

ATENCIÓN A LAS COMPLICACIONES URGENTES EN ENFERMEDADES AVANZADAS

**Plan de cuidados de soporte,
Cuidados Paliativos y Plan de Urgencias**



Relación de Autores

Coordinadores Generales

Miguel Angel Benítez-Rosario

Unidad de Cuidados Paliativos,
H.U.N^ªS^ª de Candelaria. Tenerife
Plan de Cuidados de Soporte y Paliativos
Dirección General de Programas
Asistenciales

José Manuel Pavón

Plan de Urgencias
Dirección General de Programas
Asistenciales

Dolor

Miguel Angel Benítez-Rosario,
Toribio González Guillermo.

Unidad de Cuidados Paliativos,
H.U.N^ªS^ª de Candelaria. Tenerife

Sedación Paliativa

Manuel Ojeda Martín,
Eladio Dario García Rodríguez,
Miguel Angel Navarro Marrero,
María del Socorro Marrero Martín.

Unidad de Cuidados Paliativos.
HU de GC Dr Negrín. Gran Canaria

Miguel Angel Benítez-Rosario,
Belén Ascanio León.

Unidad de Cuidados Paliativos,
H.U.N^ªS^ª de Candelaria. Tenerife

Conceptos Generales

Manuel Castillo Padrós.

Unidad de Cuidados Paliativos,
H.U.N^ªS^ª de Candelaria. Tenerife

Reconocimiento del Proceso de Morir

Lucas González Caballero,

Pedro Mujica Adimandi

Susana Barbosa Ramírez.

Unidad de Cuidados Paliativos.
Hospital General de Fuerteventura

Delirium

David Andújar Diges.

Unidad Cuidados Paliativos,
HIN^ªS^ª de Los Reyes. El Hierro

Vías de administración de fármacos

Viviana Guerrero Cedeño,

David Jumilla Cerrada,

Gema Rodriguez Fernandez,

Carmen Santolaria Marco,

José Agustín Gonzalez.

Unidad de Cuidados Paliativos,
H Dr.J. Molina Orosa. Lanzarote

Náuseas, Vómitos, Obstrucción Intestinal

Sandra Morales Pérez,

Claudia Kasteel Martínez.

Unidad de Cuidados Paliativos.
Hospital General de La Palma

Estreñimiento

Leidimar Carballo Arzola.

Isabel Herrera García.

Belkys Erlinda Rodríguez de Díaz.

Alfredo Fonseca Negrín.

Unidad de Cuidados Paliativos,
H.N^ªS^ª de Guadalupe. La Gomera

Disnea

Inés González Bolaños.

Unidad de Cuidados Paliativos,
CHU Insular-Materno Infantil. Gran Canaria

Anexos: Índices y Escalas

Manuel Castillo Padrós,

Unidad de Cuidados Paliativos,
H.U.N^ªS^ª de Candelaria. Tenerife

Anexos: Opioides

Miguel Angel Benítez-Rosario.

Unidad de Cuidados Paliativos,
H.U.N^ªS^ª de Candelaria. Tenerife



Los protocolos han sido revisados por todas las unidades de cuidados paliativos de Canarias. Las correcciones sugeridas fueron incorporadas a la versión final.



Capítulos	Página
Conceptos Generales	5
Reconocimiento del proceso de morir. Situación de últimos días y Fase agónica	11
Estreñimiento	18
Náuseas y Vómitos	22
Obstrucción Intestinal	26
Dolor Crónico	30
Delirium	40
Disnea	46
Sedación Paliativa	55
ANEXO I: Índices y Escalas	61
ANEXO II: Opioides	70
ANEXO III: Vías de administración de fármacos	73
Referencias Bibliograficas	77



CONCEPTOS GENERALES



Introducción	<ul style="list-style-type: none">• Los Servicios de Urgencias son un punto de atención clave en la asistencia sanitaria de los pacientes con enfermedades avanzadas dada su fragilidad, elevada carga de necesidades e inestabilidad clínica.• En este ámbito se da respuesta a problemas que no ha sido posible resolver en su domicilio o institución, relacionados con un mal control de síntomas, el empeoramiento de una situación clínica previamente comprometida o incluso el desbordamiento emocional o físico de los cuidadores.• Partiendo necesariamente de los diferentes modelos organizativos y recursos disponibles en cada centro, en el S. Urgencias se establecerá un diagnóstico y una intervención terapéutica orientada a la gestión de cada caso en función de sus características y necesidades.
Consideraciones Generales	<ul style="list-style-type: none">• Diferentes condiciones y patologías por su extensión, afectación severa de uno o varios órganos y/o pobre condición clínica del paciente serán responsables del deterioro de la calidad de vida y declive físico asociado a un pronóstico vital limitado.• Aunque el tratamiento dirigido al control de síntomas se ha asociado tradicionalmente a las etapas finales del cáncer, se ha propuesto su extensión a todo tipo de enfermedades crónicas en etapas avanzadas, siendo estas responsables de hasta el 70% de los fallecimientos en los países desarrollados.• Los pacientes compartirán problemas comunes con complicaciones que generalmente aumentarán en número e intensidad a medida que progrese el deterioro causado por la enfermedad. • El sufrimiento asociado a estas enfermedades sería potencialmente evitable con intervenciones dirigidas a la mejora de la calidad de vida pudiendo emplearse de forma simultánea con las terapias convencionales que se consideren indicadas de forma proporcional.



Momentos en la evolución del proceso de atención según condiciones clínicas y pronóstico vital (I)					
	Definición	Responsabilidad asistencia	Supervivencia estimada	Situación clínica	Abordaje indicado
Enfermedad avanzada	Neoplasia/ enfermedad crónica en fase evolucionada sin posibilidad de tratamiento curativo aunque con terapias que pudieran prolongar supervivencia.	Compartida entre los diferentes servicios de referencia de su patología principal y equipos especializados control síntomas (Cuidados de Soporte).	Entre seis meses y dos años	Independiente y sin alteración cognitiva (salvo demencia)	Intervenciones de tratamiento convencional e intervencionista potencialmente complejas.
Enfermedad terminal	Neoplasia/ enfermedad crónica en fase evolucionada sin posibilidad de tratamiento curativo y sin terapias que pudieran prolongar supervivencia.	Equipos especializados en control síntomas (Cuidados Paliativos).	Entre unas semanas y meses	Afectación Progresiva de su dependencia funcional y alteración cognitiva	Intervenciones de tratamiento paliativo e intervencionista según la condición física del paciente



Momentos en la evolución del proceso de atención según condiciones clínicas y pronóstico vital (II)					
	Definición	Responsabilidad asistencia	Supervivencia estimada	Situación clínica	Abordaje indicado
Fase agónica Situación de últimos días	Neoplasia/ enfermedad crónica en fase evolucionada sin posibilidad de tratamiento curativo y sin terapias que pudieran prolongar supervivencia.	Por su gravedad, adecuación de terapias consideradas como desproporcionadas, pobres condiciones clínicas o deseo expreso del paciente/familia, la situación se considera como no resoluble y asociada a un pronóstico vital infausto a corto plazo (Cuidados de últimos días). Equipos especializados en control síntomas (Cuidados Paliativos) coordinados con los recursos asistenciales donde se encuentren las personas afectadas.	Menor a una semana	Grave dependencia funcional ± alteración cognitiva	Tratamiento exclusivamente conservador, centrado en el adecuado control de síntomas. Puede ser preciso el inicio de una sedación paliativa.



	Estrategia básica de abordaje de caso
Consideraciones generales	<p>Entendiendo el tiempo limitado disponible por la elevada presión asistencial en los Servicios de Urgencias, y la diversidad de las demandas que atienden, se propone para la atención a los pacientes con enfermedades avanzadas una actuación que, respetando la participación del paciente y/o sus familiares en la toma de decisiones, tenga como guía prioritaria la mejora en el control de síntomas, con actuaciones proporcionadas al pronóstico vital del enfermo.</p>
Valoración multidimensional dirigida	<ol style="list-style-type: none">1. Aspectos referentes a la gravedad de enfermedad avanzada<ul style="list-style-type: none">• Extensión en el caso de neoplasias.• Función respiratoria y necesidad de oxígeno y ventilación no invasiva en la insuficiencia respiratoria.• Dosis de diuréticos y edemas en la insuficiencia cardíaca.• Diálisis y tolerancia a la misma en la insuficiencia renal.• Función hepática y complicaciones relacionadas con la hipertensión portal en la insuficiencia hepática.• Escala de deterioro global en la demencia.2. Revisar tratamiento actual y su cumplimiento así como diferentes seguimientos por diversos servicios para establecer responsabilidad en la toma de decisiones3. Explorar en paciente y familia la información que manejan en cuanto a su enfermedad, especialmente pronóstico vital y expectativas4. Valorar la situación funcional del paciente (Escala Palliative Performance Score o PPS. Anexo I) y su necesidad de apoyo realizando una valoración sucinta de las posibilidades y deseos de continuar con cuidados en domicilio



5. Llevar a cabo una anamnesis sistemática que incluya los principales síntomas que sufren los pacientes con enfermedades avanzadas: dolor, disnea, astenia, anorexia, náuseas, estreñimiento, ansiedad, tristeza e insomnio.
6. Recoger en la exploración física las variables:
 - Nivel de sedación o inquietud psicomotriz (Escala de Agitación/Sedación de Richmond. Anexo I).
 - Situación cognitiva (Interrogar a familia sobre empeoramiento cognitivo reciente y si posible con tests específicos: Miniexamen Cognoscitivo de Lobo o Test de Pfeiffer).
 - Constantes vitales (tensión arterial, temperatura, saturación de oxígeno, frecuencia cardíaca y respiratoria).
 - Auscultación cardiopulmonar (arritmias, alteración de los ruidos respiratorios y presencia de derrames).
 - Valoración abdominal (distensión secundaria a gases/heces o ascitis, intensidad y calidad de ruidos intestinales).
 - Exploración de miembros (edemas, sospecha de trombosis, alteración de fuerza o sensibilidad).
 - Presencia de úlceras o escaras.
7. Valorar el pronóstico vital del paciente mediante el empleo de escalas:
 - Índice Profund (Anexo I) en pacientes con enfermedades avanzadas.
 - Palliative Prognostic Index (PPI. Anexo I) en pacientes con enfermedad terminal.El resultado de estas valoraciones serviría de apoyo a la toma de decisiones en cuanto a las pruebas y enfoques terapéuticos que se considerarían proporcionales a la situación real del paciente siendo estos de forma general más sencillos cuanto menor sea la expectativa vital.
8. Reconocer / diagnosticar la situación de últimos días (fase agónica) o proceso de morir.



RECONOCIMIENTO DEL PROCESO DE MORIR. SITUACIÓN DE ÚLTIMOS DÍAS Y FASE AGÓNICA



Características de la situación de últimos días	
Físicas	Emocionales
<p>Aparecen bruscamente nuevos síntomas o empeoramiento de los previos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Astenia intensa, Disfagia. Pérdida de la ingesta.• En muchas ocasiones, presencia de delirium (confusión).• Disnea de reposo.• Disminución del nivel de vigilia.• Atenuación del surco naso-labial	<p><i>En el paciente:</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Crisis de ansiedad, tristeza, mutismo.• Necesidades existenciales (pueden requerir la presencia de pastor/guía espiritual).
<p>Deterioro funcional</p> <p>-Índice de Karnofsky 10-20%, -ECOG 4 -Barthel 20-35, -Palliative Performance Scale 10-20%</p>	<p><i>En la familia:</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Reacciones diversas: shock, ira,• resignación.• Pueden surgir demandas poco ajustadas y mayor necesidad de atención.
<p>Alteración constantes vitales</p> <ul style="list-style-type: none">• Pulso radial débil, imperceptible.• Taquipnea, disminución saturación de oxígeno, presencia de estertores. Cianosis periférica.• Periodos de apnea o respiración de Cheyne-Stokes.• Retención urinaria/anuria (<100cc en 12 horas)	



Objetivos esenciales en la fase agónica (situación clínica de últimos días)

Objetivos	Actividades
Promover confort (percepción subjetiva de bienestar)	Con el enfermo y familia: <ul style="list-style-type: none">• Informar según necesidades y demanda. Acompañar en el malestar emocional.• Solicitud de consentimiento sobre intervenciones, incluida sedación paliativa.• Comentar y consensuar atención dirigida a la ausencia de sufrimiento.• Adecuado control sintomático: dolor, disnea, incomodidad, inquietud.• Suspender intervenciones inadecuadas.• Evaluar retirada de tratamientos fútiles.• Adecuar la mejor vía para administrar fármacos.
Promoción del “recuerdo no doloroso, no culpable” familiar	Compartir e informar sobre la toma de decisiones. Resolver las inquietudes sobre la eficacia del tratamiento y la relación de éste con la supervivencia. Favorecer y posibilitar la despedida.
<i>Si atención en el domicilio</i> Educación para actuación ante las complicaciones / Prevención de crisis emocionales	<i>Si atención en el domicilio</i> <ul style="list-style-type: none">• Dejar previsto qué hacer en caso de convulsiones, hemorragia, estertores, crisis de dolor, crisis de disnea, crisis de agitación.• Explicar significado de complicaciones al paciente y familia



Adecuación terapéutica en la fase agónica (situación de últimos días (SUD))	
Nutrición enteral/parenteral	No indicada
Hidratación	No es necesaria. Muy Controvertida. Individualizar la indicación Si se instaura, utilizar poco volumen (500 cc/ 24h)
Adecuación del esfuerzo terapéutico Fármacos potencialmente fútiles	Antihipertensivos, Diuréticos, Antiarrítmicos, Hipolipemiantes, Anticoagulantes Hipoglicemiantes orales Insulina (por contención familiar, excepcionalmente, mantener insulina y glucemia capilar) Laxantes Antidepresivos Antibióticos (uso muy frecuente e injustificado en SUD, por diagnósticos injustificados de infecciones) Broncodilatadores (aerosoles) Corticoides: valorar su continuidad en situaciones específicas (HIC) Analgésicos: Usar los del 3º escalón.



Plan terapéutico en la fase agónica (I) Medidas generales de atención	
Medidas físicas	<ul style="list-style-type: none">• Identificar situaciones que generan sufrimiento. Si atención en domicilio, adiestrar a la familia a identificarlos (angustia, agitación, dificultad para respirar, dolor, etc.).• Cambios posturales suaves y observar si los mismos producen dolor o malestar para pautar medicación preventiva si lo precisa (analgésica previa).• Disminuir los cambios posturales a los esenciales en últimas 6-12 horas.• Hacer el encamamiento lo más confortable posible. Usar medidas de apoyo como almohadones.• Favorecer en la medida de lo posible la autonomía en la micción o defecación. Monitorizar ambas. Sondaje vesical si retención urinaria.
Medidas organizativas	<ul style="list-style-type: none">• Habitación / espacio individual en lo posible• Priorizar constantes de confort, no se precisa la toma rutinaria de constantes vitales.• Si atención en domicilio: Protocolizar acciones preventivas para evitar situaciones de crisis.



Plan terapéutico en la fase agónica (II) Consideraciones en el tratamiento de las complicaciones	
Dolor	<ul style="list-style-type: none">• Retirar analgésicos del 1º y 2º escalón y asegurar analgesia con morfina / fentanilo / oxicodona. Administración parenteral• Evitar el cambio de opioides del 3º escalón, salvo problemas de disponibilidad.• Valorar administrar rescates previo a las movilizaciones
Disnea	<ul style="list-style-type: none">• Utilizar opioides parenterales para control de la disnea (valorar si disnea refractaria que precise sedación). Valorar necesidad de midazolam sin ansiedad acompañante.• Prescribir rescates para las crisis. Considerar su necesidad en aseo y movilizaciones• Aire fresco sobre la cara (ventilador).• Si hipoxemia, pautar oxigenoterapia en gafas nasales, evitar mascarillas. No es imprescindible. Retirar si el paciente está incómodo.• Posición más confortable posible, generalmente 45-75º
Nauseas / Vómitos Obstrucción Intestinal	<ul style="list-style-type: none">• Tratamiento antiemético intensivo• Evitar, en lo posible, uso de sonda nasogástrica continua.
Delirium	<ul style="list-style-type: none">• Evitar confrontación y medidas de restricción física• Disminuir la estimulación sensorial excesiva. Las estrategias de reorientación NO son útiles en estos momentos.• Descartar retención aguda de orina, fecaloma, dolor, como precipitante de las crisis de agitación.
Hemorragia	Utilizar toallas/sábanas oscuras para disminuir el impacto visual que causa la sangre.



Estertores	<ul style="list-style-type: none">• Informar a la familia su significado y que NO siempre es posible control completo.• Tratamiento, elegir entre:<ul style="list-style-type: none">◦ ** Butilbromuro de hioscina, perfusión sc/ev continua: 60-240 mg/d. Puede asociarse en dilución con la morfina y midazolam. No asociar con fentanilo.◦ ** Escopolamina, perfusión sc / ev continua: 2,5 mg/d. No debería asociarse en dilución con ningún fármaco• Si es posible, colocar al enfermo en decúbito lateral y con el cuello ligeramente flexionado o en sedestación a 45-60°.
Fiebre	<ul style="list-style-type: none">• Es un signo del proceso de morir. No significa la presencia de infección.• Tratar si genera disconfort al paciente.• Medidas físicas: paños fríos, ambiente fresco, aligerar ropa.• Tratamiento farmacológico si $T^a \geq 39^\circ\text{C}$ o demanda familiar:<ul style="list-style-type: none">◦ Ketorolaco 30mg sc/iv;◦ Paracetamol 1g iv ó 500 mg rectal;◦ Metamizol 2g iv,◦ diclofenaco 37,5 mg sc



ESTREÑIMIENTO



Definición	El estreñimiento es la dificultad para la expulsión de las heces
Frecuencia	Su prevalencia varía entre un 40-50% en los pacientes con enfermedad oncológica avanzada y un 90% en aquellos que, además, toman opiáceos
Presentación clínica	Descenso de la frecuencia de deposiciones. Según intensidad, puede asociar: náuseas-vómitos, dolor cólico abdominal, diarrea por rebosamiento, disfunción urinaria, infecciones urinarias
Diagnóstico	Según los <i>Criterios de Roma IV</i> , el estreñimiento está presente con 2 o más de los siguientes síntomas <ol style="list-style-type: none">1. Esfuerzo durante la defecación al menos en el 25% de las ocasiones2. Heces duras al menos en el 25% de las ocasiones.3. Evacuación incompleta al menos en el 25% de las ocasiones.4. Dos o menos deposiciones a la semana
Etiología	En los pacientes oncológicos es un problema multifactorial cuyas causas más frecuentes están en relación con: <ol style="list-style-type: none">1. La propia enfermedad (inmovilidad, deficiencias nutricionales, ingesta inadecuada de fibra, etc.).2. La depleción de fluidos (disminución de ingestas, aumento de pérdidas: vómitos, fiebre, etc.).3. Pseudo-obstrucciones: invasión de luz intestinal, fecaloma.4. Fármacos: opiáceos, diuréticos, AINEs, antimuscarínicos, Fenotiacinas, derivados de la hioscina, antidepresivos tricíclicos, setrones, octreótido, sulfato de hierro.5. Trastornos hidroelectrolíticos (hipercalcemia y la hipokaliemia).



Tratamiento del Estreñimiento

Objetivos

Conseguir una o más deposiciones + Resolver los síntomas de náuseas-vómitos, y dolor abdominal.
Iniciar y/ ajustar el tratamiento laxante al alta del paciente.

Estreñimiento sin síntomas acompañantes

a) Paciente sin tratamiento opioide:

Uso de laxantes vo (seleccionar uno):

- *Laxante simple estimulantes*: Bisacodilo (Dulco laxo® comp 5 mg, supositorios 10mg, a dosis diaria de 5-10 mg/día) o Senósido (Puntual®, X Prep® Sol. gotas 30 mg/ml y sol 150 mg/75 ml, Pursenid® 12mg comprimidos, a dosis diaria de 10-30 mg/día)
- *Laxante simple osmótico*: Lactulosa- Lactitol (Lactulosa EFG, Dulphalac ® sobres 10g/15ml y sol 3,33 g/5ml, a dosis diaria de 10- 30ml/ día, requiere ingesta líquida adecuada)

b) Paciente en tratamiento opioide (seleccionar según tratamiento previo):

- Uso de *Laxante doble*: laxante estimulante más un laxante osmótico
- Uso de *Laxante triple*: laxante doble más lubricante o surfactantes: Parafina (Hodernal® sol 4g/5ml, Emuliquen simple® sobres 7g/15ml y emulsión 2,39 g/5ml, a dosis diaria de 7-10 mg/12-24h)

** Se recomienda combinar un estimulante y un ablandador que deberán elegirse de forma individual (capacidad de ingesta, dolor, etc.).

** En estadios avanzados de la enfermedad no se aconseja el uso de agentes formadores de bolo.



Estreñimiento con síntomas acompañantes (dolor abdominal ± náuseas ± vómitos)

Valorar severidad con radiografía de abdomen

1. Seleccionar entre:
 - Enema de limpieza:
 - *Enema simple de fosfato*: Enema Casen® 250 ml. No usar si insuficiencia renal
 - *Enema modificado*: Enema Casen® 250 ml + aceite de almendras 100 ml + agua templada 50 ml e instaurar con sonda rectal, sin extraer líquido del enema.
 - Carga de macrogol o similares. Ejemplo: 6 sobres de macrogol disuelto en litro de agua, ingerir en 4-6h ** Uso de carga de macrogol + enema
2. Si está en tratamiento previo con opioide, administrar:
 - una dosis de uno de los siguientes antagonistas opioides periféricos: naloxegol 25mg, naldemedina 200 mg, metilnaltrexona sc (una dosis según el peso, entre 38-61 kg: 8mg, entre 62-114 kg 12 mg y resto de pacientes: dosis 0,15 mg/kg),
 - a los 45-60 min, administrar el enema.
3. Si íleo paralítico, asociar a lo anterior, hidratación 1500 cc suero fisiológico + 8 mg de dexametasona c/24h sc/ev. Si vómitos o náuseas: Metoclopramida 10-20mg c/6-8h ev



NAUSEAS Y VÓMITOS



Consideraciones de tratamiento	
Tratamiento etiológico Causas reversibles	(*) Obstrucción Intestinal maligna ---- establecer tratamiento específico. (*) Tos ----- añadir antitusígenos. (*) Gastritis ----- retirar los fármacos causantes y añadir antiácidos, IBP. (*) Estreñimiento ----- añadir laxantes, enema. (*) Hipercalcemia ----- iniciar hidratación y valorar bifosfonatos. (*) Descompensación diabética ----- administración de insulina. (*) Ansiedad ----- ansiolíticos, apoyo psicológico. (*) Infección ----- añadir antibioterapia. (*) Uropatía Obstructiva ----- valorar Nefrostomía percutánea, catéter uretral (*) Retirar fármacos: Antibióticos, AAS, Carbamazepina, Corticoides, Digoxina, Hierro Quimioterapia, Mucolíticos, Litio, AINE, Estrógenos, Teofilina, Opioide.
Inducido por opioides	<ul style="list-style-type: none"> • Metoclopramida 10-20 mg vo/iv/sc c/6 h, o en perfusión continua 40-100mg/24 hora. Dosis extra: 10 mg sc/iv • Haloperidol 2,5 mg/24 h vía sc/ev, o en perfusión continua sc/ev. (Hasta 10mg) Dosis extra de 1 mg sc/ev. Alternativa: levomepromacina o clorpromacina 5-7,5 mg/d • Si no control reducir dosis 30-50% o valorar Cambio de Opioides.
Contraindicaciones de uso de Neurolépticos típicos (Sd extrapiramidal. Parkinsonismo)	<ul style="list-style-type: none"> • NO usar Haloperidol ni levomepromazina. • Olanzapina 2,5 mg vo /12 h. Cada 24-48 h se puede aumentar 2,5 mg diarios si no control
Secundario a Quimioterapia	<ul style="list-style-type: none"> • El tratamiento depende del tipo o de lo que se le ha pautado al inicio: En general Ondansentron 12 mg / 24 h vo/iv/sc. Dosis extra 4 mg (máximo 24 mg) o por Granisetron 3 mg/24 horas vo/sc/ev. Dosis extra 1 mg SC/IV (máximo 9 mg /24 horas. • En algunos casos se usan NK1: Aprepitant, Fosaprepitant. Dosis en función de los días de administrado la quimioterapia



Consideraciones de tratamiento	
<ul style="list-style-type: none"> • Cáncer gástrico • Hepatomegalia • Gastroparesia: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Neuropatía visceral paraneoplásica ◦ Síndrome de dispepsia paraneoplásica ◦ Cáncer de páncreas. • Fármacos: Anticolinérgicos, fenotiacinas, A. tricíclicos. • Compresión extrínseca de estructuras digestivas (como ascitis o por masas) • Irritación peritoneal • Enfermedad mediastínica (IAM, I CC) • Tos 	<ul style="list-style-type: none"> • Metoclopramida 10-20 mg vo c/6-8 horas • Domperidona 10 mg vo cada 6-8 horas
	NO CONTROL
	<ul style="list-style-type: none"> • Metoclopramida 10-20 SC/IV cada 4/6 horas o en administración continua (sc/ev) 40-100 mg/24. Dosis extra de 10 mg SC/IV • Asociar dexametasona 8 mg /24 horas VO/ SC/IV
	NO CONTROL
<ul style="list-style-type: none"> • Hipertensión intracraneal • Metástasis cerebrales • Infarto y hemorragia cerebral • Irritación meníngea (infección, carcinomatosis) • Radioterapia cerebral 	<ul style="list-style-type: none"> • Si no control con 100 mg de Metoclopramida en 24 horas sustituir por Ondasetron 12 mg cada 24 h vo/iv/sc. Dosis extra 4 mg (máximo 24 mg) o por Granisetron 3 mg/24 horas vo/sc/ev. Dosis extra 1 mg de Granisetron 1 mg SC/IV (máximo 9 mg /24 horas)
	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciar Dexametasona 16 mg/24 h iv/sc/vo. • Añadir haloperidol 5 mg/ 24 h sc/ev o en administración continua sc/ev, hasta control de vómitos
	NO CONTROL
<ul style="list-style-type: none"> • Hipertensión intracraneal • Metástasis cerebrales • Infarto y hemorragia cerebral • Irritación meníngea (infección, carcinomatosis) • Radioterapia cerebral 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar Haloperidol 7,5-10 mg/24 horas (Valorar impacto en Qtc) • Si no control sustituir por levomepromazina 12,5 mg sc cada 12 h. Dosis extras 6,25mg sc. • Dosis máxima 50 mg en 24 horas o somnolencia del paciente.
	NO CONTROL



Causas	Tratamiento
<ul style="list-style-type: none"> • Fármacos (opioides, AINE, antibióticos, digoxina etc.) • Toxinas bacterianas • Alteraciones metabólicas: <ul style="list-style-type: none"> ○ Hipercalcemia ○ Insuficiencia renal ○ Hipopotasemia ○ Hiponatremia • Descompensación diabética 	<ul style="list-style-type: none"> • Suspender AINE, reducir digoxina, ver inducido por Opioides* • Tratamiento de Hipercalcemia si indicación por estado del paciente. • Haloperidol 1,5- 5 mg/24 h vo/sc/ev. Dosis extra 1,5 mg sc/iv.
	NO CONTROL
	<ul style="list-style-type: none"> • Asociar dexametasona 8 mg/24 h sc/ev. • Aumentar Haloperidol 7,5-10 mg/24horas (Valorar impacto en Qtc)
	<p>NO CONTROL</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sustituir por levomepromazina 12,5 mg sc cada 12 h. Dosis extra 6,25mg sc. Dosis máxima 50 mg en 24 horas o somnolencia del paciente • Si no control sustituir por Ondasetron 12 mg / 24 h vo/iv/sc. Dosis extra 4 mg (máximo 24 mg) o por Granisetron 3 mg/24 horas vo/sc/ev. Dosis extra 1 mg SC/IV (máximo 9 mg /24 horas)
<ul style="list-style-type: none"> • Infección • Fármacos ototóxicos • Cinetosis • Infiltración tumoral 	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento específico de la causa y como sintomático: <ul style="list-style-type: none"> ○ Dimenhidrato vo 12,5-50 mg. ○ Dexclorfeniramina vo 2 mg c/4-6 h / 6 mg retard c/12 h. Dosis máxima 12 mg/día). Por vía sc/im/ev lento: 5 mg c/6 h (máximo 20 mg/día). • Si neoplasia asociar DEXAMETASONA 4-16 mg vo/sb/iv
<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad-depresión • Dolor • Miedo • Nausea anticipatoria 	<ul style="list-style-type: none"> • Benzodiacepinas: Lorazepam 1-3 mg/24 h.vo/sl



OBSTRUCCIÓN INTESTINAL



Causas	Obstrucción mecánica por Factores oncológicos / no oncológicos Alteraciones motilidad por fármacos, alteraciones iónicas
Pronóstico	Expectativa de vida a los 6 meses: 50% con cirugía y 8% sin cirugía Con tratamiento conservador: 36% resolución espontánea, con recidiva en un 60% Obstrucción intestinal maligna completa marca con frecuencia el último mes de vida
Localización	Intestino delgado ~ 60% Intestinos grueso ~ 30% (70% colon descendente)
Clínica	Náuseas y vómitos frecuentes con ausencia de emisión de gases y deposiciones Dolor abdominal visceral basal y a la exploración Distensión abdominal variable, ausencia de ruidos o ruidos de lucha o ruidos metálicos o ruidos hídricos Con frecuencia se presenta con obstrucción intestinal incompleta Los estudios radiológicos estáticos muestran la semiología de obstrucción intestinal.



Tratamiento (I) (Toma de decisión en función de estado funcional /pronóstico vital del paciente)			
Quirúrgico	Indicación		
	Oclusión intestinal completa (de elección). Pronóstico mayor 3-4 semanas. Urgente en: Perforación, Vólvulo, Isquemia intestinal No urgente: Vigilancia 2-5 días. SI no resolución cirugía		
	Contraindicación		
	Absolutas		
	Relativas		
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> Carcinomatosis peritoneal Ascitis masiva Masas palpables en abdomen Oclusión varios niveles Afectación estómago proximal </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> Metástasis extraabdominales Deterioro de la capacidad funcional Caquexia Radioterapia previa abdomen/pelvis </td> </tr> </table>	Carcinomatosis peritoneal Ascitis masiva Masas palpables en abdomen Oclusión varios niveles Afectación estómago proximal	Metástasis extraabdominales Deterioro de la capacidad funcional Caquexia Radioterapia previa abdomen/pelvis
Carcinomatosis peritoneal Ascitis masiva Masas palpables en abdomen Oclusión varios niveles Afectación estómago proximal	Metástasis extraabdominales Deterioro de la capacidad funcional Caquexia Radioterapia previa abdomen/pelvis		
Prótesis	Indicación		
	<ul style="list-style-type: none"> • Oclusión intestinal completa sin indicación quirúrgica. • Oclusión intestinal parcial. 		
	Contraindicación		
	<ul style="list-style-type: none"> • Niveles hidroaéreos no bien definidos • Estenosis mayor a 4 cm (relativa) 		



Tratamiento conservador Obstrucción intestinal (II) (Personas no candidatas a intervención quirúrgica o prótesis gastro- intestinal)

DIETA: Inicialmente absoluta según intensidad de vómitos. Si vómitos escasos, /valorar dieta de confort (pequeñas cantidades según tolerancia, para el bienestar del paciente).

HIDRATACIÓN: Durante la obstrucción mientras se valora resolución o si deshidratación. En obstrucción establecida, si persiste náuseas, (pueden empeorar por aumento de las secreciones endoluminales intestinales) disminuir a 500ml en 24 horas.

ANTIEMÉTICOS: Metoclopramida puede ser útil, pero con vigilancia, podría aumentar el dolor. Usar neurolepticos (Ver náuseas y vómitos).

ANTISECRETORES: Iniciar Octeotride 0,1-0,3 cada 8 horas (sc). Si las 48 horas no hay respuesta asociar BUSCAPINA ev/sc de 120 mg en 24 horas a 480 mg en 24 horas máximo.

ANALGESICOS ev/sc: Garantizar control del dolor con Opioides, elegir entre : (*) Cloruro Mórfico:10-15mg en 24 horas (*) 0,3- 0,6 mg de FENTANILO en 24 horas (*) 5-10 mg de OXICODONA en 24 horas (*) aumentar un 30/50% la dosis diaria en pacientes con tratamiento opioide previo

CORTICOIDES: Iniciar a dosis altas de 12 mg IV en 24 horas. Durante 72 horas. Si no resolución iniciar descenso.

USO DE SONDA NASOGÁSTRICA: Si vómitos persistentes de difícil control, valorar realizar vaciado gástrico transitorio. Mantener la SNG a largo plazo es incómoda y presenta efectos secundarios.



DOLOR CRÓNICO



Consideraciones generales

Los pacientes con dolor leve / moderado que no presenten otra complicación motivo de ingreso hospitalario, pueden ser tratados en domicilio con opioides orales (morfina, oxicodona, hidromorfona) o transdérmicos (fentanilo)

La presencia de un dolor severo es criterio para solicitar la valoración de la unidad de cuidados paliativos para ingreso hospitalario de la persona afectada

El tratamiento del dolor debe considerar un tratamiento basal (pautado) + el uso de dosis extras o de “rescates” para posibles crisis de dolor no controlado. Puede usarse tantas dosis de rescate como se precise. El uso de ≥ 3 dosis extras al día indica que el dolor basal no está controlado

La dosis de los opioides se establece en relación a la dosis diaria previa con un incremento del 30% si dolor leve y del 50% si dolor moderado / severo

El cambio de opioide debería realizarse ajustando la dosis del opioide nuevo según la relación de conversión de dosis de los opioides implicados. Los cambios de opioides que se realicen no considerando la relación de equivalencia pueden dar lugar a situación de sobredosificación (aumento de riesgo de efecto secundarios) o infradosificación (descompensación del dolor, riesgo de síndrome de abstinencia opioide)

Las dosis de opioides deben ser modificadas cuando se realizan cambios en la vía de administración, por las variables biodisponibilidades, según las equivalencias correspondientes



Paciente sin tratamiento opioide previo (I)

DOLOR LEVE (≤ 3 en escala numérica 0-10)

Debe prescribirse un analgésico pautado + Un analgésico extra si dolor + asociar laxantes si se usan opioides

Años	Analgesia basal (pautada)	Analgesia de rescates (para crisis dolorosa)
≥ 80 años Seleccionar en orden decreciente según tiempo con dolor o uso de analgésicos previos. No está recomendado uso de AINE	<ul style="list-style-type: none">• metamizol 0,5-1 g cada 8h• paracetamol - tramadol: 325/37,5 mg cada 8h• tramadol 25 cada 8h• tapentadol 25 mg cada 12h	<ul style="list-style-type: none">• Metamizol 0,5-1 g• Paracetamol – Tramadol 325/ 37,5 mg• Tramadol 25 mg
≤ 80 años Seleccionar opioides si varias semanas con dolor y/o uso de analgésicos previos. No está recomendado uso de AINE	<ul style="list-style-type: none">• tramadol 75-400 mg/d• tapentadol 100-500 mg/d• morfina liberación sostenida 10 mg/12h• oxicodona liberación sostenida 10 mg/12h• hidromorfona liberación sostenida 4 mg/d• fentanilo transdérmico 12 mcg/h, 25 mcg/h si ≤ 70 años	<ul style="list-style-type: none">• Tramadol 25 mg• Morfina liberación rápida 5 mg vo• Oxicodona liberación rápida 5 mg vo



Paciente sin tratamiento opioide previo (IIA)		
DOLOR MODERADO EN PACIENTE QUE NO REQUIERE INGRESO Debe prescribirse un analgésico pautado + Un analgésico extra para las crisis de dolor + Laxantes si el analgésico es opioide		
Años	Analgesia basal (pautada)	Analgesia de rescates (para crisis dolorosa)
≥ 80 años	<ul style="list-style-type: none">• tramadol 75-400 mg/d• tapentadol 100-500 mg/d• morfina liberación sostenida 10 mg/12h• oxicodona liberación sostenida 10 mg/12h• hidromorfona liberación sostenida 4 mg/d• fentanilo transdérmico 25 mcg/h si ≤ 70 años	<ul style="list-style-type: none">• Tramadol 25 mg• Morfina oral 5 mg• Oxicodona oral 5 mg <p>NO se recomienda tratamiento con fentanilos de acción rápida hasta que el paciente sea tolerante a los opioides</p>
≤ 80 años	<ul style="list-style-type: none">• tapentadol 300-500 mg/d• morfina liberación sostenida 15 mg/12h• oxicodona liberación sostenida 10 mg/12h• hidromorfona liberación sostenida 8 mg/d• fentanilo transdérmico 25 mg/h	<ul style="list-style-type: none">• Morfina liberación rápida 5 mg vo• Oxicodona liberación rápida 5 mg vo <p>NO se recomienda tratamiento con fentanilos de acción rápida hasta que el paciente sea tolerante a los opioides</p>

* Asociar metoclopramida, ev/sc/vo, 10 mg c/ 8h durante 48h, como profilaxis de vómitos secundarios a inicio tratamiento opioide



Paciente sin tratamiento opioide previo (IIB)		
EN PACIENTE QUE REQUIERE INGRESO y TIENE DOLOR MODERADO /SEVERO (≥ 4 en escala numérica 0-10) Debe prescribirse un analgésico pautado + Un analgésico extra para las crisis de dolor + Laxantes si el analgésico es opioide		
Años	Opciones para la analgesia basal	Analgesia de rescates (para crisis dolorosa) Repetir: ev / 15' y sc /30'
$\geq 80^*$	<ul style="list-style-type: none">• Cloruro mórfico, perfusión continua ev/sc, 10 mg/24h. Incremento del 30% c/ 12-24h• Fentanilo, perfusión continua ev/sc, 0,3 mg/24h. Incremento del 30% c/ 12-24h Especialmente indicado si insuficiencia renal	<ul style="list-style-type: none">• Cloruro mórfico, 2,5 mg• Fentanilo 0,025 mg
75- 79*	<ul style="list-style-type: none">• Cloruro mórfico, perfusión continua ev/sc, 15 mg/24h. Incremento del 30% c/ 12-24h• Fentanilo, perfusión continua ev/sc, 0,3 mg/24h. Incremento del 30% c/ 12-24h Especialmente indicado si insuficiencia renal	<ul style="list-style-type: none">• Cloruro mórfico, 2,5 mg• Fentanilo 0,050 mg
< 75	<ul style="list-style-type: none">• Cloruro mórfico, perfusión continua ev/sc, 30 mg/24h. Incremento del 30-50%, c/ 12-24h• Fentanilo, perfusión continua ev/sc, 0,6 mg/24h. Incremento del 30-50%, cada 12-24h. especialmente indicado si insuficiencia renal	<ul style="list-style-type: none">• Cloruro mórfico, 2,5 mg• Fentanilo 0,050 mg

* Asociar metoclopramida, ev/sc/vo, 10 mg c/ 8h durante 48h, como profilaxis de vómitos secundarios a inicio tratamiento opioide



Paciente con dolor que requiere ingreso

Tratamiento PREVIO con Morfina Oral, Cambio a Morfina parenteral

Debe prescribirse un analgésico pautado + un analgésico extra para las crisis de dolor + Laxantes si el analgésico es opioide

	Cloruro mórfico en perfusión continua ev/sc. dosis recomendada mg/d	Analgesia de rescates (para crisis dolorosa) Repetir: ev / 15` y sc /30`
DOLOR LEVE (< 4/10)	mg/d sc = mg /d morfina vo que toma el paciente x 0,5 mg/d ev = mg /d morfina vo que toma el paciente x 0,3	Cloruro mórfico, 2,5 mg.
DOLOR MODERADO (4-6/10)	mg/d sc = mg /d morfina vo que toma el paciente x 0,65 mg/d ev = mg /d morfina vo que toma el paciente x 0,45	Cloruro mórfico: 1/10 de la dosis diaria calculada de morfina
DOLOR SEVERO (≥7/10)	mg/d sc = mg /d morfina vo que toma el paciente x 0,75 mg/d ev = mg /d morfina vo que toma el paciente x 0,50	Cloruro mórfico: 1/10 de la dosis diaria calculada de morfina

Cálculos realizados considerando un incremento de la dosis del 30% (dolor moderado) - 50% (dolor severo) y la conversión de dosis por cambio de vía.



Paciente con dolor que requiere ingreso

Tratamiento PREVIO con Oxiconona Oral, Cambio a Morfina parenteral

Debe prescribirse un analgésico pautado + un analgésico extra para las crisis de dolor + Laxantes si el analgésico es opioide

	Cloruro mórfico en perfusión continua <i>dosis recomendada</i>	Analgesia de rescate (para crisis dolorosa) Repetir: ev / 15` y sc /30`
DOLOR LEVE (< 4/10)	Cloruro mórfico mg/d sc = mg /d oxiconona vo x 0,75 Cloruro mórfico mg/d ev = mg/d de oxiconona x 0,5	Cloruro mórfico: 1/10 de la dosis diaria calculada de morfina
DOLOR MODERADO (4-6/10)	Cloruro mórfico mg/d sc = mg /d oxiconona vo x 0,99 Cloruro mórfico mg/d ev = mg/d de oxiconona x 0,66	Cloruro mórfico: 1/10 de la dosis diaria calculada de morfina
DOLOR SEVERO (≥7/10)	Cloruro mórfico mg/d sc = mg /d oxiconona vo x 1,25 Cloruro mórfico mg/d ev = mg/d de oxiconona x 0,75	Cloruro mórfico: 1/10 de la dosis diaria calculada de morfina

Cálculos realizados considerando un incremento de la dosis del 30% (dolor moderado) - 50% (dolor severo) y la conversión de dosis por cambio de opioide y vía de administración



Paciente con dolor que requiere ingreso

Tratamiento PREVIO con Oxycodona Oral, Cambio a Oxycodona parenteral

Debe prescribirse un analgésico pautado + un analgésico extra para las crisis de dolor + Laxantes si el analgésico es opioide

	Oxycodona en perfusión continua dosis recomendada ev/sc	Analgesia de rescate (para crisis dolorosa) Repetir: ev / 15` y sc /30`
DOLOR LEVE (< 4/10)	$mg/d\ sc = mg /d\ oxycodona\ vo\ que\ toma\ el\ paciente\ x\ 0,5$ $mg/d\ ev = mg /d\ oxycodona\ vo\ que\ toma\ el\ paciente\ x\ 0,3$	Oxycodona: 1/10 de la dosis diaria calculada de oxycodona
DOLOR MODERADO (4-6/10)	$mg/d\ sc = mg /d\ oxycodona\ vo\ que\ toma\ el\ paciente\ x\ 0,65$ $mg/d\ ev = mg /d\ oxycodona\ vo\ que\ toma\ el\ paciente\ x\ 0,45$	Oxycodona: 1/10 de la dosis diaria calculada de oxycodona
DOLOR SEVERO (≥7/10)	$mg/d\ sc = mg /d\ oxycodona\ vo\ que\ toma\ el\ paciente\ x\ 0,75$ $mg/d\ ev = mg /d\ oxycodona\ vo\ que\ toma\ el\ paciente\ x\ 0,50$	Oxycodona: 1/10 de la dosis diaria calculada de oxycodona

Cálculos realizados considerando un incremento de la dosis del 30% (dolor moderado) - 50% (dolor severo) y la conversión de dosis por cambio de opioide y vía de administración



Paciente con dolor que requiere ingreso

Tratamiento PREVIO con Morfina Oral, Cambio a Fentanilo parenteral
(en pacientes en insuficiencia renal moderada-severa)

Debe prescribirse un analgésico pautado + un analgésico extra para las crisis de dolor + Laxantes si el analgésico es opioide

Intensidad del dolor	Fentanilo en perfusión continua dosis recomendada ev/sc	Analgesia de rescate (para crisis dolorosa) Repetir: ev / 15` y sc /30`
DOLOR LEVE ($< 4/10$)	0,01 x mg /d de morfina vo que toma el paciente	1/10 de la dosis diaria calculada de Fentanilo
DOLOR MODERADO (4-6/10)	0,013 x mg /d de morfina vo que toma el paciente	1/10 de la dosis diaria calculada de Fentanilo
DOLOR SEVERO ($\geq 7/10$)	0,015 x mg /d de morfina vo que toma el paciente	1/10 de la dosis diaria calculada de Fentanilo

Cálculos realizados considerando un incremento de la dosis del 30% (dolor moderado) - 50% (dolor severo) y la conversión de dosis por cambio de opioide y vía de administración



Paciente con dolor que requiere ingreso

Tratamiento PREVIO con Fentanilo transdérmico, Cambio a Fentanilo parenteral

Debe prescribirse un analgésico pautado + un analgésico extra para las crisis de dolor + Laxantes si el analgésico es opioide

	Fentanilo en perfusión continua dosis recomendada ev/sc	Analgesia de rescate (para crisis dolorosa) Repetir: ev / 15` y sc /30`
DOLOR LEVE (< 4/10)	0,024 x dosis (mcg/h) del parche de fentanilo que usa el paciente	1/10 de la dosis diaria calculada de fentanilo
DOLOR MODERADO (4-6/10)	0,032 x dosis (mcg/h) del parche de fentanilo que usa el paciente	1/10 de la dosis diaria calculada de fentanilo
DOLOR SEVERO (≥7/10)	0,036 x dosis (mcg/h) del parche de fentanilo que usa el paciente	1/10 de la dosis diaria calculada de fentanilo

Cálculos realizados considerando un incremento de la dosis del 30% (dolor moderado) - 50% (dolor severo) y la conversión de dosis por cambio de vía de administración



DELIRIUM **(Síndrome confusional)**



Definición	Síndrome cerebral agudo y fluctuante con alteraciones de la atención y del nivel de la consciencia, junto a cambios en la cognición ± alteraciones de la percepción (alucinaciones, delusiones, agitación psicomotriz...).
Diagnóstico	Es exclusivamente clínico: anamnesis a la familia + exploración de la atención (test de las "a", días inversos o dígitos inversos) y función cognitiva (MEC, MoCA, SPSMQ), para detectar los criterios diagnósticos (DSM-V): Alteración de la atención y la consciencia (hiper o hipoalerta) Alteración cognitiva adicional. Aparición en un corto espacio de tiempo. Las alteraciones 1 y 2 no se explican por otra alteración neurocognitiva preexistente. Evidencia de que la alteración es una consecuencia fisiológica de otra afección médica.
Tipos	<ul style="list-style-type: none">• Hiperactivo (hipervigilancia, agitación, conductas de riesgo...)• Hipoactivo (inhibición, somnolencia, enlentecimiento, disminución de la atención...). Refleja mayor fragilidad cerebral y suele estar infradiagnosticado e infratratado.• Mixto.- alterna episodios de agitación con episodios de letargia.
Epidemiología	La prevalencia en enfermedades avanzadas varía entre 26-44%, aumentando al final de la vida (hasta un 88% en días previos al fallecimiento según algunos estudios). Es un factor de mal pronóstico de supervivencia.
Etiología	<ul style="list-style-type: none">• Factores predisponentes: edad, demencia, enfermedad de base, déficit sensoriales o factores ambientales.• Factores precipitantes: trastornos metabólicos, fármacos, infecciones...



Diagnóstico Etiológico Guía diagnóstico Breve: Búsqueda de causas reversibles del Delirium	
Alteraciones del calcio, sodio, glucemia	Corrección de niveles
¿Polifarmacia?	Valorar desprescripción de psicofármacos, digoxina, AINE.
Abstinencia a: <ul style="list-style-type: none">• Benzodiazepinas• Alcohol	Administración de Benzodiazepinas y/o neurolépticos
¿Insuficiencia Renal?	Valorar reversibilidad de la insuficiencia renal: sondaje vesical / ecografía nefrouinaria Hidratación. Ajuste de dosis de fármacos. Selección opioide seguro: fentanilo
¿Insuficiencia Hepática?	Ajuste situación metabólica / iónica. Descartar / tratar infección. Tratamiento del Estreñimiento Ajuste de dosis de fármacos.
¿Opioides?	Consultar con unidad de soporte/ paliativos para considerar: <ul style="list-style-type: none">• Rotación (cambio) de opioides o reducción de dosis.• Hidratación (1500 ml /24h salvo contraindicación)
¿Infección?	Antibioterapia empírica según clínica + antibioterapia según antibiograma
¿QT o Inmunoterapia?	Descartar toxicidad
¿Sospecha Metástasis Cerebrales?	No es frecuente que el delirium sea la única expresión, sin otra focalidad, de mts cerebrales Valorar TAC/RMN. Corticoides (si edema cerebral)



Tratamiento sintomático no farmacológico

Objetivo: ausencia / descenso intensidad de trastornos conductuales

- Informar y explicar a la familia y personas allegadas. Implicarlos en los cuidados.
- Comunicación con el paciente mediante frases cortas y mensajes sencillos, lenguaje tranquilo, evitar confrontaciones...
- Entorno tranquilo, confortable y seguro.
- Medidas de reorientación (gafas, audífono, reloj, calendario...)
- Evitar contención física (salvo riesgo de auto o heterolesión)
- Descartar fecaloma, retención urinaria, dolor



Tratamiento sintomático farmacológico

En mayores de 80 años, caquéticos (< 40 kg) o agitación leve reducir dosis al (50%)
(elegir tratamiento con uno de los siguientes neurolépticos)

Tolera Vía Oral y No antecedente de inquietud intensa / agitación en últimas 24h	<ul style="list-style-type: none">• Quetiapina vo: 25-100 mg / 8-12 h + 25 mg / 45-60 min si agitación. (Máximo 400 mg /d).• Olanzapina vo / sl: 5-20 mg / 12-24h + 2.5 -5 mg / 45-60 min si agitación. (Máximo 20 mg /d).• Risperidona: 1-5 mg / 12-24h + 0.5-1 mg / 45-60 min si agitación. (Máximo 16 mg /d).• Levomepromacina vo: 25-75mg / 8-12-24h + 12,5 -25 mg / 45-60 min si agitación. (Máximo 400 mg /d).
No tolera Vía Oral y / o antecedente de inquietud intensa / agitación en últimas 24h	<ul style="list-style-type: none">• Levomepromacina sc / im: 25-75 mg / 8-12-24 h + 12,5 mg / 20 min si agitación. (Máximo 300 mg /d).• Clorpromacina ev / im: 25-75 mg / 8-12-24 h + 12,5 mg / 20 min si agitación. (Máximo 300 mg /d).• *** Haloperidol sc/iv 2.5-5 mg / 8-12-24 h Uso no recomendado por alteración del Qtc
Persistencia inquietud pese dosis máximas de neurolépticos	Consultar con unidad de soporte / paliativos para considerar la sedación paliativa



Tratamiento sintomático farmacológico Tratamiento de las crisis de inquietud / agitación (elegir uno de los siguientes tratamientos con neurolépticos)	
Tolera Vía Oral	Uso de las dosis recomendadas de neurolépticos
No tolera Vía Oral y / o agitación	Elegir uno de los siguientes tratamientos: a) Uso de la dosis recomendadas de neurolépticos b) Midazolam 2,5 – 5 mg (ev cada 10'-15' y sc /20'-30') hasta control de la crisis



DISNEA **(Insuficiencia respiratoria)**



Definición	<p>Percepción subjetiva de “falta de aire” o “dificultad para respirar”, con/sin signos de insuficiencia respiratoria asociados.</p> <p>La crisis de disnea es una urgencia en cuidados paliativos, por lo que precisa una valoración rápida y detallada en busca de signos de gravedad, que según el contexto en el que se presenten orientarán su manejo.</p>
Frecuencia	<p>Es un síntoma frecuente en las enfermedades pulmonares, cardíacas, neurodegenerativas y oncológicas en fase terminal, que puede objetivarse en torno al 70% de pacientes en los últimos días de vida.</p>



Etiología		
Intratorácicas	Extratorácicas	Otras
Ocupación del parénquima pulmonar: neoplasia, edema, Linfangitis carcinomatosa Obstrucción de la vía aérea Compresión de la vena cava superior Derrame pleural, Derrame pericárdico Fibrosis post-radioterapia Neumonectomía, atelectasia Toxicidad pulmonar por quimioterapia	Ascitis Hepatomegalia masiva Caquexia Parálisis diafragmática	Tromboembolismo pulmonar Infección respiratoria Insuficiencia cardiaca Anemia Ansiedad Ascitis



Evaluación												
Identificar la causa	Establecer Intensidad	Síntomas asociados										
<ul style="list-style-type: none"> • Realizar a historia clínica detallada • Solicitud de pruebas complementarias (<u>individualizar</u>): <ul style="list-style-type: none"> ○ Analítica ○ Radiografía Tórax 	<p style="text-align: center;">Clasificación NYHA</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">CLASIFICACIÓN FUNCIONAL NYHA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">Clase I</td> <td>Ausencia de síntomas. La actividad física no ocasiona disnea</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Clase II</td> <td>Ligera limitación de la actividad física</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Clase III</td> <td>Marcada limitación de la actividad física. Confortables en reposo</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Clase IV</td> <td>Síntomas al menor esfuerzo o reposo</td> </tr> </tbody> </table> <ul style="list-style-type: none"> • Escala 0 – 10 (máxima disnea) • Saturación O2 • Frecuencia y patrón respiratorio 	CLASIFICACIÓN FUNCIONAL NYHA		Clase I	Ausencia de síntomas. La actividad física no ocasiona disnea	Clase II	Ligera limitación de la actividad física	Clase III	Marcada limitación de la actividad física. Confortables en reposo	Clase IV	Síntomas al menor esfuerzo o reposo	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad: suele presentarse, con frecuencia de forma conjunta. • Crisis de pánico respiratorio: representa una urgencia que es necesario tratar y manejar con rapidez y eficacia. Existe percepción de angustia intensa y sensación de muerte inminente. • Inquietud / agitación: las personas con cáncer de pulmón pueden presentar un delirium en la última semana de vida con crisis de agitación desencadenadas por la disnea
CLASIFICACIÓN FUNCIONAL NYHA												
Clase I	Ausencia de síntomas. La actividad física no ocasiona disnea											
Clase II	Ligera limitación de la actividad física											
Clase III	Marcada limitación de la actividad física. Confortables en reposo											
Clase IV	Síntomas al menor esfuerzo o reposo											



Tratamiento – Aspectos generales		
Tratamiento etiológico	Tratamiento sintomático	
<p>Según patología de base:</p> <ul style="list-style-type: none">• tratamiento broncodilatador• transfusiones• diuréticos• anticoagulación <p>Individualizar el tratamiento según:</p> <ul style="list-style-type: none">• Situación clínica y expectativa vital• Lugar de asistencia y recursos disponibles	<p>Tratamiento no farmacológico</p> <ul style="list-style-type: none">• Medidas generales• Oxígeno• Posición sentada, colocar al paciente en espacio amplio en la medida de las posibilidades y ventilado.	<p>Tratamiento farmacológico:</p> <ul style="list-style-type: none">• Opioides• Corticoides• Benzodiacepinas



Tratamiento sintomático		
Medidas generales	Oxígeno	Otros
<ul style="list-style-type: none">• Informar al paciente y su familia de forma clara y veraz• Centrarse en expectativas reales• Adaptar la información al ritmo y necesidades del paciente (explicar la situación con lenguaje sencillo y comprensible)• Favorecer la comunicación con el paciente para que exprese sus miedos o inquietudes, así como su familia• Garantizar dentro de las posibilidades un ambiente relajado y tranquilo <p><i>Nota:</i> Si crisis de disnea, NO dejar al paciente solo hasta lograr controlar el síntoma.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Indicación si hipoxemia (Sat O₂ < 90%) y percepción de mejoría por el paciente• Ventilar habitación	<ul style="list-style-type: none">• Favorecer movilización en la medida de las posibilidades, así como transferencias.• Suministrar aire a la cara del paciente (con abanicos o ventiladores)• Posicionamiento con el tórax incorporado hacia delante.• Ropa cómoda, holgada, sin constreñir.



Tratamiento Paliativo Farmacológico (I)

Opioides: Tratamiento basal

¿Opioide de base?	NYHA III	NYHA IV	NYHA IV + refractariedad
	Instaurar tratamiento con opioides u optimizar el tratamiento previo		
NO	<ul style="list-style-type: none"> • Morfina de liberación sostenida: <ul style="list-style-type: none"> - Dosis inicial: 10 mg /12 horas - Ajustar dosis en pacientes > 80 años, frágiles: 5 mg /12h <i>Evitar uso de morfina si FG < 30 ml/h</i> • Si insuficiencia renal: Fentanilo transdérmico: 12 mcg/h cada 72h 	<ul style="list-style-type: none"> • Vía iv: Perfusión continua/24 h: 10 mg cloruro mórfico iv • Vía sc: Perfusión continua/24 h: 15 mg cloruro mórfico sc <ul style="list-style-type: none"> - Si persiste, incrementar dosis en un 30-50% cada 24 h hasta el alivio completo. - Si insuficiencia renal: 0,3 mg (300 mcg) Fentanilo/24h ev/sc. 	Valorar sedación paliativa transitoria o continua.
SI	Incrementar en un 30-50% la dosis basal según intensidad/mejoría cada 48-72h	Incrementar en un 30-50% la dosis basal según intensidad/mejoría cada 24-48 h.	



Tratamiento Paliativo Farmacológico (II)			
	NYHA III	NYHA IV	
	Instaurar tratamiento con opioides u optimizar el tratamiento previo para las crisis de disnea		
DOSIS DE RESCATE	<ul style="list-style-type: none"> • Con opioide de base: <ul style="list-style-type: none"> • Morfina de liberación rápida (Sevredol, Oramorph): usar 10% de la dosis total diaria de morfina. Repetir a los 45 min hasta control de la crisis. • Citrato de fentanilo transmucosa (oral, sublingual, nasal). Administrar dosis equivalente a la que usaba el paciente para el control del dolor o iniciar la titulación a partir de la menor dosis. • Sin opioide de base: <ul style="list-style-type: none"> • Morfina de liberación rápida (Sevredol): 5 mg si crisis de disnea. Puede repetir a los 45 minutos si no alivio. Máximo 6-8 al día. • Oramorph 2mg/ml: 1-1,5 ml si crisis de disnea. Puede repetir a los 45 minutos si no alivio. Máximo 6-8 al día. 	<ul style="list-style-type: none"> • Vía iv/sc: 2,5-5 mg de cloruro mórfico ev/sc, repetir cada 20-30 minutos hasta control de crisis. <p>Si dosis total diaria de morfina > 30 mg/d, utilizar como dosis de rescate 1/10 de la dosis total diaria</p>	
DOSIS EXTRAS			
PARA LAS CRISIS			<ul style="list-style-type: none"> • Si insuficiencia renal: 0,05 mg de fentanilo, repetir cada 15-30 minutos hasta control de crisis. Si dosis total diaria de fentanilo ≥ 50 mcg/h, utilizar como dosis de rescate 1/10 de la dosis total diaria



Tratamiento paliativo farmacológico (III)

Otros fármacos

Benzodiacepinas	Corticoides
<p>Usar si ansiedad o crisis de pánico concurrente a la crisis de disnea, asociadas al tratamiento opioide</p> <ul style="list-style-type: none">• Oral:<ul style="list-style-type: none">- 0,25-1 mg sl. alprazolam/ 8-12 h- 1 mg sl. lorazepam/ 8-12 h.• Subcutáneo/Intravenoso: 2,5-5 mg sc/iv Midazolam (Repetir cada 30 minutos hasta control de crisis de pánico con disnea (pánico respiratorio) (asociar en este caso al Cloruro Mórfico)• Considerar la necesidad de instaurar tratamiento basal vía oral o en perfusión continua para control de la ansiedad.	<p>UTILIZAR Dexametasona 8-16 mg /24 ev / vo, si:</p> <ul style="list-style-type: none">• Infiltración pulmonar• Linfangitis carcinomatosa• Obstrucción vía aérea• Sd vena cana superior



ALIVIO DEL SUFRIMIENTO POR SÍNTOMAS REFRACTARIOS AL FINAL DE LA VIDA

SEDACIÓN PALIATIVA



Sedación paliativa	Disminución deliberada del nivel de conciencia del enfermo mediante la administración de los fármacos sedantes, con el objetivo de evitar un sufrimiento intenso causado por uno o más síntomas refractarios. Puede ser continua o intermitente y su profundidad se gradúa buscando el nivel de sedación mínimo que logre el alivio sintomático.
Sedación paliativa continua	Es aquella sedación paliativa que se mantiene hasta el fallecimiento del paciente, en un contexto clínico en el que la pérdida de la sedación paliativa provocaría un intenso sufrimiento en el paciente
Sedación transitoria	Es una sedación temporal, realizada con sedantes, para el control de crisis transitorias de sufrimiento intenso. Puede ser utilizada en el control de crisis de disnea, agitación, hemorragias, cura de úlceras.
Inducción de la sedación paliativa continua	Administración de sedantes para obtener en poco tiempo una sedación paliativa moderada-profunda por un síntoma refractario intenso
Nivel de sedación Profundidad de la sedación	Grado mínimo de sedación a obtener para abolir la percepción del sufrimiento por un síntoma refractario. Se evalúa mediante la escala de Ramsay o la Richmond Agitation Sedation Scale (RASS)
Síntomas refractarios	Son aquellos síntomas que no responden, en un periodo razonable de tiempo, al mejor tratamiento paliativo. Dado que el síntoma / complicación no responde al tratamiento, se procede a disminuir el nivel de conciencia de la persona para que no perciba el sufrimiento secundario al mismo.



Síntomas refractarios para considerar la sedación paliativa

Hemorragia	Hemorragia masiva interna o externa sin posibilidades de control, que provoca alteraciones hemodinámicas que conllevan a la muerte. Considerar nivel de sedación equivalente a RASS -3 (Sedación moderada = apertura de ojos, movimientos corporales, con estímulos verbales, sin establecer contacto ocular)
Dolor	No respuesta del dolor a dosis altas de opioides, superiores a 2 g/d de morfina o dosis equivalentes de otros opioides, asociados a co-analgésicos. Es excepcional que no se pueda aliviar el dolor con el tratamiento analgésico / co-analgésico correcto. Cuando no hay control, en una gran mayoría de casos, existe una situación clínica de interferencia afectiva (la persona expresa como queja de dolor su angustia vital) o un delirium hiperactivo (el paciente hace quejas de dolor como liberación / expresión de su inquietud)
Disnea de reposo	Percepción de falta de aire o respiración dificultosa en reposo, que altera la capacidad de comunicación e ingesta oral. Todo ello asociado a signos de insuficiencia respiratoria severa: taquipnea, movilización musculatura respiratoria accesoria, Saturación de O ₂ <90% pese a suministro oxígeno externo, taquicardia sinusal, estertores y otros signos del proceso de morir como inquietud / agitación. La disnea no ha mejorado tras la administración de 2-3 dosis de 2,5-5 mg sc/ ev de cloruro mórfico a lo largo de 15-30 min; o a incrementos progresivos del tratamiento basal de opioides en los últimos días. Considerar nivel de sedación equivalente a RASS -5 / Ramsay VI (Sedación completa = No respuesta a estímulos físicos, relajación muscular)
Delirium hiperactivo	Cuadro confusional con crisis de agitación reiteradas pese a 300 mg/d de levomepromacina o clorpromacina, en paciente con un Palliative Performance Score del 10-20%, un PaP Score C, Palliative Prognosis Index = pronóstico inferior a 3 semanas. Cuadro confusional con 3-4 agitaciones al día + signos de insuficiencia respiratoria + otros signos del proceso de morir Se establecería un nivel de sedación equivalente a RASS -4
Sufrimiento espiritual	Situación de agotamiento emocional en personas en agonía que conlleva a desear estar dormido hasta el fallecimiento. Dado las implicaciones bioéticas y terapéuticas de esta situación clínica, las personas potencialmente candidatas a sedación paliativa por este motivo deberían ser atendidas por profesionales de las unidades de soporte / cuidados paliativos



Sedación paliativa. Toma de decisiones Requerimientos mínimos	
Diagnóstico enfermedad en fase terminal	Enfermedad incurable, con progresión hacia la muerte pese al tratamiento específico
Situación clínica de últimos días	Síntomas + signos del proceso de morir ¿se espera que el paciente se muera en las próximas 72 horas?
Motivo para sedación Criterios síntoma refractario	Clínica síntoma refractario según se ha descrito en esta guía Se ha realizado sedaciones transitorias, pero recurre el sufrimiento intenso al recuperarse la vigilia
Consenso con el paciente	El paciente ha autorizado verbalmente la sedación paliativa transitoria El paciente ha autorizado verbalmente sedación paliativa mantenida
Consenso con la familia	La familia, por impedimento del paciente, toma las decisiones, Ha autorizado la sedación transitoria / mantenida
Voluntades anticipadas	Cumplimiento voluntades anticipadas



Sedación Paliativa. Procedimiento Opciones terapéuticas (I)

Fármaco	Dosis de inducción a la sedación Dosis rescates (DR)/ Extras	Dosis de mantenimiento
Midazolam (de elección)	Edad \geq 80 años = 2,5-5 mg (ev/10' y sc / 20') DR = 2,5 -5 mg Edad < 80 años = 5-7,5 mg (ev /10' y sc / 20') DR= 7,5 mg ev/sc	Aumentar la dosis c/ 6-8-12-24h, según el esquema siguiente, hasta conseguir nivel sedación deseado: <ul style="list-style-type: none">• Edad \geq 80 años: 30-45-60- 90 -120-160- 200-240 mg/d.• Edad < 80 años: 45-75-90-120-160 -200-240 mg/d Aspectos prácticos: diluir 100 mg de midazolam en suero fisiológico hasta 50 ml. Las velocidades de la perfusión, equivalentes a las dosis descritas, son, en ml/h: <ul style="list-style-type: none">• 0,6 ml/h = 30 mg/d; 0,9 = 45 mg/d.• Incrementos de 0,3 ml/h, c-6-8-12-24h si precisa
Clorpromacina (uso im / ev) Levomepromacina (uso sc/im)	Edad \geq 80 años = 12,5-25 mg (ev /15' y im / 30') DR = 12,5 mg ev / im Edad < 80 años = 25-37,5-50 mg (sc /30' y im / 30') DR= 25 mg im/sc	Dosis iniciales: <ul style="list-style-type: none">• Edad \geq 80 años: 25-75 mg/d. Máximo 300 mg/d• Edad < 80 años: 100- 150 mg/d. Máximo 300 mg/d Incrementos de 25mg / 4-8h, o uso de dosis de rescate c/30-60 min, hasta conseguir nivel de sedación deseado.



Opciones terapéuticas (II)

Pacientes con dificultades para obtener el nivel programado de sedación paliativa

Descartar dolor con movilizaciones, retención urinaria

1ª opción: Asociar midazolam y fenotiacinas (clorpromacina / levomepromacina) ± fenobarbital

2ª opción: Sustituir tratamiento previo por propofol o asociar propofol, en dosis menores, al tratamiento previo

Fármaco	Dosis de inducción a la sedación Dosis rescates (DR)/ Extras	Dosis de mantenimiento
Fenobarbital (uso s.c. es doloroso)	Edad ≥ 80 años = 100 mg (ev /15'y sc - im / 30') DR = 100 mg Edad < 80 años = 200 mg (ev /15'y sc-im / 30') DR= 200 mg ev/sc	Incrementar, según el esquema siguiente, la dosis c/8-12-24h hasta conseguir nivel sedación deseado <ul style="list-style-type: none">• Edad ≥ 80 años: 300-600-900-1200-1600-2000-2400 mg/d.• Edad < 80 años: 600-1200-1600-2000-2400 mg/d
Propofol Uso hospitalario	Dosis inducción / rescate = 0,1 mg/kg <ul style="list-style-type: none">• 50-69 Kg de peso = 6 mg ev /15'• 70-89 Kg de peso = 8 mg ev/15'	Dosis = 1-4 mg / kg / h Aspectos prácticos: preparar perfusión de 1000 mg de propofol en 50 ml, sin diluir (usar 50 ml de propofol al 2%): <ul style="list-style-type: none">• 50-69 Kg de peso = 3 ml/h. Incremento de 1 ml/h / 10-15' si precisa• 70-89 Kg de peso = 4 ml/h. Incremento de 2 ml/h / 10-15' si precisa



ANEXO I: ÍNDICES Y ESCALAS



Criterios NECPAL CCOMS-ICO para la consideración de enfermedad avanzada (asociada a un pronóstico vital limitado) (I)	
Enfermedad oncológica	<ul style="list-style-type: none">• Cáncer metastásico o locoregional avanzado.• Deterioro funcional progresivo (ECOG 3-4).• Síntomas persistentes a pesar de tratamiento específico.
Enfermedad pulmonar crónica	<ul style="list-style-type: none">• Dísnea de reposo o de mínimos esfuerzos entre exacerbaciones.• Confinamiento en domicilio con limitación marcha.• Criterios espirométricos de obstrucción severa (VEMS <30%) o criterio de déficit restrictivo severo (CV forzada <40% / DLCO <40%).• Criterios gasométricos basales de oxigenoterapia crónica domiciliaria.• Necesidad corticoterapia continuada.• Insuficiencia cardíaca sintomática asociada.
Enfermedad cardíaca crónica	<ul style="list-style-type: none">• Dísnea de reposo o de mínimos esfuerzos entre exacerbaciones• Insuficiencia cardíaca NYHA estadio III ó IV, enfermedad valvular severa no quirúrgica o enfermedad coronaria no revascularizable.• Ecocardiografía basal: FE <30% o HTAP severa (PAPs> 60)• Insuficiencia renal asociada (FG <30 l/min).



Criterios NECPAL CCOMS-ICO para la consideración de enfermedad avanzada (asociada a un pronóstico vital limitado) (II)	
Enfermedad hepática crónica	<ul style="list-style-type: none">• Cirrosis avanzada estadio Child C (determinado fuera de complicaciones o habiéndolas tratado y optimizado el tratamiento), MELD-Na > 30 o ascitis refractaria, síndrome hepato-renal o hemorragia digestiva alta por hipertensión portal persistente a pesar de optimizar tratamiento• Carcinoma hepatocelular en estadio C o D.
Insuficiencia renal crónica	<ul style="list-style-type: none">• Insuficiencia renal severa (FG <15) en pacientes no candidatos o con rechazo a tratamiento sustitutivo y/o trasplante• Finalización diálisis o fallo trasplante.
Demencia	<ul style="list-style-type: none">• GDS \geq 6c• Progresión declive cognitivo, funcional, y/o nutricional con signos de elevada fragilidad según índices o evaluación geriátrica específica.
Enfermedad neurológica vascular	<ul style="list-style-type: none">• Durante la fase aguda y subaguda (<3 meses post-ictus): estado vegetativo persistente o de mínima conciencia > 3 días.• Durante la fase crónica (> 3 meses post-ictus): complicaciones médicas repetidas (o demencia con criterios de severidad post-ictus).



**Criterios NECPAL CCOMS-ICO para la consideración de enfermedad avanzada
(asociada a un pronóstico vital limitado) (III)**

Enfermedad neurológica degenerativa: ELA, Esclerosis Múltiple, Enfermedad de Parkinson.	<ul style="list-style-type: none">• Deterioro progresivo de la función física y/o cognitiva• Síntomas complejos y difíciles de controlar• Disfagia/Trastorno del habla persistente• Dificultades crecientes de comunicación <p>Neumonía por aspiración recurrente, disnea o insuficiencia respiratoria.</p>
Marcadores generales asociados a enfermedades avanzadas, mayores necesidades y peor pronóstico vital:	<ul style="list-style-type: none">• Demanda específica por parte del paciente y/o familia de manejo conservador o atención paliativa• Declive clínico en últimos 6 meses sin relación con proceso reversible: - Pérdida Peso > 10%• Test Karnofsky menor 50% o Escala Barthel menor 20%• Pérdida ≥ 5 puntos Minimental Test o ≥ 3 puntos Test Pfeiffer• Síndromes geriátricos: Caídas, Úlceras por presión, Disfagia, episodios de Delirium o Infecciones de repetición• Distrés emocional y/o Trastorno adaptativo severo• Vulnerabilidad social. <p>Al menos 2 ingresos urgentes o no planificados en 6 meses.</p>



Índice Profund

Dimensiones	Puntuación
Edad mayor 84 años	3
Neoplasia activa	6
Demencia	3
Clase funcional III-IV NYHA	3
Delirium en ingreso anterior	3
Hemoglobina < 10 g/dL	3
Índice Barthel < 60	4
Ausencia cuidador o distinto al cónyuge	2
Más de tres hospitalizaciones en < 12 meses	3



Índice Profund Probabilidad fallecimiento 12 meses tras alta hospitalaria		
Grupo	Puntuación	Probabilidad fallecimiento
Riesgo bajo	0-2	12.1 - 14.6 %
Riesgo bajo-medio	3 - 6	21.5 - 31.5 %
Riesgo medio - alto	7 – 10	45 - 50 %
Riesgo alto	> 10	61.3 - 68 %



Paliative Prognostic Index		
PPS	10- 20%	4 puntos
	30 – 50%	2,5 puntos
	> 50%	0 puntos
Delirium		4 puntos
Disnea de reposo		3,5 puntos
Edemas		1 punto
Ingesta oral	Reducida	1 punto
	Mínima	2,5 puntos
Paliative Prognostic Index		
Grupo	Puntuación	Supervivencia estimada en semanas
Riesgo Bajo	< 5	Mayor de 6
Riesgo medio	5 - 6	3 - 6
Riesgo alto	7 - 10	Menor de 3



PALLIATIVE PERFORMANCE SCORE, vs 2					
Nivel	Deambulaci3n	Actividad	Autocuidado	Ingesta	Conciencia
100%	Normal	Normal	Independiente	Normal	Alerta
90	Normal	Normal con ligero esfuerzo	Independiente	Normal	Alerta
80	Normal	Normal con m1s esfuerzo	Independiente	Normal o reducida	Alerta
70	Reducida	Incapacidad laboral	Independiente	Normal o reducida	Alerta
60	Reducida	Incapacidad aficiones	Asistencia ocasional	Normal o reducida	Alerta o confusi3n
50	Sill3n/Cama	Incapacidad marcada	Asistencia habitual	Normal o reducida	Alerta o confusi3n
40	Cama 75%	Incapacidad marcada	Gran dependencia	Normal o reducida	Alerta o confusi3n
30	Cama 100%	Incapacidad marcada	Dependencia completa	Reducida	Alerta o confusi3n
20	Cama 100%	Incapacidad marcada	Dependencia completa	Sorbos	Alerta o confusi3n
10	Cama 100%	Incapacidad marcada	Dependencia completa	Cuidados boca	Confusi3n
0	Fallecido				



ESCALA DE RAMSAY	CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	RICHMOND AGITATION SEDATION SCALE
Nivel II	<i>Despierto</i> Tranquilo, orientado y colaborador	0
Nivel III	<i>Somnoliento</i> Despierta con estímulos verbales, con conexión con el profesional > 10 segundos	-1
	<i>Sedación ligera</i> Despierta con estímulos verbales, pero no mantiene la respuesta, con conexión con el profesional < 10 seg	-2
	<i>Sedación moderada</i> Abre los ojos, o movimientos corporales, con estímulos verbales, sin establecer contacto ocular	-3
Nivel IV	Respuesta rápida a la presión glabellar o estímulos dolorosos	
Nivel V	<i>Sedación profunda</i> No respuesta a estímulos verbales, responde con movimientos corporales y apertura momentánea de ojos con la estimulación física Respuesta perezosa a la presión glabellar o estímulos dolorosos	-4
Nivel VI	<i>Sedación completa</i> No respuesta a estímulos físicos y signos de relajación muscular No respuesta	-5



ANEXO II: OPIOIDES



Relación, aproximada, entre dosis de opioides: mg/24h									
Morfina oral	Morfina sc	Morfina ev	Oxicodona oral	Oxicodona ev	Hidromorfona oral	Tapentadol vo	Fentanilo (ev / sc)	FTD * µg / h	BTD * µg / h
20	10	7	13,5	5	4	50	0,15	12	12
30	15	10	20	7	8	75	0,3	12	12
60	30	20	40	13	12	150	0,6	25	35
90	45	30	60	20	16	225	0,9	37	52,5
130	65	40	80	25	24	325	1,2	50	52,5
160	80	50	100	35	32	400	1,6	62	70
180	90	70	120	40	34		1,8	75	70
200	100	65	130	45	40	500	2,1	87	105
260	130	130	170	55	52		2,4	100	135
300	150	100	200	65	60		3,0	125	140

* FTD = Fentanilo transdérmico

* BTD = Buprenorfina transdérmica



RELACIÓN DE DOSIS DE LOS OPIOIDES SEGÚN VIA DE ADMINISTRACIÓN

	Subcutánea	Endovenosa
Oral: Morfina	½ de dosis vo diaria	½-1/3 de dosis vo diaria
Oral: Oxycodona	½ de dosis vo diaria	½-1/3 de dosis vo diaria
Transdérmico: Fentanilo	Igual dosis que fentanilo transdérmico	Igual dosis que fentanilo transdérmico

RELACIÓN DE EQUIVALENCIAS PARA CAMBIO DE OPIOIDES

Morfina oral mg/d = Oxycodona mg/d vo x 0.66
Morfina oral mg/d = Fentanilo transdérmico mcg/h x 2,4
Morfina oral mg/d = Hidromorfona mg/d vo x 0,2
Morfina oral mg/d = Tapentadol mg/d vo x



ANEXO III: VÍAS DE ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS



Introducción	<p>Existen distintas vías para la administración de fármacos (oral, intranasal, transdérmica, sublingual, transmucosa oral, rectal, subcutánea e intravenosa), sin embargo, en un Servicio de Urgencia debe priorizar la vía intravenosa, sobre todas las otras.</p> <p>En las ocasiones en las que no se logre contar con vía intravenosa se debe valorar la vía subcutánea.</p> <p>El cambio de vía de administración del fármaco precisa de un reajuste de las dosis, dado que su equivalencia no es 1:1.</p>
Vía sublingual, transmucosa oral, intranasal	<p>Útiles para tratar dolores agudos intensos y crisis de disnea, cuando no se logra colocar una vía intravenosa o mientras se está intentado colocar la vía y ésta es de difícil acceso.</p> <p>Son vías de administración del fentanilo. Debería utilizarse la dosis habitual de recate del paciente o en su defecto, iniciar por la menor dosis disponible</p> <p>La vía nasal es utilizada a veces para la administración de midazolam para el tratamiento de las convulsiones, o inicio de sedaciones</p>
Vía rectal	<p>Se reserva para los casos de impactación fecal (colocación de enemas) o en casos de fiebre o convulsiones, en los que no se dispone de vía intravenosa o subcutánea.</p>
Vía oral, transdérmica	<p>Son vías para administrar tratamiento previo si no existe descontrol de los síntomas, o vías para su uso tras el alta</p>



Vía venosa	<p>(*) Es la indicada como primera opción en un Servicio de Urgencias.</p> <p>(*) Muchos de los pacientes de Cuidados Paliativos cuentan con accesos venosos centrales o periféricos. Es importante verificar si el paciente lo tiene y si este es funcional, debido a que es prioritario su uso.</p> <p>(*) Permite obtener un efecto rápido de los fármacos, y un control rápido de las complicaciones y del sufrimiento. Debería estar disponible en todos los pacientes con riesgo elevado de disnea, hemorragia o agitación.</p> <p>(*) El problema suele ser la dificultad del acceso venoso, por la caquexia del paciente o por los daños previos por la quimioterapia. Suelen tener corta viabilidad, con alta incidencia de desarrollo de flebitis.</p>
Vía subcutánea	<p>(*) Puede utilizarse en el Servicio de Urgencias como alternativa de la vía intravenosa.</p> <p>(*) Es una técnica poco agresiva.</p> <p>(*) No precisa hospitalización.</p> <p>(*) Una de las vías más utilizadas en domicilio. Fácil utilización, incluso para el paciente y su familia.</p> <p>(*) La absorción del fármaco no se ve alterada por las condiciones del paciente (caquexia, deshidratación).</p> <p>(*) Zonas de punción / colocación infusión continua: tórax, abdomen, dorso</p> <p>(*) La Infección en zona de punción, es muy poco frecuente.</p> <p>(*) Requiere rotación de la zona de punción, para evitar la aparición de lesiones cutáneas. No todos los fármacos pueden ser administrados por vía subcutánea</p> <p>(*) admite la administración de hasta 1500 cc de suero fisiológico o glucosado en 24h</p> <p>(*) Pueden administrarse fármacos en bolo o en infusión continua:</p> <ul style="list-style-type: none">(a) Fármacos sin problemas para su administración subcutánea: midazolam, haloperidol, morfina, fentanilo, metadona, oxicodona, buscapina, escopolamina, furosemida, metoclopramida, dexametasona.(b) Fármacos administrables pero precisan rotación zona de administración: levomepromacina, cefixima, diclofenaco



Administración de diluciones de fármacos	<p>(*) Muchos de los fármacos utilizados para el control de las complicaciones de las enfermedades avanzadas y terminales pueden ser administrados vía endovenosa o subcutánea en dilución mezclados</p> <p>(*) No todos los fármacos que pueden administrarse por vía subcutánea admiten la mezcla con otros fármacos; o la admiten a concentraciones bajas que determinan dosis fuera de los rangos terapéuticos habituales.</p>
Mezcla de fármacos sobre las que dispone de información de su compatibilidad	<p>(*) midazolam + morfina</p> <p>(*) (midazolam + morfina + haloperidol)</p> <p>(*) morfina + haloperidol</p> <p>(*) morfina + buscapina</p> <p>(*) haloperidol + buscapina</p> <p>(*) midazolam + buscapina</p>
Fármacos sobre las que NO se dispone de información de su compatibilidad con otros en mezcla	<p>Debería evitarse el uso de los siguientes fármacos en mezclas para infusiones continuas o verificar su compatibilidad a las dosis que se utilizan: furosemina, fentanilo, levomepromacina, escopolamina, diclofenaco, metadona, metoclopramida</p>



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- .- Adeboye OO. Nonpain Symptom Management. Prim Care. 2019;46(3):335-3
- .- Agar M, Bush SH. Delirium at the End of Life. Med Clin North Am. 2020;104(3):491-501
- .- Benedetti FD, Ostgathe C, Clark J, Costantini M, Daud ML, Grossenbacher-Gschwend B, et al, OPCARE9. International Palliative Care Experts' View on Phenomena Indicating the Last Hours and Days of Life Support Care Cancer 2013;21(6):1509-17.
- .- Benítez-Rosario MA, González-Guillermo T. Tratamientos protocolizados en Cuidados Paliativos. YOU & US, S.A. 2010
- .- Benítez-Rosario MA, Castillo-Adrós M, Garrido-Bernet B, González-Guillermo T, Martínez-Castillo LP, González A; Members of the Asociación Canaria de Cuidados Paliativos (CANPAL) Research Network. Appropriateness and reliability testing of the modified Richmond Agitation-Sedation Scale in Spanish patients with advanced cancer. J Pain Symptom Manage. 2013;45(6):1112-9
- .- Benítez-Rosario MA, Morita T. Palliative sedation in clinical scenarios: results of a modified Delphi study. Support Care Cancer. 2019;27(5):1647-1654
- .- Benítez-Rosario MA, Castillo-Adrós M, Garrido-Bernet B, Ascanio-León B Quality of care in palliative sedation: audit and compliance monitoring of a clinical protocol. J Pain Symptom Manage. 2012 t;44(4):532-41
- .- Benítez-Rosario MA, González Guillermo T. Tratamiento del dolor oncológico. Barcelona, Medical Posplus SL, 2017
- .- Benítez-Rosario MA, Rosa-González I, González-Dávila E, Sanz E. Fentanyl treatment for end-of-life dyspnoea relief in advanced cancer patients. Support Care Cancer. 2019;27(1):157-164
- .- Benítez-Rosario MA, Ascanio-León B. Palliative sedation: beliefs and decision-making among Spanish palliative care physicians. Support Care Cancer. 2020;28(6):2651-2658
- .- Bernabeu-Wittel M, Murcia-Zaragoza J, Hernández-Quiles C, Escolano-Fernández B, Jarava-Rol G, Oliver M et al; PALIAR Researchers. J Development of a six-month prognostic index in patients with advanced chronic medical conditions: the PALIAR score. J Pain Symptom Manage. 2014;47(3):551-65.
- .- Bernabeu-Wittel M, Moreno-Gaviño L, Ollero-Baturone M, Barón-Franco B, Díez-Manglano J, Rivas-Cobas Cet al; PROFUND researchers Validation of PROFUND prognostic index over a four-year follow-up period. Eur J Intern Med. 2016; 36:20-24.



- .- de Kock I, Mirhosseini M, Lau F, Thai V, Downing M, Quan H, Lesperance M, Yang J. Conversion of Karnofsky Performance Status (KPS) and Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status (ECOG) to Palliative Performance Scale (PPS), and the interchangeability of PPS and KPS in prognostic tools. *J Palliat Care*. 2013;29(3):163-9
- .- Domeisen Benedetti F, Ostgathe C, Clark J, Costantini M, Daud ML, Grossenbacher-Gschwend B, et al; OPCARE9. International palliative care experts' view on phenomena indicating the last hours and days of life. *Support Care Cancer*. 2013;21(6):1509-17
- .- Fallon M, Giusti R, Aielli F, Hoskin P, Rolke R, Sharma M, Ripamonti CI; ESMO Guidelines Committee. Management of cancer pain in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Ann Oncol*. 2018; 29(Suppl 4):iv166-iv191
- .- Gastrointestinal Complications (PDQ®): Health Professional Version. PDQ Supportive and Palliative Care Editorial Board. PDQ Cancer Information Summaries [Internet]. Bethesda (MD): National Cancer Institute (US); 2002- 2020 Apr 22.
- .- Hamano J, Tokuda Y, Kawagoe S, Shinjo T, Shirayama H, Ozawa T, et al. Adding items that assess changes in activities of daily living does not improve the predictive accuracy of the Palliative Prognostic Index. *Palliat Med*. 2017;31(3):258-266
- .- Hui D, dos Santos R, Chisholm G, Bansal S, Silva TB, Kilgore K, Crovador CS, Yu X, Swartz MD, Perez-Cruz PE, Leite Rde A, Nascimento MS, Reddy S, Seriacco F, Yennu S, Paiva CE, Dev R, Hall S, Fajardo J, Bruera E Clinical signs of impending death in cancer patients. *Oncologist*. 2014;19(6):681-7
- .- Hui D, Hess K, dos Santos R, Chisholm G, Bruera E.. A diagnostic model for impending death in cancer patients: Preliminary report. *Cancer* 2015;121(21):3914-21
- .- Hui D, Dos Santos R, Chisholm G, Bansal S, Souza Crovador C, Bruera E. Bedside clinical signs associated with impending death in patients with advanced cancer: preliminary findings of a prospective, longitudinal cohort study. *Cancer*. 2015;121(6):960-7
- .- Hsu K, Prommer E, Murphy MC, Lankarani-Fard A. Pharmacologic Management of Malignant Bowel Obstruction: When Surgery Is Not an Option. *J Hosp Med*. 2019;14(6):367-373
- .- Imai K, Morita T, Yokomichi N, Mori M, Naito AS, Tsukuura H, et al. Efficacy of two types of palliative sedation therapy defined using intervention protocols: proportional vs. deep sedation. *Support Care Cancer*. 2018;26(6):1763-1771
- .- Juliá-Torras J, Serrano Bermúdez G. Manual Control de Síntomas en paciente con cáncer. 4ª Edición Madrid ..Arán.2019.p.158-166.



- .- Kako J, Kobayashi M, Oosono Y, Kajiwara K, Miyashita M. Immediate Effect of Fan Therapy in Terminal Cancer With Dyspnea at Rest: A Meta-Analysis. *Am J Hosp Palliat Care*. 2020;37(4):294-299.
- .- Kawaguchi J, Hamatani Y, Hirayama A, Nishimura K, Nakai E, Nakamura E, et al. Experience of morphine therapy for refractory dyspnea as palliative care in advanced heart failure patients. *J Cardiol*. 2020;75(6):682-688
- .- Larkin PJ, Cherny NI, La Carpia D, Guglielmo M, Ostgathe C, Scotté F, Ripamonti CI; ESMO Guidelines Committee. Diagnosis, assessment and management of constipation in advanced cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Ann Oncol*. 2018;29 Suppl 4:iv111-iv125.
- .- Malec M, Shega JW. Management of Gastrointestinal Symptoms (Nausea, Anorexia and Cachexia, Constipation) in Advanced Illness. *Med Clin North Am*. 2020;104(3):439-454
- .- Maltoni M, Setola E. Palliative Sedation in Patients With Cancer. *Cancer Control*. 2015;22(4):433-41
- .- Matsuda Y, Tanimukai H, Inoue S, Inada S, Sugano K, Hasuo H, et al. JPOS/JASCC clinical guidelines for delirium in adult cancer patients: a summary of recommendation statements. *Jpn J Clin Oncol*. 2020 Mar 26. doi: 10.1093/jjco/hyaa003.
- .- Mori M, Morita T, Matsuda Y, Yamada H, Kaneishi K, Matsumoto Y, et al. How successful are we in relieving terminal dyspnea in cancer patients? A real-world multicenter prospective observational study. *Support Care Cancer*. 2019 Oct 19. doi: 10.1007/s00520-019-05081-9
- .- necpal. Disponible en (acceso en junio 2020): http://ico.gencat.cat/en/professionals/serveis_i_programes/observatori_qualy/eines_de_suport/eines/instrument_i_programa/
- .- Organización Médica Colegial de España. Guía de Sedación Paliativa. Madrid, 2011
- .- Pan CX, Palathra BC, Leo-To WF. Management of Respiratory Symptoms in Those with Serious Illness. *Med Clin North Am*. 2020;104(3):455-470
- .- Sánchez Correas MA, Cuervo Pinna MA. GUÍA DE SEDACIÓN PALIATIVA DEL PRCPEX. PRCPEX: Programa Regional de Cuidados Paliativos de Extremadura. Disponible en (acceso junio 2020): https://saludextremadura.ses.es/filescms/paliex/uploaded_files/guia-de-sedacion.pdf



- .- Scarpi E, Maltoni M, Miceli R, Mariani L, Caraceni A, Amadori D, et al. Survival prediction for terminally ill cancer patients: revision of the palliative prognostic score with incorporation of delirium. *Oncologist*. 2011;16(12):1793-9
- .- Skoch BM, Sinclair CT. Management of Urgent Medical Conditions at the End of Life. *Med Clin North Am*. 2020;104(3):525-538
- .- Slawnych MP. Management of dyspnea at the end of life. *CMAJ*. 2020 Apr 21. pii: cmaj.200488. doi: 10.1503/cmaj.200488.
- .- Star A, Boland J. Updates in palliative care – recent advancements in the pharmacological management of symptoms. *Clin Med* 2018; 18:11–6
- .- Zambrano SC, Fliedner MC, Eychmüller S. The impact of early palliative care on the quality of care during the last days of life: what does the evidence say? *Curr Opin Support Palliat Care*. 2016;10(4):310-315
- .- Weiss A, Porter S, Rozenberg D, O'Connor E, Lee T, Balter M, Wentlandt K. Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Palliative Medicine Review of the Disease, Its Therapies, and Drug Interactions. *J Pain Symptom Manage*. 2020 Jan 29. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2020.01.009
- .- Wood H, Dickman A, Star A, Boland J. An update in palliative care: overview and recent advancements in the pharmacological management of cancer pain. *Clin Med* 2018; 18:17–22