

CUIDADOS PALIATIVOS EN EL PACIENTE EN FASE AVANZADA DE ENFERMEDAD

DOLOR
BOCA SECA
CRISIS CONVULSIVA
DELIRIO
DIARREA
DISNEA
DISNEA TERMINAL
ESTREÑIMIENTO
ESTERTORES PREMORTEN
HEMORRAGIA MASIVA
HIPO
INSOMNIO
NÁUSEAS Y VÓMITOS
TOS
BIBLIOGRAFÍA

GUÍA FARMACOGERIÁTRICA

CUIDADOS PALIATIVOS EN EL PACIENTE EN FASE AVANZADA DE ENFERMEDAD



**Comunidad
de Madrid**

CUIDADOS PALIATIVOS EN EL PACIENTE EN FASE AVANZADA DE ENFERMEDAD

DOLOR

BOCA SECA

CRISIS CONVULSIVA

DELIRIO

DIARREA

DISNEA

DISNEA TERMINAL

ESTREÑIMIENTO

ESTERTORES PREMORTEN

HEMORRAGIA MASIVA

HIPO

INSOMNIO

NÁUSEAS Y VÓMITOS

TOS

BIBLIOGRAFÍA

AUTORES

COORDINADOR:

- Francisco Apolo Carvajal. Farmacéutico de atención a centros sociosanitarios. Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios.

AUTORES (por orden alfabético):

- Marta Alcaraz Borrajo. Farmacéutica. Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios.
- Estefanía Arias Muñana. Médico. Hospital Infanta Sofía.
- Elena Díaz-Maroto Navas. Médico. RM Reina Sofía.
- María González Martínez. Farmacéutica Centros Sociosanitarios. Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios.
- Ana María Martínez Fernández. Médico. RM Gran Residencia.
- María Muñoz García. Farmacéutica. Hospital Ramón y Cajal.
- Néstor Otazu Arévalo. Médico. RM Colmenar Viejo.
- Damián Santos Puebla. Médico. RM Villaviciosa de Odón.

REVISORES EXTERNOS (por orden alfabético):

- Magdalena Sánchez Sobrino. Coordinadora Cuidados Paliativos. SERMAS.

Edita: Servicio Madrileño de Salud. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.
Agencia Madrileña de Atención Social. Consejería de Políticas Sociales y Familia.

Edición: 1/2018

Revisado y aprobado por el Comité Director en Farmacoterapia

Se autoriza la reproducción total o parcial de los contenidos de este documento de carácter público, siempre que se cite la fuente, no se manipulen ni alteren los contenidos y no se utilicen directamente con fines comerciales.

CUIDADOS PALIATIVOS EN EL PACIENTE EN FASE AVANZADA DE ENFERMEDAD

DOLOR

BOCA SECA

CRISIS CONVULSIVA

DELIRIO

DIARREA

DISNEA

DISNEA TERMINAL

ESTREÑIMIENTO

ESTERTORES PREMORTEN

HEMORRAGIA MASIVA

HIPO

INSOMNIO

NÁUSEAS Y VÓMITOS

TOS

BIBLIOGRAFÍA

ABREVIATURAS

AINE Aintinflamatorio no esteroideo

Anti-H2 Antagonistas histamínicos H2

CI Contraindicaciones

CICr Aclaramiento de creatinina

CPI Criterio de prescripción potencialmente inapropiado

D Administración en personas con problemas de deglución

EPOC Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

ERGE Enfermedad por reflujo gastroesofágico

g Gramos

HTA Hipertensión arterial

I Interacciones

IBP Inhibidores de la bomba de protones

IC Insuficiencia cardíaca

ICC Insuficiencia cardíaca congestiva

IECA Inhibidor de la enzima convertidora angiotensina

IH Insuficiencia hepática

IM Vía intramuscular

IMAO Inhibidor de monoamino oxidasa

ISRS Inhibidor selectivo de recaptación de serotonina

IR Insuficiencia renal

IV Vía Intravenosa

mcg Microgramos/s

mg Miligramo/s

min Minuto/s

ml Mililitro/s

NIO Neuropatía inducida por opioides

OMS Organización mundial de la salud

P Precauciones

R Recomendaciones

RA Reacciones adversas

STOPP Screening Tool of Older Person's Prescriptions

SNC Sistema nervioso central

V.A. Vía administración

VO Vía oral

CUIDADOS PALIATIVOS EN EL PACIENTE EN FASE AVANZADA DE ENFERMEDAD

DOLOR

BOCA SECA

CRISIS CONVULSIVA

DELIRIO

DIARREA

DISNEA

DISNEA TERMINAL

ESTREÑIMIENTO

ESTERTORES PREMORTEN

HEMORRAGIA MASIVA

HIPO

INSOMNIO

NÁUSEAS Y VÓMITOS

TOS

BIBLIOGRAFÍA

DOLOR

1. PRINCIPIOS GENERALES DEL TRATAMIENTO DEL DOLOR

- Tratar al paciente, no al síntoma.
- No infravalorar el dolor que refiere un paciente. Nunca debe utilizarse placebo.
- Evaluar detalladamente el dolor: su intensidad, causas, cronología y repercusiones en el paciente y su familia.
- No restar importancia al componente psicológico del dolor. Anticipar y tratar la depresión y la ansiedad.
- Individualizar el régimen terapéutico. La potencia del analgésico elegido viene determinada por la intensidad del dolor y nunca por la supervivencia prevista. Las dosis deben ser ajustadas individualmente hasta alcanzar la analgesia total.
- Siempre que sea posible utilizar la vía oral.
- Administración "reloj en mano".
- Informar y explicar las causas del dolor y los efectos secundarios del tratamiento, esto resulta en sí mismo terapéutico y facilita el cumplimiento.
- Prevenir los efectos adversos y en caso de que aparezcan tratarlos cuando sea posible.
- Simplificar el tratamiento para facilitar el cumplimiento.
- En el anciano emplear dosis de inicio más bajas y una titulación más lenta.
- Tratar el dolor según la escalera analgésica de la Organización Mundial de la Salud (OMS), adaptando el tratamiento desde el inicio a la intensidad del dolor, lo que implica la posibilidad de "saltarse" algún escalón (tratamiento en ascensor de la OMS).

CUIDADOS PALIATIVOS EN EL PACIENTE EN FASE AVANZADA DE ENFERMEDAD

DOLOR

BOCA SECA

CRISIS CONVULSIVA

DELIRIO

DIARREA

DISNEA

DISNEA TERMINAL

ESTREÑIMIENTO

ESTERTORES PREMORTEN

HEMORRAGIA MASIVA

HIPO

INSOMNIO

NÁUSEAS Y VÓMITOS

TOS

BIBLIOGRAFÍA

2. ESCALERA ANALGÉSICA DE LA OMS

El tratamiento del dolor debe iniciarse en el escalón de la escalera analgésica de la OMS apropiado a la intensidad del mismo. Cuando los fármacos de un escalón, utilizados a dosis adecuadas no son eficaces hay que pasar al siguiente escalón. Se pueden asociar fármacos del primer escalón con los del segundo y tercero. No asociar opioides débiles con opioides potentes. Los fármacos de cualquier escalón pueden asociarse con adyuvantes. Se debe prescribir medicación de rescate para el tratamiento del dolor irruptivo y en la exacerbación del dolor.

INTENSIDAD DEL DOLOR	VALOR ESCALA NUMÉRICA	ESCALERA ANALGÉSICA DE LA OMS
Dolor leve	< 3 puntos (Escala de 10)	Primer escalón (paracetamol, AINEs)
Dolor leve-moderado	3- 6 puntos (Escala de 10)	Segundo escalón (opioides débiles) +/- fármacos primer escalón
Dolor moderado-severo	>6 puntos (Escala de 10)	Tercer escalón (opioides potentes) +/- fármacos primer escalón

Guía Práctica Clínica Control del dolor en pacientes adultos con cáncer. SIGN 2008

2.1. PRIMER ESCALÓN

Analgésicos no opioides. Indicados en dolor leve los AINE son especialmente útiles en dolor debido a distensión mecánica del periostio, dolor debido a compresión o distensión de tendones, tejidos musculares o subcutáneos o dolor visceral por irritación de la pleura o el peritoneo. En estos casos deben ser prescritos como coadyuvantes a lo largo de toda la escalera analgésica. Se deben tener en cuenta las mismas precauciones en la prescripción de AINEs a largo plazo que en pacientes no oncológicos (utilizar los de acción corta y menos gastrolesivos, no utilizar en insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal crónica, valorar riesgo gastrointestinal), ya que la toxicidad de AINEs puede incrementarse en combinación con los numerosos fármacos que se emplean en el tratamiento de pacientes en fase avanzada de enfermedad.

CUIDADOS PALIATIVOS EN EL PACIENTE EN FASE AVANZADA DE ENFERMEDAD

DOLOR
 BOCA SECA
 CRISIS CONVULSIVA
 DELIRIO
 DIARREA
 DISNEA
 DISNEA TERMINAL
 ESTREÑIMIENTO
 ESTERTORES PREMORTEN
 HEMORRAGIA MASIVA
 HIPO
 INSOMNIO
 NÁUSEAS Y VÓMITOS
 TOS
 BIBLIOGRAFÍA

PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS Y PAUTA	V. A.	OBSERVACIONES
PARACETAMOL	500-1.000 mg cada 4-6 horas Dosis máxima diaria: 3 g	VO	<p>Carece de actividad antiinflamatoria.</p> <p>RA: Reacciones cutáneas, alteraciones hematológicas (neutropenia, trombopenia), hepatotoxicidad y nefropatía (altas dosis).</p> <p>CI: Alergia a paracetamol o salicilatos.</p> <p>P: Precaución en tratamientos prolongados y altas dosis en IH, IR, cardiópatas, broncópatas y alcohólicos.</p> <p>D: Pulverizar y dispersar comprimidos. Existen presentaciones en sobres y comprimidos bucodispersables.</p>
METAMIZOL	575 mg cada 6-12 horas vía oral 1 g cada 6-12 horas vía rectal 2 g cada 8 horas vía parenteral	VO IV IM Rectal	<p>Carece de actividad antiinflamatoria</p> <p>RA: Náusea, vómitos, hipotensión postural y excepcionalmente alteraciones hematológicas (Trombopenia, agranulocitosis).</p> <p>CI: Alergias, deficiencia de Glucosa-6-fosfato deshidrogenasa, porfiria</p> <p>I: AINEs y anticoagulantes orales</p> <p>P: En administración intravenosa en forma de bolo administrar lentamente para evitar hipotensión postural.</p> <p>D: Las cápsulas pueden abrirse y dispersar en un poco de agua para facilitar su administración. Las ampollas pueden administrarse por vía oral, disueltas en un poco de agua o bebida refrescante.</p>

CUIDADOS PALIATIVOS EN EL PACIENTE EN FASE AVANZADA DE ENFERMEDAD

DOLOR
BOCA SECA
CRISIS CONVULSIVA
DELIRIO
DIARREA
DISNEA
DISNEA TERMINAL
ESTREÑIMIENTO
ESTERTORES PREMORTEN
HEMORRAGIA MASIVA
HIPO
INSOMNIO
NÁUSEAS Y VÓMITOS
TOS
BIBLIOGRAFÍA

PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS Y PAUTA	V. A.	OBSERVACIONES
IBUPROFENO	400-600 mg cada 8 -12 horas	VO	<p>RA: Alteraciones gastrointestinales, erupciones exantemáticas, cefaleas, AINE en tratamientos prolongados pueden producir IR crónica, y aparición de edemas.</p> <p>CI: Alergia, úlcera gastroduodenal, hemorragia, disfunción renal grave.</p> <p>I: Puede reducir eliminación de metotrexato y litio. Inhibición del efecto diurético de furosemida. Reduce efecto de betabloqueantes. Su uso concomitante con IECA y tiazidas incrementa el riesgo de lesión renal.</p> <p>P: Precaución en hipertensión, IC, IR, o IH. En pacientes con anticoagulantes orales puede aumentar el riesgo de sangrado.</p> <p>D: Los comprimidos se pueden pulverizar y dispersar en un poco de agua. Existe presentación en sobres.</p> <p>R: No se recomienda administrar dosis superiores a 1200mg/día, riesgo de gastrolesión y aumento del riesgo cardiovascular. Asociar a IBP en mayores de 65 años.</p> <p>CPI: Criterio STOPP en pacientes con enfermedad ulcerosa péptica o hemorragia digestiva, salvo con el uso de antagonistas H2, IBP o misoprostol. También en pacientes con IC o IR, uso de más de tres meses para el alivio del dolor articular leve o combinación con anticoagulantes. Criterios Beers evitar el uso crónico.</p>
NAPROXENO	250-500 mg cada 12 horas	VO	<p>RA y CI: Similares a ibuprofeno</p> <p>I: Ajustar dosis de hidantoínas (carbamacepina). Naproxeno puede reducir eliminación de metotrexato y litio. Inhibición del efecto diurético de furosemida. Reduce efecto de betabloqueantes. Su uso concomitante con IECA y tiazidas incrementa el riesgo de lesión renal.</p> <p>D: Los comprimidos se pueden pulverizar y dispersar en agua. Existe presentación en sobres.</p> <p>R: A dosis inferiores a 1000 mg/día no se ha asociado a incremento del riesgo cardiovascular. Debe ser considerado en pacientes con riesgo cardiovascular 275 mg y 500 mg de naproxeno sódico equivalen respectivamente a 250 mg y 500 mg de naproxeno base, pero la absorción del naproxeno sódico es más rápida</p> <p>CPI: Criterios STOPP en pacientes con enfermedad ulcerosa péptica o hemorragia con digestiva, salvo con el uso de antagonistas H2, IBP o misoprostol. También en pacientes con insuficiencia cardíaca o renal, uso de más de tres meses para el alivio del dolor articular leve o combinación con anticoagulantes. Criterios Beers evitar el uso crónico.</p>

CUIDADOS PALIATIVOS EN EL PACIENTE EN FASE AVANZADA DE ENFERMEDAD

DOLOR

BOCA SECA

CRISIS CONVULSIVA

DELIRIO

DIARREA

DISNEA

DISNEA TERMINAL

ESTREÑIMIENTO

ESTERTORES PREMORTEN

HEMORRAGIA MASIVA

HIPO

INSOMNIO

NÁUSEAS Y VÓMITOS

TOS

BIBLIOGRAFÍA

2.2. SEGUNDO ESCALÓN

Analgésicos opioides débiles. Indicados en dolor de intensidad leve a moderada. Deben utilizarse combinados con fármacos del primer escalón para obtener efecto sinérgico. No utilizar conjuntamente con opioides potentes.

Se debe instaurar de forma profiláctica la administración de laxantes para evitar el estreñimiento. Valorar la necesidad de pautar medicamentos antieméticos durante los primeros días de tratamiento.

PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS Y PAUTA	V. A.	OBSERVACIONES
TRAMADOL	Liberación normal: 50-100 mg cada 6-8 horas. Liberación retardada: 50-150 mg cada 12 horas Dosis máxima diaria: 300 mg	VO IV IM Subcutánea	50 mg de tramadol equivalen aproximadamente a 30 mg de codeína más 500 mg de paracetamol. RA: Produce menos estreñimiento que la codeína pero produce más náuseas y vómitos y puede desencadenar crisis convulsivas en pacientes en riesgo. I: Inhibidores de la recaptación de serotonina o fármacos serotoninérgicos ya que pueden desencadenar un síndrome serotoninérgico. No debe utilizarse en combinación con fármacos opiáceos potentes (limitan la acción de los mismos) D: No fraccionar los comprimidos de liberación retardada. Existe presentación en gotas. Las combinaciones se pueden fraccionar, además existen fórmulas efervescentes. IR e IH: Aumentar el intervalo a cada 12 horas. R: Asociar a fármacos del primer escalón. Existen presentaciones con la asociación paracetamol+ tramadol. CPI: Criterios STOPP uso de opioides durante más de dos semanas sin laxantes. Uso de opioides a largo plazo en pacientes con demencia, salvo cuando esté indicado en pacientes en cuidados paliativos o para el manejo de un síndrome doloroso moderado grave.

CUIDADOS PALIATIVOS EN EL PACIENTE EN FASE AVANZADA DE ENFERMEDAD

DOLOR
BOCA SECA
CRISIS CONVULSIVA
DELIRIO
DIARREA
DISNEA
DISNEA TERMINAL
ESTREÑIMIENTO
ESTERTORES PREMORTEN
HEMORRAGIA MASIVA
HIPO
INSOMNIO
NÁUSEAS Y VÓMITOS
TOS
BIBLIOGRAFÍA

PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS Y PAUTA	V. A.	OBSERVACIONES
CODEÍNA	30-60 mg cada 4-6 horas Dosis máxima diaria: 240 mg	VO	<p>RA: Similares al del resto de los opioides: náuseas, estreñimiento, mareo, confusión.</p> <p>CI: Depresión respiratoria</p> <p>I: Codeína requiere activación a morfina por CYP2D6, inhibidores de esta enzima restan eficacia.</p> <p>P: Asma, EPOC, IH</p> <p>D: Se puede pulverizar y dispersar en agua. Existe presentación en jarabe. En combinación también se puede pulverizar y dispersar en agua, aunque existen presentaciones en comprimidos efervescentes o cápsulas que se pueden abrir.</p> <p>R: Deben combinarse con fármacos del primer escalón para ofrecer efecto sinérgico. Existen presentaciones comercializadas que combinan paracetamol + codeína e ibuprofeno + codeína.</p> <p>CPI: Criterios STOPP uso de opioides durante más de dos semanas sin laxantes. Uso de opioides a largo plazo en pacientes con demencia, salvo cuando esté indicado en pacientes en cuidados paliativos o para el manejo de un síndrome doloroso moderado grave.</p>

2.3. TERCER ESCALÓN

Analgésicos opioides potentes. Se deben utilizar agonistas puros que se caracterizan por no tener techo analgésico, es decir no dejan de ser efectivos por mucho que se aumente la dosis. No utilizar agonistas parciales (buprenorfina) o agonistas-antagonistas (pentazocina) ya que su eficacia analgésica está limitada al tener techo analgésico. No utilizar conjuntamente agonistas puros con agonistas parciales o agonistas-antagonistas.

- Morfina por vía oral es el tratamiento de primera elección.
- Oxycodona es una alternativa a morfina en pacientes en los que el alivio de dolor es insuficiente o no toleran la morfina.
- Fentanilo es útil en pacientes con dolor estable en los que no se tolera la vía oral o cuando hay insuficiencia renal (ClCr < 30 ml/min). No se recomienda iniciar su uso en los últimos días de vida.

Los ancianos son más sensibles tanto al efecto analgésico como a los efectos secundarios de los opioides por lo que requerirán dosis más bajas (en torno a 50%) que los adultos jóvenes para el alivio del dolor, se deben emplear dosis de inicio menores e incrementos más lentos, en función de la eficacia del fármaco y efectos secundarios.

CUIDADOS PALIATIVOS EN EL PACIENTE EN FASE AVANZADA DE ENFERMEDAD

DOLOR

BOCA SECA

CRISIS CONVULSIVA

DELIRIO

DIARREA

DISNEA

DISNEA TERMINAL

ESTREÑIMIENTO

ESTERTORES PREMORTEN

HEMORRAGIA MASIVA

HIPO

INSOMNIO

NÁUSEAS Y VÓMITOS

TOS

BIBLIOGRAFÍA

Siempre que se inicie tratamiento con opiáceos se recomienda iniciar tratamiento laxante de forma profiláctica. En algunos pacientes puede estar indicado el empleo de fármacos antieméticos. (Ver a continuación estreñimiento y náuseas).

PRINCIPIO ACTIVO		DOSIS Y PAUTA	V. A.	OBSERVACIONES
MORFINA	Liberación rápida	Cada 4 horas Si dolor	VO IV Subcutánea	RA: náuseas, vómitos, estreñimiento, retención urinaria, somnolencia y depresión respiratoria, astenia sudoración, boca seca, confusión. CI: Depresión respiratoria, Asma, EPOC, íleo paralítico. IR: Reducir dosis (Si ClCr 10-50ml/min ajustar 75% de la dosis y si ClCr menor a 10 ml/min ajustar 50%) D: Los comprimidos de liberación inmediata pueden partirse, machacarse y disolverse en agua. Los comprimidos de liberación retardada no deben machacarse. Las cápsulas de liberación retardada pueden abrirse y mezclarse con comida semisólida. R: Los comprimidos de liberación inmediata se utilizan para titulación de dosis y como tratamiento de rescate. Una vez titulada la dosis se recomienda pasar a forma de liberación retardada. Para el dolor irruptivo debe utilizarse la forma de liberación inmediata. CPI: Criterios STOPP uso de opioides durante más de dos semanas sin laxantes. Uso de opioides al largo plazo en pacientes con demencia, salvo cuando esté indicado en pacientes en cuidados paliativos o para el manejo de un síndrome doloroso moderado grave.
	Liberación retardada	Cada 12 horas	VO	
Oxicodona	Liberación inmediata	Cada 4-6 horas	VO	RA, IR, CI, CPI: Similares a morfina. D: Los comprimidos de liberación retardada no deben triturarse, partirse o machacarse. Ajustar con las formas de liberación inmediata. R: Cuando se cambia de morfina a oxicodona, iniciar dosis 50% de la dosis equianalgésica calculada (ver conversión más abajo).
	Liberación retardada	Cada 12 horas	VO	

CUIDADOS PALIATIVOS EN EL PACIENTE EN FASE AVANZADA DE ENFERMEDAD

DOLOR
BOCA SECA
CRISIS CONVULSIVA
DELIRIO
DIARREA
DISNEA
DISNEA TERMINAL
ESTREÑIMIENTO
ESTERTORES PREMORTEN
HEMORRAGIA MASIVA
HIPO
INSOMNIO
NÁUSEAS Y VÓMITOS
TOS
BIBLIOGRAFÍA

PRINCIPIO ACTIVO		DOSIS Y PAUTA	V. A.	OBSERVACIONES
FENTANILO	Liberación retardada	Cada 72 horas	TD	<p>RA: Tiene un perfil de efectos adversos similar a la morfina, pero producen menos estreñimiento. No obstante, es necesario instaurar profilaxis con laxantes.</p> <p>CI: Depresión respiratoria, Asma, EPOC, íleo paralítico.</p> <p>IR: Ha demostrado ser algo más seguro que morfina en IR.</p> <p>R: Fentanilo es 100 veces más potente que morfina, no se recomienda su uso en pacientes sin tratamiento previo con opiáceos potentes, en caso necesario utilizar las dosis más bajas (parches de 12 mg e ir titulándola).</p> <p>Cuando se administra por 1ª vez o tras un cambio de dosis, el efecto analgésico comienza a las 12 horas y alcanza su máximo a las 24-48 horas, durante este periodo se recomienda utilizar medicación de rescate. No colocar un nuevo parche, cuando éste se ha caído, hasta 12 horas después por el riesgo de NIO.</p> <p>La absorción se incrementa con la temperatura, los pacientes con fiebre deben ser observados por la posible aparición de efectos adversos y advertirles que evite la exposición directa del lugar de aplicación del parche a fuentes de calor externo.</p> <p>CPI: Criterios STOPP uso de opioides durante más de dos semanas sin laxantes. Uso de opioides a largo plazo en pacientes con demencia, salvo cuando esté indicado en pacientes en cuidados paliativos o para el manejo de un síndrome doloroso moderado grave.</p>
FENTANILO CITRATO	Liberación inmediata	Ante la aparición de dolor irruptivo	Oral Transmucoso	<p>RA, CI, CPI: Similares a Fentanilo transdérmico.</p> <p>P: Existen diferentes preparados de fentanilo oral transmucoso que no son intercambiables entre sí, de manera que si se sustituyen será necesario realizar un nuevo cálculo de dosis. La absorción del fármaco puede verse reducida en pacientes con xerostomía, para evitarlo puede humedecerse previamente la boca con agua.</p> <p>R: Inicialmente un comprimido ante cada brote de dolor irruptivo. Esta dosis se irá incrementando hasta alcanzar la dosis eficaz, que es aquella dosis mínima que permita controlar el dolor irruptivo con un solo comprimido.</p> <p>Cálculo de la dosis eficaz: si transcurrido 15-30 minutos no se controla el brote se administrará otro comprimido. En caso de que se necesite más de una unidad para tratar dos episodios consecutivos, se incrementará la dosis a la siguiente disponible. No utilizar más de dos comprimidos para tratar un episodio de dolor irruptivo.</p> <p>Limitar el número de unidades diarias a un máximo de cuatro. Si los brotes de dolor irruptivo son más frecuentes, considerar aumentar la dosis del opioide de base, considerando que puede ser necesario reducir la dosis de fentanilo transmucoso.</p>

CUIDADOS PALIATIVOS EN EL PACIENTE EN FASE AVANZADA DE ENFERMEDAD

DOLOR

BOCA SECA

CRISIS CONVULSIVA

DELIRIO

DIARREA

DISNEA

DISNEA TERMINAL

ESTREÑIMIENTO

ESTERTORES PREMORTEN

HEMORRAGIA MASIVA

HIPO

INSOMNIO

NÁUSEAS Y VÓMITOS

TOS

BIBLIOGRAFÍA

2.3.1 DOSIFICACIÓN DE MORFINA

Dosis inicial media: En población anciana se recomienda iniciar con 2.5-5 mg cada 4 horas por vía oral.

Iniciar con dosis más alta si el dolor es intenso o incapacitante o bien si el paciente está con dosis máximas de opioides débiles.

Iniciar con dosis más baja en casos de debilidad o desnutrición extremas, edad muy avanzada, agonía, insuficiencia orgánica grave (renal, hepática, respiratoria).

Titulación de dosis: Aumentar la siguiente dosis un 25% de la dosis previa a partir de la utilización de 3 rescates hasta lograr control del dolor. Cuando se alcance el control del dolor, esta será la dosis de mantenimiento y nos permitirá pasar a una forma farmacéutica de liberación retardada de administración cada 12 horas.

Ajuste de dosis cuando se cambia de vía de administración o de forma de presentación:

- Morfina liberación rápida → Morfina liberación retardada: Equivalencia 1:1 Ej. 10 mg cada 4 horas liberación inmediata equivale a 30 mg cada 12 horas liberación retardada
- Morfina oral → Morfina subcutánea: Equivalencia 2:1 (dividir entre 2). Ej. 30 mg cada 12 horas por vía oral equivale a 5 mg cada 4 horas por vía subcutánea
- Morfina oral → Morfina intramuscular: Equivalencia 2:1 (dividir entre 2). Ej. 30 mg cada 12 horas por vía oral equivale a 5 mg cada 4 horas por vía intramuscular
- Morfina oral → Morfina intravenosa: Equivalencia 3:1 (dividir entre 3) Ej. 30 mg cada 12 horas por vía oral equivale a 4 mg cada 4 horas por vía intravenosa

2.3.2 DOSIFICACIÓN DE OXICODONA

Dosis inicial media: Se realizan de la misma manera que con morfina teniendo en cuenta la equivalencia.

Titulación de dosis: Se realizan de la misma manera que con morfina, teniendo en cuenta la equivalencia.

Conversión morfina oral oxicodona oral: La equivalencia entre morfina oral y oxicodona oral es 2:1. Ej. 30 mg cada 12 horas de morfina equivalen a 15 mg cada 12 horas.

2.3.3 DOSIFICACIÓN DE FENTANILO

Dosis inicial: No se recomienda utilizar en pacientes ancianos que previamente no hayan tomado opioides. En caso necesario empezar con la menor dosis posible (12-25 mcg/hora).

CUIDADOS PALIATIVOS EN EL PACIENTE EN FASE AVANZADA DE ENFERMEDAD

DOLOR

BOCA SECA

CRISIS CONVULSIVA

DELIRIO

DIARREA

DISNEA

DISNEA TERMINAL

ESTREÑIMIENTO

ESTERTORES PREMORTEN

HEMORRAGIA MASIVA

HIPO

INSOMNIO

NÁUSEAS Y VÓMITOS

TOS

BIBLIOGRAFÍA

Titulación de dosis: Se realizan de la misma manera que con morfina, teniendo en cuenta la equivalencia.

Conversión morfina oral-fentanilo transdérmico: La equivalencia de morfina oral-fentanilo transdérmico es 100:1.

2.3.4 MANEJO DEL DOLOR IRRUPTIVO.

Se define dolor irruptivo como una exacerbación transitoria de dolor que se manifiesta de forma espontánea o incidental (asociado a un factor desencadenante volitivo, no volitivo o procedimental), en pacientes que presentan manifestaciones de dolor crónico que se encuentra estabilizado y adecuadamente controlado con el tratamiento recibido. Las características clínicas del dolor irruptivo son; inicio rápido en forma de picos (3-5 minutos), de intensidad moderado a intenso, duración entre 1 minuto y 4 horas (media 30 minutos), con una frecuencia de 1-4 episodios al día y asociado a importantes repercusiones psicológicas, deterioro funcional del paciente e inquietudes de sus cuidadores.

Para el tratamiento del dolor irruptivo se recomienda utilizar:

- Fentanilo oral transmucoso. Presenta una mayor rapidez de acción comparada con morfina de liberación inmediata, una mayor dificultad para el ajuste de dosis y requiere una estrecha colaboración por parte del paciente. Existen diferentes preparados de fentanilo oral transmucoso que presentan diferencias farmacocinéticas, por lo que **no son intercambiables entre sí, de manera que si se sustituyen será necesario realizar un nuevo cálculo de dosis.**
- Morfina de liberación inmediata por vía (vía oral o subcutánea). Se administra si dolor el 10-20% de la dosis diaria pautada, hasta un máximo de cada 4 horas. En pacientes con más de tres rescates al día, aumentar la dosis del opioide de base. La vía oral puede considerarse para el tratamiento del dolor irruptivo incidental, administrada entre 30-60 minutos antes del factor desencadenante.

2.3.5 MANEJO DE OTRAS EXACERBACIONES AGUDAS DEL DOLOR

Aquí se incluyen episodios agudos de dolor en pacientes con dolor crónico estabilizado y controlado que no se ajustan a las características clínicas del dolor irruptivo y episodios agudos de dolor que suceden al inicio del tratamiento o durante el ajuste de dosis, ya que en estos casos el dolor no está controlado. En estos casos se empleará morfina de liberación inmediata por vía oral o subcutánea.

Pueden incluirse también los episodios agudos de dolor debido al “fracaso de final de dosis” que suelen aparecer en el mismo momento del día, habitualmente poco antes de la hora de administración pautada del opioide. La causa de esta situación es una dosificación insuficiente, por lo que se puede solucionar aumentando la dosis o reduciendo el intervalo de dosificación.

2.3.6 ROTACIÓN DE OPIOIDES

Cambio de opioide o de vía de administración cuando con el opioide inicial no se consigue una analgesia adecuada o se ve limitada por la aparición de efectos adversos. Se disponen de tablas de equivalencia analgésica orientativas, siendo recomendable reducir la dosis del nuevo opioide entre un 25-50% (en equivalencia de morfina), utilizar dosis de rescate para el dolor irruptivo o exacerbación del dolor e individualizar la respuesta del paciente.

CUIDADOS PALIATIVOS EN EL PACIENTE EN FASE AVANZADA DE ENFERMEDAD

DOLOR

BOCA SECA

CRISIS CONVULSIVA

DELIRIO

DIARREA

DISNEA

DISNEA TERMINAL

ESTREÑIMIENTO

ESTERTORES PREMORTEN

HEMORRAGIA MASIVA

HIPO

INSOMNIO

NÁUSEAS Y VÓMITOS

TOS

BIBLIOGRAFÍA

TABLA EQUIVALENCIA ANALGÉSICA DE OPIOIDES

FÁRMACO	DOSIS EQUIVALENTE APROXIMADA MORFINA ORAL 30 MG DIARIOS	FACTOR DE CONVERSIÓN APROXIMADO (FÁRMACO: MORFINA ORAL)
Morfina Subcutánea, IM	15 mg	2:1
Morfina IV	10 mg	3:1
Oxycodona	15 mg	2:1

Adaptado de GPC Cuidados Paliativos SNS y Guía EAPC

De forma orientativa puede emplearse la siguiente fórmula para establecer la equivalencia entre fentanilo transdérmico y morfina oral.

$$Dosis morfina oral (mg) = \frac{Dosis fentanilo transdermico (mcg/h) \times 24}{10}$$

CUIDADOS PALIATIVOS EN EL PACIENTE EN FASE AVANZADA DE ENFERMEDAD

DOLOR

BOCA SECA

CRISIS CONVULSIVA

DELIRIO

DIARREA

DISNEA

DISNEA TERMINAL

ESTREÑIMIENTO

ESTERTORES PREMORTEN

HEMORRAGIA MASIVA

HIPO

INSOMNIO

NÁUSEAS Y VÓMITOS

TOS

BIBLIOGRAFÍA

3. COADYUVANTES

3.1 DOLOR NEUROPÁTICO

Los antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina - noradrenalina y los anticonvulsivantes parecen tener una eficacia similar en el alivio del dolor neuropático. Presentan un perfil de efectos adversos diferente, sin embargo, el riesgo de efectos adversos leves o graves que motiven la retirada del tratamiento es parecido. Los ISRS son menos eficaces que los anteriores en el alivio del dolor neuropático por lo que no está recomendada su utilización.

PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS Y PAUTA	V. A.	OBSERVACIONES
DULOXETINA	30 mg cada 24 horas	VO	RA: Somnolencia, vértigo, cefaleas, náuseas, vómitos, sequedad de boca, anorexia. CI: Insuficiencia hepática e insuficiencia renal grave (ClCr menor a 30 ml/min), uso concomitante IMAO. P: Glaucoma en ángulo cerrado, hipertensión arterial no controlada I: Anticoagulantes orales. D: Las cápsulas se pueden abrir y dispersar en poco de agua.
GABAPENTINA	Dosis inicio: 300 mg por la noche, en caso necesario incrementar la dosis a 300 mg dos veces al día al cabo de tres días y a 300 mg 3 veces al día transcurridos otros 3 días. Valorar y si es necesario subir cada 3 días 300 mg hasta una dosis máxima de 1800 mg.	VO	RA: Más frecuentes son mareos, somnolencia, ataxia, astenia. Ocasionalmente ha producido confusión, dolor de cabeza, náuseas, edema periférico, alteraciones hematológicas. P: I.R., pancreatitis aguda, tendencias suicidas, síndrome Dress. I: Azelastina, paraldehído, talidomida. IR: ClCr=30-50 ml/min: 300-900 mg cada 24 h; ClCr=15-30 ml/min: 150 mg a días alternos – 600 mg cada 24 horas; ClCr menor a 15 ml/min: 150 mg a días alternos-300 mg cada 24 horas. D: las cápsulas se pueden abrir y dispersar en agua.
PREGABALINA	Dosis de inicio: 25 mg cada 8 horas En caso necesario incrementar a 100 mg cada 8 horas Dosis máxima 600mg al día	VO	RA: Somnolencia, mareos, fatiga, edema periférico, visión borrosa, dolor de cabeza. P: Insuficiencia renal, Insuficiencia cardíaca, hipertensión arterial. IR: Requiere ajuste de la dosis; ClCr menor a 50 ml/min: 75 mg al día, ClCr < 30 ml/min: 25-50 mg al día en una toma. D: Abrir cápsulas y dispensar en un poco de agua

CUIDADOS PALIATIVOS EN EL PACIENTE EN FASE AVANZADA DE ENFERMEDAD

DOLOR
BOCA SECA
CRISIS CONVULSIVA
DELIRIO
DIARREA
DISNEA
DISNEA TERMINAL
ESTREÑIMIENTO
ESTERTORES PREMORTEN
HEMORRAGIA MASIVA
HIPO
INSOMNIO
NÁUSEAS Y VÓMITOS
TOS
BIBLIOGRAFÍA

PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS Y PAUTA	V. A.	OBSERVACIONES
CARBAMAZEPINA	Solo en neuralgia del trigémino Dosis inicio: 100 mg nocturnos Si el paciente tolera y es necesario incrementar dosis hacerlo de forma progresiva cada 5-7 días hasta una dosis máxima de 200 mg cada 8 horas.	VO	RA: Más frecuentes: náuseas, vómitos, ataxia, caídas, somnolencia y confusión que se reducen aumentando lentamente la dosis. Raramente se producen alteraciones hematológicas (leucopenia y anemia aplásica) más frecuente en ancianos que en población general. La neutropenia suele ser transitoria. No retirar medicación si neutrófilos > 1500 cel./mm ³ . CI: Bloqueo cardíaco, porfiria. I: Potente inductor enzimático, múltiples interacciones farmacológicas. D: Pulverizar y dispersar en agua. R: En ancianos obtener basalmente función renal, hepática y hemograma, monitorizar recuento y fórmula a las 2 semanas y después cada 3 meses junto con función renal y hepática.

3.2 DOLOR POR COMPRESIÓN

PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS Y PAUTA	V. A.	OBSERVACIONES
DEXAMETASONA	Dosis mantenimiento: 4-20 mg	VO	R: No administrar por la noche

3.3 DOLOR POR TENESMO RECTAL

Puede ir acompañado de espasmo de la musculatura lisa o dolor neuropático. Es importante prevenir o tratar el estreñimiento en caso de que se presente. Para tratamiento farmacológico del dolor se utilizan los analgésicos habituales (Ver Dolor), conjuntamente con antiepilépticos (pregabalina o gabapentina). Como fármacos para el tratamiento del espasmo de la musculatura lisa se puede utilizar nifedipino de liberación retardada (10-20 mg cada 12 horas), benzodiacepinas (diazepam 2 - 5 mg cada 8-12 horas). Existe controversia acerca de la eficacia y tolerancia de la clorpromacina en este grupo de pacientes.

3.4 DOLOR GASTROINTESTINAL

El dolor por distensión gástrica o por compresión se puede aliviar con el empleo de un antiácido, antiflatulento y procinéticos.

CUIDADOS PALIATIVOS EN EL PACIENTE EN FASE AVANZADA DE ENFERMEDAD

DOLOR

BOCA SECA

CRISIS CONVULSIVA

DELIRIO

DIARREA

DISNEA

DISNEA TERMINAL

ESTREÑIMIENTO

ESTERTORES PREMORTEN

HEMORRAGIA MASIVA

HIPO

INSOMNIO

NÁUSEAS Y VÓMITOS

TOS

BIBLIOGRAFÍA

BOCA SECA

- Es un problema habitual en la práctica totalidad de los pacientes sujetos a largos tratamientos farmacológicos con opioides y en las fases finales de la vida. La falta de lubricación se manifiesta por sensación bucal quemante, dolor, lengua roja, odinofagia y pérdida del sabor y puede conllevar la aparición de micosis bucales y úlceras.
- Es importante prevenir la infección oral, enfermedad periodontal, caries y halitosis. Muchos de los colutorios comerciales contienen productos irritantes como alcohol, limón y glicerina, que son perjudiciales en caso de irritación de la mucosa oral.
- Es aconsejable practicar medidas higiénicas como enjuagues desbridantes después de las comidas y medidas que aumenten la salivación y humidificación, tales como: tener algo en la boca (chicle sin azúcar, caramelo o pastilla de limón), ingesta abundante de agua, comer cosas ácidas (piña, limón) o con ácido málico como las manzanas, enjuagues frecuentes con agua o con manzanilla amarga, hielo envuelto en una gasa colocada entre la boca y la encía.
- Existen fórmulas magistrales de saliva artificial: 12 mg metilcelulosa, 0.2 mg esencia limón, 600 ml agua.
- Existen preparados comerciales de venta en farmacia sustitutos artificiales de la saliva por si estas medidas no funcionan: Bucohidrat®, Salivart®, Bucalsone®, Xerostom®.
- Pilocarpina podría utilizarse como última medida en caso de que fracasen los estimulantes o sustitutos de la salivación en pacientes tratados con radioterapia teniendo en cuenta el balance beneficio-riesgo a dosis de 5-10 mg.

PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS Y PAUTA	V. A.	OBSERVACIONES
PILOCARPINA	5-10 mg cada 8 horas	VO	<p>RA: Efectos colinérgicos: los más frecuentes son sudoración, síndrome pseudogripal, rinitis, y molestias digestivas y urinarias.</p> <p>CI: Enfermedad cardiorrenal o asma no controlada, úlcera gástrica o tratamiento con betabloqueantes.</p> <p>P: Alteraciones psiquiátricas o cognitivas.</p> <p>IH: Moderada 5-10 mg cada 12 horas; grave: no utilizar.</p> <p>D: Los colirios se pueden administrar por vía oral.</p> <p>R: Sólo utilizar en pacientes tratados con radioterapia.</p>

CUIDADOS PALIATIVOS EN EL PACIENTE EN FASE AVANZADA DE ENFERMEDAD

DOLOR

BOCA SECA

CRISIS CONVULSIVA

DELIRIO

DIARREA

DISNEA

DISNEA TERMINAL

ESTREÑIMIENTO

ESTERTORES PREMORTEN

HEMORRAGIA MASIVA

HIPO

INSOMNIO

NÁUSEAS Y VÓMITOS

TOS

BIBLIOGRAFÍA

CRISIS CONVULSIVA

El tratamiento de una crisis convulsiva en un paciente paliativo es igual que en otro paciente cualquiera. En la mayoría de los casos, una crisis epiléptica se resuelve espontáneamente en segundos o minutos. Sin embargo, si se prolonga, precisará atención urgente.

Si las convulsiones duran más de cinco minutos o se suceden una tras otra sin recuperar el conocimiento durante ese tiempo, estamos ante un estatus epiléptico: una emergencia médica. Dependiendo de la situación clínica del paciente, puede utilizarse en primer lugar diazepam IV. La vía IM no debe utilizarse debido a su absorción irregular. El diazepam también permite la administración rectal. Midazolam es una alternativa y cuenta con la ventaja de su administración por vía subcutánea. Si existe edema cerebral valorar dexametasona, dosis inicial 8 mg seguidos de 4 mg cada 6 horas IM hasta resolución de los síntomas, posteriormente retirada gradual en 5-7 días.

En el caso de convulsiones de repetición por neoplasias cerebrales primarias o metastásicas está indicada la profilaxis, que debe realizarse en lo posible con un solo fármaco para evitar efectos adversos (astenia, somnolencia y alteraciones cognitivas). Se ha de valorar fenitoína o carbamazepina (ver apartado Antiepilépticos). Si las convulsiones persisten, se debe proceder a la derivación del paciente al hospital con carácter urgente.

Medidas generales: mantener permeable la vía aérea, oxigenoterapia si es preciso, colocar al paciente en posición lateral, administrar medicación inmediata si es preciso, controlar crisis posteriores, descartar patologías que requieran tratamiento urgente (hipoglucemia, hipoxia, hipertensión intracraneal, infección del SNC, intoxicaciones) y prevenir complicaciones (traumatismos, neumonía aspirativa).

PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS Y PAUTA	V. A.	OBSERVACIONES
DIAZEPAM	5-10 mg dosis única.	Rectal IV IM	Vía rectal muy útil cuando se precisa una acción rápida y la vía parenteral sea impracticable o indeseable. Si la vía de administración es la rectal es improbable la posibilidad de intoxicación por sobredosis. RA: Somnolencia, ataxia, hipotensión (rara). CI: Hipersensibilidad a benzodiazepinas, P: Respiratoria aguda, glaucoma de ángulo cerrado, miastenia grave.
MIDAZOLAM	10 mg dosis única Si persisten síntomas: 10 mg cada hora	Subcutánea IV	Fármaco de uso hospitalario. RA: Somnolencia, sedación, náuseas, vómitos, sequedad de boca, depresión respiratoria, hipotensión, parada cardiorrespiratoria, reacciones de hipersensibilidad. CI: Miastenia grave, insuficiencia respiratoria, glaucoma de ángulo cerrado, apnea del sueño, IH, intoxicación etílica. P: IR, porfiria, fotosensibilidad, dependencia, psicosis, amnesia. I: boceprevir, telaprevir, cobicistat, itraconazol, metadona, olanzapina, inhibidores de la proteasa, oxibato de sodio, talidomida.

CUIDADOS PALIATIVOS EN EL PACIENTE EN FASE AVANZADA DE ENFERMEDAD

DOLOR

BOCA SECA

CRISIS CONVULSIVA

DELIRIO

DIARREA

DISNEA

DISNEA TERMINAL

ESTREÑIMIENTO

ESTERTORES PREMORTEN

HEMORRAGIA MASIVA

HIPO

INSOMNIO

NÁUSEAS Y VÓMITOS

TOS

BIBLIOGRAFÍA

DELIRIO

Valorar causas. Ver apartado de síndrome confusional agudo y agitación.

PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS Y PAUTA	V. A.	OBSERVACIONES
HALOPERIDOL	2,5-5 mg cada 8-12 horas	VO Subcutánea	De elección. Ver náuseas y vómitos en Cuidados Paliativos.
LEVOMEPRMAZINA	Inducción: bolo 12,5-25 mg Infusión continua subcutánea: 100 mg/día Rescate (bolos): 12,5 mg Máxima diaria: 300 mg	Subcutánea	Especialmente útil en pacientes en las fases finales de la vida cuyo síntoma predominante sea el delirio con confusión y agitación o como alternativa a midazolam cuando éste no esté disponible. RA: Sedación, reacciones extrapiramidales, retención urinaria, galactorrea, boca seca, visión borrosa, hipotensión. CI: Parkinson, depresión del SNC, depresión medular, feocromocitoma, glaucoma. P: Demencia, síndrome neuroléptico maligno, IC, prolongación del intervalo QT, epilepsia, IR, IH. I: Medicamentos con efectos anticolinérgicos y que prolonguen el QT. IR/IH: Ajustar dosis según criterio médico. No hay recomendaciones específicas. CPI: No utilizar en pacientes con demencia salvo amenaza para la vida debido a un aumento de ictus y mortalidad en este grupo de pacientes, ni con Parkinson o síncope.
MIDAZOLAM	Bolos: 2,5-5 mg Perfusión: 20-100 mg al día	Subcutánea	Alternativa a haloperidol y levomepromazina en delirium con agitación intensa. Ver crisis convulsiva.

CUIDADOS PALIATIVOS EN EL PACIENTE EN FASE AVANZADA DE ENFERMEDAD

DOLOR

BOCA SECA

CRISIS CONVULSIVA

DELIRIO

DIARREA

DISNEA

DISNEA TERMINAL

ESTREÑIMIENTO

ESTERTORES PREMORTEN

HEMORRAGIA MASIVA

HIPO

INSOMNIO

NÁUSEAS Y VÓMITOS

TOS

BIBLIOGRAFÍA

DIARREA

Síntoma que puede aparecer en un 10% de los pacientes.

Causas más frecuentes: abuso de laxantes, impactación fecal con sobreflujo (pseudodiarrea), obstrucción intestinal, infecciones y patologías digestivas, secuelas de la cirugía, quimioterapia y radioterapia, tumores, síndrome de malabsorción, uso de otros fármacos. El abordaje inicial comienza por identificar la etiología.

Tratamiento no farmacológico: dieta astringente, rehidratación (reponer la pérdida de agua y electrolitos).

Los opioides son los fármacos más utilizados en el tratamiento de la diarrea en cuidados paliativos. Su utilización como analgésicos puede evitar el uso de antidiarreicos adicionales.

PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS Y PAUTA	V. A.	OBSERVACIONES
LOPERAMIDA	2 mg, seguidos de 2 mg tras cada deposición. Dosis máxima: 16 mg al día.	VO	Opioide de elección como antidiarreico. Por vía oral no tiene efectos sobre el SNC RA: Cólico abdominal, fatiga. CI: Íleo, diarrea infecciosa. D: Las cápsulas se pueden abrir y dispersar en agua.
CODÉINA	15-30 mg cada 6-8 horas	VO	Ver Dolor.

DISNEA

Siempre que sea posible, determinar y tratar las causas reversibles de disnea (broncodilatadores en pacientes con EPOC, asma y obstrucción tumoral, diuréticos en pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva, glucocorticoides o corticoides orales para EPOC, asma, problemas obstructivos de causa tumoral o linfangitis carcinomatosa y anticoagulantes en caso de tromboembolismo pulmonar). En caso de que esto no sea posible el tratamiento será sintomático utilizando para ello morfina como primera elección y benzodiacepinas si hay ansiedad o pánico asociados. Éste incluye medidas no farmacológicas consistentes en transmitir tranquilidad al paciente, humidificación del ambiente, ventiladores, fisioterapia respiratoria, elevar el cabecero de la cama y en casos necesarios tratamiento farmacológico.

La utilización de oxígeno es controvertida, aunque la ventilación no invasiva podría aliviar los síntomas, prolongar la supervivencia y mejorar la calidad de vida en pacientes con enfermedades neurológicas motoras en estadios avanzados. Sin embargo, no todos los pacientes la toleran ni la desean.

CUIDADOS PALIATIVOS EN EL PACIENTE EN FASE AVANZADA DE ENFERMEDAD

DOLOR

BOCA SECA

CRISIS CONVULSIVA

DELIRIO

DIARREA

DISNEA

DISNEA TERMINAL

ESTREÑIMIENTO

ESTERTORES PREMORTEN

HEMORRAGIA MASIVA

HIPO

INSOMNIO

NÁUSEAS Y VÓMITOS

TOS

BIBLIOGRAFÍA

PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS Y PAUTA	V. A.	OBSERVACIONES
MORFINA	<p>Dosis inicio:</p> <p>- Si no está en tratamiento con morfina: 2,5-5 mg cada 4 horas si liberación inmediata (preferible), 10-30 mg si liberación retardada.</p> <p>Si no hay mejoría dar dosis de rescate. Si sigue precisando rescates, el segundo se hará con la combinación de morfina junto con midazolam o diazepam.</p> <p>-Si estaba en tratamiento con morfina: Incrementar la dosis en un 25-50%.</p> <p>La conversión a dosis subcutánea sería de 1/2-1/3 dosis por vía oral.</p>	VO Subcutánea	<p>Es el fármaco de elección y el único opioide indicado en disnea, los demás opioides no han demostrado eficacia. La morfina reduce la frecuencia respiratoria, disminuyendo la sensibilidad del centro respiratorio y de los quimiorreceptores periféricos a la hipercapnia y a la disminución de la pO₂, sin alterar la función pulmonar.</p> <p>RA: Es muy poco frecuente que se produzca depresión respiratoria si se comienza a dosis bajas y se incrementa la dosis tal y como se ha recomendado.</p> <p>R: En caso de que la disnea sea intermitente administrar la morfina con una pauta "si precisa".</p>
DIAZEPAM	Dosis inicio: 5 mg seguidos de 2-5 mg por la noche, si es necesario se puede incrementar 5 mg cada 8-12 horas.	VO Rectal	<p>En disnea asociada a ansiedad. Reducen ansiedad y relajan los músculos respiratorios, reduciendo la fatiga y la descoordinación de los mismos. La ansiedad es una de las causas que perpetúan el círculo vicioso de la disnea.</p>
LORAZEPAM	0,5-1 mg cada 4-8 horas o a demanda.	VO Sublingual	<p>R: En caso de que la disnea sea intermitente se podría utilizar benzodiacepinas de acción rápida (lorazepam) con una pauta "si precisa".</p> <p>En caso de que las benzodiacepinas no fueran eficaces por sí solas para aliviar la ansiedad puede añadirse clorpromacina o haloperidol.</p> <p>Ver Insomnio en Salud mental para más información acerca de lorazepam.</p>
PROMETAZINA	25 mg cada 8-12 horas o a demanda	VO IM	<p>Fármaco de segunda línea en pacientes con cáncer que no puedan utilizar opioides o añadido a éstos.</p> <p>RA: Anticolinérgicas, hipotensión, somnolencia, ataxia, nerviosismo, taquicardia, ictericia.</p> <p>CI: Crisis asmática, Parkinson, porfiria,</p> <p>P: IR, IH, glaucoma, hiperplasia benigna de próstata, HTA, arritmias, enfermedades respiratorias inferiores, epilepsia.</p> <p>I: Anticolinérgicos, potasio, talidomida, metoclopramida.</p>

CUIDADOS PALIATIVOS EN EL PACIENTE EN FASE AVANZADA DE ENFERMEDAD

DOLOR

BOCA SECA

CRISIS CONVULSIVA

DELIRIO

DIARREA

DISNEA

DISNEA TERMINAL

ESTREÑIMIENTO

ESTERTORES PREMORTEN

HEMORRAGIA MASIVA

HIPO

INSOMNIO

NÁUSEAS Y VÓMITOS

TOS

BIBLIOGRAFÍA

DISNEA TERMINAL

Se considera como una verdadera urgencia de cuidados paliativos. El tratamiento de elección es morfina en asociación con midazolam. Si no se dispone de midazolam se puede sustituir por diazepam rectal.

PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS Y PAUTA	V. A.	OBSERVACIONES
MORFINA + MIDAZOLAM	<p>Dosis carga: 2,5 mg morfina + 2,5 mg midazolam. En caso necesario repetir la dosis cada 10-15 min. pudiendo aumentarla hasta 5 mg morfina + 5 mg midazolam.</p> <p>Dosis mantenimiento: <u>Morfina:</u> <i>Si no estaba en tratamiento previo:</i> 10 - 30 mg cada 24 horas en perfusión continua o 2,5 - 5 mg cada 4 horas. En caso necesario incrementar la dosis en un 25 - 50% <i>Si estaba en tratamiento previo con morfina:</i> incrementar la dosis en un 25 - 50% (ajustar dosis de morfina si cambia de vía de administración, Ver dolor). <u>Midazolam:</u> Infusión continua: comenzar a dosis bajas de 10 mg cada 24 horas; en caso necesario aumentar a 30 mg cada 24 horas. Bolos: 2,5 - 5 mg cada 4-6 horas.</p>	Subcutánea	R: La absorción por vía subcutánea es de 2 ml cada 5 min (ver Anexo, Administración de fármacos por vía subcutánea).
DIAZEPAM	Dosis inicio: 5 mg seguidos de 2-5 mg por la noche, si es necesario se puede incrementar 5 mg cada 12 horas.	IV IM	Ver disnea. No se puede poner por vía subcutánea.

CUIDADOS PALIATIVOS EN EL PACIENTE EN FASE AVANZADA DE ENFERMEDAD

DOLOR

BOCA SECA

CRISIS CONVULSIVA

DELIRIO

DIARREA

DISNEA

DISNEA TERMINAL

ESTREÑIMIENTO

ESTERTORES PREMORTEN

HEMORRAGIA MASIVA

HIPO

INSOMNIO

NÁUSEAS Y VÓMITOS

TOS

BIBLIOGRAFÍA

ESTREÑIMIENTO

- La inmovilidad, la dieta, algunos trastornos metabólicos, como la hipercalcemia, y sobre todo el uso de fármacos, como los opioides, explican la alta prevalencia. Dentro del plan de cuidados generales del paciente deben incluirse la ingesta suficiente de líquidos, la dieta con aporte de fibra, la movilización adaptada a cada paciente y la anticipación ante el posible estreñimiento producido por fármacos.
- Es un efecto adverso frecuente en los pacientes que están en tratamiento con opioides.
- A diferencia de las náuseas y los vómitos, no depende de la dosis ni se crea tolerancia al mismo.
- Se deben administrar laxantes desde el inicio del tratamiento con opioides débiles pues resulta más fácil prevenirlo que controlarlo una vez instaurado. Antes de iniciar el tratamiento sintomático hay que descartar una impactación fecal, una obstrucción intestinal y otras alteraciones que puedan contraindicar el uso de laxantes.
- El tratamiento de elección incluye laxantes estimulantes del peristaltismo (senósidos, bisacodilo) y ablandadores de heces (lactulosa y polietilenglicol). **Los laxantes que aumentan el bolo intestinal, como la fibra, no son eficaces.**
- El objetivo del tratamiento es el de facilitar la defecación, conseguir una defecación satisfactoria y prevenir las complicaciones, no siendo tan importante la frecuencia de la misma. En caso de que no se produzca deposición en 3 días deben usarse **enemas de limpieza** (2 Micralax® + 100 ml lactulosa + 100 ml aceite de oliva + 800 ml agua templada ó 1 Micralax® + 25 ml lactulosa + 25 ml aceite de oliva + 200 ml agua templada) o supositorios de bisacodilo, y en último extremo extracción manual, previa analgesia y relajación con una benzodiacepina de acción corta o pomada anestésica local.

PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS Y PAUTA	V. A.	OBSERVACIONES
ESTIMULANTES DEL PERISTALTISMO			
SENÓSIDOS	Dosis inicio: 12-36 mg por la noche. Comenzar a dosis bajas e incrementar según respuesta hasta un máximo de 36 mg cada 12 horas.	VO	Tienen un período de latencia de 6-8 horas. Están contraindicados si se sospecha obstrucción. Ver Estreñimiento en Patología Digestiva.
BISACODILO	Vía oral: Dosis inicio: 5-10 mg por la noche. Comenzar a dosis bajas e incrementar según respuesta hasta un máximo de 10 mg cada 12 horas. Rectal: 10-20 mg por la mañana	VO Rectal	Tienen un período de latencia de 6-8 horas. Están contraindicados si se sospecha obstrucción. RA: Calambres. La vía oral actúa en 6-12 horas y la vía rectal en 1 hora.

CUIDADOS PALIATIVOS EN EL PACIENTE EN FASE AVANZADA DE ENFERMEDAD

DOLOR
 BOCA SECA
 CRISIS CONVULSIVA
 DELIRIO
 DIARREA
 DISNEA
 DISNEA TERMINAL
 ESTREÑIMIENTO
 ESTERTORES PREMORTEN
 HEMORRAGIA MASIVA
 HIPO
 INSOMNIO
 NÁUSEAS Y VÓMITOS
 TOS
 BIBLIOGRAFÍA

PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS Y PAUTA	V. A.	OBSERVACIONES
OSMÓTICOS			
LACTULOSA	10 ml cada 12 horas, hasta un máximo de 30 ml cada 8 horas	VO	Actúa en 1-2 días. Es recomendable beber 1 litro de agua durante el tratamiento. Ver Estreñimiento en Patología Digestiva
MACROGOL	Estreñimiento: 1 sobre cada 24 horas Impactación fecal: 8 sobres en 6 horas	VO	Ver Estreñimiento en Patología Digestiva.
LAURILSULFATO SÓDICO/CITRATO SÓDICO	1 enema	Rectal	Ver Estreñimiento en Patología Digestiva.

ESTERTORES PRE MORTEM

Medidas no farmacológicas: posición semiprono para facilitar el drenaje postural. La aspiración de secreciones debe restringirse ya que es muy traumática para el paciente y la familia. Los fármacos de elección son butilescopolamina o escopolamina, atravesando éste último la BHE pudiendo producir efectos beneficiosos de sedación o prevención de las náuseas y vómitos y otros perjudiciales como delirio o confusión.

PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS Y PAUTA	V. A.	OBSERVACIONES
BUTILESCOPOLAMINA	20 mg cada 4-6 horas	Subcutánea	Reduce la producción de secreciones. Se debe administrar precozmente.
ESCOPOLAMINA	0,25-0,5 mg cada 4 horas	IM Subcutánea	Escopolamina es de uso hospitalario. Ver Cólico Biliar en Patología Digestiva.

CUIDADOS PALIATIVOS EN EL PACIENTE EN FASE AVANZADA DE ENFERMEDAD

DOLOR

BOCA SECA

CRISIS CONVULSIVA

DELIRIO

DIARREA

DISNEA

DISNEA TERMINAL

ESTREÑIMIENTO

ESTERTORES PREMORTEN

HEMORRAGIA MASIVA

HIPO

INSOMNIO

NÁUSEAS Y VÓMITOS

TOS

BIBLIOGRAFÍA

HEMORRAGIA MASIVA

Medidas no farmacológicas: tranquilizar y nunca alarmar al paciente, mitigar el efecto visual del sangrado con paños verdes o de colores o gasas impregnadas en una solución 1/1000 de epinefrina. Colocar al paciente en decúbito lateral en caso de hematemesis o hemoptisis para prevenir ahogamiento. Informar a la familia del probable e inminente desenlace final. Sedar al paciente: morfina junto con midazolam. Como alternativa a midazolam se puede usar levomepromazina, aunque tiene su principal papel en la sedación con delirio como síntoma predominante.

PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS Y PAUTA	V. A.	OBSERVACIONES
MORFINA + MIDAZOLAM	Dosis carga: 10 mg morfina y 5 mg midazolam Perfusión continua: 0,4-0,8 mg/hora Rescate: bolos 2,5-5 mg Si se desea una sedación rápida: 15 mg midazolam	Subcutánea	R: La absorción por vía subcutánea es de 2 ml cada 5 min (ver Anexo, Administración de fármacos por vía subcutánea).
LEVOMEPRMAZINA	Inducción: bolo 12,5-25 mg Infusión continua subcutánea: 100 mg/día Rescate (bolos): 12,5 mg Máxima diaria: 300 mg	Subcutánea	Especialmente útil en pacientes en las fases finales de la vida cuyo síntoma predominante sea el delirio o la agitación o como alternativa a midazolam cuando éste no esté disponible.

HIPO

Causas: Distensión gástrica o hepática, irritación diafragmática, tumor cerebral, infección.

Las primeras medidas en el tratamiento van encaminadas a inhibir el reflejo del hipo: apnea forzada, estimulación faríngea por diversos métodos, como un catéter plástico, masaje del paladar blando, etc.

Tratar las causas reversibles: distensión gástrica (metoclopramida o domperidona), tumor cerebral (dexametasona); ERGE (omeprazol). Para el **tratamiento sintomático, el fármaco de elección es haloperidol, utilizándose baclofeno como alternativa**. Hay controversia acerca de si clorpromazina se debe usar en cuidados paliativos debido a las reacciones adversas. Midazolam sería una opción para tratar el hipo en los últimos días de vida.

CUIDADOS PALIATIVOS EN EL PACIENTE EN FASE AVANZADA DE ENFERMEDAD

DOLOR
 BOCA SECA
 CRISIS CONVULSIVA
 DELIRIO
 DIARREA
 DISNEA
 DISNEA TERMINAL
 ESTREÑIMIENTO
 ESTERTORES PREMORTEN
 HEMORRAGIA MASIVA
 HIPO
 INSOMNIO
 NÁUSEAS Y VÓMITOS
 TOS
 BIBLIOGRAFÍA

PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS Y PAUTA	V. A.	OBSERVACIONES
HALOPERIDOL	1,5-3 mg por la noche	VO Subcutánea	De elección. Ver náuseas y vómitos en Cuidados Paliativos.
BACLOFENO	Iniciar con 5 mg cada 8 horas e ir aumentando progresivamente si no responde hasta 20 mg cada 8 horas	VO	Alternativa a haloperidol. RA: Somnolencia, cefalea, mareo, náuseas, astenia, depresión, alucinaciones. CI: Epilepsia. P: En ancianos hay más probabilidad de aparición de RA neurológicas, IR. I: Azelastina, talidomida. D: Pulverizar y dispersar los comprimidos en un vaso de agua. R: Reducción gradual de la dosis por síndrome de abstinencia.
DEXAMETASONA	4-8 mg al día	VO	Indicado en casos de tumor cerebral. Ver náuseas y vómitos en cuidados paliativos.
METOCLOPRAMIDA	10 mg cada 4-6 horas	VO	Indicado en casos de distensión gástrica. Ver Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico.

INSOMNIO

Ver Capítulo Salud mental.

CUIDADOS PALIATIVOS EN EL PACIENTE EN FASE AVANZADA DE ENFERMEDAD

DOLOR

BOCA SECA

CRISIS CONVULSIVA

DELIRIO

DIARREA

DISNEA

DISNEA TERMINAL

ESTREÑIMIENTO

ESTERTORES PREMORTEN

HEMORRAGIA MASIVA

HIPO

INSOMNIO

NÁUSEAS Y VÓMITOS

TOS

BIBLIOGRAFÍA

NÁUSEAS Y VÓMITOS

Son síntomas complejos que pueden deberse a múltiples causas.

CONSIDERACIONES GENERALES

- Las medidas no farmacológicas son muy importantes y van encaminadas a reducir los estímulos que puedan producir náuseas. También es útil ingerir alimentos frecuentemente, pero en escasa cantidad.
- Identificar las posibles causas y si es posible tratarlas. No olvidar que pueden coexistir varias causas.
- Considerar el tratamiento profiláctico en pacientes que vayan a ser expuestos a una situación potencialmente desencadenante de vómitos (por ej.: inicio del tratamiento con opioides), sobre todo, en aquellos que tengan antecedentes de náuseas y vómitos.
- La selección del tratamiento dependerá de la causa del vómito y del lugar de acción del fármaco.
- Elegir la vía de administración adecuada. Aunque la vía oral es de elección, en muchas ocasiones no es posible utilizarla siendo necesario administrar los fármacos por vía rectal o subcutánea. Tras 72 horas de buen control con fármacos por vía subcutánea, considerar cambiar a vía oral.
- Administrar los fármacos de forma pautada y no si precisa.
- Si a dosis adecuadas un fármaco no es eficaz cambiar de antiemético.
- En ocasiones es necesario utilizar más de un antiemético. En estos casos seleccionar fármacos con diferentes mecanismos de acción. Por lo general, no asociar haloperidol, levomepromazina y metoclopramida por sus efectos antidopaminérgicos.
- Metoclopramida es el antiemético que más evidencia tiene en cuidados paliativos, pero se debe tener precaución por el aumento del riesgo de reacciones adversas extrapiramidales. Se espera que domperidona tenga la misma potencia antiemética, aunque es un poco más débil como procinético.
- Revisar frecuentemente.

CUIDADOS PALIATIVOS EN EL PACIENTE EN FASE AVANZADA DE ENFERMEDAD

DOLOR

BOCA SECA

CRISIS CONVULSIVA

DELIRIO

DIARREA

DISNEA

DISNEA TERMINAL

ESTREÑIMIENTO

ESTERTORES PREMORTEN

HEMORRAGIA MASIVA

HIPO

INSOMNIO

NÁUSEAS Y VÓMITOS

TOS

BIBLIOGRAFÍA

CAUSA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	OTROS TRATAMIENTOS
Opioides	Haloperidol	Metoclopramida, Levomepromazina
Uremia, hipercalcemia, fallo hepático o renal	Haloperidol	Dexametasona, Ondansetron
Reflujo gastroesofágico, éstasis gástrico, íleo	Metoclopramida o Domperidona	
Hipertensión intracraneal	Dexametasona	
Compresión gástrica	Dexametasona	Metoclopramida o Domperidona
Obstrucción intestinal peristáltica	Metoclopramida	Macrogol
Obstrucción intestinal mecánica	Dexametasona + Butilescopolamina + Haloperidol	
Vestibular	Hidroxizina	
Irrupitivos por quimioterapia	Dexametasona + Metoclopramida o Domperidona	Ondansetron
Anticipatorios	Lorazepam o Alprazolam	Levomepromazina
De causa desconocida	Metoclopramida o Domperidona	Haloperidol, Levomepromazina, Ondansetron

PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS Y PAUTA	V. A.	OBSERVACIONES
HALOPERIDOL	Dosis inicio VO o subcutánea: 1,5 mg por la noche, si es necesario se puede incrementar a 5 mg por la noche Dosis máxima: 10-15 mg al día repartido en 3-4 tomas	VO Subcutánea	RA: A dosis bajas los efectos adversos son poco frecuentes. Puede producir efectos secundarios extrapiramidales, sedación, galactorrea, boca seca, visión borrosa, hipotensión. CI: Parkinson, depresión del SNC. P: Demencia, síndrome neuroléptico maligno, IC, prolongación del intervalo QT. I: Medicamentos con efectos anticolinérgicos y que prolonguen el QT. IR/IH: Ajustar dosis según criterio médico. No hay recomendaciones específicas. D: Administrar la solución oral. CPI: No utilizar en pacientes con demencia salvo amenaza para la vida debido a un aumento de ictus y mortalidad en este grupo de pacientes, ni con Parkinson o síncope.

CUIDADOS PALIATIVOS EN EL PACIENTE EN FASE AVANZADA DE ENFERMEDAD

DOLOR
BOCA SECA
CRISIS CONVULSIVA
DELIRIO
DIARREA
DISNEA
DISNEA TERMINAL
ESTREÑIMIENTO
ESTERTORES PREMORTEN
HEMORRAGIA MASIVA
HIPO
INSOMNIO
NÁUSEAS Y VÓMITOS
TOS
BIBLIOGRAFÍA

PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS Y PAUTA	V. A.	OBSERVACIONES
METOCLOPRAMIDA	10 mg cada 8 horas Dosis máxima: 20 mg cada 6 horas	VO Subcutánea	Ver Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico en Patología Digestiva.
DOMPERIDONA	10 mg cada 6 horas	VO	Normalmente no controla las náuseas severas. Ver Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico en Patología Digestiva.
HIDROXIZINA	25-50 mg cada 6 horas	VO	RA: Anticolinérgicas. CI: Porfiria. P: Glaucoma de ángulo cerrado, IR, IH, epilepsia, arritmias. I: Aclidinio, azelastina, ipratropio, tiotropio, talidomida. IR: Reducir la dosis en IR moderada-grave. IH: Reducir la dosis un 33%. En cirrosis biliar primaria aumentar el intervalo a cada 24 horas. D: La solución se puede administrar disuelta en agua. Los comprimidos se pueden pulverizar y dispersar en agua. CPI: Evitar por las RA anticolinérgicas, no superar la semana de tratamiento.
LEVOMEPROMAZINA	VO: Dosis inicio: 6,25 mg cada 24-12 horas, posteriormente 12,5-25 mg por la noche Subcutánea: Dosis inicio: 6,25 mg en dosis única, seguido de 6,25-25 mg en infusión 24 horas	VO Subcutánea	Antiemético de amplio espectro, tiene un mayor potencial de efectos adversos, por lo que no debe usarse en primera línea. Ver haloperidol.
BUTILESCOPOLAMINA O HIOSCINA	20-40 mg cada 6-8 horas	Subcutánea	No atraviesa la BHE, por lo que no tiene acción antiemética central. Se utiliza para reducir secreciones. Ver Cólico Biliar en Patología Digestiva.

CUIDADOS PALIATIVOS EN EL PACIENTE EN FASE AVANZADA DE ENFERMEDAD

DOLOR
BOCA SECA
CRISIS CONVULSIVA
DELIRIO
DIARREA
DISNEA
DISNEA TERMINAL
ESTREÑIMIENTO
ESTERTORES PREMORTEN
HEMORRAGIA MASIVA
HIPO
INSOMNIO
NÁUSEAS Y VÓMITOS
TOS
BIBLIOGRAFÍA

PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS Y PAUTA	V. A.	OBSERVACIONES
DEXAMETASONA	4-16 mg cada 24 horas	VO Subcutánea	Potencia el efecto antiemético. RA: Hiperglucemia, síndrome de Cushing, hirsutismo, gastrointestinales, osteoporosis, hipertensión. P: Enfermedad de Addison, diabetes, osteoporosis, úlcera péptica, infecciones, ICC. I: Es inductor del CYP3A4. D: Las ampollas se pueden administrar vía oral. R: No administrar por la noche.
ONDANSETRON	4-16 mg cada 24 horas	VO Subcutánea	RA: hipotensión ortostática, arritmias, prolongación del QT, gastrointestinales, estreñimiento, cefalea, mareo, hipo, convulsiones. I: Fármacos que prolongan el intervalo QT, apomorfina. IH grave: Máximo 8 mg cada 24 horas. D: Las ampollas se pueden administrar por vía oral, sabor desagradable.
LORAZEPAM	0,5-4 mg cada 24 horas	VO Sublingual	Ver ansiedad.

TOS

Síntoma muy frecuente, hasta una incidencia del 50% en pacientes con cáncer avanzado y del 80% en pacientes con cáncer de pulmón. El tratamiento dependerá de la causa y objetivo a conseguir (en paciente moribundo es el confort). Se debe distinguir entre: tos húmeda, que puede ser problemática en pacientes incapaces de expectorar por su debilidad, y tos seca o irritativa.

En casos de **tos húmeda**: humidificar el ambiente, educar acerca de cómo toser efectivamente, realizar nebulizaciones de suero fisiológico 2,5-5 ml y mucolíticos como carbocisteína; si el paciente es incapaz de toser eficazmente y está en los últimos días de vida, utilizar morfina y anticolinérgicos que reduzcan la producción de secreciones (butilescopolamina o escopolamina, éste último de uso hospitalario). En estos pacientes se debe limitar el uso de la aspiración por ser muy traumático.

En casos de **tos seca**: antitusígenos de acción central (codeína, morfina). Otras opciones de tratamiento si fracasan los anteriores serían corticoides (dexametasona 16 mg VO o prednisolona 60 mg VO), anestésicos nebulizados como bupivacaína 0,25% 2ml cada 8 horas en pacientes con EPOC

CUIDADOS PALIATIVOS EN EL PACIENTE EN FASE AVANZADA DE ENFERMEDAD

DOLOR

BOCA SECA

CRISIS CONVULSIVA

DELIRIO

DIARREA

DISNEA

DISNEA TERMINAL

ESTREÑIMIENTO

ESTERTORES PREMORTEN

HEMORRAGIA MASIVA

HIPO

INSOMNIO

NÁUSEAS Y VÓMITOS

TOS

BIBLIOGRAFÍA

(habría que premedicar con salbutamol y tener precaución por riesgo de aspiración) o cromoglicato disódico 20 mg cada 6 horas inhalado en pacientes con cáncer de pulmón.

Los opioides no deben utilizarse conjuntamente por lo que en los pacientes que estén tratamiento con morfina debe incrementarse la dosis de la misma en lugar de añadir codeína.

PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS Y PAUTA	V. A.	OBSERVACIONES
CODEÍNA	30-60 mg cada 6 horas Dosis máxima diaria: 240 mg	VO	En casos de tos seca. Ver Tos en Capítulo Respiratorio. RA: Similares al del resto de los opioides: náuseas, estreñimiento, mareo, confusión.
MORFINA	<u>Liberación rápida</u> Dosis inicio: 5 mg cada 4 horas. Titular dosis como en el tratamiento del dolor. Máximo 6 dosis diarias	VO	En casos de tos seca. También puede ser útil en los últimos días de vida en tos productiva si el paciente es incapaz de toser eficazmente junto con butilescopolamina para reducir las secreciones. Ver Dolor. D: los comprimidos pueden partirse, machacarse y disolverse en agua.
	<u>Liberación retardada</u> Dosis inicio: 10 mg cada 12 horas. Titular dosis como en el tratamiento del dolor	VO	Ver Dolor. D: los comprimidos no deben machacarse. La cápsula puede abrirse, pero su contenido no debe ser triturado. Este tipo de preparación es adecuado para pacientes con sonda nasogástrica o con dificultad para tragar.
BUTILESCOPOLAMINA O HIOSCINA	10-20 mg cada 6-8 horas	VO/Rectal IM/Subcutánea	Ver Cólico Biliar en Patología Digestiva. No atraviesa la BHE, por lo que no tiene acción central. Se utiliza para reducir secreciones en tos productiva. Por vía oral la absorción es baja.

CUIDADOS PALIATIVOS EN EL PACIENTE EN FASE AVANZADA DE ENFERMEDAD

DOLOR

BOCA SECA

CRISIS CONVULSIVA

DELIRIO

DIARREA

DISNEA

DISNEA TERMINAL

ESTREÑIMIENTO

ESTERTORES PREMORTEN

HEMORRAGIA MASIVA

HIPO

INSOMNIO

NÁUSEAS Y VÓMITOS

TOS

BIBLIOGRAFÍA

ANEXO. VÍA SUBCUTÁNEA

HIDRATACIÓN SUBCUTÁNEA (HIPODERMOCLISIS)

1. PRINCIPIOS

- La hipodermocclisis o infusión subcutánea continua consiste en la administración de líquidos en la capa subcutánea de la piel, donde hay un extenso sistema linfático y vasos sanguíneos a través de los cuales los líquidos pueden ser absorbidos.
- La infusión de suero por vía subcutánea se ha demostrado eficaz para la hidratación.
- Es una técnica sencilla, barata y segura.

2. INDICACIONES

- Deshidratación leve o moderada.
- Prevención de situaciones de deshidratación en pacientes sin adecuada ingesta oral.
- Dificultad para canalizar un acceso venoso.
- Posibilidad de combinar hidratación y analgesia en pacientes en las fases finales de la vida. Hay una amplia experiencia con la administración de cloruro mórfico por vía subcutánea.

3. TÉCNICA

- **Lugar de infusión:** abdomen, región superior del tórax (infra clavicular) evitando las mamas, región lateral de la escápula. En pacientes encamados se prefiere la cara anterior del muslo, el abdomen y la cara lateral del brazo.
- Se utiliza un **catéter tipo “palomilla” de calibres 21 a 23**, se debe introducir con un ángulo de 45° a 60°, se conecta a un sistema y se tapa con un apósito estéril.
- El ritmo de infusión máximo es 1 ml/minuto (60 ml/hora). No se recomiendan volúmenes mayores a 1 litro cada 24 horas en un solo lugar de infusión. Si se precisa un volumen mayor utilizar dos zonas de infusión.
- **Emplear soluciones isotónicas:** suero salino al 0,9% o glucosalino 1/3. El uso de soluciones solo con glucosa está contraindicado debido a que puede producirse dolor e inflamación.
- Revisar la aguja diariamente, debe ser cambiada siempre que haya dolor o signos inflamatorios.

CUIDADOS PALIATIVOS EN EL PACIENTE EN FASE AVANZADA DE ENFERMEDAD

DOLOR

BOCA SECA

CRISIS CONVULSIVA

DELIRIO

DIARREA

DISNEA

DISNEA TERMINAL

ESTREÑIMIENTO

ESTERTORES PREMORTEN

HEMORRAGIA MASIVA

HIPO

INSOMNIO

NÁUSEAS Y VÓMITOS

TOS

BIBLIOGRAFÍA

4. CONTRAINDICACIONES

- No debe emplearse si hay coagulopatías graves o en pacientes anticoagulados.
- No es adecuado cuando se requiere un aporte hidroelectrolítico muy importante, está contraindicado en situaciones de deshidratación severa o shock.
- Pacientes con edema generalizado (anasarca), insuficiencia cardíaca congestiva y sobrecarga de líquidos.
- No es posible administrar macromoléculas o coloides.

5. EFECTOS SECUNDARIOS

- Infección o dolor en el punto de infusión.
- Edema en el lugar de infusión.
- Problemas derivados del aporte excesivo de líquidos por vía parenteral (insuficiencia cardíaca...).

CUIDADOS PALIATIVOS EN EL PACIENTE EN FASE AVANZADA DE ENFERMEDAD

DOLOR

BOCA SECA

CRISIS CONVULSIVA

DELIRIO

DIARREA

DISNEA

DISNEA TERMINAL

ESTREÑIMIENTO

ESTERTORES PREMORTEN

HEMORRAGIA MASIVA

HIPO

INSOMNIO

NÁUSEAS Y VÓMITOS

TOS

BIBLIOGRAFÍA

ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS POR VÍA SUBCUTÁNEA

Cuando no pueda utilizarse la vía oral, se administrará la medicación por vía subcutánea.

1. VENTAJAS

- Técnica poco agresiva (menor riesgo de formación de hematomas, menor probabilidad de lesiones nerviosas, menor dolor).
- No precisa hospitalización.
- Permite autonomía al paciente.
- Debido a la absorción lenta de los fármacos requiere menor números de administraciones (comodidad para el paciente).

2. INCONVENIENTES

- Infección e inflamación en la zona de punción.
- Salida accidental del catéter.
- Necesidad de varios catéteres cuando se administran muchos fármacos a la vez.
- Muchos fármacos no disponen de la autorización para su administración por esta vía.

3. MANEJO DE LA VÍA SUBCUTÁNEA

- Se recomienda emplear una palomilla cuando la administración de los fármacos es continuada. Es preferible utilizar calibre fino (23-25).
- El catéter se fijará con un apósito en el que se indicará la fecha de colocación y el fármaco que se administra.
- Se realizará un control de la vía cada día.
- El cambio del catéter se realizará cuando se obstruya o aparezca dolor o inflamación.
- Administrar una sola medicación por cada catéter, o bien dos fármacos que coincidan en horario y puedan administrarse mezclados.
- El purgado inicial de la vía no se hará con suero fisiológico, sino con la propia medicación. La capacidad del sistema es de 0,4 ml.
- Para la morfina, cuando la dosis sea superior a 10 mg por toma, es preferible utilizar la de mayor concentración (ampollas al 2%: 20 mg/ml).
- Las zonas de elección para instaurar el catéter son: los brazos y región pectoral; si no es posible, se pondrá en el abdomen.

CUIDADOS PALIATIVOS EN EL PACIENTE EN FASE AVANZADA DE ENFERMEDAD

DOLOR

BOCA SECA

CRISIS CONVULSIVA

DELIRIO

DIARREA

DISNEA

DISNEA TERMINAL

ESTREÑIMIENTO

ESTERTORES PREMORTEN

HEMORRAGIA MASIVA

HIPO

INSOMNIO

NÁUSEAS Y VÓMITOS

TOS

BIBLIOGRAFÍA

4. FÁRMACOS QUE SE PUEDEN EMPLEAR VÍA SUBCUTÁNEA

- Cloruro mórfico
- Metadona
- Tramadol
- Midazolam
- Ketorolaco
- Dexametasona
- Butilescopolamina
- Escopolamina
- Metoclopramida
- Levomepromacina
- Haloperidol
- Ondansetron
- Fentanilo
- Petidina
- Diclofenaco
- Atropina
- Antibióticos: ceftriaxona, ampicilina, ertapenem, cefepime, teicoplanina y tobramicina.

5. COMPATIBILIDAD DE MEZCLAS EN LA MISMA JERINGA

Los principales problemas potenciales de la mezcla de varios fármacos en la misma jeringa incluyen la degradación de los mismos con la consecuente pérdida de eficacia y aparición de toxicidad y la precipitación o cristalización; por ello, es fundamental inspeccionar el contenido de la jeringa antes de la administración para verificar la ausencia de partículas, cambio en el color o la aparición de turbidez en la mezcla.

Para evitarlo se deberían mezclar el menor número posible de fármacos en la misma jeringa; se recomienda no mezclar más de tres.

CUIDADOS PALIATIVOS EN EL PACIENTE EN FASE AVANZADA DE ENFERMEDAD

DOLOR

BOCA SECA

CRISIS CONVULSIVA

DELIRIO

DIARREA

DISNEA

DISNEA TERMINAL

ESTREÑIMIENTO

ESTERTORES PREMORTEN

HEMORRAGIA MASIVA

HIPO

INSOMNIO

NÁUSEAS Y VÓMITOS

TOS

BIBLIOGRAFÍA

Respecto al diluyente, en nuestro medio el más utilizado es el suero fisiológico; sin embargo, el agua para inyección presenta menor riesgo de precipitación y debería ser utilizado como diluyente estándar siempre que sea posible.

Dexametasona y ketorolaco se tienen que administrar de forma individual ya que no pueden mezclarse con otros fármacos.

En la siguiente tabla (extraída de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos) se presentan algunas de las mezclas compatibles más utilizadas. Se puede consultar la estabilidad de más mezclas en la página web www.pallcare.info, en el libro *Handbook on Injectable Drugs* (Trissel) o en la guía Administración de Medicamentos Vía Parenteral disponible en: <http://www.elcomprimido.com/FARHSD/GUIA2000PAR.pdf>.

Morfina	Haloperidol	Escopolamina
Morfina	Haloperidol	Butilescopolamina
Morfina	Haloperidol	Midazolam
Morfina	Midazolam	Escopolamina
Morfina	Midazolam	Butilescopolamina
Morfina	Midazolam	Metoclopramida
Morfina	Midazolam	Levomepromazina
Morfina	Levomepromazina	Escopolamina

CUIDADOS PALIATIVOS EN EL PACIENTE EN FASE AVANZADA DE ENFERMEDAD

DOLOR

BOCA SECA

CRISIS CONVULSIVA

DELIRIO

DIARREA

DISNEA

DISNEA TERMINAL

ESTREÑIMIENTO

ESTERTORES PREMORTEN

HEMORRAGIA MASIVA

HIPO

INSOMNIO

NÁUSEAS Y VÓMITOS

TOS

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

1. Aarto T, Wiffen PJ. Antidepressants for neuropathic pain. Cochrane Database Syst Rev. 2007;(4):CD005454.
2. Back I. Palliative Medicine Handbook 3ª edition. <http://www.pallmed.net/>
3. American Geriatrics Society Panel on Pharmacological Management of Persistent Pain in Older Persons. Pharmacological management of persistent pain in older persons. J Am Geriatr Soc. 2009 Aug;57(8):1331–46.
4. Anónimo. The use of strong opioids in palliative care. MeRec Briefing 2003; 22:1-8.
5. Attal N, Cruccu G, Baron R, Haanpää M, Hansson P, Jensen TS, et al. EFNS guidelines on the pharmacological treatment of neuropathic pain: 2010 revision: Treatment of neuropathic pain. Eur J Neurol. 2010 Sep;17(9):1113–e88.
6. Australia, Dept. of Health and Ageing, Australian Palliative Residential Aged Care Project, National Health and Medical Research Council (Australia) NPCP (Australia). Guidelines for a palliative approach in residential aged care [Internet]. Canberra: National Health and Medical Research Council; 2006 [cited 2014 Feb 17]. Available from: <http://www.health.gov.au/palliativecare>
7. Back I. Palliative Medicine Handbook 3ª ed. Cardiff: BMP Books;2001. Disponible en: <http://www.pallmed.net/>
8. Benítez Del Rosario MA, Llamazares González AI, García González G, et al. Cuidados Paliativos. 1ª ed. Barcelona: SEMFYC;1998.
9. Caraceni A, Hanks G, Kaasa S, Bennett MI, Brunelli C, Cherny N, et al. Use of opioid analgesics in the treatment of cancer pain: evidence-based recommendations from the EAPC. Lancet Oncol. 2012 Feb;13(2): e58–68.
10. Centre for Clinical Practice at NICE. Neuropathic pain pharmacological treatment. National Institute for Health and Care Excellence. Manchester: national Institute for Health and Care Excellence; 2013.
11. Clinical Knowledge Summaries. Palliative Cancer Care. NHS Evidence; 2012.
12. Del Fabbro E. Palliative care: Assesment and management of nausea and vomiting [Internet]. UpToDate; 2014 [cited 2014 Feb 19]. Available from: <http://uptodate.com>
13. Doyle D, Hanks G, Mc Donald, editores. Oxford Textbook of Palliative Medicine. 2ª ed. Oxford: Oxford University Press;1998.
14. Dworkin RH, O'Connor AB, Backonja M, Farrar JT, Finnerup NB, Jensen TS, et al. Pharmacologic management of neuropathic pain: Evidence-based recommendations. PAIN. 2007 Dec;132(3):237–51
15. Frisoli A, de Paula AP, Feldman D, Nasri F. Subcutaneous hydration by hypodermoclysis. Drugs & Aging 2000; 16: 313-319.
16. Geriatric dosage handbook. Semla TP, Beizer JL, Higbee MD (eds). Hudson: Lexi-Comp, 2003
17. Gómez Sancho M, Ojeda Martín M, García Rodríguez ED, Navarro Marrero MA, Marrero Martín MS, Guerra Mesa A, et al. Cuidados Paliativos: control de síntomas. Las Palmas de Gran Canaria: Hospital El Sabinal; 1999.
18. González-Escalada JR, Rodríguez MJ, Camba MA, Portolés A, López R. Recomendaciones para el tratamiento del dolor neuropático. Rev Soc Esp Dolor. 2009 Nov;16(8):445–67.
19. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA N° 2006/08
20. Grupo de Trabajo para la Seguridad en el Uso de los Medicamentos. Guía práctica de preparación y administración de medicamentos inyectables. Hospital Universitario de Salamanca. 2007

CUIDADOS PALIATIVOS EN EL PACIENTE EN FASE AVANZADA DE ENFERMEDAD

DOLOR

BOCA SECA

CRISIS CONVULSIVA

DELIRIO

DIARREA

DISNEA

DISNEA TERMINAL

ESTREÑIMIENTO

ESTERTORES PREMORTEN

HEMORRAGIA MASIVA

HIPO

INSOMNIO

NÁUSEAS Y VÓMITOS

TOS

BIBLIOGRAFÍA

21. Guía de Prescripción Terapéutica. Información de medicamentos autorizados en España. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Pharma Editores 2006
22. Guidance on the management of pain in older people. Age Ageing. 2013 Feb 18;42(suppl 1): i1–i57
23. Johnson VB, Chalmers J. Oral hygiene care for functionally dependent and cognitively impaired older adults. [Internet]. Iowa City (IA): University of Iowa College of Nursing, John A. Hartford Foundation Center of Geriatric Nursing Excellence; 2011 [cited 2012 Feb 17]. Available from: <http://www.guideline.gov>
24. Lamelo Alfonsín F, Fernández Calvo O, Charlín Pato G. Control de síntomas en cuidados paliativos. Guías Fistera. 2014. Disponible en: <http://www.fisterra.com>. Consultado el: 25/11/2015.
25. Lopez JH, Reyes-Ortiz CA. Subcutaneous hydration by hypodermoclysis. Rev Clin Gerontol. 2010 May; 20(02):105–13.
26. Lunn MPT, Hughes RAC, Wiffen PJ. Duloxetine for treating painful neuropathy, chronic pain or fibromyalgia. Cochrane Database Syst Rev. 2014;1:CD007115
27. Matoses Chirivella C, Rodríguez Lucena FJ, Sanz Tamargo G, Murcia López AC, Morante Hernández M y Navarro Ruiz A. Administración de medicamentos por vía subcutánea en cuidados paliativos. Farm Hosp. 2015;39(2):71-79.
28. McNicol ED, Midbari A, Eisenberg E. Opioids for neuropathic pain. Cochrane Database Syst Rev. 2013;8:CD006146.
29. National Institute for Clinical Excellence (Great Britain), National Collaborating Centre for Cancer. Opioids in palliative care: safe and effective prescribing of strong opioids for pain in palliative care of adults. London: National Collaborating Centre for Cancer; 2012.
30. Palliative Care Guidelines. Disponible en: www.pallcare.info. Consultado el: 18/11/2015.
31. Ripamonti CI, Santini D, Maranzano E, Berti M, Roila F, on behalf of the ESMO Guidelines Working Group. Management of cancer pain: ESMO Clinical Practice Guidelines. Ann Oncol. 2012 Oct 1;23 (suppl 7): vii139–vii154.
32. Ruiz MP. Guía clínica vía subcutánea, usos y recomendaciones. Observatorio Regional de Cuidados Paliativos de Extremadura. Merida: Observatorio Regional de Cuidados Paliativos de Extremadura; 2010.
33. Sasson M, Shvartzman P. Hypodermoclysis: An alternative infusion technique. American Family Physician 2001; 64: 1575-1578.
34. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of chronic pain. A national clinical guideline [Internet]. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network; 2013. Available from: <http://www.sign.ac.uk>
35. Scottish Intercollegiate Guidelines Network, NHS Quality Improvement Scotland. Control of pain in adults with cancer: a national clinical guideline. Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network; 2008
36. Scottish palliative care guidelines. Disponible en : <http://www.palliativecareguidelines.scot.nhs.uk/guidelines/end-of-life-care/syringe-pumps.aspx>. Fecha de acceso: Septiembre 2015
37. Semla TP, Beizer JL, Higbee MD, editores. Geriatric dosage handbook. Hudson: Lexi-Comp, 2003.
38. Trelle S, Reichenbach S, Wandel S, Hildebrand P, Tschannen B, Villiger PM, et al. Cardiovascular safety of non-steroidal anti-inflammatory drugs: network meta-analysis. BMJ. 2011 Jan 11;342(jan11 1):c7086–c7086.
39. Virizuela JA, Escobar Y, Cassinello J, Borrega P. Treatment of cancer pain: Spanish Society of Medical Oncology (SEOM) recommendations for clinical practice. Clin Transl Oncol. 2012 Jul;14(7):499–504.

CUIDADOS PALIATIVOS EN EL PACIENTE EN FASE AVANZADA DE ENFERMEDAD

DOLOR

BOCA SECA

CRISIS CONVULSIVA

DELIRIO

DIARREA

DISNEA

DISNEA TERMINAL

ESTREÑIMIENTO

ESTERTORES PREMORTEN

HEMORRAGIA MASIVA

HIPO

INSOMNIO

NÁUSEAS Y VÓMITOS

TOS

BIBLIOGRAFÍA

40. Watson M, Lucas C, Hoy A, Back I, Armstrong P. Palliative Care Guidelines Plus [Internet]. 2011 [cited 2014 Feb 19]. Available from: <http://www.pallcare.info>
- Wiffen PJ, Derry S, Moore RA, Aldington D, Cole P, Rice ASC, et al. Antiepileptic drugs for neuropathic pain and fibromyalgia - an overview of Cochrane reviews. Cochrane Database Syst Rev. 2013;11:CD010567.