



ARTÍCULO ESPECIAL

El día a día en cuidados paliativos. ¿Prescribiría usted oxigenoterapia domiciliaria a un paciente con disnea sin hipoxemia?



Joaquim Julià i Torras^{a,*} y Josep Porta-Sales^{b,c,d}

^a Servicio de Soporte Integral: Cuidados Paliativos, Institut Català d'Oncologia, Badalona, Barcelona, España

^b Servicio de Investigación y Docencia en Cuidados Paliativos, Institut Català d'Oncologia, l'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

^c Institut de Recerca Biomèdica de Bellvitge (IDIBELL), l'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

^d Cátedra WeCare: atención al final de vida; Universitat Internacional de Catalunya, Barcelona, España

Recibido el 5 de junio de 2015; aceptado el 10 de junio de 2015

Disponible en Internet el 14 de noviembre de 2015

PALABRAS CLAVE

Disnea;
Oxigenoterapia;
No hipoxemia

KEYWORDS

Dyspnoea;
Oxygen therapy;
Non-hypoxaemic

Resumen La prescripción de oxigenoterapia domiciliaria es una práctica común en cuidados paliativos como tratamiento sintomático de la disnea. Su indicación en el paciente no hipoxémico no se apoya en una evidencia científica suficiente. Se propone un algoritmo de abordaje del paciente con disnea sin hipoxemia que incluye el tratamiento con opioides, el oxígeno, las benzodiacepinas y el tratamiento no farmacológico.

© 2015 Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Everyday palliative care. Would you prescribe home oxygen therapy to a dyspnoeic non-hypoxaemic patient?

Abstract Home oxygen therapy is common as a symptomatic treatment of dyspnoea in palliative care. The indication in the non-hypoxaemic patient is not an evidence-based practice. A management algorithm of the non-hypoxaemic dyspnoeic patient is proposed in order to prioritise opioid treatment, oxygen therapy, benzodiazepines, and non-pharmacological treatments.

© 2015 Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jjulia@iconcologia.net (J. Julià i Torras).

Situación clínica

Paciente de 67 años afecto de neoplasia de pulmón estadio IV en situación de tratamiento paliativo. Acude a la consulta relatando disnea de pequeños esfuerzos que interfiere en sus actividades básicas de la vida diaria. La escala analógica visual de disnea basal es 4/10 (0: ninguna dificultad para respirar; 10: la peor dificultad para respirar que se pueda imaginar) con exacerbaciones en relación con pequeños esfuerzos de 8/10 que interfieren notablemente en su calidad de vida. Niega episodios espontáneos de disnea. A la exploración física destaca un paciente caquético, taquipneico al caminar y con una saturación de oxígeno del 92% basal. Su Palliative Prognostic Index¹ es C, tiene un Palliative Performance Scale² del 50% y un índice de Barthel³ de 50. Se descartan causas corregibles de disnea como derrame pleural. Ante esta situación, ¿prescribiría usted oxigenoterapia domiciliaria (OD) con intencionalidad paliativa?

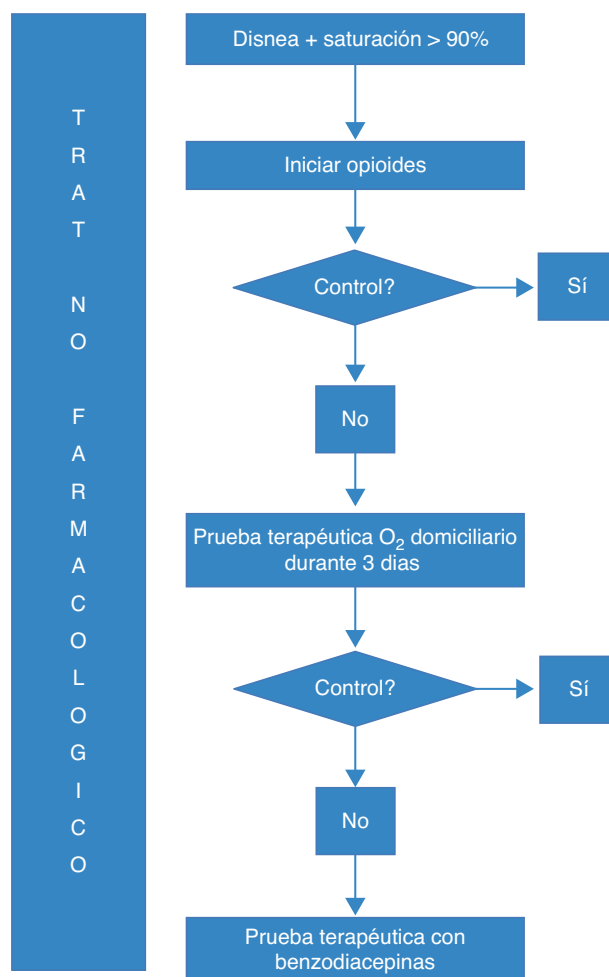
Algoritmo de tratamiento

Ver figura 1

Justificación

La disnea es un síntoma altamente prevalente en el paciente avanzado⁴. Una de las estrategias en el abordaje sintomático de la disnea es la prescripción de OD, con la finalidad de disminuir la sensación de ahogo del paciente. La provisión de OD es en general bien vista por el paciente y su familia, ya que suele proporcionar tranquilidad y seguridad, especialmente ante las crisis de disnea. Asimismo, es visto como un tratamiento «activo» y se suele relacionar con una mejoría subjetiva de la funcionalidad⁵. Para el profesional sanitario, la OD es una práctica ampliamente aceptada, puede facilitar la transición al domicilio después de un alta hospitalaria y supone poco esfuerzo más allá del trámite burocrático⁶. Existe gran variabilidad en la prescripción de OD para una misma población tanto por infraprescripción como por sobreprescripción⁷. Asimismo, con frecuencia no se cumplen los criterios que se reconocen como claves en la obtención de los beneficios esperados en el tratamiento, como son el cumplimiento terapéutico adecuado, la corrección de la hipoxemia y una correcta indicación⁸. Además, su prescripción puede verse influenciada por las preferencias del entorno sociofamiliar⁹.

En caso de existir hipoxemia (saturación de oxígeno basal inferior al 90%) la indicación de OD está clara y no es objeto de este artículo. En cambio, la indicación de OD no está bien establecida para el paciente sin hipoxemia, tal como señalan diversas guías clínicas internacionales^{10,11}. La revisión de la literatura muestra que no existe evidencia suficiente que permita recomendar su indicación en el paciente no hipoxémico. Abernethy et al.¹² no encontraron diferencias en la mejoría de la sensación disneica en pacientes en situación avanzada (el 15% de ellos con cáncer) entre 2 grupos tratados con oxígeno o aire ambiente en un estudio aleatorizado a doble ciego. En ambos grupos se producía una mejoría de la disnea que tuvo lugar en los primeros 3 días de tratamiento y que era más acusada en los pacientes que sufrían el síntoma con mayor intensidad. En un metanálisis publicado



O₂: Oxígeno. Trat: Tratamiento.

Figura 1 Algoritmo de indicación de oxigenoterapia paliativa en el paciente no hipoxémico con disnea.

en 2008 por Uronis et al.¹³ se concluye que la administración de oxígeno en el paciente no hipoxémico no es superior al control, y por tanto no recomienda su uso. De manera interesante, Clemens et al.¹⁴ compararon la mejoría de la disnea en pacientes con cáncer avanzado en situación de final de vida con oxigenoterapia frente a opioides (morfina), siendo el alivio de la disnea superior de forma estadísticamente significativa con opioides. Estos hallazgos fueron confirmados posteriormente en otro metanálisis publicado por Ben-Aharon et al.¹⁵.

La propuesta de tratamiento para el paciente con disnea refractaria sin hipoxemia debe incluir el tratamiento con opioides en primera línea para lo que se recomiendan dosis de inicio de hasta 20 mg de morfina al día¹⁶. En caso de pacientes ya tratados por opioides por dolor, el incremento de dosis debiera titularse hasta conseguir el efecto deseado. Es controvertido el uso de otros opioides en el tratamiento de la disnea¹⁷. Si se valora que el paciente puede beneficiarse de oxígeno se propone la realización de una prueba terapéutica no inferior a 3 días de manera personalizada con un flujo de oxígeno y FiO₂ que mejore la sensación de disnea para cada paciente en el marco de un pacto de retirada del

oxígeno en ausencia de mejoría sintomática^{12,13}. Si no hay evidencia de beneficio se pueden prescribir benzodiazepinas de vida media corta en casos seleccionados, tal como clonazepam 0,5 mg en dosis única nocturna¹⁸, lorazepam 0,5 mg a demanda o incluso midazolam 2,5 mg por vía parenteral¹⁹ evaluando el beneficio en el control de disnea y ansiedad antes de acordar su continuación²⁰. Debe realizarse durante todo el proceso tratamiento no farmacológico²¹, que ha de incluir un minucioso y sistemático cuidado de las mucosas, de la piel y el estreñimiento. No existe evidencia para iniciar oxígeno domiciliario en los pacientes en situación de últimos días en ausencia de trabajo respiratorio evidente²².

Este abordaje racional de la prescripción de OD basado en la revisión de la literatura puede contribuir a la mejoría sintomática de los pacientes, mejorar la indicación evitando tanto la sobre- como la infraprescripción, incidir en el diálogo con el paciente y su familia para pactar la estrategia de tratamiento y contribuir a una racionalización de los recursos, colaborando en la sostenibilidad del sistema sanitario.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Morita T, Tsunoda J, Inoue S, Chihara S. The Palliative Prognostic Index: A scoring system for survival prediction of terminally ill cancer patients. *Support Care Cancer*. 1999;7:128-33.
- Anderson F, Downing GM, Hill J, Casorso L, Lerch N. Palliative Performance scale (PPS): A new tool. *J Palliat Care*. 1996;2:5-11.
- Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: The Barthel Index. *Md State Med J*. 1965;14:61-5.
- Currow DC, Smith J, Davidson PM, Newton PJ, Agar MR, Abernethy AP. Do the trajectories of dyspnea differ in prevalence and intensity by diagnosis at the end of life? A consecutive cohort study. *J Pain Symptom Manage*. 2010;39:680-90.
- Jaturapatporn D, Moran E, Obwanga C, Husain A. Patient's experience of oxygen therapy and dyspnea: A qualitative study in home palliative care. *Support Care Cancer*. 2010;18:765-70.
- Stringer E, McParlan C, Hernandez P. Physician practices for prescribing supplemental oxygen in palliative care setting. *J Palliat Care*. 2004;20:303-7.
- Observatori de teràpies respiratòries. Memòria anual 2014 [consultado 2 May 2015]. Disponible en: <http://www.foresosona.org/documents/veure/area/24/classif1/110/classif2/302>
- Granados A, Escarabill J, Borràs JM, Rodríguez-Roisin R. The importance of process variables analysis in the assessment of long-term oxygen therapy by concentrator. *Respir Med*. 1997;91:89-93.
- Currow D, Christou T, Smith J, Carmody S, Lewin G, Aoun S, et al. Do palliative ill people who live alone miss out on home oxygen treatment? An hypothesis generating study. *J Palliat Med*. 2008;11:1015-22.
- Hardinge M, Annandale J, Bourne S, Cooper B, Evans A, Freeman D, British Thoracic Society Home Oxygen Guideline Development Group; British Thoracic Society Standards of Care Committee. British Thoracic Society guidelines for home oxygen use in adults. *Thorax*. 2015;70 Suppl 1:i1-43.
- American Thoracic Society guidelines on long term oxygen therapy [consultado 2 May 2015]. Disponible en: <http://www.thoracic.org/copd-guidelines/for-health-professionals/management-of-stable-copd/long-term-oxygen-therapy/home-oxygen-therapy.php>
- Abernethy AP, McDonald CF, Frith PA, Clark K, Herndon JE, Marcello J, et al. Effect of palliative oxygen versus room air in relief of breathlessness in patients with refractory dyspnoea: A double-blind, randomised controlled trial. *Lancet*. 2010;376:784-93.
- Uronis HE, Currow DC, McCrory DC, Samsa GP, Abernethy AP. Oxygen for relief of dyspnea in mildly or non-hypoxaemic patients with cancer: A systematic review and meta-analysis. *Br J Cancer*. 2008;98:294-9.
- Clemens KE, Quednau I, Klaschik E. Use of oxygen and opioids in the palliation of dyspnoea in hypoxic and non-hypoxic palliative care patients: A prospective study. *Support Care Cancer*. 2009;17:367-77.
- Ben-Aharon I, Gafer-Gvili A, Leibovici L, Stemmer SM. Interventions for alleviating cancer-related dyspnea: A systematic review and meta-analysis. *Acta Oncologica*. 2012;51:996-1008.
- Johnson M, Hui D, Currow D. Opioids, exertion and dyspnea: A review of the evidence. *Am J Hosp Palliat Care*. 2014. Epub ahead of print. 7 de octubre de 2014. pii: 1049909114552692.
- Johnson M, Abernethy A, Currow D. Gaps in the evidence base of opioids for refractory breathlessness. A future work plan? *J Pain Symptom Manage*. 2012;43:614-24.
- Allcroft P, Margitanovic V, Greene A, Agar MR, Clark K, Abernethy AP, et al. The role of benzodiazepines in breathlessness: A single site, open label pilot of sustained release morphine together with clonazepam. *J Pall Med*. 2013;16:741-4.
- Cachia E, Ahmedzai S. Breathlessness in cancer patients. *Eur J Cancer*. 2008;44:1116-23.
- Simon ST, Higginson IJ, Booth S, Harding R, Bausewein C. Benzodiazepines for the relief of breathlessness in advanced malignant and non-malignant diseases in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010; 20: CD007354.
- Thomas S, Bausewein C, Higginson I, Booth S. Breathlessness in cancer patients—implications, management and challenges. *Eur J Oncol Nurs*. 2011;15:459-69.
- Campbell ML, Yarandi H, Dove-Medows E. Oxygen is nonbeneficial for most patients who are near death. *J Pain Symptom Manage*. 2013;45:517-23.