

35. Vollenweider DJ, Jarret H, Steurer-Stey CA, Garcia-Aymerich J, Puhan MA. Antibiotics for exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;(12):CD010257.
36. Llor C, Moragas A, Hernández S, Bayona C, Miravittles M. Efficacy of antibiotic therapy for acute exacerbations of mild to moderate chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med*. 2012;186:716-23.
- 37a. Nouira S, Marghli S, Belghith M, Besbes L, Elatrous S, Abroug F. Once daily oral ofloxacin in chronic obstructive pulmonary disease exacerbation requiring mechanical ventilation: a randomised placebo-controlled trial. *Lancet*. 2001;358:2020-5.
- 37b. Miravittles M, Monsó E, Mensa J, Aguarón Pérez J, Barberán J, Bárcena Caamaño M, et al. Tratamiento antimicrobiano de la agudización de EPOC: Documento de Consenso 2007. *Arch Bronconeumol*. 2008;44:100-8.
38. Gunen H, Hacıevliyagil SS, Yetkin O, Gulban G, Mutly LC, In E. The role of nebulized budesonide in the treatment of exacerbations of COPD. *Eur Respir J*. 2007;29:660-7.
39. Maltais F, Ostinelli J, Bourbeau J, Tonnel AB, Jacquemet N, Haddon J, et al. Comparison of nebulized budesonide and oral prednisolone with placebo in the treatment of acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: a randomized controlled trial. *Am J Respir Crit Care Med*. 2002;165:698-703.
40. Diniz Z, Li X, Rong G, Yang R, Zhang R, Wang G, et al. A randomized, controlled multicentric study of inhaled budesonide and intravenous methylprednisolone in treatment on acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease. *Respir Med*. 2016;121:39-47.
41. Otero R, Grau E, Jiménez D, Uresandi F, López JL, Calderón E, et al. Profilaxis de la enfermedad tromboembólica venosa. *Arch Bronconeumol*. 2008;44:160-9.
42. Walters JA, Gibson PG, Wood-Baker R, Hannay M, Walters EH. Systemic corticosteroids for acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;(1):CD001288.
43. Leuppi JD, Schuetz P, Bingisser R, Bodmer M, Briel M, Drescher T, et al. Short-term vs conventional glucocorticoid therapy in acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. The REDUCE randomized clinical trial. *JAMA*. 2013;309:2223-31.
44. McKeever T, Hearson G, Housley G, Reynolds C, Kinnear W, Harrison TW, et al. Using venous blood gas analysis in the assessment of COPD exacerbations: a prospective cohort study. *Thorax*. 2016;71:210-5.
45. Puhan MA, Gimeno-Santos E, Scharplatz M, Troosters T, Walters EH, Steurer J. Pulmonary rehabilitation following exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;(10):CD005305.
46. Greening NJ, Williams JE, Hussain SF, Harvey-Dunstan TC, Bankart MJ, Chaplin EJ, et al. An early rehabilitation intervention to enhance recovery during hospital admission for an exacerbation of chronic respiratory disease: randomized controlled trial. *BMJ*. 2014;8:349.
47. Lightowler JV, Wedzicha JA, Elliott MW, Ram FS. Non-invasive positive pressure ventilation to treat respiratory failure resulting from exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2003;326:185-7.
48. Rabe KF, Hurd S, Anzueto A, Barnes PJ, Buist SA, Calverley P, et al; Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. GOLD executive summary. *Am J Respir Crit Care Med*. 2007;176:532-55.
49. Pozo-Rodríguez F, López-Campos JL, Álvarez-Martínez CJ, Castro-Acosta A, Agüero R, Huetto J, et al; AUDIPOC Study Group. Clinical Audit of COPD patients requiring hospital admissions in Spain: AUDIPOC study. *PLoS One*. 2012;7:e42156.
50. Soler-Cataluña JJ, Fernández Villar A, Román Rodríguez M, Ancochea Bermúdez J, coordinadores. Proceso asistencial integrado del paciente con EPOC exacerbado (PACEX-EPOC). Barcelona: Respira; 2015.

ATENCIÓN A LA EPOC AL FINAL DE LA VIDA. CUIDADOS PALIATIVOS

Puntos clave:

- Muchos pacientes con EPOC avanzada pueden beneficiarse de los cuidados paliativos (CP).
- Los CP están infrutilizados en la EPOC y deben valorarse en pacientes que persistan sintomáticos a pesar de un tratamiento óptimo de su enfermedad.

Cuidados paliativos en la EPOC

Los CP son las atenciones que se brindan para mejorar la calidad de vida de los pacientes con una enfermedad grave o potencialmente mortal. La meta de los CP es prevenir o tratar los síntomas de una enfermedad, los efectos secundarios del tratamiento y los problemas psicológicos, sociales y espirituales relacionados con una enfermedad o su tratamiento^{1,2}.

Los CP no se limitan a pacientes oncológicos con enfermedad terminal. Muchos pacientes con una insuficiencia orgánica avanzada, como la EPOC, pueden beneficiarse de ellos. Los CP por sí mismos no aceleran la muerte y mejoran la calidad de vida³.

Síntomas de los pacientes con EPOC avanzada

Los pacientes con EPOC muy grave (BODE > 6) tienen a menudo tantos o más síntomas físicos y emocionales, además de mayor limitación funcional y peor calidad de vida, que los pacientes con neoplasias avanzadas⁴⁻⁶.

Entre los síntomas asociados a la EPOC avanzada el más prevalente es la disnea (presente en el 97% de los pacientes), la somnolencia, la falta de energía (68%) y el dolor (43%). La presencia de depresión se puede detectar en casi el 50% de los pacientes, mientras que la prevalencia de ansiedad alcanza el 25%. Muchas veces los síntomas coexisten.

Dada la larga evolución de la enfermedad, los síntomas pueden pasar desapercibidos si no se interroga de forma dirigida. Los pacientes acaban incorporando los síntomas y las limitaciones derivadas de estos a su estilo de vida⁷⁻⁹.

P10. ¿Cómo tratar la EPOC al final de la vida?

Puntos clave:

- Los CP son complementarios y no sustituyen al tratamiento convencional de la EPOC.
- Los CP deben basarse en las necesidades de los pacientes y no en la esperanza de vida.
- La comunicación con el paciente y los familiares o cuidadores es fundamental y constituye una herramienta terapéutica esencial que da acceso al principio de autonomía, al consentimiento informado, a la confianza mutua y a la seguridad e información que el paciente necesita para recibir ayuda y ayudarse a sí mismo.
- Se debe atender de forma especial al tratamiento farmacológico de la disnea y de la ansiedad y/o depresión.

Los pacientes con EPOC avanzada tienen una carga de síntomas similar o mayor que la de los pacientes oncológicos, con menores posibilidades de recibir CP, a pesar de que estos han demostrado mejorar los síntomas y la calidad de vida de estos pacientes sin disminuir, e incluso aumentando, la supervivencia. Una de las características de la EPOC es su incertidumbre pronóstica, por lo que la decisión de iniciar CP para el control de síntomas refractarios a la terapia convencional no debe basarse en la esperanza de vida, sino que se deben incorporar según las necesidades del paciente mediante la valoración periódica de los síntomas y la incorporación progresiva de las medidas de paliación sin abandonar el tratamiento reglado de la enfermedad (fig. 1). Los CP son complementarios al resto de tratamientos establecidos, entre los que se incluye la ventilación mecánica no invasiva. La intensidad y la relación entre los tratamientos clásicos y los CP deben modularse durante el curso de la enfermedad.

La comunicación con el paciente y sus familiares es fundamental; debe contemplar sus deseos y respetar sus creencias, e incluir sus preferencias en caso de descompensación grave. Esta comunicación debe realizarse preferentemente con el paciente estable, a través de varias entrevistas, y las preferencias del paciente deben reflejarse en la historia clínica y reevaluarse durante la evolución de la enfermedad. En caso de crisis con riesgo vital sin toma previa de decisiones, puede ser útil pactar con el paciente y su familia el límite de las intervenciones. Junto a la optimización del tratamiento broncodilatador y la aplicación de medidas no farmacológicas, como la rehabilitación, el uso juicioso de morfínicos a dosis bajas (tabla 1) ha demostrado mejorar la disnea refractaria con unos efectos secundarios prevenibles y trata-

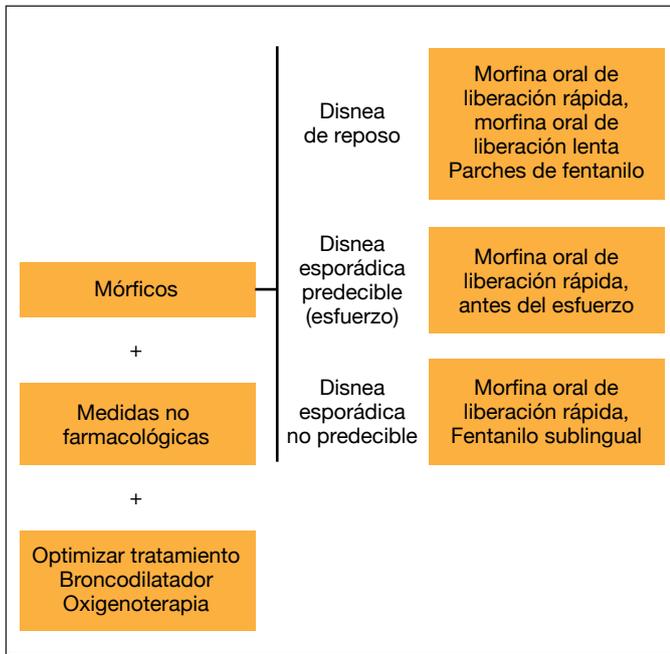


Figura 1 Escalonamiento del tratamiento de la disnea en pacientes con EPOC. El cambio de nivel no implica en ningún caso abandonar el tratamiento anterior

bles, sin aumentar la mortalidad incluso en pacientes con EPOC avanzada e insuficiencia respiratoria. Por el contrario, las benzodiacepinas no parecen ser de utilidad excepto en casos seleccionados.

Los CP buscan mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias cuando se enfrentan a los problemas asociados a enfermedades amenazantes para la vida a través de la prevención y el alivio del sufrimiento mediante su identificación temprana unida a una evaluación y tratamiento impecable del dolor y otros problemas: físicos, psicológicos o espirituales¹⁰. Los CP deben incorporarse progresivamente a lo largo de la enfermedad, sin esperar a que el riesgo de fallecimiento del paciente se considere elevado a corto plazo¹¹. Es fundamental no confundir los CP con la sedación paliativa —que es solo una parte de los CP— en la que se busca la disminución deliberada del nivel de consciencia del paciente mediante la administración de los fármacos apropiados con el objetivo de evitar un sufrimiento intenso e innecesario causado por uno o más síntomas refractarios a los tratamientos habituales. Los profesionales sanitarios que atienden a estos pacientes deberán estar familiarizados con los CP y, si no lo están o la atención es compleja, deberán contactar con un equipo de soporte de CP.

En algunos estudios se ha demostrado que los pacientes con EPOC avanzada tienen una carga de síntomas similar o mayor a la de los pacientes con cáncer de pulmón no operable, con más síntomas físicos, sociales y emocionales, y mayor prevalencia de depresión^{11,12}. Los CP disminuyen los síntomas, mejoran la calidad de vida e incluso en algunos ensayos se ha demostrado un aumento de la supervivencia. En un estudio realizado en pacientes con cáncer de pulmón no operable, el inicio temprano de los CP se asoció a una esperable mejoría de la calidad de vida, pero también a un aumento de la supervivencia^{13,14}. En otro estudio, realizado en pacientes con enfermedades respiratorias avanzadas (de los cuales un 54% tenían EPOC), se obtuvieron resultados similares¹⁵. Desafortunadamente, los pacientes con EPOC tienen menos posibilidades de recibir atención paliativa que los pacientes oncológicos^{11,13,14,16}.

A pesar del mayor conocimiento de los factores pronósticos en la EPOC, la supervivencia de un paciente individual sigue siendo incierta. Algunos pacientes con EPOC grave permanecen estables durante meses, mientras que otros pierden rápidamente funcionalidad y fallecen. Además, la EPOC se caracteriza por presentar exacerbaciones que pueden ocurrir de forma impredecible y que en las fases avanzadas de la enfermedad se asocian a un marcado incremento de la mortalidad. Aunque se sabe que cada exacerbación aumenta el riesgo de fallecimiento y que es muy probable que el fallecimiento se produzca en los días o semanas posteriores a una exacerbación, se desconoce si la actual exacerbación será la última de un paciente concreto. Esto puede llevar a lo que algunos autores han denominado “parálisis pronóstica”, en la que el médico pospone el inicio de los CP por no poder predecir la supervivencia, aun cuando el paciente presente síntomas que podrían beneficiarse de estos.

En la EPOC hay muchos factores reconocidos de peor pronóstico, tanto en variables individuales como agrupadas en los llamados índices multicomponente. Sin embargo, ninguno de ellos ofrece una suficiente fiabilidad pronóstica a nivel individual a corto plazo. Una de las aproximaciones clásicas propuestas para valorar la necesidad de CP es la denominada pregunta sorpresa: ¿Me sorprendería que mi paciente falleciera en los próximos 12 meses? En caso de que la respuesta sea negativa, el paciente se consideraría candidato a CP. Aunque esta pregunta tiene la ventaja de obligar a plantearse la necesidad de CP, muchos autores consideran que su uso exclusivo no es útil en los pacientes con EPOC y puede retrasar innecesariamente el inicio de los CP¹⁷. Por otra parte, el margen de error con esta pregunta en la EPOC es excesivamente alto. En consecuencia, la decisión de iniciar los CP no debe basarse en la esperanza de vida, sino que estos se deben incorporar progresivamente según las necesidades del paciente —mediante la valoración periódica de los síntomas y la incorporación progresiva de las medidas paliativas— sin abandonar el tratamiento reglado de la enfermedad (fig. 1).

Tabla 1
Dosis recomendadas de mórfico al inicio del tratamiento, ajuste y mantenimiento

	Morfina oral de liberación rápida	Morfina de liberación prolongada	Otras presentaciones
Inicio	2,5-5 mg/4-6 h. Doblar dosis nocturna	10 mg/1 vez al día	Morfina s.c.: equivalencia 3:1 (30 mg de morfina oral corresponden a 10 mg de morfina s.c.)
Ajuste de dosis	Incrementar dosis lentamente si no hay buen control (2,5 mg/4 h)	Incrementar dosis lentamente (10 mg/semana) hasta 30 mg/día	El fentanilo en parches puede ser útil en pacientes estabilizados. Dosis de inicio: 12-25 mg/3 días (60 mg diarios de morfina corresponden a unos 25 mg de fentanilo en parche cada 3 días)
Mantenimiento	Si el paciente está controlado, pasar a morfina de liberación prolongada	Si precisa dosis de rescate, morfina oral de liberación rápida	Prevenir efectos secundarios: constipación (laxante), náuseas (haloperidol: 10 gotas/día). Disminuir la dosis en caso de insuficiencia renal o bajo peso

s.c.: subcutánea.

La planificación de los cuidados avanzados es siempre la estrategia preferible. Esta planificación debe basarse en un proceso de comunicación con el paciente en fase estable para ayudarle en la toma de decisiones contemplando sus opiniones, preferencias, valores y creencias para facilitar al equipo médico la toma de decisiones, incluyendo las que se refieren al final de vida. Las intervenciones en estos pacientes deben ser de carácter educativo y preventivo. En ellas se deben incluir aspectos dirigidos a mantener la salud del cuidador¹⁸, así como la del paciente: movilización, higiene, nutrición, medicación, orientación en actividades de la vida diaria y autoestima. Los cuidados deberán extenderse durante la fase de duelo y en el proceso de adaptación a la pérdida.

Es importante que el paciente y sus familiares entiendan que discutir sobre el pronóstico o realizar un plan terapéutico no significa dejar de cuidar al paciente ni suspender tratamientos que le sean útiles. Tampoco se puede obligar al paciente a recibir información no solicitada. Durante las entrevistas, el profesional debe plantearse si el paciente quiere más información, qué es lo que quiere saber y si está preparado para recibir la información. La comunicación no se alcanza en una única entrevista, sino en múltiples y a través de un proceso de maduración. Lamentablemente, este tipo de comunicación sigue siendo escasa entre los profesionales sanitarios y los pacientes con EPOC avanzada¹⁹.

No es infrecuente que los pacientes ingresen en el hospital en situación de riesgo vital y sin unas directrices claras previas de sus deseos respecto a la utilización de medidas como la reanimación cardiopulmonar, la intubación o el ingreso en la unidad de cuidados intensivos. En estos pacientes es razonable que el equipo encargado de su atención establezca con el paciente y sus familiares el denominado "techo terapéutico" (es decir, los límites del tratamiento) con una información realista. Por ejemplo: ¿Si tuviese una parada cardiorrespiratoria, querría que le realizáramos medidas de reanimación cardiopulmonar? En nuestra experiencia, aunque en ocasiones son remisos a plantearse claramente el pronóstico, los pacientes sí quieren participar en este tipo de decisiones. Estas directivas deben quedar claramente reflejadas en la historia clínica y pueden variar durante el ingreso y en función de la evolución del paciente²⁰. Cuando el paciente solicita información sobre un pronóstico vital que para el médico resulta incierto, algunos autores proponen ofrecerla de forma clara y basándose en la mejor evidencia disponible (p. ej., "En un paciente con una enfermedad como la suya los estudios dicen que la posibilidad de que fallezca durante el próximo año es de aproximadamente del 50%").

Entre los síntomas asociados a la EPOC avanzada, el más prevalente es la disnea (presente en el 97% de los pacientes), junto a la fatiga (68%) y el dolor (43%). La presencia de depresión se puede detectar en casi el 50-90% de los pacientes, mientras que la prevalencia de ansiedad alcanza el 25%^{13,14}. En muchas ocasiones, los síntomas coexisten y pueden pasar desapercibidos si no se interroga a los pacientes de forma dirigida²¹.

Aunque la desaparición completa de la disnea en las últimas fases de la EPOC puede ser un objetivo no realista, existen medidas farmacológicas y no farmacológicas que permiten mejorar su control, como la rehabilitación pulmonar o las técnicas de relajación²². Entre las terapias farmacológicas, aparte de los tratamientos clásicos como los broncodilatadores, los fármacos mejor estudiados son los opiáceos. En un metaanálisis reciente realizado por la Cochrane, se demostró un efecto favorable de los opiáceos orales o parenterales en la mejoría de la disnea, incluyendo a los pacientes con EPOC, mientras que los opiáceos nebulizados no mostraron efectividad²³. Estos datos se han corroborado en otros estudios²⁴. La recomendación es iniciar los morfínicos a dosis bajas y aumentar lentamente las dosis hasta la mejoría de la disnea, anticipándose a los efectos secundarios (constipación, náuseas, etc.). La administración de opiáceos a dosis bajas (< 30 mg/día de morfina oral) no aumenta el riesgo de ingreso hospitalario ni el de fallecimiento, incluso en pacientes con oxigenoterapia domiciliar²⁵.

Por el contrario, no hay evidencias de mejoría clara con el uso de benzodiacepinas para la disnea, por lo que debe considerarse un tratamiento de tercera línea. Para las crisis de disnea aguda en pacientes ambulatorios, algunos autores recomiendan el uso de fentanilo sublingual (12,5-25 mg) por su rápido inicio de acción. No obstante, la evidencia es escasa y sus efectos secundarios, menos estudiados²⁴.

Bibliografía

- National Cancer Institute. Palliative Care in Cancer. Disponible en: <https://www.cancer.gov/about-cancer/advanced-cancer/care-choices/palliative-care-fact-sheet>.
- Curtis JR. Palliative and end-of-life care for patients with severe COPD. *Eur Respir J*. 2008;32:796-803.
- Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med*. 2010;363:733-42.
- Gore JM, Brophy CJ, Greenstone MA. How well do we care for patients with end stage chronic obstructive pulmonary disease (COPD)? A comparison of palliative care and quality of life in COPD and lung cancer. *Thorax*. 2000;55:1000-6.
- Steinhaus KE, Arnold RM, Olsen MK, Lindquist J, Hays J, Wood LL, et al. Comparing three life-limiting diseases: does diagnosis matter or is sick, sick? *J Pain Symptom Manage*. 2011;42:331-41.
- Bausewein C, Booth S, Gysels M, Kühnbach R, Haberland B, Higginson IJ. Understanding breathlessness: cross-sectional comparison of symptom burden and palliative care needs in chronic obstructive pulmonary disease and cancer. *J Palliat Med*. 2010;13:1109-18.
- Lohne V, Heer HC, Andersen M, Miaskowski C, Kongerud J, Rustøen T. Qualitative study of pain of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Heart Lung*. 2010;39:226-34.
- Horton R, Rocker G. Contemporary issues in refractory dyspnoea in advanced chronic obstructive pulmonary disease. *Curr Opin Support Palliat Care*. 2010;4:56-62.
- Pinnock H, Kendall M, Murray SA, Worth A, Levack P, Porter M, et al. Living and dying with severe chronic obstructive pulmonary disease: multi-perspective longitudinal qualitative study. *BMJ*. 2011;342:d142.
- World Health Organization. WHO Definition of Palliative Care [consultado 16-3-2017]. Disponible en: www.who.int/cancer/palliative/definition/en/.
- Almagro P, Yun S, Sangil A, Rodríguez-Carballeira M, Marine M, Landete P, et al. Palliative care and prognosis in COPD: a systematic review with a validation cohort study. *Int J Chron Obstruct Pulm Dis* 2017. [En prensa].
- Weingaertner V, Scheve C, Gerdes V, Schwarz-Eywill M, Prenzel R, Bausewein C, et al; PAAIativ Project. Breathlessness, functional status, distress, and palliative care needs over time in patients with advanced chronic obstructive pulmonary disease or lung cancer: a cohort study. *J Pain Symptom Manage*. 2014;48:569-81.
- Gore JM, Brophy CJ, Greenstone MA. How well do we care for patients with end stage chronic obstructive pulmonary disease (COPD)? A comparison of palliative care and quality of life in COPD and lung cancer. *Thorax*. 2000;55:1000-6.
- Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med*. 2010;363:733-42.
- Higginson IJ, Bausewein C, Reilly CC, Gao W, Gysels M, Dzingina M, et al. An integrated palliative and respiratory care service for patients with advanced disease and refractory breathlessness: a randomised controlled trial. *Lancet Respir Med*. 2014;2:979-87.
- Au DH, Udris EM, Fihn SD, McDonnell MB, Curtis JR. Differences in health care utilization at the end of life among patients with chronic obstructive pulmonary disease and patients with lung cancer. *Arch Intern Med*. 2006;166:326-31.
- Small N, Gardiner C, Barnes S, Gott M, Payne S, Seamark D, et al. Using a prediction of death in the next 12 months as a prompt for referral to palliative care acts to the detriment of patients with heart failure and chronic obstructive pulmonary disease. *Palliat Med*. 2010;24:740-1.
- Miravittles M, Peña-Longobardo LM, Oliva-Moreno J, Hidalgo-Vega A. Caregivers' burden in patients with COPD. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2015;10:347-56.
- Nava S, Sturani C, Hartl S, Magni G, Cionto M, Corrado A, et al; European Respiratory Society Task Force on Ethics and decision-making in end stage lung disease. End-of-life decision-making in respiratory intermediate care units: a European survey. *Eur Respir J*. 2007;30:156-64.
- Taylor DR. COPD, end of life and Ceiling of Treatment. *Thorax*. 2014;69:497-9.
- Pinnock H, Kendall M, Murray SA, Worth A, Levack P, Porter M, et al. Living and dying with severe chronic obstructive pulmonary disease: multi-perspective longitudinal qualitative study. *BMJ Support Palliat Care*. 2011;1:174-83.
- Bausewein C, Booth S, Gysels M, Higginson I. Non-pharmacological interventions for breathlessness in advanced stages of malignant and non-malignant diseases. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;(2):CD005623.
- Barnes H, McDonald J, Smallwood N, Manser R. Opioids for the palliation of refractory breathlessness in adults with advanced disease and terminal illness. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;3:CD011008.
- Rocker GM, Simpson AC, Young J, Horton R, Sinuff T, Demmons J, et al. Opioid therapy for refractory dyspnea in patients with advanced chronic obstructive pulmonary disease: patients' experiences and outcomes. *CMAJ Open*. 2013;1:E27-36.
- Ekström MP, Bornefalk-Hermansson A, Abernethy AP, Currow DC. Safety of benzodiazepines and opioids in very severe respiratory disease: national prospective study. *BMJ*. 2014;348:g445.