

MANUAL DE CUIDADOS PALIATIVOS PARA M.I. R



Sede del ESAD en el Centro de Salud Pirineos II

MAR BESCÓS ORÓS
ANA C. ZAMORA MOLINER

NOTA DE LAS AUTORAS

Este manual va dirigido a todos los médicos residentes que pasan por el servicio del ESAD y a todos aquellos que no haciéndolo, están interesados en la atención a los enfermos en fase terminal y precisan una ayuda que oriente sobre cómo actuar ante situaciones de terminalidad.

El manual pretende ser una recopilación y actualización de lo necesario tanto en actitudes clínicas y humanas como en terapéuticas, de una forma resumida, esquemática y de fácil manejo.

Esperamos que sea de interés, y lo más importante, que sea de utilidad.

Mar Bescós Orós

Especialista en Medicina de Familia

Diplomada en Geriatría

Máster en Cuidados Paliativos, en Gerontología Social y en Bioética

Médico del ESAD de Huesca. Hospital San Juan de Dios de Zaragoza

Ana Cristina Zamora Moliner

Licenciada en Enfermería y en Ciencias Biológicas

Experta en Cuidados Paliativos

Enfermera del ESAD de Huesca. Hospital San Juan de Dios de Zaragoza

Queremos agradecer su revisión y consejos a:

Dr. Jacinto Bátiz

Jefe del Área de Cuidados.

Hospital San Juan de Dios de Santurce (Vizcaya)

Dr. Marcos Gómez Sancho

Director de la Estrategia de Cuidados Paliativos de Canarias.

Dra. Mónica Lalanda

Médico de Familia en Segovia y dibujante.

Dra. Micaela Moro Ipola

Profesora de Psicología de la Universidad Jaume I de Castellón

Dr. Antonio Salinas Martín. Oncólogo-radioterapeuta. Hospital Virgen de la Candelaria. PSF

Agradecer también al Dr. Mariano Rodríguez Torrente coordinador de la Unidad Docente de Medicina de Familia y Comunitaria del Sector de Huesca y a la Dra. Carmen de la Fuente, por sus consejos y estímulo para llevar a cabo este manual.

Y fundamentalmente a todos nuestros pacientes y a sus familias que a lo largo de los años nos han ido enseñando y enriqueciendo, tanto en lo profesional, como en lo humano.

Foto de portada: Sede del ESAD en el Centro de Salud Pirineos

ÍNDICE

PRESENTACION	6
INTRODUCCIÓN A LOS CUIDADOS PALIATIVOS	10
Qué son los cuidados paliativos	11
Criterios de Terminalidad generalidades.	12
Identificación de la terminalidad	12
Objetivos, Bases Terapéuticas y Tratamientos	14
ÉTICA EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS	15
Calidad de Vida	16
Respeto a la Dignidad de la Persona	17
Adecuación ética de los tratamientos al final de la vida	18
Atención médica	19
Al Enfermo	19
A la Familia	19
Atención médica al final de la vida desde la Deontología Médica.	20
INFORMACIÓN, COMUNICACIÓN Y TOMA DE DECISIONES	21
Información	21
Comunicación	21
INFORMACIÓN, COMUNICACIÓN Y TOMA DE DECISIONES	21
Fases de la comunicación	22
Toma de decisiones	23
En patología oncológica	24
En enfermedad crónica no oncológica	25
Criterios capaces de identificar un pronóstico de supervivencia:	25
Predicción de terminalidad	26
IDENTIFICACIÓN DE LA FASE TERMINAL	26
CONTROL DE LOS SÍNTOMAS	28
SÍNTOMAS PRINCIPALES (Índice alfabético)	29
ANOREXIA	29
ASTENIA	30
DELIRIUM	32

DISNEA	35
DOLOR	37
Opioides	40
ESPASMO VESICAL	43
ESTERTORES	44
ESTREÑIMIENTO	45
HEMORRAGIAS	47
ULCERAS ONCOLÓGICAS	47
HEMATURIA	47
HEMOPTISIS	48
HIPO	49
INSOMNIO	50
NAUSEAS Y VÓMITOS	51
OBSTRUCCIÓN INTESTINAL	53
TENESMO URINARIO	54
SÍNDROME DE LOS ÚLTIMOS DÍAS (SUD)	55
SEDACION	57
VÍA SUBCUTÁNEA	60
INDICACIONES	60
CONTRAINDICACIONES RELATIVAS	60
CUIDADOS DE ENFERMERIA	60
ZONAS DE PUNCIÓN	61
TÉCNICA	62
CUIDADOS POSTERIORES	62
MODOS DE ADMINISTRACIÓN	63
FÁRMACOS MAS UTILIZADOS POR VIA SC EN CUIDADOS PALIATIVOS	64
MEZCLAS DE FÁRMACOS	66
FÁRMACOS QUE SE PUEDEN MEZCLAR	66
NO MEZCLAR	66
INFUSORES	67
LLENADO	67
HIPODERMOCLISIS	69
INDICACIONES	69
CURAS Y CUIDADOS	70
ULCERAS NEOPLÁSICAS	70
CUIDADOS DE LA BOCA	74
CUIDADOS DE LA PIEL	75

ALIMENTACIÓN	76
RECOMENDACIONES	76
<i>ESPIRITUALIDAD EN CP</i>	77
NECESIDADES ESPIRITUALES	79
APOYO O ACOMPAÑAMIENTO ESPIRITUAL	81
INGREDIENTES ESENCIALES EN EL ACOMPAÑAMIENTO	82
BIBLIOGRAFIA	83
ANEXO	86



PALIATIVOS SIN FRONTERAS-PSF, agradece a la Dra. Mar Bescós Orós y a Ana Cristina Zamora Moliner, Enfermera, coautoras por la cesión de este libro Manual de Medicina Paliativa para Residentes M.I.R., con el objetivo de ayudarnos a difundirlos en los países de escasos y medianos ingresos.

PRESENTACION

El *Manual de Cuidados Paliativos para M.I.R* es una herramienta fundamental para cualquier profesional sanitario que esté cerca de las personas que se encuentren en el proceso de una enfermedad avanzada e incurable y que precisen más nuestro arte de cuidar que nuestra ciencia de curar. Va a ser muy útil para cualquier profesional que tenga que cuidar a un enfermo y a su familia.

El Médico Residente, cuando toma contacto con enfermos en fase terminal suele comprobar que la ciencia que ha ido adquiriendo a lo largo de sus años de formación no puede resolver su enfermedad, pero comprueba la necesidad de seguir ayudando al enfermo y a su familia.

Como tutor de Residentes de Familia en nuestro Área de Cuidados Paliativos he podido comprobar que descubren durante su rotación lo importante que es adquirir conocimientos y habilidades en esta disciplina de la Medicina, la Medicina Paliativa. Transcribo alguna de sus reflexiones que compartieron conmigo después de finalizar la rotación:

“He aprendido a acompañar a las familias y al enfermo en las fases avanzadas de la enfermedad, convencernos y saber transmitir al enfermo y a su familia que en esta etapa de la enfermedad vamos a trabajar de otra manera, dejaremos de ser agresivos con los tratamientos, incluso los abandonaremos e instauraremos otros más orientados a cuidar que a curar”

Es un Manual eminentemente práctico por su concreción y por su estructura que facilita la búsqueda de lo que se necesite consultar en un momento concreto y además, porque aborda todos los temas fundamentales a la hora de cuidar al final de la vida: la identificación de las necesidades en la terminalidad de cada una de las enfermedades, la información, la comunicación la toma de decisiones desde una ética médica prudente y deliberativa, un control de síntomas que garantice el confort y la dignidad del enfermo, sin olvidar el acompañamiento espiritual.

Por todo ello, este Manual será de gran ayuda para no abandonar a la persona enferma ni a su familia a la libre evolución de su proceso aplicando sólo los cuidados paliativos en las fases agónicas, para no ser autosuficiente considerando que son situaciones que se pueden manejar con unos mínimos conocimientos técnicos y la atención de los síntomas físicos, para evitar que, ante el miedo y las reticencias a aceptar esta situación, emprendan actitudes más intervencionistas, no afrontando la comunicación y los encuentros incómodos con el enfermo y su familia.

Con este Manual se aprende a tratar al enfermo como un ser humano hasta el momento de su muerte, a que no se le contemple como una estructura biológica, sino que además se tenga en cuenta su dimensión emocional, social y espiritual, a que se permita al enfermo participar en las decisiones que incumban a sus cuidados, a que sus preguntas sean respondidas con sinceridad y sin engaño, a no precipitar deliberadamente su muerte, sin tampoco prolongar innecesariamente su agonía, a ayudar a no sufrir mientras llegue su muerte, y a atender a sus seres queridos después, para aliviar su pena.

Gracias a las autoras porque, en el *Manual de Cuidados Paliativos para M.I.R.*, han plasmado lo que un Médico Residente debe conocer para cuidar mejor.

Dr. Jacinto Bátiz
Jefe del Área de Cuidados
Hospital San Juan de Dios de Santurce (Vizcaya)

*Muerte, no te enorgullezcas,
aunque algunos te hayan llamado poderosa y terrible, no lo eres;
porque aquellos a quienes crees poder derribar
no mueren, pobre Muerte;
y tampoco puedes matarme a mí.
El reposo y el sueño, que podrían ser casi tu imagen,
brindan placer, y mayor placer debe provenir de ti,
y nuestros mejores hombres se van pronto contigo,
¡descanso de sus huesos y liberación de sus almas!
Eres esclava del destino, del azar, de los reyes y de los desesperados,
y moras con el veneno, la guerra y la enfermedad;
y la amapola o los hechizos pueden adormecernos tan bien
como tu golpe y mejor aún.
¿Por qué te muestras tan engreída, entonces?
Después de un breve sueño, despertaremos eternamente
y la Muerte ya no existirá. ¡Muerte, tú morirás!*

Death Be Not Proud, John Donne (1572-1631)

Mónica Lalanda, médico y dibujante, resume muy bien las cualidades que, además de las técnico-científicas, debe tener todo buen médico y también todo buen paliativista.



INTRODUCCIÓN A LOS CUIDADOS PALIATIVOS

Los pacientes afectados por una enfermedad avanzada o terminal y sus familias constituyen un reto para el sistema sanitario y para la sociedad en su conjunto.

En este colectivo de pacientes se dan requerimientos sanitarios sociales y éticos donde dos son los objetivos fundamentales: aliviar el sufrimiento entendido como “dolor total” ya que afecta no solo a la esfera somática sino también a la psicológica, espiritual y social, y ayudar a mantener la dignidad de la persona como ser humano íntegro y único, hasta el momento final de su vida.

Los cuidados paliativos son la respuesta a esta necesidad, incorporando estos dos objetivos.

Los cuidados paliativos no se dirigen a una enfermedad específica ni a una edad determinada; abarcan el periodo desde el diagnóstico de enfermedad avanzada e incurable hasta el fin del duelo por parte de sus familiares. **No son sinónimo de cuidados terminales, aunque los incluyen.**

Proceso evolutivo de enfermedad terminal y actuaciones precisas



Por lo tanto, **los cuidados paliativos se deben de asumir como una parte integral del sistema de atención y cuidados de la salud y como un derecho para la protección de la dignidad de los enfermos en fase terminal.**

Qué son los cuidados paliativos

Definición de la OMS

*"Los Cuidados Paliativos **son un modo de abordar la enfermedad** avanzada e incurable que pretende **mejorar la calidad de vida** hasta la muerte, tanto de los pacientes que afrontan una enfermedad como de sus familias, mediante la prevención y el **alivio del sufrimiento** a través de un diagnóstico precoz, una evaluación adecuada y el oportuno tratamiento del dolor y de otros problemas tanto físicos como psicosociales y espirituales, proporcionando atención hasta el final de la vida y en la fase del duelo.*

Los cuidados paliativos mitigan **el dolor y otros síntomas, y proporcionan apoyo espiritual y psicológico** desde el momento del diagnóstico hasta el final de la vida y durante el duelo.

Afirman la vida y consideran la muerte como un proceso natural: ni la aceleran ni la retrasan.

Los cuidados paliativos

- ✓ Son un modo de atención a pacientes con enfermedad progresiva e incurable.
- ✓ Indicados tanto en paciente oncológico como no oncológico.
- ✓ Alivian el sufrimiento (dolor y otros síntomas angustiantes).
- ✓ Afirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal.
- ✓ No intentan ni acelerar ni retrasar la muerte.
- ✓ Integran los aspectos psicológicos y espirituales del cuidado del paciente.
- ✓ Facilitan la adaptación familiar durante la enfermedad del paciente y al duelo.
- ✓ Utilizan un enfoque de equipo para atender necesidades de pacientes y familias.
- ✓ Mejoran la calidad de vida.
- ✓ No son exclusivos de las fases finales de la enfermedad.
- ✓ Ayudan a comprender y manejar complicaciones clínicas angustiosas.

Identificación de la terminalidad

Criterios de Terminalidad generalidades.

Presencia de enfermedad avanzada, progresiva e incurable

- ✓ *Escasa o nula respuesta al tratamiento adecuado y específico.*
- ✓ *Rechazo al tratamiento activo.*
- ✓ *Comorbilidad.*
- ✓ *Declive físico y aumento de necesidad de ayuda.*
- ✓ *Pérdida de peso (>10%) en los últimos 6 meses.*
- ✓ *Enfermedad avanzada, inestable y síntomas complejos.*
- ✓ *Impacto emocional en el paciente, familia y equipo terapéutico, relacionado con el proceso de morir.*
- ✓ *Ingresos hospitalarios repetidos.*
- ✓ *Albúmina sérica < 25 g/l*
- ✓ *Pronóstico vital limitado a los últimos meses.*

Criterios de Terminalidad específicos

(Thomas,K. et al. *The GSF Prognostic Indicator Guidance*)

Enfermedad	Criterios Clínicos	Criterios Técnicos
ONCOLOGICA <i>criterios clínicos</i>	. Cáncer estadio III-IV con escasa respuesta. . Deterioro funcional significativo	<i>ECOG >2 (pag. 27)</i> <i>KARNOFSKI < 50 (pag. 26)</i>
CRÓNICA CARDIACA <i>dos o más criterios clínicos</i>	. Disnea de mínimos esfuerzos. . Insuficiencia Cardíaca. . Angina de reposo. . Repetidos ingresos hospitalarios. . Dificultad física o psicológica a pesar de correcta respuesta al tratamiento.	NYHA estadio III-IV. F. Eyección <30% Ingresos hospital > de 3 en ultimo año Insuf. Renal asociada
CRÓNICA PULMONAR <i>dos o más criterios clínicos</i>	. Disnea de reposo o mínimos esfuerzos. . Ingresos hospitalarios repetidos. . Insuficiencia Cardíaca asociada. . Necesidad de O ₂ terapia. . Combinación de otros factores: Anorexia, infecciones repetidas . Mas de 6 semanas con esteroides	FEV1 < 30% CV forzada <40% Ingresos Hospital >3 año PO ₂ ≤55, SO ₂ ≤88% con O ₂ PCO ₂ ≥50

Enfermedad	Criterios Clínicos	Criterios Técnicos
CRÓNICA HEPÁTICA <i>alguno de los criterios clínicos</i>	. Cirrosis avanzada. . Ascitis refractaria. . Síndrome Hepatorrenal. . Sangrado recurrente por varices.	Child C (Anexo pág. TP> control en 5"
CRÓNICA RENAL <i>alguno de los criterios clínicos</i>	. Clínica de Uremia. . Sobrecarga líquida refractaria. . Síndrome Hepatorrenal.	CCr < 10ml/min Cr>8mg/dl Diuresis < 400 cc/24h
DEMENCIA <i>dos o más criterios clínicos</i>	. Pérdida de 2 o más ABVD en los últimos 6 meses. . Pérdida de peso. . Incontinencia (fecal y urinaria). . Inhábil para las ABVD. . Conversación poco/nada coherente. . Neumonía por aspiración. . Reducción de la ingesta. . Uso de múltiples recursos.	GDS/FAST 6C BARTHEL < 5(Anexo pág.
NEUROLÓGICAS en general <i>dos o más criterios clínicos</i>	. Disfagia progresiva. . Neumonía por aspiración frecuente. . Deterioro progresivo. . Dificultad para la comunicación.	
ENFERMEDAD DE LA MOTONEURONA	. Rápido declive. . Dificultades cognitivas. . Pérdida de peso. . Pérdida de capacidad respiratoria. . Discinesia. . Dificultades de comunicación.	Capacidad Vital (CV) < 70%
PARKINSON	. Disminución de efectividad del tratamiento o aumento de complejidad. . Aumento de la dependencia. . Incremento de periodos "off" . Discinesia y problemas de movilidad. . Síntomas psiquiátricos (depresión, alucinaciones, psicosis, ansiedad)	
ESCLEROSIS MÚLTIPLE	. Síntomas complejos y complicaciones médicas . Disfagia y deterioro nutricional . Dificultades de comunicación . Deterioro cognitivo	

Objetivos, Bases Terapéuticas y Tratamientos

OBJETIVO	Confort: Del enfermo y de la familia Proporcionar una buena Calidad de Vida y Calidad de Muerte
BASES TERAPÉUTICAS:	Atención integral, no solo a la esfera física sino también a la emocional, social y espiritual El enfermo y la familia son la unidad a tratar, el sufrimiento sobrepasa al enfermo y la familia, como principal cuidador, debe ser atendida y formada. Promoción de la autonomía y dignidad, contando con el enfermo a la hora de instaurar, modificar y retirar los tratamientos. Terapias adaptadas a las necesidades: cambios frecuentes Valorar el entorno, como espacio que condiciona la terapias.
INSTRUMENTOS BÁSICOS	Control de los síntomas. Apoyo emocional. Facilitar la comunicación con el enfermo, familia y equipo. Posibilitar el cambio en la organización. Equipo interdisciplinar.

ÉTICA EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS

Con el avance de la técnica la medicina ha ido tomando distancia del ser humano como enfermo para considerarlo más un objeto de estudio que una persona a la que hay que cuidar. No debemos olvidar que el origen etimológico de cuidar y curar es el mismo y por tanto ambas cosas deben ir unidas. Donde no llegue la erradicación o control de la enfermedad, deberá alcanzar el cuidado del enfermo y la atención a sus necesidades físicas y espirituales. Cuidar es reconocer en el otro su dignidad y su diferencia.

Las profesiones sanitarias tienen una obligación que va más allá de la **no maleficencia**, sino que deben buscar la **beneficencia**, y ese beneficio se ha de procurar respetando los valores y proyectos del enfermo, es decir, con el respeto a su **autonomía**.

El marco de acción adecuado para el desempeño de nuestra actividad será **la actitud deliberativa** entendiendo la relación clínica como una negociación donde se aclaran valores, se delibera sobre los cursos de acción a través de una correcta información y se pide su consentimiento. Además, hemos de contar con **la prudencia como la guía de toda nuestra actuación asistencial**.

- ✓ Curar es cuidar
- ✓ Cuidar es reconocer en el otro su dignidad y su diferencia
- ✓ Principios éticos : Beneficencia y No Maleficencia, Justicia y Respeto a la Autonomía
- ✓ Relación clínica: Actitud deliberativa
- ✓ Información y escucha activa, como método
- ✓ Prudencia, como norma fundamental

Adecuación ética de los tratamientos según fases de la enfermedad

	FASES		
	CURATIVA	PALIATIVA	AGONICA
OBJETIVO	Supervivencia	Calidad de vida	Calidad de muerte
PRONÓSTICO	Largo (años)	Limitado (meses)	Corto (días/horas)
HIDRATACIÓN/ ALIMENTACION ARTIFICIAL	Sí	Posible (valorar calidad de vida)	No , desaconsejada
TERAPIAS PREVENTIVAS	Sí	Solo a corto plazo	No.

Calidad de Vida

Existe una idea intuitiva bastante clara de lo que es la “calidad de vida” aunque objetivarla sea más difícil.

En primer lugar hemos de decir que la vida no es meramente un proceso biológico del ser humano, sino que lleva implícito un componente psicosocial y espiritual, y por tanto, hemos de valorar todas esas dimensiones para poder hablar de calidad de vida.

CRITERIOS DE VALORACION	
Capacidad funcional	Actividades de la vida diaria
Estado psicológico	Grado de ansiedad y el efecto que produce
Soporte y red social	Con quien convive y qué tipo de apoyos tiene, grado de comunicación y relación con los mismos
Estado de salud	Control del dolor y de otros síntomas
Sensación de bienestar	Percepción subjetiva del paciente.

Entre las escalas de medida de la calidad de vida encontramos la *Support Team Assessment Schedule (STAS)*, desarrollada por Higginson, cuestionario creado en Inglaterra para evaluar los resultados de la intervención de los equipos de cuidados paliativos, y la *Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)*, creada por Bruera y McDonald, con un objetivo más asistencial y con la particularidad de que es el propio paciente el que evalúa con una escala visual analógica los distintos items.

Respeto a la Dignidad de la Persona

La dignidad surge de la autonomía.

La dignidad implica el uso de la libertad.

Hemos de tener en cuenta que nuestras actitudes terapéuticas deben estar siempre refrendadas por un **consentimiento informado**, que no implica necesariamente un documento firmado, sino que el paciente, si está en plenas o suficientes facultades mentales, debe ser conocedor de las medidas terapéuticas y diagnósticas de que disponemos y manifestar si está de acuerdo en que esas medidas sean llevadas a cabo.

En el caso de no estar en dichas condiciones recurriremos al documento de voluntades anticipadas (**DVA**) si lo hubiera, para lo cual se ha de consultar en el registro pertinente o se pedirá la opinión de un representante legal que puede ser un familiar o no.

El derecho a morir con dignidad lleva implícito:

- ✓ Derecho a morir con serenidad.
- ✓ Derecho a rechazar tratamientos que sólo prolonguen la agonía, aún en el caso de que la vida se vea acortada.
- ✓ Derecho a rechazar cualquier tratamiento médico, aún en el caso de que el rechazo conduzca a la muerte.
- ✓ Derecho a manifestar voluntades anticipadas sobre el proceso de morir, con carácter vinculante para terceros.
- ✓ Derecho a obtener un tratamiento paliativo del dolor y demás síntomas durante el proceso de morir.

Adecuación ética de los tratamientos al final de la vida

Desde la perspectiva de la **No Maleficencia**, se deberá valorar:

- ✓ **La Proporcionalidad** de la medida terapéutica.
- ✓ **Los Fines** que se persiguen.
- ✓ **Los Efectos previsibles**, tanto en la mejoría y el alivio del síntoma como en los efectos secundarios que pudieran conllevar.

Retirada de medicamentos fútiles

En las fases finales de la vida no son precisos aquellos fármacos que tengan una función meramente preventiva o curativa de unas patologías previas, que en el momento actual, son secundarias frente a la situación de gravedad del momento. Por tanto, hemos de **explicar** al paciente y cuidadores la no necesidad de los mismos.

No realización de pruebas diagnósticas

Ante la duda de si debemos realizar o no una determinada prueba diagnóstica siempre hemos de **preguntarnos si el resultado de la misma podría cambiar nuestra actitud terapéutica** porque eso supondría un beneficio para el paciente.

Si la respuesta es negativa, se debe evitar cualquier prueba que crea, como mínimo, molestias al paciente y un gasto innecesario al sistema sanitario que tiene unos recursos limitados y se deben repartir de la forma más justa posible.

Alimentación e hidratación en la terminalidad

En la fase terminal la alimentación **deja de ser una medida de cuidado elemental**, ya que en la mayoría de ocasiones esta fase cursa con anorexia y dificultad de ingesta de alimentos, por lo que la nutrición forzada podría ser una forma de encarnizamiento. Lo mismo puede decirse de la deshidratación. En ambas debemos distinguir si la desnutrición o deshidratación crean síntomas desagradables, como puede ser la sed, el hambre, las molestias en la piel por sequedad, convulsiones o dolor, en cuyo caso se debe valorar la reposición de líquidos o alimentos o, por el contrario, lleva a una disminución de conciencia que facilita el tránsito de la vida a la muerte.

Debemos tener en cuenta el **valor simbólico** de la nutrición e hidratación en nuestra cultura, donde se relaciona este hecho con mantener la vida y el cuidado. Ante esta situación la respuesta no debe ser estar sensibles al hecho cultural solamente, sino explicar claramente el verdadero papel de estas actuaciones en ese momento de la vida y la auténtica función de las mismas o de su retirada.

Es importante explicar que el paciente no muere por no comer o beber sino que el estar muriendo hace que no tenga sed ni hambre y por tanto rechace la nutrición y la bebida.

Atención médica

Al Enfermo

Atención Médica	Objetivo	Guía
	Control de Síntomas	Buena praxis
	Buscar Confort	Beneficencia/No maleficencia
	Comunicación fluida	Respeto a la Autonomía
	Prever Complicaciones	Valoración Física y Psicológica
	Detectar Necesidades	Valoración psico-social
	Eliminar el Sufrimiento	Atención pluri-factorial
	Atención a la familia	Atención multidisciplinar

A la Familia

- Reconocer temores y dudas
- Informar pacientemente del pronóstico y de los objetivos
- Facilitar el contacto con el equipo
- Prevenir la sobrecarga del cuidador.
- Enseñar métodos y técnicas de cuidado.

Atención médica al final de la vida desde la Deontología Médica.

El Código de Deontología Médica, de obligado cumplimiento por parte de todos los médicos, en su capítulo VII, artículo 36 determina puntualmente cuales son los deberes con un enfermo en fase terminal:

1.- El médico tiene el deber de intentar la curación o mejoría del paciente siempre que sea posible. **Cuando ya no lo sea, permanece la obligación de aplicar las medidas adecuadas para conseguir su bienestar, aún cuando de ello pudiera derivarse un acortamiento de la vida.**

2.- El médico **no deberá emprender o continuar acciones diagnósticas o terapéuticas sin esperanza de beneficios para el enfermo, inútiles u obstinadas. Ha de tener en cuenta la voluntad explícita del paciente a rechazar dicho tratamiento para prolongar su vida.** Cuando su estado no le permita tomar decisiones, tendrá en consideración y valorará las indicaciones anteriormente hechas y la opinión de las personas vinculadas responsables.

3.- El médico **nunca provocará intencionadamente la muerte** de ningún paciente, ni siquiera en caso de petición expresa por parte de éste.

4.- El médico está obligado a **atender las peticiones del paciente** reflejadas en el documento de voluntades anticipadas, a no ser que vayan contra la buena práctica médica.

5.- **La sedación en la agonía es científica y éticamente correcta sólo cuando existen síntomas refractarios a los recursos terapéuticos disponibles y se dispone del consentimiento del paciente implícito, explícito o delegado.**

6.- Aunque el médico que haya tenido la mayor carga asistencial sobre el paciente es el que tiene la mayor responsabilidad ética de cumplimentar el certificado de defunción en todos sus apartados, no es deontológicamente aceptable rehuir el compromiso de certificarla cuando se produce si se ha presenciado la misma, se conoce al paciente o se tiene a disposición la historia clínica.

INFORMACIÓN, COMUNICACIÓN Y TOMA DE DECISIONES

Información

Los médicos tienen la responsabilidad ética y legal de proporcionar una adecuada información al paciente de la forma en que sea capaz de procesar esa información y llevando a cabo las decisiones consensuadas y apropiadas. Esta situación facilitará las expectativas más realistas sobre los resultados esperados. (*Código deontológico, revisión up date 2013, sobre consentimiento informado*)

Beneficios de la correcta información

- Implican al paciente en el cuidado de su salud.
- Implican al médico en la relación médico-paciente.
- Estimulan al médico en la búsqueda de distintas opciones terapéuticas.
- Reducen el descontento y la litigación cuando hay complicaciones.

Comunicación

Debe centrarse en el paciente, a no ser que delegue en otros o esté disminuida su atención por situaciones como dolor intenso, mareos u otras situaciones similares.

Se ha de utilizar un lenguaje comprensible.

Se ha de informar también de quienes son las personas que están presentes, siempre que no los conozcan, ya sean enfermeros, residentes o estudiantes.

Una correcta comunicación implica:

- ✓ Explorar los problemas, reflexionar sobre ellos y llegar a un acuerdo.
- ✓ Ponerse en el lugar del otro y tener un control y autorregulación de los propios sentimientos e ideas.
- ✓ Valorar los signos no verbales (gestos, actitudes, posturas, entorno) y utilizarlos para facilitar el entendimiento.
- ✓ Evitar la incoherencia verbal/gestual.
- ✓ Recoger no solo información de salud sino social y psicológica.
- ✓ Facilitar la expresión de sentimientos, temores y dudas.
- ✓ Valorar el impacto de la enfermedad en la calidad de vida
- ✓ Averiguar la opinión del paciente
- ✓ Dar información sobre los distintos tratamientos
- ✓ Consensuar con el paciente las medidas terapéuticas

Fases de la comunicación

<u>Encuentro</u>	Espacio tranquilo e íntimo Escucha activa	
<u>Exploratoria</u>	Comunicación verbal	Dejar tiempo que se exprese Facilitadores: Asentimientos, verbales y gestuales,.. "ya, si sí" Señalamientos: ... "lo veo preocupado", "por qué dice eso" Empatía: ... "Entiendo que esté usted disgustado, triste..." Silencio funcional: dejar un tiempo sin hablar para permitir reordenar las emociones. Repetición de palabras o frases clave para su confirmación. Aclaración: verificar sentimientos o palabras que se dicen: "¿Qué es importante para usted?"
	Facilitar el vaciamiento	Dejar tiempo para que cuente aquello que le es difícil.
	Resumir	Lo entendido y pedir confirmación.
	Preguntas abiertas,	Solo de sí o no, cuando haya dificultades de comprensión.
	Evitar preguntas dirigidas	Tal como: "está usted mejor, verdad?"
<u>Recogida de datos:</u>	Utilizar expresiones facilitadoras	localismos, símiles, etc.
	Centrar	Centrarse en las preguntas al aspecto a explorar de forma progresiva.
	Comunicación no verbal	Observando gestos, actitudes.
	Sintetizar	Buscar los síntomas más importantes.

Toma de decisiones

- Ha de ser valorada la competencia del paciente, aunque siempre se ha de presuponer, salvo situaciones obvias como enfermedad mental grave o determinaciones previas de incompetencia.
- Para la toma correcta de decisiones, el paciente deber ser informado del diagnóstico, las propuestas de tratamiento, las opciones alternativas y el riesgo de rehusarlo.

PRONÓSTICO

En patología oncológica

La impresión clínica, por sí sola, no constituye un parámetro exacto para predecir el pronóstico en pacientes de cáncer en situación terminal (necesidad de modelos que contemplen variables como la situación funcional global, estado nutricional, etc.)

Tumor	Localización y Tipo de tumor primario		
	Patrón metastásico		
Datos Clínicos	Anorexia	Estreñimiento	Xerostomía
	Vómitos	Edemas	Nivel de conciencia
	Disnea	Disfagia	Caquexia
	Delirium	Úlceras por decúbito	Oliguria
	Pulso débil e irregular	Baja presión diastólica	
	<i>(presencia más de 2 síntomas asociados empeoran sensiblemente el pronóstico)</i>		
Valoración del Estado funcional	Índice de Karnofsky (KPS) < 40 (Anexo pag.26)		
	Índice de ECOG < 2 (Anexo pag.27)		
	Índice de Barthel, a menor índice, mayor riesgo (Anexo pag.)		
Valoración del deterioro cognitivo	Índice de Pfeiffer a mayor índice mayor riesgo (Anexo pag.)		
Datos Analíticos <i>Signos de gravedad</i>	Hiponatremia	Hipercalcemia	
	Hipoproteinemia	Hipoalbuminemia	
	Leucocitosis	Linfopenia	
	Neutropenia		

En enfermedad crónica no oncológica

Criterios capaces de identificar un pronóstico de supervivencia:

- ✓ Valoración Multidimensional Individualizada.
- ✓ Escalas de valoración de las Actividades Básicas e Instrumentales de la Vida Diaria (**ABIVD**), exámenes cognitivos como los test de Pfeiffer y Folstein, escalas de depresión, etc.).
- ✓ Otras variables:
 - Edad como indicador de comorbilidad y "fragilidad".
 - Tiempo de evolución del proceso causante de discapacidad.
 - Estado nutricional.
 - Deterioro cognitivo.
 - Depresión.
 - Falta de un adecuado soporte sociofamiliar.

IDENTIFICACIÓN DE LA FASE TERMINAL

Uno de los problemas con los que nos encontramos a menudo es cómo podemos discernir cuándo ha llegado el momento final de la enfermedad y por tanto, de la vida. Para eso, podemos recurrir a la valoración de una serie de factores objetivos que nos sirven de indicadores del pronóstico final.

Predicción de terminalidad

Signos y síntomas clínicos

- Disnea < 30 días
- Disfagia < 30 días
- Pérdida de peso 2-3 meses
- Anorexia < 60 días
- Xerostomía < 50 días
- Deterioro cognitivo < 38 días
- Delirium 4 -12días

A medida que se van sumando, se van reduciendo los tiempos.

Karnofski (para población oncológica)

KARNOFSKI	
100	Normal, sin quejas, sin indicios de enfermedad
90	Actividades normales, pero con signos y síntomas leves de enfermedad
80	Actividad normal con esfuerzo, con algunos signos y síntomas de enfermedad
70	Capaz de cuidarse, pero no de llevar a término actividades normales
60	Requiere atención ocasional, pero puede cuidarse a sí mismo
50	Gran atención, incluso de tipo médico. Encamado menos del 50% del día
40	Necesita cuidados y atenciones especiales. Encamado más del 50% del día
30	Severamente incapacitado, tratamiento de soporte activo
20	Encamado por completo, paciente muy grave, necesita muchos cuidados y tratamiento
10	Moribundo

Escala ECOG (*Eastern Cooperative Oncology Group*)

ECOG	
0	Asintomático, capaz de realizar un trabajo y actividades normales de la vida diaria
1	Síntomas que no le impiden realizar su trabajo ni Actividades Básicas de Vida Diaria (AVD). Encamado solo las horas del sueño
2	No es capaz de desempeñar su trabajo, síntomas que le obligan a permanecer en cama menos del 50% del día. Precisa alguna ayuda para las AVD
3	Necesita estar encamado más del 50% del día por presentar síntomas. Ayuda para la mayoría de las AVD.
4	Encamado el 100 % del tiempo y necesita ayuda para TODAS las AVD.
5	Está moribundo o morirá en horas.

CONTROL DE LOS SÍNTOMAS

Generalidades

- ✓ Cuando el enfermo manifiesta un síntoma es que lo “siente”.
- ✓ La potencia de un analgésico vendrá dada por la intensidad del dolor y no por la supervivencia prevista.
- ✓ Control plurimodal de los síntomas, los fármacos solo no siempre son suficientes.
- ✓ Hay factores externos que pueden subir o bajar el umbral de un síntoma.
- ✓ No todos los dolores se alivian con analgésicos.
- ✓ Los psicótrópos no se deben usar por rutina.
- ✓ Los síntomas crónicos necesitan una terapia preventiva.
- ✓ Los analgésicos es preferible suministrarlos a horas fijas, si resulta insuficiente es que precisa más dosis o rescates.
- ✓ Las dosis se regularan individual y regularmente.
- ✓ El insomnio debe tratarse de forma enérgica.
- ✓ Se puede mezclar analgésico periférico con central.
- ✓ No se aconseja mezcla de dos analgésicos centrales.

SÍNTOMAS PRINCIPALES *(Índice alfabético)*

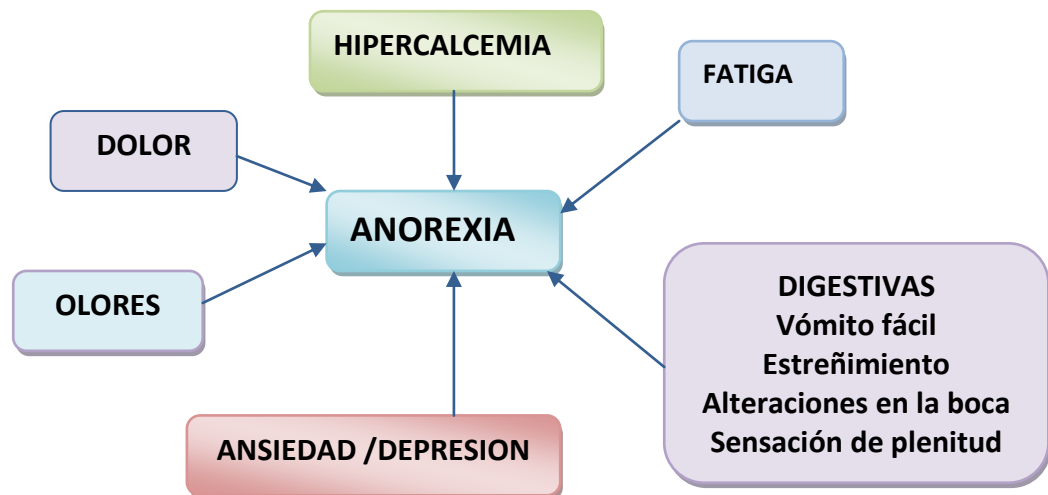
ANOREXIA

Definición

Incapacidad para comer normalmente. Falta de apetito.

Se asocia frecuentemente, sobre todo en pacientes oncológicos, con la caquexia, aunque no es la causa de la misma.

Causas



Tratamiento

Medidas generales	Fármacos
Platos sencillos: caldos, purés y sólidos de consistencia blanda	Dexametasona
Poca cantidad en plato grande y 5-6 veces al día.	Amitriptilina
Sabores suaves, preferible el dulce.	Acetato de Megestrol
Alimentos templados o fríos.	Ciprohetadina (indicado en pacientes no oncológicos)
Evitar carnes rojas.	Asociar antieméticos
Mayor aporte calórico en el desayuno.	

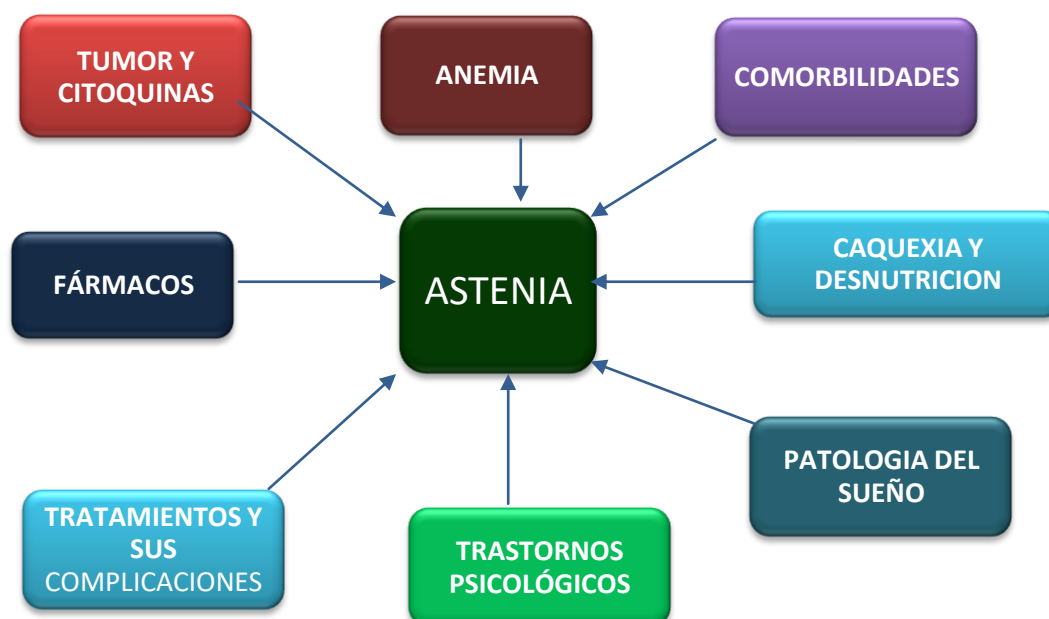
ASTENIA

Definición

Padecer 6 o más de los síntomas siguientes, todos o casi todos los días durante al menos dos semanas en el último mes y al menos uno debe ser A1

- A1** Cansancio significativo, disminución de la energía o aumento de la necesidad de reposo, todo ello de manera desproporcionada para la actividad realizada recientemente.
- A2** Debilidad generalizada o pesadez en brazos/piernas.
- A3** Disminución de la capacidad de concentración.
- A4** poca motivación o desinterés por las actividades habituales.
- A5** insomnio o hipersomnia.
- A6** Sueño poco reparador.
- A7** Necesidad de rehuir actividades habituales.
- A8** Labilidad Emocional.
- A9** Dificultad para realizar actividades de la vida diaria debido al cansancio.
- A10** Problemas de memoria.

Causas



Tratamiento

Medidas no farmacológicas	Fármacos	Dosis
Informar al enfermo y familia del síntoma	METILFENIDATO	5-10 mg/día
Alternar tareas con descansos	PREDNISONA	20-40 mg/día
Interrumpir actividades antes de cansarse	MEGESTROL	160/480 mg/día
Evitar esfuerzos	AMANTADINA	100mg/día
Realizar actividades sentado	(En esclerosis múltiple)	
Ejercicio: Micro gimnasia 30'/día	GINKO BILOBA	
Regularizar el sueño	(en estudio)	

DELIRIUM

Definición

Estado confusional agudo que resulta de una disfunción orgánica cerebral difusa y se caracteriza por alteraciones en el nivel de conciencia y de la atención asociándose alteraciones cognitivas y del nivel de la percepción.

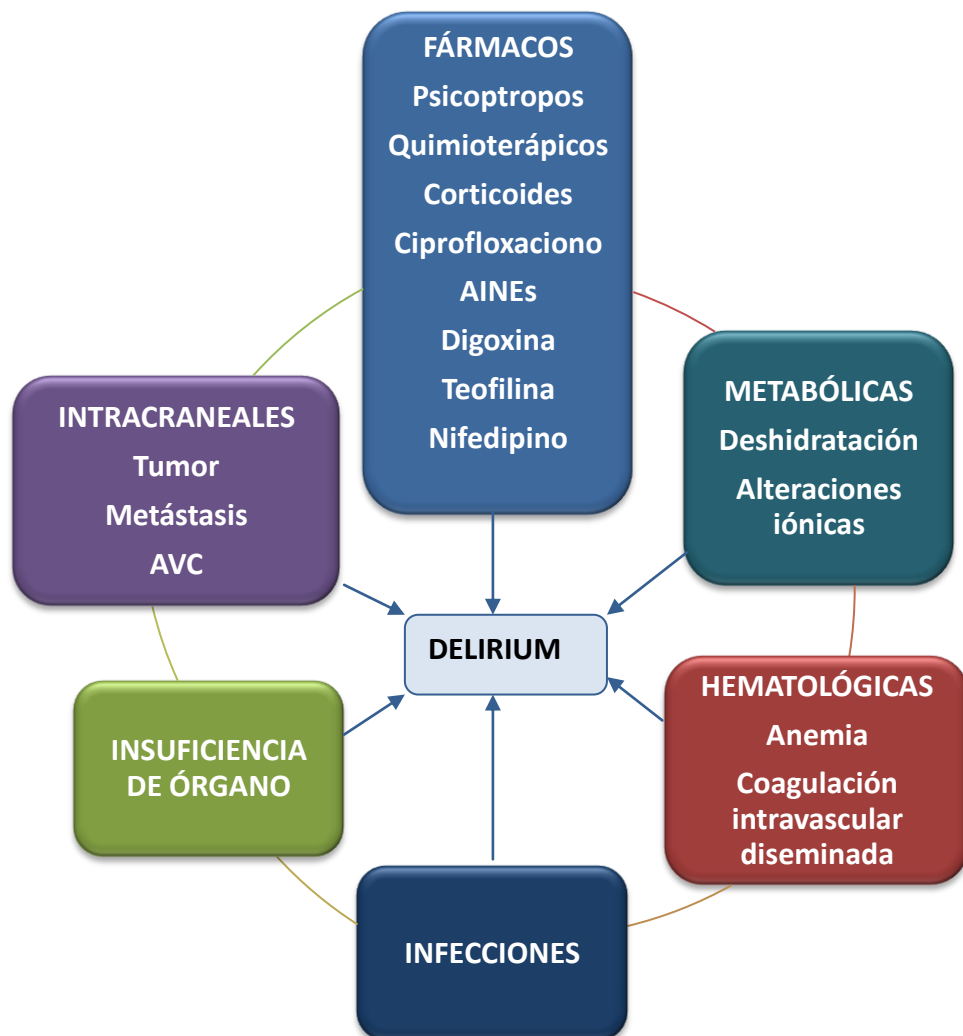
Causas

Están implicados factores desencadenantes y factores predisponentes o de “vulnerabilidad”.

Factores predisponentes



Factores desencadenantes



Clínica

- ✓ Intranquilidad
- ✓ Déficit atencional
- ✓ Desorientación
- ✓ Afectación de la memoria
- ✓ Alteración del nivel de alerta
- ✓ Alteraciones del lenguaje
- ✓ Alteraciones perceptivas
- ✓ Alteraciones del pensamiento abstracto y juicio
- ✓ Apraxia constructivo visual
- ✓ Dificultad de pensamiento abstracto
- ✓ Labilidad afectiva
- ✓ Alteración del ritmo sueño vigilia
- ✓ Hiper o Hipoactividad

Tratamiento

Medidas No Farmacológicas	Medidas Farmacológicas	Dosis recomendadas
Explicar a cuidadores lo que ocurre. Explicar cómo cuidar. Ambiente tranquilo. Luces no intensas. Evitar restricciones físicas. Facilitar reorientación en tiempo/espacio. Transmitir confianza y seguridad.	Etiológico si es posible	
	Neurolépticos: HALOPERIDOL (Gold Estándar) CLORPROMAZINA LEVOMEPRIMAZINA RISPERIDONA OLANZAPINA QUEITIAPINA	2,5 mg/8h Vía SC y O rescates de 2,5 mg cada 30' s/p 12,5 mg/12-24h, VO, IM 12,5 mg/12-24h, VO, IM 0,25-3mg/12-24h VO 2,5-10mg/12h 25-50mg/24h hasta 150/200 mg/24h

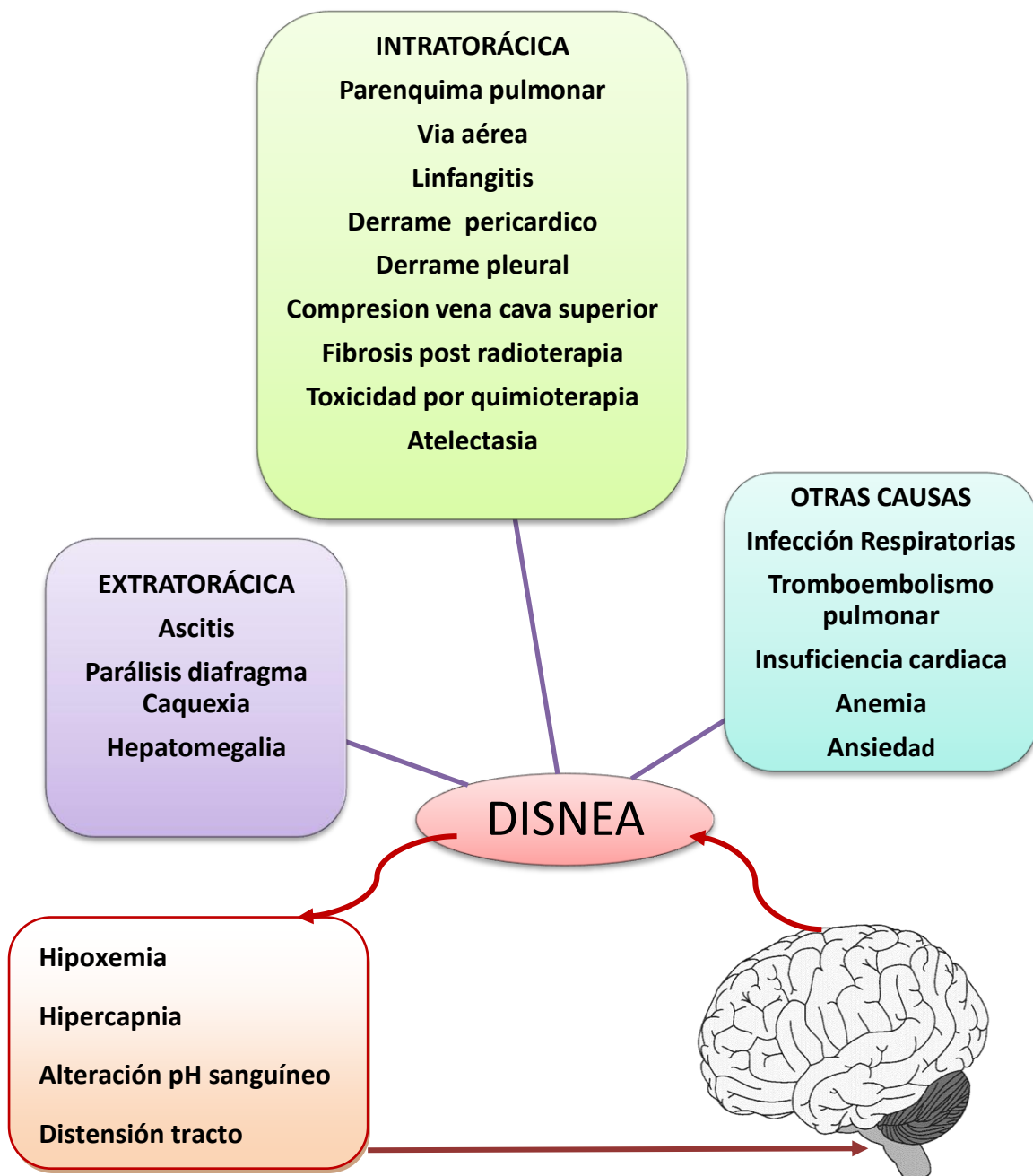
DISNEA

Definición

Sensación anormal y desagradable de la respiración. (Ahogo, Fatiga, Presión torácica, Asfixia, etc.)

Se asocia frecuentemente al final de la vida y, sobre todo, en esta fase obedece a múltiples causas (disnea "total").

Mecanismo de producción



Tratamiento

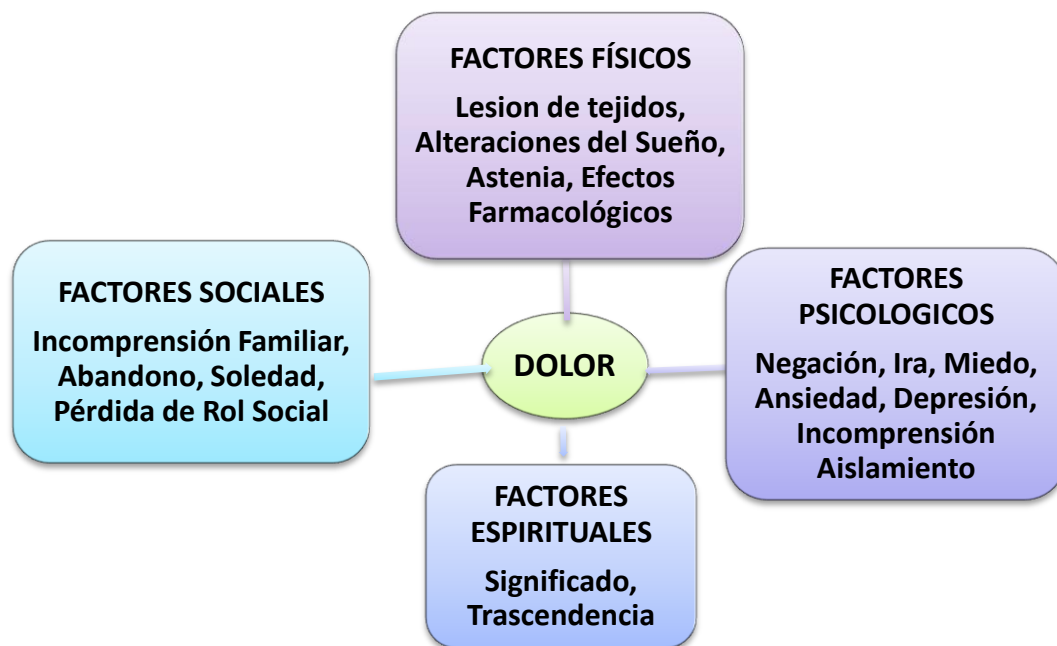
Sintomático	Morfina	Dosis
	Liberación rápida	5mg/ 4-6 h
	Liberación retardada	10mg/ 12h
	Subcutánea	20-30mg/24h
	IV	10-15mg/24h
Medidas Generales	Control de la respiración	
	Tórax incorporado hacia adelante	
	Manejo de la ansiedad	
	Oxígeno , si Hipoxemia < 90%	
Técnicas Invasivas	Toracocentesis evacuadora	
	Pleurodesis	
	VMNI (<i>Ventilación Mecánica No Invasiva</i>)	

DOLOR

Definición: Experiencia subjetiva desagradable, con dimensión física y psíquica y que provoca reacciones que tienden a evitar las causas que lo provocan.

La percepción depende, no solo de factores físicos sino también de psicológicos, sociales familiares, espirituales y culturales:

Causas:



Principios Básicos

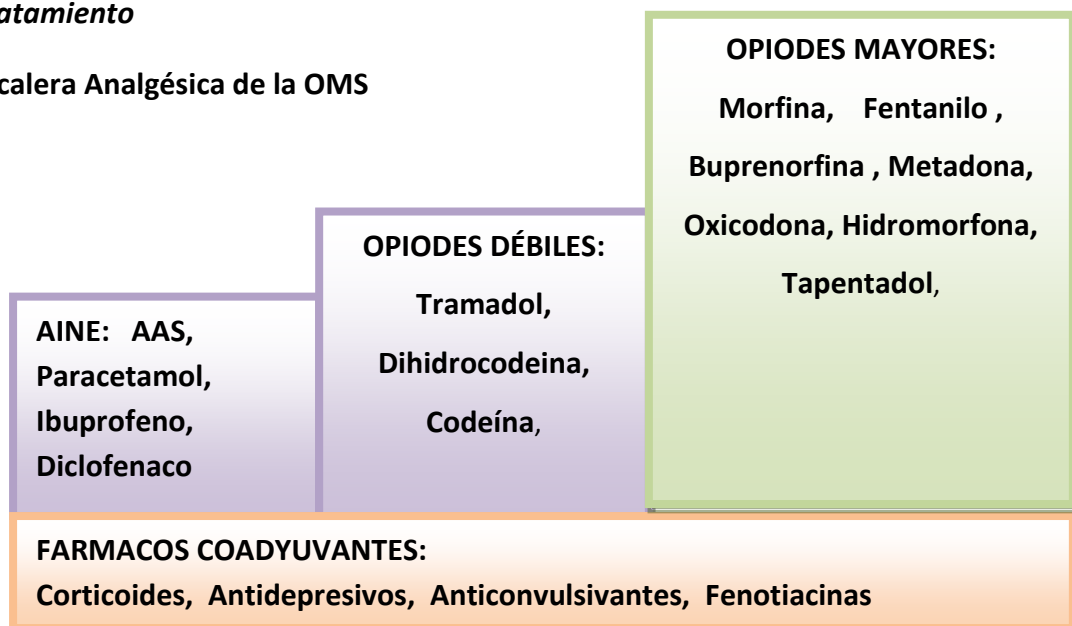
- ✓ Cuando el paciente dice que “le duele” es que le duele. No debemos infravalorar ni interpretar el dolor del paciente.
- ✓ Diagnosticar y analizar correctamente el dolor.
- ✓ Valorar las repercusiones emocionales y funcionales.
- ✓ Pautar de forma correcta los analgésicos con dosis e intervalos claros.
- ✓ No retrasar la utilización de opiáceos.
- ✓ Conocer las asociaciones de analgésicos efectivos y fármacos coadyuvantes.
- ✓ Prevenir los efectos secundarios, informando y con fármacos.
- ✓ La vía preferente es la oral. Utilizar la subcutánea si la oral no es posible o inadecuada.

Evaluación

Lugar	Localizado Difuso
Comienzo y duración	Agudo: Por daño tisular, bien definido. Crónico: Duración $\geq$ 3 meses, clínica menos florida.
Características	Fijo Irrradiado Continuo Episódico Irruptivo
Intensidad	Escalas: EVA (Escala Visual Analógica)
Tipos fisiopatológicos	Neuropático: Mal Definido, Localización metamérica Continuo, Urente, con reacciones Paroxísticas. Somático: Constante, Superficial, Bien Localizado, Aumenta a la noche, con esfuerzos y a la presión. Visceral: Constante, Profundo, Difuso, Irradiado y con reagudizaciones tipo cólico.
Factores moduladores	Psicológicos, Sociales, Espirituales

Tratamiento

Escalera Analgésica de la OMS



Uso de la Escalera

Usos de la escala

- ✓ Se recomienda empezar por el primer escalón, aunque, dependiendo de la intensidad del dolor puede iniciarse por el segundo o tercer escalón, a dosis bajas.
- ✓ Su uso debe ser simple, recomendando usar de inicio los tres primeros fármacos: Paracetamol, Tramadol, Morfina.
- ✓ Se pueden mezclar y se aconseja en muchos casos utilizar analgésicos de primer escalón con los del tercero.
- ✓ No es aconsejado mezclar analgésicos de segundo con tercer escalón, y se desaconseja totalmente la mezcla de buprenorfina (agonista parcial) con morfina y derivados (agonistas puros).
- ✓ No se aconseja mezclar opioides.
- ✓ Las dosis se deben regular individualmente.
- ✓ Se puede asociar coadyuvantes en cualquier estadio del dolor.
- ✓ La potencia de los analgésicos la marca la intensidad del dolor y los posibles efectos secundarios y no la supervivencia prevista.

Mitos de la Morfina

- ✓ **La morfina causa depresión respiratoria**
Solo ocurre si la dosis es desproporcionada o si la instauración no es progresiva, siendo mínimo el riesgo en la vía oral.
- ✓ **La morfina provoca euforia.**
Suele confundirse bienestar con euforia.
- ✓ **La morfina provoca adicción rápidamente**
Provoca tolerancia, pero en un paciente con pronóstico limitado no es valorable y NO TIENE EFECTO TECHO
- ✓ **Solo se usa en los últimos días de la vida**
Actualmente se está considerando cada vez más el uso de opioides en tratamientos crónicos sin riesgo para el paciente
- ✓ **Supone un riesgo de suicidio para el enfermo**
Generalmente, la mejoría del dolor aleja el deseo de morir.

Opioides

Definición: Todo fármacos que actúa sobre los receptores opioides, sean o no derivados del opio.

RECEPTOR	EFEECTO
μ	Analgesia, depresión respiratoria, ↓motilidad intestinal receptor para morfina.
κ	Analgesia, disforia, efectos psicomiméticos, receptor para ketazocina.
σ	Analgesia Receptor para encefalina.
NMDA*	Control de hiperalgesia y dolor neuropático. Receptor para Ketamina, Dextrometorfano, Metadona, Amantadina, Memantina
IRN**	Actividad analgésica sinérgica con los opioides.

* N-metil-D-aspartato

** Inhibidor de Recaptación de Noradrenalina

CLASIFICACION		
Según su potencia analgésica	Mayores	Morfina, Metadona, Hidromorfona, Oxycodona, Fentanilo, Buprenorfina, Tapentadol
	Menores	Codeína, Tramadol
Según la afinidad por el receptor	Agonistas	Totales Parciales: actividad intrínseca baja con efecto techo, si se administran con un agonista puro, desplazan a este de los receptores μ (Buprenorfina)
	Antagonistas:	sin acción farmacológica intrínseca pero interfieren la acción de un agonista (Naloxona)

Tratamiento

Fármacos	Receptores	Afinidad	Actividad Analgésica
(Agonistas puros)			
MORFINA, METADONA, OXICODONA	μ κ σ	+++ ++ +	++++
HIDROMORFONA,	μ σ	+++ +	+++
FENTANILO	μ	++++	+++++
TAPENTADOL	μ <i>IRN</i>	++ ++	++ ++
TRAMADOL, CODEINA,	μ κ	+ +	++
BUPRENORFINA (Agonista parcial)	μ κ σ	++++ ++++ +	++ +++ +
NALOXONA (Antagonista puro)	μ κ	+++ +	0

Vías de administración

Oral	Morfina, Naloxona, Buprenorfina, Metadona, Oxicodona Hidromorfona, Tramadol, Codeína, Tapentadol
Transdérmica (TTS)	Buprenorfina, Fentanilo
Transmucosa (dolor irruptivo)	Fentanilo
Subcutánea Intravenosa	Morfina, Naloxona, Buprenorfina, Metadona, Hidromorfona, Tramadol

Tabla de conversión de opioides

TAPENTADOL	TRAMADOL	BUPRENORFINA	MORFINA	MORFINA	MORFINA	FENTANIL
O	O	TTS/72h	O	SC	IV	TTS/72h
100	200	-	30	15	10	12
200	400	35	60	30	20	25
300	-	52.5	120	60	40	50
400	-	70	160	80	50	75
-	-	-	240	120	80	100
-	-	-	480	240	160	200
-	-	-	960	480	320	400

Vía. O: Oral, SC: Subcutánea, TTS: transdérmica

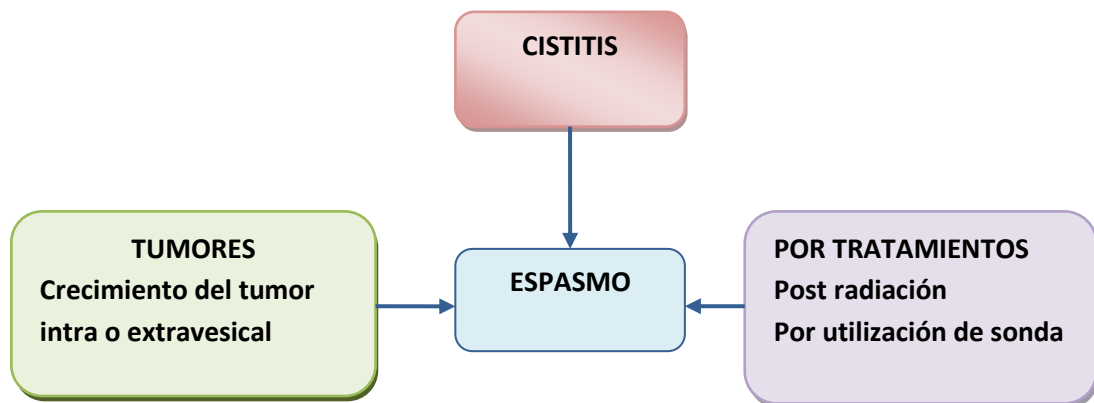
- **Poner en horizontal**

ESPASMO VESICAL

Definición

Aparición de dolor intenso a nivel supra púbico discontinuo relacionado con espasmo del músculo detrusor.

Causas



Tratamiento

Causal	Farmacológico	Dosis
Cambio de sonda si procede Control de estreñimiento Antiséptico si infección	Hioscina (Buscapina)	10-20mg/6-8h /VO
	AINE (Naproxeno)	500 mg /12h/VO
	Diazepan	2,5-10mg/noche/VO
	Baclofeno	5-10mg/8-12h /VO
	Amitriptilina (Tryptizol)	25 -75mg /8h

ESTERTORES

Definición

Respiración ruidosa ocasionada por secreciones acumuladas en las vías respiratorias que no pueden ser eliminadas por un paciente debilitado en momento de proximidad a la muerte.

Puede ocasionar malestar a los familiares y cuidadores más que al propio enfermo dado que se asocian frecuentemente con disminución de conciencia.

Se deberá explicar a la familia su significado y la no necesidad de extracción de forma mecánica a riesgo de causar más molestias que beneficios.

Tratamiento

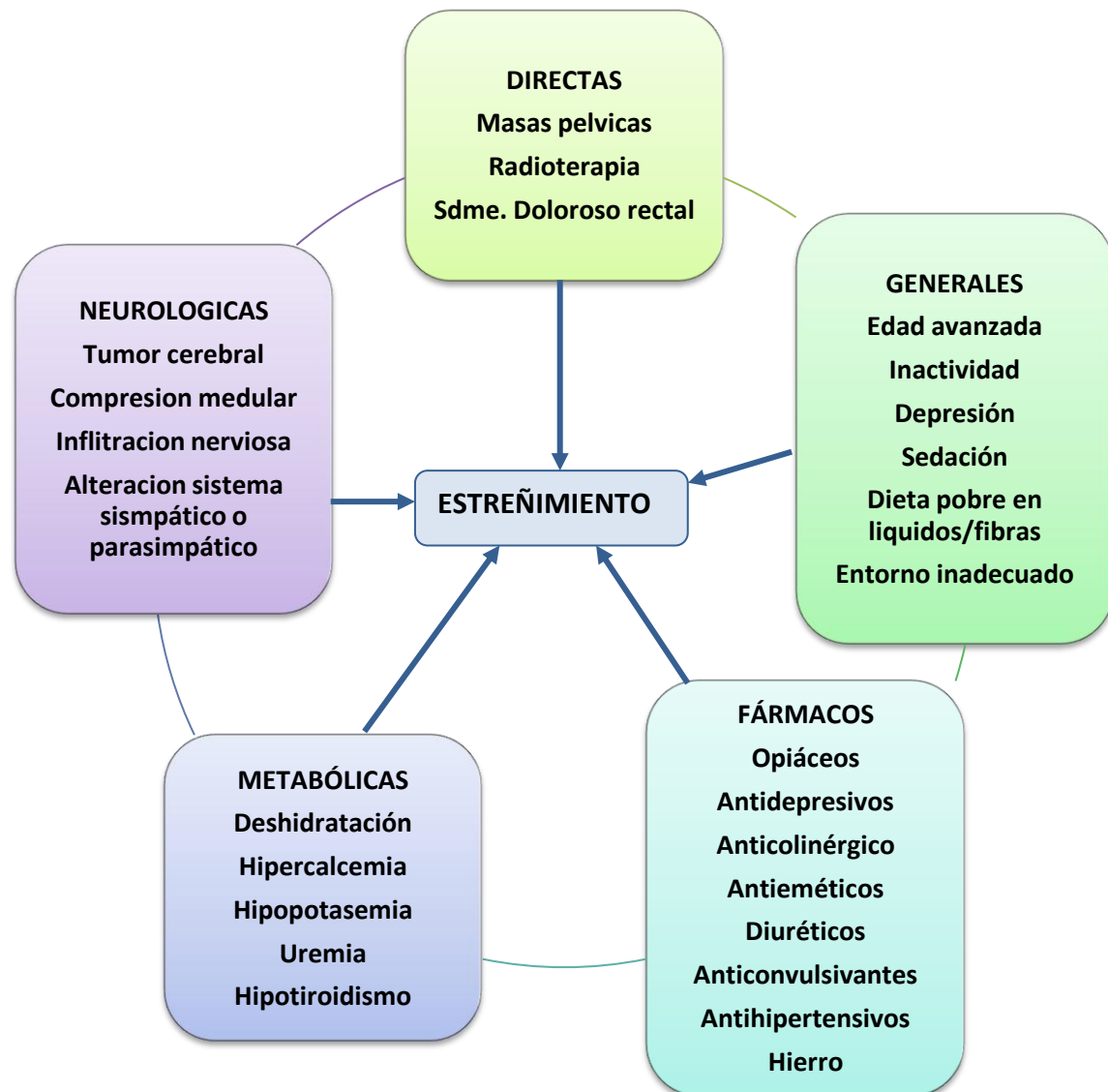
FARMACOLOGICO	Fármaco	Dosis inicial	Dosis /24 h
	BUSCAPINA	20 mg/sc	60-400 mg
	ESCOPOLAMINA	250-400 µg/sc	1,5mg
	GLICOPIRROLATO	200 µg/sc	1,2-2 mg
	ATROPINA	0,5 mg/sc	3 mg
NO FARMACOLOGICO	Cambios posturales (<i>lateralización</i>)		
	Eliminación de secreciones de cavidad oral.		
	Desaconsejada la aspiración mecánica.		

ESTREÑIMIENTO

Definición

Defecación infrecuente. Constipación

Causas



Complicaciones

- ✓ *Impactación*
- ✓ *Obstrucción Intestinal*
- ✓ *Náuseas y vómitos*
- ✓ *Dolor abdominal*
- ✓ *Incontinencia urinaria*

Tratamiento

Farmacológico: **Laxantes**

Tipo	Composición	Dosis	Mecanismo de Acción	Tiempo de latencia	Características
Formadores de Bolo	Salvado	8g/día	Retiene líquidos	2-4 d	Contraindicado en impacto fecal
	Plántago ovata	3-4 g/d	Aumento de masa fecal		
	Metilcelulosa	3-4 g/d			
Lubricantes y Surfactantes	Parafina	10ml/d	Ablanda heces	1-3 d	Indicada en suboclusión intestinal
Estimulantes	Senósidos	15-30 mg/d	Estímulo intestinal	6-12 h	Puede dar dolor cólico. Desequilibrio electrolítico
	Picosulfato	5-15 mg/d		20-60´	
Osmóticos	Lactulosa	15-30 ml/d	Retienen líquidos	1-2 d	Requieren abundante ingesta de líquidos Flatulencias
	Sales de Mg	2-4 g/d		1-6 h	
	Polietileno-glicol	30-60 g/d		2-6h	
	Macro gol	2-4 sobres/d		1-2/d	

HEMORRAGIAS

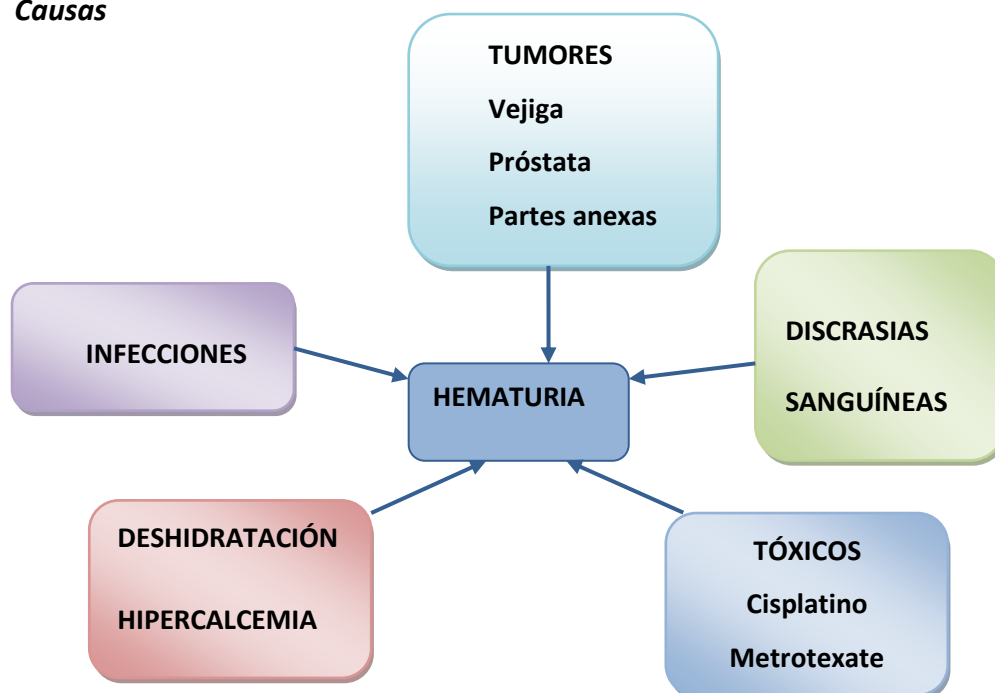
ULCERAS ONCOLÓGICAS

Importante prevenir los episodios de sangrado utilizando apósitos absorbentes.

En hemorragias más cuantiosas vendajes hemostáticos

HEMATURIA

Causas



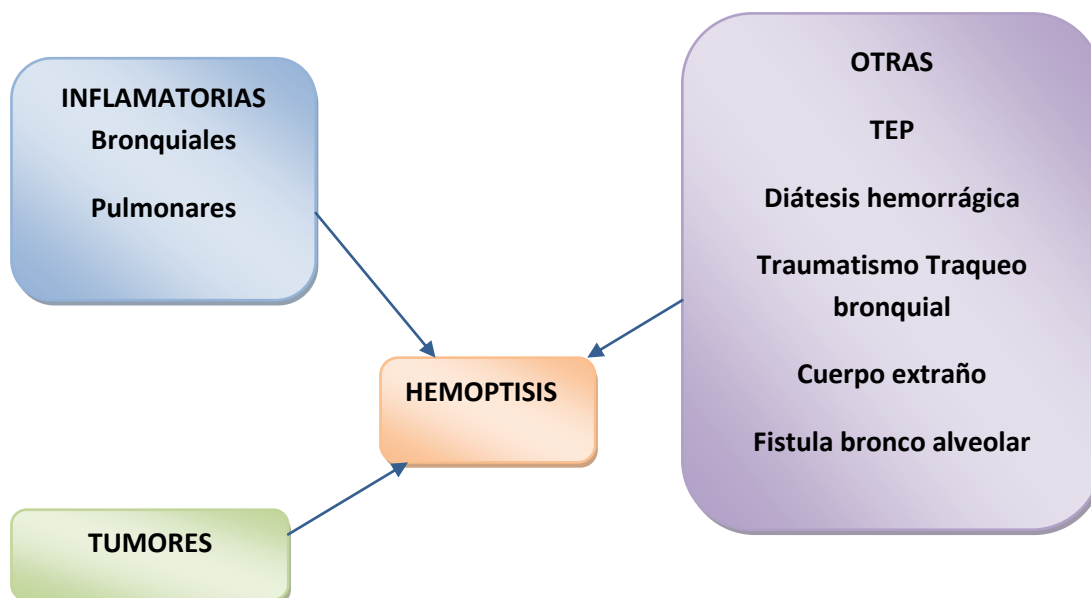
Tratamiento

Tipo	Tratamiento
Continua	sonda de tres vías para lavado con solución salina
Discontinua	Ácido Tranexámico 500mg/8h. Oral o IV Ácido Aminocapróico 4G/6-8h. Oral o IV
Causa	
Infección	Antibioterapia
Tumores renales	valorar embolización arteria
Tumores de vejiga próstata o ginecológicos	valorar Radioterapia si procede

HEMOPTISIS

Expectoración de sangre vial bronquial.

Causas



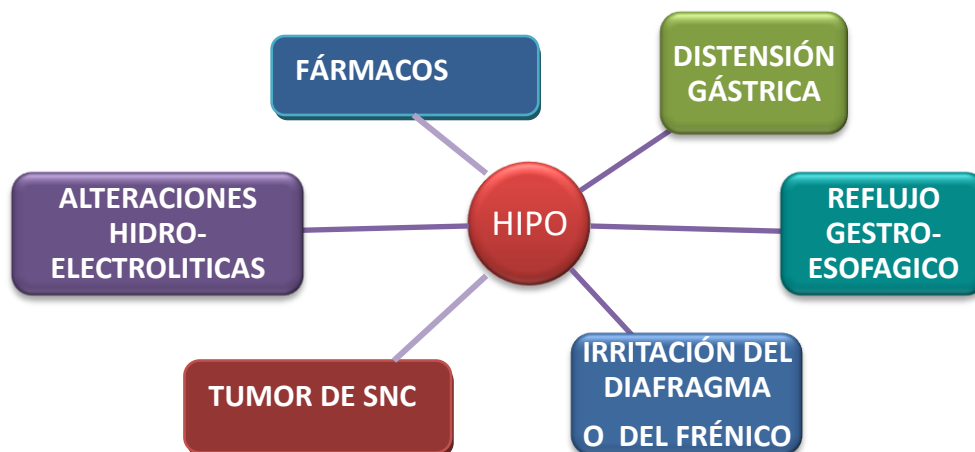
Tratamiento

No farmacológico	Farmacológico	Otros
Mantener la calma Explicación adaptada Postura cómoda Utilizar toallas oscuras Oxigenoterapia Colocar vía de administración de fármacos	Retirar AINE Ac. Tranexámico, 1,5 g de inicio 0,5 -1 g/8-12h /Oral, IV;IM Ácido Aminocapróico 5-10 mg/4-6h Oral 16-24 mg/24 IV Dexametasona 2-4 mg/24h Oral Prednisolona 20mg/24h Oral Adrenalina nebulizada: 1:1000 1mg/5ml suero/4h Sedación paliativa en masivas	Embolización Laserterapia Radioterapia

HIPO

Definición: Espasmo del diafragma que produce una rápida inspiración seguido de un cierre de la glotis

.Causas

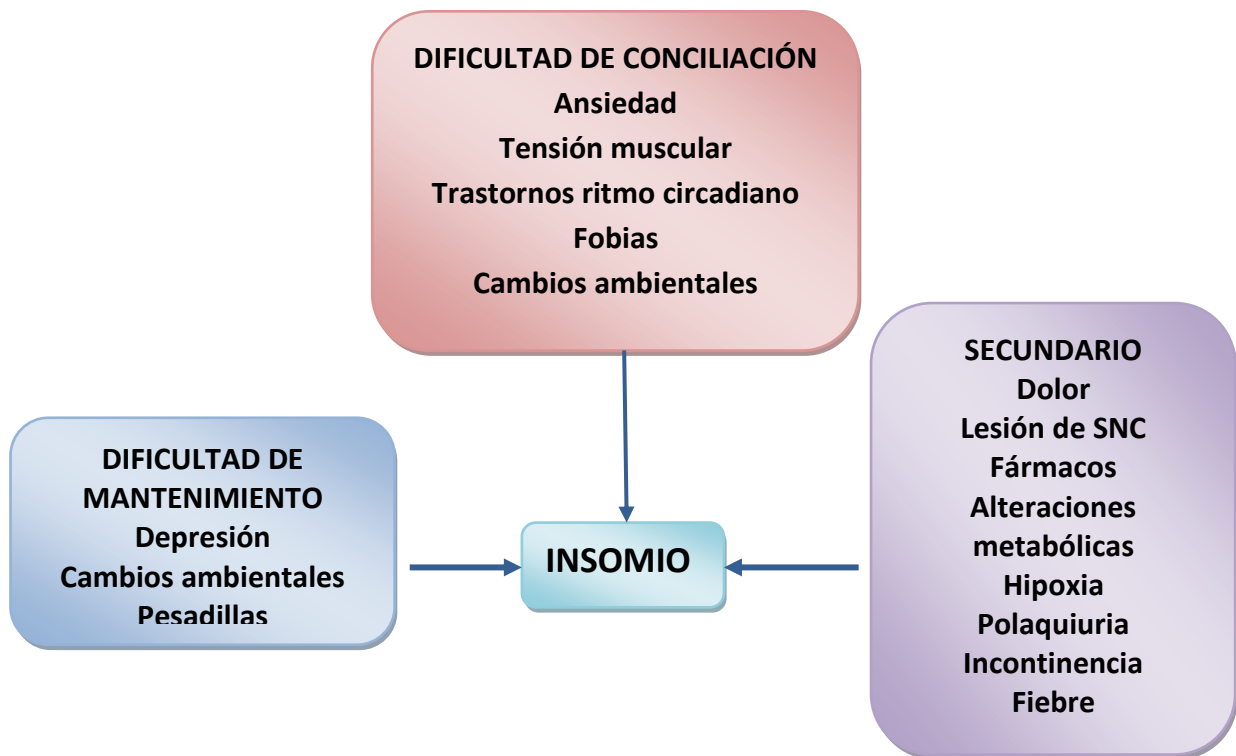


Tratamiento

De la Crisis	<i>Reducción de la distensión gástrica</i>	DIMETICONA 10 mg va METOCLOPRAMIDA 10 mg vo,sc
	<i>Aumento de PaCO₂</i>	Respirar en un BOLSA y aguantar la respiración.
	<i>Relajantes musculares (fuera de ficha técnica)</i>	BACLOFEN 5mg/ vo MIDAZOLAM 2 mg/iv
	<i>Inhibidores Centrales (fuera de ficha técnica)</i>	METOCLOPRAMIDA 10 mg vo,sc HALOPERIDOL 10 mg/ vo, sc o iv CLORPROMAZINA 10-25 mg vo, sc BACLOFEN 5mg/ vo Ac.VALPROICO 200-500mg/vo
Mantenimiento	<i>Reducción de distensión</i>	DIMETICONA 10 mg vo METOCLOPRAMIDA 10 mg/6h vo,sc
	<i>Reflujo</i>	Anti H ₂ METOCLOPRAMIDA 10 mg/6h vo,sc
	<i>Irritación del Diafragma</i>	BACLOFEN 5mg/ vo /8h HALOPERIDOL 1,5-3 mg/1 dosis/noche MIDAZOLAM 10-60mg/24h/sc NIFEDIPINO 10-20mg/8h/vo

INSOMNIO

Tipos y Causas



Tratamiento

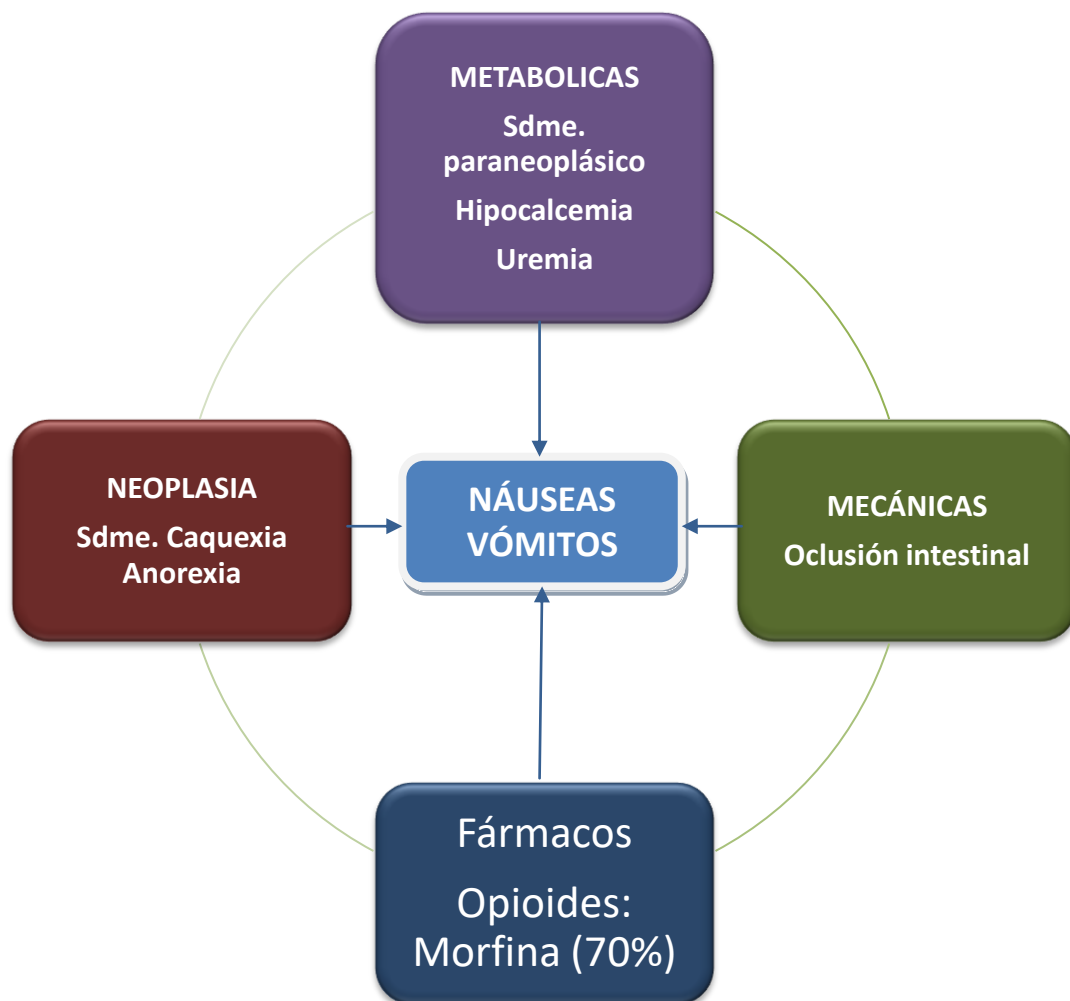
<i>Higiene del sueño</i>	<i>Fármacos</i>		<i>Dosis</i>
No tomar estimulantes 6 horas antes Temperatura agradable Exponerse al sol por el día Evitar tareas asistenciales de noche Piel limpia y seca Ropa de cama fresca y sin arrugas	Acción corta	Midazolam	7,5 mg/Vía Oral (VO) 2,5-5 mg
		Zolpidem	Vía Subcutánea (Sc) 5-10 mg/ VO
	Acción media	Alprazolam	0,25-0,50 mg/ VO
		Lorazepan	1-2 mg/ VO
	Acción prolongada	Diazepan	5-10mg VO
		Clonazepan	5-10mg VO

NAUSEAS Y VÓMITOS

Mecanismo

- **Acto reflejo** desencadenado por estímulos periféricos o centrales.
Periféricos: istmo de las fauces, por irritación tóxica.
Central: Centro del vomito en zona reticular cerebral y zona quimiorreceptora o “zona gatillo”.
- **Neurotransmisores implicados:** Acetil-colina, histamina, 5-HT, Dopamina.

Causas

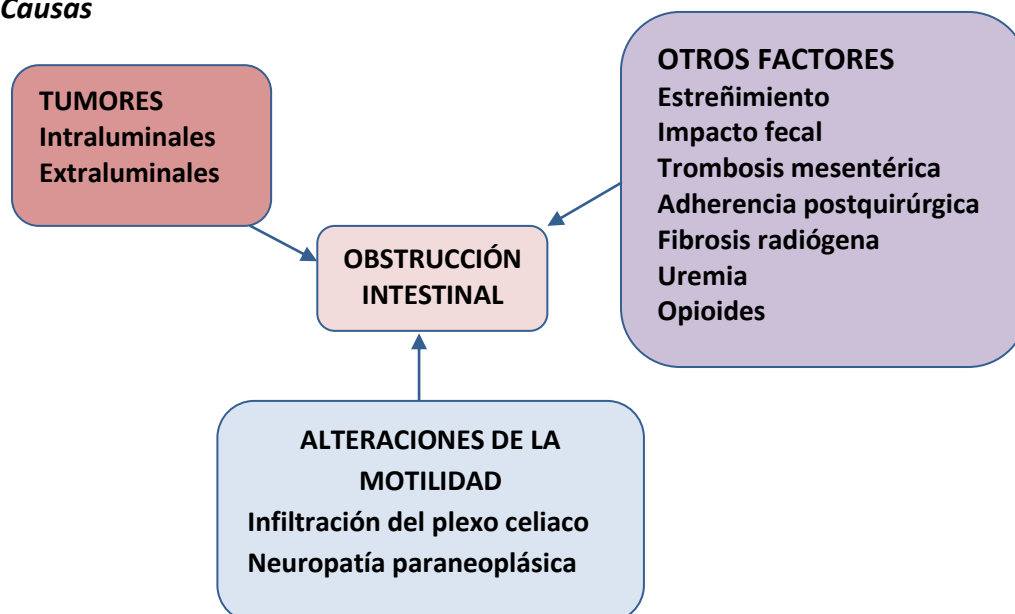


Tratamiento

<i>Grupo farmacológico</i>	<i>FÁRMACO</i>	<i>DOSIS</i>
Antagonistas H1	Cinarizina	75 mg/ 12 h
Antagonistas Muscarínicos	Hioscina (Escopolamina)	20 mg/ 6-8h
Antagonistas Dopaminérgicos D2	Metoclopramida Domperidona	10-20 mg/6-8h,
	Haloperidol Droperidol	5 - 10mg/ 24 h ,
Antagonistas 5HT3	Ondansetrón	16-24 mg/ 24h
	Granisetron	3 mg/ 24 h
Otros	Esteroides corticales: Dexametasona	8mg/24h
	Benzodiacepinas: Lorazepam	1mg/12h
	Cannabinoides sintéticos: Nabilona	
Se pueden asociar:	Dexametasona + Metoclopramida en éstasis gástrica y regurgitación o disfagia	16mg/24h + 40 mg/24h
	Dexametasona + Haloperidol en lesión cerebral	16mg/ 24h + 5mg/ 24h,

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

Causas



Síntomas y Signos

- ✓ Náuseas
- ✓ Vómitos
- ✓ Ausencia de eliminación de heces y gases
- ✓ Dolor continuo y/o cólico
- ✓ Peristaltismo aumentado
- ✓ Distensión abdominal

Tratamiento

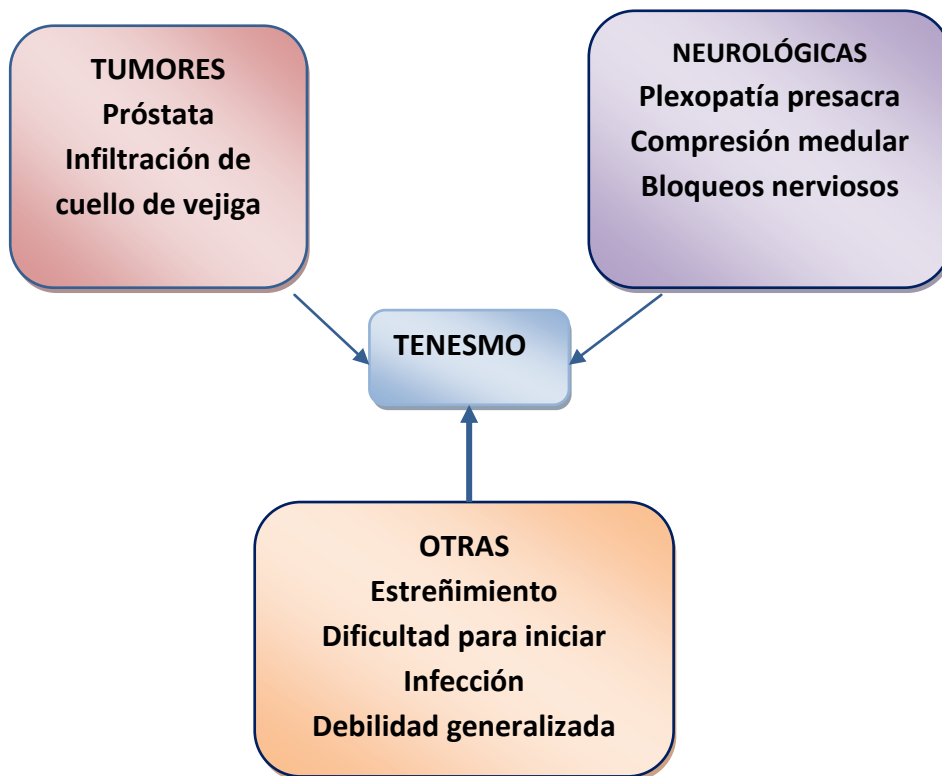
Fármaco	dosis	función
Morfina	incremento de la previa Si no hay dosis previa: 5mg/4-5 h vía Sc	Alivia el dolor Disminuye el peristaltismo intestinal
Haloperidol	5-10 mg/24h vía Sc	Antiemética
Levomepromazina	30-120mg/24h vía Sc	
Ondasetron	24mg/24h/ vía Sc	
Corticoides	Dexametasona 12-24mg/24h	Antiinflamatoria Antiemética
Hioscina	40-120mg/24h	Anti secretora

TENESMO URINARIO

Definición

Deseos constantes de orinar y hacerlo en forma de goteo.

Causas



Tratamiento

Causal	Farmacológico
Tratar el Estreñimiento	Bloqueantes alfa adrenérgicos
Cambio de Sonda	Anticolinesterásicos
Modificar fármacos	Antiséptico en Cistitis

SÍNDROME DE LOS ÚLTIMOS DÍAS (SUD)

Periodo próximo a la muerte en el que se aprecia de forma clara y a veces súbita el deterioro orgánico generalizado que la enfermedad ha provocado en el paciente. Situación cambiante.

En ocasiones suele asociarse con una mejora súbita de algunas horas que son previas al final del proceso.

Características (*Criterios de Menten*)

- ✓ **Nariz fría o pálida**
- ✓ **Extremidades frías pálidas**
- ✓ **Livideces**
- ✓ **Cianosis en labios**
- ✓ **Estertores pulmonares audibles**
- ✓ **Pausas de apnea**
- ✓ **Disminución de diuresis (<300ml/24h)**
- ✓ **Somnolencia (>15 h/24h)**

La presencia de más de 4 signos determina el fallecimiento en los siguientes 4 días.

Objetivo

Confort y bienestar para el enfermo y también para su familia.

Actuación en el enfermo

- ✓ **Valoración frecuente para adaptarse a los cambios.**
- ✓ **Adecuar la vía de administración. Generalmente sustituir la oral por la subcutánea. Si lleva venosa y no crea incomodidad usar esta.**
- ✓ **Evitar maniobras molestas o de dudosa eficacia: enemas, aspiración de secreciones, movilizaciones, etc.**
- ✓ **Higiene corporal que no cree incomodidad.**
- ✓ **Higiene bucal para limpiar secreciones y favorecer la hidratación.**
- ✓ **Limpieza de ojos**
- ✓ **Sólo tratar la fiebre si molesta al enfermo, con fármacos o compresas frías.**

Tratamiento

<i>Psicológico al enfermo</i>	<i>Psicológico a la familia</i>	<i>Fármacos</i>
Facilitar la expresión de sus deseos.	Potenciar el papel de cuidador apreciando su valor.	BUSCAPINA 40-0 mg/24 Sc
Facilitar la expresión de sus miedos y temores.	Brindar apoyo y favorecer la autoestima como cuidador.	PARACETAMOL 600 mg/6h Rectal 1g IV
Apoyo en la toma de decisiones.	Informar de la situación con realismo.	HALOPERIDOL (Si agitación) 2,5-5 mg/24h Sc
Informar de su pronóstico si así lo manifiesta de forma amable y empática.	Aconsejar mantener el contacto con el enfermo.	
Manifestar afecto y comprensión.	Avanzar los posibles cambios que se puedan producir y dar soluciones.	
Mostrar disposición de ayuda.	Informar de la documentación que pueda necesitarse a la hora de la muerte.	
Atender necesidades espirituales si lo precisa.		

SEDACION

Definición

Disminución del nivel de conciencia de forma deliberada, sopesada, compartida y proporcional como estrategia terapéutica, con objeto de compensar un síntoma refractario a los tratamientos habituales, previa información y consentimiento del paciente o de sus representantes legales si este no está en condiciones de poder tomar o comprender esa decisión.

Se precisa

- ✓ Existencia de un síntoma refractario
- ✓ Consenso de la necesidad
- ✓ Conocimiento y autorización por parte del enfermo y/o representante legal si este no es competente mentalmente.
- ✓ Sedación proporcional e individualizada a las características y necesidades del paciente

La sedación

- ✓ NO es sinónimo de coma farmacológico.
- ✓ NO es sinónimo de eutanasia.
- ✓ NO es un medio de evitar la angustia de la familia.
- ✓ NO es la solución a problemas que tienen otras más adecuadas.
- ✓ NO es sinónimo de irreversibilidad

Tipos

- ✓ *Superficial*
- ✓ *Profunda*
- ✓ *Intermitente*
- ✓ *Constante*
- ✓ *En la agonía*

La información del proceso de la sedación debe figurar en la historia clínica especificando cual es el motivo, es decir, EL SINTOMA REFRACTARIO, con quien ha habido CONSENSO, el PRONOSTICO de la enfermedad, Los FARMACOS Y DOSIS que se van a utilizar, el TIPO DE SEDACIÓN y EL CONSENTIMIENTO INFORMADO (no se aconseja que sea firmado) del paciente o su representante

Se debe, también, EVALUAR LA RESPUESTA, por medio de la **Escala Ramsay**, con objeto de que el proceso sea proporcional y adaptado.

Escala Ramsay

Nivel	Respuesta
I	Agitado
II	Tranquilo, orientado, colaborador
III	Respuesta a estímulos verbales
IV	Respuesta a presión glabellar
V	Respuesta a estímulos dolorosos
VI	No respuesta

Recomendaciones para obtener el consentimiento informado

- ✓ **Revisar la información y el pronóstico**
- ✓ **Revisar si hay testamento vital si el paciente no es competente mental.**
- ✓ **Procurar que esté presente algún familiar cuando se informa al paciente y se le propone la sedación como opción terapéutica.**
- ✓ **Revisar verbalmente como se ha llegado a este proceso final.**
- ✓ **Explicar la forma de reducir el nivel de conciencia de manera transitoria como opción.**
- ✓ **Explicar que no es irreversible necesariamente.**
- ✓ **Explicar los efectos esperados tras la sedación.**
- ✓ **Explicar que no todos los pacientes responden de la misma manera.**
- ✓ **Explicar la necesidad del respeto a la decisión tomada por el enfermo.**
- ✓ **Ofrecer la posibilidad de revisar el resultado.**

Hoja de recogida de datos para la sedación (Mar Bescós, congreso SECPAL 2016)

NOMBRE ENFERMO				
NOMBRE DEL MEDICO				
EDAD	SEXO:	V H	FECHA	
PATOLOGIA PRAL				
SINTOMA REFRACTARIO	DELIRIUM			
	DISNEA			
	DOLOR			
	ANSIEDAD			
	SUFRIMIENTO			
	NÁUSEAS/VOMITOS			
	FARMACO	NOMBRE	DOSIS	
TRATAMIENTOS PREVIOS	- BZD			
	- OPIOIDES			
	-NEUROLEPTICOS			
PRONÓSTICO	TERMINAL		S.U.D. (<i>Síndrome Últimos Días</i>)	
CONSENSO DE SEDACION	MAP	ENFERMERIA	ESPECIALISTA	OTROS
INFORMACION PREVIA Y CONSENSO CON	PACIENTE	FAMILIA		NO PROCEDE
TIPO DE SEDACIÓN	SUPERFICIAL		PROFUNDA	
MOMENTO	EN AGONIA		PALIATIVA	
FARMACOS QUE SE VAN A UTILIZAR PARA LA SEDACION				
OBJETIVO DE CONTROL	FARMACO/DOSIS/VIA	DOSIS/VIA	DOSIS/VIA	DOSIS/VIA
DELIRIO				
DISNEA				
DOLOR				
ANSIEDAD/SUFRIMIENTO				
OTROS				
MONITORIZACION	DIA 1	DIA2	DIA 3	DIA 4
SEDACION (Ramsay)				
DOLOR (EVA)				
MOVIMIENTOS espontáneos				
SECRECIONES (1-3)				
FIEBRE				

CUIDADOS DE ENFERMERIA

VÍA SUBCUTÁNEA

Es la vía de elección en Cuidados Paliativos (CP) cuando se ha perdido la vía oral. El tejido subcutáneo (sc) es un tejido muy irrigado, con pocos receptores para el dolor y con capacidad de distensión gracias al tejido conectivo. Tenemos la ventaja de que el tejido sc se extiende por toda la superficie corporal, no supone limitación del acceso y presenta una biodisponibilidad del 90%, eliminando el metabolismo de primer paso hepático.

INDICACIONES

- ✓ Disfagia severa u odinofagia.
- ✓ Síndrome de obstrucción intestinal.
- ✓ Incapacidad para control de síntomas por otra vía.
- ✓ Sedación, coma, confusión o alteración del nivel de conciencia en general.
- ✓ Agonía.
- ✓ Náuseas y vómitos incoercibles y persistentes.
- ✓ Fístulas esófago-traqueales o entero-cutáneas.
- ✓ Altas dosis orales o si se duda del cumplimiento de la medicación vía oral.
- ✓ Debilidad extrema.

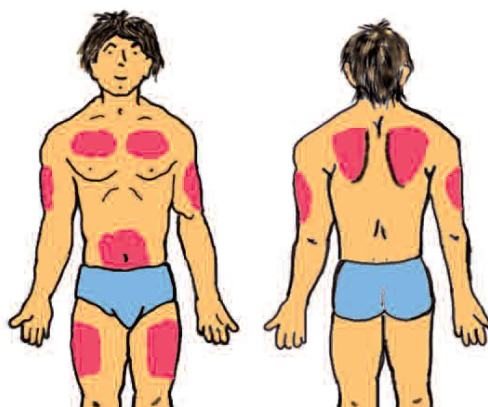
CONTRAINDICACIONES RELATIVAS

- ✓ Anasarca. Edema severo.
- ✓ Alteraciones de la coagulación o trombocitopenia.
- ✓ Hipoperfusión periférica, incluyendo situaciones de shock.
- ✓ Alteraciones locales:
 - Radio dermatitis o zonas donde se esté administrando RDT.
 - Zonas infiltradas por el tumor o con pérdida de continuidad.
 - Zonas sometidas a cirugía radical como el caso de las mastectomías, al menos mientras persiste la induración del tejido.
 - Infecciones de repetición en el punto de inserción.

Ventajas	Inconvenientes
✓ Vía cómoda. ✓ Poco dolorosa. ✓ Fácil manejo. ✓ Pocos efectos secundarios y complicaciones. ✓ No precisa hospitalización ✓ favorece el cuidado domiciliario ✓ Ahorro indirecto en el coste sanitario. ✓ Mejora la autonomía y calidad de vida ✓ Permite un buen control sintomático. ✓ Asegura la absorción de la medicación con picos en plasma entre 15 y 30'. ✓ Permite la sueroterapia.	✓ Desconexión en la zona de punción. ✓ Reacciones locales: enrojecimiento, calor, induración, (las más frecuentes) absceso, dolor, hematoma, necrosis, crepitación, y celulitis. (raras) ✓ Salida accidental de la vía (segunda en frecuencia de aparición). ✓ Reacción adversa al material o a la medicación.

ZONAS DE PUNCIÓN

Se necesita que el tejido subcutáneo presente un espesor de al menos 1-2.5 cm.



TÉCNICA

- ✓ Explicar el procedimiento al paciente, responder a las dudas que puedan surgir.
- ✓ Lavarse las manos y preparar el equipo a utilizar.
- ✓ Ponerse guantes desechables.
- ✓ Elegir la zona de punción y desinfectar con antiséptico. Esperar a que esté seca.
- ✓ En caso de las palomillas convencionales purgar con suero fisiológico. (21G ó 23G)
- ✓ Tomar un pellizco generoso entre el dedo índice y pulgar.
- ✓ Insertar la aguja en la base del pellizco.
- ✓ El bisel se debe introducir hacia arriba y una vez insertada la palomilla girarla para que el bisel quede hacia abajo.
- ✓ Si refluyera sangre, cambiar la aguja y el lugar de inserción.
- ✓ Colocar un apósito transparente.
- ✓ Lavar con 0,5 ml de suero tras la medicación, en el caso de las metálicas y 0,2 en las de Vialon ya que se podría perder parte de la dosis de medicación en el trayecto del sistema.
- ✓ Registrar correctamente en la Historia Clínica toda la información relativa al procedimiento empleado (zona escogida, fecha de punción, complicaciones).

CUIDADOS POSTERIORES

- ✓ Cambiar la palomilla cada 7-10 días.
- ✓ Entrenar a la familia en el uso de la vía.
- ✓ Revisar y cambiar cuando haya sospecha de reducción de la absorción o cualquier reacción local.

MODOS DE ADMINISTRACIÓN

BOLUS

- ✓ Se recomienda usar un volumen máximo de 2-3 ml.
- ✓ Lavar la vía tras la administración de cualquier fármaco.
- ✓ No es necesaria la dilución previa.
- ✓ Los bolos se pueden administrar de forma puntual o periódica.
- ✓ Los picos iniciales pueden ocasionar efectos secundarios y los niveles bajos antes de la siguiente dosis pueden hacer reaparecer los síntomas.

INFUSION CONTÍNUA

- ✓ Puede ser administrada por gravedad, infusores y bombas.
Se recomienda no superar el volumen de 3 ml/h (en infusores). Algunos autores amplían este margen a los 5-7ml/h.
- ✓ Facilita una concentración del fármaco en sangre más uniforme.
- ✓ Permite mezclar diferentes fármacos.
- ✓ En hidratación subcutánea el volumen máximo aconsejable de perfusión es de 1000 a 1500 ml / 24h por vía.

FÁRMACOS MAS UTILIZADOS POR VIA SC EN CUIDADOS PALIATIVOS

FÁRMACO	INDICACION	OBSERVACIONES
CLORURO MÓRFICO	Dolor Disnea Tos	Ajustar dosis dependiendo si es inicio (0.5 mg/kg/24h) o estaba en tratamiento con opioides. Vida media: 4 horas. Fotosensible.
MIDAZOLAM	Ansiedad Agitación Convulsiones Sedación	Ajustar dosis teniendo en cuenta si estaba en tratamiento con benzodiacepinas y de la indicación. Vida media: 4-6 horas.
HALOPERIDOL	Náuseas y vómitos Agitación Delirio Hipo	Vida media de 8-12 h. Como antiemético: 12,5-20 mg/24 h. Resto: 5-30 mg/24 h. Fotosensible. Riesgo escaso de efectos extrapiramidales Evitar en la enfermedad de Parkinson.
BUSCAPINA	Estertores Secreciones respiratorias Obstrucción intestinal	Semivida muy corta. 20-60 mg/24 h: Reducen las secreciones. 60-180 mg/ 24h: Obstrucción intestinal.
METOCLOPRAMIDA	Náuseas y vómitos Éstasis gástrica por compresión	Vida media: 4-6 horas. 30-90 mg/24h.
LEVOMEPRMACINA	Delirio Agitación Náuseas Vómitos Hipo	Probable irritación en punto de infusión. Cambiar la vía con frecuencia y diluir con suero fisiológico lo más posible. Dosis en ICSC*: 5-200 mg/24h. Sedación proporcional al aumento de dosis Algunos autores desaconsejan su mezcla con otros fármacos.

*ICSC Infusión Continua Subcutánea

FÁRMACO	INDICACION	OBSERVACIONES
DEXAMETASONA	Dolor Disnea Astenia Anorexia Vómitos Compresión medular Obstrucción intestinal	No mezclar. Administrar en bolus. Administrar preferentemente por la mañana para evitar excitación durante la noche. Individualizar la dosis según la indicación.
DICLOFENACO	Dolor óseo Fiebre	No mezclar. Administrar en bolus. Vida media: 8 horas. Puede producir irritación local. Hasta 150 mg. en 24 h.
KETOROLACO	Antiinflamatorio Analgésico Antitérmico	Parece ser el AINE mejor tolerado vía sc. Dosis: 30-140 mg/24h. Administrar por separado por riesgo de precipitar.
FUROSEMIDA	Edemas	No mezclar. Administrar en bolus. Poco recomendable por ser irritante. Cambiar con frecuencia la zona de punción Vigilar la piel circundante.
ONDANSETRÓN	Vómitos causados por RT o QT Obstrucción intestinal Prurito colestático hepático	8-24 mg/24h. Puede utilizarse en solitario o en ICSC. No mezclar con Tramadol por ser antagonista del mismo. Necesita informe de especialista.
TRAMADOL	Dolor	Vida media de 6-8 horas. 100-400 mg/24h. Tiene techo.

MEZCLAS DE FÁRMACOS

FÁRMACOS QUE NO PUEDEN ADMINISTRARSE POR VÍA SC

- ✓ **Metamizol:** alto poder irritante local.
- ✓ **Diazepam:** reacciones dérmicas locales y excipiente oleoso que no facilita la absorción.
- ✓ **Clorpromazina:** alto poder irritante local. Puede producir necrosis grasa en el punto de inserción.
- ✓ **Cloruro potásico (KCl).**

FÁRMACOS QUE SE PUEDEN MEZCLAR

- ✓ Pocos estudios.
- ✓ Existen mezclas seguras y que no aumentan el riesgo de complicaciones respecto de la monoterapia.
- ✓ No se recomienda mezclar más de cinco fármacos.
- ✓ Son compatibles mezclas de: **Morfina, Buscapina, Haloperidol, Metoclopramida y Midazolam**
- ✓ La dilución se realiza generalmente con suero fisiológico.
- ✓ Desechar mezclas que produzcan precipitados o turbidez o cambio de color.

NO MEZCLAR

- ✓ **Dexametasona**
- ✓ **Furosemida**
- ✓ **Diclofenaco**
- ✓ **Levomepromazina**
- ✓ **Ketorolaco**

INFUSORES

Son sistemas de infusión continua y ambulatoria de tipo elastomérico y de un solo uso.

LLENADO

Técnica aséptica

- ✓ Clampar el sistema antes de iniciar llenado para que la mezcla que salga sea la deseada.
- ✓ Llenar con jeringa luer-lock. La entrada presenta una válvula anti-retorno.
- ✓ Una vez realizado el llenado completo, desclampar, destapar el final del cable y dejar que se purgue el sistema antes de conectarlo a la palomilla.
- ✓ Al cargar el infusor se deben tener en cuenta las siguientes variables:

$$\text{Volumen total en 24 horas (ml)} = \text{Flujo (ml/h)} \times 24(\text{horas})$$

- El flujo de salida medido en ml/h (no es igual en todos los infusores)
- El tiempo de autonomía: 1,2, 5 o 7 días, más habitualmente.
- El volumen total de llenado medido en ml, relacionado con los dos parámetros anteriores.

PASOS A SEGUIR

- ✓ Calcular Volumen total en 24 horas. V_{T24h} .
- ✓ Calcular el Volumen de la dosis/día de cada fármaco.
- ✓ Calcular el Volumen total de todos los fármacos/día. V_{F24h} .
- ✓ Calcular el Volumen de SF/día. $V_{SF24h} = V_{T24h} - V_{F24h}$
- ✓ Multiplicar por el nº de días tanto los volúmenes de cada fármaco como de SF.

EJEMPLO

Paciente que necesita:

- Morfina: 60 mg/24h
- Midazolam: 10 mg/24h
- Haloperidol: 5 mg/24h
- Metoclopramida: 30mg/24h

Material:

- Infusor 7 días de flujo 1.5 ml/h
- Morfina 1%: ampollas 10mg/1ml
- Midazolam: ampollas 15mg/3ml
- Haloperidol: ampollas 5mg/ml
- Metoclopramida: ampollas 10mg/2ml

EJEMPLO. CÁLCULOS.

- Calculamos el volumen que pasa en 24 horas= Flujo del infusor x 24 horas
 - $V_{T24h} = 1.5 \text{ ml/h} \times 24 \text{ h} = 36 \text{ ml.}$
- Calculamos el volumen de la dosis/día de cada fármaco y el volumen total de fármaco/día.
 - Morfina: 6 ml.
 - Midazolam: 2 ml.
 - Haloperidol: 1 ml.
 - Metoclopramida: 6 ml.
 - $V_F 24h: 15 \text{ ml.}$
- Calculamos en volumen de suero fisiológico en 24 horas.
 - $V_{SF} 24h = V_T 24h - V_F 24h$
 - $V_{SF} = 36 - 15 = 21 \text{ ml.}$
- Calculamos volúmenes de cada fármaco y SF para los 7 días:
 - Morfina= $6 \times 7 = 42 \text{ ml.}$
 - Midazolam= $2 \times 7 = 14 \text{ ml.}$
 - Haloperidol= $1 \times 7 = 7 \text{ ml.}$
 - Primperan= $6 \times 7 = 42 \text{ ml.}$
 - SF= $21 \times 7 = 147 \text{ ml.}$

HIPODERMOCLISIS

Administración de sueroterapia a través de la vía s.c.

INDICACIONES

- ✓ Administrar de forma individualizada, considerando las ventajas potenciales, los deseos del paciente y su familia y el pronóstico de vida
- ✓ Volumen de infusión puede oscilar entre 500 y 1500 cc/día por punto de punción.
- ✓ En pacientes en fase avanzada suele ser suficiente 3-4 litros/semana.
- ✓ Preferible elegir zona abdominal para punción.
- ✓ Se recomienda usar sueros fisiológicos al 0.9 ó 0.5% y glucosalinos (al 33% de salino).
- ✓ Vigilar zonas de punción y signos de sobrecarga de líquidos.

CURAS Y CUIDADOS

ULCERAS NEOPLÁSICAS

Las úlceras neoplásicas suponen un importante problema de salud con gran repercusión en la calidad de vida del paciente y gran impacto en las familias, cuidadores y equipo de salud del mismo.

Es importante tener en cuenta que la lesión no se va a curar y siempre va a empeorar pero, que su correcta atención y cuidados pueden proporcionar muchos beneficios a los pacientes, a sus familiares y a sus cuidadores y eso para los profesionales sanitarios supondrá un gran reto.

Después de la experiencia de varios años y de unas decenas de úlceras neoplásicas, es fundamental no tener miedo de la úlcera, valorar con serenidad al paciente en su integridad y momento evolutivo de la enfermedad.

Es necesaria una valoración local de la herida y las posibles complicaciones, transmitiendo al paciente y la familia tranquilidad y esperanzas fundadas y reales.

Se ha de dejar claro nuestra disponibilidad para acompañarlos, intentando que la úlcera interfiera lo menos posible en la vida del paciente y de la familia, sabiendo que la aparición de una úlcera neoplásica no tiene por que implicar una expectativa de vida corta.

También hay que recordar que estas úlceras tienen una clínica propia con sus características y sintomatología, por lo que **no deberemos de tratarlas como úlceras por presión.**

FISIOPATOLOGÍA

Los primeros signos de afectación tisular suelen ser el desarrollo de un nódulo indoloro en la piel, resultado de la proliferación del tumor. A menudo aparece inflamación con induración, enrojecimiento y calor.

A medida que avanza el proceso cancerígeno, se producen:

- Desorganización microvascular, neovascularización y fragilidad vascular.
- Coagulopatía.
- Acumulación de desechos.
- Edema.
- Hipoxia y necrosis que facilita la proliferación bacteriana.

CUIDADOS LOCALES

1. LIMPIEZA

- Con irrigación de suero fisiológico o Prontosan dando toques suaves y sin frotar.
- Si se quiere descontaminar, usar antiséptico como clorhexidina acuosa al 0.1% y volver a limpiar con suero fisiológico.
- Si hay mal olor, antes de aplicar suero fisiológico para limpiar, irrigar con agua oxigenada.

2. CONTROL DEL DOLOR

- Aplicar analgesia antes de la cura. Rescates 10 a 20 minutos antes de la cura y sedación si fuera necesario.
- Usar apósitos de baja adherencia y minimizar el número de cambios de apósito.
- Depositar morfina o gel de morfina en apósitos que cubran la herida media hora antes de la cura.
- Cubrir con pomada anestésica una hora antes de la cura y cubriéndola con apósito oclusivo.
- Lidocaína viscosa al 2% en lesiones de vulva. Aplicarla después de la limpieza y antes de poner los apósitos.

3. CONTROL DEL SANGRADO

- Usar apósitos de baja adherencia.
- Humedecer los apósitos antes de su retirada y limpieza suave por irrigación y sin frotar.
- Si sangrado en momento de la cura, ejercer 10-15 minutos de presión sobre la zona.
- Paquetes de hielo sobre la zona.
- Apósitos hemostáticos que no se retirarán en las siguientes curas.

- Toques con barrita de nitrito de plata.
- Vasoconstrictores, como adrenalina tópica, con precaución porque pueden producir necrosis.
- Gasas impregnadas en ácido tranexámico o ácido aminocaproico.
- Apósitos de alginato cálcico.
- Si hemorragia masiva tener toallas oscuras a mano para contener el sangrado y proceder a iniciar una sedación si procede según pauta médica.

4. CONTROL DEL TEJIDO NO VIABLE/DESBRIDAMIENTO

- No hay que desbridar, ni con mecanismos cortantes ni con productos desbridantes, por el elevado riesgo de sangrado.

5. CONTROL DEL OLOR

- Irrigar con metronidazol solución IV.
- A continuación poner malla de vaselina.
- Apósitos de carbón activado.

6. CONTROL DEL EXUDADO

- Utilizar apósitos de absorción adecuada al nivel del exudado.
- Frecuencia de la cura dependerá también de la cantidad de exudado.

7. CUIDADO DE LA PIEL PERILESIONAL

- Protegerla con cremas barrera para evitar la maceración.
- No estirar los apósitos o vendajes, aplicarlos sin tensión, retirar con cuidado.

8. CONTROL DE LA INFECCIÓN

- Extremar la limpieza.
- Utilizar apósitos de plata.

9. PRURITO

- Gel de xilocaína, corticoides tópicos o loción de calamina.

PROBLEMAS MÁS FRECUENTES EN LAS ÚLCERAS NEOPLÁSICAS

SANGRADO LOCAL	Por friabilidad del tejido y rica vascularización del tumor.
EDEMA, EXUDADO Y NECROSIS	Por irregularidades en la perfusión celular.
INFECCIÓN	Por colonización bacteriana del tejido necrótico.
MAL OLOR	Por procesos metabólicos bacterianos que colonizan el tejido necrótico, que liberan ácidos grasos volátiles y fétidos.
ABUNDANTE EXUDADO	Las bacterias que colonizan la herida activan proteasas que degradan el tejido necrótico.
DOLOR	Debido a la compresión de estructuras adyacentes (tejidos blandos y nervios) a causa del crecimiento rápido del tumor.
PRURITO	Por la maderación del tejido o por el crecimiento del tumor.
PROBLEMAS PSICOSOCIALES	Incluyen ansiedad, depresión, baja autoestima, trastorno de la imagen corporal, inhibición de la sexualidad o la intimidad. Además el mal olor puede provocar náuseas, disminución del apetito, pérdida de peso y letargo, y de cara a la familia aumenta el riesgo de claudicación familiar.

CUIDADOS DE LA BOCA

En la gran mayoría de nuestros pacientes encontraremos problemas en la cavidad oral relacionados con la propia enfermedad, con tratamientos recibidos, con la escasa ingesta, con la deshidratación, etc. que pueden producir un importante impacto en la calidad de vida del paciente.

CUIDADOS BÁSICOS	• Mantener húmeda la boca; insistir en la toma de pequeños sorbos de líquido. • Cepillar los dientes o limpiar las dentaduras después de cada comida. • Enjuagar la boca con preparado con medio vaso de agua, una cucharada de agua oxigenada y una cucharadita de bicarbonato. • No utilizar enjuagues que contengan alcohol. • Limpiar la lengua con cepillo de cerdas suaves o con torunda. • Aplicar cacao o lanolina en los labios. • Dejar dentadura postiza toda la noche en solución de limpieza.
XEROSTOMIA	• Dar fruta fría, chicles sin azúcar, caramelos ácidos o cubitos de hielo que pueden estar aromatizados o polos de zumos de frutas. • Masticar trocitos de piña natural o en su jugo. • Chupar pastillas de vitamina C. • Enjuagues con manzanilla y zumo de limón. (1l. manzanilla + zumo de 1 limón). Renovar c/48 horas y conservar en el frigorífico.
BOCA DOLOROSA	• Enjuagues con manzanilla. • Lidocaína viscosa al 2% o Tropicana en vaporizador. Administrarla 15 min. Antes de las comidas. • Modificar la dieta si es preciso. Mejor dieta blanda o líquida. Los alimentos fríos o a temperatura ambiente se toleran mejor. • No colocar dentadura postiza.
MICOSIS ORAL	• Enjuagues con Nistatina cada 4 horas, 1 cucharada, enjuagar y escupir, y otra cucharada, enjuagar y tragar. No comer ni beber nada hasta después de 30 minutos. Tratamiento durante 14 días. • Tomar yogurt natural. • Si el paciente lleva prótesis dentaria, sumergirla cada noche en solución con nistatina. • No utilizar bicarbonato si se está administrando nistatina.
INFECCIONES ORALES	• Clorhexidina 0.2%. • Povidona yodada al 1%.

CUIDADOS DE LA PIEL

En los pacientes paliativos encontramos una serie de características y problemas que pueden contribuir al riesgo de aparición de lesiones en la piel y a síntomas que puedan producir incomodidad y discomfort, como son la desnutrición, la deshidratación, la caquexia, la inmovilidad o la incontinencia. Nuestro objetivo será el confort del paciente y la prevención de aparición de úlceras en la medida de lo posible y adaptándonos siempre al paciente y a la fase de la enfermedad en la que nos encontremos.

PIEL SECA	• Usar jabones pH neutro. • Secar con toallas suaves, mejor con toques. • Inmediatamente después aplicar crema hidratante o emoliente. Podemos calentar la crema previamente para que al aplicarla incomode lo menos posible al paciente.
PREVENCIÓN	• Instruir a la familia en la vigilancia de zonas de riesgo y en la identificación de UPP. • Si valoración enfermera identifica elevado riesgo, aplicar productos específicos para prevención de UPP. • Cambios posturales en la medida de lo posible. • Aconsejar cojines o colchones anti escaras. • Evitar en la medida de lo posible arrugas en la ropa, en las sábanas. • Utilizar ropa de tejidos naturales y sábanas suaves y no lavadas con productos muy irritantes.
PIEL HÚMEDA	• Vigilar zonas de pliegues cutáneos y región genital. • Secar concienzudamente. • Aplicar cremas protectoras, productos barrera específicos. • Tener especial cuidado cuando aparezca diarrea.

ALIMENTACIÓN

La anorexia es un síntoma muy frecuente en nuestros pacientes y difícil de tratar. Lo primero que tendremos que hacer es intentar disminuir la angustia que esta situación produce sobre estos y sobre todo sobre sus familias.

La máxima debería de ser “Lo que quiera, cuando quiera, como quiera y cuanto quiera”.

RECOMENDACIONES

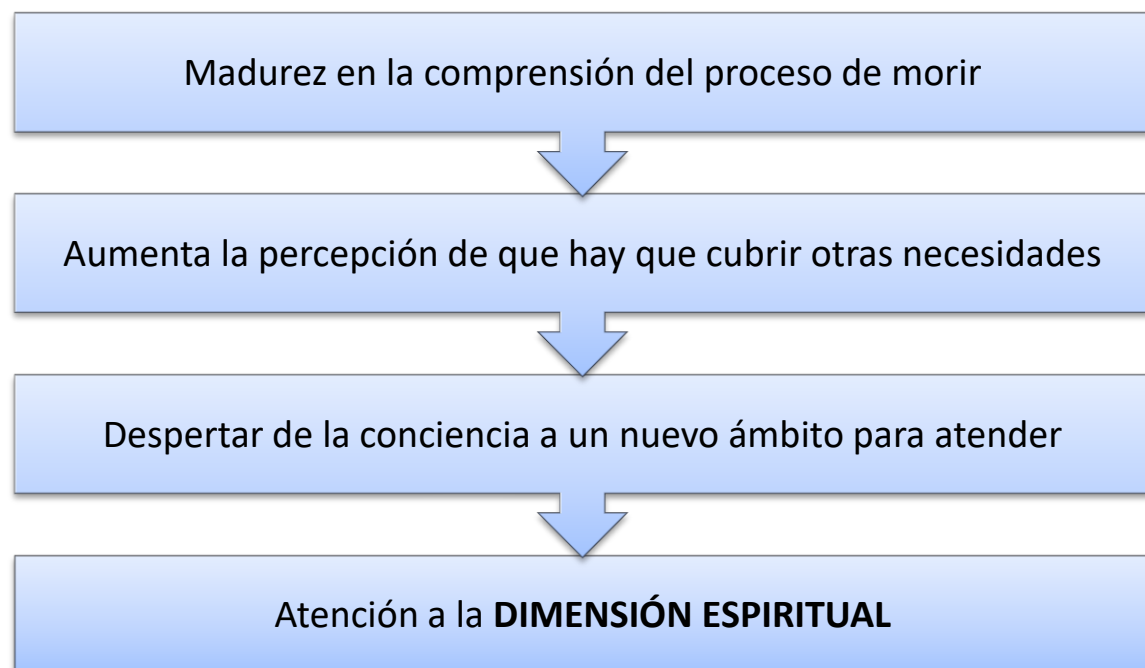
- **Fraccionar** la dieta en seis o siete tomas al día
- **Cantidades pequeñas** cada vez, en plato pequeño y preparado de forma atractiva.
- **Adecuar a los deseos del enfermo.**
- **Mejor dietas blandas o semiblandas** por ser mejor toleradas. Con salsas al gusto del enfermo, sin picantes u olores muy fuertes.
- Si es posible, **levantarse a la mesa y comer con la familia**, si no, facilitar en la habitación un ambiente agradable, sin malos olores, con luz natural durante el día, paciente incorporado y acompañado.
- Realizar **limpieza de la boca antes de las comidas.**
- Mientras el enfermo esté en buenas condiciones intentar una dieta equilibrada. **Si la enfermedad está avanzada no insistir en dietas hiperprotéicas o hipercalóricas que ya no nos ofrecerán ninguna ventaja, ni tampoco en dietas ricas en fibra para prevención y tratamiento del estreñimiento, ya que deben tomarse en cantidades importantes acompañadas de líquido que los enfermos ya no toleran.**
- **Reevaluar** dieta y tratamiento en pacientes diabéticos.
- Ofrecer variedad de líquidos a menudo, recordando que **la hidratación**, en determinados momentos, **no es un objetivo en sí mismo** sino un cuidado de confort.
- Los **suplementos nutricionales** pueden ser recomendables en determinados pacientes y en determinadas fases de la enfermedad. Valorar, individualizando cada caso.

ESPIRITUALIDAD EN CP

Según definición de la OMS (Ginebra 1990) "Lo espiritual se refiere a aquellos aspectos de la vida humana que tienen que ver con experiencias que trascienden los fenómenos sensoriales. No es lo mismo que "religioso", aunque para muchas personas la dimensión espiritual de sus vidas incluye un componente religioso. El aspecto espiritual de la vida humana puede ser visto como un componente integrado junto con los componentes físicos, psicológicos o sociales. A menudo se percibe como vinculado con el significado y el propósito y para los que están cercanos al final de la vida, se asocia comúnmente con la necesidad de perdón, reconciliación y afirmación de los valores".

En la breve historia de los CP se ha pasado de la atención de lo más urgente (y quizá lo más fácil), los síntomas físicos, a aspectos más emocionales y sociales y otros más profundos que se mueven entre los mundos de la medicina, el humanismo, la filosofía, como son los de la espiritualidad.

La dimensión espiritual es idiosincrática de la condición humana y además posee un carácter universal y toda persona es un ser espiritual.



Dificultades para el desarrollo de la atención espiritual

No tenemos una descripción de los parámetros que abarca la dimensión espiritual ni estrategias de intervención.

RAZONES:

- **Propia naturaleza de lo que estamos abordado:** nos estamos moviendo en el ámbito de lo intangible y de lo vivencial.
- **El paradigma científico** en el que nos movemos en el ámbito clínico, basado en el experimento, en la cuantificación y en la medición objetiva, dificulta la comprensión de lo que no se puede “medir y tocar”
- **La espiritualidad sobrepasa lo medible y cuantificable** y por definición trasciende el marco de lo “científico” y sin ser irracional, se acerca más a la experiencia humana vivencial que requiere una aproximación distinta a la científica.

En el tramo final de la vida surgen muchas preguntas relacionadas con el **por qué de la enfermedad, el sentido de la vida y del sufrimiento**, por si existe algo después de la muerte, etc., y los sanitarios tenemos que estar dispuestos a recibirlas y a acompañar a los pacientes en la **búsqueda de sus propias respuestas**. No tenemos que tener miedo y reducir lo espiritual a lo religioso con lo cómodo de desviar el tema y con ello la responsabilidad.

NECESIDADES ESPIRITUALES

Las necesidades espirituales son, según C. Jomain, **las necesidades de las personas creyentes o no, de la búsqueda de un crecimiento de espíritu, de una verdad esencial, de una esperanza, del sentido de la vida y de la muerte, o que están todavía deseando transmitir un mensaje al final de su vida.**

Entendiendo la necesidad no sólo en su acepción de carencia, déficit o vacío no cubierto sino también como potencialidad o expectativa deseada, desde la óptica de la oportunidad.

NECESIDADES	
De ser reconocido como persona	• Enfermedad amenaza al sujeto en su identidad, a su “yo”. • Las estructuras y procesos sanitarios llevan a la despersonalización. El paciente se siente reducido o identificado con su enfermedad. • Privación de roles, fomentando la sensación de aislamiento e inutilidad. • Se expresa la necesidad de ser nombrado, de ser mirado con estima y sentirse realmente asociado a las decisiones terapéuticas.
De releer su vida	• Estar en el umbral de la muerte le coloca delante de su propia vida. Se da una exploración de la memoria y un mirar al pasado. • Necesidad de hablar de su vida pasada, de lo positivo realizado y de ser reconocido en lo mejor de sí mismo. • Necesidad de un balance positivo y significativo, de cerrar el ciclo vital-biográfico de manera armoniosa y serena.
De encontrar sentido a la existencia y su devenir	• Última crisis existencial del hombre. • El final coloca a la persona frente a lo esencial. • No tiene bastante con el ser o con el existir o con el permanecer en el ser. Desea permanecer en el ser con sentido. • Importa el significado concreto de la vida de cada individuo en un momento dado.

De liberarse de la culpabilidad, de perdonarse	• Pueden aparecer culpabilidades y autocondenas que generen un gran malestar psicológico y dificultar una muerte en paz. • No debemos exagerar estos sentimientos pero tampoco trivializarlos.
De reconciliación de sentirse perdonado	• Se plantea la necesidad urgente de reconciliarse, de resolver asuntos pendientes y de cerrar el círculo de su existencia y vencer el resentimiento.
De depositar su vida en algo más allá de si mismo	• Necesidad de alargar la vida individual a las dimensiones de la humanidad entera (trascendencia horizontal) o de la divinidad (trascendencia vertical).
De continuidad	• Sensación de que algo/alguien toma el relevo de algo importante iniciado. • Expresar en creencias, si las hay, de reencarnación o resurrección cristiana. • Se intensifica su relación con el pasado, presente y futuro. El futuro puede ser vivido como una frustración pero también puede estar abierto a la trascendencia. En relación con el presente se pueden establecer una nueva jerarquía de valores.
De auténtica esperanza, no de ilusiones falsas	• Se puede trabajar la esperanza en una temporalidad de presente.
De expresar sentimientos y creencias religiosas	• Esta necesidad aparece en todas las culturas.
De amar y ser amado	• Es la necesidad que abraza a todas las necesidades. • Facilita la muerte en paz. • Rescatar en el paciente su capacidad de amar y dejarse amar es una de nuestras labores más importantes.

APOYO O ACOMPAÑAMIENTO ESPIRITUAL

Si en cuidados paliativos estamos hablando de una atención integral la atención espiritual tendrá que ser proporcionada por todos y cada uno de los miembros del equipo interdisciplinar. Todos los miembros deberían de tener una formación básica en aspectos espirituales que les permitiera dar unos cuidados adecuados a la dimensión espiritual de los pacientes.

Es difícil abordar estos temas y profundizar en ellos requerirá un estudio más amplio que el que pretendemos alcanzar en esta guía pero sí nos parece interesante tratar muy esquemáticamente las actitudes para el acompañamiento, recordar qué no es acompañamiento y hablar de los ingredientes básicos del acompañamiento.

ACTITUDES PARA EL ACOMPAÑAMIENTO

1. Hospitalidad.
2. Decisión y la apuesta por crear un vínculo de confianza y con una determinada vocación de continuidad y permanencia.
3. Capacidad de sostener el dolor.
4. Actitud no sólo de detección sino también de exploración, no sólo de espera sino también de búsqueda.
5. El profesional tiene la responsabilidad de compartir su quehacer y su sentir con el equipo y así poder supervisarlo.

ACOMPAÑAMIENTO, NO ES

- ✓ **Dirigir.**
- ✓ **Adoctrinar ni inocular creencias.**
- ✓ **Psicoterapia.**
- ✓ **Ayuda a huir a la experiencia de sufrimiento**

INGREDIENTES ESENCIALES EN EL ACOMPAÑAMIENTO

Vínculo basado en la **confianza**, como primera y necesaria herramienta.

Presencia y atención activas.

Escucha activa.

Compasión, entendida como la actitud que nos mueve, desde la conmoción interna ante la necesidad o el sufrimiento del prójimo, hacia la acción eficiente para acompañar y ayudarlo a salir de su situación.

Precisa de empatía y del deseo de ayudar y aliviar el sufrimiento del otro.

Historia. Acompañar espiritualmente supone acoger y trabajar tanto la historia vital (personal) del sujeto, como la tradición espiritual (colectiva) en la que está inmerso.

Apoderarse del miedo. Adentrarse en el interior de uno mismo produce miedo que puede limitar a la persona en su proceso de búsqueda aunque después del proceso pueda descubrir maravillas.

El acompañante ha de saber que le permiten entrar en la zona de penumbra aunque permanecer en espacio puede no ser fácil ni agradable.

BIBLIOGRAFIA

Barbero, J. El apoyo espiritual en cuidados paliativos. Disponible en:

<http://www.sanitarioscristianos.com/documentos/308.pdf>

B. García, S. Latorre, F. Torre, C. Gómez, S. Postigo, A. Callejo y A. Arizaga Hidromorfona: una alternativa en el tratamiento del dolor. Rev. Soc. Esp. Dolor 2010. Abril 17(3) ISSN 1134-8046

Bruera, E. Patient-controlled methylphenidate for cancer fatigue: a double-blind, randomized, placebo-controlled trial. s.l. : J Clin Oncol. 2006 May 1;24(13):2073-8.

Couzeiro, A. Ética en cuidados paliativos. Madrid : Triacastela, 2004.

C. Gómez-Vega, P. Romero, A. Callejo, S. Telletxea, F. Torre, A. Arizaga. Oxidodona en el dolor crónico no oncológico. Rev. Soc. Esp. Dolor mar. 2007,14 (2)

Gómez Sancho, M. Ojeda Martín, M. Cuidados Paliativos. Control de síntomas (6ª ed). Meda. Madrid: 2014.

Gonzalez Barón, M. Ordoñez, A. Feliu, J. Zamora, P. Espinosa, E. Tratado de Medicina Paliativa. Madrid : Panamericana, 2007.

Higginson, IJ. Clinical Audit in Palliative Care. Audit methods: a community schedule. s.l. : Radcliffe Medical Press 1993 p 175-81.

Institut Català de la Salut Guía de Vía Subcutánea de Atención primaria basada en la evidencia de la Web del. Disponible en:

<http://www.ics.gencat.cat/3clics/main.php?page=GuiaPage&idGuia=234&lang=CAS>

Jomain, C., Morir en la ternura, San Pablo, Madrid 1987.

López Imedio, E. Enfermería en cuidados paliativos. Madrid: Panamericana, 2007.

Lower, E. Feshman S, et al. s.l. : A phase III, randomized placebo-controlled trial of the safety and efficacy of d-MPH as a new treatment of fatigue and asthenia Proc Am Soc Clin Oncol. 2005; 23: 729.

Méndez, V. Sobre morir: eutanasia, derechos, razones. Madrid : Trotta, 2002.

Menten J, Hufkens K. Objectively observable signs of imminently dying in palliative patients. Abstract of the 3rd Research Forum of the European Association for Palliative Care, Stresa 2004. Palliat Med 2004; 18(4): 351.

Michelin, Dorando J. Habermas, Dignidad humana en Kant. Vol. Estud. filos. práct. hist. ideas vol.12 no.1 Mendoza jun. 2010.

Nabal Vicuña, M. Factores clínicos, biológicos e inmunológicos con caracter pronóstico en el enfermo con cáncer en situación terminal (tesis doctoral). Zaragoza:Facultad de Medicina, Universidad de Zaragoza, 2001.

OMS. www.who.int/cancer/palliative/es. 2013.

OMC-SECPAL Guía Sedación Paliativa, 2012.

Pellegrino, E.D. The Caring Ethic: the relation of physician to patient, en BISHOP, A.H. (ed), SCUDDER, J.R. Jr. (ed.), Caring curing coping. Nurse physician patient relations.

Porta Sales,J. Gómez Batieste, X. Tuca Rodriguez, A. Control de síntomas en pacientes con cáncer avanzado y terminal. Madrid : Enfoque Editorial SC, 2013.

SECPAL Guía de Cuidados Paliativos. Disponible en: <http://www.secpal.com/guia-cuidados-paliativos-1>

SECPAL. El acompañamiento espiritual en cuidados paliativos. Disponible en: http://www.secpal.com/%5CDocumentos%5CBlog%5Carchivo_9.pdf

SECPAL. Espiritualidad en clínica. Monografía Disponible en: <http://www.seor.es/wp-content/uploads/Monografia-secpal.pdf>

SECPAL Espiritualidad en clínica. IX Jornada Nacional. Disponible en: http://www.secpal.com/%5CDocumentos%5CBlog%5Carchivo_18.pdf

SECPAL Monografías Uso de la Vía Subcutánea en Cuidados Paliativos.. Disponible en: http://www.secpal.com/%5CDocumentos%5CBlog%5Cmonografia_secpal_04.pdf

Servicio andaluz de salud. Guía de práctica clínica para el cuidado de personas con úlceras neoplásicas. Disponible en: <http://www.aeev.net/guias/GuiadePractica%20u%20neoplasicas%20sas%202015.pdf>

Servicio Cántabro de Salud. Manual de prevención y cuidados locales de heridas crónicas. Disponible en: http://www.scsalud.es/documents/2162705/2163005/Manual+de+Preveci%C3%B3n+y+Cuidados+Locales+de+Heridas+Cr%C3%B3nicas_SCS.pdf

Servicio Extremeño de la Salud. Guía Clínica Vía Subcutánea, usos y recomendaciones. Disponible en: <http://www.saludteca.com/documents/19231/562422/Gu%C3%ADa+Cl%C3%ADnica+V%C3%ADa+Subcut%C3%A1nea+revisi%C3%B3n+3+agosto+2011.pdf>

SNS Guía Salud. Administración de fármacos por vía subcutánea en cuidados paliativos. Guía de Práctica Clínica Sobre Cuidados Paliativos. Disponible

en:www.guiasalud.es/egpc/cuidadospaliativos/completa/documentos/anexos/Anexo6Administracionfarmacos.pdf

Sociedad Andaluza de Cuidados Paliativos guía práctica de abordaje integral de las úlceras tumorales. Disponible en:

[http://www.secpal.com//Documentos/Blog/GUIA_ABORDAJE U tumorales.pdf](http://www.secpal.com//Documentos/Blog/GUIA_ABORDAJE_U_tumorales.pdf)

Soriano Fernandez, H. et al. Use of the subcutaneous route in Primary Care. *Rev Clin Med Fam* [online]. 2009, vol.2, n.8 [cited 2016-03-16], pp. 426-433 . Available from: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2009000300008&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1699-695X.

Tayal, G. Grewal, A. Mittal ,R. Bhatia, N. "Tapentadol " A Novel Analgesic. *J Anaesth Clin Pharmacol* 2009; 25 (4): 463-466

Thomas,K. et al. Prognostic Indicator Guidance (PIG) The Gold Standards Framework Centre In End of Life Care CIC. s.l. : Royal College of General Practicioners, 2011.

Torralba y Roselló, F. Filosofía de la Medicina. En torno a la obra de E.D: Pellegrino. Madrid: Instituto Borja de Bioética y Fundación Mapfre, SA. 2001.

Vidal, M. A. Aragón M. C. Torres L. M. Opioides como coadyuvantes de la analgesia epidural en pediatría. *Rev. Soc. Esp. Dolor*. 2005; 12(6)

Watson, L. Manual Oxf.ord de Cuidados Paliativos. Hoy. Back. Grupo Aula Médica. Madrid, 2008

ANEXO

ESAS

file:///C:/Users/Usuario/Desktop/ESAS.pdf



SUPPORT TEAM ASSESSMENT SCHEDULE DEFINITIONS AND RATINGS

file:///C:/Users/Usuario/Desktop/STAS-Support-Team-Assessment-Schedule.pdf



GDS-FAST

file:///C:/Users/Usuario/Desktop/GDS%20FAST.pdf



