

Cuidados paliativos en pacientes respiratorios

Palliative care in respiratory patients

Rosa María Stolle Arranz: Centro de Salud de Cameros Viejo, Servicio Riojano de Salud, San Román de Cameros, La Rioja.

Correspondencia: rstolle@riojasalud.es

RESUMEN

Las enfermedades respiratorias se encuentran entre las principales causas de muerte en el mundo. La fase final de la mayoría de estas enfermedades es una insuficiencia respiratoria progresiva y de difícil control pese a los tratamientos habituales, con la disnea como síntoma más frecuente e incapacitante.

Esta situación hace que sea necesario plantear una atención que incluya los cuidados paliativos como medio que permita el alivio del sufrimiento que provoca la enfermedad, independientemente del tiempo que le quede de vida. De todos los procesos respiratorios crónicos, la EPOC y el cáncer de pulmón son los que con más frecuencia necesitarán este tipo de recursos, aunque también hay otras entidades que los necesitarán como las neumopatías intersticiales difusas, fibrosis quística o enfermedades de motoneurona como la esclerosis lateral amiotrófica y la distrofia de Duchenne.

Palabras clave: insuficiencia respiratoria, disnea, cuidados paliativos, EPOC, cáncer de pulmón

ABSTRACT

Respiratory diseases are among the leading causes of death in the world. The final stage of most of these diseases is a progressive respiratory failure, that is difficult to control despite the usual treatments, with dyspnea as the most frequent and disabling symptom.

This situation makes it necessary to consider palliative care as a means of alleviating the suffering caused by the disease, regardless of the time remaining to live. Of all the chronic respiratory processes, COPD and lung cancer are the ones that most frequently require this type of resources, although there are also other entities such as diffuse interstitial pneumopathies, cystic fibrosis or motor neuron diseases such as amyotrophic lateral sclerosis and Duchenne dystrophy.

Keywords: respiratory failure, dyspnea, palliative care, COPD, lung cancer

IDEAS BÁSICAS DE CUIDADOS PALIATIVOS

La medicina paliativa es una rama de la medicina que se ocupa de la atención y cuidado de los pacientes con enfermedades en fase terminal. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció en 1990 unos criterios relacionados con este tipo de cuidados que conforman la definición y la base de lo que son los cuidados paliativos¹:

- Proporcionan alivio al dolor y al resto de síntomas presentes en los pacientes con enfermedades en fase terminal.
- Defienden la vida pero contemplan la muerte como un proceso natural.
- No intentan acelerar ni posponer el fallecimiento.
- Incorporan aspectos psicológicos y espirituales en el proceso asistencial, procurando desarrollar toda la asistencia en el entorno natural del paciente, es decir, en su domicilio.
- Proporcionan apoyo para ayudar a los pacientes a mantener hasta su fallecimiento el mayor nivel de actividad posible dentro de sus límites.
- Ayudan a la familia a lo largo del proceso de la enfermedad y del duelo.
- Pretenden mejorar la calidad de vida de los pacientes, así como influir de forma positiva en el curso de la enfermedad.

Es decir, pretenden proporcionar alivio del sufrimiento que provoca la enfermedad, independientemente del tiempo de vida que le quede. Los tratamientos utilizados se dirigen a tal fin, y no a provocar la muerte de forma deliberada e incluyen dentro de su ámbito de asistencia a las familias².

Las unidades de cuidados paliativos se componen idealmente de profesionales de la medicina, enfermería, psicología y trabajo social, que trabajan en equipo con el fin de dar respuesta a todo tipo de demandas, tanto asistenciales al paciente como de tipo práctico, ayudando con la educación familiar en cuidados, apoyo informativo y emocional, incapacidad laboral, ley de dependencia y asistencia social. No siempre hay disponibles unidades específicas de cuidados paliativos domiciliarios, por lo que el médico de Atención Primaria, con sus competencias, por su relación con los pacientes y sus familias y su

capacidad de coordinar recursos, ocupa una posición relevante en el manejo de los pacientes en las fases finales de la vida³.

Los tratamientos paliativos y curativos no son excluyentes entre sí. El proceso lleva a un mayor uso de medidas de tratamiento paliativo a medida que avanza la enfermedad y empeora la respuesta al tratamiento curativo. Una vez agotados razonablemente los tratamientos específicos, se puede hablar de una situación de progresión de la enfermedad y los objetivos del tratamiento serán el alivio y el confort del enfermo y su familia y, si fuera necesario, el tratamiento específico se destinará a este fin⁴ (por ejemplo, radioterapia en metástasis óseas o cerebrales).

La asistencia paliativa es más eficaz cuanto más temprano se establezca su indicación y se inicien las actividades dirigidas a desarrollar una buena relación asistencial entre los profesionales y el paciente y su familia. Un inicio temprano mejora la calidad de vida de los pacientes y, además, reduce hospitalizaciones innecesarias y el uso de otros servicios sanitarios.

¿Qué se entiende por enfermedad terminal? Se trata de un concepto incluido dentro de un periodo evolutivo, que va desde la enfermedad incurable avanzada hasta la situación de agonía⁵:

- Enfermedad incurable avanzada: es una enfermedad de curso progresivo y gradual, con diversos grados de afectación de autonomía y calidad de vida, con respuesta variable al tratamiento específico, y que evolucionará hacia la muerte a medio plazo.
- Enfermedad terminal: es una enfermedad avanzada en fase evolutiva e irreversible, con síntomas múltiples, impacto emocional, pérdida de autonomía, muy escasa o nula respuesta al tratamiento específico y con un pronóstico de vida limitado a semanas o meses.
- Situación de agonía: es la que precede a la muerte cuando se produce de forma gradual, y en la que se produce un deterioro físico intenso, debilidad extrema, alta frecuencia de trastornos cognitivos y de conciencia, dificultad de relación y de ingesta y con pronóstico de vida de horas o días.

Según la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL)⁴, la enfermedad terminal sería, pues

una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, con ausencia de posibilidades razonables de respuesta a tratamientos específicos, acompañada de numerosos problemas o síntomas intensos, que provocan gran impacto emocional en el paciente y su familia en gran medida, por la presencia explícita o no de la muerte, y cuyo pronóstico de vida es menor de 6 meses.

Y, ¿qué se entiende por calidad de vida? Según la OMS⁶, se trata de la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive, y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Engloba tanto la salud física como el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características más destacables de su entorno.

CUIDADOS PALIATIVOS EN ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

Las enfermedades respiratorias se encuentran entre las principales causas de muerte en todo el mundo, estimándose en el 2030 como tercera causa de muerte la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y el cáncer de pulmón (CP) como la quinta. De todas las enfermedades respiratorias, estas dos entidades son las que con mayor frecuencia necesitarán cuidados en su fase terminal, sin olvidar otros procesos como neumopatías intersticiales difusas, fibrosis quística, bronquiectasias o enfermedades neuromusculares progresivas como la enfermedad de motoneurona o distrofia de Duchenne. La fase final de la mayoría de estas enfermedades es una insuficiencia respiratoria progresiva difícil de controlar con los tratamientos habituales, con la disnea como el síntoma más incapacitante y frecuente.

En líneas generales, lo recomendable es ofrecer cuidados paliativos a todos estos pacientes, pero la realidad es que hay publicaciones que demuestran que solo el 2 % de los pacientes con EPOC que precisan tratamiento paliativo lo recibe realmente⁷. En España, otro estudio puso de manifiesto el alto porcentaje de pacientes con insuficiencia respiratoria no neoplásica que no recibía ningún tratamiento paliativo, aunque es excepcional el fallecimiento en el domicilio⁸.

Establecer el momento para iniciar los cuidados paliativos en la enfermedad tumoral es más o menos sencillo, pues presenta unas fases que siguen prácticamente un patrón evolutivo. Comienza con una trayectoria inicial más estable, en la que no se presentan generalmente síntomas intensos, para ir progresivamente produciendo una mayor afectación funcional y, posteriormente, una fase de declive con complicaciones continuas y desgaste importante, que evoluciona hacia un rápido deterioro y la muerte. Más complicada es la decisión en los pacientes con enfermedad no oncológica como la EPOC, que presenta un deterioro gradual a lo largo de los años, con episodios de empeoramiento y recuperación, y gran incertidumbre en cuanto a su evolución y pronóstico preciso⁹.

A la hora de tomar decisiones¹⁰ y de tener una idea del pronóstico para poder planificar los cuidados, son de utilidad las escalas de valoración funcional como la escala ECOG, que valora la evolución de las capacidades del paciente en su vida diaria manteniendo al máximo su autonomía, es decir, valora su calidad de vida, puntuando en una escala del 0 al 5, donde un valor inferior a 2 indica una afectación ya importante. La escala de Karnofsky, por otro lado, permite conocer la capacidad del paciente para poder realizar actividades cotidianas y es un elemento predictor independiente de mortalidad tanto en patologías oncológicas como no oncológicas, que sirve para tomar decisiones clínicas y valorar el pronóstico de la enfermedad de los pacientes. Un Karnofsky de 50 o inferior indica un elevado riesgo de muerte durante los 6 meses siguientes (Tablas 1 y 2).

En el caso del CP, los criterios para valorar su inclusión en cuidados paliativos se recogen en la Tabla 3.

Los pacientes con EPOC en fase avanzada tienen en general poca información acerca de su enfermedad y pronóstico vital. Esta tiene una repercusión importante a nivel psicológico habitualmente no atendida, y una pobre calidad de vida en las etapas finales. La mayoría de los pacientes y sus familias no son conscientes del grado de evolución de su enfermedad y, por otro lado, es difícil establecer un pronóstico vital. En estos pacientes las decisiones vienen dadas por factores como la propia enfermedad, grado de evolución, deterioro funcional, gravedad y número de exacerbaciones, deseos, y las expectativas y

Tablas 1 y 2. Escalas de valoración funcional

Escala ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group)	
ECOG 0	Paciente totalmente asintomático y capaz de realizar un trabajo y unas actividades normales de la vida diaria.
ECOG 1	Paciente con síntomas que le impiden realizar trabajos arduos, aunque se desempeña normalmente en sus actividades cotidianas y en trabajos ligeros. Solo permanece en la cama durante las horas de sueño nocturno.
ECOG 2	Paciente que no es capaz de desempeñar ningún trabajo. Se encuentra con síntomas que le obligan a permanecer en la cama durante varias horas al día, además de las de la noche, pero que no superan el 50 % del día. Puede satisfacer la mayoría de sus necesidades personales solo.
ECOG 3	Paciente que necesita estar encamado más de la mitad del día por la presencia de síntomas. Necesita ayuda para la mayoría de las actividades de la vida diaria como por ejemplo vestirse.
ECOG 4	Paciente que permanece encamado durante todo el día y necesita ayuda para todas las actividades de la vida diaria, como por ejemplo la higiene corporal, la movilización en la cama e incluso la alimentación.
ECOG 5	Paciente fallecido.

Modificada de Pérez Cruz, P., Francisco Acevedo, C. Escalas de estado funcional. Gastroenterol. Latinoam 2014; 3(25): 219-226.

Escala de KARNOFSKY	
Asintomático. Sin evidencia de enfermedad.	100
Capaz de realizar actividad normal. Signos o síntomas menores de enfermedad.	90
Actividad normal con esfuerzo. Algunos signos o síntomas de enfermedad.	80
Incapaz de realizar actividad normal o trabajar. Se vale por sí mismo.	70
Asistencia ocasional. Se hace cargo de la mayoría de sus necesidades.	60
Considerable asistencia y frecuentes cuidados médicos.	50
Imposibilitado. Requiere cuidados especiales y asistencia.	40
Gravemente imposibilitado. La hospitalización está indicada aunque la muerte no es inminente.	30
Muy enfermo, precisa hospitalización y requiere tratamiento de soporte activo.	20
Moribundo.	10
Exitus.	0

Modificada de Pérez Cruz, P., Francisco Acevedo, C. Escalas de estado funcional. Gastroenterol. Latinoam 2014; 3(25): 219-226.

Tabla 3. Criterios de inclusión en cuidados paliativos en cáncer de pulmón

Estadio tumoral con desestimación de tratamientos curativos y con estimación de supervivencia menor a 6 meses.
Impresión clínica del médico.
Baja puntuación en escalas de medición de vida específicas (Karnofsky inferior a 40, ECOG inferior a 2).
Síntomas como debilidad, anorexia, disnea de reposo, edema y delirium.
Percepción subjetiva del propio paciente (junto a deterioro cognitivo indica una supervivencia menor a 2 semanas).
Parámetros analíticos relacionados con mortalidad precoz como hiponatremia, hipercalcemia, hipoproteinemia, hipoalbuminemia, leucocitosis, linfopenia y neutropenia.

Fuente: Gómez García, R.M, Chiluiza, D. Manejo paliativo del paciente con enfermedad pulmonar avanzada. Medicine 2018;12(65): 3822-3830.

opinión acerca de la calidad de vida del paciente y su familia. Una posibilidad para orientar la decisión sería plantearse la pregunta: ¿me sorprendería que mi paciente muriera en los próximos 12 meses?¹¹, si la respuesta es negativa sería el momento de valorar la posibilidad de iniciar un programa de cuidados paliativos, ya que el proceso es progresivo y no se debe esperar a la fase agónica para ofrecer alivio paliativo de los síntomas y apoyo psicosocial al paciente y su familia. Los criterios para pasar a cuidados paliativos se recogen en la Tabla 4.

Como se ha comentado anteriormente, los objetivos principales del tratamiento son el confort y alivio de los síntomas. En este sentido, es fundamental evaluar antes de tratar considerando la posibilidad de que tengan una causa distinta al proceso de base en la que se pueda intervenir de forma resolutive. Se debe valorar la intensidad de los síntomas, el impacto que provocan tanto físico como psicológico y la existencia de factores modificables.

En la medida de lo posible se deberían utilizar escalas de medida cualitativas y cuantitativas de síntomas para su evaluación y el control de objetivos, como la escala visual analógica (EVA) para el dolor o la disnea, por ejemplo.

Se debe informar al paciente y a su familia, tanto de lo que ocurre como de las medidas que se van a tomar, teniendo en cuenta que la preocupación y el miedo están siempre presentes y que el abordaje se debe hacer en todas las esferas.

Los síntomas más frecuentes en los procesos habituales son:

- **Cáncer de pulmón.** Los síntomas que aparecen en pacientes con CP son debidos tanto al tumor o sus metástasis, como a síntomas constitucionales y síndromes paraneoplásicos¹³. Dentro de los más frecuentes están: dolor, tos, disnea, derrame pleural, hemoptisis, síndrome de la vena cava superior y metástasis óseas y cerebrales.
- **EPOC.** Los síntomas que aparecen con mayor frecuencia en los pacientes con EPOC son: la disnea, que la presentan casi el 97 % de los pacientes, somnolencia, falta de energía (68 %) y dolor (43 %). También son frecuentes la depresión en el 50 %-90 % de ellos y la ansiedad en el 25 %. La disnea es el síntoma principal, de tal manera que los síntomas coexistentes con ella muchas veces no son valorados ni tratados o tratados de forma insuficiente¹⁴.

MANEJO PRÁCTICO DE LOS SÍNTOMAS EN CUIDADOS PALIATIVOS RESPIRATORIOS

La mayoría de los síntomas que aparecen en las fases finales de las enfermedades respiratorias tienen un manejo clínico similar independientemente de las causas que los originen, aunque en algunas ocasiones el

Tabla 4. Criterios de inclusión en cuidados paliativos en epoc terminal

Enfermedad pulmonar crónica severa, documentada por:

- Disnea de reposo con respuesta escasa o nula a broncodilatadores con importante deterioro funcional. Se correlaciona con FEV₁ inferior a 30 %.
- Progresión de la enfermedad evidenciada por aumento de hospitalizaciones o visitas a urgencias. Se correlaciona con deterioro del FEV₁ superior a 40 ml/año.

Hipoxemia en reposo con pO₂ 55 mmHg o saturación O₂ 88 % por oxígeno suplementario, o hipercapnia con pCO₂ 50 mmHg.

Insuficiencia cardiaca derecha secundaria a enfermedad pulmonar.

Pérdida de peso superior al 10 %, no intencionada en los últimos 6 meses.

Taquicardia superior a 100 lpm en reposo.

Fuente: García Polo, C. Cuidados paliativos en el paciente respiratorio terminal. Neumosur 2007; 19,2: 91-108.

enfoque puede cambiar un poco. La mayoría de los síntomas que aparecen en estos pacientes y su manejo^{4,10,12} se describen a continuación:

Disnea

Sensación subjetiva de dificultad respiratoria, donde la respiración pasa a ser consciente, dificultosa o con necesidad de aumentar la ventilación. No tiene necesariamente relación con los parámetros funcionales respiratorios. Se presenta hasta en un 65 % de pacientes con CP y en el 94 % de pacientes con EPOC. Muchos de ellos fallecen con disnea incapacitante.

La disnea es un síntoma que afecta tanto al paciente como a las familias. Tiene un gran impacto en la calidad de vida, ya que produce una tolerancia cada vez menor a esfuerzos, con un progresivo deterioro funcional. Se puede medir con la escala de disnea del MRC, la EVA (línea entre 1 a 10, desde ausencia de disnea a la peor disnea que puede aguantar) o la Cancer Dyspnea Scale (CDS), validada para el CP (intensidad: ninguna, ligera, moderada, severa).

Hay que intentar valorar el origen de la disnea, porque hay causas potencialmente reversibles con tratamiento etiológico como infecciones, anemia, broncoespasmo o insuficiencia cardíaca.

Si la causa es irreversible, el objetivo del tratamiento es aliviar la disnea y proporcionar confort¹⁵ y dentro de los fármacos disponibles para ello el tratamiento de elección son los opiáceos. Estos son útiles por disminuir la frecuencia respiratoria, la sensibilidad del centro respiratorio a la hipercapnia y el consumo de oxígeno, además de provocar un efecto ansiolítico. Se recomienda iniciar con dosis bajas de 2'5-5 mg de morfina de liberación rápida cada 4-6 horas, ajustando progresivamente con subidas cada 2-3 días de 2'5 mg cada 4 horas hasta el control de síntomas. Una vez lograda la dosis de control, se puede pasar a preparados de liberación retardada cada 12 horas u otros tipos de opiáceos previa a la conversión de dosis. Salvo que la disnea se acompañe de dolor, las dosis de morfina superiores a 15 mg/4 h no aportan mayor beneficio.

Es recomendable adelantarse a los efectos secundarios más frecuentes de la medicación como los vómitos por estímulo central de la zona gatillo quimiorreceptora, utilizando al inicio del tratamiento

antieméticos como haloperidol a dosis de 1'5 mg (15 gotas) cada 24 horas en dosis nocturna que puede aumentarse hasta 30 gotas, y laxantes de forma mantenida, preferiblemente osmóticos (lactulosa) o detergentes (parafina, Hodernal®), para el control del estreñimiento.

En crisis de disnea se administran dosis de rescate de morfina equivalente al 10 % de la dosis diaria total. En caso de usar fentanilo transdérmico, los rescates se harán con fentanilo transmucoso, sublingual o intranasal a dosis de 200-600 µgr. Estas dosis de rescate también pueden utilizarse para prevenir crisis de disnea ante esfuerzos (levantarse de la cama, aseo), administrándose unos 45-60 minutos antes en el caso de la morfina, y 15-30 minutos con fentanilo.

La clorpromazina a dosis de 25 mg/noche se puede usar como tratamiento coadyuvante de la morfina sin afectar a la ventilación, con efecto ansiolítico y sedante. El uso de benzodiazepinas como diazepam (5-10 mg/8-12 h oral o sublingual) o midazolam (5-10 mg/24 h subcutáneo) puede ayudar en casos de ansiedad con taquipnea y ventilación ineficaz.

Pueden ser útiles otros fármacos como los corticoides (dexametasona 2-8 mg/día o prednisona 5-30 mg/día) en casos con broncoespasmos, linfangitis carcinomatosa, neumonitis post-irradiación o síndrome de vena cava superior.

La oxigenoterapia puede ser beneficiosa tanto por sí misma como por su efecto psicológico en pacientes y familiares, aunque sus beneficios solo se comprueban en algunos pacientes con hipoxemia objetivada. El uso de otras medidas, como la ventilación no invasiva, es controvertido y se necesitan más estudios para su indicación.

Tos

La tos moderada-grave se presenta en casi todos los pacientes con EPOC avanzada, y en casi la mitad de los pacientes con CP. Conlleva también un importante malestar y afectación de la calidad de vida.

Se debe intentar un tratamiento etiológico cuando es posible, evitando desencadenantes si los hubiera (olores, humos, irritantes, falta de humedad ambiental) y en el resto de situaciones, iniciar tratamiento sintomático con antitusígenos como la codeína a

dosis de 15-30 mg cada 4 horas, teniendo presente la aparición de estreñimiento, o bien dextrometorfano a dosis de 15-30 mg/4-8 h, con menos efectos secundarios. Además, se deben instaurar medidas generales como hidratación adecuada, fisioterapia respiratoria y mucolíticos.

En los casos refractarios a estas medidas con síntomas muy invalidantes también se pueden aplicar anestésicos tópicos inhalados, como lidocaína al 2 % a dosis de 5 ml/6-8 horas o bupivacaina al 0'25 %, dosis de 5 ml/6-8 h, con la precaución de mantener ayuno en las 2-4 horas posteriores a su uso.

Dolor

Es uno de los síntomas más frecuentes e importantes. Limita la capacidad ventilatoria y tusígena con el riesgo de aparición de complicaciones como atelectasias y neumonías. En su manejo se debe hacer una evaluación exhaustiva acerca del tipo de dolor (nociceptivo, neuropático), inicio, intensidad, evolución, factores de empeoramiento o alivio, y también una exploración física en busca de causas tratables y modificables. Es recomendable el uso de escalas de medición como la EVA, tanto para la evaluación inicial como de la eficacia de las medidas tomadas. El tratamiento debe administrarse de forma pautada, reservando la toma a demanda al dolor irruptivo y se recomienda usar la vía oral de forma preferente. Cuando no es posible usar esta vía se debe optar por vía transdérmica, subcutánea o rectal antes que intramuscular o endovenosa, no aconsejadas.

En general, se siguen las recomendaciones de la llamada escala de analgesia de la OMS, que parte del uso de analgésicos suaves como paracetamol, metamizol y AINEs. Si no es efectivo se pasaría al uso de opioides débiles como codeína o tramadol, y por último, la utilización de opiáceos potentes como morfina, fentanilo, oxicodona o buprenorfina. La morfina no tiene techo terapéutico y se puede utilizar a la dosis necesaria para controlar el dolor. Las dosis equivalentes de los distintos opiáceos se recogen en la Tabla 5.

En todos los peldaños se debe valorar también el uso de co-analgésicos, fármacos que mejoran la respuesta analgésica, como antiepilépticos (gabapentina, pregabalina) en dolor neuropático, antidepresivos como amitriptilina, benzodiazepinas (midazolam, clonazepam) si hay ansiedad asociada, corticoides (dexametasona) si existe compresión medular, hipertensión craneal o metástasis hepáticas y bifosfonatos (zolendronato, pamidronato) en casos de metástasis óseas .

Hemoptisis

La expulsión de sangre proveniente del aparato respiratorio puede darse hasta en un 5 %-10 % de pacientes con CP e incluso en porcentajes mayores. Hasta un 3 % de casos aparece de forma masiva, lo que la convierte en la causa del fallecimiento en muchas ocasiones. En los pacientes EPOC es menos frecuente, pero también puede verse en pacientes con bronquiectasias, tromboembolismos o infecciones.

Tabla 5. Equivalencias entre opiáceos

Fármaco	Equivalencia de dosis					
Tramadol oral	150 mg/d	200 mg/d	300 mg/d	450 mg/d	600 mg/d	
Morfina oral	30 mg/d	40 mg/d	60 mg/d	80 mg/d	90 mg/d	120 mg/d
Fentanilo TTS	12 µgr/h		25 µgr/h		37'5 µgr/h	50 µgr/h
Oxicodona oral	15 mg/d	20 mg/d	30 mg/d	40 mg/d	45 mg/d	60 mg/d
Hidromorfona	4 mg/d		8 mg/d		16 mg/d	
Tapentadol		100 mg/d		200 mg/d		300 mg/d
Buprenorfina	17'5 µgr/h		35 µgr/h		52'5 µgr/h	70 µgr/h

Adaptada de Castillo Polo, A., Corbí Pino, B., Fernández Valverde, R. Martín Hurtado, A., Montoro Robles MI., Pérez Medina, M. Cuidados paliativos, Guía para Atención Primaria, Ministerio de Sanidad 2021.

Las formas leves se controlan con medidas como el reposo en decúbito lateral sobre el lado sangrante y antitusígenos y antifibrinolíticos como ácido tranexámico 1 gr/8 h vía oral. En los casos de hemoptisis recurrentes o amenazantes para la vida, el tratamiento de elección es hacer una fibrobroncoscopia si es posible, para diagnóstico y tratamiento (instilación local de suero frío o adrenalina, taponamiento con globo hinchable, láser o incluso embolización). Cuando la hemoptisis es masiva se deben utilizar medidas físicas, como uso de toallas oscuras que minimicen el efecto del sangrado y se debe priorizar la sedación del paciente para evitar el impacto visual del sangrado con midazolam 2'5-5 mg y morfina 5-10 mg, preferiblemente de forma endovenosa, en este caso porque la situación de shock puede afectar a la administración subcutánea.

Derrame Pleural

El derrame pleural sintomático aparece hasta en un 25 % de los cánceres de pulmón. El tratamiento de elección es la toracocentesis evacuadora para el alivio de la disnea, comprobando el alivio de la misma, así como la velocidad de reaparición. Otras medidas más permanentes como pleurodesis o drenaje persistente se valoran en función de la situación de cada paciente.

Hipo

Se trata de un reflejo que produce contracción espasmódica súbita e involuntaria del diafragma. Puede deberse a afectaciones del mediastino, dilatación gástrica o a un efecto secundario de tratamientos como corticoides, opiáceos o megestrol.

El tratamiento se basa en medidas que inhiban el reflejo del hipo, como la apnea forzada o la estimulación faríngea y, si no funcionan, baclofeno 5-10 mg/12 horas. No se recomienda la clorpromazina por efectos secundarios.

Síntomas Constitucionales

La pérdida de apetito y de peso contribuye al deterioro funcional de los pacientes terminales y al aumento de la mortalidad. En general, producen gran ansiedad en el entorno familiar. El tratamiento se

basa en la recuperación nutricional, para lo que se utilizan recomendaciones como fraccionar las tomas adaptando los horarios y las comidas al paciente, teniendo en cuenta sus gustos, y también se pueden emplear fármacos estimulantes del apetito como los corticoides (dexametasona a dosis 2-4 mg/día, efecto transitorio durante 3-4 semanas), progestágenos (acetato de megestrol a dosis de 160 mg/6-8 horas) y procinéticos si la anorexia es por náuseas y saciedad precoz.

En las fases finales es importante tranquilizar a la familia y explicar que forzar la ingesta o la hidratación no contribuye a la mejoría, y que la debilidad y la anorexia son síntomas de la progresión de la enfermedad y no causa del final de la misma.

Ansiedad y depresión

Los síntomas de ansiedad, depresión y alteraciones del sueño son frecuentes en el curso de enfermedades respiratorias avanzadas y cáncer. Hay pocos estudios acerca del tratamiento específico en estos pacientes, por lo que el tratamiento es similar a otro tipo de pacientes que utilizan inhibidores de recaptación de serotonina, duloxetine, venlafaxina o mir tazapina, con poco efecto depresor respiratorio, así como ansiolíticos y técnicas de relajación.

Metástasis óseas y cerebrales

El CP es el origen más frecuente de metástasis cerebrales, que aparecen entre el 20 %-40 % de los pacientes. Los posibles tratamientos son el uso de corticoides (dexametasona 16 mg/día), radioterapia cerebral en casos de tener 5 o más lesiones, cirugía estereotáxica si hay de 1 a 3 lesiones, y cirugía ante lesión única accesible en pacientes con buen estado.

Las metástasis óseas aparecen en enfermedad avanzada, y el objetivo del tratamiento es el alivio del dolor con corticoides y analgésicos asociados muchas veces a radioterapia (tratamiento no farmacológico de elección), y bifosfonatos como pamidronato y ácido zolendróico endovenosos.

Delirium

Es una alteración del nivel de conciencia y atención, con desorientación, alteración del ritmo sueño-vigilia

y agitación psicomotora o hipoactividad, que aparece a menudo en pacientes con enfermedades ya avanzadas, con una frecuencia mucho mayor en los últimos momentos de vida. Hay que valorar la posibilidad de detectar factores modificables que influyan en su aparición o empeoramiento como dolor no controlado, estreñimiento, retención urinaria o psicofármacos. El tratamiento de elección son los neurolepticos como levomepromazina a dosis de 12'5-25 mg cada 6-8 horas o haloperidol.

VÍA SUBCUTÁNEA

La vía subcutánea es una forma sencilla y cómoda de administrar medicación en aquellos pacientes que por distintos motivos no pueden mantener la vía oral¹⁶ (dificultades deglutorias, náuseas o vómitos, disfagias por afectación neurológica), o presentan una disminución del nivel de conciencia, como ocurre en las fases finales. Hay pocas contraindicaciones, principalmente anasarca y alteraciones de coagulación. Las complicaciones que pueden aparecer son reacciones locales, sobre todo induración.

Su uso es sencillo y seguro en el domicilio por parte de los familiares, lo que permite en ocasiones un mejor control de síntomas por su más rápida absorción, con picos en plasma entre 15-30 minutos tras la administración. El uso de infusores permite la utilización de combinaciones de fármacos y muchas veces, en los últimos momentos, es la preferida por los familiares, porque entre otras cosas, una de las principales reticencias que se plantean es la preocupación ante dudas de dosis o confusión de fármacos en el uso de bolos a demanda, y la sensación de que este uso puede relacionarse con una aceleración de la muerte.

El material utilizado son palomillas metálicas de 23 G-25 G, de Teflón (24 G) o catéter de Vialón (22 G). Estos últimos son los que tienen menor incidencia de reacciones, mayor duración y menor riesgo de infecciones. Si no se dispone de palomillas se pueden usar abbotat de los mismos calibres con el inconveniente de que hay más riesgo de salida accidental al no tener alas para fijación. Las zonas de colocación más habituales son: infraclavicular (es la más cómoda por interferir menos en las posturas en la cama), deltoides, cuadrantes superiores de abdomen y cara anterior de muslos. Si no hay complicaciones las vías se

pueden mantener hasta 16 días o incluso más si su uso es esporádico.

La administración se hace en forma de bolos con los inconvenientes de mayor número de manipulaciones y riesgo de complicaciones, y uso de menores volúmenes, y se prefiere para dosis de rescate y la infusión continua que permite manejo de mayores volúmenes, mezcla de fármacos, concentraciones más uniformes y menos manipulaciones, de elección en tratamientos más prolongados. Los infusores más usados en domicilio son los elastoméricos, desechables y cómodos, y disponibles para alto y bajo volumen con duraciones de 1 a 7 días.

MANEJO DE LA SITUACIÓN TERMINAL

A medida que progresa la enfermedad se acerca la fase agónica, situación previa al fallecimiento en la que aparece un grave deterioro físico con afectación a nivel cognitivo y de conciencia, de la capacidad de relacionarse y de mantener una mínima ingesta, con debilidad extrema. En esta situación el pronóstico vital se reduce a días u horas y el planteamiento terapéutico debe enfocarse hacia conseguir una muerte digna, sin ensañamientos terapéuticos innecesarios y priorizando las medidas de confort para el paciente^{17,18,19}.

Llegados a este punto, el tratamiento farmacológico debe simplificarse al máximo, manteniendo únicamente aquellos fármacos imprescindibles, que generalmente son los analgésicos. Es frecuente que no pueda mantenerse la vía oral, por lo que deben iniciarse otras formas de administración de medicamentos como la vía subcutánea. Aspectos como la alimentación o hidratación artificiales no están indicados y los cambios posturales para la prevención de úlceras también pueden suspenderse o al menos espaciarse.

En esta fase, el control de los síntomas puede hacerse en el domicilio, si así se decide por parte del paciente y su familia. Generalmente, se trata de controlar el dolor y la disnea utilizando morfina a las dosis comentadas anteriormente, la aparición frecuente de delirium que se maneja con neurolepticos (haloperidol o levomepromazina) o midazolam, y los estertores, que se tratan con buscapina o escopolamina. Todos estos fármacos se pueden usar por vía subcutánea en forma intermitente o continua con

infusores elastoméricos de duración entre 1 y 7 días en los que se carga la dosis total de medicación calculada para su liberación de forma gradual.

En ocasiones se dan situaciones con síntomas físicos intensos y penosos que no responden adecuadamente a los tratamientos paliativos habituales para mantener una calidad de vida aceptable. En estos casos, es cuando se puede plantear la necesidad de tomar medidas que disminuyan el nivel de conciencia del paciente como única manera de aliviar su sufrimiento, es decir, una sedación terminal paliativa.

Los síntomas que con más frecuencia llevan a esta situación son el delirium y la inquietud terminal sin respuesta a neurolépticos (55 %), disnea (27 %), dolor (18 %) y náuseas/vómitos (4 %). Recientemente, se ha reconocido también el sufrimiento psicológico o existencial como causa de sedación en casos que producen un sufrimiento intenso sin alivio con otras medidas.

El objetivo es la disminución deliberada de la conciencia a través de la administración de los medicamentos apropiados y a las dosis necesarias, con el fin de evitar un sufrimiento intenso e innecesario causado por uno o más síntomas refractarios a los tratamientos habituales. La sedación será tan profunda como sea necesario para conseguir el alivio del sufrimiento, tanto físico como psicológico del paciente. Es conveniente en estos casos que se tenga un consentimiento informado por parte del paciente o de algún familiar si no está en condiciones de otorgarlo, y en los casos en los que se pueda prever esta situación sería conveniente hablarlo y plantearlo para conocer

la opinión y los deseos del paciente, si fuera posible y registrarlo en la historia clínica.

Una vez conseguido el nivel de sedación deseado se debe evaluar periódicamente utilizando escalas como la de Ramsay (Tabla 6) o la de Richmond hasta el final.

El fármaco más utilizado para la sedación terminal es el midazolam, salvo en casos de delirium refractario en los que se usa levomepromazina. Otros fármacos empleados son barbitúricos (fenobarbital) y anestésicos (propofol) en casos más resistentes. La morfina es generalmente utilizada en los pacientes por otras indicaciones como dolor o disnea y se debe mantener, pero su fin no es la sedación. Otro fármaco usualmente utilizado en la sedación paliativa terminal es la buscapina para el control de los esteriores que aparecen frecuentemente.

Las dosis utilizadas de los fármacos más habituales son:

- **Midazolam.** Dosis de inducción de 2'5 a 5 mg (ampollas de 15 mg/3 ml y de 5 mg/5ml) cada 4 horas. En pacientes que están en tratamiento previo con benzodiazepinas la dosis de inducción será el doble, 5 a 10 mg. El inicio de acción es de 5-10 minutos. Si tras esta primera dosis se mantiene la agitación o el síntoma refractario se administra una dosis de rescate igual a la dosis de inducción inicial, que puede repetirse tantas veces como sea necesario hasta conseguir el efecto deseado. La vida media del midazolam es de 2-5 horas. Tras 24 horas se calcula la dosis de infusión continua sumando todas las dosis

Tabla 6. Escala de Ramsay modificada (RAMSAY ICO)

NIVEL I	Agitado y angustiado.
NIVEL II	Tranquilo, orientado y colaborador.
NIVEL III a	Respuesta agitada a estímulos verbales.
NIVEL III b	Respuesta tranquila a estímulos verbales.
NIVEL IV a	Respuesta rápida y agitada a estímulos dolorosos.
NIVEL IV b	Respuesta rápida y tranquila a estímulos.
NIVEL V	Respuesta perezosa a estímulos dolorosos.
NIVEL VI	No hay respuesta.

Adaptada de Cuervo, M.A. Manejo de la disnea en el EPOC avanzado. Monografía SECPAL sobre cronicidad avanzada. 2018:57-61.

utilizadas para poder cargar el infusor, dejando rescates de 1/6 de la dosis total por si fueran necesarios. La dosis máxima diaria es 240 mg/día (16 ampollas de 3 ml).

- **Levopromacina.** Uso en casos de delirium refractario o resistentes a midazolam. Dosis de inducción de 12'5 a 25 mg (ampollas de 25 mg/ml) cada 6-8 horas. Para su uso en infusor se calcula igualmente la dosis total de 24 horas, que habitualmente son unos 100 mg/día. Otros sedantes como fenobarbital o propofol serán de uso por unidades especializadas de paliativos o en hospitalización.
- **Buscapina.** Utilizada para el control de secreciones pre-mortem. La dosis habitual es 1 ampolla (20mg/ml) cada 4 o 6 horas.
- **Morfina.** Mantenido si el paciente ya la utilizaba a las mismas dosis empleadas.

CONCLUSIONES

Todas las personas tienen derecho a tener una muerte digna y los médicos tenemos la posibilidad de facilitarlo, no solo con nuestros actos clínicos y

con la administración de fármacos o técnicas, sino también con nuestros cuidados, y nuestro apoyo y acompañamiento, tanto del paciente como de sus familias en los momentos más difíciles. La medicina de familia nos permite estar en ese lugar, ayudando a afrontar momentos y decisiones difíciles, y acompañando a nuestros pacientes y familias como lo hemos hecho siempre.

Conseguir una —buena muerte— supone controlar adecuadamente los síntomas presentados, con decisiones claras para todos, respetando en todo momento las opiniones del paciente y sus familias y ayudando a preparar el proceso de la muerte, liberando de responsabilidades y logrando la sensación de haber completado todo el proceso adecuadamente (despedidas, arreglos).

Este artículo ha dado unas pinceladas acerca de los cuidados paliativos a pacientes con enfermedades respiratorias avanzadas. Si se desea profundizar en el tema de los cuidados paliativos recomiendo la lectura de la guía de Cuidados Paliativos de la SECPAL⁴, el monográfico de la revista FMC de Atención a los últimos días de vida¹⁹ o el Manual de Cuidados paliativos de Extremadura de 2020²⁰, por ejemplo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cancer pain relief and palliative care. Report of a WHO Expert Committee. 1990; 804:1-75.
2. Benitez del Rosario, M.A., Asensio Fraile, A. Fundamentos y objetivos de los cuidados paliativos. *Aten primaria* 2002;29(1): 50-52. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7684105/>
3. Sarmiento Medina P.J., Díaz Prada, V.A., Rodríguez, N.C. El rol del médico de familia en el cuidado paliativo de pacientes crónicos y terminales. *Semergen*, 2019; 45(5): 349-355. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-el-rol-del-medico-familia-S1138359318304234>
4. SECPAL- Sociedad Española de Cuidados paliativos, Guía de Cuidados Paliativos. Disponible en: <https://www.secpal.org/guia-de-cuidados-paliativos/>
5. Declaración sobre la atención médica al final de la vida (documento). Organización Médica Colegial y Sociedad española de Cuidados paliativos. 2002. Disponible en: <https://www.bioeticaweb.com/declaracion-sobre-la-atencion-macmica-al-final-de-la-vida-organizacion-macmica-colegial-espaapola-y-sociedad-de-cuidados-paliativos-omce-y-secpal/>
6. WHO Quality of Life Assessment Group. (1996). ¿Qué calidad de vida?. *Foro mundial de la salud* 1996 ; 17(4) : 385-387 Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/55264>
7. Meffert C. Hatami I., Xander C., Becker G . Palliative care needs in COPD patients with or without cancer: an epidemiological study. *Eur respir J* 2015; 46: 663-670. Disponible en: <https://erj.ersjournals.com/content/46/3/663>
8. Pérez de Llano, L.A. Cuidados paliativos para pacientes con insuficiencia respiratoria crónica. *Gac Sanit* 2018; 32(4): 383-385. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0213-91112018000400383
9. Ahumada, S. Cuidados paliativos en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica terminal. *Rev Chil Enf Respir* 2014; 30: 20-26. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-73482014000100004>
10. García Polo, C. Cuidados paliativos en el paciente respiratorio terminal. *Neumosur* 2007; 19,2: 91-108. Disponible en: <https://www.rev-esp-patol-torac.com/files/publicaciones/Revistas/2007/NS2007.19.2.A06.pdf>

11. Small N., Gardiner C., Barnes S., Gott M., Payne S., Seamark D., Halpin D. 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: 740-749. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20921093/>
12. Gómez García RM., Chiluza D. Manejo paliativo del paciente con enfermedad pulmonar avanzada. *Medicine* 2018;12(65): 3822-3830. Disponible en: <https://www.medicineonline.es/es-manejo-paliativo-del-paciente-con-articulo-S0304541218302403>
13. García Polo, C et al. Cáncer de pulmón. Manejo del paciente terminal. Medidas paliativas. En: Soto Campos JG. Manual de diagnóstico y terapéutica en neumología. Madrid, Ergon; 2005:567-579.
14. Grupo de trabajo de GesEPOC. Atención a la EPOC al final de la vida. Cuidados paliativos. *Arch Bronconeumol.* 2017; 53: 62-64. Disponible en: <https://www.archbronconeumol.org/en-atencion-epoc-al-final-vida--articulo-S0300289617303708>
15. Cuervo, MA. Manejo de la disnea en el EPOC avanzado. Monografía SECPAL sobre cronicidad avanzada. 2018: 57-61. Disponible en: <http://www.cuidarypaliar.es/wp-content/uploads/2018/11/Monografia-Cronicidad-Avanzada.pdf>
16. Junta de Extremadura. Paliex. Guía clínica vía subcutánea, usos y recomendaciones. Programa regional de Cuidados Paliativos de Extremadura. Disponible en: <https://saludextremadura.ses.es/paliex/subcutanea>
17. Euvita. Guía de sedación paliativa. OMC y SECPAL 2021. Disponible en: <https://euvita.org/guia-de-sedacion-paliativos-2021-omc-y-secpal/>
18. Junta de Extremadura. Paliex. Guía clínica de sedación paliativa del Programa regional de Cuidados Paliativos de Extremadura, uso y recomendaciones. Disponible en: <https://saludextremadura.ses.es/paliex/sedacion>
19. Guías para la práctica asistencial y comunitaria 3/21: Atención en los últimos días de la vida. 2021:3 (28): 1-47. Disponible en: <https://www.fmc.es/es-atencion-ultimos-dias-vida-articulo-S1134207221001511>
20. Junta de Extremadura 2020. Paliex. I Manual de Cuidados Paliativos de Extremadura. Disponible en: <https://saludextremadura.ses.es/paliex/detalle-contenido-estructurado/1251116>
21. Pérez Cruz, P., Francisco Acevedo, C. Escalas de estado funcional. *Gastroenterol. Latinoam* 2014; 3(25): 219-226. Disponible en: <https://gastrolat.org/DOI/PDF/10.0716/gastrolat2014n300007.pdf>
22. Castillo Polo, A., Corbí Pino, B., Fernández Valverde, R. Martín Hurtado, A., Montoro Robles MI., Pérez Medina, M. Cuidados paliativos, Guía para Atención Primaria, Ministerio de Sanidad 2021. Disponible en: https://ingesa.sanidad.gob.es/bibliotecaPublicaciones/publicaciones/internet/Cuidados_Paliativos.htm