

NIVELL D'ADEQUACIÓ TERAPÈUTICA? D'INTERVENCIÓ ? LET? LED? N M F I?

Gala Serrano

Servei de Cures Pal·liatives ICO L'Hospitalet

SCBCP- Acadèmia Ciències Mèdiques

19 de març 2019

INDEX



- Justificació
- Objectius
- Metodologia
- Resultats
- Conclusions

“NIT”

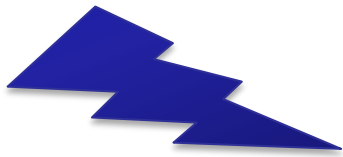
Nivell d'intervenció

Pacients ingressats a les
Unitats d'Hospitalització
ICO

JUSTIFICACIÓ

2004 : Diagnòstic situacional

- Pacient de 30 anys, amb limfoma politractat i progressió malaltia, “entrant” en situació de final de vida i.... **FEBRE!**



2Hemocultius+1 urocultiu+analítica urgent

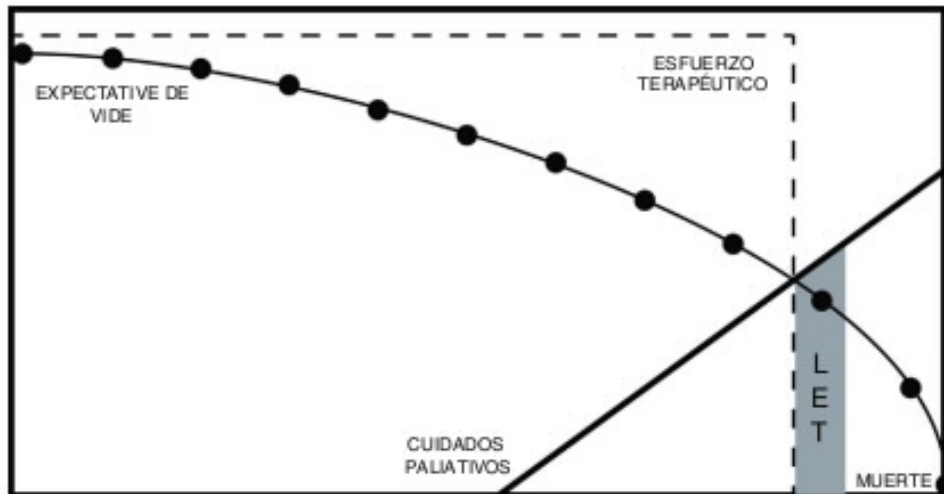
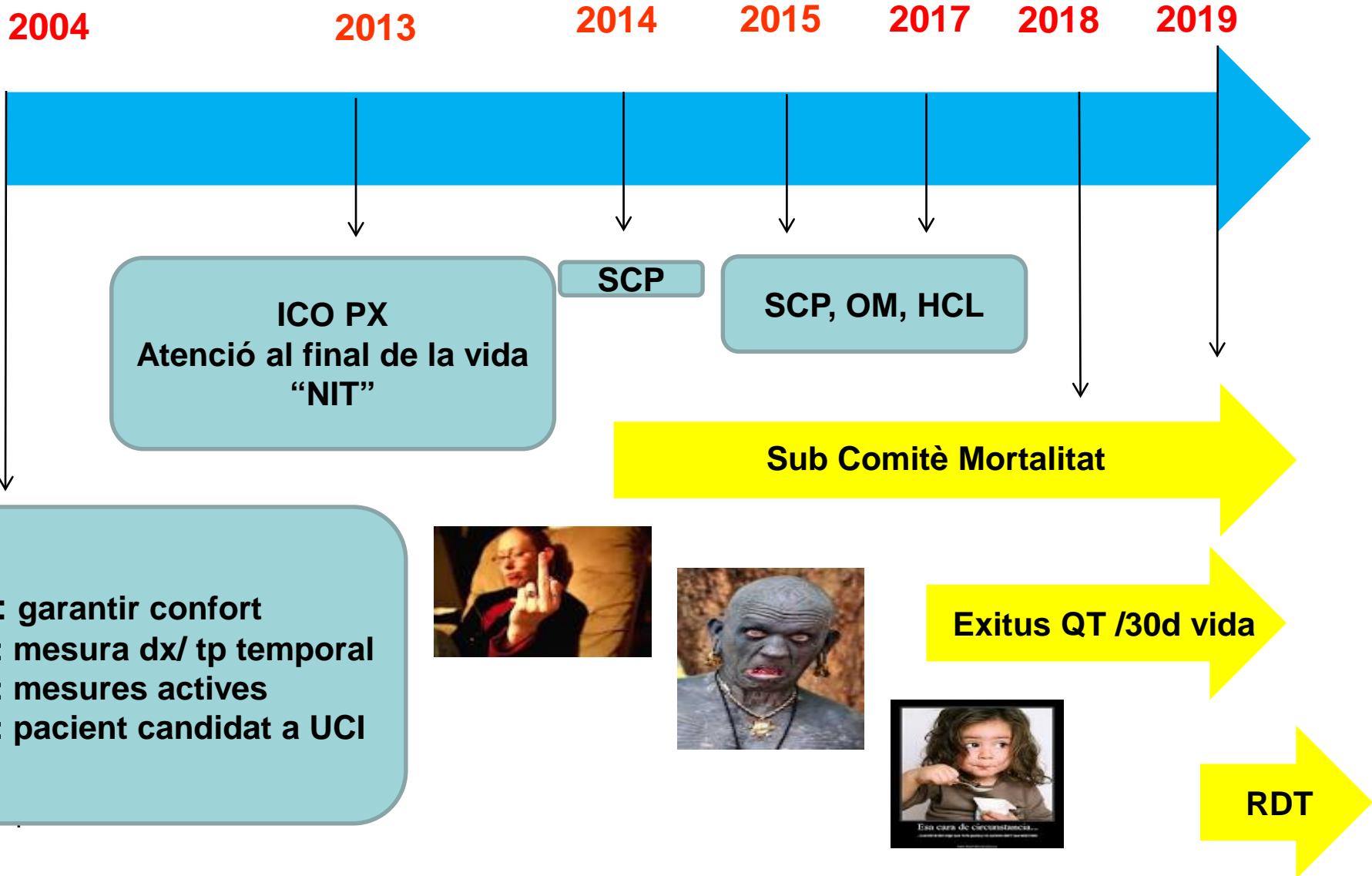


Figura 1. Limitación del esfuerzo terapéutico (LET).



OBJECTIUS



Nivel 1	Paciente tributario de todas las medidas diagnósticas y terapéuticas, incluyendo RCP e intubación orotraqueal para ventilación asistida. Tributario de ser atendido en una UCI.	
Nivel 2	Paciente tributario de todas las medidas diagnósticas y terapéuticas (incluidas ventilación mecánica no invasiva, drogas vasoactivas, hemodiálisis, transfusiones de hemoderivados o nutrición parenteral) exceptuando RCP e intubación orotraqueal para ventilación asistida. No tributario de ser atendido en una UCI.	
Nivel 3	3A	Medidas condicionadas: delante de un proceso intercurrente se inicia una medida de control nivel 2 de manera temporal, pactando la retirada si mala evolución.
	3B	No incorporación de nuevas medidas.
	3C	Retirada gradual de todas las medidas, excepto tratamiento antibiótico.
Nivel 4	Tratamiento sintomático y de confort. Habitualmente paciente en situación de últimos días.	

RCP: Reanimación cardiopulmonar; UCI: Unidad de Curas Intensivas

Barbero J. Limitación del esfuerzo terapéutico. Medicina Clínica (Barcelona) 2001; 137: 586–94.116.

Gamboa A. Limitación de esfuerzo terapéutico. ¿Es lo mismo retirar un tratamiento de soporte vital que no iniciarlo? Medicina Clínica (Barcelona) 2010; 135: 410–416.

SubCOMITÈ DE MORTALITAT

- < 10% dels pacients rebin quimioteràpia en els darrers 14 dies de vida
- < 2% començi un nou règim de quimioteràpia en els darrers 30 dies de vida
- < 4% múltiples hospitalitzacions /Urgències/UCI a en els darrers 30 dies de vida
- > 55% dels pacients rebin **atenció pal·liativa** abans de la mort per càncer
- < 8% d'aquests rebi **l'atenció pal·liativa** en només 3 dies abans de la mort.

- **Earle CC, Park ER, Lai B, Weeks JC, Ayanian JZ, Block SD. Identifying potential indicators of the quality of end-of-life cancer care from administrative data. J Clin Oncol 2003; 21: 1133–1138.**
- **Earle CC, Neville BA, Landrum ME, Ayanian JZ, Block SD, Weeks JC. Trends in the aggressiveness of cancer care near the end of life. J Clin Oncol 2004; 22: 315–321**
- **Earle 2005: International Journal for Quality in Health Care 2005; Volume 17, Number 6: pp. 505–509 10**

RESULTATS 2017 i 2018

CENTRE ICO	Total N= 679 (100%)
Badalona	222 (32.7%)
Girona	181 (26.7%)
L'Hospitalet	276 (40.6%)

	N (%)
SEXE:	
DONA	249 (36.7%)
HOME	430 (63.3%)
EDAT promig	63.8 (12.2)
CONSTA PS = Sí	482 (71.0%)
COMORBIDITAT Sí	554 (81.8%)
Nº COMORBIDITAT	
<= 2	409 (60.2%)
>2	270 (39,8%)

TIPUS TUMOR	N total Dades 679
Altres	40 (5.89%)
Cap i Coll	38 (5.60%)
COD	4 (0.59%)
Colon	28 (4.12%)
Esòfag	12 (1.77%)
Gàstric	28 (4.12%)
Ginecològic	33 (4.86%)
Hepatobiliar	7 (1.03%)
Hodking	5 (0.74%)
Leucèmia	65 (9.57%)
LNH	52 (7.66%)
Mama	39 (5.74%)
Melanoma	1 (0.15%)
Mieloma	34 (5.01%)
Pàncrees	38 (5.60%)
Pròstata	7 (1.03%)
Pulmó	170 (25.0%)
Recte	10 (1.47%)
Sarcoma	11 (1.62%)
SNC	18 (2.65%)
Urològics	39 (5.74%)

ESTADI Diagnòstic inicial:	N Total dades 490
I	13 (2.65%)
II	25 (5.10%)
III	92 (18.8%)
IV	299 (61.0%)
No Aplica (son Leucemies, SMD i SNC)	61 (12.4%)

PROGRESSIO:	N Total dades 643
Si	404 (62.83%)

VARIABLES	Global N= 679	Hematològiques N=169	Tumors Sòlids N=510	p-value
IC CURES PAL·LIATIVES A L 'INGRÉS = SÍ	306 (45.1%)	63 (37.3%)	243 (47.6%)	<0.001
INTERVAL RESPOSTA IC (dies)	0.93 (2.29)	1.08 (2.35)	0.89 (2.28)	0.576
SEGUIMENT PREVI A CURES PAL·LIATIVES = SÍ	280 (41.5%)	41 (24.4%)	239 (47.1%)	<0.001
PACIENTS SEGUIMENT CURES PAL·LIATIVES	454 (67%)			
TEMPS INTERVENCIÓ Cures Pal·liatives : 3 dies				0.002
<3dies	44 (16.2%)	17 (30.4%)	27 (12.5%)	
>=3dies	228 (83.8%)	39 (69.6%)	189 (87.5%)	

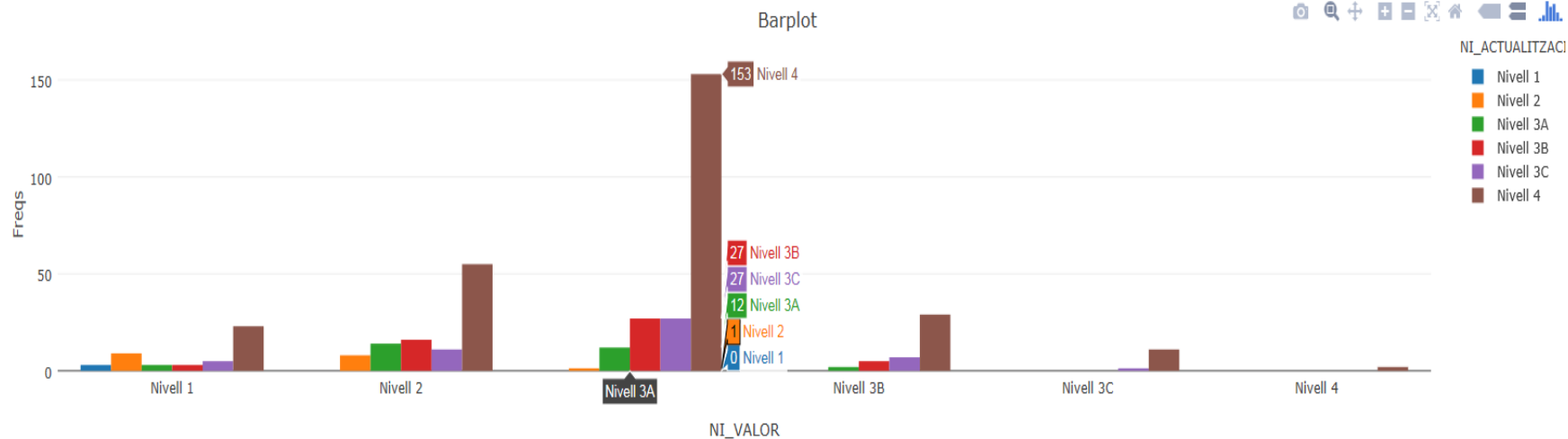
Variables	Global N= 679	Hematologia N=169	Oncologia N=510	p-value
NIT- 1er VALOR	572 (84,24%)			<0.001
Nivell 1	84 (14.7%)	54 (45.0%)	30 (6.64%)	
Nivell 2	133 (23.3%)	27 (22.5%)	106 (23.5%)	
Nivell 3A	259 (45.3%)	26 (21.7%)	233 (51.5%)	
Nivell 3B	59 (10.3%)	4 (3.33%)	55 (12.2%)	
Nivell 3C	18 (3.15%)	6 (5.00%)	12 (2.65%)	
Nivell 4	19 (3.32%)	3 (2.50%)	16 (3.54%)	
NIT - ACTUALITZACIO:	431 (75,34%)			0.001
Nivell 1	3 (0.70%)	2 (2.70%)	1 (0.28%)	
Nivell 2	18 (4.18%)	10 (13.5%)	8 (2.24%)	
Nivell 3A	31 (7.19%)	4 (5.41%)	27 (7.56%)	
Nivell 3B	51 (11.8%)	7 (9.46%)	44 (12.3%)	
Nivell 3C	51 (11.8%)	9 (12.2%)	42 (11.8%)	
Nivell 4	277 (64.3%)	42 (56.8%)	235 (65.8%)	

EVOLUCIÓ DEL NIT / ACTUALITZAT

NI_VALOR

NI_ACTUALITZACIO

Plot



Statistics

NI_ACTUALITZACIO	Freq.Nivell 1	Freq.Nivell 2	Freq.Nivell 3A	Freq.Nivell 3B	Freq.Nivell 3C	Freq.Nivell 4	Perc.Nivell 1	Perc.Nivell 2	Perc.Nivell 3A	Perc.Nivell 3B	Perc.Nivell 3C	Perc.Nivell 4
Nivell 1	3	0	0	0	0	0	6.5	0	0	0	0	0
Nivell 2	9	8	1	0	0	0	19.6	7.7	0.5	0	0	0
Nivell 3A	3	14	12	2	0	0	6.5	13.5	5.5	4.7	0	0
Nivell 3B	3	16	27	5	0	0	6.5	15.4	12.3	11.6	0	0
Nivell 3C	5	11	27	7	1	0	10.9	10.6	12.3	16.3	8.3	0
Nivell 4	23	55	153	29	11	2	50	52.9	69.5	67.4	91.7	100

Legend:

COHERÈNCIA DEL NIT ACTUALITZAT

Select X variable

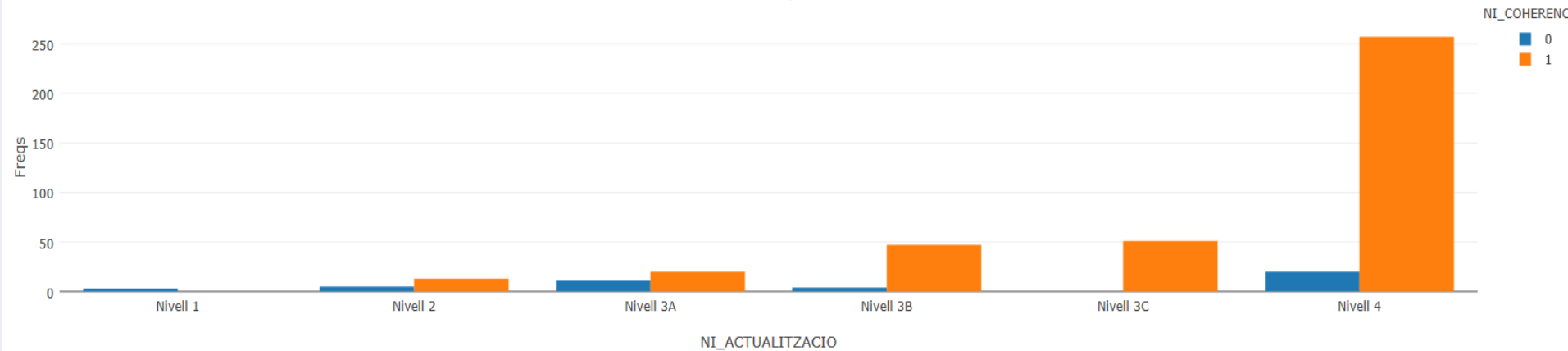
NI_ACTUALITZACIO

Select Y variable

NI_COHERENCIA_ACTUACIO

Plot

Barplot



Statistics

NI_COHERENCIA_ACTUACIO	Freq.Nivell 1	Freq.Nivell 2	Freq.Nivell 3A	Freq.Nivell 3B	Freq.Nivell 3C	Freq.Nivell 4	Perc.Nivell 1	Perc.Nivell 2	Perc.Nivell 3A	Perc.Nivell 3B	Perc.Nivell 3C	Perc.Nivell 4
0	3	5	11	4	0	20	100	27.8	35.5	7.8	0	7.2
1	0	13	20	47	51	257	0	72.2	64.5	92.2	100	92.8

Legend:

NIT ACTUAL I PAUTA DE CONFORT

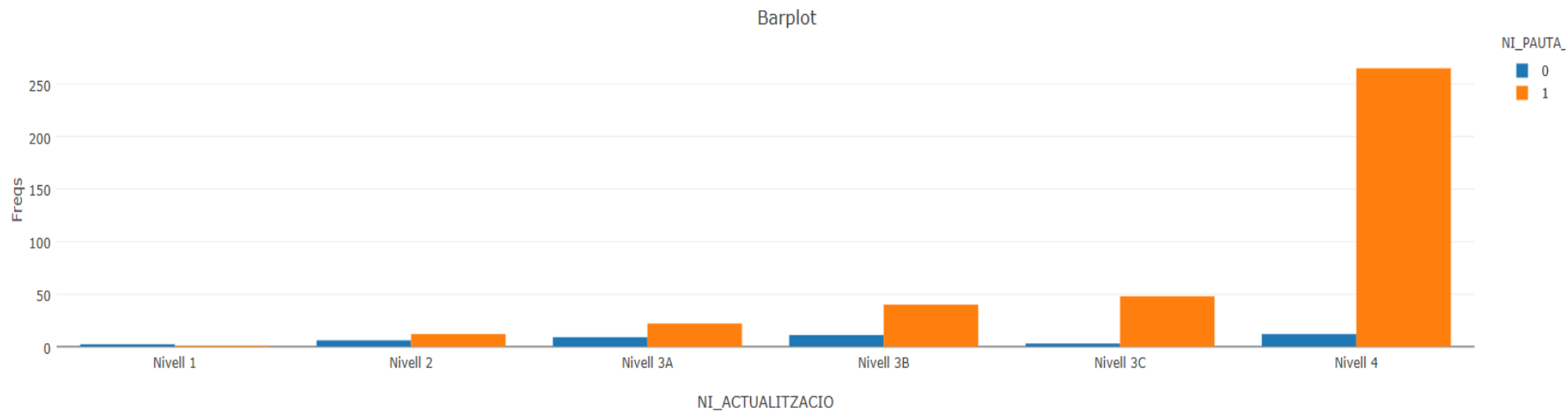
Select X variable

NI_ACTUALITZACIO

Select Y variable

NI_PAUTA_CONFORD

Plot



Statistics

NI_PAUTA_CONFORD	Freq.Nivell 1	Freq.Nivell 2	Freq.Nivell 3A	Freq.Nivell 3B	Freq.Nivell 3C	Freq.Nivell 4	Perc.Nivell 1	Perc.Nivell 2	Perc.Nivell 3A	Perc.Nivell 3B	Perc.Nivell 3C	Perc.Nivell 4
0	2	6	9	11	3	12	66.7	33.3	29	21.6	5.9	4.3
1	1	12	22	40	48	265	33.3	66.7	71	78.4	94.1	95.7



UFISS: interconsulta, divendres 13.30h

- Home de 54a, ADC de càrdies E IV (peritoniais)
 - tractat amb 3 línies QMT pal·liativa, en progressió
 - criteris de quimioresistència
 - clínica suboclusiva alta + disfàgia.
- Ingrés actual per ictus sever isquèmic
- mutisme, afàsia mixta, hemiplegia dreta

VALORACIÓ UFISS

- Pacient:
 - Impressió clínica de discomfort. Ramsay 3
 - I.Barthel 0 PPS 20 PS4 PaPscore C NIT 3C
- Família
 - Esposa jove +1 fill 18a convivent. Pares octagenaris, germà.
 - família informada, manifesten que no pateixi més.
 - No DVA, però pacient va manifestar no patir arribat el deterior final, delega esposa.
- OM: desestima més tractament oncoactiu/PEG
- Risc: delirium, crisi comicial, broncoaspiració, re-ictus, deterior ràpid.

...TAC

programat per demà.



DISCUSIÓN DEL CASO

Neuro → ese TAC se tiene que hacer, porque una cosa es hacer una intervención conservadora, y otra cosa es matar al paciente....

divendres, 15h



LET?: saque nulo que se produce en el tenis cuando la pelota ha tocado la red pero la ha sobrepasado.

NIT?

AT?

NMFI

new index for decisions making?

Soporte vital: Intervención sanitaria con el fin de mantener las funciones vitales, independientemente de que dicha acción actúe o no sobre la enfermedad de base.

Futilidad: Tratamiento que no ofrece esperanza de mejoría.



Tratamiento desproporcionado: Aquel que no ofrece beneficio en el paciente, o va a generar grandes perjuicios sobre el beneficio obtenido.

Obstinación o encarnizamiento terapéutico: Iniciación o mantenimiento de medidas sin utilidad clínica, en el proceso de final de la vida sin opción de mejora o recuperación.

Do Not Resuscitate Order: Modalidad de LET que consiste en la no iniciación de maniobras de RCP, por acuerdo entre clínico y paciente y/o familiares.

Reanimación simbólica: Intentos de reanimación que se conocen fútiles, para mitigar la impotencia generada en los clínicos o para que la familia visualice el esfuerzo.

Adecuación del esfuerzo terapéutico: Equiparable a la LET, reforzando el concepto de *hacer* sobre el *no hacer* en el paciente,

Intento terapéutico limitado en el tiempo: Inicio de tratamiento, acordando con paciente o familiares su retirada una vez superado un tiempo prudente, si demuestra futilidad.

(“N M F I”)

Principis bàsics de Bioètica



No Maleficencia: “Primum non nocere”.

Beneficencia: procurar el be del pacient.

Autonomia: respectar les decisions del pacients en relació a procediments davant l’ alternativa de viure o morir, segons el sentit i significat que tingui per ell. I si el pacient és incompetent, en el seu representant legal (familiar més proper).

Justícia: L’ atenció a la salut de totes les persones ha de ser igual, sense distincions de cap tipus.

CONCLUSIONS



- La presa de decisions és un procés amb participació del pacient, família, professionals, i que pot ser dinàmic segons les circumstàncies i en situacions agudes.
- Els professionals han de conèixer i compartir l'eina que es decideixi per la presa de decisions.
- Afavorir el màxim consens en situacions de conflicte per evitar el rebuig de CP.

<https://www.youtube.com/watch?v=2xDzVZcqtYI>



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut



ICO

Institut Català d'Oncologia

<http://ico.gencat.cat>



@ICOnoticies



www.facebook.com/ICOnoticies

Institut Català d'Oncologia

ICO l'Hospitalet

Hospital Duran i Reynals
Av. Granvia de L'Hospitalet, 199-203
08908 L'Hospitalet de Llobregat

ICO Badalona

Hospital Germans Trias i Pujol
Ctra. del Canyet s/n
08916 Badalona

ICO Girona

Hospital Doctor Trueta
Av. França s/n
17007 Girona

ICO Camp de Tarragona i Terres de l'Ebre

Hospital Joan XXIII
C. Dr. Mallafrè Guasch, 4 43005 Tarragona
Hospital Verge de la Cinta
C. de les Esplanetes, 14 43500 Tortosa