



NOTA CLÍNICA

Tratamiento sintomático de la disnea en fibrosis pulmonar idiopática: utilización de fentanilo inhalado en atención domiciliaria



Emilia Castro Rodriguez*, M. Mar Requena Vargas y Esteban Castro Rivera

PADES Delta de Llobregat, El Prat de Llobregat, España

Recibido el 12 de noviembre de 2013; aceptado el 3 de mayo de 2014

Disponible en Internet el 22 de octubre de 2014

PALABRAS CLAVE

Cuidados paliativos;
Fibrosis pulmonar
idiopática;
Disnea y analgésicos
opiáceos

KEYWORDS

Palliative care;
Idiopathic pulmonary
fibrosis;
Dyspnea and opioid
analgesics

Resumen Este caso clínico relata la complejidad de la atención paliativa domiciliaria en un paciente con disnea. Este paciente está afecto de fibrosis pulmonar idiopática, proceso patológico en el que la disnea puede ser un síntoma de difícil control. La poca tolerancia al tratamiento con sulfato de morfina oral nos obligó a buscar alternativas. Queremos exponer nuestra experiencia con fentanilo inhalado en un paciente con disnea muy importante.

© 2013 Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Symptomatic treatment of dyspnea in idiopathic pulmonary fibrosis: Inhaled fentanyl use in home care

Abstract This case reflects the complexity of home palliative care in a patient with dyspnea. A case is presented of a patient with idiopathic pulmonary fibrosis, in which the dyspnea was difficult to control. The low tolerance to treatment with oral morphine sulfate, led to looking for alternatives. Experience with inhaled fentanyl in a patient with significant symptomatic dyspnea is reported.

© 2013 Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La fibrosis pulmonar idiopática (FPI) pertenece a una familia de aproximadamente 200 enfermedades relacionadas, denominadas neumatías intersticiales, que tienen características similares y pueden ocasionar cicatrización. La

* Autora para correspondencia.
Correo electrónico: emiliacastro@gmail.com
(E. Castro Rodriguez).

cicatrización pulmonar, una condición típica de esta alteración, se denomina fibrosis pulmonar¹.

Existe variabilidad sobre los datos de incidencia y prevalencia de la neumopatías intersticiales. En nuestro país la incidencia de neumopatías intersticiales estimada es de 7,6 casos/100.000 habitantes, siendo la más frecuente la FPI, con una incidencia de 1,6 casos/100.000 habitantes. Estos datos son superponibles a los obtenidos en Andalucía (estudio RENIA)².

La FPI afecta más a hombres que a mujeres y se presenta con mayor frecuencia entre las décadas quinta y séptima de la vida. La edad media en el momento del diagnóstico es de aproximadamente 63 años de acuerdo con varios estudios publicados¹.

El síntoma más frecuente de la FPI es la disnea, que muchos pacientes describen como «sensación de falta de aire». A medida que progresa la enfermedad, se puede presentar disnea a mínimos esfuerzos e incluso en reposo. Otros síntomas incluyen tos crónica seca, astenia, anorexia y pérdida de peso³.

Aunque no existen tratamientos que modifiquen el curso de estas enfermedades, se utilizan glucocorticoides aislados o asociados a inmunosupresores, y N acetilcisteína. Este tratamiento presenta una mejoría funcional y radiológica entre el 12 y 25% de los casos^{3,4} sin modificar la supervivencia. En el momento actual hay varias líneas de investigación con otros fármacos.

La atención paliativa de los pacientes con disnea se basa en el oxígeno, los opioides y las benzodiacepinas^{5,6}.

El papel de los opioides en el tratamiento de la disnea en pacientes con EPOC severa ha sido reconocido ampliamente⁷. La morfina es el tratamiento más utilizado en estos pacientes, mejora la sensación de disnea y disminuye la ansiedad asociada a ella⁸. Se ha realizado una revisión sistemática sobre la efectividad de los opioides orales y parenterales para el manejo de la disnea en la enfermedad terminal⁹. Esta revisión abarcó 18 ensayos clínicos aleatorizados y doble ciego que comparaban el uso de cualquier opioide y placebo para el tratamiento de la disnea en pacientes con enfermedad terminal (la mayoría de los estudios han sido llevados a cabo en pacientes con enfermedad respiratoria avanzada y solo 2 de ellos se realizaron en pacientes oncológicos). Esta revisión apoyó el uso continuado de opioides orales y parenterales para el tratamiento de la disnea en pacientes con enfermedad avanzada.

El motivo de escribir este caso clínico ha sido compartir la complejidad de la atención domiciliaria en situaciones de disnea, independientemente de la causa que la origina. Cada vez más los equipos de atención paliativa domiciliaria atendemos mayor número de estos pacientes. Esto supone un reto para nosotros.

Caso clínico

Varón de 76 años sin antecedentes personales destacables y sin hábito de tabaquismo. Antecedentes laborales de exposición laboral a tintes (trabajó durante 30 años en una industria textil). No se detectan otras exposiciones laborales y/o ambientales.

Presenta antecedentes patológicos de fibrilación auricular, osteomielitis en extremidad inferior izquierda en la

Tabla 1 Escala modificada del Medical Research Council (MMRC)

0: Disnea solo ante actividad física muy intensa
1: Disnea al andar muy rápido o al subir una cuesta poco pronunciada
2: Incapacidad de andar al mismo paso que otras personas de la misma edad
3: Disnea que obliga a parar antes de los 100 m, a pesar de caminar a su paso y en terreno llano
4: Disnea al realizar mínimos esfuerzos de la actividad diaria como vestirse o que impiden al paciente salir de su domicilio

juventud, con reinfección el año 1995, asintomático desde la fecha, hernia de hiato asintomática. Intervenido de colestectomía por colelitiasis en octubre de 2010.

La enfermedad actual se inició con cuadro clínico de tos seca y disnea de esfuerzo el verano de 2010, realizándose biopsia pulmonar en octubre de 2010 con orientación diagnóstica de FPI. Recibió tratamiento con azatioprina sin respuesta clínica, corticoides, y bosentan por desarrollo de hipertensión pulmonar. Es portador de oxígeno domiciliario desde julio de 2011.

En la primera visita se realizó la escala de valoración de síntomas ESAS con los siguientes resultados: dolor 1/10, cansancio 3/10, náuseas 0/10, depresión 2/10, ansiedad 3/10, somnolencia 0/10, mal apetito 8/10, bienestar 3/10, falta de aire 5/10 y dificultad para dormir 3/10. La clasificación de síntoma disnea correspondía al grado 2 de la escala modificada del MMRC (tabla 1).

En la exploración física inicial se auscultaron estertores, crepitantes bilaterales y ruidos. El tratamiento farmacológico consistía en prednisona 30 mg/24 h, omeprazol 20 mg/24 h, codeína 30 mg/12 h, acetilcisteína 600 mg/8 h y crema de magnesio como laxante. Además, oxigenoterapia domiciliaria que utilizaba puntualmente y concentrador portátil que usaba en los desplazamientos fuera de su domicilio. El paciente abandonó el tratamiento con codeína por tos no controlada y estreñimiento que no se pudo controlar a pesar de intensificar el tratamiento laxante.

Evolución

Tras un periodo de estabilidad clínica con disnea grado 2 del MMRC que permitía al paciente salir a diario y realizar pequeñas tareas domésticas, en enero de 2013 presentó disnea progresiva hasta alcanzar un grado 4.

Iniciamos tratamiento con sulfato de morfina en solución oral a dosis bajas (2 mg/4 h vo) más laxante lactulosa a dosis plenas, y al incrementar la dosis de morfina oral a 3 mg/4 h el paciente presentó episodio de estreñimiento/impactación fecal acompañado de dolor abdominal. El paciente se negó a proseguir el tratamiento con sulfato de morfina. Se realizó rotación a fentanilo transdérmico sin mejoría de disnea que se exacerbaba de forma importante con las transferencias y la higiene. Por este motivo se inició tratamiento con citrato de fentanilo-pectina inhalado, inicialmente 100 mcg, con llamativa mejoría sintomática de disnea, que pasaba de EVA 8-9 a EVA 3-4 tras la administración del inhalador.

En el momento actual (enero de 2014) el paciente presenta importante deterioro del estado general, con caquexia y disnea en reposo (EVA 5-6 sobre 10), estando encamado el 100% del día; ha ido precisando incrementos de dosis de fentanilo transdérmico que en la actualidad es de 75 mcg/h y 3-4 inhalaciones al día de citrato de fentanilo-pectina 400 en las exacerbaciones de la disnea (EVA 9-10) que coinciden con la higiene, defecación o cambios posturales, consiguiendo así un control bastante tolerable del síntoma, según refiere el paciente.

Discusión

La disnea aguda es un síntoma frecuente y sumamente angustioso de las enfermedades avanzadas, tanto en patologías oncológicas o de otro origen.

En cuanto a la eficacia de los opioides en el manejo de la disnea, al día de hoy presenta una débil evidencia de su eficacia¹⁰. Dentro de este marco se encuadran las nuevas investigaciones sobre el uso de opioides por vía inhalada, tanto de la morfina como de otros opioides como el fentanilo. La falta de evidencia sobre la efectividad del fentanilo en el alivio de la disnea es debida a una escasez de estudios potentes y controlados realizados esta la fecha.

A pesar de esto, todos los estudios realizados con el fentanilo inhalado documentan una mejoría clínica respecto a la intensidad de la disnea, pero que no llega a ser estadísticamente significativa al compararlo con el placebo¹¹. Sin embargo, en un estudio reciente en pacientes con cáncer se concluye que el uso de fentanilo subcutáneo profiláctico fue seguro y a su vez, mejora la disnea, la fatiga y la taquipnea del paciente, sin desprestigiar también un importante efecto placebo¹².

Conclusiones

Desde nuestro punto de vista, la mejoría clínica evidenciada en el control de la disnea de este paciente y en las revisiones bibliográficas realizadas¹¹ nos muestra que podemos seguir usando el fentanilo inhalado, pero de manera cautelosa. El objetivo de la exposición de este caso es despertar la inquietud sobre la eficacia del fentanilo u otros analgésicos opioides inhalados en el control de la disnea, y así invitar a una investigación más rigurosa con miras a un nuevo campo terapéutico.

Todo ello nos invita a seguir innovando en nuevos usos terapéuticos en el campo de los analgésicos opioides para paliar este síntoma.

Responsabilidades éticas

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

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

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

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Olson AL, Swigris JJ, Lezotte DC, Norris JM, Wilson CG, Brown KK. Mortality from pulmonary fibrosis increased in the United States from 1992–2003. *Am J Respir Crit Care Med.* 2007;176:277–84.
2. López Campos JL, Rodríguez Becerra E, on behalf of the NEUMOSUR Task Group. Registry of interstitial lung diseases. Incidence of interstitial lung diseases, in the south of Spain 1998-2000: The RENIA study. *Eur J Epidemiol.* 2004;19:155–61.
3. Raghu G, de Paso WJ, Cain K, Hammar SP, Wetzel CE, Creis DF, et al. Azathioprine combined with prednisone in the treatment of idiopathic pulmonary fibrosis: A prospective double-blind randomized, placebo controlled clinical trial. *Am Rev Respir Dis.* 1991;144:291–6.
4. Demedts M, Behr J, Buhl R, Costabel U, Dekhuijzen R, Jansen HM, et al. High-dose acetylcysteine in idiopathic pulmonary fibrosis. *N Engl J Med.* 2005;353:2229–42.
5. Thomas JR, von Gunten F. Management of dyspnea. *J Support Oncol.* 2003;1:23–34.
6. Clary PL, Lawson P. Pharmacologic pearls for end-of-life care. *Am Fam Phys.* 2009;79:1059–65.
7. O'Donnell DE, Aaron S, Bourbeau J, Hernandez P, Marciniuk D, Balter M, et al. State of the art compendium: Canadian Thoracic Society recommendations for the management of chronic obstructive pulmonary disease. *Can Respir J.* 2004;11 Suppl B:7B–59B.
8. Perez-Castejón JM. Tratamiento paliativo de la disnea con opiáceos. *Otoneumoalergia Práctica.* 2003;12:11–6.
9. Jennings A, Davies A, Higgins J, Gibbs J, Broadley K. A systematic review of the use of opioids in the management of dyspnoea. *Thorax.* 2002;57:939–44.
10. Polosa R, Simidchiev A, Walters EH. Morfina nebulizada para la enfermedad pulmonar intersticial grave (revisión Cochrane traducida). *Biblioteca Cochrane Plus.* 2008;(4.).
11. Simon ST, Köskeroglu P, Gaertner J, Voltz R. Fentanyl for the relief of refractory breathlessness: A systematic review. *J Pain Symptom Manage.* 2013;46:874–86.
12. Hui D, Xu A, Frisbee-Hume S, Chisholm G, Morgado M, Reddy S, et al. Effects of prophylactic subcutaneous fentanyl on exercise-induced breakthrough dyspnea in cancer patients: A preliminary double-blind, randomized, controlled trial. *J Pain Symptom Manage.* 2014;47:209–17.