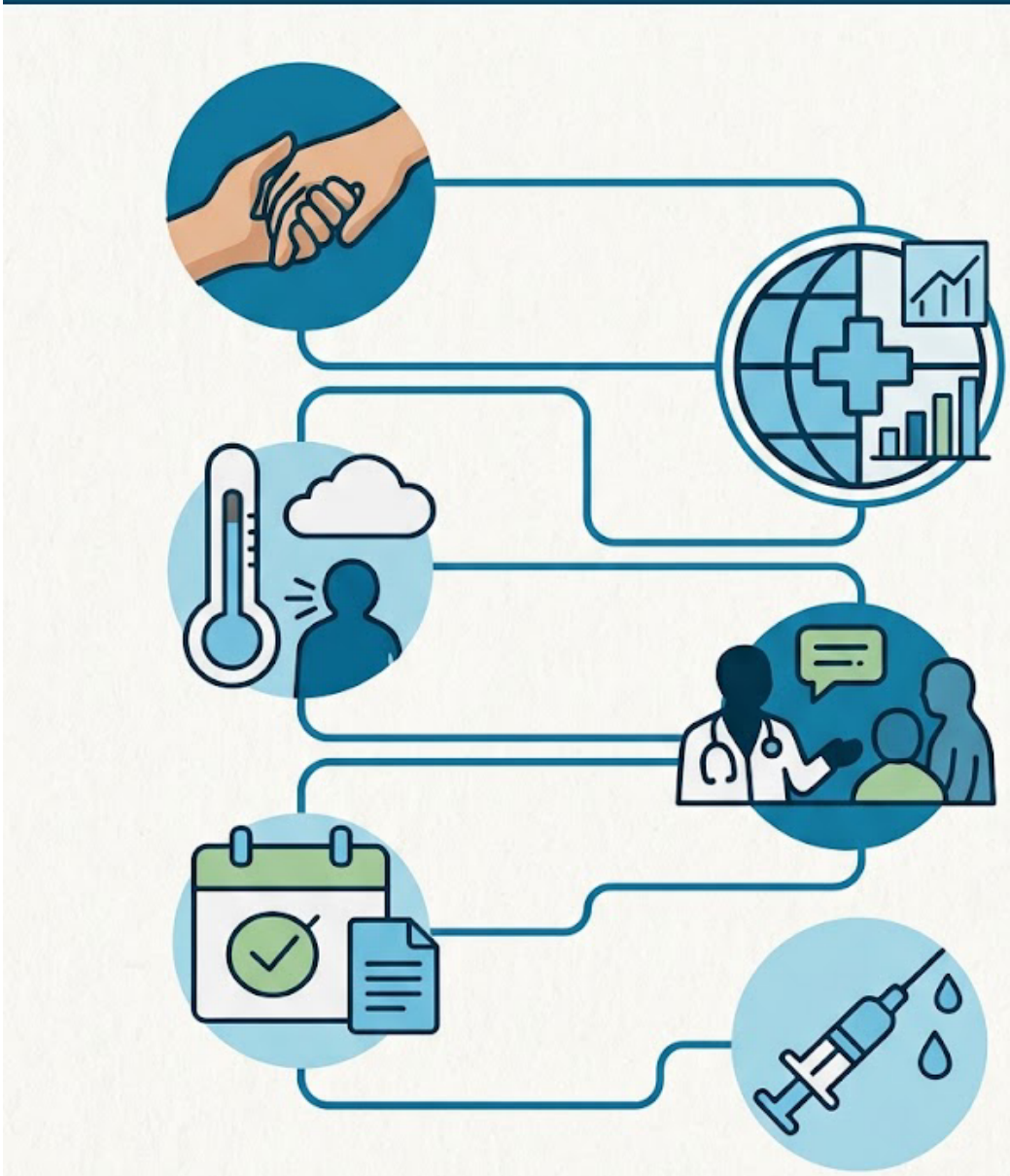
GUÍA DE CUIDADOS PALIATIVOS
INFOGRAFÍAS DE CONSULTA



SÍNTOMAS, SITUACIÓN DE ÚLTIMOS DÍAS, COMUNICACIÓN, PLANIFICACIÓN Y VÍA SUBCUTÁNEA

La Rioja | Rioja Salud | Rioja Salud FUNDACIÓN

ISBN: [978-84-09-91924-6]

Prólogo

Infografías clínicas en Cuidados Paliativos

La medicina moderna se enfrenta a una paradoja: mientras la tecnificación alcanza cotas de sofisticación asombrosas, el manejo del sufrimiento al final de la vida sigue siendo, en ocasiones, una asignatura pendiente en los itinerarios formativos.

Este libro de infografías nace de una premisa: ***"los cuidados paliativos son un derecho humano, no un privilegio de quienes tienen acceso a unidades especializadas".***

Una herramienta de consulta rápida para decidir MEJOR, ANTES y DURANTE los momentos más difíciles.

El "alma" de esta obra es la difusión del conocimiento para que ningún paciente, independientemente de su código postal o de la complejidad de su entorno, carezca de una atención paliativa. La **Atención Primaria** es el escenario natural donde se desarrolla la vida y donde, con frecuencia, debe concluir. Este manual se aleja de la teoría densa para convertirse en una herramienta de trinchera, un "***libro de bolsillo"***, diseñado para la toma de decisiones en tiempo real. También es una herramienta útil para los **especialistas hospitalarios** para seguir atendiendo a sus pacientes cuando los tratamientos activos llegan a su fin, no dejando un vacío en la asistencia hasta el final de la vida, mejorando la comunicación con el paciente y la familia, en un entorno en el que es difícil tomar la decisión de adecuar el esfuerzo terapéutico.

Frecuentemente se comete el error de identificar "paliativos" exclusivamente con "agonía". Este texto rompe ese estigma, abordando también el control de síntomas desde las ***fases más tempranas*** de las enfermedades crónicas evolutivas. El objetivo es que cualquier médico disponga de un mapa claro para intervenir, antes de que el síntoma se torne refractario o la crisis de claudicación familiar sea inevitable, como ocurre en fases finales de la enfermedad.

Intentaremos con este trabajo dar valor a la experiencia de quienes nos dedicamos a los cuidados paliativos con un apartado de ***Perlas y Errores,*** pensado para aclarar obstáculos invisibles de la práctica diaria. Incluiremos ***Perlas Clínicas***, pequeños tesoros de la **"medicina basada en la experiencia"**, como la sutileza en el ajuste de la rotación de opioides o el uso proactivo de la vía subcutánea y también ***Errores Frecuentes***, un ejercicio de honestidad profesional que señala fallos comunes —por ejemplo, la utilización de morfina en lugar de midazolam en la sedación paliativa o la no adecuación del esfuerzo terapéutico cuando los pacientes están en situación de últimos días—, con el fin de proteger la seguridad y el confort del paciente.

Este libro es, en definitiva, un puente entre la evidencia científica y la cabecera del enfermo. Elaborado por residentes de Medicina de Familia que han rotado por la Unidad de Paliativos y supervisado por los adjuntos de la unidad.

Invitamos al profesional a utilizar estos algoritmos no como recetas rígidas, sino como guías que aseguren que, cuando la curación ya no es el objetivo, la ***excelencia en el cuidado*** sea siempre el estándar.

Agradecer a la Fundación Riojasalud y en concreto a la **Unidad de Ciencia del Dato** su colaboración para la elaboración de las infografías que han dado un carácter más ameno y visual a la publicación.

Organización del proyecto

Coordinación

Nombre	Especialidad
Mario M. Cortés Béjar	Medicina de Familia. Adjunto de la Unidad de Paliativos Fundación Riojasalud.
Claudio Calvo Espinos	Medicina de Familia. Adjunto de la Unidad de Paliativos Fundación Riojasalud.

Colaboradores

Nombre	Especialidad
Belén Ezquerra García	Medicina de Familia
Belén Segurana Mompel	Medicina de Familia
Claudia González Arribas	Medicina de Familia
Dina El Halabi Zaid	Medicina de Familia
Estefanía Ruiz de Gaona Lana	Hematología
Guillermo Ulibarri Toledo	Medicina de Familia
Iker Campo Beitia	Medicina de Familia
Iratxe Doñabeitia Ramos	Medicina de Familia
Javier Romero Hernández	Oncología
Jimena Mata Ruano	Medicina de Familia
Josune Molinet Martínez	Medicina de Familia
Lucía Gómez Cáceres	Medicina de Familia
María Nicolas Jiménez	Medicina de Familia
María Viguera Elías	Medicina de Familia
Patricia Mejías Montesdeoca	Medicina de Familia
Paula Fernández Ayala	Medicina de Familia
Pilar Sáenz Abad	Medicina de Familia
Rut Miguel Gómez	Medicina de Familia
Alejandra Escobar Clemente	Medicina de Familia / Unidad de Paliativos Fundación Riojasalud
Amaya Vecino Martín	Oncología Radioterápica / Unidad de Paliativos Fundación Riojasalud
Beatriz Galañena Jamar	Medicina de Familia / Unidad de Paliativos Fundación Riojasalud
Carmen Martínez Zabala	Medicina de Familia / Unidad de Paliativos Fundación Riojasalud
María Somovilla Cabezón	Medicina de Familia / Unidad de Paliativos Fundación Riojasalud
Marta Palomera García	Geriatría / Unidad de Paliativos Fundación Riojasalud
Mónica Ochagavía Palacios	Medicina de Familia / Coordinadora Unidad de Paliativos Fundación Riojasalud

Nerea Gurucharri Zurbano	Medicina de Familia / Unidad de Paliativos Fundación Riojasalud
Alba Méndez Escribano	Unidad de Ciencia del Dato. Fundación Riojasalud
José María Rodríguez Corral	Unidad de Ciencia del Dato. Fundación Riojasalud
Francisco Jorge Vázquez Lázaro	Unidad de Ciencia del Dato. Fundación Riojasalud
Félix Rivera Sanz	Unidad de Ciencia del Dato. Fundación Riojasalud
Juan Carlos Oliva Pérez	Gerente de la Fundación Riojasalud

Índice de contenidos

Contenido

Organización del proyecto 4

Coordinación 4

Colaboradores 4

Índice de contenidos 6

Síntomas 8

ASTENIA, ANOREXIA, CAQUEXIA Y SIALORREA 9

BIBLIOGRAFÍA 11

SINDROME DELIRIUM 12

BIBLIOGRAFÍA: 14

DEPRESIÓN ANSIEDAD 15

BIBLIOGRAFÍA: 17

DISNEA 18

BIBLIOGRAFÍA: 20

DOLOR 21

BIBLIOGRAFÍA: 23

ESTREÑIMIENTO 24

BIBLIOGRAFÍA: 26

HEMORRAGIA 27

BIBLIOGRAFÍA: 29

HIPO 30

BIBLIOGRAFÍA: 32

INSOMNIO 33

BIBLIOGRAFÍA: 35

NAUSEAS Y VÓMITOS 36

BIBLIOGRAFÍA: 38

PRURITO 39

BIBLIOGRAFÍA: 41

SEDACIÓN 42

BIBLIOGRAFÍA: 44

TOS 45

BIBLIOGRAFÍA: 47

PLANIFICACIÓN ANTICIPADA DE LAS DECISIONES 49

BIBLIOGRAFÍA: 51

COMUNICACIÓN 52

BIBLIOGRAFÍA: 54
SITUACIÓN DE ÚLTIMOS DÍAS **55**
BIBLIOGRAFÍA: 57
VÍA SUBCUTÁNEA **58**
BIBLIOGRAFÍA: 60

Síntomas

- **Astenia, anorexia, caquexia y sialorrea.** María Nicolas Jiménez y Mario Cortés Béjar.
- **Delirium.** Rut Miguel Gómez y Carmen Martínez Zabala.
- **Depresión y ansiedad.** Belén Ezquerra García y Claudio Calvo Espinós.
- **Disnea.** Josune Molinet Martínez y Mario Cortés Béjar.
- **Dolor.** Iker Campo Beitia, Dina El Halabi Zaid, Marta Palomera García y Amaya Vecino Martín.
- **Estreñimiento.** Jimena Mata Ruano y Claudio Calvo Espinós.
- **Hemorragia.** Estefanía Ruiz de Gaona Lana y Claudio Calvo Espinós.
- **Hipo.** Javier Romero Hernández y Alejandra Escobar Clemente.
- **Insomnio.** Lucía Gómez Cáceres y Claudio Calvo Espinós.
- **Náuseas y vómitos.** Paula Fernández Ayala y Mario Cortés Béjar.
- **Prurito.** Belén Segurana Mompel y María Somovilla Cabezón.
- **Sedación.** Patricia Mejías Montesdeoca y Claudio Calvo Espinós.
- **Tos.** Pilar Sáenz Abad y Mónica Ochagavía Palacios.

Anexos

- **Planificación anticipada de las decisiones.** Guillermo Ulibarri Toledo y María Somovilla Cabezón.
- **Comunicación en Cuidados Paliativos.** María Viguera Elías y Claudio Calvo Espinós.
- **Situación de últimos días.** Iratxe Doñabeitia Ramos, Beatriz Galañena Jamar y Mario Cortés Béjar.
- **Vía subcutánea.** Claudia González Arregui y Nerea Gurucharri Zurbano.

SÍNTOMAS

ASTENIA, ANOREXIA, CAQUEXIA Y SIALORREA

CONTROL DE SÍNTOMAS EN CUIDADOS PALIATIVOS

GUÍA RÁPIDA PARA ATENCIÓN PRIMARIA

ASTENIA

DEFINICIÓN

Sensación subjetiva de cansancio, debilidad o falta de energía que no cede con el reposo e interfiere con la funcionalidad.

EVALUACIÓN INICIAL

- **Anamnesis y exploración:** evaluar impacto funcional y estimar pronóstico (PPS).
- **Cribado de causas reversibles:**
  - **Anemia:** si Hb < 7-8 mg/dl y el paciente está sintomático con PPS > 50%, valorar transfusión.
  - **Fármacos:** sobredosificación de opioides, benzodiazepinas, betabloqueantes o neurolépticos.
  - **Metabólico:** descartar hipercalcemia, hipopotasemia o hipotiroidismo.
  - **Psicológico:** depresión reactiva (Escala de Yesavage abreviada).
  - **Infecciones:** tratar si impacta en el confort del paciente y no está en SUD.

TRATAMIENTO

NO FARMACOLÓGICO (PPS > 40 %)

- **Ahorro de energía:** priorizar actividades y uso de silla de ruedas, andadores,...
- **Ejercicio adaptado:** paseos cortos y ejercicios de resistencia suave.
- **Higiene del sueño:** evitar siestas prolongadas.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

SUPERVIVENCIA DE MESES/SEMANAS (PPS 40-70 %)

- Corticoides: **DEXAMETASONA** 4 mg/24 h oral o SC por la mañana. Si no mejora el 7 días suspender.

SUPERVIVENCIA DE DÍAS (PPS < 30 %)

- Priorizar confort. Suspender fármacos que no sean necesarios. Hidratación limitada.
- Mantener corticoides solo si obstrucción bronquial o hipertensión endocraneal.

ANOREXIA-CAQUEXIA

DEFINICIÓN

Pérdida de apetito acompañada de pérdida de peso involuntaria y atrofia muscular por estado metabólico alterado.

EVALUACIÓN INICIAL

- Anamnesis y exploración: evaluar impacto funcional, estimar pronóstico (PPS), evaluación nutricional (IMC, albúmina, masa muscular, medición de fuerza,...)

EXPLORACIÓN FÍSICA

Descartar hiporexia secundaria a:

- candidiasis orofaríngea,
- estreñimiento pertinaz o
- dolor no controlado.

TRATAMIENTO

NO FARMACOLÓGICO

- Dietas hipercalóricas, fraccionadas y presentación atractiva. Evitar olores fuertes.
- **NO FORZAR LA INGESTA.**
- Mantener cuidados de la boca.
- En caso de **DISFAGIA:** valorar SNG o PEG solo si está clínicamente indicado y la supervivencia esperada es > 3 meses.

FARMACOLÓGICO

- **1ª Línea (corta duración): DEXAMETASONA** 2-4 mg/día. VO/SC. Efecto en 1-2 días.
- **1ª Línea (larga duración): ACETATO DE MEGESTROL** 400-800 mg/día VO. Indicado si pronóstico > 2 meses. Riesgo trombótico.
- **Coadyuvante (depresión/insomnio): MIRTAZAPINA** 5 mg/día por la noche. VO. Efecto orexígeno y sedante.
- **Coadyuvante (náuseas/gastroparesia): METOCLOPRAMIDA** 10 mg/8 h. VO/SC. Procinético y mejora la saciedad precoz.
- **Coadyuvante (ansiedad/caquexia): OLANZAPINA** 2.5-5 mg/día por la noche. VO. Mejora apetito y náuseas crónicas.

SIALORREA

BUTILBROMURO DE HIOSCINA
10-20 mg/6-8 h. **SC/VO.**
De elección vía SC en agonía.

AMITRIPTILINA
10-25 mg/24 h por la noche.
Disminuye secreciones por efecto anticolinérgico.

ESCOPOLAMINA
1,5 mg/24 h.
SC o transdérmica.
Más sedante.

PERLAS CLÍNICAS

- **Vía subcutánea (SC):** en pacientes con PPS bajo o disfagia, es de elección en domicilio. Dexametasona se puede administrar por esta vía. VO a SC es 1:1.
- **Fase final de la vida (SUD):** simplificar al máximo, manteniendo solo fármacos que aseguren el confort. Ej. Butilbromuro de Hioscina para prevenir estertores.
- **NO hidratación en fases finales** de la enfermedad para prevenir sobrecarga hídrica y aumento de secreciones bronquiales. Potenciar el cuidado de la boca e hidratar los labios.

ERRORES COMUNES

No negociar con la familia para no forzar la ingesta con PPS < 30 %. Riesgo de aspiración, sensación nauseosa y plenitud dolorosa y la ingesta se convierte en campo de batalla, deteriorando los últimos días de convivencia. Dieta ha de ser de complacencia para paciente, el objetivo no es nutrir sino disfrutar del sabor (helados, sobos de café, etc).

Decir frases como "No hay nada que hacer con la comida". Hay que explicar que el paciente pierde el apetito por la enfermedad. **"El paciente no muere por no comer sino porque su cuerpo se está apagando".**

BIBLIOGRAFÍA

1. Bruera E. Overview of fatigue in palliative care [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2024 [citado 4 de junio de 2025]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/overview-of-fatigue-in-palliative-care
2. Jatoi A. Management of cancer anorexia/cachexia [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2024 [citado 4 de junio de 2025]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/management-of-cancer-anorexia-cachexia
3. Bruera E. Assessment and management of anorexia and cachexia in palliative care [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2023 [citado 4 de junio de 2025]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/assessment-and-management-of-anorexia-and-cachexia-in-palliative-care
4. Patient education: Managing loss of appetite and weight loss with cancer (The Basics) [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2024 [citado 4 de junio de 2025]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/managing-loss-of-appetite-and-weight-loss-with-cancer-the-basics
5. Sociedad Española de Medicina Paliativa (SEMPAL). Protocolos de tratamiento en cuidados paliativos 2023. Madrid: SEMPAL; 2023.
6. Hui D, Dev R, Bruera E. Palliative Hydration and Nutrition. Clin Geriatr Med. 2015;31(2):277-88.
7. Carey EC, Covinsky KE. Appropriate use of artificial nutrition and hydration. JAMA. 2014;311(17):1793-4.
8. Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Guía de Cuidados Paliativos: Control de síntomas. Guía de apoyo al cuidador en el final de la vida. Madrid: SECPAL; 2020.
9. Radbruch L, Elsner F, Trottenberg P, European Association for Palliative Care (EAPC). Guidelines on the management of anorexia/cachexia in advanced cancer patients. Milan: EAPC; 2018.
10. Arends J, Strasser F, Gonella S, European Society for Medical Oncology (ESMO). Clinical Practice Guidelines: Management of cancer cachexia in adult patients. Ann Oncol. 2021;32(11):1337-53.
11. National Comprehensive Cancer Network (NCCN). Clinical Practice Guidelines in Oncology: Palliative Care (Version 2.2024). Plymouth Meeting (PA): NCCN; 2024.
12. Cherny N, Fallon M, Kaasa S, Portenoy RK, Currow DC, editors. Oxford Textbook of Palliative Medicine. 6th ed. Oxford: Oxford University Press; 2021.

SINDROME DELIRIUM

DELIRIUM

DEFINICIÓN

Alteración del nivel de conciencia agudo y fluctuante.

Criterios diagnósticos: *ver anexo 1*

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CON:

- Depresión
- Demencia
- Psicosis aguda *(ver anexo 2)*

TIPOS

- Hiperactivo
- Hipoactivo
- Mixto

SÍNTOMAS PRECOCES

- Insomnio
- Pesadillas
- Irritabilidad
- Rechazo a colaborar
- Ansiedad
- Labilidad emocional

SÍNTOMAS INSTAURADOS

- Déficit de atención
- Alteración del nivel de conciencia
- Alteraciones cognitivas
- Alteración psicomotora
  - memoria
  - lenguaje
  - desorientación
- Alteraciones en la percepción (alucinaciones, ilusiones)
- Alteraciones del pensamiento (ideas delirantes)
- Alteraciones afectivas
- Alteraciones ritmo sueño–vigilia

HISTORIA CLÍNICA

- Exploración física con test cognitivos *(ver anexo 3)*
- Pruebas (proporcionales a situación del paciente)
- Revisar medicación

TEST COGNITIVOS

SQiD
Single Question in Delirium (preguntar al cuidador: "¿Le ha notado más confuso últimamente?")

4AT
Herramienta de evaluación rápida

CAM
Confusion Assessment Method

NO SON DIAGNÓSTICOS, PERO SON INSTRUMENTOS DE VALORACIÓN VALIDADOS.

CRITERIOS DE DERIVACIÓN A CUIDADOS PALIATIVOS

- Delirium refractario
- Agitación severa incontrolada
- Necesidad de sedación paliativa profunda
- Dificultad diagnóstica
- Claudicación familiar

DELIRIUM TERMINAL → **SÍ** → **SITUACIÓN DE ÚLTIMOS DÍAS**

NO → **IDENTIFICAR CAUSAS REVERSIBLES**
(50% no se identifican)
Tratamiento SINTOMÁTICO y Tratamiento ETIOLÓGICO

TRATAMIENTO SINTOMÁTICO

- Descartar RAO
- Valorar sedación paliativa continua o intermitente:
  - **Midazolam 5–10 mg i.v./s.c c/4–6 h**
  - **Levomepromazina 12,5/25 mg c 6–8 h i.v./s.c**

TRATAMIENTO SINTOMÁTICO FARMACOLÓGICO

- Mínima dosis efectiva y mínimo tiempo posible
- Pauta fija de antipsicótico
- **Haloperidol** (sc u oral) de primera elección. SC bolos 0,5–1 mg. VO 0,5–2 mg c/8–12 h
- **Levomepromazina** si necesitamos más sedación
- **Atípicos:** alternativa: **risperidona:** VO 0,5–1 mg /12–24 h, quetiapina y olanzapina
- **Rescates:** si agitación leve dosis extra de la pauta fija. Si agitación DELIRIUM HIPERACTIVO REFRACTARIO sumar levomepromazina o midazolam

ANEMIA O DESHIDRATACIÓN

Transfusión o hidratación

INSUFICIENCIA RENAL

- Hidratación
- Ajuste de dosis de fármacos

METÁSTASIS CEREBRALES

- Corticoides si edema

RAO O FECALOMA

- Sondaje vesical o enemas

INSUFICIENCIA HEPÁTICA

- Ajuste de fármacos
- Laxantes
- Enemas

POLIFARMACIA

- Deprescripción

QUIMIOTERAPIA / INMUNOTERAPIA

- Descartar toxicidad

HIPER/HIPO CALEMIA O GLUCEMIA. HIPONATREMIA

- Corregir niveles

OPIOIDES

- Rotación (bajar 25–50% dosis total calculada)
- Reducción dosis (50% si intoxicación)
- Hidratación

SDME ABSTINENCIA A BZD

- Midazolam
- Alprazolam

INFECCIÓN

- Antibióticos
- Cultivo

TRATAMIENTO SINTOMÁTICO NO FARMACOLÓGICO

- Explicar al familiar e implicarlo en los cuidados
- Evitar confrontaciones, explicar acciones antes de realizar
- Entorno tranquilo, seguro y bien iluminado
- Medidas de reorientación (gafas, audífono, reloj, calendario, ciclo día noche)
- Evitar contención física
- Compañía, hablar con calma, claridad y frases cortas

PERLA

DESHIDRATACIÓN, ESTREÑIMIENTO Y POLIFARMACIA son las causas más comunes y reversibles.

ERRORES

Comenzar el tratamiento del delirium **REVERSIBLE** con benzodiacepinas o tratar el síntoma sin tratar la causa.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Morita T, Tei Y. Delirium. In: Cherny N, Fallon M, Kaasa S, Portenoy RK, Currow DC, editors. Oxford Textbook of Palliative Medicine. 6th ed. Oxford: Oxford University Press; 2021. p. 589-603.
2. Bush SH, Herry CL, Kanji S, Al-Quraini H, Shorr R, Gallagher R, et al. Clinical practice guidelines for the management of delirium in critically ill adults: Society of Critical Care Medicine. Crit Care Med. 2019;47(9):1188-219.
3. National Comprehensive Cancer Network (NCCN). Clinical Practice Guidelines in Oncology: Palliative Care (Version 2.2023). Plymouth Meeting (PA): NCCN; 2023.
4. Centeno Cortés C, Arantzamendi Solaguren M. Manual de Cuidados Paliativos de la SECPAL. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2018.
5. Inouye SK, Ely EW. Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU): Training Manual. New Haven (CT): Yale University; 2014.
6. Twycross R, Wilcock A, Howard P, editors. Palliative Care Formulary. 7th ed. Nottingham: Pharmaceutical Press; 2020.
7. Cherny NI, Radbruch L, Board of the European Association for Palliative Care. European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care. Palliat Med. 2009;23(7):581-93.
8. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC). Guía de Ayuda al Diagnóstico en Atención Primaria. Barcelona: semFYC Ediciones; 2003.
9. Asociación Española de Enfermería en Cuidados Paliativos (AECPAL), Sociedad Española de Pediatría Paliativa (PEDPAL), Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), Sociedad Catalano-Balear de Cuidados Paliativos. Manual control de síntomas en pacientes con cáncer. Madrid: SECPAL; 2019. p. 217-26.

ANEXOS DELIRIUM

1. **Definición de Delirium y criterios diagnósticos:**
   El diagnóstico es exclusivamente clínico. Han de cumplirse **los 5 criterios** del DSM V:
   - Una alteración de atención y consciencia.
   - La alteración aparece en poco tiempo.
   - Una alteración cognitiva adicional.
   - Las alteraciones de los criterios A y C no se explican mejor por otra alteración neurocognitiva preexistente, establecida o en curso, ni sucede en el contexto de un nivel de estimulación extremadamente reducido (como sería el coma).
   - En anamnesis, exploración o análisis clínicos se obtiene evidencia de que la alteración es consecuencia fisiológica de otra afección médica.
2. **Diagnóstico diferencial con:**
   - Depresión: orientación y memoria preservadas.
   - Demencia: curso insidioso, no agudo.
   - Psicosis aguda: orientación, memoria y nivel de consciencia preservados.
3. **Test Cognitivos** (no son diagnósticos, pero sí un instrumento de valoración validado)
   - Single Question in Delirium (SQiD): consiste en preguntar a alguno de los cuidadores del paciente: “le ha notado más confuso últimamente”. Presenta una alta especificidad y sensibilidad.
   - Test 4AT
   - CAM (Confussion Assessment method)
4. **Criterios de derivación a cuidados paliativos:**
   - Delirium refractario
   - Agitación severa incontrolada
   - Necesidad de sedación paliativa profunda
   - Dificultad diagnóstica
   - Claudicación familiar.

DEPRESIÓN ANSIEDAD

ALGORITMO DE ABORDAJE DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN CUIDADOS PALIATIVOS

1 IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES DE RIESGO

- Antecedentes personales o familiares de depresión
- Estrés vital concurrente (Duelo reciente, Pérdida de roles o relaciones significativas)
- Ausencia de apoyo social
- Edad joven
- Diagnóstico en etapa avanzada de la enfermedad
- Síntomas físicos mal controlados (Dolor persistente, Disnea, Fatiga)
- Bajo estado funcional o discapacidades físicas
- Conflicto familiar, aislamiento social, precariedad económica
- Pérdida de sentido vital o sufrimiento espiritual

2 DETECCIÓN INICIAL

- **PHQ-9 ≥10** (depresión)
- **GAD-7 ≥10** (ansiedad)
- **HADS ≥11** (ambas)

+

- **Entrevista clínica**

3 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

¿Síntomas de trastorno clínico?
(Depresión mayor / trastorno ansiedad generalizada)

Reacción emocional esperable

→ **Apoyo emocional básico**

Evaluar factores contribuyentes
(Dolor no controlado, disnea, insomnio, delirio, deterioro cognitivo o funcional)

4 CLASIFICACIÓN DE LA SEVERIDAD

* DEPRESIÓN

LEVE / MODERADA
1° Terapia cognitivo conductual
2° Considerar ISRS

GRAVE
1° ISRS
2° Mirtazapina
3° Fluoxetina
4° Metilfenidato
5° Evaluar riesgo de suicidio

ANSIEDAD

LEVE / MODERADA
Mindfullnes, Relajación, Musicoterapia, Terapia de aceptación y compromiso

GRAVE
1° ISRS
2° BZD (Diazepam)

*** TRATAMIENTO DEPRESIÓN SEGÚN EXPECTATIVA DE VIDA**
>2–3 meses: ISRS (sertralina, citalopram, escitalopram)
4–8 semanas: Mirtazapina (útil si insomnio o anorexia), Venlafaxina
<4 semanas: Metilfenidato, Ketamina

5 SEGUIMIENTO
(1–2 Semanas)

¿Mejora?

Continuar plan de manejo

6 CASOS REFRACTARIOS
(No mejoría en 4–6 semanas)

- ITC Psiquiatría
- Cambio de Fármaco:
  - Otra clase
- Depresión psicótica: (Antispsicótico + antidepresivo)
- Ketamina
- ECT

7 CUIDADOS FINAL VIDA

- Confort emocional
- Apoyo espiritual
- Apoyo Familiar

PERLAS CLÍNICAS

- **Menos es más:** aprovecha los efectos secundarios de los psicofármacos para tratar otros síntomas (por ejemplo: la **Mirtazapina** a dosis bajas 7,5 – 15 mg para la anorexia y el insomnio)
- **La "Regla del 50%":** Empieza con la mitad de la dosis habitual de un adulto sano. En paliativos, "menos es más" para evitar efectos secundarios que mermen la calidad de vida.
- **Busca el "Deseo de Morir":** Diferencia entre el cansancio de vivir (frecuente) y el deseo activo de morir. Si el paciente siente que es una carga para su familia, la intervención psicológica es urgente.
- **Terapia de la dignidad:** Animar al paciente a contar su historia o dejar mensajes para sus seres queridos tiene un efecto en el ánimo, complementario al de los psicofármacos, con menos efectos indeseables y de gran satisfacción igual o superior a muchos fármacos.

ERRORES COMUNES

- **"Es normal que esté triste porque se va a morir":** El nihilismo terapéutico. Estar grave no justifica el sufrimiento psíquico profundo. Según los estudios unos de cada seis pacientes "paliativos" tiene una depresión. Si hay anhedonia y desesperanza, se debe tratar.
- **Esperar demasiado para iniciar el fármaco:** En paliativos, el tiempo es el recurso más escaso. Si el pronóstico es corto, no esperes 4 semanas para ver si el ISRS funciona.
- **Ignorar las interacciones:** Cuidado con el Tramadol y los ISRS (riesgo de síndrome serotoninérgico).
- **No tratar el dolor primero:** A veces la "depresión" es simplemente un dolor físico mal controlado que agota al paciente.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Perusinghe M, Chen KY, McDermott B. Evidence-Based Management of Depression in Palliative Care: A Systematic Review. J Palliat Med. 2021;24(5):767-81.
2. Fulton JJ, Newins AR, Porter LS, Ramos K. Psychotherapy targeting depression and anxiety for use in palliative care: A meta-analysis. J Palliat Med. 2018;21(7):1024-37.
3. Rayner L, Price A, Hotopf M. The Management of Depression in Palliative Care [Internet]. London: King's College London; 2010 [citado 14 de julio de 2026]. Disponible en: https://www.kcl.ac.uk/schools/medicine/depts/palliative

DISNEA

Disnea en paciente en cuidados paliativos

Algoritmo clínico de evaluación, causas y tratamiento

Conceptos clave

- **Síntoma muy común y multidimensional**, influido por factores fisiológicos, psicológicos y ambientales.
- **Muy discapacitante** y generador de angustia para paciente y cuidadores; puede motivar sedación paliativa.
- **Suele estar infratratada**; el objetivo es aliviar el distrés y priorizar confort.

Algoritmo de manejo

1. Evaluación

Pruebas básicas

Exploración física · Historia clínica · Constantes vitales · Rx tórax · Hemograma y gasometría arterial (si procede)

Escalas recomendadas

EVA 0–10 · VRS · CDS · mMRC · NYHA en ICC

A) mMRC

0	Solo con ejercicio intenso
1	Al andar rápido o en pendiente
2	No mantiene el paso / aparece en llano
3	Obliga a parar al caminar 100 m
4	Disnea al salir de casa o al vestirse

B) NYHA

I	Sin limitaciones funcionales
II	Limitación leve; disnea con esfuerzo moderado
III	Disnea con esfuerzos leves; reposo cómodo
IV	Disnea en reposo

2. Causas

A) Causas pulmonares

- Asma
- EPOC
- Neumonía
- Atelectasias
- Neumonitis por fármacos/ radioterapia
- Neumectomía parcial
- Fibrosis pulmonar idiopática
- Derrame pleural
- Neumotórax/Hemotórax
- Metástasis pulmonares y pleurales
- Linfangitis carcinomatosa

B) Causas extrapulmonares

Vasculares:	TEP, HT pulmonar
Obstructivas:	Tumores ORL, adenopatías compresivas
Pared torácica:	Debilidad muscular, neurona motora, ELA
Extra-torácicas:	Ascitis, hepatomegalia, tumor abdominal
Cardíacas:	Insuficiencia cardiaca
Otras:	Anemia, ansiedad, hiperventilación

3. Tratamiento

Medidas generales

- Acompañar y tranquilizar al paciente y la familia.
- Siempre que sea posible, identificar y tratar la causa.

A) Tratamiento de la causa

- **IC:** Diuréticos
- **Tumor:** tratamiento activo si lo requiere
- **Derrame pleural:** drenaje
- **Anemia:** transfusión
- **TEP:** anticoagulación
- **EPOC:** broncodilatadores, corticoides inhalados, VMNI
- **Neumonía:** antibioterapia

B) Tratamiento sintomático

- **Opioides = 1ª línea**
- Si no hay control: aumentar dosis 30%, rotar opioide o pasar de VO a SC
- En ocasiones: sedación paliativa
- **En SUD:** papel del oxígeno dudoso incluso con hipoxemia

Tratamiento sintomático farmacológico

1) Opioides · 1ª línea

- **Morfina** 5 mg cada 4–6 h VO o 2,5 mg cada 4–6 h SC
- Si ya tomaba morfina: **+30%** dosis previa
- **Rescate:** 1/6 de la dosis total diaria
- **Perfusión continua:** 15–20 mg/día + rescates

2) Benzodiacepinas

- Útiles si ansiedad/carga emocional o si opioides no controlan
- Midazolam 2,5 mg inicio; repetir 2,5 mg a los 15 min si no es efectivo
- **Mantenimiento:** 2,5–5 mg cada 6–8 h
- **Lorazepam** 0,5–1 mg SL cada 6–8 h

3) Corticoides

- Solo si broncoespasmo
- **Dexametasona** 4–8 mg/día
- **Prednisona** 30–60 mg/día

4) Oxígeno en SUD

- En últimos días, beneficio dudoso incluso con hipoxemia
- Priorizar confort, percepción del paciente y medidas no farmacológicas sencillas

Perlas clínicas

- Dejar siempre dosis de rescate pautada para crisis.
- La **vía subcutánea** es la **vía** de elección en AP cuando falla la VO y facilita la atención domiciliaria.
- Si no hay hipoxia documentada, aire en movimiento/ ventilador puede ser tan útil como oxígeno y menos engorroso.

Errores comunes

- Tratar la saturación en vez del paciente: el objetivo es "estoy mejor".
- Miedo injustificado a la depresión respiratoria con morfina a dosis paliativas.
- Usar diuréticos sin evidencia de sobrecarga hídrica.
- No tratar la ansiedad cuando hay angustia.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Guía de cuidados paliativos [Internet]. Madrid: SECPAL; [fecha desconocida] [citado 3 de febrero de 2026]. Disponible en: https://www.secpal.com/
2. Redondo Moralo MJ, Cuervo Pinna MA. Síntomas respiratorios en cuidados paliativos. Aten Primaria. 2006;38(Supl 2):38-46.
3. Cortés Béjar MM, Arbizu Sastre L. Urgencias en el paciente terminal. AMF. 2019;15(5):264-73.
4. Carvajal-Valdy G, Ferrandino-Carballo M, Salas-Herrera I. Manejo paliativo de la disnea en el paciente terminal. Acta Méd Costarric. 2011;53(2):79-87.

DOLOR

USO DE OPIOIDES MAYORES
PARA EL CONTROL DEL DOLOR CRÓNICO EN PACIENTES PALIATIVOS

PÁGINA 1 DE 2

1. INICIO Y TITULACIÓN DE OPIOIDES MAYORES

1.1 MORFINA

Características
- Opioide mayor de referencia.
- No tiene techo terapéutico.
- Eliminación renal.
- Precaución en ancianos y en ERC.

Dosis de inicio
- LI: 5 mg VO / 4 h
- LR: 10 mg VO / 12 h
- Rescate: 1/6 de la DTD (morfina LI)

Titulación
1. Sumar la DTD de las últimas 24 h (basal + rescates).
2. Dividir la DTD entre 2 y pautar cada 12 h.
3. Dejar siempre pautada la DDR (1/6 de la nueva DTD).

1.2 FENTANILO

Características
- 100 veces más potente que la morfina.
- No necesita ajuste según función renal.
- Menor incidencia de estreñimiento.

Dosis de inicio
- Parche transdérmico: 12–25 mcg cada 72 h
- Rescate: Fentanilo LI (dosis más baja) o morfina LI (1/6 de la dosis equivalente de morfina total diaria).

Titulación

Si no hay control del dolor y no hay toxicidad por opioides:

Aumentar dosis del parche de fentanilo + ajustar dosis de rescate.

1.3 OXICODONA

Características
- 1,5 a 2 veces más potente que la morfina VO.
- Eliminación renal y hepática.
- Precaución en insuficiencia hepática y ERC.

Dosis de inicio
- LR: 5–10 mg VO / 12 h
- Rescate: 1/4 o 1/6 de la DTD (oxicodona LI)

Titulación
1. Sumar la DTD de las últimas 24 h.
2. Dividir la DTD entre 2 y pautar cada 12 h.
3. Dejar siempre pautada la DDR (1/6 de la DTD).

1.4 BUPRENORFINA

Características
- Agonista parcial de los receptores μ. Tiene techo analgésico.
- No precisa ajuste en insuficiencia hepática ni ERC.
- Es revertido con dificultad usando naloxona.

Dosis de inicio
- Parche transdérmico: 35 mcg cada 72 h
- Rescate: Fentanilo LI (dosis más baja) o morfina LI.

Titulación

Si no hay control del dolor y no hay toxicidad:

Aumentar dosis de buprenorfina transdérmica + dosis de rescate.

1.5 TAPENTADOL

Características
- Agonista μ + inhibición de la recaptación de NA.
- No afecta al intervalo QT.
- Absorción rápida y baja biodisponibilidad.

Dosis de inicio
- LR: 25 mg VO / 12 h
- Rescate: utilizar Tapentadol de LI u otro opioide de LI.

Titulación

Si no hay control del dolor y no hay toxicidad:

Aumentar la dosis a las 48 h.

LI: Liberación inmediata (rápida) **LR:** Liberación retardada **DTD:** Dosis total diaa **DDR:** Dosis de rescate **VO:** Vía oral **NA:** Noradrenalina **ERC:** Enfermedad renal crónica

2. ROTACIÓN DE OPIOIDES

PÁGINA 2 DE 2

2.1 INDICACIONES PARA LA ROTACIÓN

1. Toxicidad asociada a opioides:
   - Náuseas, vómitos, prurito, estreñimiento.
   - NIO (neurotoxicidad inducida por opioides): somnolencia, alucinaciones, mioclonías, delirium, hiperalgesia.
2. Mal control del dolor a pesar de una titulación adecuada del opioide mayor.
3. Necesidad de cambio de vía de administración.
4. Disfunción renal o hepática.

2.2 PASOS A SEGUIR EN LA ROTACIÓN

1. Calcular la dosis total diaria del opioide inicial (dosis basal + rescates de las últimas 24 h).
2. Seleccionar el nuevo opioide.
3. Calcular la dosis equivalente de morfina oral diaria utilizando la tabla de equianalgesia.
4. Calcular la dosis del nuevo opioide.
5. Reducir un **30%** la dosis resultante para evitar la tolerancia cruzada incompleta. (Exeepción: No es necesario reducir este 30% al rotar de Morfina a Fentanilo).
6. Establecer la pauta de dosis diaria del nuevo opioide.
7. Pautar la dosis de rescate del nuevo opioide.
8. Reevaluar al paciente con frecuencia.

2.3 TRANSICIÓN PRÁCTICA ENTRE FÁRMACOS

De Morfina LI a fármaco retardado (morfina, oxicodona o tapentadol LR): Continuar administrando morfina rápida durante 8 horas tras la primera dosis de la medicación retardada.

De Morfina LI a parches (fentanilo o buprenorfina transdérmica): Mantener la morfina durante las primeras 12 horas desde el inicio de la colocación del parche.

De Morfina LR a parches (fentanilo o buprenorfina transdérmica): Hacer coincidir la última dosis de morfina retardada con el momento de la colocación del parche.

2.4 TABLA DE CONVERSIÓN (EQUIANALGESIA RESPECTO A MORFINA ORAL)

FÁRMACO Y VÍA	RATIO DE CONVERSIÓN	FÁRMACO Y VÍA	RATIO DE CONVERSIÓN
Morfina VO	x 1	Fentanilo EV	1 x 10
Morfina SC	x 2	Fentanilo transdérmico	1 x 10
Morfina EV	x 3	Buprenorfina transdérmica	1 x 0,583
Oxicodona VO	x 2	Tapentadol	1 x 2,5
Hidromorfona VO	x 5		

Nota: Consultar calculadoras de rotación para aplicar correctamente el ratio.

3. ESCENARIOS ESPECÍFICOS: PERLAS Y ERRORES COMUNES

TIPO DE DOLOR	PERLA CLÍNICA (RECOMENDACIONES)	ERROR COMÚN
DOLOR IRRUPTIVO	Siempre pautar una DDR (10–20 % de la DTD). Usar siempre un opioide de LI. Cuidado al subir el opioide basal.	No pautar medicación de rescate o usar un opioide de LR (liberación retardada) como rescate.
DOLOR NEUROPÁTICO	No escalar el OM indefinidamente. Se debe añadir un fármaco coadyuvante (ej. gabapentinoides, antidepresivos).	Escalar con el OM hasta provocar toxicidad en el paciente.
VÍA TRANSDÉRMICA	Fentanilo LR solo para dolor estable. No en titulación rápida.	Usarlo en pacientes con dolor inestable o fiebre (aumenta la absorción del fármaco).
INSUF. RENAL	Morfina tiene metabolitos activos (M6G). Reducir la dosis o espaciar la pauta o rotar a fentanilo, buprenorfina o metadona de elección.	Mantener dosis plenas de morfina provocando la neurotoxicidad.

Se excluye la metadona debido a su farmacocinética acumulativa y complejidad en la conversión de dosis.

DDR: Dosis de rescate • **DTD:** Dosis total día • **LI:** Liberación inmediata (rápida)
LR: Liberación retardada • **OM:** Opioide mayor

BIBLIOGRAFÍA:

1. Servicio Extremeño de Salud (SES). Guía de uso de opioides en cuidados paliativos. Mérida: SES, Plan de Cuidados Paliativos de Extremadura (PALIEX); 2020. Disponible en: https://www.saludextremadura.ses.es/
2. Caraceni A, Hanks G, Kaasa S, Bennett MI, Brunelli C, Cherny N, et al.; European Palliative Care Research Collaborative (EPCRC), European Association for Palliative Care (EAPC). Use of opioid analgesics in the treatment of cancer pain: evidence-based recommendations from the EAPC. Lancet Oncol. 2012;13(2):e58-68.
3. Paice JA, Portenoy R, Lacchetti C, Campbell T, Cheville A, Citron M, et al. Management of Chronic Pain in Survivor of Adult Cancers: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline. J Clin Oncol. 2016;34(27):3325-45.
4. Manchikanti L, Kaye AM, Knezevic NN, McAnally H, Slavin K, Trescot AM, et al. Responsible, safe, and effective use of opioids for chronic non-cancer pain: American Society of Interventional Pain Physicians (ASIPP) guidelines. Pain Physician. 2017;20(2S):S3-S92.

ESTREÑIMIENTO

GUÍA DE MANEJO DEL ESTREÑIMIENTO Y OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

EN CUIDADOS PALIATIVOS

1 PRIMER PASO: DESCARTAR OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

Ante la sospecha de alteración del ritmo intestinal, el **primer** paso es **descartar una obstrucción** (Completa o Parcial).

- **COMPLETA** → ¿Indicación de cirugía?
  - **SÍ** → Derivar a **CIRUGÍA**
  - **NO** → **MANEJO MÉDICO CONSERVADOR**
- **PARCIAL** → **MANEJO MÉDICO CONSERVADOR**

MANEJO MÉDICO CONSERVADOR

- Dieta absoluta.
- Hidratación intravenosa.
- **Antieméticos:**
  - Haloperidol: 2.5 - 5 mg c/8 h IV (en obstrucción mecánica).
  - Metoclopramida: 10 mg c/8 h (en obstrucción no mecánica).
  - Si no hay control: Ondansetrón 8 mg IV.
- **Aspiración nasogástrica** (en caso de no control de náuseas y vómitos).
- **Analgésicos:** Opioides (Fentanilo o Metadona).
- **Corticoides:** Dexametasona 4 mg c/8 h IV.
- **Antisecretores:** Butilbromuro de hioscina 20 mg/8h + Octreotide 0.1, 0.2 o 0.3 mg/8 h.

2 DIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN DEL ESTREÑIMIENTO

HISTORIA CLÍNICA Y EXAMEN FÍSICO (detección precoz)

- Frecuencia de las defecaciones.
- Consistencia de las heces.
- Esfuerzo defecatorio.
- Cambio en la consistencia de las heces.
- Sensación de evacuación (completa/incompleta).
- Laxantes usados previamente.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE ROMA IV*

Para confirmar el estreñimiento, deben cumplirse ≥ 2 de los siguientes síntomas (en >25% de las deposiciones):

- Esfuerzo defecatorio
- Deposiciones duras o caprinas
- Sensación de evacuación incompleta
- Obstrucción defecatoria
- Maniobras manuales para defecación
- Deposiciones espontáneas/completas

EVALUACIÓN DE CAUSAS (si hay estreñimiento)

- **Directas:** Obstrucción intestinal, masas pélvicas, radioterapia, síndromes dolorosos anorrectales.
- **Neurológicas:** Tumor cerebral, compresión medular.
- **Generales:** Edad, dieta pobre en fibra, depresión, ingesta pobre de líquidos.
- **Metabólicas:** Deshidratación, hipercalcemia, uremia, hipopotasemia.
- **Fármacos:** OPIOIDES.

3 SI NO TIENE ESTREÑIMIENTO: PREVENCIÓN – MEDIDAS HIGIENICODIETÉTICAS

- Información al paciente y cuidador sobre el riesgo de estreñimiento.
- Dieta rica en fibra y líquidos.
- Ejercicio o movilización adaptados al paciente.
- Mejora de los hábitos de defecación: asegurar privacidad y comodidad.

4 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL ESTREÑIMIENTO

1. FORMADORES DE MASA (NO RECOMENDADOS en cuidados paliativos)

Mecanismo: Absorben agua desde la luz intestinal, aumentando la masa de las heces.

- Cáscara de Ispágula o Psyllium
- Metilcelulosa

2. ESTIMULANTES

Mecanismo: Estimulan los plexos mientéricos y aumentan la motilidad intestinal.

- **Sen:** 15 ml c/12h
- **Bisacodilo:** 10 - 20 mg c/12h
- **Picosulfato:** 5 - 10 gotas/día

3. REBLANDECEDORES

Mecanismo: Lubrican la superficie de las heces y las reblandecen.

- **Parafina:** 5 - 15 ml c/12h

4. OSMÓTICOS

Mecanismo y opciones:

- **Lactulosa** (disminuye el pH y promueve el peristaltismo): 15 ml cada 12h
- **Sales de magnesio** (atraen agua desde la pared del intestino hacia la luz intestinal promoviendo la peristalsis):
  - Hidróxido de Mg: 15 - 30 ml c/12h
  - Sulfato de Mg: 5 - 10 g
  - (1-2 cucharadas c/8h)
- **Polietilenglicoles** (dado su alto peso molecular retiene agua en el intestino): 1 - 3 sobres/día

5 ALGORITMO DE SEGUIMIENTO Y ESCALÓN TERAPÉUTICO

1. Iniciar tratamiento farmacológico.
2. ¿Mantiene el estreñimiento?
   - **NO** → Mantener el mismo tratamiento.
   - **SÍ** → Pasar a **MEDIDAS RECTALES**
     - Lubricantes (Supositorios de Glicerol)
     - Osmóticos (Enema de lactitol)
     - Salinos (Enemas de fosfato de sodio 250 ml)
     - Estimulantes (Supositorio de bisacodilo)
3. Revisión del tratamiento tras medidas rectales
4. ¿Estreñimiento controlado?
   - **SÍ** → **FIN DE LA ESCALADA**
   - **NO** → (Especialmente si es inducido por opioides) **Utilizar fármacos PAMORA**

PAMORA (Antagonistas de Receptores Opioides Mu Periféricos)

Mecanismo: Bloquean el receptor opioide μ en los intestinos (no actúan en receptores del sistema nervioso central, ni atraviesan la barrera hematoencefálica).

ADVERTENCIA: No pautar si hay obstrucción o perforación.

- **Naloxegol** (naloxona pegilada): 12.5 a 25 mg c/24 h por vía oral
- **Naldemedina:** 200 mcg c/24 h por vía oral
- **Metilnaltrexona:** 8 - 12 mg c/48 h por vía subcutánea

6 PERLAS Y PRÁCTICAS

- ✓ **Combina y vencerás:** La combinación de un osmótico (que hidrata las heces) y un estimulante (que mueve el intestino) es la fórmula más potente.
- ✓ **Considera otras causas:** Antes de escalar el tratamiento, revisa siempre la medicación y el estado general del paciente. El estreñimiento puede ser el primer signo de otra patología, como una hipercalcemia.

ERRORES COMUNES

- ✗ **Olvidar el tacto rectal:** Si no se realiza, se puede malinterpretar una impactación fecal como estreñimiento simple, lo que puede llevar a un tratamiento incorrecto y a un empeoramiento del cuadro.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Caraceni A, Hanks G, Kaasa S, Bennett MI, Brunelli C, Cherny N, et al.; European Palliative Care Research Collaborative (EPCRC), European Association for Palliative Care (EAPC). European Palliative Care Research Collaborative (EPCRC) and European Association for Palliative Care (EAPC) guidelines for the management of constipation in adult patients with advanced disease. Palliat Med. 2018;32(9):1458-71.
2. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Informe de Posicionamiento Terapéutico de naloxegol (Moventig®) (IPT, 12/2016). Madrid: AEMPS; 2016.
3. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Informe de Posicionamiento Terapéutico de naldemedina (Rizmoic®) en estreñimiento inducido por opioides (IPT, 41/2021). Madrid: AEMPS; 2021.
4. Gómez-Batiste X, Albinarrate R, editors. Tratado de Medicina Paliativa y Soporte en el Enfermo con Cáncer. 4ª ed. Barcelona: Elsevier; 2021.
5. Twycross R, Wilcock A, Howard P, editors. Palliative Care Formulary. 7th ed. Nottingham: Pharmaceutical Press; 2020.
6. Asociación Española de Enfermería en Cuidados Paliativos (AECPAL), Sociedad Española de Pediatría Paliativa (PEDPAL), Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), Sociedad Catalano-Balear de Cuidados Paliativos. Manual control de síntomas en pacientes con cáncer. Madrid: SECPAL; 2019. p. 167-78.
7. Candy B, Jones L, Vickerstaff V, Larkin PJ, Stone P. Mu-opioid antagonists for opioid-induced bowel dysfunction in people with cancer and people receiving palliative care. Cochrane Database Syst Rev. 2022;9(9):CD006332. doi: 10.1002/14651858.CD006332.pub4. PMID: 36106667.
8. Gill V, Badrzadeh H, Williams S, Crouch NM, Buga S, Mooney S, et al. A Rapid Review on the Management of Constipation for Hospice and Palliative Care Patients. J Hosp Palliat Nurs. 2024;26(3):122-31. doi: 10.1097/NJH.0000000000001029. PMID: 38648625.
9. LeFebvre KB, Rogers B, Wolles B. Cancer Constipation: Clinical Summary of the ONS Guidelines™ for Opioid-Induced and Non-Opioid-Related Cancer Constipation. Clin J Oncol Nurs. 2020;24(6):685-8. doi: 10.1188/20.CJON.685-688. PMID: 33216059.

HEMORRAGIA

ALGORITMO DE MANEJO DE HEMORRAGIAS EN CUIDADOS PALIATIVOS

1 EVALUACIÓN INICIAL: ESCALA DE LA OMS MODIFICADA

GRADOS 1 Y 2
Hemorragia Leve a Moderada

Grado 1 (Profiláctico):
Petequias no confluentes o epistaxis < 30 min.

Grado 2 (Terapéutico):
Melaena, hematemesis o hemoptisis que NO requiere transfusión en 24h.

GRADOS 3 Y 4
Hemorragia Grave

Grado 3:
Requiere transfusión de glóbulos rojos en 24h.

Grado 4:
Hemorragia debilitante con inestabilidad hemodinámica (caída de tensión > 30 mmHg).

GRADO 5
Hemorragia Catastrófica (Terminal)

Sangrado masivo de inicio rápido, a menudo arterial, que conduce a la muerte inminente en minutos.

2 MEDIDAS GENERALES Y ESTRATEGIA DE TRANSFUSIÓN

Intervención Inmediata Común
Suspender fármacos anticoagulantes, antiagregantes y aquellos con efectos secundarios hemorrágicos.

Control Visual y Confort
Utilizar toallas o sábanas de colores oscuros (verde o azul) para enmascarar el impacto visual de la sangre y reducir la angustia.

Estrategia de Transfusión de Plaquetas
- En pacientes estables (Grado 0-1): umbral < 10 G/l (20 G/l si hay fiebre).
- En eventos terapéuticos (Grado ≥ 2): objetivo mantener > 30 G/l (rango 30–50).

3 MANEJO ESPECÍFICO POR LOCALIZACIÓN

Cabeza y Cuello (ORL)
Aplicar nitrato de plata en lesiones accesibles, gasas con ácido tranexámico (TXA) o nebulizaciones de adrenalina para lesiones menos accesibles.

Tracto Respiratorio
Uso de ácido tranexámico (tópico, nebulizado o sistémico) y considerar radioterapia paliativa para hemoptisis crónica de bajo grado.

Gastrointestinal
IBP para sangrado superior, octreótido para reducir presión portal y enemas de sucralfato o ácido tranexámico para sangrado rectal.

Urogenital
Colocación de sonda Foley de tres vías con irrigación salina; administración de ácido tranexámico vía oral (próstata) o intravesical (vejiga).

Úlceras Cutáneas Malignas
Apósitos de alginato, gasas empapadas en adrenalina (1:1000) o ácido tranexámico tópico para control local.

4 PROTOCOLO DE CRISIS PARA HEMORRAGIA CATASTRÓFICA (GRADO 5)

Prioridad 1: Presencia Física
Nunca dejar solo al paciente; la compañía constante del cuidador es la medida de confort más importante.

Prioridad 2: Sedación de Emergencia
Administrar **Midazolam (5-10 mg)** vía intravenosa, subcutánea o intranasal para reducir la angustia y el nivel de conciencia rápidamente.

Posicionamiento y Taponamiento
Colocar en decúbito lateral hacia el lado del sangrado (en hemoptisis) para evitar la aspiración y aplicar presión externa si el punto es visible.

5 PERLAS CLÍNICAS

La "Hemorragia Centinela" es tu última alarma:
Según Sood et al., los sangrados pequeños en pacientes de riesgo suelen preceder a un evento catastrófico. Úsala para reevaluar el plan de cuidados, ajustar la medicación y, sobre todo, hablar con la familia sobre lo que podría pasar.

El Protocolo de "Toallas Oscuras":
En hemorragias masivas terminales, el impacto visual de la sangre roja es traumático. Ten preparadas toallas de colores oscuros (verdes, azules o negras) para absorber el sangrado. Esto reduce el pánico visual y permite a la familia centrarse en la despedida.

La vía subcutánea es tu mejor aliada:
Como señalan Chan et al., los pacientes con neoplasias hematológicas tienen alto riesgo de sangrado por trombocitopenia. Evita las inyecciones intramusculares a toda costa para prevenir hematomas dolorosos; la vía subcutánea es segura y eficaz.

Sedación de rescate en segundos:
En una hemorragia masiva, no hay tiempo para infusiones lentas. La perla es tener prescrito y disponible **Midazolam (5-10 mg)** vía subcutánea o incluso transmucosa/intranasal para una sedación ultrarrápida que mitigue la angustia del paciente.

Manejo Multimodal del Sangrado:
Antes de la crisis, usa agentes locales. El uso de gasas empapadas en ácido tranexámico o sucralfato tópico puede controlar sangrados capilares en lesiones cutáneas o mucosas sin necesidad de intervenciones sistémicas.

6 ERRORES COMUNES

La "Obstinación Terapéutica":
Un error frecuente es mantener transfusiones de plaquetas o concentrados de hematíes hasta el último día. Chan et al. sugieren que llega un punto donde los riesgos (sobrecarga hídrica, traslados al hospital) superan los beneficios. Hay que saber cuándo "dejar de transfundir y priorizar paliar".

Ignorar el componente de "Miedo a la Asfixia":
En las hemorragias terminales, el paciente a menudo no muere por la pérdida de sangre en sí, sino por la angustia y la sensación de ahogo. El error es centrarse solo en detener el sangrado en lugar de tratar la disnea y la agitación con opioides y benzodiacepinas.

No realizar el "Escenario del Peor Caso":
Wadee y Noble enfatizan que el mayor error es la falta de comunicación. No explicar a la familia que puede ocurrir un sangrado masivo deja a los cuidadores en un estado de shock absoluto. La anticipación no quita la esperanza, quita el trauma.

Priorizar la Hemostasis sobre el Confort:
Intentar realizar procedimientos invasivos (cauterizaciones, taponamientos nasales agresivos) en un paciente en sus últimas horas de vida. Si el pronóstico es de horas/días, el objetivo no es cerrar el vaso, sino que el paciente no sea consciente del evento.

En cuidados paliativos, el objetivo no es detener toda hemorragia, sino acompañar con dignidad y aliviar el sufrimiento.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Sood R, Mancinetti M, Betticher D, Cantin B, Ebneter A. Management of bleeding in palliative care patients in the general internal medicine ward: a systematic review. Ann Med Surg (Lond). 2019;50:14-23.
2. Wadee T, Noble S. From research to reality: A review of three clinical problems in the last days of life. Clin Med (Lond). 2025;25(4):100486.
3. Chan KY, Chan TSY, Gill H, Chan TCW, Li CW, Au HY, et al. Supportive care and symptom management in patients with advanced hematological malignancies: a literature review. Ann Palliat Med. 2022;11(10):3273-91.

HIPO



MANEJO DEL HIPO
EN CUIDADOS PALIATIVOS

Guía para Atención Primaria (AP)

El hipo puede afectar significativamente la calidad de vida del paciente paliativo. Un abordaje sistemático mejora su control.

1. CLASIFICACIÓN DEL HIPO

AGUDO
< 48 horas

PERSISTENTE
> 48 horas

REFRACTARIO
Gran impacto en la calidad de vida.
- No responde a tratamiento no farmacológico.
- No responde a dos líneas de tratamiento farmacológico.

2. EVALUACIÓN CLÍNICA

HISTORIA CLÍNICA COMPLETA
- Inicio y duración.
- Examen físico enfocado (especialmente neurología, abdominal y torácica).

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS (según sospecha clínica)
- Rx tórax.
- Bioquímica con glucosa, electrolitos, función renal.
- TAC (si se sospechan causas centrales).

3. CAUSAS DEL HIPO

Irritación diafragmática: Tumores gástricos, hepáticos, ascitis, distensión gástrica por vaciamiento retardado.

Compresión o irritación del nervio vago: Patología esofágica, tumoraciones de tórax o cuello.

Desequilibrio electrolítico o metabólico: Hiponatremia, Hipocalcemia, Hiperglucemia, Uremia.

Fármacos: Corticoides, Benzodiacepinas, Quimioterápicos, Anticolinérgicos, Opioides.

ERGE: (Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico).

Alteraciones del SNC: Enfermedades vasculares cerebrales, tumores cerebrales (primarios o metastásicos), encefalitis, meningitis y abscesos cerebrales.

Psicógeno: Estrés, anorexia nerviosa, reacción al duelo.

4. ALGORITMO DE TRATAMIENTO

1ª LÍNEA
MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Estimulación vagal:
- Beber agua fría
- Contener la respiración
- Maniobra de Valsalva

Corrección de causas reversibles:
Control de reflujo, drenaje de ascitis, manejo de distensión.

2ª LÍNEA
MEDIDAS FARMACOLÓGICAS

Considerando que el **ERGE** es la causa más frecuente, se propone como primera línea el tratamiento empírico del **ERGE** con un **IBP** (Inhibidor de la Bomba de Protones) + procinético: Metoclopramida (10 mg/8h), Domperidona o Cinitaprida.

OPCIONES PARA HIPO PERSISTENTE
- **Metoclopramida:** 10 mg/8 h (Vía oral, IV, SC).
- **Clorpromazina:** 10–25 mg por vía oral o IV en infusión lenta / 8 h.
- **Baclofeno:** 5 mg/8 h por vía oral.
- **Gabapentina:** Iniciar con 100 mg, se puede aumentar de forma gradual hasta 300 mg/día.
- **Haloperidol:** 0.5 – 1 mg / 8–12 h.

3ª LÍNEA
TRATAMIENTO DEL HIPO REFRACTARIO

La causa requiere valoración especializada clínica (Paliativos, Gastroenterología, Neurología, RX intervencionista).

Opciones de 3ª línea:
- Bloqueo del nervio frénico.
- Infiltraciones o radioterapia.
- Fármacos sedantes o anestésicos.
- Tratamiento psicológico.

5. PERLAS CLÍNICAS Y ERRORES COMUNES

PERLA CLÍNICA
Si el hipo está relacionado con el uso de **Dexametasona**, reducir la dosis o suspender puede resolver el problema.

ERROR COMÚN
No asumir que el hipo es siempre benigno. Un hipo persistente sin causa evidente en un paciente paliativo puede ser un signo de **progresión de la enfermedad.**

MENSAJE CLAVE
Evalúa causas, inicia medidas no farmacológicas, trata el ERGE de forma empírica y avanza en el algoritmo según la respuesta clínica.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Steger M, Schneemann M, Fox M. Systemic review: the pathogenesis and pharmacological treatment of hiccups. Aliment Pharmacol Ther. 2015;42(9):1037-50. doi: 10.1111/apt.13373.
2. Ough YD, Sheikh A. Hiccups: A Case Presentation and Review. J Palliat Med. 2010;13(5):589-91. doi: 10.1089/jpm.2009.0303.
3. Marinella MA. Diagnosis and management of hiccups in the patient with advanced cancer. J Support Oncol. 2003;1(2):121-30.
4. Campbell AJ, Birnbaum RJ. Hiccups: Evaluation and treatment [Internet]. London: BMJ Best Practice; 2020 [citado 14 de julio de 2026]. Disponible en: https://bestpractice.bmj.com/
5. Chernov A, Agar M. Hiccups in palliative care: pathophysiology and treatment. Curr Opin Support Palliat Care. 2018;12(4):420-6.
6. Porzio G, Verna L, Vultaggio P, et al. Haloperidol for treatment of persistent hiccups in patients with cancer. J Pain Symptom Manage. 2011;42(2):302-6.
7. Kushner A, Krevsky B. Persistent hiccups. Gastroenterol Hepatol. 2007;3(2):101-3.
8. Kaye K, Shah M, Jethwa A, et al. Management of persistent hiccups in palliative care: A systematic review. J Pain Symptom Manage. 2021;61(1):154-62.
9. Twycross R, Wilcock A. Palliative Care Formulary. 7th ed. Haywards Heath: Palliative Care Matters; 2021.
10. D'Orsi G, Sacco F, De Luca R, et al. Neurological Management of Persistent Hiccups: A Systematic Review. Curr Neurol Neurosci Rep. 2022;22(2):103-11.
11. Borrelli S, et al. Management of Palliative Care Patients with Chronic Hiccups: A Case-Based Review. J Palliat Care. 2023;38(4):511-7.
12. Asociación Española de Enfermería en Cuidados Paliativos (AECPAL), Sociedad Española de Pediatría Paliativa (PEDPAL), Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), Sociedad Catalano-Balear de Cuidados Paliativos. Manual control de síntomas en pacientes con cáncer. Madrid: SECPAL; 2019. p. 217-26.

INSOMNIO

INSOMNIO EN CUIDADOS PALIATIVOS

Guía de manejo para Atención Primaria

1. CLASIFICACIÓN

- **CONCILIACIÓN:** dificultad de inicio > 30 min.
- **MANTENIMIENTO:** despertares nocturnos frecuentes con dificultad para conciliar de nuevo.
- **PRECOZ:** despertar muy temprano sin poder conciliar de nuevo (asociado a depresión y tercera edad).
- **AGUDO:** < 3 meses.
- **CRÓNICO:** > 3 veces por semana > 3 meses.

2. ETIOLOGÍA (Tratar la causa = 80% de éxito)

- **DOLOR NOCTURNO.**
- Disnea, tos, ortopnea.
- **IATROGENIA FARMACÉUTICA:**
  - Esteroides después de las 14 horas.
  - Diuréticos después de las 17 horas.
  - Estimulantes: cafeína, modafinilo, ISRS.
- Ansiedad, duelo, síntomas físicos.
- Delirium hipoactivo o mixto.
- Factores ambientales: temperatura, luz, sonidos.
- Síntomas complejos: insuficiencia hepática o renal.

3. TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

- **Eliminar siesta** (si no es posible, máximo 30 min y antes de las 15:00).
- Fomentar la actividad durante el día.
- Dormitorio oscuro, silencioso y fresco.
- Exposición solar durante el día.
- No tener dispositivos electrónicos en la habitación.
- Quedarse en la cama solo para dormir.
- Evitar estimulantes como la cafeína 6 horas antes.
- Intentar establecer un horario regular para dormir.
- Evitar alimentos pesados, picantes o azucarados 4 horas antes.
- Terapia cognitivo conductual.
- Meditación y técnicas de relajación.

4. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

4.1 INSOMNIO DE CONCILIACIÓN
(Fármacos Z: uso no más de 4 semanas)

- **ZOLPIDEM:** 5 - 10 mg al acostarse.
- **ZALEPLÓN:** 5 - 10 mg (ventaja si el paciente se despierta a media noche por vida media ultracorta).

4.2 INSOMNIO DE MANTENIMIENTO
(Efecto sedante)

- **TRAZODONA:** 25 a 50 mg al acostarse.
- **MIRTAZAPINA:** 7.5 a 15 mg al acostarse (además mejora la ansiedad y el apetito).

4.3 INSOMNIO REFRACTARIO

- Estrategia: combinación terapéutica (fármaco de conciliación + mantenimiento).
- Si hay componente psicótico, alto nivel de ansiedad o riesgo de delirium:
  - **QUETIAPINA:** 25 mg.
  - **LEVOMEPROMACINA:** 5 a 10 mg.
  - **HALOPERIDOL:** 2.5 - 5 mg.

MELATONINA: 2 - 5 mg si existe sospecha de alteración del ritmo circadiano. Presenta menos riesgo de efectos secundarios.

BENZODIAZEPINAS: intentar evitar Alprazolam y Lorazepam como primera opción (por riesgo de caídas, confusión y delirium).

DOLOR: pensar en el **DOLOR NOCTURNO** como causa y ajustar la analgesia.

FASE FINAL: necesidad de **SEDACIÓN PALIATIVA** por situación de últimos días e insomnio como síntoma refractario.

5. PERLAS CLÍNICAS Y ERRORES COMUNES

PERLAS CLÍNICAS

Evitar **esteroides y diuréticos** por la tarde para que no interfieran en el sueño.

Tener en cuenta la **MELATONINA** en estos pacientes. Su perfil bajo de efectos secundarios permite evitar el uso de benzodiazepinas.

ERRORES COMUNES

No tener en cuenta el **DOLOR** como causa de insomnio en pacientes paliativos.

No tratar el **DELIRIUM** por confundir el insomnio con agitación nocturna.

Usar fármacos sedantes como **TRAZODONA** y **MIRTAZAPINA** a dosis muy bajas. A esas dosis no serán efectivos.

RECUERDA: Un abordaje integral y personalizado del insomnio mejora la calidad de vida del paciente y de su familia en cuidados paliativos.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Bruera E. Insomnia in palliative care [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2024 [citado 13 de noviembre de 2024]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/insomnia-in-palliative-care
2. Sateia MJ. Evaluation and diagnosis of insomnia in adults [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2024 [citado 13 de noviembre de 2024]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/evaluation-and-diagnosis-of-insomnia-in-adults
3. Riemann D, Baglioni C, Bassetti C, Bjorvatn B, Dolenc Groselj L, Ellis JG, et al. European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. J Sleep Res. 2017;26(6):675-700.
4. Asociación de Pacientes con Cáncer y Cuidados Paliativos (ASCP), European Association for Palliative Care (EAPC). Guía de Cuidados Paliativos en Atención Primaria: Documento de consenso. Madrid: EAPC/ASCP; 2020.MDPI
5. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Care of dying adults in the last days of life [Internet]. London: NICE; 2019 [citado 3 de febrero de 2026]. (NICE Guideline, No. 31). Disponible en: https://www.nice.org.uk/guidelines/ng31
6. Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Guía de Práctica Clínica sobre el Control de Síntomas en Cuidados Paliativos: Insomnio y Sedación. Madrid: SECPAL; 2021.Cambridge University Press & Assessment
7. Hui D, Bruera E. The Management of Dyspnea in Advanced Cancer. J Clin Oncol. 2017;35(34):3894-903.
8. Cherny N, Fallon M, Kaasa S, Portenoy RK, Currow DC, editors. Oxford Textbook of Palliative Medicine. 6th ed. Oxford: Oxford University Press; 2019.PMC - NIH
9. Papadopoulos KI, et al. Sleep disturbances in palliative care: a narrative review of clinical management. Ann Palliat Med. 2022;11(7):2419-28.

NAUSEAS Y VÓMITOS

GUÍA DE MANEJO DE NÁUSEAS Y VÓMITOS

EN PACIENTE PALIATIVO

1 EVALUACIÓN INICIAL

HISTORIA CLÍNICA

- Comienzo.
- Relación con la comida o fármacos.
- Otros síntomas asociados: alteración de electrolitos, función renal y hepática alterada, etc.

EXPLORACIÓN FÍSICA (DESCARTAR)

- Fecaloma
- Ascitis
- Distensión

2 RECOMENDACIONES GENERALES (MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS)

- Dieta absoluta en el episodio.
- Comenzar ingesta con pequeñas cantidades, texturas homogéneas.
- Evitar olores intensos.
- Evitar beber durante la comida.
- Tras la ingesta, permanecer sentado.
- Retirar medicamentos causales.
- No beber ni comer antes de la QT o RT.
- Relajación e intervención psicológica.
- Acupresión del punto P6 de la muñeca.
- Infusión de jengibre.

3 ETIOLOGÍA Y TRATAMIENTO ESPECÍFICO

A. ORIGEN CENTRAL

(cerebro y quimiorreceptores)

CAUSAS: Uremia, Hipercalcemia, Hipertensión Intracraneal (HTIC), Fármacos (opioides y quimioterapia).

CLÍNICA: Náuseas sin relación con la ingesta. Vómitos en proyectil.

TRATAMIENTO

- **Haloperidol:** 1 - 2 mg/24h (Vía Oral o Subcutánea).
- **Levomepromazina:** 6.25 - 12.5 mg/día (Vía Oral o Subcutánea), indicado si hay agitación o insomnio asociado.
- **Dexametasona:** 4 - 8 mg/24h.

B. ORIGEN PERIFÉRICO

(estómago e intestino)

CAUSAS: Gastroparesia, Gastritis, Estreñimiento.

CLÍNICA: Náuseas relacionadas con la ingesta y distensión postprandial.

TRATAMIENTO

- **Metoclopramida:** 10 mg/8h (Vía Oral o Subcutánea).

Nota: Si hay insuficiencia hepática, usar dosis al 50% u Ondansetrón 8 mg/12h.

- **Butilbromuro de hioscina:** 20 mg/4-6 h (Subcutánea), indicado si hay espasmos.

4 SITUACIONES COMPLEJAS

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

CLÍNICA: Dolor cólico, distensión, vómitos fecaloideos.

- **Metoclopramida:** 10 mg/8h SC. **Suspender si fracasa o si es una Obstrucción Completa.**

INFUSIÓN CONTINUA CON BOMBA

- **Haloperidol:** 1 - 2 mg/24h SC.
- **Butilbromuro de hioscina:** 20 - 60 mg/24h SC.
- **Dexametasona:** 4 - 8 mg/24h SC.
- **Octreótido:** 50 - 100 mcg/8-12h SC.

5 REFRACTARIEDAD

Pregunta clave: ¿Se ha identificado correctamente la causa?

TRATAMIENTO (COMBINAR FÁRMACOS)

- **Haloperidol + Metoclopramida:** (Solo si no hay obstrucción completa).
- **Dexametasona:** 4 - 8 mg/24h, si queremos potenciar el efecto.
- **Olanzapina:** 2.5 - 5 mg/24h como rescate.
- **Aprepitant:** 125 mg/24h el 1º día y 80 mg el 2º y 3º día. Indicado en náuseas centrales o refractarias y previo a la quimioterapia (QM).
- **Palonosetrón:** Dosis única de 250 mcg en 30 min por vía IV antes de la quimioterapia. No repetir en 7 días. **(Ondansetrón como alternativa).**

6 PERLAS CLÍNICAS

- El mejor antiemético es el que se ajusta a la causa, no hay un antiemético para todo.
- La **Vía Subcutánea (SC)** es el estándar de oro en paliativos cuando pierde la vía oral.
- **Aprepitant** es ideal en la prevención de náuseas en pacientes con opioides que van a escalar o iniciar tratamiento y tienen antecedentes de este síntoma.

7 ERRORES COMUNES

- **Usar Metoclopramida en obstrucción completa:** Empeora el dolor y el vómito.
- **Olvidar el estreñimiento:** Es una causa frecuente y fácilmente reversible.
- **Mantener la vía oral (VO) en pacientes con vómitos persistentes:** Se debe emplear la vía SC.
- **Uso preventivo inapropiado:** Usar antieméticos de forma **preventiva** en personas que inician tratamiento con **opioides** por primera vez.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Häuble H, et al. Nausea and Vomiting in Palliative Care: A Systematic Review. Palliat Med. 2022;36(8):1184-98. Jeffrey E. Janis+ 1
2. Davis MP, Walsh D. Nausea and Vomiting in the Cancer Patient. J Clin Oncol. 2021;39(28):3123-35. Helsedirektoratet+ 1
3. López-Lara MA, et al. Manejo de síntomas en cuidados paliativos. Rev Clin Esp. 2020;220(6):367-75.
4. National Comprehensive Cancer Network (NCCN). Clinical Practice Guidelines in Oncology: Palliative Care (Version 1.2023). Plymouth Meeting (PA): NCCN; 2023.
5. Rogal SS, Hansen L, Patel A, et al. AASLD Practice Guidance: Palliative Care and Symptom-Based Management in Decompensated Cirrhosis. Hepatology. 2022;76(3):819-53. doi: 10.1002/hep.32378.
6. Blinderman CD, Billings JA. Comfort Care for Patients Dying in the Hospital. N Engl J Med. 2015;373(26):2549-61. doi: 10.1056/NEJMra1411746.
7. To TH, Agar M, Yates P, Currow DC. Prescribing for Nausea in Palliative Care: A Cross-Sectional National Survey of Australian Palliative Medicine Doctors. J Palliat Med. 2014;17(9):1032-6. doi: 10.1089/jpm.2013.0610.
8. Davis MP, Hallerberg G. A Systematic Review of the Treatment of Nausea and/or Vomiting in Cancer Unrelated to Chemotherapy or Radiation. J Pain Symptom Manage. 2010;39(4):756-67. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2009.08.010.

PRURITO



MANEJO DEL PRURITO EN CUIDADOS PALIATIVOS



GUÍA CLÍNICA PARA ATENCIÓN PRIMARIA (AP)

1 EVALUACIÓN Y ENFOQUE INICIAL

El prurito es multifactorial, siempre valorar la causa.

Valorar intensidad y extensión

LOCALIZADO
Usar mentol o lidocaína

SISTÉMICO
Valorar etiología y tratamiento específico

2 MEDIDAS GENERALES Y CUIDADOS DE LA PIEL

QUÉ HACER

- Hidratar la piel.
- Duchas cortas de agua templada.
- Usar cremas hidratantes o emolientes.
- Aplicar paños, gasas húmedas.
- Usar ropa ancha y de algodón.

QUÉ EVITAR

- Ambientes secos.
- Temperaturas altas.
- Comidas picantes.
- Sustancias abrasivas.
- Alcoholes desinfectantes.
- Rascado.
- Detergentes alcalinos.

3 ETIOLOGÍA Y TRATAMIENTO ESPECÍFICO SISTÉMICO

A INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA (UREMIA)

- Optimizar diálisis si es posible.
- **Gabapentina** 100 - 300 mg o **Pregabalina** 25 - 75 mg.
- **ISRS:** Sertralina 50 - 100 mg o **Paroxetina** 10 - 20 mg.
- **Mirtazapina** 7.5 - 15 mg.
- **Ondansetrón** 8 mg.
- **Aprepitant** 80 mg.
- **Naltrexona** 50 - 100 mg.

B ENFERMEDAD HEPATO-BILIAR (COLESTASIS)

- Stent biliar si cumple criterios.
- Rifampicina 75 - 300 mg.
- ISRS o Mirtazapina.
- Colestiramina 4 - 12 g.
- Danazol 200 - 600 mg.
- Naltrexona 12.5 mg / 12 h hasta 50 mg / sem.

C FÁRMACOS (INMUNOTERAPIA, OPIOIDES, AINEs...)

- Ondansetrón.
- Antihistamínicos.
- Rotación del opioide.

D SEQUEDAD DE LA PIEL

- Emolientes tópicos de pH bajo y alto componente graso.
- Cremas de urea.

E TUMORES SÓLIDOS

- Paroxetina o Sertralina.
- Asociar Mirtazapina.
- Gabapentina o Pregabalina.
- Fototerapia.

F ENFERMEDADES HEMATOLÓGICAS

- **Linfoma:** Prednisona 30 - 40 mg / día.
- **Policitemia vera:** Paroxetina o aspirina.
- **Naltrexona.**
- Aprepitant.
- Fototerapia.

4 PERLAS CLÍNICAS (TIPS PARA EL MALETÍN)

LA REGLA DEL OPIOIDE:
Si el prurito aparece tras iniciar morfina o fentanilo, antes de suspender el fármaco, prueba a realizar una rotación de opioide (p. ej., a oxicodona o hidromorfona) o añade un antihistamínico.

EFECTO FRÍO:
Recomienda que guarden la crema hidratante en la nevera. El estímulo térmico frío bloquea momentáneamente las vías del dolor y el picor en los receptores cutáneos.

PRURITO URÉMICO:
La Gabapentina a dosis bajísimas (incluso 100 mg tras diálisis o 3 veces por semana) suele ser "mano de santo".

CORTE DE UÑAS:
Parece obvio, pero mantener las uñas cortas y limpias evita las lesiones de rascado y la sobreinfección (impétigo), que genera más picor en un círculo vicioso.

ERRORES FRECUENTES EN EL MANEJO

1. **Abusar de Antihistamínicos de 2ª Generación:** Los fármacos como la cetirizina o loratadina suelen ser ineficaces en el prurito paliativo (especialmente en el urémico o biliar), ya que estos no dependen de la histamina.
2. **Uso crónico de corticoides tópicos:** No son útiles si no hay una dermatitis inflamatoria de base. Pueden atrofiar la piel y aumentar el riesgo de infecciones.
3. **No ajustar dosis de Gabapentinoides:** En pacientes paliativos (a menudo con insuficiencia renal), dosis estándar de gabapentina pueden causar una sedación excesiva o mioclonías.
4. **Ignorar el componente emocional:** El "picor" a menudo aumenta con la ansiedad. No tratar la angustia espiritual o emocional del paciente terminal hace que el prurito sea inmanejable.

MENSAJE CLAVE
El manejo del prurito en cuidados paliativos requiere un enfoque integral: identificar la causa, medidas generales, tratamiento específico y atención al bienestar físico y emocional del paciente.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Benítez-Rosario MA, Alonso Barbarro A, González Guillermo T. Protocolos de tratamiento en Cuidados Paliativos [Internet]. Barcelona: Medical Dosplus; 2023 [citado 6 de agosto de 2025]. Disponible en: https://www.secpal.org/wp-content/uploads/2024/05/protocolos-de-treatment-en-cuidados-paliativos-2023.pdf
2. Delgado Alonso L, González Bolaños I, Roselló Forteza MC. Prurito resistente en paciente en situación paliativa terminal [Internet]. Barcelona: semFYC; 2018 [citado 8 de septiembre de 2025]. Disponible en: https://e-documentossemfyc.es/urgepaliar/prurito-resistente-en-paciente-en-situacion-paliativa-terminal-resolucion/
3. Alonso Ruiz MT, Ayuso Carmona AM, Blanco Guerrero M, et al. I Manual de Cuidados Paliativos de Extremadura [Internet]. Mérida: Junta de Extremadura; 2019 [citado 5 de septiembre de 2025]. Disponible en: https://saludextremadura.ses.es/filescms/paliex/uploaded_files/CustomContentResources/MANUAL%20CUIDADOS%20PALIATIVOS%202020%20-%20version%20digital.pdf
4. Pascual Sala C, Crehuet Almirall M, Latre López A, et al. Prurito [Internet]. Gerona: Equipo de Soporte a la Cronicidad Compleja y Atención Paliativa Pediátrica de Gerona; 2024 [citado 25 de agosto de 2025]. Disponible en: https://pedpal.es/wp-content/uploads/2024/12/prurito.pdf
5. Álvaro Pardo M, Bavestrello Aljaro P, Bleda Pérez M, et al.; Instituto Catalán de Oncología. Control de síntomas en pacientes con cáncer. 4ª ed. Madrid: Arán Ediciones; 2019.

SEDACIÓN

SEDACIÓN PALIATIVA

Guía práctica para Atención Primaria

1 EVALUACIÓN INICIAL E INDICACIÓN

Paciente con enfermedad avanzada en últimos días-semanas.

¿Existen otras opciones terapéuticas para aliviar el síntoma?

- **SÍ** — Optimizar tratamiento
- **NO** — Síntoma **REFRACTARIO**

Síntoma refractario: no responde con los tratamientos disponibles en un plazo de tiempo razonable.

2 DEFINICIÓN Y DIFERENCIACIÓN

SEDACIÓN PALIATIVA: disminución deliberada del nivel de conciencia con la dosis mínima necesaria para evitar que el paciente perciba el síntoma refractario.

≠

≠ EUTANASIA

La eutanasia busca poner fin a la vida.
La sedación busca el alivio del síntoma.

3 CONSENTIMIENTO INFORMADO VERBAL

- Consensuado con la familia.
- Previo a la pérdida de capacidad del paciente.
- Comunicar al resto del equipo.
- Registro detallado en Historia Clínica (HªCª) y planificación.

SEGÚN COMPETENCIA DEL PACIENTE

- **COMPETENTE:** Explícito, Implícito o Delegado
- **NO COMPETENTE:** Familia

4 TIPOS Y PREPARACIÓN

TIPOS DE SEDACIÓN

- Primaria vs Secundaria
- Intermitente vs Continua
- Superficial vs Profunda

PASO PREVIO:
DEPRESCRIPCIÓN acorde a la situación, manteniendo **OPIOIDES** y **ANTICOLINÉRGICOS**

5 FÁRMACOS Y PAUTAS DE DOSIFICACIÓN

A. MIDAZOLAM (Primera elección)

VM 4–6 h | Dosis máx: 200 mg/24h | Ampollas: 15 mg/3 ml

VÍA SUBCUTÁNEA

- **Inducción (bolus):**
  - NO BZD previa: 2.5–5 mg/4h
  - SÍ BZD previa: 5–10 mg/4h
- Repetir cada 15–20 min hasta sedación adecuada
- **Dosis diaria (infusor):** SUMA empleadas en inducción durante 24 h incluidos rescates x 6
- **Rescate:** igual a la dosis de inducción

VÍA INTRAVENOSA

- **Inducción (bolus):** 1.5–3 mg en bolo lento
- Repetir cada 5 min hasta sedación adecuada
- **Dosis diaria (infusor):** SUMA empleadas en inducción durante 24 h x 6
- **Rescate:** 1/6 de la dosis diaria

B. TRANSICIÓN A LEVOMEPROMACINA

Indicada si Midazolam es inefectivo o el síntoma refractario es **DELIRIUM.**

Transición: reducir Midazolam al 50% y continuar reduciendo en días posteriores.

VM 15–30 h | Dosis máx: 300 mg/día | Ampollas: 25 mg/ml

VÍA SUBCUTÁNEA

- **Inducción** (bolus):
  - NO neurolépticos previos: 12.5 mg/6–8h
  - SÍ neurolépticos previos: 25 mg/6–8h
- **Dosis diaria (infusor):** SUMA empleadas en inducción x 3–4 durante 24 h
- **Rescate:** igual a la dosis de inducción

VÍA INTRAVENOSA

50%

de las dosis indicadas en la vía subcutánea

6 REEVALUACIÓN (VISITA DIARIA)

NIVEL DE SEDACIÓN (ESCALA RAMSAY)
Si NO es adecuado: subir dosis un 50% o sumar los rescates que haya precisado.

CONSTANTES VITALES
Individualizar según cada situación.

FAMILIA
Evaluar **SIEMPRE** el estado emocional de la familia.

EQUIPO
Asegurar:
DISPONIBILIDAD
COMPRENSIÓN
PRIVACIDAD

PERLAS CLÍNICAS

- Usar la **Escala de Ramsay.** El objetivo no es el coma, sino el alivio del síntoma refractario (Ramsay 3 o 4 puede ser suficiente).
- La sedación **genera angustia** en la familia. Explicar que el paciente no sufre porque están controlados los síntomas refractarios y que el cese de ingesta es parte del proceso natural.
- Mantener la boca hidratada y cuidados posturales adaptados a la situación (evitar estertores y úlceras por presión).

8 ERRORES COMUNES

- **Confundir sedación con eutanasia:** la intención es el alivio, la dosis se ajusta al síntoma, no para buscar el fallecimiento.
- **Sedación "morfínica":** usar opioides para sedar es un error técnico. La morfina trata el dolor; Midazolam o Levomepromazina son los fármacos de elección.
- **Retirar medicación de analgesia que llevaba el paciente:** si el paciente tomaba analgesia, debemos mantenerla.

9 CRITERIOS DE DERIVACIÓN A C. PALIATIVOS ESPECIALIZADOS

- Síntomas que no se controlan con dosis elevadas de Midazolam y Levomepromazina.
- Sufrimiento existencial refractario (requiere abordaje psicológico/espiritual intenso).
- Entorno familiar claudicado o alta complejidad social.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Ostgathe C, Bausewein C, Schildmann E, Bazata J, Handtke V, Heckel M, et al. Expert-approved best practice recommendations on the use of sedative drugs and intentional sedation in specialist palliative care (SedPall). BMC Palliat Care. 2023;22(1):126. doi: 10.1186/s12904-023-01243-z. PMID: 37667303.
2. Surges SM, Brunsch H, Jaspers B, Apostolidis K, Cardone A, Centeno C, et al. Revised European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework on palliative sedation: An international Delphi study. Palliat Med. 2024;38(2):213-28. doi: 10.1177/02692163231220225. PMID: 38297460.
3. Cherny NI, Radbruch L; Board of the European Association for Palliative Care. European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care. Palliat Med. 2009;23(7):581-93. doi: 10.1177/0269216309107024. PMID: 19858355.
4. Arantzamendi M, Belar A, Payne S, Rijpstra M, Preston N, Menten J, et al. Clinical Aspects of Palliative Sedation in Prospective Studies. A Systematic Review. J Pain Symptom Manage. 2021;61(4):831-44. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2020.09.022. PMID: 32961218.
5. Organización Médica Colegial (OMC), Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Guía de Sedación Paliativa 2021 [Internet]. Madrid: CGCOM; 2021 [citado 26 de enero de 2026]. Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/main/files/minisite/static/5e3268a8-24ed-4462-949b-8004fa3a9e1f/guia_sedaccion_paliativa/
6. Cherny N. Palliative Sedation [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2026 [citado 26 de enero de 2026]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/palliative-sedation

TOS

GUÍA DE MANEJO DE LA TOS
EN CUIDADOS PALIATIVOS

OBJETIVO GENERAL: aliviar el síntoma y mejorar la calidad de vida del paciente.

1 TRATAMIENTO ETIOLÓGICO

Siempre que sea posible, abordar la causa subyacente.

- **Infecciosa** (esputos o fiebre) → **Antibióticos**
- **Mecánicas** (derrame pleural, ascitis) → **Paracentesis o Toracocentesis**
- **Fármacos** (IECAS) → **Suspender**
- **Comorbilidades** (Insuficiencia cardiaca) → **Diuréticos**
- **RGE** (Reflujo Gastroesofágico) → **IBP y Procinéticos**
- **Disfagia – aspiración** → **Espesantes**

2 TOS PRODUCTIVA

Objetivo: Facilitar la salida o secar las secreciones.

- **Fisio respiratoria:** Drenaje postural o tos asistida.
- **Hidratación:** Suero fisiológico 0,9 %.
- **Fármacos:**
  - **Mucolíticos orales:** solo si hay fuerza para expectorar.
  - Si hay **debilidad:** **Butilescopolamina** 20 mg / 6–8 h VSC.

3 TOS NO PRODUCTIVA

Objetivo: Interrumpir el arco reflejo tusígeno.

- **Ambiente:** Humidificar fría / ventilación.
- **Higiene:** Evitar irritantes y cambios bruscos de temperatura.

FÁRMACOS – ESCALERA TERAPÉUTICA

1º escalón	**Dextrometorfano** 30 mg / 6 h o **Codeína** 15–30 mg / 4–6 h.
2º escalón	**Morfina** 2,5 – 5 mg / 4 h. Si ya tomaba opioides, aumentar dosis un 25 %.
3º escalón	**Dexametasona** 4–8 mg / 24 h. Indicado si hay compresión tumoral o broncoespasmo.

4 ALGORITMO DE ESCALADA TERAPÉUTICA Y ADYUVANCIA

- **Evaluación de impacto:** ¿Interfiere el sueño, provoca dolor o vómitos?
- **Inicio de tratamiento:** Codeína oral y si hay mal control rotar a Morfina oral.

Adyuvancia según Fenotipo:

- **Componente inflamatorio** (tumor o linfangitis): **Dexametasona** oral.
- **Componente broncoespástico:** Salbutamol / Ipratropio inhalado.
- **Componente sensorial** (irritación laríngea): Lidocaína 2% nebulizado.

5 CUADRO DE ADVERTENCIA (SITUACIONES ESPECIALES)

- **Hemoptisis franca:** Valorar radioterapia paliativa o ácido tranexámico.
- **Disfagia asociada:** Existe riesgo de broncoaspiración. Evitar espesantes en fases avanzadas y priorizar VSC.
- **Estridor laríngeo:** Considerado Urgencia paliativa. Administrar **Dexametasona** 16 mg IV/SC.

6 CRISIS DE TOS EN AGONÍA (SUD)

MEDIDAS DE CHOQUE

- **Morfina** SC 5 mg + **Midazolam** SC 5 mg.
- **Levopromazina** 6,25 – 12,5 mg SC en casos refractarios.

MANTENIMIENTO

Ante crisis recurrentes, iniciar infusor SC con:

- **Morfina** 10–20 mg / 24 h (o la dosis que llevaba de base) +
- **Midazolam** 10–15 mg / 24 h (o 30 mg / 24 h si precisamos sedación) +
- **Butilescopolamina** 60 mg / 24 h.

7 PERLAS CLÍNICAS

- "**La tos en paliativos** es un **síntoma social**, ya que impide la comunicación del paciente con el entorno.
- **Lidocaína nebulizada** puede suprimir el reflejo nauseoso. Post-nebulización habrá que hacer ayuno de 60 minutos.

8 ERRORES COMUNES

- Usar mucolíticos en pacientes en situación de últimos días o agonía. Podemos empeorar su disnea por acúmulo de secreciones que no puede eliminar.
- Olvidar el componente de ansiedad. Usar Midazolam junto a los opioides en fases finales para corregir la ansiedad asociada.
- Utilizar la codeína como antitusígeno en pacientes que están con tratamiento de base con opioides del tercer escalón.

VSC: Vía Subcutánea | SC: Subcutánea | IV: Intravenosa

BIBLIOGRAFÍA:

1. Cherny NI, Fallon M, Kaasa S, Portenoy RK, Currow DC, editors. Oxford Textbook of Palliative Medicine. 6th ed. Oxford: Oxford University Press; 2021.
2. Higginson IJ, et al. Management of cough in advanced disease. Lancet Respir Med. 2020;8(12):1180-92.
3. Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Guía de Control de Síntomas. 2ª ed. Madrid: Enfoque Editorial SC; 2023.
4. Wee B, Hillier R. Interventions for symptom control in cancer patients with cough. Cochrane Database Syst Rev. 2018;2018(3):CD010023.
5. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Cough: prescribing strategy [Internet]. London: NICE; 2019 [actualizado 2023; citado 14 de julio de 2026]. (NICE Guideline, No. 120). Disponible en: https://www.nice.org.uk/guidelines/ng120
6. Arrieta J, et al. Uso de la vía subcutánea en cuidados paliativos: Guía de Práctica Clínica. San Sebastián: Servicio Vasco de Salud (Osakidetza); 2023.
7. Mazure M, et al. The management of cough in palliative care. Drugs Context. 2022;11:2021-11-2.
8. Observatorio de Cuidados Paliativos. Protocolo de Sedación Paliativa ante síntomas refractarios. Madrid: Observatorio de Cuidados Paliativos; 2024.
9. PC-FACS. Fast Fact #109: Death Rattle and Oral Secretions [Internet]. Milwaukee (WI): Palliative Care Network of Wisconsin; 2023 [citado 14 de julio de 2026]. Disponible en: https://www.mypcnow.org/
10. Shvartzman P, et al. Cough in the Cancer Patient. J Pain Symptom Manage. 2015;49(2):e5-6.

ANEXOS

PLANIFICACIÓN ANTICIPADA DE LAS DECISIONES

PLANIFICACIÓN ANTICIPADA DE DECISIONES (PAD)

Anticipar para cuidar mejor: decisiones compartidas, respetadas y documentadas

¿A QUIÉN SE DIRIGE?

- **Paciente Crónico Complejo** (PCC): de difícil manejo clínico
- PCC + pronóstico vital limitado: **Modelo de Atención a la Cronicidad Avanzada (MACA)**
- Riesgo de **pérdida de funciones superiores**

¿CUÁNDO REALIZARLA?

- **Reactiva:** necesidad expresada
- **Proactiva:** momento vital adecuado
- **Situaciones "Gatillo":**
  - Muerte / enfermedad en su entorno
  - Descompensación
  - Declive progresivo
  - Previsión de cambio en las expectativas evolutivas o de curación

¿PROFESIONAL CONDUCTOR?

Interdisciplinar:

- Profesionales en Atención Primaria
- Seguimiento especialidades hospitalarias
- Equipo asistencial de residencias

Características:

- Accesibilidad
- Habilidades comunicación
- Conocimientos

¿CUÁNDO NO ESTÁ INDICADA?

- Negación diagnóstica o pronóstica
- Negación familiar o conspiración del silencio
- Angustia EXCEPTO que derive de incertidumbre → La PAD podría estar indicada

CONDUCCIÓN DE LA PAD



ÁREAS A EXPLORAR

1. **CONOCIMIENTO Y PERCEPCIÓN:** qué sabe de la situación
2. **VALORES Y VIVENCIAS PERSONALES:** a qué le da importancia
3. **DECISIONES CONCRETAS:** cómo quiere manejar sus circunstancias

¿EN QUÉ SE DIFERENCIA LA PAD Y EL TESTAMENTO VITAL?

Aspecto	Voluntades anticipadas (testamento vital)	Planificación anticipada de decisiones (PAD)
Regulación	Legal	Protocolo asistencial
Fundamento	Autonomía de la voluntad	
Elemento esencial	Revocabilidad	
Autores	Individuo enfermo o sano, con asesoramiento o no	Persona o familia junto a profesionales sanitarios
Negocio jurídico	• Unilateral: declaración de voluntad • Mayor de 18 años	• Bilateral: fruto del consenso • Jóvenes maduros mayores de 12 años + representante legal
Destinatarios	Indeterminados	Determinados
Eficacia	Futura: circunstancia prevista	Presente: enfermedad en curso
Contenido	• Instrucciones • Nombramiento representante	• Planificación de la atención • Nombramiento representante
Requisitos formales	• Documento notarial • Documento privado con tres testigos • Funcionario registro	Constancia escrita
Lugar de depósito	• Historia clínica • Registro administrativo	Historia clínica

PERLAS CLAVE

- Hablar a tiempo mejora las decisiones y el cuidado.
- Proceso continuo: revisar y adaptar.
- Escuchar, empatizar y documentar.

ERRORES FRECUENTES

- Retrasar la conversación.
- Usar lenguaje técnico o poco claro.
- No documentar lo acordado.
- No involucrar a la familia/cuidador.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Ancizu I, Benet C, Busquets JM. Guia per a l'aplicació pràctica de la planificació de decisions anticipades. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Universitat de Vic; 2016.
2. Blanco Piñero N, Estrella García Á, Fernández López A. Planificación anticipada de las decisiones: guía de apoyo para profesionales. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Salud y Bienestar Social; 2013.
3. Cegri Lombardo F. Planificación de decisiones anticipadas. En: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Guía de atención domiciliaria. Barcelona: semFYC; 2019. p. 186-95.

COMUNICACIÓN

COMUNICACIÓN EFECTIVA AL FINAL DE LA VIDA

Facilitar la comprensión y la conexión en contextos de cuidados paliativos

AUTORREGULACIÓN

COMUNICACIÓN PROACTIVA

APOYO EMOCIONAL

TOMA DE DECISIONES COMPARTIDAS

EL DÍA DEL ENCUENTRO

PREPARAR EL PROCESO DE COMUNICACIÓN

- Elegir un entorno privado y tranquilo.
- Conversación cara a cara, evitar llamadas telefónicas.
- Evitar distracciones (ordenador, interrupciones...).
- Presencia de familiares (con consentimiento del paciente).
- Tiempo suficiente.

- **Acoger:** saludar, presentarse, mantener contacto visual, llamarle por su nombre y recibirle con amabilidad.
- **Percibir:** calibrar el estado de ánimo, escuchar lo que dice y cómo lo dice. Averiguar cuánto sabe sobre su enfermedad y cómo le afectará.

VALIDAR

Escucha activa, empatizar y nunca juzgar.

ETAPA FINAL

- Antes de hablar de los siguientes pasos, comprobar que el paciente ha entendido la situación.
- Ofrecer una nueva reunión (puede que se encuentre abrumado).
- Resumir todo lo hablado y planificar siguientes pasos.

DETECTAR LA INFORMACIÓN QUE EL PACIENTE DESEA RECIBIR

- Se trata de informar con honestidad, claridad y sencillez al ritmo del paciente.
- El paciente tiene derecho a saber, y a no saber si no quiere.

EJEMPLOS:

"¿Cuánto quieres saber?"
"¿Deseas tener más detalles sobre el diagnóstico?"
"¿Qué es lo que más te preocupa?"
"¿Prefieres que nos centremos en cómo te podemos ayudar?"

¿CÓMO TRANSMITIR LA INFORMACIÓN?

- Lenguaje sencillo, evitar jerga médica. Tener en cuenta el nivel de educación del paciente, su entorno social y su estado emocional.
- No dar información de golpe.
- Evitar los absolutos, frases como *"no hay nada más que podamos hacer..."*.
- Hablar de lo que sí podemos hacer, siempre podemos aliviar.
- Paciencia y tranquilidad, puede que el paciente tenga muchas preguntas, ir respondiendo sin prisa y asegurándose de que nos entiende.

NO OLVIDAR LAS EMOCIONES DEL PACIENTE

- Explorar e identificar la causa de la emoción preguntándole directamente.
- Permitir el silencio y no tratar de rellenarlo con tópicos.
- Adecuado lenguaje corporal (no cruzar brazos ni piernas, mantener contacto ocular).

EJEMPLOS:

"Estoy escuchándole, y me da la impresión que algo le preocupa"

"... Silencio como acompañamiento empático."

PERLAS Y ERRORES COMUNES

✓ Crear un espacio seguro y sin prisas.	✗ Dar información sin preguntar cuánto quiere saber.
✓ Validar emociones y escuchar activamente.	✗ Usar tecnicismos o ser demasiado directo sin preparación.
✓ Adaptar el lenguaje al paciente.	✗ Interrumpir o no dejar expresar emociones.
✓ Respetar los silencios.	✗ Minimizar o negar las emociones del paciente.
✓ Resumir y consensuar siguientes pasos.	✗ No confirmar si ha entendido la información.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Denizon Arranz S, Arranz Carrillo de Albornoz P, Coca Pereira C, Pérez Viejo JM, Costa Cabanillas M, Cervera Barba E, et al. Comunicación consciente para acompañar de forma eficaz: protocolo de 5 pasos. Psicooncologia. 2020;17(1):165-77. doi: 10.5209/psic.68248.
2. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES—A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. Oncologist. 2000;5(4):302-11. doi: 10.1634/theoncologist.5-4-302.
3. Benítez del Rosario MA, Asensio Fraile A. La comunicación con el paciente con enfermedad en fase terminal. Aten Primaria. 2002;30(7):463-6. doi: 10.1016/s0212-6567(02)79073-2.

MODELOS RELEVANTES EN LA COMUNICACIÓN EN FASE TERMINAL

• Protocolo SPIKES, cuyo objetivo principal es mejorar la comunicación en la fase terminal (Astudillo y Mendinueta).
• Protocolo de seis etapas de Buckman y la comunicación consciente para acompañar de forma eficaz según el modelo de Arranz.

Destacan la necesidad de emplear estrategias que aporten claridad y apoyo emocional durante esta etapa, facilitando la comprensión y el acompañamiento tanto para el paciente como para su entorno familiar

SITUACIÓN DE ÚLTIMOS DÍAS

SITUACIÓN DE ÚLTIMOS DÍAS (SUD)

1/2

EN LA FASE FINAL DE LA VIDA

FASE FINAL DE LA VIDA

SUD (Situación de últimos días)

RECONOCER LA SITUACIÓN

Diagnóstico

- **COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN** — Paciente y familia
- **TOMA DE DECISIONES COMPARTIDAS. PLAN DE CUIDADOS** — Objetivos
- **MANEJO DE LOS SÍNTOMAS** — Paliar
  - **SÍNTOMAS REFRACTARIOS** — No se controlan → **SEDACIÓN**: Disminuir la conciencia para tratar el síntoma
  - **BUEN CONTROL DE SÍNTOMAS** — Paciente controlado

¿QUÉ ES SUD?

Se define a la situación de últimos días (SUD) como la situación que precede a la muerte cuando esta se produce de forma gradual, y en la que existe un deterioro físico intenso, debilidad extrema, alta frecuencia de trastornos cognitivos y de la conciencia, dificultad de relación e ingesta y pronóstico de vida limitado a horas o días.

¿QUÉ APORTA EL DIAGNÓSTICO DE SUD?

- ✓ Toma de decisiones compartida: paciente y familia.
- ✓ Plan terapéutico adecuado evitando intervenciones innecesarias.
- ✓ Mejorar el duelo posterior de los familiares.
- ✓ Mejorar la calidad de vida del paciente, satisfaciendo las necesidades emocionales, espirituales y físicas.

¿CÓMO DIAGNOSTICAR SUD?

«¿Me sorprendería si este paciente muriera en los próximos... (periodo de tiempo específico)?»

- ✓ Impresión clínica:
  - Situación funcional y velocidad de declive.
  - Impresión del equipo sanitario que atiende y de los familiares.
  - Evaluar situación pronóstica según la historia clínica.
- ✓ Herramientas pronósticas: PPS.

SIGNOS Y SÍNTOMAS

- 40-80 % signos vitales normales en SUD.
- Cardiovasculares: hipotensión, taquicardia, taquipnea, oliguria (<100 ml/12 h), cianosis periférica.
- Respiratorios: apneas, estertores, resp. de Cheyne-Stokes.
- Neurológicos: disminución consciencia, delirium.
- Psicosociales: aislamiento, bajo estado de ánimo.
- Temporalmente
  - Precoces: PPS < 20 %, disminución del nivel de conciencia y disfagia a líquidos.
  - Tardíos: pupilas no reactivas, ausencia de pulso radial, oliguria, respiración Cheyne-Stokes, estertores, disminución de la respuesta a estímulos verbales y visuales, apneas y cianosis periférica.

COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN

- ✓ Comunicación compasiva. Evitar decir que no se puede or paciente.
- ✓ Interlocutores válidos.
- ✓ Participación activa.
- ✓ Seguimiento diario.

TOMA DE DECISIONES COMPARTIDA. PLAN DE CUIDADOS

- ✓ Capacidad mental.
- ✓ Nivel participación deseado.
- ✓ Plan individual de cuidados.
- ✓ PAD (planificación anticipada de las decisiones).
- ✓ Ayudar a cumplir asuntos pendientes.

VALORACIÓN DEL DECLIVE DE LA SITUACIÓN FUNCIONAL → SEGÚN PPS

PPS (%)	Deambulación	EE: Evidencia de enfermedad	Autocuidados	Ingesta	Conciencia
100	Libre	Normal. Sin EE	Completos	Normal	Alerta
90	Libre	Normal. Alguna EE	Completos	Normal	Alerta
80	Libre	Con esfuerzo. Alguna EE	Completos	Normal o reducida	Alerta
70	Reducida	Alguna EE	Completos	Normal o reducida	Alerta
60	Reducida	Imposible trabajo doméstico. E manifiesta	Ayuda ocasional	Normal o reducida	Alerta o confusión
50	Principalmente sentado o estirado	Imposible cualquier trabajo. E. extensa	Ayuda considerable	Normal o reducida	Alerta o confusión
40	Principalmente encamado	Igual	Básicamente asistido	Normal o reducida	Alerta o somnolencia o confusión
30	Totalmente encamado	Igual	Completamente e dependiente	Reducida	Igual
20	Totalmente encamado	Igual	Completamente e dependiente	Pequeños sorbos	Igual
10	Totalmente encamado	Igual	Completamente e dependiente	Cuidados boca	Somnolencia o confusión
0	Fallecido				

MANEJO DE SÍNTOMAS EN LA SITUACIÓN DE ÚLTIMOS DÍAS

2/2

SÍNTOMA	MEDIDAS GENERALES	TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO (VÍA SC SALVO INDICACIÓN)
Adecuación terapéutica (vía sc de elección)	• Cuidados de la boca, piel y posturales. • Hidratación: de mucosa oral con agua de manzanilla y limón. No sueroterapia salvo delirium por NIO o mioclonias. Máximo 1 litro/24 h sc. • Nutrición: enteral y parenteral no indicadas. De complacencia si el paciente está consciente. Importante impacto emocional.	
Dolor	• Retiramos el 1º, 2º escalón y Coanalgésicos. • Evitar rotar el opioide.	• No opioide previo: MORFINA, Bolus 2.5–5 mg/4 h a demanda o pauta fija. Si infusión continua 15–30 mg/24 h • Si opioide previo: Incremento de dosis basal 33 % o sumatorio de los rescates. Nunca interrumpir, si precisa cambiar vía de administración. Rescates: 1/6 dosis basal diaria
Disnea	• No farmacológico: oxigenoterapia, corriente de aire en la cara, humidificar ambiente.	• Farmacológico: Morfina (*dosis dolor*) + benzodiacepina (ansiedad asociada). Si refractaria → midazolam 2.5–5 mg/4 h.
Delirium	• Descartar: RAO, Fecaloma y mal control del dolor. • Intentar evitar restricción física y estimulación sensorial e informar a la familia.	• De elección: Haloperidol 2.5–5 mg/8 h SC • **Alternativa:** Levomepromazina 12.5–25 mg/8 h SC
Estertores	• No aspirar. Medidas posturales en decúbito lateral. • Explicar a la familia.	• De elección: Buscapina 20 mg/4–6 h sc. • **Alternativa:** Escopolamina 0.5–1 mg/4–6 h sc.
Hemorragia	• Decúbito lateral del lado sangrante.	• Leve o moderada: - Sangrado cutáneo: apósitos hemostáticos o cauterizar el punto sangrante con nitrato de plata. - Hematuria con coágulos: valorar sondaje vesical. - Hemoptisis, hematemesis o rectorragia: Ac. Tranexámico 500 mg dos dosis de comienzo y luego 1/8 h. • Masiva: -Sedación con Midazolam 10–15 mg cada 10 min hasta conseguir el objetivo. Paños oscuros para la sangre.
Fiebre	• Medidas físicas.	• Ketorolaco 30 mg/6–8 h sc. Paracetamol rectal 650 mg si no disponemos de vía sc. Diclofenaco 75 mg/12 h como alternativa puntual (riesgo de necrosis en uso crónico). Desketoprofeno 50 mg ½ amp sc/12 h.
Convulsiones	• Prevenir si tumor o metástasis cerebrales.	• De elección: Midazolam 2.5–5 mg/4 h sc o en infusión continua. • **Alternativa:** Diazepam 5–10 mg/12–24 h, si no disponemos de vía sc.

PERLAS CLAVE

- ✓ El diagnóstico de SUD es clínico y basado en el pronóstico.
- ✓ Usa la PPS para valorar el declive funcional.
- ✓ El enfoque es paliativo: aliviar síntomas y acompañar.
- ✓ Comunicación clara, compasiva y continua.
- ✓ Planificar, anticiparse y revisar diariamente.

ERRORES COMUNES

- ✗ Persistir en tratamientos agresivos sin beneficio.
- ✗ No comunicar claramente la situación.
- ✗ Infratratar el dolor o la disnea.
- ✗ No prever los síntomas más frecuentes.
- ✗ No apoyar emocionalmente a la familia.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL); Ministerio de Sanidad. Guía de Cuidados Paliativos [Internet]. Madrid: SECPAL/Ministerio de Sanidad; 2022 [citado 14 de julio de 2026]. Disponible en: https://www.secpal.com/
2. Anderson F, Palliative Care Team. The Palliative Performance Scale (PPS): a scale for measuring functional status in palliative care. J Palliat Care. 2008;24(2):65-74.
3. Bruera S, Chisholm G, Dos Santos R, Crovador C, Bruera E, Hui D. Variations in vital signs in the last days of life in patients with advanced cancer. J Pain Symptom Manage. 2014;48(4):510-7. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2013.10.024.
4. Mori M, Morita T, Bruera E, Hui D. Prognostication of the Last Days of Life. Cancer Res Treat. 2022;54(3):631-43. doi: 10.4143/crt.2022.251.

VÍA SUBCUTÁNEA

GUÍA RÁPIDA: VÍA SUBCUTÁNEA EN CUIDADOS PALIATIVOS

Fármacos más usados, dosis orientativas y compatibilidades

TRATAMIENTO DE SÍNTOMAS

SÍNTOMA	FÁRMACO	DOSIS ORIENTATIVA
DOLOR	• Cloruro mórfico (FOTOSENSIBLE) • Dexametasona (coadyuvante)	• No uso previo: 2-5 mg/4h (15-30 mg/día) • **Oral/parenteral 2:1** • 4-8 mg
FIEBRE	• Ketorolaco • Dexametasona	• 10 mg/8h • 4 mg/24h
DISNEA	• Cl mórfico	• Dosis algo más bajas que dolor (2,5 mg)
SEDACIÓN	• Midazolam	• **Variable**: 5-10 mg/4h
NÁUSEAS / VÓMITOS	• Haloperidol (FOTOSENSIBLE) • Metoclopramida • Levomepromazina	• 0,5-2 mg • 10-20 mg/6h • 75-150 mg (3 tomas)
SECRECIONES RESPIRATORIAS Y ESTERTORES	• Hioscina • Escopolamina	• 20 mg-40 mg/8h • 0,5-1 mg/ml
HIPERTENSIÓN INTRACRANEAL	• Dexametasona	• 16 mg/día. Mantenimiento: 2-4 mg/día
SÍNDROME VENA CAVA SUPERIOR	• Dexametasona	• Inicial: 6-10 mg/8h

FÁRMACOS DE USO GENERAL

FÁRMACO	VIDA MEDIA (horas)	FOTOSENSIBLE	USOS PRINCIPALES	DOSIS / 24 H	PRESENTACIÓN
CLORURO MÓRFICO	4	SÍ	Dolor, disnea, tos diarrea	• No uso previo: 10-30 mg/24h • Con tto previo Vía oral/sc: 2:1 • IV: se aumenta 1/3 dosis total	Ampollas 1% 1cc Ampollas 2% 2cc.
HALOPERIDOL	8-12	SÍ	Antiemético acción central, cuadros de agitación, confusión o sedación	• Antiemético: 3-5 mg/24h • Estados confusionales: 5-30 mg/24h	Ampollas 5 mg/ml
BUSCAPINA	6-8	NO	Antiemético, antiespasmódico (cólicos), reduce secreciones respiratorias	• 20-80 mg/24h • Máx: 180 mg/día	Ampollas 20 mg/ml
ESCOPOLAMINA	8	NO	Reducción secreciones respiratorias	• 0,5-1,5 mg/8h	Ampollas 0,5 mg/ml 1 ml
MIDAZOLAM	4-6	NO	Sedante, inductor de sueño y anticonvulsivante	• 5-15 mg en 6 dosis diarias • Sedación: bolus inicial y luego c/4h • Dosis máxima: 160-200 mg/día	Ampollas 15 mg/3 ml
TRAMADOL	6-8	NO	Dolor, opioide débil	• 100-400 mg/24h	Ampollas 100 mg/2 ml

CONSEJOS PARA TRATAMIENTO DEL DOLOR

- Absorción/efectos secundarios/ interacciones similares a la vía oral; al igual que las dosis empleadas con excepción de morfina, oxicodona y metadona.
- Administrar analgésicos a horas fijas y añadir dosis de rescate si es necesario.
- No utilizar placebos.
- Usar combinaciones de analgésicos adecuadas.
- Uso de coadyuvantes: no todos los dolores se alivian con analgésicos.

COMPATIBILIDADES DE MEZCLAS

Existe poca bibliografía para mezclar diferentes fármacos dentro de la misma infusión. No existe problema con morfina, midazolam, haloperidol, buscapina, metoclopramida y tramadol. Se pueden hacer distintas combinaciones entre ellos sin observar alteraciones en la estabilidad y compatibilidad (excepto morfina y tramadol que no se deben mezclar por pertenecer al mismo grupo de fármacos).

- Mezclar con suero fisiológico.
- Toxicidad dérmica suele aumentar con el número de fármacos combinados. Evitar la mezcla de más de 3 fármacos.
- Mezclas con ketorolaco pueden precipitar. Calentar la ampolla a temperatura del cuerpo antes de cargarla.
- Si la mezcla precipita, desecharla.

PERLAS Y ERRORES FRECUENTES

NO USAR POR VÍA SUBCUTÁNEA

CLORPROMACINA
- Alto poder irritante local.

METAMIZOL
- Alto poder irritante local.
- **Salvo en bolo puntual de ½ ampolla** (1 g; 2,5 ml).

DIAZEPAM
- Reacciones dérmicas locales.
- Excipiente oleoso: no facilita absorción.

FÁRMACOS QUE NO SE PUEDEN MEZCLAR

KETOROLACO
No mezclar con midazolam ni con morfina.

DEXAMETASONA
Incompatible fisicamente con **haloperidol y midazolam.**
Con otros fármacos no se ha comprobado incompatibilidad.
Puede producir **picor**: pasar lentamente.

COMBINACIÓN DE CUATRO FÁRMACOS

Morfina	+	Midazolam	+	Metoclopramida	+	Haloperidol
Morfina	+	Midazolam	+	Haloperidol	+	Hioscina
Morfina	+	Midazolam	+	Hioscina	+	Metoclopramida
Morfina	+	Hioscina	+	Metoclopramida	+	Haloperidol

COMBINACIONES DE CINCO FÁRMACOS

Morfina	+	Midazolam	+	Haloperidol	+	Hioscina	+	Metoclopramida	
Tramadol	+	Midazolam	+	Hioscina	+	Metoclopramida	+	Haloperidol	

BIBLIOGRAFÍA:

1. Álvarez Colorado M, Amoedo Albero MC, Cano Tébar AM, Gandía Herrero M, García Verde I, Gil López J, et al. Guía de recomendaciones prácticas: Uso de la vía subcutánea. Martínez Cruz MB, coordinadora. 2ª ed. Madrid: IM&C; 2023.
2. Matoses Chirivella MDC, Alcocer Alcocer J, Ferrando Piera C, Gamboa Antiñolo F, García Gómez A, Pastor Cano J, et al. Administración de medicamentos por vía subcutánea en cuidados paliativos. Farm Hosp. 2015;39(2):71-9.
3. Gallardo Avilés R, Gamboa Antiñolo F. Uso de la vía subcutánea en cuidados paliativos. Madrid: Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL); 2014.
4. Programa Regional de Cuidados Paliativos de Extremadura. Guía clínica: vía subcutánea, usos y recomendaciones. Mérida: Junta de Extremadura, Servicio Extremeño de Salud (SES); 2010.

EPíLOGO

“Simplificar la complejidad no es restar valor a la medicina, sino devolverle la claridad cuando más se necesita”

“Una infografía puede marcar la pauta de una decisión clínica, pero es la humanidad la que devuelve el alma a la medicina”