

BLOQUE 6:

---

# CUIDADOS PALIATIVOS

---

Capítulo 27:

## Manejo paliativo del paciente respiratorio al final de la vida

Autores

**Esther de Benito Zorrero** Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias  
Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla).

**Cecilia López Ramírez** Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias  
Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla).

**José Luis Palma Aguilar** Médico del Servicio de Urgencias del Hospital San Juan de Dios  
del Aljarafe (Sevilla).

## Definición

Cuidados paliativos (CP), según la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>1</sup>, es: «El enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y el alivio del sufrimiento, por medio de la identificación temprana y la impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales». Se incluyen enfermedades no neoplásicas (la enfermedad pulmonar obstructiva crónica [EPOC] y la fibrosis pulmonar con más frecuencia) y neoplásicas, como el cáncer de pulmón.

El término «final de la vida» hace referencia a la situación de un paciente que presenta mal pronóstico a corto o medio plazo<sup>2</sup>.

## Diagnóstico

Los criterios de la *National Hospice Organization* (asumidos por un documento ético del *American College of Chest Physicians*)<sup>3</sup>, que se siguen para establecer el pronóstico de enfermedad pulmonar avanzada no neoplásica, van a determinar (junto a la edad del paciente, el tiempo de evolución de la enfermedad, el estado nutricional, el deterioro cognitivo, la depresión y el soporte psicofamiliar) la toma de decisiones para iniciar cuidados paliativos. Son 5 y deben estar presentes los criterios 1, 2 y 3:

1. Enfermedad pulmonar crónica grave demostrada por:
  - a) Disnea de reposo incapacitante, con pobre o nula respuesta a tratamiento broncodilatador, con importante deterioro funcional del paciente. Un valor del volumen espiratorio forzado en un segundo ( $FEV_1$ )  $<30\%$  del teórico apoya este punto, aunque no es necesario para afirmarlo.
  - b) Progresión de la enfermedad evidenciada por: Incremento de las hospitalizaciones o visitas domiciliarias por infecciones respiratorias y/o insuficiencias respiratorias. Un deterioro del  $FEV_1 > 40$  ml/año apoya este punto, aunque no es necesario para afirmarlo.
2. Hipoxemia, presión de oxígeno ( $pO_2$ )  $\leq 55$  mmHg en reposo y respirando aire ambiente o saturación de oxígeno ( $SatO_2$ )  $\leq 88\%$  con oxígeno suplementario, o hipercapnia (presión de dióxido de carbono [ $pCO_2$ ]  $\geq 50$  mmHg).
3. Insuficiencia cardíaca derecha secundaria a enfermedad pulmonar (cor pulmonale).

4. Pérdida de peso no intencionada >10% durante los últimos seis meses.
5. Taquicardia >100 pulsaciones por minuto en reposo.

Entre los síntomas habituales a tratar en un paciente paliativo respiratorio se encuentran:

**Disnea:** La disnea se trata en el Capítulo 1. Se debe valorar de manera multidimensional, para actuar en los distintos factores que la desencadenan<sup>4</sup> y se aconseja el empleo de escalas para monitorizar el efecto de las medidas aplicadas (la escala visual analógica [EVA], la clasificación funcional de la *New York Heart Association [NYHA]* o la escala de Borg y, en los pacientes que no pueden comunicarse, la *Respiratory Distress Observation Scale [RDOS]*). Medidas objetivas como la frecuencia respiratoria (FR), SatO<sub>2</sub> o el uso de la musculatura accesoria presentan una pobre correlación con la disnea, por lo que no deben usarse para iniciar o modificar tratamientos.

**Tos:** Se puede consultar además el Capítulo 4. La primera medida en el abordaje de la tos es el tratamiento de sus causas.

**Dolor:** El dolor se produce hasta en un 70% de los pacientes con cáncer de pulmón avanzado y también puede aparecer en pacientes con EPOC avanzada<sup>5</sup> o fibrosis pulmonar. Se deben evaluar el tipo de dolor (nociceptivo, neuropático), todas sus características (Capítulo 3) y buscar posibles causas tratables. En pacientes con cáncer de pulmón se puede deber también a complicaciones del propio tumor (hemorragia, diseminación regional o metastásica), a síndromes paraneoplásicos, al tratamiento con radio o quimioterapia<sup>6</sup> y a los procedimientos médicos y sus complicaciones<sup>7</sup>.

## Tratamiento

### Disnea<sup>8</sup>:

1. Tratamiento específico de causas tratables: Broncoespasmo, anemia, derrame pleural, etc. (ver otros capítulos relacionados en este manual).
2. Si no se identifica causa tratable: Valorar oxigenoterapia y tratamiento no específico:
  - a) Medidas no farmacológicas: Posición cómoda, ambiente tranquilo, ventilado, evitar el estrés emocional, comunicación con el paciente y la familia, y enseñarles a actuar en situaciones de crisis. Conocer el plan de cuidados del paciente (debería incluir la sedación).

**b)** Medidas farmacológicas:

» Broncoespasmo u obstrucción parcial de la vía aérea: Prednisona 10-40 mg/24 h o dexametasona 4-8 mg/día y tratamiento broncodilatador.

» Tratamiento sintomático:

\* Morfina rápida:

- Si no tomaba opioides: 2,5-5 mg/4 h oral o subcutáneo (SC).
- Si tomaba opioides: Aumentar un 50% la dosis diaria y dar cada 4 horas. Continuar con un incremento del 25-50% de la dosis que tenía.
- Se puede asociar prometazina u otra fenotiazina si persiste la disnea y/o una benzodiacepina si hay ansiedad.

\* Morfina de liberación retardada: Desde el principio se utiliza tratamiento por vía oral con 2,5-5 mg/12 h. Aumentar dosis hasta conseguir efecto deseado.

» Disnea terminal y refractaria con compromiso respiratorio grave:

\* Si no tomaba opioides: Morfina 5 mg intravenosa (IV).

\* Si tomaba opioides: 1/6 de la dosis diaria total.

\* Añadir midazolam 2,5 a 5 mg IV si hay ansiedad.

Repetir cada 10 minutos, hasta control de síntomas, con aumentos de la dosis de morfina en un 30-50% de la habitual.

**Tos<sup>8</sup>:**

Se pueden utilizar como antitusígenos:

» Acción periférica: Levodropropizina 60 mg/8 h vía oral (VO).

» Acción central:

No opioides: Cloperastina: 10-20 mg/8 h VO.

Opioides:

- Dextrometorfano: 10-30 mg/4-8 h VO.
- Codeína 30 mg/4-6 h/VO o morfina 5 mg/4 h/VO. De elección en tos asociada a dolor o disnea.
- Metadona 3-5 mg/8 h VO: Para casos rebeldes.

Si hay dificultad para expectorar por debilidad: Hioscina 0,5-1 mg/6-8 h SC (reduce las secreciones respiratorias).

Si tos primaria producida por cáncer de pulmón: Valorar tratamiento específico con quimioterapia y, sobre todo, con radioterapia (medida de probada eficacia).

### **Dolor:**

1. Tratamiento de la causa si es posible.
2. Dolor neuropático: Antidepresivos tricíclicos (amitriptilina o nortriptilina), inhibidores de la recaptación de la serotonina y norepinefrina (duloxetina o venlafaxina), anticonvulsivos gabapentanoideos (pregabalina o gabapentina) pudiendo asociar antiinflamatorios no esteroideos (AINE) u opioides si es preciso. Se pueden asociar dos fármacos si es necesario o añadir tratamiento tópico (lidocaína o capsaicina) en el dolor localizado. Los opioides son de segunda línea, pero pueden emplearse en el dolor intratable o en las exacerbaciones.
3. Dolor nociceptivo: Escalera analgésica de la OMS:

\* Primer escalón: AINE con o sin adyuvantes:

- Paracetamol, 1 g/8 h, vía oral o IV.
- Metamizol: 2 g/8 h vía IV diluido lento. No usar en hipotensión.
- Dexketoprofeno: 50 mg/8 h vía IV.
- Pueden asociarse ansiolíticos.

\* Segundo escalón: AINE + opiáceos menores (codeína o tramadol) con o sin adyuvantes.

\* Tercer escalón: Opiáceos<sup>9</sup>:

- \* Morfina: De elección.

- Vía IV: Inicio con 2-5 mg. Puede repetirse cada 15 min hasta una dosis máxima de 20 mg. No usar si hay hipotensión.
- Vía oral: Inicio con 5-10 mg/4 h hasta titular la dosis menor que controle los síntomas.

\* Otras opciones: Fentanilo, oxicodona o hidromorfina. No se recomiendan petidina ni buprenorfina.

Pueden ser la primera opción en dolor agudo muy intenso y en "dolor irruptivo" (dolor agudo en pacientes con dolor crónico). Se pueden asociar o no a AINE y/o adyuvantes, utilizando la dosis mínima efectiva y reduciendo en lo posible los efectos adversos (como el estreñimiento), ascendiendo en función de la eficacia y la tolerancia.

Se pueden asociar adyuvantes:

- » Corticoides: Dexametasona: 4-6 mg cada 8 horas. En el dolor oncológico.
- » Neurolépticos: Olanzapina 2,5-5 mg por la noche. En el dolor refractario o si existen síntomas psiquiátricos.
- » Espasmolíticos: Hioscina, 25 mg/6-8 horas vía IV o SC.
- » No se recomiendan los relajantes musculares en los pacientes con patología respiratoria.

**Sedoanalgesia:** Administración de un analgésico potente con un hipnótico para conseguir la reducción del nivel de consciencia, manteniendo la función cardiorrespiratoria. Indicada en el alivio del dolor incontrolable<sup>40</sup>.

Fármacos:

- » Midazolam: Bolos de 3-5 mg que pueden repetirse según el nivel de consciencia.
- » Fentanilo: 50-100 µg vía IV.
- » Haloperidol en los episodios de agitación psicomotriz.
- » Otros fármacos con menor aplicación en nuestro escenario son: Propofol, ketamina, tiopental o etomidato.

**Sedación paliativa:**

Disminución deliberada del nivel de consciencia de un paciente, en situación de enfermedad terminal, mediante la administración de fármacos, para evitar el sufrimiento provocado por uno o más síntomas refractarios. Puede ser continua o intermitente. En la agonía, se aplica cuando un paciente se encuentra en sus últimas horas o días de vida para aliviar un sufrimiento intenso. Se emplean con más frecuencia midazolán, morfina, hioscina, haloperidol, levomepromacina, clorpromacina, fenobarbital y propofol en las siguientes combinaciones: midazolam + morfina + hioscina; haloperidol + morfina + hioscina; levomepromacina + morfina + hioscina.

**Resumen****RECORDAR QUE**

- Los fármacos de primera elección para tratar la disnea son los opioides por vía oral o parenteral.
- Se recomienda individualizar la continuidad del tratamiento con oxígeno para el alivio de la disnea ya que no hay evidencia adecuada para predecir qué pacientes pueden beneficiarse más del mismo.
- Los corticoides están indicados en la disnea producida por asma, EPOC, obstrucción tumoral de la vía aérea o linfangitis carcinomatosa.
- El enfoque más completo y posiblemente exitoso para controlar el dolor a menudo combina varios métodos.

**QUÉ NO HACER**

- Utilizar, para iniciar o modificar su tratamiento, medidas objetivas como la FR, la SatO<sub>2</sub> y el uso de musculatura accesoria, ya que tienen una pobre correlación con la disnea.
- Usar placebos en el tratamiento del dolor así como utilizar la vía intramuscular (no se recomienda).

1. Clark D, Grahon F, Centeno C. Changes in the world of palliative care. *Medicine*. 2015; 43(12):696-698.
2. Nieto Cano S, Golpe Gómez R, Pérez de Llano LA. The need for palliative care in chronic respiratory patients with non-malignant disease. *Arch Bronconeumol*. 2018; 54(1):57.
3. Selecky PA, Eliasson CAH, Hall RI, *et al*. American College of Chest Physicians. Palliative and End-of-Life Care for Patients with Cardiopulmonary Diseases: American College of Chest Physicians position statement. *Chest*. 2005; 128(5):3599-3610.
4. De Miguel J, Nieto MA. Disnea. En: Villasante C, editor. *Enfermedades respiratorias*. Editorial Aula Médica Vol 1. Madrid 2002. 143-152.
5. Iyer AS, Sullivan DR, Lindell JO, *et al*. The Role of Palliative Care in COPD. *Chest*. 2022; 161(5):1250-1262.
6. Henson LA, Maddocks M, Evans C, *et al*. Palliative Care and the Management of Common Distressing Symptoms in Advanced Cancer: Pain, Breathlessness, Nausea and Vomiting, and Fatigue. *J Clin Oncol*. 2020; 38(9):905-914.
7. Tauben D, Stacey BR. Approach to the management of chronic non-cancer pain in adults [Internet]. UpToDate. 2023 [Consultado el 27 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-management-of-chronic-non-cancer-pain-in-adults>
8. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. *Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos*. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA N° 2006/08.
9. Jennings AL, Davies AN, Higgins JP, *et al*. A systematic review of the use of opioids in the management of dyspnoea. *Thorax*. 2002; 57(11):939-44.
10. Mitchell MS. Manejo del dolor agudo y procesos de sedación. In: Cydulka RK, Fitch MT, Joing SA, Wang VJ, Cline DM, Ma O. eds. *Manual de Urgencias Médicas de Tintinalli*, 8e. McGraw Hill; 2018.