
Guía práctica de cuidados paliativos en Atención Primaria



Servei de Salut
Atenció Primària de Mallorca

Autor:

Dr Isidoro Hidalgo Campos. Médico de Familia y médico de ESAD Mallorca.

Revisores:

Equipo ESAD: Matteo Mannucci, Patricia Bassante Flores, Ana Albert Ríos, Tomás Salva Siquier, María Dolores Calderón Torres, María Dolores Coheña Jiménez
Enfermería Atención Primaria asistencial: Cristina María Navarro Carrasco (CS Trencadors), Estefanía Seco Talledo (UBS El Molinar)
Equipo de Farmacia de Atención Primaria: Marta Rovira Vila, Maria Joana Mateu Puiggròs
Gabinete Técnico de la GAPM: Lucía Gorreto López, Aina Bellet Coll, Laura Medrano Llabrés, Apol·lonia Esteva Arrom
Equipo directivo GAPM: Montserrat Llord Bové, Cristina Alvarez-Ossorio González

Palma de Mallorca, 2024.

Documento pendiente de revisión lingüística

Leyenda de la situación de financiación de los fármacos que aparecen en el documento:

RELE → medicamento financiado

RELE VISADO → medicamento financiado sujeto a condiciones de visado

RELE FM → medicamento financiado como fórmula magistral

H → medicamento de uso hospitalario (el único medicamento sujeto a esta condición es el Midazolam que se encuentra en el petitorio de los centros de salud)

NOFIN → medicamento no financiado

Edición: Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Diciembre 2024.

ISBN 978-84-09-68886-9

Cómo citar este documento: Hidalgo Campos, I. Guía práctica de cuidados paliativos en Atención Primaria. Palma: Gerencia de Atención Primaria de Mallorca; 2024.

Índice

Habilidades básicas de comunicación	3
Situación de Últimos Días (SUD)	7
Sedación Paliativa	12
Vía subcutánea	14
Adecuación farmacoterapéutica en cuidados paliativos	18
Síntomas frecuentes en cuidados paliativos	20
Anorexia	21
Ascitis.....	22
Astenia.....	23
Boca Seca	24
Delirium.....	25
Disnea	27
Dolor	28
Estreñimiento.....	37
Hemoptisis.....	39
Insomnio	40
Prurito.....	41
Tos.....	42
Úlceras con enfoque paliativo	43
Vómitos	45
Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD Mallorca)	47
Bibliografía	48

Habilidades básicas de comunicación

"La comunicación es una herramienta terapéutica" – Dr Llorenç Roig (ESAD Mallorca).

Cordialidad

- La manera en la que se **acoge al paciente** es muy importante.
- Ley del "**eco emocional**": se recibe de los pacientes lo que se les dé en la consulta (si damos sonrisas, recibiremos sonrisas y si damos hostilidad, recibiremos hostilidad).
- Hay que intentar abordar la consulta con **amabilidad/simpatía**.
- **Marcadores de cordialidad**: una sonrisa, llamar al paciente por su nombre ("*para toda persona, su nombre es el sonido más dulce e importante en cualquier idioma*" - Cale Carnegie), darle la mano, mirarle con atención, hacer un comentario amable y usar un tono de voz agradable.

Respeto, honestidad, neutralidad

- **Respeto**: Preservar y respetar la forma de pensar, valores ideológicos y éticos, creencias, deseos y preferencias respecto a los cuidados sanitarios (del paciente y familiares).
- **Honestidad**: Tratar al paciente con sinceridad y coherencia, respetando los valores de la justicia y de la verdad.
- **Neutralidad**: No influir en las decisiones y no hacer interpretaciones ni juicios.

Escucha activa

- Se basa en **mostrar interés** y, en las fases iniciales permitir la narrativa espontánea facilitando el vaciado de la información, con escucha sin cortapisas.
- Algunas **técnicas de ayuda** son las siguientes:
 - **Ventilación emocional**: permitir al paciente expresar lo que siente ante una situación difícil. → "*¿Cómo se siente?*", "*¿Qué le preocupa?*"
 - **Facilitaciones**: se trata de ayudar a iniciar o proseguir el relato. → "*Continúe, le escucho con atención*", "*¿Y qué más?*", "*Hábleme más de este tema*", *sonidos guturales o gestos de asentimiento*.
 - Preguntas abiertas.
 - Baja reactividad: priorizar la escucha hablando menos que el paciente.
 - Silencios funcionales: facilitan la expresión de emociones y sentimientos y hay que usarlos en momentos de tensión emocional.
 - Hacer resúmenes.
 - **Parafrasear**: repetir la última frase o palabra. → *Paciente*: "*Estoy tomando morfina y no me calma nada.*" *Profesional*: "*¿Nada?*"
 - **Clarificación**: pedir que nos aclare el sentido de un término o idea. → "*¿Qué entiende usted por...?*", "*¿A qué se refiere cuando dice...?*"
 - **Señalamiento**: poner de manifiesto emociones o conductas y ayuda a expresar sentimientos o ideas. → "*Parece preocupado*", "*Le noto triste*".

Empatía

- Elemento básico en cualquier ayuda psicológica.
- Es el **comprender pensamientos y emociones** de los demás.
- Precisa de una **escucha respetuosa y reflexiva**, y de ser paciente.
- Se basa en dos instantes: primero **interiorizar y detectar** emociones en el paciente y segundo **demostrar esa comprensión** al paciente.
- En todo momento hay que intentar mantener una **distancia emocional** con el sufrimiento del paciente para permitirnos tomar decisiones mejores y más justas.
- La empatía se puede demostrar tanto de forma:
 - **Verbal:** *"Debe ser difícil para usted", "Puedo entender que se sienta así", "Comprendo cómo se siente", "Ya veo que sufre...", "Me doy cuenta..."*
 - **No verbal:** una sonrisa oportuna, una mirada amistosa, apoyar la mano.

Información

- El objetivo es lograr una **comunicación eficaz**.
- Trataremos de usar un **lenguaje claro y sencillo**, comprensible para ambos y **evitando términos médicos** complejos o tecnicismos.
- Es importante **concretar el tema a hablar**, dejando las instrucciones y tratamientos **por escrito**.
- Esto no implica compartir o aceptar contenidos expuestos por el paciente.

Normalizar y validar la reacción emocional

- Cualquier persona expuesta a un estrés reacciona de una forma concreta, siendo casi siempre conductas normales.
- Hay que **dar permiso** al paciente o familiar o persona cuidadora, para sentirse como se siente.
- Ejemplos: *"Es normal que te sientas así", "En tu situación, es normal que hayas reaccionado así"*.

Elogiar al paciente/familiar/persona cuidadora

- Es importante **felicitar por las cosas positivas** que se están haciendo y por los logros pasados.
- Los elogios deben ser **sinceros** y tenemos que elogiar con **inteligencia** (descubrir una actitud, una cualidad buena en el paciente o persona cuidadora, y decírsela).
- Las personas están acostumbradas a que siempre les señalen los defectos, y el **destacar las virtudes y capacidades** genera empatía y favorece la relación futura.
- Se debe **elogiar lo que se hace** (acciones concretas), como por ejemplo: *"Estás cuidando muy bien a Manuel", "Estás manejando muy bien esta situación", "A pesar de tu situación, has conseguido hacer tal cosa"*.
- En cualquier caso hay que **evitar la adulación**, por ejemplo: *"Eres el mejor cuidador del mundo"*.

Sentido del humor "La raza humana tiene un arma verdaderamente eficaz: la risa" - Mark Twain.

- El sentido del humor es un **elemento básico de la salud**, útil en ayuda psicológica y en la relación asistencial.
- Produce alegría y reduce la ansiedad y el estrés, además de ser una defensa contra el sufrimiento, el dolor, la frustración y la represión social.
- Sirve para **interrumpir situaciones tensas y aproximarse a temas difíciles**.
- Facilita también el afrontamiento de dificultades y fomenta un buen ánimo que ayuda a convivir con enfermedades y a evitar la depresión.
- El **humor "saludable"** es el que genera bienestar, logra un nivel de acercamiento e intimidad con los otros, estimula las funciones fisiológicas y permite descargar tensiones. Este tipo de humor se trata de un **humor compartido, cariñoso y respetuoso**, es decir, sonreír y reír con el paciente pero nunca "a costa del paciente".
- **Evitar el humor "hiriente"** (sarcástico e irónico), así como un uso abusivo o forzado del humor.

Comunicación de malas noticias

Los pacientes y familiares necesitan **tiempo para absorber la información y adaptarse** a las malas noticias. Comunicarlas de manera apresurada, brusca y antipática propiciará una mala respuesta de la persona. Los siguientes pasos ayudan a preparar la comunicación de malas noticias:

- 1- Preparación de la entrevista:** Dónde, cuándo, a quién, con quién, cómo.
- 2- Averiguar qué sabe el paciente:** Sobre su diagnóstico y pronóstico, y qué expectativas o preocupaciones tiene. Ejemplos: "*¿Cómo describiría su situación?*", "*¿A qué cree que se debe su problema?*", "*¿Qué le han dicho de su enfermedad?*", "*¿Qué es lo que más le preocupa?*".
- 3- Explorar lo que el paciente quiere saber:** Reconocer qué y cuánto quiere saber, preguntando si desea más información e identificando qué es prioritario para el paciente. Hay que darle al paciente la oportunidad de preguntar: "*¿Quiere preguntarme algo?*". Ejemplos: "*¿Le gustaría que habláramos de su enfermedad?*", "*Si las cosas en un futuro no fueran bien, ¿desearía ser informado?*".
- 4- Dar la información al paciente:** Daremos la información que el paciente quiere saber y cuando esté preparado, siempre permitiendo que haga preguntas y consiguiendo que se sienta escuchado. Siempre es mejor darla en porciones pequeñas, con frases cortas y un lenguaje sencillo. Si se puede, está bien usar el apoyo de recursos gráficos. **AVISO:** toda persona se prepara mejor si recibe un aviso y ve que se le va a dar una mala noticia. El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar cualquier tipo de propuesta, y nosotros deberemos respetar siempre su derecho a tomar decisiones. Nunca podemos dar información falsa ni falsas esperanzas. Tenemos que valorar en cada paciente su capacidad de ASIMILACIÓN: cada persona necesita un ritmo diferente para asimilar la noticia (técnica de la ambigüedad calculada: ir dando la información a medida que la pida), de forma que lleguemos con el tiempo que el paciente nos pide a la "verdad tolerable".
- 5- Responder a la reacción emocional del paciente:** Reconocer/preguntar y responder a las emociones y sentimientos del paciente, facilitando su expresión emocional, normalizando y validando sus sentimientos. En este sentido, son importantes los silencios, la empatía (solidaridad emocional con el paciente), la escucha y el respeto.
- 6- Plan de cuidados y resumen de la situación:** Hay que aceptar las opiniones del paciente y de los familiares, intentar reducir la incertidumbre (resolver dudas), desarrollar un plan conjunto y ofrecer disponibilidad y seguimiento.

En caso de muerte inesperada

1. **Usar técnica escalonada:** dar la noticia en varias fases: en primer lugar decir que el paciente está grave, que se está haciendo todo lo posible, y que informaremos en unos minutos. Después decir que ha empeorado, y así en varias etapas hasta informar del fallecimiento. Esto favorece la asimilación suavizando el impacto que una noticia de esta magnitud tendría aportada de forma brusca (no es lo mismo asimilarla en cinco minutos que en 20 segundos).
2. **Importante transmitir:** que ha sido bien atendido, que no ha sufrido, que ha estado acompañado, que se ha hecho todo lo posible y minimizar sentimientos de culpa.
3. **No abandonar** a los que han recibido esta noticia y quedarnos junto a ellos durante unos minutos.

Llamada o visita de duelo:

1. **Dar el pésame:** buscar el momento y la forma adecuados (telefónica, presencial, carta de duelo).
2. **Escucha activa y empática.**
3. **Facilitar relatos y recuerdos:** facilitar el relato de la muerte y hablar de la persona fallecida produce alivio. Fomentar recuerdos positivos y subrayar su "legado".
4. **Elogiar a las personas cuidadoras:** su acompañamiento y sus cuidados, la ayuda a cumplir los deseos del paciente y el respeto a sus valores.
5. **Emociones y sentimientos:** normalizar y validar las reacciones emocionales (la pena, la culpa, la ira, etc.), explicando que son sentimientos normales ante la pérdida de un ser querido. Evitar la culpa y favorecer la expresión de los sentimientos (llorar, hablar de lo que siente, etc.). Compartir las emociones y entender la "universalidad", es decir, que casi todas las personas, en semejantes circunstancias, experimentan sentimientos similares.
6. **Conductas:** reorganizarse con nuevos objetivos (realistas) y buscando los propios rituales de despedida. Aplazar o no tomar decisiones importantes en ese momento.
7. **Aceptación:** aceptar los propios sentimientos y aceptar también el duelo y la muerte.
8. **Apoyo social:** rodearse de personas en las que apoyarse y nos hagan sentir bien (familia, amigos, etc.).
9. **Apoyo psicológico:** Valorar si hay FRDC* o si el duelo es complicado (en ese caso valorar grupos de apoyo o derivación a psicología).
10. **Futuro:** "tómate tu tiempo". Cada persona tiene que ir a su ritmo, así como cuidar su cuerpo (vida sana).
11. **Es un "proceso", no un estado.**

*FRDC (factores de riesgo de duelo complicado):

- **Relacionales:** pérdidas a edades tempranas, dependencia, relación conflictiva.
- **Circunstanciales:** juventud, pérdida súbita o repentina, pérdidas múltiples o acumuladas, recuerdo doloroso, no recuperación del cadáver o deformidad del mismo, duración de la enfermedad y la agonía.
- **Personales:** edad extremas del familiar, escasos recursos de manejo del estrés, duelo no resuelto, enfermedad física o psíquica, reacciones emocionales exageradas.
- **Sociales:** falta de soporte sociofamiliar, económico, responsabilidades múltiples (hijos pequeños, economía familiar), muerte estigmatizada, conflictos laborales.

Situación de Últimos Días (SUD)

Concepto

- **Periodo** que **precede a la muerte** cuando esta se produce de forma gradual y que aparece en la fase final de muchas enfermedades.
- **Inicio**: suele ser **insidioso**, aunque reconocible.
- **Duración**: Habitualmente **inferior a una semana, por término medio 2-3 días** (pronóstico de vida de días/horas).
- **Etapa dura y delicada**, con gran inestabilidad clínica y emocional.
- **Características**: se acompaña de deterioro físico intenso, debilidad extrema, alta frecuencia de trastornos cognitivos y de la consciencia, y dificultad de relación e ingesta.

Diagnóstico y reconocimiento de la SUD

- La SUD asocia todas las siguientes: enfermedad avanzada/terminal, anorexia con pérdida de vía oral, postración, delirium hipoactivo o hiperactivo. Otros síntomas frecuentes son los cambios del patrón respiratorio, apneas, estertores, disfagia, anuria, cianosis labial, frialdad nasal, frialdad de extremidades, livideces.
- **Escala de Menten** → identifica 8 signos característicos de esta fase: frialdad o palidez nasal, frialdad de extremidades, livideces, cianosis labial, anuria (< 300 ml/día), estertores, apneas > 15 sg, somnolencia (> 15 h/día). Se habla de situación de **agonía** cuando se cumplen al menos 4 criterios (90 % de fallecer en < 4 días).

Abordaje del paciente

Requiere un abordaje especial, con estos puntos clave (regla **LUCIASE**):

1. **Decidir el Lugar para morir**
2. **Cuidados de Confort**
3. **Información**
4. **Acompañamiento**
5. **Control de Síntomas**
6. **Éxitus**

A continuación se detalla cada apartado:

1. Decidir el Lugar para morir:

- En la decisión de hospital vs domicilio hay que respetar los deseos del paciente/familia y explicar que pueden cambiar de opinión. Tiene que quedar claro que las 2 opciones son válidas.
- Premisas para el manejo de SUD en domicilio: los deseos y preferencias del paciente/familia, las personas cuidadoras deben ser competentes y el paciente ha de contar con el soporte adecuado por parte de profesionales sanitarios.

2. Cuidados de Confort → Se describen en la siguiente tabla.

<p>Medidas físicas (adaptadas a la situación, priorizar confort)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Cuidados de la boca</u>: mantener la boca limpia, evitar sequedad y acumulación de residuos. Hidratar/humidificar/limpiar la boca y los labios con una gasa empapada en agua o manzanilla. Retirada de prótesis dentales. - <u>Cambios posturales</u>: minimizarlos, mantener una postura cómoda y confortable, realizar movilizaciones suaves, solamente si son necesarias. - <u>Higiene, cuidados de la piel y curas</u>: Hidratar con masajes suaves con cremas hidratantes, siempre que no sea molesto. Coincidir la higiene con las curas (intención paliativa) para minimizar molestias. Si las maniobras o curas son dolorosas, pautar analgesia si o sc, 30 min antes. - <u>Eliminación</u>: Cambios de pañal solo si son necesarios. Evitar usar enemas: el estreñimiento no suele incomodar en esta fase. Si está agitado y presenta retención aguda de orina o fecaloma, valorar sondaje vesical o medidas rectales si son necesarias.
<p>Medidas ambientales</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Priorizar el <u>confort</u> (comodidad, descanso, serenidad), garantizar <u>tranquilidad</u> en el ambiente cercano del paciente y evitar ruidos, regular las <u>visitas</u> y reforzar la <u>presencia física</u>.
<p>Medidas organizativas</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Evitar la toma de constantes vitales y estudios o medidas agresivas o innecesarias</u>. - <u>Alimentación e hidratación</u>: Si dificultad para la ingesta, no forzarla. Si pérdida de vía oral, explicar a los familiares la no procedencia de hidratación y alimentación en esta fase. - <u>Fármacos</u>: Simplificar el tratamiento, suspender tratamientos innecesarios. Instrucciones concretas por escrito para control de síntomas, con pautas fijas y rescates si precisa por cambios evolutivos. Vía sc: usar si pérdida de vía oral (no diluir la medicación ni lavar la vía).

3. Información y Acompañamiento → Hay que hablar con el paciente y la familia/personas cuidadoras sobre:

- Últimas voluntades, deseos y preferencia respecto a la atención al final de la vida. Será clave decidir el lugar para morir y poder describir los diferentes escenarios.
 - Preguntar sobre presencia de síntomas tales como dolor (valorar expresión facial, quejidos), disnea, apneas, estertores, agitación o inquietud y anuria.
- Daremos la información necesaria y adecuada con lenguaje sencillo sin tecnicismos, dando mensajes breves en tono calmado, dando información del proceso (explicar el significado de los estertores, cambios en la respiración, aparición de apneas, pérdida de la vía oral, postración), y facilitar la resolución de dudas o preguntas que surjan.
- Ante una situación de crisis: informaremos y prepararemos a la familia y/o personas cuidadoras de la actuación frente al paciente, con el objetivo de evitar malos recuerdos o duelos complejos. Dejaremos pautas por escrito y adiestraremos en el manejo de la vía sc.
- Daremos soporte emocional de la siguiente forma: favoreciendo la expresión de sentimientos, con actitud de escucha, respeto y afecto, cuidando los aspectos espirituales y religiosos, ofreciendo disponibilidad y seguimiento.
- En caso de éxitus: explicar la ruta asistencial (avisar al 061 para que un médico acuda a certificarla muerte, tener a mano el DNI del paciente y avisar a los servicios funerarios (funeraria y/o seguro de decesos, si lo tiene) y hacer un seguimiento posterior (llamada o visita de duelo).
- En el caso de SUD compleja, hay que valorar contactar con ESAD para asesoramiento y/o derivación, si se precisa.

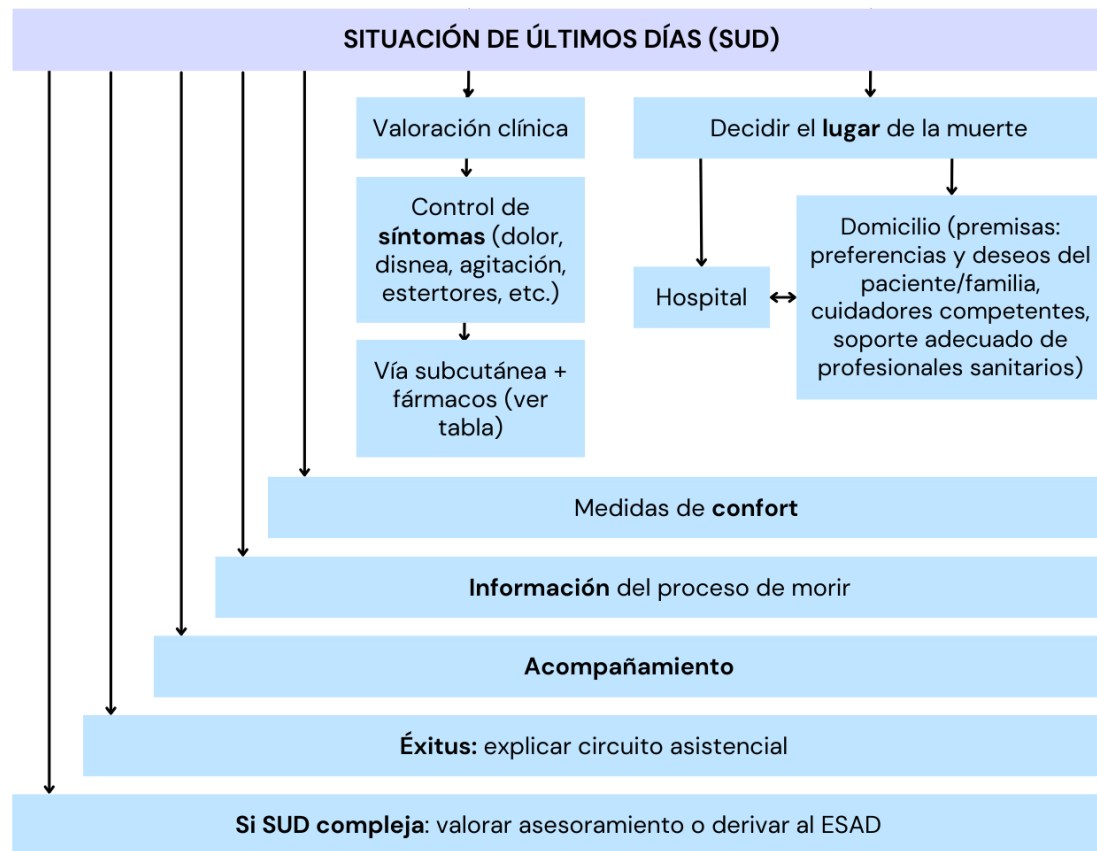
4. Control de Síntomas → Las siguientes pautas son vía sc (**sin diluir las ampollas ni lavar la vía**), con palomilla 22-23G a nivel infraclavicular, pectoral o en brazos.

Dolor	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Morfina</u>: <ul style="list-style-type: none"> • Sin tratamiento previo: 2,5-5 mg/4 h. • Con tratamiento opioide previo: pasar dosis diaria vo a vía sc (½ de dosis oral; repartir cada 4 h). • Rescates: 1/6 de la dosis total diaria. • Revisar en 24 h y añadir rescates a la dosis total diaria. - <u>Si parche de fentanilo previo</u>: mantenerlo.
Disnea	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Morfina</u>: <ul style="list-style-type: none"> • Sin tratamiento previo: 2,5-5 mg/4 h. • Con tratamiento opioide previo: aumentar dosis total diaria previa un 50 %. • Rescates: 1/6 de la dosis total diaria. - <u>Si ansiedad</u>: añadir midazolam 2,5-5 mg sc/4-6 h. - <u>Si crisis de disnea severa</u>: morfina 5 mg sc + midazolam 5 mg sc.
Ansiedad, inquietud o insomnio	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Midazolam</u> 5-7,5 mg/4-6 h, (rescates de 5 mg).
Delirium, agitación o sd confusional	<ul style="list-style-type: none"> - Descartar <u>causas tratables</u> (retención aguda de orina, fecaloma, infección urinaria, etc). - <u>Sinogan</u> 12,5-25 mg/8 h (rescates de 25 mg) o <u>haloperidol</u> 2.5-5 mg/6-8 h (rescates de 5 mg); si persiste asociar <u>midazolam</u> 2,5-5 mg/4 h.
Convulsión	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Midazolam</u> 2,5-5 mg/4 h. Se puede repetir a los 15-30 minutos si precisa.
Estertores	<ul style="list-style-type: none"> - Colocar al paciente en <u>decúbito lateral</u> con el cuello ligeramente flexionado y evitar la aspiración de secreciones. - <u>Buscapina</u> 20 mg/6-8 h o <u>escopolamina</u> 0,5 mg/8 h. Mantener el tratamiento una vez instaurado.
Vómitos	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Metoclopramida</u> (Primperan®) 10-20 mg/8 h o <u>haloperidol</u> 2.5-5 mg/24 h. - Si hipertensión intracraneal: <u>dexametasona</u> 4 mg/8 h sc (usar una vía sc exclusiva para su administración).
Fiebre	<ul style="list-style-type: none"> - Medidas generales: paños fríos, ambiente fresco. - Sólo si produce disconfort: diclofenaco 37,5 mg (½ amp)/8 h (usar una vía sc exclusiva para su administración).
Síntoma refractario o intratable	<ul style="list-style-type: none"> - Sedación paliativa con <u>Midazolam</u> 5-10 mg/4 h y rescates de 5 mg.
En caso de dudas	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Regla " 5 + 5 "</u>: Morfina 5 mg + Midazolam 5 mg/4 h. Dar rescates si precisa con la misma dosis (repetir a los 15-20 minutos).

Nota: morfina amp 10 mg/ml; midazolam amp 15 mg/3 ml; buscapina® amp 20 mg/ml; escopolamina amp 0,5 mg/ml; haloperidol amp 5 mg/ml; sinogan® amp 25 mg/ ml (levomepromazina); primperan® amp 10 mg/ 2 ml (metoclopramida), diclofenaco amp 75 mg/3 ml, fortectortin® amp 4 mg/ ml (dexametasona). Se pueden recetar todas, menos el midazolam y la escopolamina.

5. **Éxito** → Si el éxito se produce en el domicilio hay que firmar el certificado de defunción y orientar a la familia, si lo necesitan, en el aviso de los servicios funerarios (funeraria y/o seguro de decesos, si lo tiene).

Algoritmo de manejo de la SUD



RECONOCIMIENTO DE SUD:

Enfermedad avanzada/terminal + anorexia con pérdida de vía oral + postración + debilidad extrema + delirium hipoactivo (somnolencia) o hiperactivo (agitación) + otros síntomas frecuentes: apneas, cambios del patrón respiratorio, estertores, livideces, cianosis labial, frialdad nasal y de extremidades, disfagia, anuria.

REGLA "LUCIASE"

Sedación paliativa

Concepto

Es la administración de fármacos para reducir la consciencia de un paciente con enfermedad avanzada o terminal en la medida que sea necesario, con su consentimiento y con la intención de aliviar de forma adecuada uno o más síntomas refractarios.

Requerimientos éticos para la sedación paliativa

- Presencia de un **síntoma refractario** (dolor, disnea, delirio hiperactivo o agitación, ansiedad grave o sangrados agudos masivos).
- En el contexto temporal de los **últimos días de la vida del paciente con enfermedad terminal**.
- Intención de la sedación: **conseguir aliviar un sufrimiento intenso**.
- Obtener un **consentimiento informado** (puede ser verbal). Imprescindible que conste en historia clínica (el registro en la historia clínica es un requisito suficiente y necesario).

Aspectos legales de la sedación paliativa en la agonía

Ley 4/2015, de 23 de marzo, de derechos y garantías de la persona en el proceso de morir → Artículo 14: derecho de los pacientes a la administración de sedación en la agonía: **"los pacientes en situación terminal o de agonía tienen derecho a recibir sedación en la agonía cuando lo necesiten y esté indicada"**.

Indicaciones

- Situación de Últimos Días (**SUD**).
- **Síntomas refractarios** (que no se alivian con el tratamiento estándar).
- **Situación de crisis de emergencia en el paciente paliativo**: hemorragia masiva, asfixia o disnea severa, dolor severo, vómitos incoercibles, sufrimiento psicológico o existencial, ansiedad/pánico, delirium o agitación extrema.

Tratamiento

<p>Midazolam sc (amp 15mg/3ml)</p> <p>De elección en la mayoría de las situaciones: dolor severo, hemorragias masivas, disnea severa, vómitos incoercibles, ansiedad/pánico o sufrimiento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dosis inicial o de inducción: 5-10 mg sc - Dosis de mantenimiento: 5-10 mg/4 h sc. - Si infusión continua sc: si no toma benzodiazepinas 15-30 mg /24 h, si toma benzodiazepinas 30-60 mg /24 h - Dosis de rescate sc: 5-10 mg. - Dosis máxima diaria sc: 120-240 mg. Se recomienda no sobrepasar 120 mg/día sc. - Si no se logra el nivel de sedación adecuado con dosis máximas, añadir Levomepromazina sc.
<p>Levomepromazina sc (Sinogan® amp 25mg/1ml)</p> <p>En caso de delirium refractario, antecedentes de alcoholismo y/u otras drogodependencias o contraindicación para benzodiazepinas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dosis inicial o de inducción: 12,5-25 mg sc - Dosis de mantenimiento: 12,5-25 mg/6 h sc. - Si infusión continua sc: 75-100 mg/24 h. - Dosis de rescate sc: 12,5-25 mg cada 30 minutos o cada hora si es necesario. - Dosis máxima diaria sc: 300 mg. - Se puede asociar midazolam sc.
<p>Morfina sc</p>	<p>Asociar opioides (morfina sc) de forma concomitante cuando el dolor y la disnea se encuentran entre los síntomas.</p>

Escala de Ramsay

Se usa para valorar el grado de sedación, y en el caso de la sedación paliativa, se busca llegar a un grado de sedación de 5-6 en la escala de Ramsay. En caso de no estar en el grado deseado, se administraría una dosis de rescate. Hay que monitorizar el grado de sedación y dejarlo registrado en la historia clínica.

1. Despierto, ansioso y agitado.
2. Despierto, cooperador, orientado y tranquilo.
3. Dormido con respuesta a órdenes.
4. Somnoliento con breves respuestas a la luz y al sonido.
5. Dormido con respuesta sólo al dolor.
6. Profundamente dormido, sin respuesta a estímulos.

Vía subcutánea

Manejo básico

- **Material:** usar palomita de metal o plástico (de elección: Sat-T-íntima), tamaño 22G-23G (máximo 25G).
- **Zonas de punción:**
 - Localizaciones más frecuentes: región pectoral infraclavicular, deltoides y parte externa de los brazos. Otros sitios que podrían plantearse son la cara anterolateral de muslos, zona abdominal superior (hipodermoclisis), zona escapular (pacientes agitados).
 - Evitar en zonas de piel edematosas, irradiadas, con infiltración tumoral o ulceradas, prominencias óseas, zonas próximas a una articulación, pliegues, inflamación, infección local, cicatrices o utilización previa reciente.
- **Técnica de punción:** lavado de manos; desinfectar la zona de inserción; introducir la palomita en ángulo de 30°-45°; retirar el fiador de la vía (si se dispone de él); fijar la palomita con apósito transparente donde se pueda ver la zona de punción; administrar la medicación lentamente: máximo 2-3 ml para administración en bolus.
- **IMPORTANTE: no diluir la medicación y no lavar la vía.**
- **Ventajas:** uso sencillo en SUD y control de síntomas, tanto para sanitarios como para personas cuidadoras, con pocas complicaciones y efectos secundarios.

Indicaciones

- **Dificultad o pérdida de vía oral:** náuseas/vómitos, disfagia, malabsorción, fístula traqueo/bronco-esofágica o enterocutáneas o digestivas, alteración del nivel de la conciencia, debilidad extrema, rechazo de la vía oral, cáncer oral.
- **Síntomas o situaciones de difícil control por vía oral:** dolor resistente a opioides orales, disnea, delirium o agitación, oclusión intestinal, hidratación (hipodermoclisis), dificultad para el acceso venoso, convulsiones, agonía, sedación.

Contraindicaciones

- Anasarca (edema generalizado), hipoalbuminemia severa.
- Shock, hipoperfusión periférica.
- Coagulopatías, trombocitopenias severas y pacientes en tratamiento con anticoagulantes y/o antiagregantes (valorar su deprescripción).
- Alteraciones cutáneas locales en la zona de punción: infecciones, ulceraciones, infiltración tumoral, induración, edema, incisiones quirúrgicas, radiodermitis.
- Rechazo del paciente o familiares.

Aunque estas contraindicaciones deben ser consideradas en la práctica asistencial, se presentan muy infrecuentemente, por lo que rara vez existe contraindicación absoluta para la vía subcutánea.

Fármacos vía subcutánea

Fármaco	Indicaciones	Presentaciones	Dosis/pauta	Observaciones
Morfina (vida media 4h) RELE	Dolor Disnea, tos Diarrea	• Morfina 1 % amp 10 mg/ml • Morfina 2 % amp 20 mg/ml	No hay límite de dosis pero debemos individualizar: • 0,5 mg/kg/día (en 6 dosis cada 4 h si es en bolo). • Si recibe morfina oral, pautar la mitad de dosis.	• Fotosensible. • Puede mezclarse. • Equivalencia oral/sc: 2:1
Midazolam (vida media 2-5 horas) H	Ansiedad, inquietud, agitación Convulsiones Mioclonías por opioides Disnea terminal Hipo intratable Síntomas refractarios Sedación paliativa.	amp 15 mg / 3 ml • 1 ml = 5 mg	• Dosis habitual: 15-60 mg/día (6 dosis repartidas cada 4h, si es en bolo: 2,5-10 mg/4h). • Dosis inicial: 2,5-5 mg cada 4-6h (individualizar dosis en función de la respuesta). • Convulsiones: 10mg; si no cede se puede repetir	• Puede mezclarse.
Butilbromuro de hioscina (Buscapina®, vida media 6-8h) RELE	Estertores Secreciones respiratorias Obstrucción intestinal Antiespasmódico (cólicos) Sialorrea Espasmo vesical	amp 20 mg/ml	• Dosis habitual: 20 mg/ 4-6 h. • Dosis máxima: 60-180 mg/día.	• No produce somnolencia al no atravesar la barrera hematoencefálica. • Puede mezclarse.
Hidrobromuro de hioscina (Escopolamina, vida media 6h) H	Estertores	amp 0,5 mg/ml	• 0,5 mg-1 mg/4-6 h.	• Causa somnolencia al atravesar la barrera hematoencefálica. • Uso hospitalario o de cuidados paliativos
Haloperidol (vida media 8-12 horas) RELE	Náuseas y vómitos (de origen central) Agitación, delirium Hipo	amp 5 mg/ml	• Antiemético: 0,5-20 mg/día (dosis habitual: 3-5 mg/día). • Dosis delirium/agitación: 1-20 mg/día. • Dosis hipo: 1-3 mg/día.	• Fotosensible. • Puede mezclarse.

<p>Levomepromazina (Sinogan®, Nizolan®, vida media 15-30h) RELE</p>	<p>Delirium, agitación, ansiedad Náuseas y vómitos Sedación paliativa en delirium refractario Agitación refractaria a midazolam o con contraindicación a BZD. Útil en obstrucción intestinal (disminuye secreción intestinal).</p>	<p>amp 25 mg/ml</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dosis habitual: 25-75 mg/24 h (repartido cada 8h). • Rescates: 12,5-25 mg. • Dosis máxima: 300 mg/día. 	<ul style="list-style-type: none"> • Puede ser irritante. • Se recomienda no mezclar, aunque se puede mezclar con morfina, midazolam, buscapina o escopolamina.
<p>Metoclopramida (vida media 6-8h) RELE</p>	<p>Náuseas y vómitos de origen periférico. Éstasis gástrica por compresión tumoral. Hipo.</p>	<p>amp 10 mg/2 ml</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dosis habitual: 30-60 mg/día. • Dosis máxima: 120 mg/día. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ver la tabla de compatibilidades de fármacos por vía subcutánea.
<p>Dexametasona (Corticoide de elección en cuidados paliativos por su alta potencia, vida media larga y escaso efecto mineralocorticoide (no causa retención hidrosalina)). RELE</p>	<p>Dolor, disnea, tos Disfagia, vómitos Astenia/anorexia Compresión medular Sd de vena cava superior Obstrucción intestinal Convulsión por tumor cerebral o metástasis cerebrales.</p>	<p>amp fortecortin 4 mg/ml</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dosis: 2-16 mg/día. • Individualizar según indicación y paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fotosensible. • No mezclar (usar otra vía sc) ya que es irritante y puede cristalizar al mezclarlo. • Solamente se puede mezclar con morfina o tramadol.
<p>Diclofenaco (vida media 8 horas) RELE</p>	<p>Dolor óseo Fiebre</p>	<p>amp 75 mg / 3 ml</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dosis habitual: ½ amp cada 8h • Dosis diaria: 75-150 mg/día. 	<ul style="list-style-type: none"> • Irrita la zona de punción (en cuidados paliativos infusión sc con SSF y/o SG al 5%). • No mezclar (usar otra vía sc). • Se puede asociar con anticoagulantes orales.

<p>Tramadol (vida media 6-8 h) RELE</p>	<p>Dolor, tos</p>	<p>amp 100 mg/ 2 ml</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dosis habitual: 50-100mg/6-8h. • Dosis máxima: 400 mg/día. 	<ul style="list-style-type: none"> • Interacciona con anticoagulantes orales. • Dar la mitad en ancianos.
<p>Furosemida (vida media 8 horas) RELE</p>	<p>Edema cardiogénico, hepático y/o renal. Diurético, hipo, hipercalcemia</p>	<p>amp 20 mg/ 2 ml</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dosis: 20-140 mg/día (en bolos de 20 mg). 	<ul style="list-style-type: none"> • Fotosensible. • No mezclar. • Puede dar dolor y escozor en la zona de punción (en cuidados paliativos infusión sc con SSF y/o SG al 5%).

Compatibilidad de fármacos vía subcutánea

<u>UTILIZABLES VÍA SC</u>		<u>NO UTILIZABLES VÍA SC</u>
COMBINABLES	NO COMBINABLES (usar otra vía sc)	
<p>Morfina (fotosensible) Midazolam Buscapina® Escopolamina Levomepromazina (Sinogan®)* Haloperidol (fotosensible)** Metoclopramida*** Tramadol</p>	<p>Dexametasona (fotosensible), solamente se puede mezclar con morfina y tramadol. Diclofenaco Furosemida (fotosensible)</p>	<p>Metamizol (muy irritante) Diazepam (puede causar necrosis) Clorpromacina (puede causar necrosis grasa) Flumazenilo (Anexate®)</p>

*Salvo con metoclopramida y haloperidol.

**Salvo con metoclopramida y levomepromazina.

***Salvo con haloperidol y levomepromazina. Alto riesgo de precipitación. Se recomienda su administración aparte.

Adecuación farmacoterapéutica en cuidados paliativos

Concepto

- En cuidados paliativos es esencial evaluar la medicación y adecuar los fármacos a la situación, teniendo en cuenta los objetivos y las expectativas de vida.
- Aunque no hay un consenso claro de qué fármacos son inadecuados en este periodo, algunos no se consideran apropiados (sobre todo porque el tiempo necesario para obtener un beneficio es superior a la expectativa de vida del paciente).

Revisión del tratamiento farmacológico

- El objetivo es mejorar la calidad de vida del paciente, así como la de su familia, de una manera integral, continuada y compartida entre los diferentes recursos sanitarios, potenciando la autonomía del paciente y la Planificación Anticipada de Decisiones y a la vez, consiguiendo el control de los síntomas y el confort físico y emocional.
- Se recomienda revisar periódicamente la medicación y prescindir de los fármacos que no tengan utilidad inmediata.
- Requiere de la participación multidisciplinar, así como del paciente y sus cuidadores. En este proceso, el Farmacéutico de Atención Primaria (FAP) será de gran ayuda.
- Dicha revisión se dividirá en etapas:
 - Etapa 1. Valoración centrada en la persona. Definir objetivos terapéuticos según los objetivos asistenciales.
 - Etapa 2. Valoración centrada en los problemas de salud, identificarlos y jerarquizarlos. Asociar los fármacos a los problemas y clasificarlos en función del objetivo.
 - Etapa 3. Valoración centrada en el medicamento. Valorar la necesidad, efectividad, adecuación y seguridad de cada fármaco.
 - Etapa 4. Propuesta de un plan farmacológico individualizado.

Herramientas y recursos

Existen diferentes herramientas para ayudar en la toma de decisiones para la deprescripción:

- Criterios explícitos: STOPP/START, STOPP-FALL, Beers, Less-Chron, STOPP-FRAIL, STOPP-PAL, Morin, Peace, Parson.
- Sistemas electrónicos: Deprescribing.org, MedStopper, MedSafer, ACB Calculator.
- Notas de seguridad de la AEMPS.

Manejo básico

- La optimización del régimen farmacológico es un proceso dinámico.
- Es preferible retirar fármacos de uno en uno, para identificar los posibles efectos adversos tras la retirada y tomar las acciones correctoras necesarias.

Medicación potencialmente inapropiada

- **IBP y antiH2:** Retirarlos si se utilizan en profilaxis de úlcera péptica en pacientes sin antecedentes de sangrado o úlcera gastrointestinal y sin tratamiento concomitante con AINE, corticoesteroides orales u otros medicamentos gastrolesivos, esofagitis erosiva, esófago de Barret o hipersecreción patológica. Es necesaria la retirada gradual por riesgo de dispepsia y aumento de secreción ácida de rebote, (50% de la dosis por 4-6 semanas o tomarla a días alternos si las cápsulas no se pueden partir).
- **Antidiabéticos:** Mantener solo el tratamiento hipoglucemiante necesario para minimizar los síntomas relacionados con la hiperglucemia. DM tipo 1: ajustar la insulina a la mínima dosis, una vez al día. DM tipo 2: Priorizar la monoterapia. Ajustar a la dosis mínima sin síntomas de hipo o hiperglucemia.
- **Calcio, vitamina D, hierro y suplementos vitamínicos:** Retirar sin reducción gradual.
- **Anticoagulantes orales:** Individualizar. Considerar deprescribir si Pfeiffer ≥ 8 o si existe alto riesgo de caídas.
- **Antiagregantes:** Valorar retirada en prevención cardiovascular primaria (no existe evidencia de beneficio), sin retirada gradual.
- **Antihipertensivos:** Retirada gradual si se utilizan sólo como antihipertensivos (objetivos de control menos estrictos), hay riesgo de hipertensión de rebote y taquicardia. Se puede mantener el fármaco de 1ª línea pero evitar tratamientos combinados en >80 años con PAS <160 mmHg. Pensar que opiáceos pueden hipotensar. β -bloqueantes: reducción gradual en intervalos mensuales. Tiazidas: dosificación a días alternos.
- **Hipolipemiantes:** Retirar, sin reducción gradual.
- **Triple Whammy:** Evitar combinar AINE + IECA o ARA-II + diurético (riesgo de fallo renal agudo).
- **Antigotosos:** Alopurinol: Retirar si 5 años sin episodios de gota (tener en cuenta la edad y las cifras de ácido úrico). No tratar la hiperuricemia asintomática, salvo cifras de >13 mg/dl en hombres y >10 mg/dl en mujeres o en tratamientos oncológicos. Febuxostat: desaconsejado en riesgo CV elevado o enfermedad CV establecida.
- **Antiespasmódicos urinarios:** Retirar en pacientes que usan absorbentes (presentan mejora modesta y alta carga anticolinérgica).
- **Analgésicos:** Metamizol: solo durante 7 días a las dosis mínimas eficaces. Paracetamol 1 g/8h: valorar cambiar a 500-600 mg/6-8h (efectividad y menos riesgo).
- **Antagonistas α -adrenérgicos:** Evitar si los síntomas no afectan la calidad de vida. Combinar antagonista α -adrenérgicos + inhibidores 5 α -reductasa no es aconsejable y es posible la retirada del antagonista α -adrenérgico a los 6-12 meses de tratamiento.
- **Antipsicóticos:** Evitar la cronificación en pacientes con síntomas del comportamiento en las demencias y revalorar la continuidad cada 3 meses. Retirar gradualmente en trastornos de comportamiento asociados a demencia tras un mes sin síntomas
- **Inhibidores de la colinesterasa (rivastigmina, donepezilo, galantamina) y memantina:** No iniciar y valorar retirar si demencia avanzada (Geriatric Depression Scale >6), si no se ha demostrado respuesta, si hay efectos adversos o a petición del paciente/cuidador. Retirada gradual y monitorizar síntomas de retirada (pueden aparecer a los 1-3 días de reducción de dosis) y la recurrencia de los síntomas psicológicos y conductuales de las demencias suelen aparecer a la 1-2 semanas.
- **Tratamiento para el vértigo (Trimetazidina):** no autorizada para tratar el vértigo, acúfenos y alteraciones de la visión. Betahistina: indicado en el síndrome de Ménière. Valorar la adecuación y efectividad. Descartar causas farmacológicas del vértigo.

Síntomas frecuentes en cuidados paliativos

Anorexia

Etiología múltiple y multifactorial

- Fármacos: opioides, antibióticos, etc.
- Cáncer
- Dolor
- Estreñimiento
- Vómitos
- Ansiedad y depresión
- Alteraciones metabólicas
- Infección
- Patología oral

Manejo y tratamiento

Medidas generales	<ul style="list-style-type: none"> - Consejos dietéticos: respetar sus gustos, dieta adaptada al paciente, cuidar la presentación y fraccionar las comidas (platos y raciones pequeñas, con alto contenido calórico), no forzar la ingesta - Cuidados de la boca. - Ejercicio físico moderado y tolerable, adaptado al paciente. - Tratamiento de las causas tratables: infección, depresión, dolor, vómitos, patología oral, etc.
Fármacos (RELE)	<ul style="list-style-type: none"> - Si pronóstico vital mayor de 4 semanas: Progestágenos (acetato de megestrol): inicio con 160-320 mg/día, incrementos de 160-320 mg cada semana, dosis máxima 800 mg/día. Tardan 4 semanas en hacer efecto y no se deben usar si hay antecedentes tromboembólicos. - Si pronóstico vital menor de 4 semanas o no mejora con progestágenos o hay antecedentes trombóticos: Corticoides (Dexametasona 4-8 mg/día o Prednisona 20-40 mg/día). - Otros: Mirtazapina 15-30 mg/día; Metoclopramida 10 mg/4 h en caso de gastroparesia, náuseas crónicas o saciedad precoz; Olanzapina 5 mg/día (se puede asociar con acetato de megestrol).

Ascitis

Etiología

- **No oncológica:** cirrosis hepática, hipertensión portal, hepatopatía crónica, insuficiencia cardíaca, síndrome nefrótico, pancreatitis, tuberculosis, perforación intestinal, pericarditis constrictiva, hipoalbuminemia grave.
- **Oncológica** (ascitis maligna): hepatocarcinoma, cáncer gástrico, páncreas, colorrectal, mama, ovario, endometrio, carcinomatosis peritoneal.

Manejo y tratamiento

Medidas generales	<ul style="list-style-type: none"> - Restricción de sodio (solamente beneficio en hipertensión portal). - Evitar AINEs, betabloqueantes, IECAs, ARA II, aminoglucósidos. Valorar la deprescripción de estos fármacos.
Diuréticos (RELE)	<ul style="list-style-type: none"> - Espironolactona: de elección. Inicio con 100 mg/día, con incrementos escalonados cada 72 h en pasos de 100 mg) y hasta un máximo de 400 mg/día. - Furosemida: añadir si no responde a espironolactona. Inicio con 40 mg hasta un máximo de 160 mg/día. No usar en monoterapia.
Paracentesis evacuadora	Indicada en ascitis a tensión, ascitis sintomáticas o en ascitis refractaria (que no responde a diuréticos).

Astènia

Etiologia múltiple y multifactorial

- Patología oncológica.
- Fármacos: opioides, tratamientos antitumorales, estatinas, relajantes musculares, benzodiazepinas, antidepresivos, anticolinérgicos, diuréticos, anticonvulsivantes, neurolépticos, betabloqueantes, etc.
- Mal control de otros síntomas: dolor, disnea, vómitos, insomnio, etc.
- Presencia de comorbilidades o complicaciones del cáncer: infección, hemorragias, hipoxia, alteraciones metabólicas o endocrinas, disfunción cardiopulmonar, hepática, renal, neurológica, etc.
- Anemia, déficit de hierro, ácido fólico o vitamina b12.
- Ansiedad, depresión, somatización, estrés.

Manejo y tratamiento

Medidas generales	<ul style="list-style-type: none"> - Comunicación con paciente/familia/persona cuidadora, sobre su situación, las causas de su astenia y las probabilidades de tratamiento. - Soporte psicosocial, ofreciendo opciones según sus posibilidades. - Higiene del sueño. - Actividad diaria adecuada y tolerable al grado de astenia. - Tratamiento de las causas tratables: anemia (hierro, ácido fólico, vitamina b12, transfusión), fármacos (reducir o retirar), infección, hipoxia, hipotiroidismo, depresión, etc.
Fármacos (RELE)	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Corticoides</u>: si pronóstico vital menor de 4 semanas → Dexametasona 4-8 mg/día o Prednisona 20-40 mg/día. - <u>Psicoestimulantes</u>: <ul style="list-style-type: none"> • Metilfenidato 5-10 mg por la mañana y 5 mg por la tarde (dosis máxima de 30 mg/día). Está indicado en fatiga severa asociada al cáncer y depresión, pero contraindicado si angor, HTA, alteraciones psiquiátricas, epilepsia, hipertiroidismo o glaucoma. • Modafinilo 100-200 mg/día. Indicado en narcolepsia, astenia en enfermedad avanzada y en esclerosis múltiple, pero contraindicado en los mismos casos que metilfenidato, salvo en hipertiroidismo y glaucoma. - <u>Otros</u>: Testosterona si hipogonadismo o niveles de testosterona bajos. Disponible en gel transdérmico sobres (Testogel®) en RELE 5g/24h. D máx 10g/24h o gel transdérmico en tubo (Itrogen®) en RELE: 3g/24h. D máx 4g/24h.

Boca seca

Etiología múltiple y multifactorial

- Deshidratación
- Fármacos: opioides, anticolinérgicos, antidepresivos, benzodiacepinas, etc.
- Infecciones bucales
- Radioterapia y quimioterapia
- Ansiedad y depresión
- Otros: fiebre, vómitos, etc.

Manejo y tratamiento

Medidas generales	<ul style="list-style-type: none"> - Adecuada higiene de la boca. - Aumentar ingesta de líquidos (zumos de frutas ácidas, agua con limón o naranja, te con limón, manzanilla con limón). - Masticar chicles sin azúcar. - Chupar caramelos de limón, trozos de piña natural, cubitos de hielo, tabletas de vitamina C. - Hacer enjuagues de manzanilla y limón. - Prescribir preparados de salivas artificiales (Bucalson® 2-3 pulverizaciones de 1-2 sg varias veces al día). - Reducir o retirar o cambiar fármacos productores de boca seca.
Tratamiento de las infecciones bucales (RELE)	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Candidiasis oral</u>: Miconazol (Daktarin®) gel oral 2 cucharadas/6 h 7-15 días; Nistatina (Mycostatin®) 2.5-5 ml/6-12 h 7-15 días; Fluconazol 100 mg/día 7-10 días. - <u>Herpes virus</u>: Aciclovir 800 mg/5 h 5 días; Famciclovir 250 mg/8 h 15 días
Fármacos (RELE)	<ul style="list-style-type: none"> - Pilocarpina: dosis: 5-10 mg/8 h. Indicado solamente en xerostomías por radioterapia y Sd Sjögren ya que tiene muchos efectos secundarios (sobre todo hiperhidrosis y dolor abdominal cólico). Está contraindicado en asma, EPOC, enfermedad ocular donde la miosis esté contraindicada (iritis, glaucoma), embarazo y lactancia.

Delirium

Subtipos clínicos

Hiperactivo: predomina agitación psicomotora.

Hipoactivo: predomina somnolencia, letargia, y disminución de la atención y del nivel de alerta.

Mixto: alterna episodios de agitación y de letargia.

Etiología múltiple y multifactorial

- Cáncer: tumor cerebral, metástasis cerebrales, síndrome paraneoplásico.
- Infecciones: urinarias, respiratorias, SNC, sepsis.
- Fármacos: opioides, corticoides, antibióticos, psicotrópicos, digoxina, antiarrítmicos, quimioterapia, inmunoterapia.
- Síndrome de abstinencia: benzodiazepinas, opioides, alcohol.
- Retención aguda de orina o de heces (fecaloma o impactación fecal).
- Insuficiencia de órgano: insuficiencia hepática (encefalopatía hepática), insuficiencia renal (encefalopatía urémica), respiratoria (hipoxia, hipercapnia).
- Trastornos hidroelectrolíticos: deshidratación, hipoglucemia, alteraciones de sodio, potasio, calcio.
- Trastornos neurológicos: ictus, estado postcrítico, estatus epiléptico no convulsivo.
- Otros: anemia, déficit nutricionales (hipoalbuminemia), déficit vitamínicos (ácido fólico, tiamina (B1), vitamina B12, radioterapia).

Manejo y tratamiento

Tratamiento etiológico

Descartar y tratar causas tratables:

- Tumor cerebral/metástasis cerebrales: valorar corticoides por edema cerebral (**Dexametasona** 4 mg/8h).
- Retención aguda de orina: sondaje vesical.
- Fecaloma o impactación fecal: extracción manual, enemas rectales (Enema Casen® 250 ml) o desimpactación fecal farmacológica: 8 sobres al día de Marcogol (Movicol® Casenlax®) en un 1L de agua a tomar en 6 horas, no más de 3 días.
- Opioides: reducir dosis, rotación de opioide, asegurar hidratación.
- Síndrome de abstinencia de benzodiazepinas: administrar benzodiazepinas.
- Infección: antibiótico.
- Insuficiencia renal: hidratar, ajuste de dosis de fármacos.
- Insuficiencia hepática: ajustar dosis de fármacos, controlar estreñimiento (laxantes/enemas).

<p>Medidas generales</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Explicación adecuada del proceso a la familia (avisar de las fluctuaciones, predominio nocturno, y priorizar el confort). - Comunicación clara: frases cortas, contacto visual, evitar confrontaciones. - Ambiente tranquilo y de confianza, rodeado por personas y objetos familiares. Luz tenue por la noche. - Medidas de reorientación: intentar contacto con la realidad (reloj, calendario, prótesis auditivas, gafas). - Mantener una buena hidratación, con un patrón intestinal adecuado. - En caso de delirium evitar las benzodiacepinas.
<p>Tratamiento farmacológico (RELE)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Tolera vía oral</u>: Quetiapina 25-50 mg cada 12-24 h (rescate de 25-50 mg, máximo 200 mg/día) o Risperidona 0,25-1 mg/12-24 h (máximo 2-3 mg/24h, rescates de 0,5 mg). - <u>No tolera vía oral</u>: Haloperidol sc 2,5 mg/8-12 h, rescates de 2,5 mg o Levomepromazina sc 12,5-25 mg/6-8 h, rescates de 12,5-25 mg. - <u>Crisis de agitación grave</u>: Haloperidol 2,5-5mg sc o Levomepromazina 12,5-25mg sc +/- Midazolam 5-10mg sc (si no es efectivo el antipsicótico).
<p>Delirium en situación terminal (SUD)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tratamiento exclusivamente sintomático. - Descartar retención aguda de orina. - Valorar sedación paliativa continua: Levomepromazina 12,5-25 mg/6-8 h sc (pauta fija) +/- Midazolam 5-10 mg/4-6 h sc según grado de agitación.
<p>Delirium refractario</p>	<p>Valorar sedación paliativa continua (pauta fija de Levomepromazina +/- Midazolam sc).</p>

Disnea

Etiología múltiple

- **Causas pulmonares:** cáncer de pulmón, metástasis pulmonares, compresión tumoral de vías aéreas, asma, EPOC, neumonías, neumotórax, derrame pleural, fibrosis pulmonar, neumonitis por quimioterapia o inmunoterapia, etc.
- **Causas extrapulmonares:** insuficiencia cardíaca, TEP, anemia, linfangitis carcinomatosa, metástasis hepáticas, ascitis, ansiedad, etc.

Manejo y tratamiento

Tratamiento etiológico	<ul style="list-style-type: none"> - Insuficiencia cardíaca y ascitis: diuréticos - Anemia: transfusión - TEP: anticoagulación - Neumonía: antibióticos - Asma-EPOC: broncodilatadores (pautados junto al dispositivo más adecuado en cada caso), corticoides - Ansiedad: Benzodicepinas - Derrame pleural: drenaje
Medidas generales	<ul style="list-style-type: none"> - Comunicación adecuada: explicar la causa del síntoma, facilitar la información para que expresen sus miedos o dudas. - Ejercicios de fisioterapia respiratoria y de relajación: respiración diafragmática, espiración con labios semiocluidos. - Oxigenoterapia: indicada si SatO₂ <92% y en no hipoxemia si el paciente percibe mejoría. Se recomiendan gafas nasales por su confortabilidad. - Circulación del aire: promover la circulación del aire de la estancia, ventiladores o abanicos (fuente de aire fresco en la cara). - Ambiente relajado y tranquilo. - Medidas posturales: elevar la cabecera de la cama, sentar o semisentar.
Tratamiento sintomático (RELE)	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Opioides:</u> Morfina oral de liberación rápida 2,5-5mg/4-6h (Sevredol®), de liberación retardada 10-15mg/12h (MST®), o Morfina sc 2,5-5mg/4-6h, Fentanilo parches 12mcg/72h y rescates Fentanilo sl. - <u>Benzodicepinas:</u> asociarlas a opioides, no en solitario. Si ansiedad: Lorazepam 0,5-1mg cada 6-8h vo o sl, Midazolam 2,5-5mg cada 4-6h sc. - <u>Corticoides:</u> en obstrucción de vía aérea, broncoespasmo, linfangitis carcinomatosa, neumonitis, sd vena cava superior. Dexametasona 8-16mg/24h vo o sc, o Prednisona 40-60mg/24h.
Disnea severa	<ul style="list-style-type: none"> - En caso de crisis: Morfina 5mg (RELE) + Midazolam 5mg sc (H).
Refractaria	<ul style="list-style-type: none"> - En caso de disnea refractaria valorar sedación paliativa

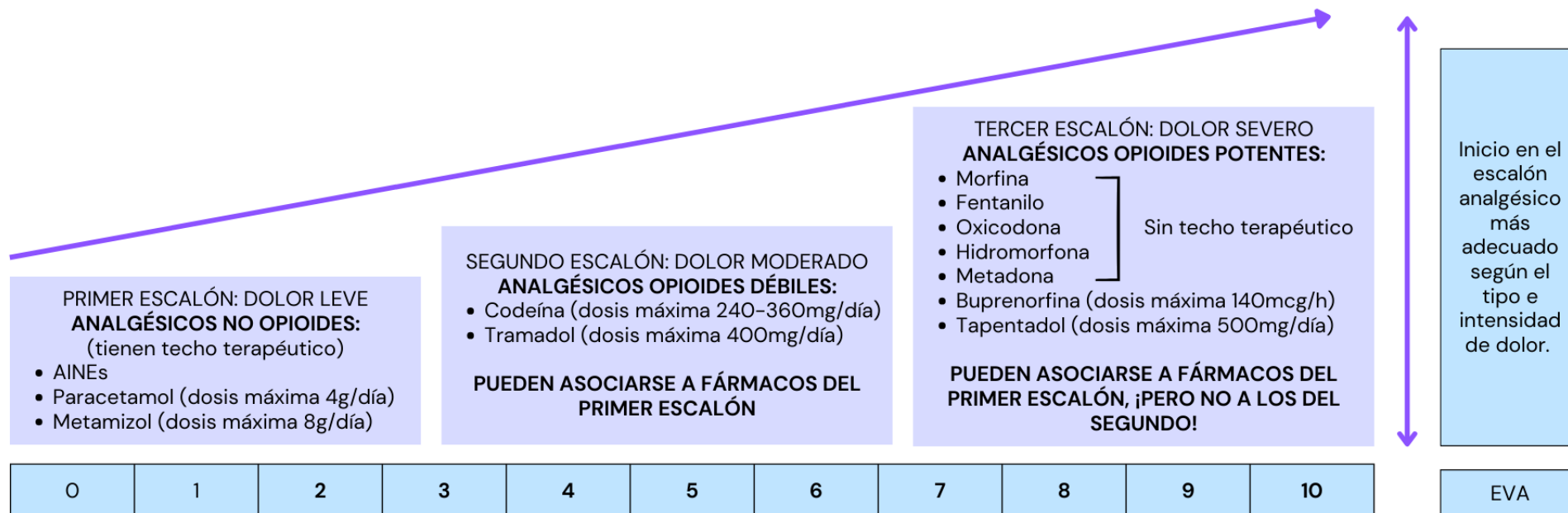
Dolor

10 puntos clave

- 1. Evaluación detallada del dolor:** causas, inicio, tipo, duración, intensidad, factores desencadenantes o de alivio, patrones temporales, repercusiones en actividad diaria, eficacia ante tratamientos previos con fármacos analgésicos, antiinflamatorios, anticonvulsivantes, etc.
- 2. Monitorización:** respuesta analgésica y aparición de efectos secundarios. Hay que explicar su posible aparición al paciente y a la familia, sobre todo en opioides:
 - Síntomas: vómito, mareo, somnolencia, estreñimiento, delirio, prurito y sudoración.
 - Estrategias: inicio con dosis bajas, reducir dosis, medidas preventivas o tratamiento del síntoma, cambio de opioide, cambio de la vía de administración.
- 3. Escalera analgésica (OMS):** inicio en el escalón adecuado según el tipo e intensidad de dolor y en caso de dolor moderado-severo dar opioides omitiendo el 1º escalón.
- 4. Evitar la administración conjunta de opioides potentes y débiles.**
- 5. Asociaciones:** el 1º escalón se puede asociar con el 2º y 3º escalón, y los tratamientos coadyuvantes se pueden asociar a cualquier escalón.
- 6. Dar prioridad a la vía oral y administrar en horarios regulares:** si pérdida de la voz valorar vía transdérmica, transmucosa o subcutánea.
- 7. Siempre pautar una dosis basal y dosis de rescate** (para crisis de dolor irruptivo o exacerbación).
- 8. Tratamiento adecuado del dolor irruptivo o exacerbación:** las dosis de rescate por lo general son 1/6 de la dosis total diaria.
- 9. Ajustar tratamiento según la evolución del dolor y los rescates utilizados:** Si se usan más de 3-4 rescates al día valorar una de las siguientes opciones:
 - Aumentar la dosis de base: sumar dosis basal + rescates diarios y ajustar la dosis total.
 - Aumentar un 1/3 o 1/2 de la dosis de base.En cualquier caso, debemos instruir sobre las pautas a seguir en caso de dolor irruptivo, respuesta analgésica insuficiente o aparición de efectos secundarios
- 10. Medidas preventivas ante posibles efectos secundarios:**
 - AINEs: valorar gastroprotección.
 - Opioides: si estreñimiento valorar iniciar Lactulosa (Duphalac®) o Macrogol (Movicol®) 1 sobre/día. Si vómitos valorar iniciar haloperidol gotas 3-3-5 o metoclopramida 10mg/8h por 3-5 días).

Escalera analgésica

ESCALERA TERAPÉUTICA /ASCENSOR TERAPÉUTICO



La base del control del dolor (y de cualquier síntoma) tiene que ser la **comunicación**, el **soporte emocional** y la **atención** al paciente y su familia.

Valoraremos añadir **coadyuvantes** en cualquier escalón, según la situación clínica y la causa del dolor: anticonvulsivantes, antidepresivos, corticoides, ansiolíticos, relajantes musculares, etc.

Coadyuvantes

<p>Corticoides (de elección Dexametasona por la mañana, 2-16 mg/día) RELE</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Astenia/anorexia: 4-8 mg/día vo, sc. - Compresión medular: 16-32 mg/día vo, sc, ev. - Hipertensión intracraneal: 8-16 mg/día vo, sc, ev. - Compresión nerviosa, inflamación en órganos macizos (hepatomegalia), tumores de cabeza y cuello, obstrucción intestinal, broncoespasmo: 4-8 mg/día vo, sc. - Sd vena cava superior: 4-8 mg/6-8h vo, sc, ev. - Metástasis óseas: 4-8 mg/día vo, sc.
<p>Relajantes musculares RELE</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Baclofeno → dolor neuropático lancinante o paroxístico, espaticidad muscular en enfermedades neurológicas: inicio con 5 mg/8-12h, incrementos de 5 mg cada 3 días, hasta 10-25 mg/8 h vo. Tiene efecto anticolinérgico: boca seca, estreñimiento, etc. - Diazepam → dolor crónico y ansiedad (5 mg/noche vo), espasmos musculares 2,5 mg/8h vo y ajustar dosis según respuesta. - Tizanidina → espaticidad muscular: inicio con 2 mg/8h vo, incrementos progresivos a los 3-7 días, dosis máxima 36 mg/día. - Metocarbamol → espaticidad muscular de origen traumático o radiculopatía, no efectivo en lesiones del SNC: 4 gr/6h vo en 3-4 tomas. Tiene efecto anticolinérgico (boca seca, estreñimiento, etc).
<p>Antidepresivos RELE</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Amitriptilina → dolor neuropático: inicio 10-25 mg/noche, incrementos graduales (10-25 mg cada 3-7 días), dosis máxima 150 mg/día. Tiene efecto anticolinérgico (boca seca, estreñimiento, etc). En caso de no mejoría en 8 semanas, valorar suspender o sustituir. - Duloxetina → dolor neuropático, depresión, sofocos secundarios a castración: inicio con 30 mg/noche, incrementos de 30 mg cada 7 días (dosis habitual: 60-120mg, dosis máxima: 120 mg/día (60 mg/12 h). Si no mejora en 8 semanas suspender o sustituir. Riesgo de hepatopatía e hiperglucemia. - Venlafaxina → igual que Duloxetina: inicio 37,5mg 1-2 veces al día, incrementos de 37,5-75 mg cada 7 días (dosis eficaz: 150-225 mg/día y dosis máxima 225 mg/día. Riesgo de aumento de la FC y TA, aparición de arritmias e hipercolesterolemia. - ISRS → dolor neuropático, depresión, sofocos en tto hormonal en cáncer de mama, prurito en cáncer avanzado: Paroxetina (inicio 10-20 mg/día, hasta 50 mg/día, en ancianos dosis máxima 40mg/día), Escitalopram (inicio 5-10 mg/día, hasta 20 mg/día excepto en >65 años en los que la dosis máxima es de 10mg/día). - Trazodona → depresión asociada a insomnio: 50-100 mg/noche. - Mirtazapina → valorar en pacientes oncológicos por su efecto sedante, hipnótico, antiemético, antipruriginoso, mejora la anorexia y el aumento de peso, y por sus pocas interacciones. Dosis habitual: 15-30mg/día.
<p>Anticonvulsiantes RELE</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Carbamazepina → se desaconseja en pacientes oncológicos por potencial riesgo de mielosupresión y leucopenia - De elección en dolor neuropático, aunque su efecto analgésico puede requerir 4 semanas: <ul style="list-style-type: none"> o Gabapentina → inicio 100-300 mg de 1-3 veces al día, incrementos de 100 a 300 mg cada 3-7 días en 3 tomas, dosis habitual: 1200-2400 mg/día, dosis máxima 3600 mg/día. o Pregabalina → inicio 25-75 mg/día monodosis, incrementos de 75 mg/día cada 3-7 días en 2 tomas, dosis habituales: 150-600 mg/día, dosis máxima 600 mg (300 mg/12h).

Rotación de opioides

Concepto	Es la sustitución de un opioide potente previamente prescrito por un opioide potente alternativo o cambio de vía de administración con el objetivo de obtener una mejor respuesta analgésica y/o reducir una toxicidad inaceptable.
Indicaciones	<ul style="list-style-type: none"> - Efectos adversos o toxicidad secundaria a opioides: neurotoxicidad (delirio, alucinaciones, somnolencia), toxicidad digestiva (vómitos, estreñimiento). - Mal control del dolor. - Alergia a opioides: es muy rara. - Intolerancia a la vía de administración. - Otros: económicos, deseo de otro opioides o de otra vía de administración, etc.
¿Cómo realizar la rotación o cambio de opioide?	<ul style="list-style-type: none"> - Cálculo de la dosis total diaria del opioide inicial. - Elegir el nuevo opioide o la nueva vía de administración. - Cálculo de la dosis equivalente de morfina oral diaria del nuevo opioide (ver tabla de equivalencias). - Reducir la dosis un 25-50 %, salvo si se cambia la vía de administración con el mismo opioide, el dolor es severo o si la rotación es a fentanilo en parche. - Calcular dosis de rescate: como regla general es un 1/6 de la dosis total diaria. - Pautar dosis de base y dosis de rescates. - Ajuste de dosis: sumar dosis basal más rescates diarios o bien aumentar el tratamiento de base un 30-50 %. - Monitorización del paciente para valorar la eficacia analgésica y la aparición de efectos secundarios

Ejemplos de rotación de opioides

Ejemplo 1 - Inicio de opioide

María, mujer de 76 años. Antecedentes: EPOC. DM2. Artrosis. Neoplasia Pulmón con metástasis óseas (L3). Tratamiento habitual para el dolor: nolotil 575mg/horas alterno con paracetamol 1g. Situación basal: IABVD. Barthel 90. Vida activa. Hace 2 días caída desde su propia altura con fractura vertebral. Dolor con intensidad basal EVA 7/10 en la zona lumbar derecha que se intensifica con los movimientos a EVA 9/10. Su tratamiento habitual para el dolor no le es efectivo.

Opción 1) Se inicia tratamiento con morfina. Dosis inicial 5-10mg, únicamente de rescate para titular dosis posteriormente. Se puede tomar cada 4 horas si precisa por el dolor. Pastillas de *sevredol 10mg* o jarabe *5ml oramorph (2mg/ml)*. Preferido si es dolor puntual.

Opción 2) Se inicia tratamiento con fentanilo. Dosis inicial parche fentanilo 12 microgramos. Rescates de fentanilo SL 100 mcg. Preferido si ERC, pérdida de vía oral próxima o difícil adherencia terapéutica.

Es importante explicar la posibilidad de aparición de náuseas (10mg de *metoclopramida* si precisa) y la aparición probable de estreñimiento (iniciar laxante, *Duphalac*).

Monitorización de la paciente para valorar la eficacia analgésica a los 2-3 días. Ajuste posterior de dosis según dolor: sumar dosis basal más rescates diarios o bien aumentar el tratamiento de base un 30-50 %.

Opción 1) Toma 6 rescates diarios y dolor controlado --> morfina 10mgx6 = 60mg morfina diario --> MST (morfina lenta) 30 mg 1-0-1. Rescates 10mg sevredol.

Opción 2) Toma 6 rescates de fentanilo 100 (más de 4-5 es dolor mal controlado). Subimos parche a 25 microgramos y mantenemos dosis de 100 fentanilo.

El rescate es 1/6 dosis total diaria (DTD). DTD = 25 x24h = 600 microgramos día. 1/6 de 600 son 100 microgramos fentanilo.

Ejemplo 2 - Rotación de un opioide mayor a otro opioide mayor

Vemos a María 3 meses más tarde con los resultados de una analítica de control. Tratamiento actual para el dolor: MST 40mg/ 12 horas y rescates de 15mg de sevredol puntual. Nos indica dolor basal controlado (EVA 2/10) y usa entre 0-2 rescates diarios. En la analítica se evidencia una caída de la función renal.

1) Cálculo de la dosis total diaria del opioide inicial: *40mg morfina MST/12h + 1 rescates diarios de sevredol 15mg. Dosis total morfina= 40+40+15 = 95mg morfina total diaria.*

2) Elegir el nuevo opioide o la nueva vía de administración --> Dado la caída de la función renal se decide cambiar a fentanilo transdérmico. Siempre es muy importante informar a la familia del cambio y de los posibles desajustes debido al mismo (infradosificación temporal y efectos adversos).

3) Cálculo de la dosis equivalente de morfina oral diaria del nuevo opioide (ver tabla de equivalencias).

Morfina 1 mg = fentanilo 10 µg.

Morfina 90mg = X X= 90x10= 900 microgramos/24h = 37,5 mcg/h de fentanilo

4) Reducir la dosis un 25-50 %, salvo si se cambia la vía de administración con el mismo opioide, el dolor es severo o si la rotación es a fentanilo en parche.

Como María actualmente está sin dolor se puede bajar la dosis un entre 25-50% (le bajaremos 33%) → *1/3 de 37,5 es 12,5. 37,5- 12,5 = 25 microgramos/hora de fentanilo.*

5) Calcular dosis de rescate: como regla general es un 1/6 de la dosis total diaria. *25mcg/h = 600mcg/24 horas □ dosis de rescate de 100mcg de fentanilo.*

6) Pautar dosis de base y dosis de rescates: *Parche de fentanilo de 25 microgramos/3 días y rescates de fentanilo sublingual (Abstral/ effentora) de 100 mcg*

Ejemplo 3 – Rotación de un opioide mayor por pérdida de vía oral

Vemos a María 6 meses más tarde con episodios de atragantamiento y deterioro progresivo del estado general las últimas 2 semanas. Tratamiento actual para el dolor: Parche de fentanilo de 50mcg/3 días y rescates de fentanilo sublingual de 200mcg. Nos indica dolor basal controlado (EVA 2/10) y usa entre 3 rescates diarios aproximadamente. Situación basal: DABVD. Barthel 45. Vida cama-sillón.

1) Cálculo de la dosis total diaria del opioide inicial: $50 \text{ mcg/hora} \rightarrow 1200 \text{ mcrg}/24\text{h}$. *Dosis total de mantenimiento + rescates = $1200+200+200+200 = 1800 \text{ mcg total diario fentanilo}$.*

2) Elegir el nuevo opioide o la nueva vía de administración → Se mantiene el parche de fentanilo de 50mcg y pasamos el fentanilo sublingual a fentanilo intranasal (pecfent) o a morfina subcutánea.

3) Cálculo de la dosis equivalente de morfina oral diaria del nuevo opioide (ver tabla de equivalencias).

Morfina oral 1 mg = fentanilo 10 µg.

X → 1800 mcg

X = $1800/10 = 180 \text{ mg de morfina diaria oral}$

Vo: Vsc (2:1) → 90mg de morfina subcutánea de dosis total diaria.

Rescates son 1/6 de la dosis total → $90\text{mg}/6 = 15\text{mg de morfina subcutánea}$. Serían los rescates equivalentes.

4) Reducir la dosis un 25-50 %, salvo si se cambia la vía de administración con el mismo opioide, el dolor es severo o si la rotación es a fentanilo en parche.

María está entrando en SUD por lo que previsiblemente podría empeorar el dolor, por ello se decide no disminuir dosis al realizar la rotación.

5) Calcular dosis de rescate: como regla general es un 1/6 de la dosis total diaria. $90\text{mg}/6 = 15\text{mg de morfina subcutánea}$.

6) Pautar dosis de base y dosis de rescates:

Opción 1: parche de fentanilo de 50 mcg y rescates de pecfent 200 mcg (2 puff, uno en cada fosa nasal).

Opción 2: parche de fentanilo 50 mcg y rescates de morfina subcutánea 15mg si precisa.

Monitorización del paciente para valorar la eficacia analgésica y la aparición de efectos secundarios. Por ello se debe realizar una cita de control al día siguiente.

Ajuste posterior de dosis según dolor: sumar dosis basal más rescates diarios o bien aumentar el tratamiento de base 1/3.

Tabla de equivalencias entre opioides

<u>Morfina oral</u>	<u>Morfina oral 1mg</u>	<u>Otras equivalencias</u>
<ul style="list-style-type: none"> · Oral a subcutánea → 2:1 (dividir por dos) · Oral a endovenosa → 3:1 (dividir por tres) 	<ul style="list-style-type: none"> · Codeína oral 10mg → 1:10 (multiplicar por 10) · Tramadol oral 5mg → 1:5 (multiplicar por 5) · Tapentadol oral 3mg → 1:3 (multiplicar por 3) · Oxycodona oral 0,5 mg → 2:1 (dividir por 2) · Hidromorfona oral 0,2 mg → 5:1 (dividir por 5) · Fentanilo sublingual 10 mcg → 1:10 (multiplicar por 10) · Fentanilo transdérmico → 2,5:1 (dividir por 2,5) 	<p>Sin cambios en la conversión:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Oxycodona oral a Fentanilo transdérmico. · Oxycodona oral a morfina sc. <p>Cambio de morfina a metadona:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Dosis de morfina de 30 a 90 mg/día: conversión de 4:1. · Dosis de morfina de 91 a 300 mg/día: conversión de 8:1. · Dosis mayores de morfina: conversión de 12:1.

TABLA DE EQUIVALENCIAS DE OPIOIDES MAYORES						
DOSIS TOTAL DIARIA			DOSIS DE RESCATE (si precisa)			
Morfina vía oral mg/24h (RELE)	Fentanilo parche mcg/h cada 72h (RELE)	Oxicodona vía oral mg/24h (RELE)	Rescate morfina vía oral (RELE)	Rescate morfina subcutánea (RELE)	Rescate Oxicodona vía oral (RELE)	Rescate fentanilo transmucoso (RELE)
<p>1-MST continus® (cada 12h): 5, 10, 15, 30, 60, 100, 200 mg.</p> <p>2-Morfina liberación rápida (cada 4h):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comprimidos: Sevredol® 10, 20mg. • Solución: Oramorph® 2 mg/ml, Oramorph® 20 mg/ml 	<p>Parches de fentanilo 12, 25, 50, 75 y 100</p>	<p>1-Oxicodona liberación prolongada (cada 12h): 5, 10, 20, 40 y 80 mg.</p> <p>2-Asociado a naloxona (cada 12h): 5/2,5, 10/5, 20/10, 30/15,40/20 (Dmax. 80/40 cada 12h).</p> <p>3-Oxicodona de liberación rápida (cada 4h):</p> <ul style="list-style-type: none"> • cps de 5,10 y 20 mg. • Solución de 10 mg/ml 	<p>Morfina de liberación rápida:</p> <p>1-Comprimidos: Sevredol® 10 y 20 mg. Se pueden partir.</p> <p>2-Solución: Oramorph® 2 mg/ml. Oramorph® 20 mg/ml: 4 gotas (5mg), 8 gotas (10mg), 16 gotas (20 mg).</p>	<p>1-Morfina 1%: amp 10 mg/ml</p> <p>2-Morfina 2%: amp 1ml 20 mg/ml, amp 2ml 20 mg/m</p>	<p>Oxicodona de liberación rápida: cps de 5,10 y 20 mg. Solución de 10 mg/ml</p>	<p>Múltiples presentaciones. Por facilidad de uso aconsejamos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comprimido sublingual: 100, 200, 300, 400, 600, 800 mcg • Nasal: 100 y 400 mcg
30	Parche de 12	15	5	2.5	2.5	100
60	Parche de 25	30	10	5	5	100
90	Parche de 25+12	45	15	7.5	7.5	100
120	Parche de 50	60	20	10	10	200
180	Parche de 75	90	30	15	15	300
240	Parche de 100	120	40	20	20	400

Estreñimiento

Etiología múltiple y multifactorial

- **Generales:** ingesta escasa de fibra y líquidos, movilidad reducida, deshidratación, confusión, sedación, entorno inadecuado o falta de privacidad, etc.
- **Fármacos:** opioides, anticolinérgicos, antiácidos (compuestos de calcio y aluminio), hierro, calcio, diuréticos, anticonvulsivantes, antihipertensivos (betabloqueantes y calcioantagonistas), neurolépticos, vincristina. Valorar suspender estos tratamientos en caso de estreñimiento.
- **Neurológicas:** tumor cerebral, compresión medular, paraplejía, alteraciones sistema nervioso simpático y parasimpático, infiltración de nervios sacros, lesión en medula espinal lumbosacra, cola de caballo o plexo pélvico.
- **Metabólicas:** hipotiroidismo, hipercalcemia, hipopotasemia, uremia.
- **Directas:** obstrucción intestinal, masas pélvicas, radioterapia (fibrosis), síndromes dolorosos anorrectales (fisuras, hemorroides, abscesos, etc).

Manejo y tratamiento

Medidas generales

- Dieta rica en fibra y líquidos (**la fibra está desaconsejada en pacientes paliativos avanzados**).
- Ejercicio o movilización adaptados al paciente.
- Mejorar hábitos de defecación: privacidad, comodidad, postura.
- Prescribir laxantes cuando comencemos con opioides.
- Si tratamiento con opiodes: valorar reducción de dosis, retirada o cambio de opioide, uso de naloxona asociada a oxicodona o fentanilo en parche.
- Tratar causas reversibles: descartar y tratar impactación fecal (fecaloma) u obstrucción intestinal.

Tratamiento farmacológico	1ª línea	<ul style="list-style-type: none"> · <u>Formadores de masa o bolo (metilcelucosa, salvado, plantago ovata):</u> No recomendados en cuidados paliativos. · <u>Osmóticos:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Lactulosa (Duphalac®): 15 ml/12 h o 1-2 sobres (10-20 gr)/día. En encefalopatía hepática hasta 9 sobres/día. RELE VISADO - Lactitol (Oponaf®, Emportal®): 1-2 sobres/día. RELE VISADO - Polietilenglicoles: macrogol 4000 (Casenlax® indicado en HTA, ECV, ERC, Enfermedad Hepatica Cronica, DM) 1-2 sobres/día, NOFIN; macrogol 3350 (Movicol®, Molaxole®): 1-3 sobres/día. - Sales de magnesio (Magnesia Cinfa®): hidróxido de mg 15-30 ml/12 h. Evitar en IRC. NOFIN · <u>Estimulantes:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Bisacodilo (Dulcolaxo®): 5 mg 1-2 comp/noche. NOFIN - Senósidos (Bekunis®). NOFIN - Picosulfato sódico (Evacuol®). NOFIN · <u>Lubricantes: parafina</u> 5-15 ml/12h ((Hodernal®).) NOFIN
	2ª línea	<p>Si el paciente no mejora con tratamientos orales, valorar añadir un fármaco de segunda línea:</p> <ul style="list-style-type: none"> · <u>Supositorios: glicerina o bisacodilo.</u> NOFIN · <u>Enemas rectales: citrato sódico</u> (Micalax®), fosfatos (Enema Casen® 250 ml).NOFIN · <u>Si uso de opioides:</u> valorar antagonistas de receptores periféricos: Naloxegol 12,5-25 mg/24 h (Moventig®) o Nadelmedina 200 mcg/24 h (Rizmoic®). RELE VISADO <ul style="list-style-type: none"> - <u>Si impactación fecal:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Extracción manual o enemas rectales (Enema Casen® 250 ml). NOFIN • Desimpactación fecal farmacológica (8 sobres al día de Movicol® en un litro de agua a tomar en 6 horas, no más de 3 días). NOFIN - <u>En estreñimientos pertinaces:</u> combinar laxantes de mecanismo de acción diferente: osmótico +/- estimulante +/- lubricante, y valorar añadir agentes procinéticos (metoclopramida, domperidona).

Hemoptisis

Etiología múltiple y multifactorial

- **Relacionadas con patología tumoral:** cáncer de pulmón, carcinoma broncogénico, metástasis endobronquiales.
- **No relacionadas con patología tumoral:** alteraciones de la coagulación, tromboembolia pulmonar, lesión en el árbol respiratorio de causa inflamatoria (EPOC, bronquiectasia, neumonía), fístulas, cuerpo extraño y estenosis mitral.

Manejo y tratamiento

Medidas generales	<ul style="list-style-type: none"> - Reposo en decúbito lateral del lado sangrante. - Uso de toallas de color oscuro. - Deprescripción de anticoagulantes y antiagregantes (valorar escalas de riesgo de sangrado según etiología)
Tratamiento farmacológico	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Antitusivos:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Dextrometorfano: 15-30 mg/6-8 h (dosis máxima: 120 mg/día), RELE VISADO. Puede combinarse con otros opioides (Codeína o Morfina) y puede mostrar un efecto sinérgico al tratamiento con opioides. • Codeína: 30-60 mg/4-6 h (dosis máxima: 360 mg/día). RELE VISADO. • Morfina: morfina liberación retardada (MST®) 5-10 mg/12 h o morfina rápida 5-20 mg/4h (de elección en caso de dolor o disnea asociada a la tos). - <u>Ácido tranexámico (Amchafibrin®):</u> 500 - 1000 mg/8-12h. RELE

Insomnio

Etiología múltiple y multifactorial

- Relacionadas con el ambiente: exposición a estímulos externos.
- Control deficiente de síntomas: dolor, disnea, tos, vómitos, ansiedad, nicturia, prurito.
- Problemas emocionales: ansiedad, depresión, trastornos adaptativos, miedo a la muerte o a "dormirse definitivamente".
- Fármacos y estimulantes: corticoides (prednisona), antidepresivos (bupropión, fluoxetina y venlafaxina), diuréticos, alfa adrenérgicos, teofilina, betabloqueantes, metilfenidato, cafeína, etc.
- Enfermedades con alta prevalencia de insomnio: cáncer, Parkinson, insuficiencia cardiaca, EPOC.

Manejo y tratamiento

Medidas generales	<ul style="list-style-type: none"> - Control de estímulos (evitar ruidos, exceso de luz, etc.) y del horario del sueño (horario regular, evitar siestas). - Higiene del sueño: técnicas de relajación. - Evitar estimulantes (incluido los fármacos). - Tratamiento de los síntomas nocturnos: dolor, tos, ansiedad, prurito, etc.
Tratamiento farmacológico RELE (excepto Midazolalm H)	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Insomnio de conciliación</u>: Zolpidem 5-10 mg/día, dosis máxima 10 mg/24h (evitar en delirium), Lorazepam 0,5-2 mg/día, dosis máxima 10mg/24h, Lormetazepam 1-2 mg/día, dosis máxima 4 mg/24h. - <u>Insomnio de mantenimiento</u>: Lorazepam 1-5mg/día, Diazepam 5-10mg/día, máximo 50mg/24h (no recomendable en pacientes muy frágiles). - <u>Insomnio + depresión</u> (suele dar despertar precoz): Trazodona 50-150 mg/día, dosis máxima 400mg/24h, Mirtazapina 15-30 mg/día, dosis máxima 45 mg/24h, Amitriprilina 10-25 mg/día, dosis máxima 150 mg/24h (útil en dolor neuropático: 25-100 mg/día). - <u>Insomnio + ansiedad</u>: Alprazolam 0,25-2 mg/día, dosis máxima 4 mg/día, Diazepam 5-10 mg/día, Clorazepato potásico (Tranxilium®) 5-15 mg/día, dosis máxima 30 mg/día. - <u>Insomnio + delirium</u>: Haloperidol 0,5-5 mg/noche (dosis máxima 15 mg/día), Risperidona 0,5-2 mg, dosis máxima 10 mg/24h, Olanzapina 5-10 mg/día, dosis máxima 10 mg/24h, Quetiapina 25 mg/día, dosis máxima 250 mg/24h. El delirium puede empeorar con BZD o Zolpidem. - <u>Insomnio + deterioro cognitivo</u>: Trazodona 50-100 mg/noche (dosis máxima 600 mg/día), Haloperidol 0,5-5 mg/noche (dosis máxima 15 mg/día), Risperidona 0,5-2 mg. - Si BZD están poco indicadas o contraindicadas (ancianos, insuficiencia respiratoria, insuficiencia hepática): Clometiazol 192-384 mg/noche. - <u>Fases avanzadas con insomnio resistente a tratamiento oral o pérdida de vía oral</u>: Midazolam sc 2,5-5 mg, repetible si es preciso cada 2-4h.

Prurito

Etiología múltiple

- Sequedad cutánea, uremia (IRC), colestasis.
- Fármacos: opioides, fenotiacinas, antibióticos, estatinas, sulfoniureas, alopurinol. Valorar deprescribirlos en caso de prurito.
- Tumores: hematológicos (linfomas, policitemia vera) o sólidos (prurito paraneoplásico).
- Otros: síndrome carcinoide, alteraciones tiroideas (hipo e hipertiroidismo) o hepáticas (cirrosis biliar primaria, hepatitis), secundario a quimioterapia, radioterapia, urticaria, sarna, IRC, etc.

Manejo y tratamiento

Medidas generales	<ul style="list-style-type: none"> - Cuidados generales de la piel con jabones suaves y cremas hidratantes o emolientes (con urea al 5- 10 % o ácido láctico) 2-3 veces al día. - Evitar la exposición directa a fuentes de calor y la sudoración. Ambiente fresco y húmedo. - Uso de ropa holgada, cambio frecuente de ropa y uso de guantes de algodón para evitar lesiones por rascado (en los casos muy rebeldes). - Cortado meticuloso de las uñas.
Tratamiento farmacológico (según etiología) RELE	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Localizado en zonas pequeñas</u>: Gel de Lidocaína al 2-2,5% (RELE FM), loción de Calamina (NOFIN), corticoides tópicos (si inflamación). - <u>Generalizado</u>: Hidroxizina 25 mg/8h (máximo 100 mg/24h), Dexclorfeniramina 2-6 mg/8h (dosis máxima 12mg/24h). Los antihistamínicos son útiles solamente en prurito mediado por histamina o por su efecto sedante. Clorpromazina 25-50 mg/12h (dosis máxima 300 mg/24h). - <u>Colestasis</u>: Colestiramina 4 gr/8h (mala tolerancia gastrointestinal e ineficaz si existe una obstrucción biliar completa) (dosis máxima 16 gr/día), Rifampicina 150- 600 mg/día, Naltrexona 50 mg/día (dosis máxima 150 mg/día) (en caso de usar tratamiento opioide, puede revertir la analgesia y desencadenar sd de abstinencia), Paroxetina 20 mg/día, Sertralina 50-100 mg/día, Mirtazapina 7,5-15 mg/noche. - <u>Uremia o prurito por insuficiencia renal</u>: Loratadina 10 mg/día (dosis máxima 10 mg/día), Sertralina 25-100 mg/día (dosis máxima 200 mg/día), Paroxetina 5-10 mg/noche (dosis máxima 50 mg/día), Mirtazapina 7,5-30 mg/día (dosis máxima 45 mg/día), Gabapentina 100-300 mg/día, Pregabalina 75 mg/día, Ondansetrón 4- 8 mg/12-24h (dosis máxima 24 mg/día). - <u>Neoplasias hematológicas o sd paraneoplásicos</u>: Paroxetina 20 mg/día, Mirtazapina 15-30 mg/día, Gabapentina 300-3600 mg/día, Pregabalina 75-600 mg/día, Gabapentina + mirtazapina. - <u>Opioides</u>: Rotación, Ondansetrón 4-8 mg/8 h, Paroxetina 20 mg/día. - <u>Asociado a VIH</u>: Indometacina 25 mg/8-12 h (dosis máxima 200 mg/día). - <u>Idiopático</u>: Mirtazapina 7,5-30 mg/día, Sertralina 50-100 mg/día, Paroxetina 10-20 mg/día, Gabapentina 100-300 mg/día.

Tos

Etiología múltiple y multifactorial

- **Relacionadas con patología tumoral:** masa tumoral, metástasis, derrame pleural, derrame pericárdico, linfangitis carcinomatosa, complicaciones de quimioterapia o radioterapia (neumonitis, fibrosis), fístula traqueoesofágica, Sd vena cava superior, atelectasias, afectación de vías aéreas, irritación diafragmática o pleural, aspiración broncopulmonar, adenopatías mediastínicas.
- **No relacionadas con patología tumoral:** reflujo gastroesofágico, insuficiencia cardiaca, infección respiratoria, goteo postnasal, TEP, EPOC, asma, bronquiectasias, tabaquismo, fármacos como IECAS (en tal caso valorar su deprescripción).

Manejo y tratamiento

Tratamiento etiológico	Tratar causas tratables.
Tratamiento sintomático	Tratamiento farmacológico: <ul style="list-style-type: none"> - Dextrometorfano: 15-30 mg/6-8 h (dosis máxima: 120 mg/día), RELE VISADO. Puede combinarse con otros opioides (Codeína o Morfina) y puede mostrar un efecto sinérgico al tratamiento con opioides. - Codeína: 30-60 mg/4-6 h (dosis máxima: 360 mg/día). RELE VISADO. - Morfina: morfina liberación retardada (MST®) 5-10 mg/12 h o morfina rápida 5-20 mg/4h (de elección en caso de dolor o disnea asociada a la tos).

Úlceras con enfoque paliativo

Úlceras tumorales

Limpieza y lavado

Manejo y recomendaciones	Apósitos/geles
<ul style="list-style-type: none"> - Limpieza cuidadosa. - Irrigar con suero salino fisiológico a temperatura ambiente y con la presión que ejerce una jeringa de 20 ml, nunca de forma mecánica (evitar la fricción mecánica de la herida). - Secar bien la piel perilesional y dejar el lecho de la herida húmedo. - No se recomienda desbridamiento quirúrgico o cortante, por la friabilidad del tejido. 	<ul style="list-style-type: none"> - Retirada suave de los apósitos. - Con frecuencia es necesario humedecer los previamente.

Dolor

Manejo y recomendaciones	Apósitos/geles
<ul style="list-style-type: none"> - Eliminar o reducir factores causales: fricción, presión, traumatismos de los apósitos que se pegan, frecuencia en los cambios de apósito. - Si el dolor se produce con los cambios de apósito: usar apósitos atraumáticos, confortables y antiadherentes, cura en ambiente húmedo, minimizar el número de cambios de apósito y administrar analgésicos 20 minutos antes de hacer la cura. - Si las curas son muy dolorosas, valorar analgesia con sedación transitoria (midazolam y/o morfina sc) previa a la cura. - Usar fármacos analgésicos según la escalera analgésica de la OMS. 	<ul style="list-style-type: none"> - Geles tópicos analgésicos: <ul style="list-style-type: none"> • <u>Lidocaína y prilocaína tópica</u> (EMLA®) al 5% envuelta en una capa de plástico 30-45 minutos antes de la cura. Puede servir también para el prurito. RELE. • <u>Gel de morfina</u> para manejo del dolor local. - Para prevenir la maceración perilesional, proteger la piel circundante con película barrera (<u>Cavilón TM®</u>). RELE FM. <ul style="list-style-type: none"> • <u>Gel de lidocaína</u>. RELE FM.

Mal olor

Manejo y recomendaciones	Apósitos/geles
<ul style="list-style-type: none"> - Valoración del grado → Grado 0 (sin olor), Grado I (olor percibido sólo al descubrirla herida), Grado II (olor percibido aún sin descubrirla herida), Grado III (olor fétido y nauseabundo). - Manejo del olor ambiental: perfumes, aceites de menta, absorbentes de olores externos (café con canela). 	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Apósitos de carbón activado</u> (Actisorb plus 25®) +/- <u>apósitos de plata</u> (MepilexAg®). - <u>Metronidazol</u>: gel tópico 0,75 % y/u oral (500mg triturados) directamente en herida por 7 días. - <u>Espumas poliuretano</u> (Mepilex border®, Allevyn®). - Si el olor es muy intenso, impregnar la <u>hidrofibra de plata</u> (Aquacel Ag®) con <u>metronidazol</u>. RELE.

Exudado

Manejo y recomendaciones

- Limpieza de la herida con la frecuencia necesaria.
- Evitar uso de gasas como apósito directo.

Apósitos/geles

- Espumas de poliuretano: Mepilex®, Allevyn®.
- Si precisa más absorción, añadir parches absorbentes de alginato o hidrofibra (AlgisiteM®, Aquacel®). Cortar el apósito al tamaño de la herida para evitar lesionar la piel perilesional. RELE.

Sangrado

Manejo y recomendaciones

El mejor tratamiento es la PREVENCIÓN:

- **Manipulación cuidadosa.** Realizar limpieza por irrigación, evitando la fricción:
 - Humedecer los apósitos antes de retirarlos.
 - Usar apósitos antiadherentes.
 - Poner mallas de vaselina o parafina (Linitul® o Urgotul®) sobre la úlcera, si precisa.
- **En caso de sangrado:** presionar suavemente durante 10-15 minutos con una gasa fría y húmeda +/- agentes hemostáticos (esponjas hemostáticas). Valorar el uso de barras de nitrato de plata para cauterizar los puntos sangrantes.
- **En hemorragias cuantiosas:** usar adrenalina tópica, y técnicas hospitalarias (sutura vaso sangrante, cauterización eléctrica, radioterapia hemostática, embolización, láser, crioterapia).
- **En hemorragias al final de la vida:** usar toallas de color oscuro y valorar la sedación.

Apósitos/geles

- Usar apósitos hemostáticos: alginato cálcico (Algisite M®). RELE.
- Gasas impregnadas de Ácido tranexámico (Amchafibrin ampollas®); o Ácido tranexámico vía oral durante máximo 10 días (Amchafibrin comprimidos®). RELE.
- Evitar apósitos traumáticos.

Úlcera terminal de Kennedy

- Localización más habitual: sacrococcígea.
- Forma: pera, herradura, mariposa.
- Mal pronóstico: indicador de muerte próxima (media de 36 horas).
- Inicio repentino con evolución muy rápida en horas-días.
- Tratamiento sintomático.

Vómitos

Etiología múltiple y multifactorial

- **Fármacos:** opioides, antibióticos, AINES, AAS, corticoides, mucolíticos, litio, digoxina, carbamazepina, hierro, estrógenos, teofilinas, levodopa, anticonvulsivantes, antidepressivos tricíclicos, etc. Valorar su deprescripción en caso de aparecer vómitos.
- **Tratamientos oncológicos:** quimioterapia, radioterapia, etc.
- **Digestivas:** gastritis, GEA, úlceras gastrointestinales, tumores de origen digestivo, carcinomatosis intestinal, obstrucción intestinal, éstasis gástrico, estreñimiento, peritonitis, oclusión vascular, hernias estranguladas, hepatitis, colecistitis, pancreatitis aguda, etc.
- **Alteraciones bioquímicas:** fallo renal, cetoacidosis (diabética, alcohólica), hipercalcemia, hipopotasemia, hiponatremia, insuficiencia suprarrenal, etc.
- **Neurológicas/ vestibulares:** hipertensión intracraneal, procesos expansivos intracraneales, lesiones del tronco cerebral, meningitis, patología vestibulolaberínticas, hemorragias meníngeas.
- **Otras causas:** infección, obstrucción urinaria, tos, ansiedad, miedo, repulsión, estímulos visuales, gestación, migraña, etc.

Manejo y tratamiento

Medidas generales	<ul style="list-style-type: none"> - Ambiente tranquilo alejado de la visión y del olor de la comida. Colocar al paciente sentado o semisentado. - Identificar y reducir o eliminar factores causantes o desencadenantes. - Alimentación: no forzar la ingesta, dar comidas ligeras y frecuentes, fácilmente digeribles y elegidas por el paciente, ofrecer bebidas y comidas frías (menos emetógenas), evitar alimentos muy grasos y condimentados. - Usar vía sc en caso de vómitos persistentes, obstrucción intestinal o malabsorción gastrointestinal.
Tratar causas reversibles	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Tos:</u> antitusígenos - <u>Gastritis:</u> antiácidos (Amalgato, Magaldrato, Hidróxido de magnesio). NOFIN. - <u>RGE:</u> IBP (Omeprazol 20 mg/día, dosis máxima 40 mg/día durante máximo 8 semanas), antiH2 (Famotidina inicialmente 40 mg/24h y dosis de mantenimiento 20 mg/24h noche; Ranitidina inicialmente 300 mg/24h y dosis de mantenimiento 150 mg/24h noche). RELE. - <u>Estreñimiento:</u> laxantes - <u>Hipertensión intracraneal:</u> dexametasona - <u>Procesos expansivos cerebrales:</u> radioterapia - <u>Cetoacidosis diabética:</u> insulina - <u>Obstrucción urinaria:</u> sondaje vesical - <u>Infección bacteriana:</u> antibióticos

<p>Tratamiento farmacológico (RELE)</p>	<p>Bloquean los receptores emetogénicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Haloperidol: actúa en zona gatillo en el IV ventrículo y en el centro del vómito en el bulbo; actúa sobre receptor D2. - Metoclopramida (actúa en el receptor D2, 5HT4 y 5HT3 (a dosis altas)) y Ondansetrón (actúa sobre receptor 5HT3), ambos actúan en zona gatillo y tracto gastrointestinal - Dexametasona: lugar de acción no conocido; uso en hipertensión intracraneal, obstrucción intestinal, quimioterapia e hipercalcemia.
<p>Según etiología (RELE)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Vómitos por opioides</u>: Haloperidol 1,5-10 mg/12-24 h vía oral o sc o ev SG5%; Metoclopramida 5-20 mg/6-8 h (dosis máxima 120 mg/día) vía oral, sc o ev (se puede administrar con SG al 5% o SF); Levomopromazina a dosis bajas (6,25 mg/ 1 o 2 veces al día) oral y sc. - <u>Vómitos por quimioterapia</u>: Ondansetrón 8-24 mg/día oral, liotabs sc o ev con SG al 5% o SF; Dexametasona 4-20 mg/día vía oral, sc o ev con SG al 5% o SF; Lorazepam 0,5-1 mg vía oral o sl en vómitos anticipatorios. Se pueden combinar estos 3 primeros fármacos y también Haloperidol 1,5-5 mg/día vía oral o sc. - <u>Estasis gástrico</u>: Metoclopramida 5-20 mg/6-8 h (dosis máxima 120 mg/día) vía oral o sc o ev; Domperidona 20-120 mg/día vía oral. - <u>Vómitos por hipertensión intracraneal</u>: Dexametasona 4-20 mg/día vía oral o sc o ev con SG al 5% o SF, y/o radioterapia paliativa. - <u>Obstrucción intestinal</u>: Haloperidol 2,5-5 mg/8-12 h sc (si no se consigue control: Ondansetrón 8-24 mg/día liotabs o sc Dexametasona 4 mg/8h sc o ev. NO usar Metoclopramida en obstrucción completa, y en caso de dolor cólico se puede añadir Buscapina 10-20 mg/ 6-8 h (dosis máxima 120 mg/día) sc. Si dolor continuo administrar Morfina sc y se puede asociar Octeotride 0,1-0,3 mg/ 8 h sc (antisecretor). - <u>Hipercalcemia</u>: Haloperidol 2,5-5 mg/día sc + tratamiento basal (bifosfonatos, diuréticos, corticoides). - <u>Alteraciones bioquímicas</u>: Metoclopramida 10-20 mg/6-8 h (30-120 mg/día) vía oral o sc; Haloperidol 1,5-5mg/día vía oral o sc, y tratar la causa. - <u>Causa desconocida</u>: Metoclopramida 10-20 mg/6-8 h (30-120 mg/día) vía oral o sc o Haloperidol 1,5-5 mg/día vía oral o sc.
<p>Situación de final de vida</p>	<p>Tratamiento sintomático.</p>
<p>Si vómitos incoercibles</p>	<p>Valorar sedación paliativa (de elección: Midazolam sc).</p>

Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD Mallorca)

¿Quiénes somos?

- Profesionales de Atención Primaria de Mallorca (medicina, enfermería, psicología, admisión) centrados en los cuidados paliativos avanzados.
- Soporte y asesoramiento a los equipos de AP en toda la isla de Mallorca.
- Colaboración con el EAP del paciente para ofrecer en el domicilio una atención de calidad, cercana y segura.
- El EAP no cambia; MF y ENF del centro de salud se mantienen como referencia, ya que son el recurso sanitario más próximo a su residencia habitual. Somos un equipo de soporte de cuidados paliativos a domicilio.

¿A qué pacientes derivar al ESAD?

Nuestra población diana son pacientes con necesidades de atención paliativa específica, es decir pacientes en situación avanzada e irreversible de su enfermedad con un pronóstico de vida limitado, ya sean pacientes oncológicos o pacientes crónicos no oncológicos (cardíaco, pulmonar, hepático, renal, neurológico, etc.).

En caso de un paciente candidato a ser atendido conjuntamente con el ESAD, se deberá rellenar el protocolo NECPAL (posible resultado: negativo o positivo) y el IDC-PAL (con posibles resultados: complejo o altamente complejo). Estos protocolos se encuentran disponibles para ser rellenados en la historia clínica electrónica.

¿Cómo derivar y cómo funcionamos?

Recibimos la solicitud, derivación o interconsulta de parte del EAP del paciente, EGC de AP, médicos de atención hospitalaria o EGC de atención hospitalaria. Posteriormente nos ponemos en contacto telefónico con el paciente y/o familia, y programamos la visita. Se realiza una valoración y se decide si entra en programa ESAD.

¿Qué ofrecemos?

- Visitas domiciliarias y contacto telefónico.
- Valoración, seguimiento, tratamiento y control de pacientes que precisan cuidados paliativos avanzados: control de síntomas, situación de últimos días, sedación paliativa, etc.
- Acompañamiento al paciente, familiares y/o personas cuidadoras, orientado al confort del paciente.
- Gestión de ingresos en Unidades de Cuidados Paliativos hospitalarias (UCP), si fuera preciso.

Contacto y horario

Teléfono: 971212390 | Correo: gapm.adm.esad@ibsalut.es | Horario: Presencial 8-20h todos los días, guardia localizada (atención telefónica a través de 061) 20-8h todos los días.

Bibliografía

- Cuidados paliativos. Guía para Atención Primaria. Ministerio de Sanidad. Dirección Territorial de Melilla. Gerencia de Atención Sanitaria. Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria de Melilla. Sanidad 2021.
- I Manual de Cuidados Paliativos de Extremadura. Junta de Extremadura. Servicio Extremeño de Salud. 2019.
- Control de síntomas en pacientes con cáncer. Manual ICO. 4º edición. 2019.
- Guía de práctica clínica sobre Cuidados Paliativos. Guía de práctica clínica en elSNS. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2008.
- Recomendaciones de actuación en casos de infección por SARS-CoV-2 en pacientes con necesidades de atención paliativa. Documento de consenso entre profesionales de equipos específicos de cuidados paliativos de las Illes Balears. Conselleria de Salut. Servei de salut Illes Balears. Illespal. 2020.
- Guía clínica de Agonía (Guía Fisterra). Fecha de revisión: 23/5/2022.
- Situación de últimos días. Agonía. Guía clínica Semergen. Cuidados paliativos. 2011.
- Ley 4/2015, de 23 de marzo, de derechos y garantías de la persona en el proceso de morir. BOIB num. 44, 28 de marzo del 2015, Fascículo 72 - Sec. I. - Pág. 14329-14344.
- Guía clínica de sedación paliativa (Guía Fisterra). Fecha de revisión: 16/1/2018.
- Guía de sedación paliativa. Recomendaciones para profesionales de la salud. Programa de cuidados paliativos de las islas Baleares 2013-2016. Govern de les Illes Balears. 2013.
- Guía de práctica clínica para el manejo de la vía subcutánea. Servicio Aragonés de Salud. 2020.
- Guía clínica de utilización de la vía subcutánea en cuidados paliativos (Guía Fisterra). Fecha de revisión: 8/10/2018.
- Manual de uso de la vía subcutánea en cuidados paliativos. Fundación Iavante. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2010.
- Administración de medicamentos por vía subcutánea en cuidados paliativos. Farmacia Hospitalaria. Servicio de Farmacia. Hospital General Universitario de Elche. 2015.
- Taller sobre la utilización de la vía subcutánea en cuidados paliativos en Atención Primaria. SEMFYC.
- Opioides. Selección del tratamiento. Titulación y rescate. Axencia de coñecemento ensaúde. Servicio galegode Saúde. Xunta de Galicia.
- Guía clínica de manejo del dolor oncológico (Guía Fisterra). Fecha de revisión: 20/9/2019.
- Guía clínica de control de síntomas en cuidados paliativos (Guía Fisterra). Fecha de revisión: 4/10/2020.
- Guía clínica de disnea en cuidados paliativos (Guía Fisterra). Fecha de revisión: 11/3/2020.
- Algoritmo de tratamiento del estreñimiento inducido por opioides. Septiembre 2017. Disponible en: https://1aria.com/images/entry-pdfs/CADIME_ALGORITMO_TTO_ESTRENIMIENTO-OPIOIDES.pdf
- Guía de Práctica Clínica para el Cuidado de Personas con Úlceras Neoplásicas. 1ª Ed. Cañadas Núñez F, Pérez Santos L. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Junta de Andalucía. 2015.
- Palomar F. y Capillas R. Lesiones oncológicas. En: Arantón L. et al. Guía Práctica Ilustrada. Tratamiento de Heridas. Edimsa. 2008.

- Guía de práctica clínica para el cuidado de personas con úlceras por presión o riesgo de padecerlas. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. 2012.
- Guía de recursos materiales, para la prevención y curación de heridas crónicas. Plataforma logística sanitaria de Granada. Servicio de Salud y Familias. Junta de Andalucía. Reconocido de interés por GNEAUPP. Febrero 2020.
- Entrevista clínica. Manual de estrategias prácticas. Dr Francesc Borrell i Carrió. SEMFYC. 2004.
- Curso de Entrevista Clínica. Guía del alumno. Dra Patricia Palmer y Dra Rosa Duro. Abril 2012.
- Cultura y habilidades psicoterapéuticas en la consulta. Taller impartido en el congreso de SEMFYC del grupo de Comunicación y Salud. San Sebastián. Dr. Isidoro Hidalgo Campos. 2016.
- Comunicación en Cuidados Paliativos. Manual Oxford de Cuidados Paliativos. Tercera edición. 2020.
- Prevención primaria del duelo complicado: atención al paciente y su familia en el final de la vida y muerte/perimuerte (Guía clínica Fisterra). Fecha de revisión: 15/2/2017.
- Cuidados primarios de duelo (Guía clínica Fisterra). Fecha de revisión: 6/2/2017.
- Guía de acompañamiento en el duelo. ICO. Fundación La Caixa.
- Duelo. Manual de capacitación para acompañamiento y abordaje del duelo. Fundasil. Unicef.
- Protocolo de atención al duelo en la Comunidad de Madrid. Documento de apoyo a los profesionales de la salud para la atención al duelo. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Enero 2019.
- Guía para familiares en duelo. Recomendado por la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Disponible en: https://www.bdv.cat/sites/default/files/common/Salut/guia_per_a_familiars_en_dol.pdf
- Manejo del duelo en Atención Primaria. Consejos básicos. Dr Enric Zamorano Bayarri. XXVI Congreso Nacional SEMERGEN. 2004.
- Técnicas de afrontamiento y manejo del duelo por pérdida. Disponible en: <https://posipedia.com.co/wp>
- Guías clínicas. Cuidados paliativos. Guías clínicas Semergen. 2011.