

MANEJO DEL ENFERMO TERMINAL

Rafael Cepa

07/03/2014

*Para todos los médicos que sienten
verdadero interés por aliviar el dolor y el
sufrimiento
de los enfermos,
ya que en ellos pervive
el auténtico espíritu de la Medicina*

Rafael Cepa Nogué

INDICE

| | |
|--|-------|
| 1- Principios importantes en Cuidados Paliativos..... | Pg 1 |
| 2- Control de síntomas más comunes..... | Pg 4 |
| 3- Los fármacos más utilizados..... | Pg 7 |
| 4- Uso racional de los opiáceos..... | Pg 9 |
| 5- Tablas de equivalencia de opioides..... | Pg 11 |
| 6- Las dosis de tanteo o de titulación previas a una perfusión | Pg 12 |
| 7- Perfusión sintomática. Profundidad de la sedación..... | Pg 13 |
| 8- Cómo empezar con una perfusión sintomática..... | Pg 15 |
| 9- Escalas de sedación y de sedoanalgesia..... | Pg 16 |
| 10- Alimentación e hidratación..... | Pg 17 |
| 11- Conclusiones..... | Pg 18 |

De nuestra incapacidad para dejar tranquilos a los que están bien,
del celo en demasía por lo novedoso,
de anteponer la ciencia al sentido común,
de volver el tratamiento de la enfermedad peor que la evolución de la misma

¡LÍBRANOS, SEÑOR DIOS!

Sir Robert Hutchison (1871-1960)

1- PRINCIPIOS IMPORTANTES EN CUIDADOS PALIATIVOS

1. Conciencia:

- Para poder tratar adecuadamente a un enfermo en los últimos días de su vida, sin duda es necesario antes que nada **ser conscientes de su situación terminal**. Desafortunadamente, esto no es sencillo con la educación recibida en una sociedad que no acepta la enfermedad, el envejecimiento ni la muerte y en una carrera universitaria en la que tampoco se contempla ni se enseña nada del tema, sino más bien lo contrario. Por ejemplo, una situación que puede llevarnos a engaño es cuando un paciente terminal tiene sus facultades mentales conservadas. Esto puede hacer que no reconozcamos la realidad de la situación y caigamos en la obstinación terapéutica o no lo tratemos adecuadamente.
- Si no **somos conscientes de nuestros miedos** más profundos respecto a la muerte, a la incapacidad para evitarla (si no podemos evitar la muerte del paciente, tampoco la nuestra), al fracaso profesional, a la posibilidad de reclamaciones, etc, tampoco podremos darnos cuenta a tiempo de la situación del enfermo debido a nuestros bloqueos. Por eso es muy necesario tener aceptablemente claros los siguientes conceptos: quién o qué creo que soy yo, cuál es el concepto de mi mismo o “yo idea”, cuál es el “yo ideal” o personaje que muestro y defiendo a diario ante lo que considero amenazas, cómo creo que me ven los demás y qué esperan de mi. A ésto, tenemos que añadir los miedos originales con los que nacemos (ruido y altura), todos los innumerables miedos acumulados hasta el día de hoy y cómo los contrarresto. Es fácil hablar de muerte y enfermedad cuando se está a un lado de la mesa, pero todo cambia cuando se invierte el papel.
- Del mismo modo, tenemos que **ser conscientes de nuestras incapacidades**: respecto a la falta de experiencia médica y a las tan claramente descritas al principio de esta página por Sir Richard Hutchinson.

2. **No hemos venido a redimir ni salvar del dolor o sufrimiento a nadie.** Simplemente tenemos que ayudar a controlar sus síntomas (si nos dejan). Para eso, debemos ser muy conscientes de nuestro propio umbral de dolor y sufrimiento y nuestra concepción del tema, para no extrapolarlo al enfermo sin darnos cuenta. Cada paciente requiere lo suyo, no lo nuestro.

3. **Todos los tratamientos son cuestionables y tienen consecuencias:** Ante cualquier enfermedad por simple que sea, hay que tomar decisiones si queremos intentar mejorar la situación del enfermo y frente a situaciones extremas se requieren medidas proporcionales. Estas decisiones tendrán forzosamente unas repercusiones que **todos** debemos asumir. Por ejemplo, a un enfermo terminal que está haciendo un balance hídrico positivo y no responde a diuréticos, si le retiramos los sueros se deshidratará, pero si

los mantenemos se producirá edema pulmonar y anasarca o deberemos enfrentarnos a decisiones más duras aún en casos como hemorragia incoercible o disnea extrema.

4. **El enfermo y su familia constituyen una unidad funcional.** Y como tal, a esa unidad tenemos que enfocar todo el tratamiento. Nunca se ha de pasar por encima de la voluntad de la familia, salvo que vaya contra la buena praxis médica o haya un **registro previo de voluntades anticipadas** que tenemos la obligación de saber si existe y consultarlo. Debemos procurar, con paciencia y sin presiones, que acepten la situación y entiendan la postura terapéutica que nosotros consideramos más adecuada, evitando la obstinación terapéutica y basando el tratamiento en el control de síntomas y en el confort del enfermo.
5. **Empatía sí, pero manteniendo una adecuada distancia terapéutica.** Si hacemos nuestros sus miedos, ansiedades y preocupaciones, difícilmente podremos ayudar a quienes necesitan un puntal firme en el que confiar y sostenerse (además, esto garantiza que podamos continuar desarrollando nuestra labor sin “desgastes sustanciales”). Tengamos bien presente que llegados a este punto de evolución de la enfermedad, habitualmente ni el enfermo ni la familia creen en la medicina, por lo que el médico de cabecera y/o paliativos son el último recurso del sistema sanitario. No podemos permitirnos mentir ni dudar si queremos mantener su confianza. Permitamos, con mano izquierda, que ellos mismos se respondan a preguntas como “¿me voy a morir?,” “¿se puede controlar?,” etc. Si no tenemos respuestas, reconozcámoslo y si el nivel de dudas de la familia es alto propongamos incluso hacer la autopsia cuando fallezca (todo esto infunde confianza). Seamos actores y observadores tanto de la dinámica familiar como de nosotros mismos en cada situación y escenario generados. ***Y sobre todo no pongamos nunca plazos a la enfermedad ni a la agonía.***
6. **Nunca hay que ir pensando en la sedación, si no en el control de síntomas:** como estreñimiento, sequedad oral, dolor, disnea, úlceras por presión, ansiedad, agitación, etc. El nivel de conciencia se alterará tarde o temprano como fruto de la propia evolución de la enfermedad, asociado al intento de control de síntomas.
7. **El consentimiento informado escrito no es necesario:** es suficiente hablar con la familia y reseñar día a día en la historia clínica del enfermo la evolución y justificación del tratamiento empleado.
8. **Signos de terminalidad:** hay tres signos y un dato subjetivo, que si concurren al mismo tiempo son indicadores de terminalidad a muy corto plazo:
 - **Respiración constante por la boca** (a pesar de no tener ninguna sintomatología en vías respiratorias), con gran sequedad secundaria y difícilmente controlable con medios físicos.
 - **Agitación nocturna:** al ponerse el sol y hasta el amanecer el enfermo desarrolla un cuadro que va desde la simple ansiedad hasta severo delirio y agitación confusional grave y refractaria a los fármacos. Tal parece que la medicación puesta de noche haga efecto de día, ya que muchas veces con la salida del sol hay una mejoría en los síntomas.
 - **Ven a familiares fallecidos** o a personas por lo habitual vestidas de oscuro o negro, hablan con ellos aunque nosotros nunca podremos entender lo que dicen y ellos no se acordarán luego de nada.
 - **La percepción del médico con experiencia.**

9. **Vía subcutánea y dérmica:** Prácticamente el 80% de los enfermos podrán controlarse sintomáticamente por estas vías (una vez agotada la vía oral y sublingual), pero el 20% no se controlará bien y el 5% de ellos precisará incluso propofol. Es importante detectar a tiempo a estos enfermos y evacuarlos. Dado que en las últimas horas previo al fallecimiento se acostumbra a producir gran hipoperfusión, y con ello es impredecible la absorción subcutánea, sería ideal en esos momentos pasar el tratamiento a vía venosa haciendo los correspondientes ajustes de dosis (técnica de vía subcutánea en página 13).

10. **Los famosos y temidos síntomas refractarios** muchas veces no son otra cosa que fruto del miedo del facultativo a emplear dosis elevadas o muy elevadas de fármacos. Por ejemplo, la morfina no tiene techo, por lo que ante un cuadro de dolor o disnea severísimas en un enfermo terminal, hay que poner la dosis necesaria IV hasta controlar el cuadro o producir sedación con ella y posteriormente para mantenimiento ajustar una perfusión subcutánea o IV equivalente a lo empleado (ver disnea en página 5). Si un dolor es tan violento que a pesar de poner ingentes cantidades de morfina IV no responde, debemos disminuir la conciencia, pero como por dormir no se va el dolor (salvo en sedación ultraprofunda), obligadamente hemos de emplear un fármaco que produzca sinergia con el opiáceo como el propofol (que es un fenol y por tanto anestésico) o ketamina (también anestésico) y **sin disminuir o quitar el tratamiento previo**. Los debemos utilizar (ver “Dolor - Propofol” pg. 6) hasta conseguir la sedación profunda (en estos casos dada la imposibilidad de tratar en domicilio, se debe remitir al enfermo a una unidad hospitalaria de paliativos). Del mismo modo, deberíamos actuar ante la agitación confusional que no sea reversible con dosis plenas de midazolam y/o levomepromazina (una vez descartado el delirium por opiáceos, u otras causas). **En resumen en vez de refractarios llamémosles difíciles ¡pero nada más!. Sólo el 10% de los enfermos terminales serían, hoy por hoy, incontrolables en domicilio.**

2- CONTROL DE LOS SINTOMAS MÁS COMUNES

Agitación - Disnea – Dolor - Estreñimiento

1. Agitación

- En caso de agitación (no sólo en pacientes terminales), generalmente hay que **huir de la típica asociación “agitación-haloperidol”**, planteándonos el siguiente esquema de actuación:
 1. Siempre, en primer lugar, **descartar una retención urinaria** ya que es muy frecuente en los enfermos terminales (tanto por la medicación como por su postración), por eso es conveniente el sondaje preventivo en función de su evolución:
 - Descartar retención urinaria pura, palpando el hipogastrio.
 - Descartar retención urinaria en paciente que moja pañal: puede estar orinando por rebosamiento, por lo que también hay que palpar hipogastrio.
 - Descartar retención urinaria en paciente sondado: la sonda vesical puede estar obstruida.
 2. Una vez descartada la retención urinaria, administrar un **analgésico**, ya que el enfermo puede estar agitado por dolor.
 3. Si el analgésico es ineficaz, intentar un **diagnóstico diferencial y pensar en la posibilidad de delirium por opiáceos** y mientras tanto:
 - En caso de delirio, si es de día.....haloperidol SC, IV o IM.
 - En caso de delirio, si es de noche....levomepromazina SC o IM (o IV).
 - En caso de ansiedad y agitación, si es de día....clorazepato IV o IM.
 - En caso de ansiedad y agitación, si es de noche...midazolam SC o IM.
 - Si la agitación es fruto de disnea, la morfina solucionará la situación.
 4. Si el delirium por opiáceos es muy probable, cambiar de opioide ajustando la dosis. Si por desgracia hay mezclas opiáceas, unificar a un solo fármaco ajustando las dosis, o mejor elegir un opioide distinto (si es posible) y suspender los anteriores.
 5. Si no se puede controlar la agitación a pesar de altas dosis **ya IV** de midazolam (210 mg/24h) más levomepromazina (300 mg/24h), mi opción (antes de añadir otros fármacos como el fenobarbital) es ir a lo seguro y asociar propofol. Se administra en Y o por otra vía venosa, siguiendo las instrucciones descritas en la pg. 6 para el dolor refractario (se podría intentar asociar también fenobarbital).
 6. ¡Ojo! Si el enfermo está en tratamiento con opiáceos (oral o transdérmico), asegurarse de que haya recibido la dosis oral o que no se le haya despegado o cambiado en su día el parche.

2. Disnea

- **Morfina, tratamiento de elección:** una vez agotados los medios convencionales para el tratamiento de la disnea, la reina indiscutible es la **morfina**. Incluso un 17% de los enfermos EPOC terminales responden muy favorablemente al empleo de morfina.
- Prescribir los **rescates subcutáneos**, tantos como sean necesarios, para controlar crisis disneicas.
- En caso de **disnea severa y terminalidad** y habiéndose demostrado ineficacia de los rescates subcutáneos añadidos a su deseable tratamiento de base con morfina y adyuvantes, administraremos (tras informar a la familia convenientemente de la situación y pronóstico) tanta morfina IV como sea necesaria hasta controlar la sintomatología, o provocar sedación profunda con ella (en mi experiencia he llegado a administrar hasta 80 mg IV en 20 minutos, además de una perfusión de base).
- **Disnea - sedación:** si para el control de disnea grave hemos llegado con las dosis de morfina a un nivel de sedación importante y estimamos que no será reversible, asociaremos además midazolam o levomepromazina a la perfusión de mantenimiento, ya que la morfina al no ser hipnótica no sirve para mantener una correcta sedación y cualquier estímulo intenso puede hacer recuperar nivel de conciencia (el que no sabe sedar, seda con morfina).
- **Interacciones:** en caso de que los enfermos estén en tratamiento con otros opiáceos, retirarlos y hacer la conversión a morfina según la tabla adjunta de equivalencias

3- Dolor

- **AINES:** aunque con altas dosis de AINES pudiéramos mantener un dolor controlado, cuando se prevea mediana o larga supervivencia, sus efectos secundarios a la larga son tales que obligan al uso de opiáceos. **En dolores que no sean viscerales y con gran componente inflamatorio como las metástasis óseas, son junto a los corticoides, más eficaces que los opiáceos**, volviéndose éstos prácticamente coadyuvantes.
- **Opiáceos:** si no es posible el control del dolor una vez instaurado un tratamiento analgésico opiáceo correctamente (ver uso racional de los opiáceos en página 9) con sus coadyuvantes (como puedan ser los disminuidores del umbral del dolor, ansiolíticos, antidepressivos, medicación de **rescate con el mismo opiáceo**), deberemos pasar a la vía subcutánea o venosa. Al pasar a la vía iv tenemos que convertir el opiáceo de base utilizado a morfina IV o a oxycodona IV (si el dolor es neuropático), de acuerdo con las tablas de conversión, poniendo la que haga falta y sin miedo hasta controlar la clínica, ya que estos dos opiáceos no tienen techo terapéutico.
- **Rescates:** una vez controlado un enfermo, en caso de **dolor irruptivo** poner como rescate IV directo entre el 10-15% de la dosis total del opiáceo usado en la perfusión. Es decir, para una perfusión con 200 mg de morfina o de oxycodona pondríamos 20 mg IV directos de los mismos (si la perfusión fuera subcutánea hacer lo mismo pero por vía subcutánea).

- **Auténtico dolor refractario a opiáceos:** se supone que estamos ante un dolor refractario en el que se ha descartado la utilización de técnicas invasivas resolutivas. En caso de necesitar grandes cantidades de opiáceos (en mi experiencia hasta un ritmo equivalente a 5 gr/24h de morfina ó 900 mg/24h de oxycodona) y no controlar el dolor, es necesario disminuir el nivel de conciencia pero no es recomendable hacerlo mediante midazolam o levomepromazina, puesto que no tienen efecto analgésico ni hacen sinergia con los opiáceos, a lo sumo disminuyen el umbral de dolor. Usando solamente sedantes, nos garantizarían la analgesia si consiguiéramos un rango de sedación ultra-profunda: BIS inferior a 40 (ver en pg. 13 “Valoración de la profundidad de una sedación”), difícil de conseguir con suficiente prontitud sin provocar el fallecimiento del enfermo. Considero que lo más adecuado es remitir el paciente a la unidad hospitalaria de paliativos para **asociar un anestésico** y así garantizar realmente la analgesia. Opciones:
 - **Propofol al 1%:** compuesto fenólico, que se utiliza en anestesia básicamente como hipnótico (las dosis sedantes de Propofol son del 20% al 50% de las requeridas para anestesiarse). No se conoce claramente su mecanismo de acción. Además de su efecto hipnótico y anestésico (hace sinergia con los opiáceos), disminuye el índice metabólico cerebral de oxígeno, el flujo cerebral, las presiones intracraneales e intraoculares, la presión arterial y posee acción antiemética importante.
Se administra asociándolo en Y a la perfusión de base (nunca reducirla), empezando con 5 ml/h (50 mg/h), subiendo de 50 en 50 mg/h hasta conseguir y mantener sedación con BIS 30-50. En mi experiencia, he llegado hasta 450 mg/h asociado a la perfusión de base.
 - **Ketamina:** otra opción sería asociar Ketamina en vez de propofol, pero yo no lo he hecho ya que la Ketamina falsea el Índice Biespectral (BIS). La Ketamina puede ser útil y a mi entender está infrutilizada en paliativos para controlar el dolor irruptivo intra-hospitalariamente, por lo que es un campo prometedor y abierto al estudio.

4- Estreñimiento

Suministrar en asociación y dosis plenas los laxantes necesarios para garantizar la correcta o suficiente evacuación y enemas de limpieza si es necesario, ya que el estreñimiento magnifica cualquier síntoma.

3- LOS FÁRMACOS MÁS UTILIZADOS

- **Mórficos:** (ver uso racional de los opiáceos en la página 9).
- **Midazolam:** excelente anticonvulsivante e hipnótico de elección en paliativos. Como toda benzodiazepina además es ansiolítico y miorelajante.
 - Se puede poner por cualquier vía, subcutánea, rectal, intranasal e intravenosa y es ideal para rescates en caso de insomnio, agitación o convulsión.
 - Dosis de 7,5 a 210 mg en perfusión /24h.
 - Rescates de 5 a 10 mg subcutáneos o en infusión rápida vigilada. Puede ser recomendable poner una dosis de rescate como inicio junto con la perfusión.
 - Tiene techo y éste ocurre tras saturar el sistema GABA (entre 180-200 mg/24h).
- **Haloperidol:** neuroléptico, antihistamínico, antiemético y para hipo pertinaz. De elección en la emesis producida por obstrucción intestinal y en caso de delirio diurno o en el que todavía no deseamos disminuir la conciencia.
 - Dosis de 2,5 a 100 mg/24h.
 - Rescates de 2,5 a 5 mg SC, IM o IV. Es recomendable poner una dosis de rescate como inicio junto con la perfusión.
- **Levomepromazina/clorpromazina:** neuroléptico, hipnótico, antihistamínico, antiemético y para hipo pertinaz. De elección en recates para delirio nocturno, o en perfusión si buscamos la sedación profunda del enfermo.
 - Dosis de 12,5 a 300 mg/24h en perfusión.
 - Rescates de 12,5 a 25 mg SC, IM o IV (teóricamente no debería ponerse IV).
- **AINES y dexametasona:** muy necesarios en caso de fiebre tumoral, metástasis óseas y cerebrales (además de su efecto sobre el estado ánimo y el apetito en el caso de los corticoides). Pueden enmascarar la fiebre, así que en caso de aparición *de novo* de febrícula o fiebre y si el paciente no está en situación de terminalidad extrema, hay que pensar que se trata de una infección hasta que se demuestre lo contrario y actuar en consecuencia.
 - Hay que conocer las distintas equivalencias entre corticoides y las diferentes capacidades entre los AINES en cuanto a su efecto antiinflamatorio, antitérmico y analgésico.
 - Los AINES son muy útiles en la perfusión de 24h y aparte dejar rescate con otro AINE distinto si fiebre (no se puede usar metamizol SC).
 - Los corticoides no pueden ponerse en una perfusión con morfina, pero sí son compatibles con la oxidona.
- **Inhibidores de la bomba de protones:** utilizar siempre y en doble dosis si estamos usando grandes cantidades de corticoides y AINES.
- **Butilescopolamina:** antisecretor, antiemético y espasmolítico. Usado básicamente para prevenir la síntesis de moco en el árbol respiratorio, pero nada desdeñables sus demás propiedades. Uso normal por vía S/C, IM o IV, de 60 a 80 mg/24h. Es recomendable poner una dosis de inicio a modo de rescate junto con la perfusión.

- **Furosemida:** muy útil mientras esté conservada la función renal, para evitar secreciones y disminuir edemas. A la dosis que requiera.
- **Heparina:** Excepto en situación de agonía o sangrado de algún tipo, hay trabajos que avalan el uso de la heparina para evitar los microembolismos (fáciles de producir en enfermos terminales oncológicos) y no empeorar más aún su frágil situación.
- **Transfusiones sanguíneas:** puede que en determinados casos sea necesario por razones de todo tipo (sobre todo emocionales por parte de la familia y a veces por el propio enfermo que la demanda) poner la última de ellas y hacérselo comprender.
- **Quimioterapia:** a mi entender no debería entrar en proceso asistencial de cuidados paliativos ningún enfermo en tratamiento quimioterápico ya que genera confusión a los familiares en cuanto a su verdadera situación clínica.
- **Hemodiálisis:** igual que para la quimioterapia.
- **Enemas y demás fármacos:** a criterio según sentido común.

Fármacos innecesarios: se recomienda que en situación de agonía se retire (excepto los opiáceos) todo fármaco innecesario, pero teniendo en cuenta que esta situación puede mantenerse varios días, hay que analizar muy cuidadosamente las repercusiones no sólo sobre el control sintomático si no en la propia familia antes de retirar nada (otra vez la experiencia y el sentido común han de entrar en juego).

4. USO RACIONAL DE LOS OPIÁCEOS

- **Morfina:** agonista μ fuerte y k débil. Fármaco de elección en caso de pacientes con componente respiratorio actual o previsible, o EPOC terminal, ya que es muy superior a los demás opioides en este terreno. Recordemos que en EPOC terminal, está demostrado que por lo menos un 17% de ellos mejora sustancialmente con el uso de morfina.
 - La morfina no tiene techo terapéutico, por lo que no hay límites de dosis.
 - La empezaremos a usar en fórmulas de absorción inmediata cada 4 horas y se irá subiendo la dosis diariamente un 25-50% hasta que se controlen los síntomas. En dos o tres días pasaremos a las fórmulas de liberación retardada y pautando rescates en solución oral (mantener en boca antes de tragar), comprimidos de liberación rápida o inyectable subcutáneo.
 - Más de 3 rescates al día nos indica la necesidad de subir la dosis diaria total un 25-50%.
 - Para pasar de vía oral a vía SC, dividir la dosis oral por 2.
 - Para pasar de vía SC a vía iv, dividir la dosis SC por 2.
 - ***¡Siempre rescatar con morfina cuando el paciente esté en tratamiento con morfina!*** con dosis entre el 10-15% de la total diaria.
- **Fentanilo TTS:** agonista μ fuerte. Administrar cuando el enfermo tenga problemas en la vía digestiva o sean previsibles, o bien en casos de mala tolerancia oral a otros opiáceos. No es aconsejable si hay edemas generalizados, enfermedades dérmicas extensas o nivel intelectual que no garantice el cumplimiento.
 - Al igual que la morfina no tiene techo terapéutico.
 - Empezar con medio o un parche de 25 mcg/72h (o su equivalencia si ya estaba con otros opiáceos).
 - Hay enfermos que no mantienen niveles analgésicos durante las 72 horas que teóricamente dura el parche. Debemos tenerlo presente, por si precisa el cambio cada 48 horas.
 - ***¡Siempre rescatar con fentanilo cuando el paciente esté en tratamiento con fentanilo!*** (ya sea sublingual, transmucosa o nasal). No existe correlación entre la dosis total y la necesaria para el rescate (es muy variable).
 - En caso de agitación, empeoramiento sintomático o gran nerviosismo, asegurarse de que no se hayan olvidado de cambiar el parche o se le haya desprendido inadvertidamente.
- **Oxicodona:** agonista μ fuerte, k débil y δ débil. De elección cuando tengamos un claro componente **neuropático** y la vía digestiva esté operativa.
 - Tampoco tiene techo terapéutico.
 - Si se va a empezar un tratamiento con oxicodona, es aconsejable durante los primeros días seguir la misma pauta que he explicado con la morfina. Una vez estabilizado pasar a la fórmula retardada asociada a naloxona para minimizar el estreñimiento (no superar los 40-60 mg/día de naloxona y si hay que subir dosis usar oxicodona simple o retardada).
 - ***¡Siempre rescatar con oxicodona cuando el paciente esté en tratamiento con oxicodona!*** ya sea en solución oral (manteniéndola un buen rato en la boca antes de tragar) o en inyección subcutánea (dosis 10 al 15% de la total diaria).

- **Tapentadol:** aunque por su doble mecanismo de acción (agonista μ fuerte e inhibidor de la recaptación de noradrenalina) en el futuro quizá pueda ser el opiáceo de elección para empezar un tratamiento opiáceo, en la actualidad su uso debería restringirse a enfermos con gran intolerancia a los demás mórnicos, ya que además de pocas ventajas, tiene techo y no se puede rescatar con la misma sustancia en caso de dolor irruptivo.
- **Metadona:** agonista μ fuerte. Un gran fármaco, pero en nuestro país está prácticamente reducido su uso a tratamientos de desintoxicación de heroinómanos y en algunos casos en rotaciones opioides. Deberíamos usarlo mucho más. No tiene techo terapéutico.
- **Codeína y dihidrocodeína:** profármacos que se transforman en morfina. Mucha dosis y mucho “secundarismo” para controlar dolores intensos, por lo que para mí es poco operativo en enfermos paliativos avanzados.
- **Tramadol:** buen fármaco previo a opiáceos fuertes y casi siempre en asociación con AINES y fármacos coadyuvantes. Tiene el mismo mecanismo de acción del tapentadol pero agonista μ débil. Tiene techo (300-400 mg/24h). Para evitar las náuseas y mareo que acostumbra a producir, empezar con 25 mg/8h (10 gotas o dos pulsaciones del frasco) y subir dosis cada 2 días hasta controlar o llegar al techo. Otra opción sería empezar con comprimidos retard de 50 mg.
- **Buprenorfina:** agonista parcial μ , antagonista moderado k . Personalmente no me gusta su uso, puesto que produce muchas náuseas, tiene techo terapéutico y es un opiáceo como los demás, aunque en España no precise receta de mórnicos.
- **Hidromorfona:** agonista μ fuerte. Gran vida media, uso nocturno preferentemente. Quizá apropiado para dolores crónicos no oncológicos. No hay rescates con ella misma. No tiene techo.

INTERACCIONES ENTRE OPIÁCEOS: en caso de que los enfermos estén en tratamiento con más de un opiáceo, retirarlos y hacer la conversión a sólo uno de ellos según la tabla adjunta de equivalencias. Parece una estrategia adecuada la combinación y asociación concomitante de más de un opiáceo, sin embargo, la práctica clínica demuestra repetidamente que las mezclas, sobre todo cuando son a dosis moderadas o altas, ocasionan interacciones, tanto por mal control de síntomas como por el desarrollo de alteraciones del nivel de conciencia. Quizá entre otras razones porque la inmensa mayoría de estudios sobre receptores opiáceos han sido hechos en ratas o ratones y debe extrapolarse con precaución al ser humano. ¿Qué sentido tiene asociar fármacos que actúan sobre los mismos receptores si además estos fármacos no tienen techo terapéutico?

LAS 4 RAZONES FUNDAMENTALES PARA NO HACER ASOCIACIONES OPIOIDES

- Los opiáceos que usamos habitualmente no tienen techo.
- Los opiáceos que usamos habitualmente se pueden rescatar con el mismo opiáceo.
- Las mezclas de opiáceos ocasionan interacciones, tanto en el control de síntomas como en el desarrollo de alteraciones del nivel de conciencia. No hay ningún trabajo amplio y con mínimo rigor científico que avale las mezclas de distintos opiáceos.
- En caso de delirium o efectos indeseables, si el enfermo está recibiendo 2 ó 3 opiáceos, tendríamos que acudir a un tercer o cuarto opiáceo por no saber cual es el responsable del cuadro.

7. TABLAS DE EQUIVALENCIA DE OPIOIDES

| | | | | |
|---------------------------|--------------|------------|------------|------------|
| MORFINA ORAL | 30-60 mg/día | 90 mg/día | 120 mg/día | 240 mg/día |
| MORFINA PARENTERAL | 10-20 mg/día | 30 mg/día | 40 mg/día | 80 mg/día |
| FENTANILO TTS | 25µg/h | 25-50 µg/h | 50 µg/h | 100 µg/h |
| BUPRENORFINA TDS | 35 µg/h | 52.5 µg/h | 70 µg/h | 2x70 µg/h |

- **OXICODONA:** por vía parenteral mantiene relación 1 a 1 con la morfina.
por vía oral se absorbe más fácilmente y teóricamente es 1 a 2 con la morfina.
- **TAPENTADOL:** 100 mg de tapentadol oral equivalen a 40 mg de morfina oral.
- **HIDROMORFONA:** tiene una relación 1 a 5 respecto a la morfina.
- **CODEINA Y DIHIDROCODEINA:** tienen una relación 10-12 a 1 respecto a la morfina.
- **TRAMADOL:** parece que al igual que la codeína, tiene una relación 10 a 1 respecto a morfina.
- **METADONA:** grandes variaciones según autores. De 1 a 10 ó a 20 respecto a la morfina.

EQUIVALENCIAS SEGÚN VÍA DE ADMINISTRACIÓN

Es muy importante recordar que para pasar de oral a SC hay que reducir a la mitad la dosis y de SC a IV también hay que hacer lo mismo. Del mismo modo a la inversa en caso de pasar de IV a SC o de SC a oral o sea doblando dosis.

(De todas formas, todo esto es orientativo y puede haber grandes cambios individuales).

6- LAS DOSIS DE TANTEO O DE TITULACIÓN PREVIAS A UNA PERFUSIÓN

Si por incapacidad para mantener la vía oral o por necesidad clínica ante disnea, dolor o incluso agitación, hemos decidido poner una perfusión (ya sea SC o IV), tendremos que transformar las dosis orales de opiáceos de acuerdo con las tablas de conversión y añadir también a esta perfusión el resto de medicación que se considere necesaria.

- Si el enfermo no ha recibido nunca opiáceos, habrá que poner una dosis subcutánea (p. ej., 5 mg de morfina) y valorar los efectos. Según la eficacia se puede repetir la dosis o ya ajustarla a una perfusión de 24 h. Dado que el efecto de la morfina dura 4 horas, multiplicaremos x 6 la dosis de tanteo para la perfusión de 24 h subcutánea ó x 3 en caso de que sea perfusión IV.
- De forma parecida se puede hacer con el midazolam subcutáneo, dosis de tanteo con 5 o 7,5 mg subcutáneos y ver respuesta pero luego multiplicar x 4 para la perfusión subcutánea (puesto que el efecto del midazolam dura de 2 a 6 horas). El efecto IV es impredecible (quizá x 2 la dosis de tanteo en la perfusión de 24h).
- Respecto al haloperidol o levomepromazina probar con media ampolla subcutánea y al pasar a la perfusión de 24h multiplicar por 3 ya que el efecto acostumbra a ser de 8 o más horas. El efecto IV acostumbra a ser x 2 en perfusión de 24h.
- Como siempre, hay que dejar pautadas dosis de rescate para dolor, disnea y para agitación o insomnio ya que además nos servirán de referencia para preparar la próxima perfusión que necesite el enfermo. Hay que tener muy en cuenta que el tratamiento que funciona durante el día es muy normal que se quede corto por la noche.

7- PERFUSIÓN SINTOMÁTICA

- Cuando nos encontremos ante un enfermo terminal, no lo abordaremos con el ánimo de sedarlo. La sedación es por lo general, un **proceso**. Como **consecuencia** de intentar controlar la sintomatología, con frecuencia se acabará disminuyendo el nivel de conciencia como efecto secundario.
- **Perfusión sintomática ≠ sedación:** no considero adecuado el término “*sedación*”. Desde mi experiencia, prefiero hablar de perfusión sintomática. **La perfusión sintomática es un traje a la medida de cada enfermo**, en función de la clínica que presente y vaya instaurándose en el tiempo. Siempre hay que procurar que sea **progresiva y proporcional**, si no queremos ser los primeros en creer que el enfermo ha fallecido como consecuencia del tratamiento. Hay que saber distinguir entre ansiedad, delirio, delirio por opiáceos, agitación confusional, tipos de insomnio, etc, para prescribir lo más apropiado.
- La **vía de administración ideal** para la perfusión es la vía iv, ya que no se ve afectada por hipoperfusiones o edemas y la administración es segura, rápida y se necesita menos medicación para conseguir el mismo efecto. Lo normal es perfundir 500 ml de suero en 24 horas, con la medicación necesaria para el control de síntomas. Si no es posible esta vía hay que recurrir a la vía subcutánea.
- **La confección del traje no se puede protocolizar:** cada enfermo tiene sintomatologías, edad y características diferentes (por ejemplo, etilismo, demencia, hepatopatía, etc.) que ocasionan una respuesta muy diferente ante las mismas dosis utilizadas. En función de todo ello y del tratamiento previo que haga, se preparará la perfusión.
- **Técnica subcutánea:** para minimizar en lo posible los edemas locales, lo mejor es usar glucosa al 5%, mediante una mariposa (palomita) del 23 en región pectoral y en sentido descendente (se puede poner en abdomen, muslo e incluso en hombro). En la zona pectoral se dice que admite hasta 1,5 l/24h, pero esto es muy teórico y depende mucho de la situación clínica del enfermo. En cualquier caso lo habitual es una perfusión de 500 cc en /24h y para ello se ajusta a un ritmo de 7 gotas por minuto. Hay que tener en cuenta que no podrá contener diazepam ni metamizol, ya que por su solubilidad producen gran irritación local. En caso de pasar la perfusión a vía venosa hay que reducir a la mitad la dosis del opiáceo empleado, a la tercera o cuarta parte el midazolam y la levomepromazina y siempre dejar prescritos rescates SC para el dolor, ansiedad, fiebre e insomnio. Según evolución clínica ir ajustando las dosis de los distintos fármacos.

PROFUNDIDAD DE LA SEDACIÓN

La SECPAL recomienda usar la escala de Ramsay modificada (a la escala de Ramsay se añade “*provocar dolor moderado*” en el nivel 5 y 6) por lo que se convierte en escala de “*sedo-analgesia*”. Cuidado: **no confundir sedación con analgesia adecuada**, ya que por estar dormido no se quita el dolor, salvo que la sedación sea muy profunda. Además, si se produce un estímulo intenso sube el nivel de conciencia aunque no lo percibamos en la escala de Ramsay. Sí lo percibiríamos mediante monitorización del Índice Biespectral (BIS), de la entropía cerebral o similares. El **BIS** (Índice Biespectral) es el método objetivo de control de profundidad de sedación, utilizado más habitualmente en anestesia para fundamentalmente evitar el despertar intraoperatorio o en unidades de cuidados intensivos, sobre todo para no sedar más de la cuenta y que el destete del

respirador sea más fácil. El BIS, (mediante interpretación por software del EEG obtenido por dos electrodos fronto-parietales), mide de 0 a 100, siendo:

- 90-100 el registro de una persona despierta.
 - Inferior a 90 y hasta bajar a 60 es sedación progresiva.
 - Inferior a 60 ya entramos en rango de amnesia o sedación profunda.
 - Inferior a 40 es sedación ultraprofunda, hasta llegar a 0 o ausencia de actividad cerebral (el BIS está validado para medir sedación pero no muerte cerebral, ya que sólo usa 2 electrodos a nivel de córtex o 4 en caso de medición bihemisférica).
- Si no disponemos de un método objetivo de valoración (que es lo habitual incluso en hospitales), debemos ir más allá del Ramsay 6 modificado fijándonos en signos como movimiento ocular, sudoración sin fiebre, taquicardia no justificada, alteraciones en el patrón respiratorio e incluso elevación de presión arterial (este último criterio es difícil de valorar ya que un enfermo terminal acostumbra a tener hipotensión).

8- CÓMO COMENZAR CON UNA PERFUSIÓN SINTOMÁTICA

- **Pacientes en tratamiento con opiáceos:** los opiáceos se pasarán todos a morfina (o a oxicodona) para el control de la analgesia o disnea. Se añadirán los demás fármacos en función del resto de sintomatología (neurolépticos, benzodiazepinas, antiseoretos, etc).
- **Si no han recibido previamente opiáceos o midazolam:** utilizamos las dosis de tanteo antes descritas.
- **Ajuste de la sueroterapia:** lo más normal es dejar solamente la perfusión sintomática.
- **Casos hiperagudos:** como son entre otros las **hemorragias incoercibles** y **disnea con hambre de aire y sensación de muerte** (ambas con un buen nivel de conciencia y con diagnóstico ineludible de terminalidad). Tras informar a la familia de la muerte inminente del paciente y preferir ésta que sea de forma inconsciente, nos plantearíamos:
 - En hemorragia imparable, yo abogo por administrar midazolam IV directo hasta conseguir la sedación profunda y a continuación la perfusión necesaria para mantenerla (al menos 45 mg/24 h si el enfermo no es alcohólico). Se podría usar también propofol.
 - En disnea severísima, administraría morfina IV directa en bolos sucesivos separados por muy pocos minutos, hasta conseguir el control de la disnea o la sedación profunda. Pasaría luego a una perfusión con la proporción de morfina de acuerdo con la utilizada y asociando midazolam o levomepromazina (hay que recordar que la morfina no es hipnótica y cualquier estímulo es capaz de subir el nivel de conciencia aunque no lo percibamos frecuentemente en la escala de Ramsay).
 - Hay que tener muy claro que **no se pueden tratar satisfactoriamente estos cuadros tan agudos por vía subcutánea.**

¡Atención!: es muy importante que no aumentemos nunca el ritmo de una perfusión, ya que se aumenta a la vez la cantidad de todos los componentes de la misma.

Añadir a la perfusión la sustancia que necesitemos para controlar la sintomatología y administrar al mismo tiempo un rescate IV o SC para que su efecto sea más rápido.

9- ESCALAS DE SEDACION Y SEDOANALGESIA

ESCALA DE SEDACIÓN DE RAMSAY (BMJ 1974:2(920):656-659)

Despierto

- I. Con ansiedad y agitación o inquieto.
- II. Cooperador, orientado y tranquilo.
- III. Somnoliento. Responde a estímulos verbales normales.

Dormido

- IV. Respuesta rápida a ruidos fuertes o percusión leve en el entrecejo.
- V. Respuesta perezosa a ruidos fuertes o a la percusión leve en el entrecejo.
- VI. Ausencia de respuesta a ruidos fuertes o a la percusión leve en el entrecejo.

RASS (RICHMOND AGITATION SEDATION SCALE)

- +4 Combativo:** combativo, violento, peligro inmediato para el grupo.
- +3 Muy agitado:** se tira de los tubos o catéteres; agresivo.
- +2 Agitado:** movimientos frecuentes y sin propósito, lucha con el respirador.
- +1 Inquieto:** ansioso, pero sin movimientos agresivos o vigorosos.
- 0 Alerta y calmado**
- 1 Somnoliento:** no está plenamente alerta, pero se mantiene despierto (apertura y contacto ocular) a la llamada verbal (≥ 10 sg).
- 2 Sedación leve:** despierta brevemente a la llamada verbal con apertura ocular.
- 3 Sedación moderada:** movimientos a la llamada.
- 4 Sedación profunda:** no responde a la voz pero se mueve o abre los ojos al estímulo físico.
- 5 No estimulable**

ESCALA DE SEDACIÓN DE RAMSAY MODIFICADA (sedo-analgesia). Recomendada por la SECPAL.

- I. Paciente despierto, ansioso, agitado o inquieto.
- II. Paciente despierto, cooperador, orientado y tranquilo.
- III. Paciente dormido con respuesta a órdenes.
- IV. Paciente dormido con respuestas breves a la luz y el sonido.
- V. Paciente dormido, responde sólo al dolor.
- VI. Paciente que no responde a ningún estímulo (luz sonido o dolor).

Existen más escalas de medición además de las descritas y si hay tantas escalas y variantes (por ejemplo en español hay más de 12 variaciones respecto a la escala de Ramsay) es porque son subjetivas y por lo tanto fallan frecuentemente.

¡Hay que usar métodos objetivos como el BIS o parecidos para medir el nivel de conciencia, al menos intra-hospitalariamente!

10. ALIMENTACION E HIDRATACIÓN

Ambos puntos son un **tema controvertido** en Cuidados Paliativos ya que si se considera un tratamiento, se someten a las mismas consideraciones que las de cualquier fármaco, pero si se considera dentro de los cuidados básicos, sería irrenunciable su retirada. Ahí luchan las distintas concepciones religiosas, filosóficas y científicas y cada uno intenta barrer para su lado, pensando que están en posesión de la verdad.

Particularmente considero la **alimentación** como un **tratamiento**. Ya sea por vía enteral o parenteral, si el enfermo está consciente, sólo debemos retirarla en caso de intolerancia manifiesta o por razones que el paciente pueda comprender. Si está ya inconsciente hay que hacer entender a la familia que su muerte no tiene que ver con la retirada de la alimentación o del suero.

Puede llegar a ocurrir, en raras ocasiones, que a petición del propio enfermo o de algún familiar (y a pesar de nuestras profusas y reiteradas explicaciones), sea preferible para evitar traumas poner alimentación por SNG. En estos casos, se ponen dosis mínimas y se retira al menor síntoma de intolerancia, haciéndoselo ver a todos.

En cuanto a la **hidratación**, la perfusión sintomática que administramos (SC o IV) y los fármacos coadyuvantes que podemos utilizar, aseguran un aporte más que suficiente para la situación que está sufriendo el enfermo.

11. CONCLUSIONES

En resumen, podemos afirmar que no debería haber diferencias entre el tratamiento domiciliario y el hospitalario de un enfermo terminal (excepto en el caso de los enfermos difíciles por precisar grandes cantidades de fármacos, incluso anestésicos, por vía venosa). Lo que pasa a veces es que el factor psicológico induce a creer que en el hospital se puede hacer más y mejor, dando lugar a que el enfermo o la familia pidan el traslado por mucho que nos hayamos volcado con ellos. Otras veces el traslado es necesario por falta de apoyo sociofamiliar.

El tratamiento de cualquier enfermo debe estar en equilibrio entre las medidas enfocadas a la curación y las dirigidas a evitar el sufrimiento. No busquemos protocolos ni normas, **seamos clínicos y apliquemos a cada paciente lo que necesita**. A medida que el paciente mejora o empeora, el platillo de la balanza debe inclinarse progresivamente a uno u otro lado (curación-paliación) y actuar en consecuencia.

Ya que somos el último sostén tanto para la familia como para el enfermo, no podemos transmitir dudas. El 80% del lenguaje no es oral y si no somos sinceros en nuestra comunicación, perderán la confianza en nosotros en el peor de los momentos.

Tenemos que ser *“astutos”* y *capaces* ante el enfermo, dejar que él mismo se conteste lo que quiere oír. Y respecto a la familia, hay que informarles y hacerles sentir que lo que estamos haciendo entre todos, es lo mejor.

Si somos valientes y poseemos los conocimientos apropiados, podremos controlar satisfactoriamente la sintomatología del 80% de nuestros enfermos y del 100% en el ámbito hospitalario adecuado.

“Valientes”, porque en nuestra formación no se contemplan las dosis de fármacos que luego tenemos que usar en la realidad y no se nos prepara para afrontar la muerte ni el fracaso.

Una retirada a tiempo es una victoria: aprendamos a distinguir la línea que separa la vida de la muerte y la línea que separa la obstinación terapéutica de los Cuidados Paliativos.

Y sobre todo, si podéis, no hagáis este trabajo en solitario. Los Cuidados Paliativos particularmente a nivel hospitalario (donde se acumulan gran cantidad de pacientes) **deben realizarse en equipo**, para que al repartirse las cargas disminuyan el desgaste y el burnout.

SEMBRAR DE FLORES

Hoy en día en España, se puede decir que fundamentalmente hay tres tipos de unidades hospitalarias de cuidados paliativos: las que son básicamente de agudos, de crónicos y mixtas. La del HUVN de Granada, al principio era mixta, para con el paso de los años acabar siendo fundamentalmente una unidad de agudos y de últimos días, con una estancia media entre 3 y 6 días.

Desde el 1 de noviembre del 1996 en que empecé voluntariamente a encargarme de la hospitalización de cuidados paliativos en el HUVN de Granada, hasta el 18 de octubre del 2013 (en que también de forma voluntaria la dejé) atendí a 4088 enfermos de los que fallecieron 3274 y tuve el privilegio de monitorizar con BIS los últimos 325. Los enfermos y sus familiares me han enseñado mucho más de lo que se pueda desprender al leer estas páginas, por lo que les estaré siempre profundamente agradecido.

Del mismo modo que intentamos sembrar de flores el camino de nuestros enfermos terminales, confiemos que alguien algún día y a pesar de las circunstancias que en ese momento pudiera haber, siembre el nuestro.

A modo de colofón y como diría William Wordsworth, *“aunque ya nada puede devolver el esplendor a la hierba ni la fragancia a las flores, no debemos afligirnos porque la belleza persiste en el recuerdo”*. Y como dicen otros, **la muerte no existe, es un cambio de mundos**, el cuerpo vuelve a la Madre Tierra y el Ser de Luz que habita en nosotros cambia de dimensión o de mundo.

PD: el futuro transforma muchas veces en barbaridades los tratamientos médicos y soy consciente de no estar en posesión de la verdad. Con la aportación de cada uno de nosotros, podremos seguir mejorando y poco a poco reavivar en todos los médicos (sobre todo en los hospitalarios) el espíritu y origen de su profesión que es simplemente **aliviar el dolor y el sufrimiento**.

Podéis contactar conmigo en: racepa007@gmail.com o a través de la página web: www.medicohereje.com

Rafa