

Recomendaciones de la AEMPS para la gestión de medicamentos para el manejo de pacientes con enfermedades en fase terminal o paliativa en la situación sanitaria actual

Fecha de publicación: 31 de marzo de 2020

Categoría: medicamentos de uso humano, COVID-19

Referencia: MUH 8/2020

- **Los pacientes en fase terminal siguen un tratamiento de sedación paliativa para el dolor con algunos tratamientos que también se utilizan para pacientes UCI**
- **El incremento de la demanda de los medicamentos utilizados en unidades de cuidados intensivos está provocando problemas de disponibilidad en tratamiento combinado de opiáceos y benzodiacepinas/neurolépticos para pacientes terminales**
- **La AEMPS publica una serie de recomendaciones para garantizar un buen manejo de este tipo de pacientes ofreciendo diferentes alternativas**

Los pacientes en fase terminal (como es el caso de pacientes oncológicos, entre otros) siguen un tratamiento de sedación paliativa como estrategia eficaz para mitigar su sufrimiento. Algunos de estos medicamentos son los mismos que se utilizan para el tratamiento de pacientes que se encuentran hospitalizados en cuidados intensivos. La situación sanitaria asociada al COVID-19 ha aumentado la demanda de este tipo de medicamentos y puede afectar a la disponibilidad de algunos fármacos de uso habitual en la atención a pacientes terminales. Algunos de estos medicamentos son imprescindibles en estos momentos en las UCIs hospitalarias y por lo tanto, al menos temporalmente, es necesario buscar soluciones terapéuticas para los pacientes en fase terminal que permitan reservar estos medicamentos para pacientes críticos sin alternativas.

La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) publica algunas recomendaciones para el manejo terapéutico de los pacientes terminales mediante un tratamiento combinado de opiáceos y benzodiacepinas/neurolépticos, en los que sea necesaria sedación terminal, estén o no afectados por COVID-19. Debido a la impredecibilidad de la situación actual, tanto profesionales sanitarios como la propia AEMPS irán revisando estas recomendaciones dependiendo de la disponibilidad de medicamentos en cada momento.

Opiáceos

Se debe utilizar metadona o morfina por vía parenteral, preferentemente vía subcutánea.

- Morfina. Dosis de inicio en pacientes naïve: 30 mg al día repartidos en 6 dosis de 5 mg cada una, por vía subcutánea, a ser posible en palomilla. Incremento de dosis si es necesario: aumentar un 50% la dosis diaria, es decir 7,5 mg cada 4 horas. Se puede ir subiendo la dosis en función de la respuesta. Si el paciente estaba previamente tomando morfina: aumentar un 50% la dosis diaria previa. Recordar que el paso de vía oral a vía parenteral obliga a dividir la dosis diaria por 3 (ratio 3:1)
- Metadona (Metasedin®). Dosis de inicio en pacientes naïve: 10 mg cada 12 horas por vía subcutánea (ampollas de 10 mg/ml). El incremento de dosis, al igual que con la morfina, es del 50%. Si el paciente estaba tomando previamente metadona por vía oral, dividir la dosis diaria por 2 (ratio 2:1).

Benzodiazepinas / neurolépticos

Midazolam sigue siendo el medicamento de elección, pero su escasez en estos momentos obliga a proponer alternativas terapéuticas:

- 1ª opción. Cuando el midazolam no está disponible
Opiáceo por vía SC más levomepromazina (Sinogan®) 12,5-25 mg cada 8 horas por vía SC.
- 2ª opción. Cuando la levomepromazina (Sinogan®) no está disponible:
Opiáceo por vía SC más diazepam por vía rectal (Stesolid®), 5 ó 10 mg cada 12 horas.
- 3ª opción. Cuando la vía rectal no se puede utilizar:
Opiáceo por vía SC (empezando con una dosis más alta) más una benzodiazepina por vía sublingual (lorazepam, 1 mg cada 6 horas) o transmucosa (midazolam -Buccolam®, 5-10 mg cada 6-8 horas).
- 4ª opción. pacientes que no puedan incluirse en alguna de las opciones anteriores:
En estos casos excepcionales en los que no hay otras alternativas terapéuticas, se puede utilizar una pauta de opiáceos combinados con fenobarbital o clonazepam, estos dos últimos por vía SC en infusión de 24 horas, asumiendo que se carece de experiencia suficiente de uso de estos medicamentos con esta vía de administración.

Clonazepam (Rivotril®). Dosis: 1 a 4 mg en 24 horas, en solución diluida (no utilizar con dispositivos de PVC).

Fenobarbital (Luminal®). Dosis: hasta 600 mg en 24 horas.