-Eiser et al 2005 -Yohannes et al 2001
	ANSIOLÍTICS -Evidència limitada i resultats conflictius -Intervenció individualitzada	-Uronis et al 2011
	REHABILITACIÓ PULMONAR -Resultats conflictius	-Yohannes et al 2008
	TERÀPIA COGNITIVA CONDUCTUAL -Combinada amb RHB pulmonar pot tenir impacte significatiu	-Kunik et al 2008 -Hynninen et al 2010
	RELAXACIÓ MUSCULAR - Evidència limitada en l'efecte sobre l'ansietat	-Renfoe et al 1998

Problemes amb alta prevalença: 90% MPOC FFV

Solapament amb els símptomes de MPOC: dificultat per a detectar-los

Només 1/3 part reben tto

CONCLUSIONS

- ✓ Les MRC cursen amb una **TRAJECTÒRIA CLÍNICA DE LENT DETERIOR** amb una **ALTA CÀRREGA SIMPTOMÀTICA** que condiciona un **ELEVAT IMPACTE PSICOSOCIAL EN MALALT I FAMÍLIA**.
- ✓ El maneig d'aquests pacients requereix d'una **INTERVENCIÓ INTERDISCIPLINÀRIA**
- ✓ Les CP han d'estar disponibles en tots els estadis de la malaltia sobretot quan encara estan en actiu els tractaments curatius : **INTERVENCIÓ PRECOÇ**
- ✓ La variable trajectòria clínica **DIFICULTA LA PREDICCIÓ PRONÒSTICA**.
Buscar la precisió pronòstica porta a endarrerir fer un pla de cures adequat a la trajectòria de la malaltia i a les **NECESSITATS** que aquesta genera.
- ✓ Per a la detecció de malalts amb necessitats d'atenció pal·liativa centrada amb necessitats fluctuants del pacient / família ens cal una eina que capti la **MULTIDIMENSIONALITAT DE LA MALALTIA : NECPAL**.

CONCLUSIONS

- ✓ Cal **TREBALLAR LA PLANIFICACIÓ DE DECISIONS ANTICIPADES** per a adequar l'enfoc dels objectius de la cura i la gestió de les crisis respectant l'autonomia del pacient.
- ✓ **TOTS** els clínics que atenen a la MPOC haurien de ser conscients de l'efectivitat de l'atenció pal·liativa implementar-la en la seva pràctica clínica (atenció pal·liativa primària)
- ✓ Caldrà identificar les situacions complexes per a **ADEQUAR ELS NIVELLS D'INTENSITAT** de la intervenció dels equips específics en CP: **HexCom i ICD-Pal**

CONCLUSIONS

- ✓ La **DISPNEA** és el símptoma més comú , més estressant i respon només parcialment al tractament
- ✓ L'evidència del tractament simptomàtic és pobre.
- ✓ N'hi ha per l'ús dels opioides continuats orals o parenterals (eficàcia i seguretat)



MOLTES GRÀCIES