

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS: CONTROL DE SÍNTOMAS

Sumario

- **INTRODUCCIÓN**
- **CONTROL DE ALGUNOS SÍNTOMAS FRECUENTES**
 - Dolor
 - Astenia, anorexia, caquexia
 - Síntomas respiratorios
 - Delirium
 - Síntomas digestivos
 - Prurito
- **ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS POR VÍA SUBCUTÁNEA**

«El boletín INFAC es una publicación mensual que se distribuye gratuitamente a las y los profesionales sanitarios de la CAPV. El objetivo de este boletín es la promoción del uso racional del medicamento para obtener un mejor estado de salud de la población».

La transición de los cuidados curativos a paliativos es a menudo gradual

INTRODUCCIÓN

Recientemente se ha publicado la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos elaborada por profesionales de Osakidetza y enmarcada dentro del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. El objetivo de esta guía es servir como instrumento para mejorar la atención sanitaria a las personas en la fase final de la vida y a sus allegados y cuidadores.

La guía aborda el control de síntomas, la comunicación y toma de decisiones en la fase final de la vida, el apoyo psicosocial y espiritual, la atención a la familia, la atención en la agonía, la sedación y el duelo. Está disponible en <http://www.guiasalud.es/> y en <http://www.osakidetza.net> > Osakidetza Corporación > Publicaciones > Atención Primaria tanto en versión resumida como completa. La guía dispone de anexos que incluyen escalas de valoración de los síntomas, un vademécum con las dosificaciones y forma de administración de los medicamentos recomendados, así como aspectos legales de los cuidados paliativos, entre otros temas.

La OMS define los cuidados paliativos (CP) como «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 alivio del sufrimiento, por medio de la identificación temprana y la impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales».

Según esta concepción, los CP deberían comenzar en las fases tempranas del diagnóstico de una enfermedad que amenaza la vida, simultáneamente con los tratamientos curativos. De la misma forma, incluso en fases finales de la enfermedad, en las que el tratamiento es predominantemente paliativo, puede existir un espacio para el intento destinado a las medidas curativas. La transición de los cuidados curativos a paliativos es a menudo gradual, y debe basarse en las necesidades individuales de la persona, más que en un plazo concreto de supervivencia esperada.

El objetivo de este INFAC es presentar de forma resumida algunas de las recomendaciones sobre el control de síntomas más frecuentes en los cuidados paliativos. No pretendemos resumir la guía sino destacar algunos aspectos de la misma que inviten a consultarla.

PRINCIPIOS GENERALES EN EL CONTROL DE SÍNTOMAS

En CP, los síntomas son cambiantes en el tiempo, lo que determina que la evaluación y reevaluación constante del paciente y su entorno sean una necesidad y una característica esencial de los CP. Además, esta reevaluación constante ha de ser multidisciplinaria.

Los principios de un control efectivo de síntomas incluyen:

- Historia clínica y exploración detallada que permitan un diagnóstico del mecanismo o causa subyacente de cada síntoma.
- Tratamiento individualizado.

- Tratamiento de las causas reversibles.
- Informar al paciente y a su familia.
- Valorar las opciones de tratamiento, tanto farmacológicas como no farmacológicas.
- Simplificar las pautas de tratamiento.
- Utilizar preferentemente la vía oral para la administración de fármacos. Cuando la vía oral no es posible, se recomienda utilizar la vía subcutánea (SC).
- Monitorizar la respuesta.

DOLOR

La atención al dolor en CP incluye una evaluación integral del mismo, teniendo en cuenta su origen, etiología, intensidad y repercusión sobre el enfermo y su familia.

Para su evaluación existen escalas o cuestionarios adecuados, como las escalas visuales analógicas, escalas numéricas o el Cuestionario Breve del Dolor.

El tratamiento del dolor debe ser escalonado, comenzando por el escalón analgésico más adecuado según el tipo e intensidad del dolor (ver figura 1). La administración de analgésicos debe ser pautada, monitorizando la respuesta al tratamiento y adecuando la dosis de forma individualizada, sin olvidarse de tratar el dolor irruptivo. Asimismo, es importante adelantarse a la aparición de efectos secundarios previsibles (ej. estreñimiento por opiáceos) con medidas preventivas. La morfina es el fármaco de elección en el tercer escalón

La administración de analgésicos debe ser pautada sin olvidarse de tratar el dolor irruptivo

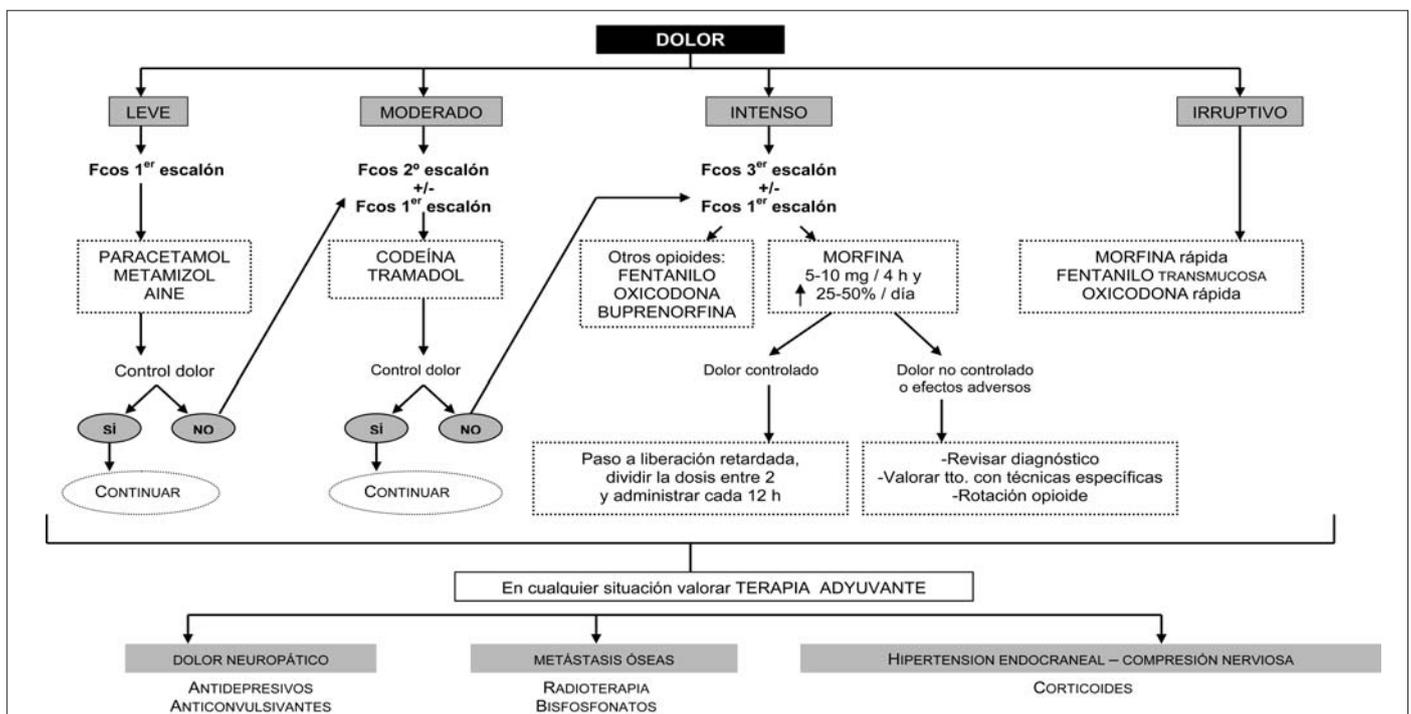
de analgesia, y también en el dolor irruptivo; en este caso se utiliza la sexta parte de la dosis total diaria.

En caso de dificultades para la deglución, problemas de cumplimiento o por preferencia de los pacientes, puede usarse fentanilo. Presenta la ventaja de administrarse en forma de parches transdérmicos. Su efecto dura habitualmente 72 horas; ello dificulta los ajustes de dosis, por lo que no se recomienda en el caso de dolor inestable ni se recomienda iniciar su uso en los últimos días de la vida.

Los AINE son la primera opción en el dolor de etiología ósea y en las metástasis óseas.

La terapia adyuvante incluye fármacos cuya principal acción no es la analgésica, pero que funcionan como tales en algunos tipos de dolor. En CP se utilizan para potenciar el efecto de los opioides o disminuir su dosis o en caso de cuadros de dolor complejos.

Figura 1. Algoritmo de tratamiento del dolor en CP



ASTENIA, ANOREXIA Y CAQUEXIA

La evaluación inicial ante un paciente con astenia, anorexia y caquexia incluye la identificación y, si es posible, el tratamiento de las causas desencadenantes; el consejo sobre actividades diarias; reposo y sueño adaptados a cada situación, y una exploración de las expectativas y creencias sobre la alimentación de los pacientes y cuidadores.

Cuando la anorexia sea un síntoma predominante se puede ensayar un tratamiento farmacológico con corticoides (ver dosis, pauta y duración de tratamiento en el anexo 4 de la guía), en primer lugar, y el acetato de megestrol, como segunda opción.

SÍNTOMAS RESPIRATORIOS

• disnea

En primer lugar, es necesario tratar de forma específica las causas reversibles de la disnea (ver figura 2).

La respuesta al oxígeno es muy variable, por lo que es necesario valorarla individualmente.

Los opioides por vía oral o parenteral son fármacos de primera elección en el tratamiento de la disnea. Prometazina puede utilizarse como fármaco de segunda línea cuando no pueden utilizarse opioides, o bien añadido a éstos.

No se recomienda el uso de benzodiazepinas para la disnea, salvo en situación de ansiedad o pánico, o en las fases muy avanzadas de la enfermedad como terapia añadida a la morfina (midazolam).

Los corticoides están indicados en caso de disnea producida por asma, EPOC, obstrucción tumoral de la vía aérea o linfangitis carcinomatosa.

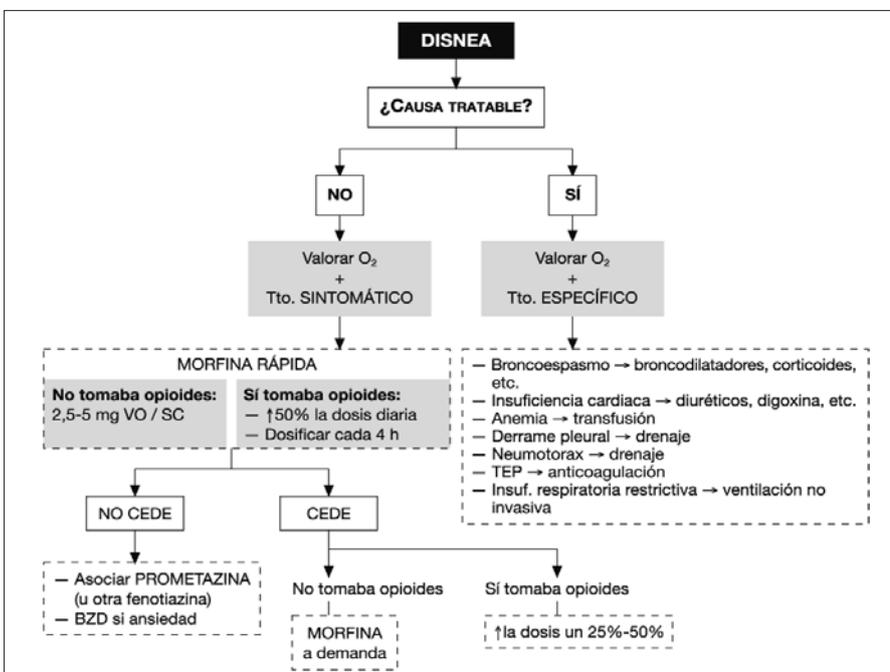
• tos

Los pacientes con tos precisan una evaluación individualizada para diagnosticar y, en la medida de lo posible, tratar las causas específicas de la tos. En el caso del cáncer pulmonar debería valorarse la quimioterapia paliativa.

Para la elección de fármacos, se recomienda valorar la presencia de otros síntomas acompañantes (dolor, disnea), el uso previo de opioides así como posibles interacciones farmacológicas.

Como fármacos iniciales pueden utilizarse codeína, levodropropizina y cloperastina.

Figura 2. Algoritmo del tratamiento de la disnea en el paciente en CP



• estertores

Los estertores son un síntoma muy frecuente y específico en los últimos días del paciente.

Además de las medidas generales (posición semiprono para facilitar el drenaje postural, explicar el proceso fisiopatológico a los familiares, succión traqueal o nasofaríngea suave), se recomienda utilizar fármacos antisecretores, que deben iniciarse tan pronto como sea posible. El fármaco más utilizado en nuestro medio es la butilscopolamina por vía subcutánea. Se recomienda el uso precozmente antes de que aparezcan los estertores.

En general, y dado que no siempre se consiguen eliminar los estertores, se debería explicar a la familia la naturaleza de este síntoma.

DELIRIUM

La atención inicial al paciente con delirium debería incluir la identificación y tratamiento de las causas desencadenantes, con especial atención al consumo de opioides; la información adecuada a los familiares y cuidadores y la valoración de la necesidad del tratamiento sintomático farmacológico.

La monitorización de los síntomas puede prevenir la aparición de delirium, ya que el inadecuado control de algunos síntomas como el dolor puede desencadenar el cuadro. La etiología es a menudo multifactorial, incluyendo procesos tumorales del sistema nervioso central, tratamientos oncológicos, uso de fármacos psicoactivos (opioides, benzodia-

zepinas), enfermedades sistémicas (infecciones, insuficiencia hepática, deshidratación), retención urinaria o fecal, etc.

Es especialmente importante la valoración del uso de determinados fármacos que pueden precipitar o agravar el delirium.

En el caso del delirium por opioides, si no es posible su retirada, se puede valorar la reducción de la dosis o la rotación de opioides. Es necesario tener en cuenta que las benzodiazepinas, aunque se utilizan para el tratamiento del delirium, en ocasiones pueden ser los desencadenantes del cuadro. La hipodermoclisís puede utilizarse en caso de sospecha del delirium producido por opioides en pacientes deshidratados.

Los opioides y las benzodiazepinas pueden ser causa de delirium

En la mayoría de los casos, el haloperidol es el fármaco de elección para el tratamiento del delirium de causa no tratable. En el delirium con agitación intensa se recomienda levomepromazina y midazolam como alternativa.

En situaciones como las demencias con cuerpos de Lewy o en enfermos de Parkinson, en las que no se recomienda el uso de haloperidol, puede ser necesario recurrir a otros antipsicóticos, como olanzapina, clozapina o quetiapina (no así risperidona).

A modo de ejemplo se presenta el apartado de Vademécum por síntomas correspondiente al delirium que se encuentra en el anexo 4 (ver tabla 1).

Tabla 1. Vademécum por síntomas

DELIRIUM	HALOPERIDOL	Rango de dosis habitual VO, SC, IM, IV: 0,5-5 mg/2-12 h Dosis habitual VO: 1-3 mg/8 h Dosis habitual bolos SC: 2,5 mg (cada 30 minutos, máximo 3 veces) Dosis habitual infusión SC: 5-15 mg/día	- De elección en el delirium - Mayor riesgo de síntomas extrapiramidales si se asocia a otros neurolépticos como metoclopramida - Poco sedante - Se puede utilizar por vía SC *
	LEVOMEPRMAZINA	Rango de dosis habitual VO, SC, IM: 12,5-50 mg/4-12h Dosis habitual bolos SC: 12,5 mg (cada 30 minutos, máximo 3 veces) Dosis habitual en infusión SC: 50-200 mg/día	- Más sedante que haloperidol, alternativa a haloperidol en paciente con delirium con agitación intensa - Se puede utilizar por vía SC*
	MIDAZOLAM	Bolos SC, IV: 2,5-5 mg y repetir hasta que ceda. Mantenimiento en perfusión IV, SC: 20-100 mg/día Dosis máxima: 200 mg/día	- Alternativa a haloperidol y levomepromazina en delirium con agitación intensa - Se puede utilizar por vía SC * - Ampollas: especialidades de "uso hospitalario"

* Uso de la vía SC: no recogido en la ficha técnica.

SÍNTOMAS DIGESTIVOS

• mucositis

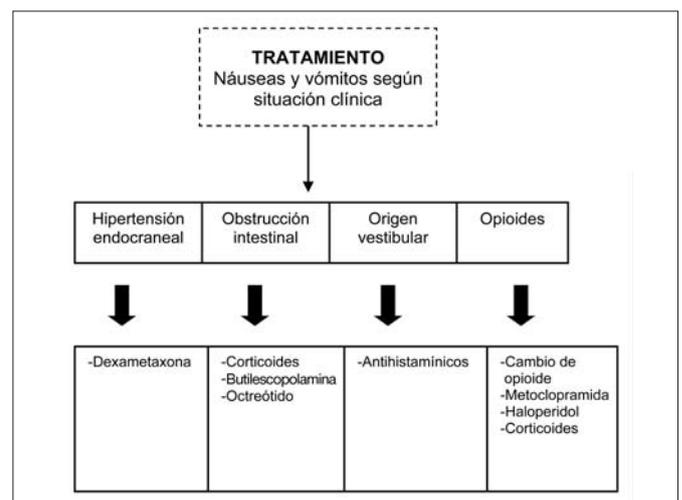
La mayor parte de los pacientes que reciben radioterapia o quimioterapia sufren mucositis como efecto secundario del tratamiento. La higiene cuidadosa de la boca y la analgesia son la base del tratamiento. La analgesia controlada por el paciente permite disminuir la dosis de la morfina en el tratamiento del dolor por la mucositis.

Los tratamientos farmacológicos preventivos deben realizarse en función del riesgo de desarrollar mucositis (según la modalidad y dosificación de la radioterapia o quimioterapia).

• boca seca (xerostomía)

La correcta higiene de la boca y el uso de estimuladores de la salivación, como chicles, frutas (piña) o hielo, y el uso de saliva artificial (como metilcelulosa) pueden ser útiles. En el caso de precisarse tratamiento farmacológico, está indicada la pilocarpina oral, teniendo en cuenta los efectos adversos colinérgicos (sudoración, rinitis, molestias urinarias).

Figura 3. Algoritmo de tratamiento de los vómitos en CP



• náuseas y vómitos

El tratamiento de las náuseas y vómitos en el paciente en CP requiere una valoración cuidadosa de la etiología y factores implicados (ver figura 3).

Metoclopramida y domperidona son los fármacos de elección en los pacientes con náuseas y vómitos sin relación con la quimioterapia o la radioterapia.

En los pacientes que reciben quimioterapia o radioterapia, la profilaxis de las náuseas y vómitos se basa en el riesgo de emesis (las pautas incluyen las combinaciones de fármacos como ondansetrón, corticoides y aprepitant). En los vómitos anticipatorios puede utilizarse la psicoterapia y fármacos como alprazolam y lorazepam.

En algunas ocasiones es necesario simultanear dos o más fármacos porque la etiología es multifactorial.

• estreñimiento

La inmovilidad, la dieta, algunos trastornos metabólicos, como la hipercalcemia, y sobre todo el uso de fármacos como los opioides son la causa de la alta prevalencia del estreñimiento en CP. En los pacientes que reciben opioides, puede estar presente hasta en el 87% de los casos.

Se recomienda el uso de laxantes (sen, lactulosa sola o asociada a sen, polietilenglicol, sales de magnesio y parafina líquida) junto a una dieta adecuada (rica en fibra e hidratación suficiente) y ejercicio adaptado. No se recomienda la administración de laxantes que contengan ispágula (*Plantago ovata*) ya que pueden empeorar la anorexia, presente en algunos casos, y el propio estreñimiento.

Una situación clínica frecuente que complica el estreñimiento es la impactación fecal (fecalomas). En este caso, se recomienda el uso de laxantes administrados por vía rectal: supositorios (glicerina) o enemas (fosfatos, citrato sódico). Su uso requiere la correcta analgesia del paciente.

Próximamente se comercializará la metilnaltrexona, un antagonista opioide de administración subcutánea. Está indicado en el tratamiento del estreñimiento inducido por opioides en pacientes con enfermedad avanzada en tratamiento paliativo cuando su respuesta a la terapia laxante habitual no sea suficiente.

PRURITO

El manejo inicial de la persona con prurito consiste en identificar y, si es posible, tratar específicamente las causas subyacentes, con especial hincapié en los fármacos. Deben evitarse factores agravantes, como el alcohol, las comidas picantes, el calor, el uso de ropa ajustada o la utilización de jabones con detergentes.

La causa más frecuente del prurito es la piel seca. En estos pacientes se recomienda la higiene e hidratación de la piel mediante el uso de jabones suaves sin detergente y cremas hidratantes.

En caso necesario, se administrarán tratamientos farmacológicos de forma secuencial según el origen del prurito (ver tabla 2), teniendo en cuenta el mecanismo de acción y la eficacia.

Tabla 2. Propuesta de tratamiento prurito*

Causa	Propuesta farmacológica
Colestasis	1. Naltrexona 2. Andrógenos (metiltetosterona o danazol) 3. Rifampicina 4. Colestiramina
Uremia	1. Fototerapia 2. Antihistamínicos 3. Ondansetrón 4. Mirtazapina 5. Talidomida
Síndromes paraneoplásicos	1. Paroxetina 2. Mirtazapina 3. Combinación de 1 y 2 4. Talidomida
Neoplasias hematológicas	1. Cimetidina 2. Paroxetina
Piel seca	1. Hidratación tópica. Emolientes 2. Antihistamínicos
Opioides	1. Sustitución o rotación de opioides 2. Ondansetrón

* Las opciones de tratamiento están numeradas para ser utilizadas en el orden en que aparecen.

ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS POR VÍA SUBCUTÁNEA

La utilización de la vía subcutánea está indicada en aquellas circunstancias en las que el paciente no puede tomar la medicación por vía oral o cuando los síntomas no están suficientemente controlados por esta vía.

En la práctica, la vía subcutánea se emplea como la opción de primera elección en náuseas y vómitos incontrolados, disfagia grave, síndrome de oclusión intestinal no candidato a tratamiento quirúrgico, sedación paliativa, agitación, convulsiones y atención en la agonía. Aunque poco frecuentes en la práctica diaria, las situa-

ciones que desaconsejan la utilización de la vía subcutánea para la administración de fármacos son la anasarca, los estados de shock y las coagulopatías severas.

Existen diversos tipos de dispositivos de administración de fármacos vía subcutánea. Los más utilizados en atención primaria son los infusores (bombas de infusión) que liberan un volumen constante (ml/h) de fármaco, evitan el «efecto bolo» y permiten la administración conjunta de mezclas de diversos fármacos.

TÉCNICA DE CARGA DE INFUSORES

En el anexo 5 de la guía se ofrecen recomendaciones prácticas sobre la administración de fármacos por vía subcutánea. Al cargar el infusor se debe tener en cuenta el flujo de salida (medido en ml/h), el tiempo de autonomía (desde 24 horas hasta 7 días) y el volumen total de llenado (medido en ml). Con estas variables de referencia se calcula el volumen acumulado de los fármacos a administrar en función de sus presentaciones, completando la capacidad total del dispositivo con suero fisiológico o agua para inyección.

Ejemplo: Un paciente en fase agónica precisa diariamente 50 mg de cloruro mórfico, 30 mg de midazolam y 60 mg de butilescopolamina.

Si las necesidades de medicación son conocidas y estables, podría utilizarse un infusor de varios días. Si disponemos de un infusor para 5 días con un flujo de salida de 0,5 ml/h y un volumen de llenado de 60 ml, la preparación se haría como sigue:

- Morfina 50 mg/día = 250 mg en 5 días = 25 ampollas 1% (10mg/1ml) = 25 ml
- Midazolam 30 mg/día = 150 mg en 5 días = 10 ampollas (15 mg/3 ml) = 30 ml
- Butilescopolamina 60 mg/día = 300 mg en 5 días = 15 ampollas (20 mg/1ml) = 15 ml

En este caso la medicación ocupa un volumen de 70 ml (superior al volumen del infusor de 60 ml) por lo que se deberían utilizar ampollas de morfina 2% (20mg/1ml) y cargar 12,5 ml de morfina. El volumen final total será de 57,5 ml (12,5 ml+ 30 ml + 15 ml) y por tanto es necesario añadir 2,5 ml de suero fisiológico para completar el volumen del dispositivo hasta 60 ml.

Las mezclas más utilizadas son la que incluyen la morfina, butilescopolamina y midazolam, empleada habitualmente en la situación de agonía, y la compuesta por la morfina, haloperidol y butilescopolamina, utilizada para el tratamiento paliativo del síndrome de oclusión intestinal.

Se recomienda no mezclar más de tres fármacos por el riesgo aumentado de precipitación de la solución resultante. La dexametasona no debe ser mezclada con otros fármacos.

BIBLIOGRAFÍA

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 País Vasco; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA N° 2006/08.

Se han recibido últimamente numerosas peticiones de personas que prefieren dejar de recibir en formato papel tanto el INFAC, como la ficha Nuevo Medicamento a Examen, por tenerlas disponibles en la web. Si alguien prefiere no recibir estas publicaciones en papel puede mandar un correo electrónico a la siguiente dirección: cevime4-san@ej-gv.es

Galdera, iradokizun edo parte-hartze lanak nori zuzendu / Para consultas, sugerencias y aportaciones dirigirse a: zure komarkako farmazialaria / el farmacéutico de su comarca o CEVIME/MIEZ - tel. 945 01 92 66 - E-mail: cevime-san@ej-gv.es

Idazkuntza Batzordea / Consejo de Redacción: José Ramón Agirrezabala, Iñigo Aizpuru, Miren Albizuri, Iciar Alfonso, María Armendáriz, Sergio Barrondo, Arrate Bengoa, Arritxu Etxeberria, Julia Fernández, Susana Fernández, Ana Isabel Giménez, Juan José Iglesias, Josune Iribar, Jesús Iturralde, Nekane Jaio, Garbiñe López, Itxasne Lekue, M^o José López, Javier Martínez, Carmela Mozo, Elena Olloquiegi, Elena Ruiz de Velasco, Rita Sainz de Rozas, Elena Valverde.



Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia
Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco

ISSN: 1575054-X · D.L.: BI-587-99