

# 7 Manejo de síntomas

## Pregunta

- Para pacientes en los últimos días de vida, ¿qué fármacos son más efectivos para aliviar el dolor, la disnea, las náuseas y vómitos, la ansiedad, el delirium y los estertores?

## 7.1 Consideraciones generales

### Recomendaciones

1. Para guiar las decisiones sobre manejo de síntomas se recomienda realizar una valoración sistemática de los síntomas principales, para disminuir el riesgo de infraestimación de alguno de ellos, y cuantificar su intensidad mediante escalas que permitan evaluar el resultado de las medidas aplicadas [BPC, nueva].
2. Se recomienda hacer una revisión rigurosa del tratamiento en la fase final de la vida del paciente y adaptarlo a los objetivos terapéuticos centrados en el bienestar y en el control de síntomas [BPC adaptada].
3. Se recomienda suspender todos aquellos tratamientos fútiles, que no aporten beneficio a la situación actual del paciente, y discutir los riesgos y beneficios de cualquier medicamento ofrecido, así como transmitir que la retirada de un fármaco se debe a la futilidad en la situación actual del paciente [BPC adaptada].
4. Se recomienda dejar instrucciones claras y por escrito del tratamiento, indicando pautas fijas y otras condicionadas a momentos de crisis [BPC adaptada].

### Consideraciones clínicas relevantes

- En la valoración sistemática de síntomas generales para guiar las decisiones sobre manejo clínico pueden emplearse escalas como la *Edmonton Symptom Assessment System* (ESAS) (110) (ver anexo 3). Existen además otras escalas para síntomas específicos que se exponen en el apartado correspondiente a cada síntoma.
- Al considerar los medicamentos para el control de síntomas es preciso tener en cuenta:
  - La causa probable del síntoma.
  - Definir el objetivo del tratamiento. Este aspecto debe acordarse entre médico, paciente y cuando sea necesario con los cuidadores.
  - Estimar el balance riesgo-beneficio de cada medicamento.
  - Posibles interacciones con otros medicamentos que esté tomando para el control de síntomas.
  - Simplificar las pautas de tratamiento.
  - Monitorizar la respuesta.
- Para ayudar a la toma de decisiones sobre deprescripción, puede valorarse el empleo de criterios explícitos como STOPP- Frail (STOPP-Pal) (111).

- La administración de medicamentos será vía oral siempre y cuando sea posible. En caso de no poder mantener la vía oral la alternativa sería la parenteral según el medio y disponibilidad. Se recomienda adecuar la medicación a la vía parenteral (iv o sc, esta última de elección en domicilio) y explicar su manejo a familiares y cuidadores.
- Se implementará y se monitorizará un plan al menos diario de control de síntomas para reevaluar y ajustar el tratamiento.
- Para la prevención de la posibilidad de complicaciones agudas: se explicará cómo actuar si se dan estas circunstancias facilitando la medicación necesaria con pautas claras de actuación por escrito.
- El clínico responsable, tanto en el ámbito de la atención primaria como de la atención hospitalaria, solicitará asesoramiento especializado en CP si existen criterios de complejidad que dificulten el manejo (para valorar los criterios de complejidad puede emplearse la escala IDC-Pal (112)).

### Justificación

El GEG ha emitido recomendaciones de buena práctica clínica centradas en principios generales de prescripción en CP. Se han elaborado también una serie de consideraciones clínicas relevantes y relacionadas con la implementación de las recomendaciones.

## 7.2 Dolor

### Recomendaciones

1. Dentro de un enfoque global de los cuidados paliativos, se recomienda promocionar la valoración y el manejo correcto del dolor para que los pacientes lleguen a situación de últimos días con el dolor controlado, manteniendo la medicación con los ajustes de dosis que sean precisos. Se deben anticipar las posibles necesidades analgésicas del paciente y dejar prescrita medicación para su adecuado control con la finalidad de manejar la situación por los familiares, allegados y/o equipo sanitario en el momento necesario [BPC, nueva].
2. Se recomienda no prescribir analgésicos de forma rutinaria ya que, si bien es un síntoma muy frecuente, no todas las personas en situación de últimos días experimentan dolor [BPC, adaptada].
3. Se recomienda considerar un manejo no farmacológico del dolor en pacientes en situación de últimos días asociado a las medidas farmacológicas [BPC, adaptada].
4. El tratamiento farmacológico de elección cuando el dolor es moderado o grave, una vez descartadas las causas reversibles, serían los opioides. En los casos de dolor leve se sugiere utilizar fármacos de primer escalón excepto que se prevea una mala respuesta o problemas en la vía de administración, en cuyo caso se podría plantear un inicio con opioides a dosis bajas [BPC, nueva].
5. En caso de instauración de tratamiento opioide, el de elección en SUD es la morfina de acción rápida (oral o parenteral) [BPC, nueva].
6. Se recomienda no retirar o disminuir abruptamente la medicación opioide ya que, tanto esta disminución o retirada como el dolor mal controlado, son factores reconocidos de desorientación y de delirium en pacientes con enfermedad crónica avanzada [BPC, nueva].
7. En pacientes con dolor neuropático, se recomienda mantener la medicación basal en la medida de lo posible, si bien es frecuente que en SUD se pierda la vía oral, por lo que se tendrá esto en consideración de cara a la dosificación de opioide [BPC, nueva].

### Consideraciones clínicas relevantes

- De cara a obtener un óptimo control del dolor, es fundamental medir adecuadamente el mismo para ajustar dosis y medidas al resultado. Existen una serie de escalas validadas para medir el dolor (ver anexo 4).
- En pacientes en situación de últimos días se evaluará el dolor en intervalos regulares con escalas subjetivas numéricas (Escala analógica visual, EVA), siempre que sea posible, y se ajustará el tratamiento en función de resultados. Si no es posible aplicarlas se puede valorar el uso de escalas conductuales. También puede aportar información relevante consultar a un cuidador o familiar para obtener información sobre el dolor potencial y otras fuentes de inquietud cuando el deterioro cognitivo impida la evaluación.
- Las medidas no farmacológicas se presentan en el anexo 4.
- En situaciones en las que el dolor aparece de forma aguda o aumenta sobre una situación basal bien controlada, se deberá identificar y tratar causas reversibles (como la retención urinaria o la angustia, entre otras).

- El inicio, vía y ajuste de la medicación analgésica en situación de últimos días seguirá los mismos principios que en el resto de los escenarios clínicos, adaptándose a la intensidad del dolor y a los cambios en el balance riesgo-beneficio.
- Existen aspectos prácticos en el uso de opioides en la SUD que deberán tenerse en cuenta (titulación, dosificación y rotación) (ver anexo 4).
- Dado que es frecuente que pacientes, familia e incluso profesionales de la salud tengan la creencia de que el uso de opioides puede acelerar el fallecimiento del paciente, se deberá:
  - Transmitir que no se ha probado una relación entre el uso de altas dosis y el tiempo de supervivencia en situación de últimos días.
  - Explicar al paciente y familia los efectos esperables por la medicación y que la sedación excesiva o no deseada puede ser uno de ellos.
  - Considerar los valores y preferencias del paciente y la familia.

## Justificación

Dada la ausencia de evidencia científica sobre la efectividad de los diferentes fármacos para el control de dolor en los últimos días de vida, el GEG ha formulado las recomendaciones basándose en los principios generales del control del dolor y el manejo en etapas previas de la atención paliativa, y en su experiencia clínica. Estas recomendaciones pretenden favorecer la evaluación y control adecuados del dolor en los últimos días de vida, teniendo en cuenta el importante impacto del dolor.

## 7.3 Disnea

### Recomendaciones

1. Se recomienda mantener o iniciar el tratamiento específico si se conoce el problema que causa la disnea (por ejemplo, edema pulmonar o derrame pleural) y el balance beneficio-riesgo individualizado es favorable [BPC, adaptada].
2. Se recomienda realizar inicialmente un manejo no farmacológico de la disnea en una persona en los últimos días de vida, asociado a las medidas farmacológicas en caso de ser necesario [BPC, adaptada].
3. Se recomienda ofrecer una prueba terapéutica de oxigenoterapia independiente de la hipoxemia en caso de que las medidas no farmacológicas no produzcan un alivio de la disnea, y mantenerla si el paciente/familia perciben un beneficio [BPC, nueva].
4. Se recomienda añadir tratamiento sintomático si el control de la disnea es inadecuado con las medidas previas: morfina, midazolam, o la combinación de ambos [Débil a favor, adaptada].

### Consideraciones clínicas relevantes

- Para la evaluación de la disnea pueden emplearse escalas que permitan monitorizar el efecto de las medidas aplicadas como la escala EVA, la NYHA (121) o la de Borg (122) y, en los pacientes que no pueden comunicarse, la escala *Respiratory Distress Observation Scale* (RDOS) (123).
- Algunas medidas objetivas como la frecuencia respiratoria, la saturación de oxígeno o el uso de la musculatura accesoria tienen una pobre correlación con la sensación subjetiva de disnea por lo que no deben usarse para iniciar o modificar tratamientos.
- Las medidas no farmacológicas se presentan en el anexo 5.
- En situaciones de crisis de disnea o disnea irruptiva, que son una emergencia paliativa en las que su control debe ser rápido, los opioides o benzodiazepinas (generalmente combinados) se utilizarán en formulaciones de acción rápida. Los medicamentos más habitualmente utilizados, sus dosis y principales características se resumen en el anexo 10.

### Justificación

Se han emitido tres recomendaciones de buena práctica clínica orientadas a la indicación de tratamiento farmacológico y al inicio de medidas no farmacológicas. La recomendación sobre el uso de fármacos (opioides, benzodiazepina (BDZ) y su combinación) es débil a favor teniendo en cuenta la calidad de la evidencia y el balance beneficio-riesgo.

## 7.4 Náuseas y vómitos

### Recomendaciones

1. Se recomienda evaluar las causas de las náuseas y vómitos en situación de últimos días de manera proporcionada. Entre las causas podrían incluirse [BPC, adaptada]:
  - Algunos fármacos.
  - Quimioterapia y radioterapia.
  - Causas psicológicas.
  - Causas bioquímicas, por ejemplo, hipercalcemia.
  - Presión intracraneal elevada.
  - Trastornos de la motilidad gastrointestinal.
  - Obstrucción intestinal.
2. Se recomienda considerar medidas no farmacológicas para tratar las náuseas y vómitos en personas en situación de los últimos días de vida [BPC, adoptada].
3. Para el tratamiento de las náuseas y vómitos en personas con obstrucción intestinal se sugiere, además del resto de medidas farmacológicas y no farmacológicas [Débil a favor, adaptada]:
  - Butilbromuro de hioscina o escopolamina como tratamiento antisecretor de primera línea.
  - Ocreótido si los síntomas no mejoran a las 24 horas del tratamiento con butilbromuro de hioscina.
4. En el resto de situaciones clínicas se sugiere emplear la medicación antiemética estándar en la atención paliativa: neurolepticos, antihistamínicos, procinéticos, antagonistas 5 HT3, corticoides y benzodiazepinas [BPC, nueva].

### Consideraciones clínicas relevantes

- Las medidas no farmacológicas se presentan en el anexo 6.
- Los medicamentos más habitualmente utilizados, sus dosis y principales características se resumen en el anexo 10.
- En la elección de fármacos para el tratamiento de las náuseas y vómitos se deberá tener en cuenta:
  - Las causas probables y su reversibilidad.
  - El perfil de seguridad.
  - Otros síntomas que pueden coexistir.
  - El balance de los efectos cuando se manejan otros síntomas.
  - Compatibilidad e interacciones farmacológicas.

### Justificación

Se han emitido dos recomendaciones de buena práctica clínica orientadas a la evaluación de las causas de náuseas y vómitos y al inicio de medidas no farmacológicas. En casos de

obstrucción intestinal se ha emitido una recomendación débil a favor teniendo en cuenta la calidad de la evidencia; para el resto de escenarios clínicos se ha realizado una recomendación de buena práctica clínica debido a la ausencia de estudios en la situación de últimos días.





## 7.5 Ansiedad y delirium

### Recomendaciones

1. Se recomienda evaluar la presencia de ansiedad y delirium (con o sin agitación) en todo paciente en situación de últimos días [BPC, nueva].
2. Se recomienda explorar y manejar de manera proporcionada a la situación de últimos días y deseos del paciente y sus allegados, las posibles causas de ansiedad o delirium, por ejemplo, dolor, retención urinaria o impactación fecal [BPC, adaptada].
3. Se recomienda aplicar medidas no farmacológicas de prevención y manejo de la ansiedad y el delirium. Se recomienda realizar soporte y educación a la familia [BPC, adaptada].
4. Se recomienda considerar el uso de benzodiazepinas para controlar la ansiedad [BPC, adaptada].
5. Se recomienda considerar el uso de un medicamento antipsicótico clásico para controlar el delirium, y en caso de ausencia de respuesta su combinación con benzodiazepinas [BPC, adaptada].

### Consideraciones clínicas relevantes

- Para la evaluación de la ansiedad puede emplearse la escala *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) (145) o la escala ESAS (110).
- Para evaluar el delirium existen instrumentos útiles en la práctica habitual como la pregunta de cribado *Single Question in Delirium* (SQiD) (146), el *Confusion Assessment Method* (CAM) (147) o el test 4AT de detección rápida (148). Otros instrumentos como el *Memorial Delirium Assessment Scale* (MDAS) (149) o el *Delirium Rating Scale-Revised-98* (DRS-R-98) (150) son más extensos y complejos para la práctica clínica habitual.
- Las medidas no farmacológicas se presentan en el anexo 7.
- Los medicamentos más habitualmente utilizados, sus dosis y principales características se resumen en el anexo 10.
- Se mantendrá u optimizará el tratamiento psicofarmacológico previo, en pacientes que ya estaban en tratamiento y estaba siendo efectivo.
- En SUD la causa del delirium suele ser multifactorial, sin un factor claramente tratable. Algunas de las causas más frecuentes son descompensaciones agudas que pueden provocar delirium, por lo tanto, se deberá tener en cuenta:
  - El mal control del dolor en paciente con un dolor previo estable.
  - La necesidad de escalada rápida de la dosis de opioide por dolor no controlado.
  - La ansiedad, depresión e insomnio o cambios de conducta intensos sin antecedentes previos.
  - El predominio nocturno de las quejas de dolor y ansiedad.
  - La retención urinaria y/o rectal.
- Además de las medidas no farmacológicas para la prevención y/o el control de la ansiedad y el delirium, también son importantes las medidas para prevenir accidentes o que la persona se autolesione.

## Justificación

Se han emitido cinco recomendaciones de buena práctica clínica orientadas a mejorar la evaluación y la aplicación de medidas no farmacológicas. Dado que no se han localizado estudios que evalúen la efectividad y seguridad de los fármacos para el tratamiento de la ansiedad y el delirium en situación de últimos días, se recomiendan los fármacos más empleados en la práctica clínica y con más experiencia en su uso en esta fase.

## 7.6 Estertores

### Recomendaciones

1. Se recomienda, cuando una persona entra en situación de últimos días, evaluar la aparición de estertores para valorar el inicio de un manejo precoz [BPC, adaptada].
2. Se recomienda informar sobre las causas de los estertores y resolver las dudas que puedan surgir, incidiendo en que, aunque el ruido puede ser angustiante, es poco probable que cause molestias a la persona enferma por el bajo nivel de conciencia [BPC, adaptada].
3. Se recomienda iniciar medidas no farmacológicas para aliviar los estertores, para reducir cualquier malestar en las personas al final de la vida y en su entorno [BPC, adaptada].
4. Se recomienda considerar tratamiento farmacológico de los estertores cuando la aplicación de las medidas no farmacológicas y un correcto proceso comunicativo con el paciente y su familia son insuficientes [BPC, adaptada].
5. Se sugiere el uso de butilbromuro de escopolamina como primera opción, aunque la atropina o bromhidrato de escopolamina pueden emplearse como alternativas [Débil a favor, adaptada].

### Consideraciones clínicas relevantes

- Las medidas no farmacológicas se presentan en el anexo 8.
- Los medicamentos más habitualmente utilizados, sus dosis y principales características se resumen en el anexo 10.
- En caso de iniciar tratamiento farmacológico para los estertores se deberá monitorizar la efectividad y efectos secundarios (principalmente con la atropina en personas mayores).

### Justificación

Se ha emitido una recomendación débil a favor sobre el empleo de fármacos para los estertores en la SUD, teniendo en cuenta la calidad de la evidencia, muy baja según GRADE, y el balance riesgo-beneficio de los tratamientos. Esta recomendación se acompaña de una serie de recomendaciones de práctica clínica enfocadas a la identificación y manejo temprano de los estertores, a la mejora del proceso comunicativo y a la puesta en marcha de medidas no farmacológicas.