

CUIDADOS PALIATIVOS EN ATENCIÓN PRIMARIA



- DEFINICIÓN CUIDADOS PALIATIVOS

“ El enfoque que mejora la calidad de vida de los pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y el alivio del sufrimiento, por medio de la identificación temprana y la impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales”

- DEFINICIÓN DE ENFERMEDAD TERMINAL

- Presencia de enfermedad ***avanzada, progresiva, incurable***
- ***Falta*** de posibilidades razonables ***de respuesta al tratamiento*** específico
- ***Presencia de*** numerosos problemas o síntomas intensos , múltiples, multifactoriales y cambiantes
- ***Gran impacto emocional*** en paciente, familia y equipo terapéutico , muy relacionado con la presencia , explícita o no, de la muerte
- ***Pronóstico de vida*** muy limitado

• PERFIL DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD AVANZADA/TERMINAL

I. PACIENTE PALIATIVO ONCOLÓGICO

II. PACIENTES PALIATIVOS NO ONCOLÓGICOS:

Enfermedad pulmonar avanzada (OCFA)

Insuficiencia cardíaca avanzada

Enfermedad hepática avanzada : Cirrosis hepática

Insuficiencia renal crónica avanzada

Demencias muy evolucionadas, y enfermedad cerebrovascular crónica avanzada

Criterios para determinar necesidad de cuidados paliativos en un paciente NO oncológico:

1-Paciente muy mayor con vida limitada debido a diagnóstico específico ,varios diagnósticos o sin diagnóstico definido

2-Paciente y/o familia, que han elegido tratamiento de control de síntomas sobre tratamiento curativo

3-Paciente que presenta alguno de los siguientes:

❖ Documentación clínica de progresión de la enfermedad:

a) Progresión enfermedad primaria

b) Varias visitas a urgencias, hospitalizaciones...en últimos 6 meses

c) Numerosas demandas de atención sanitaria en domicilio

d) Objetivación de un declive funcional reciente

❖ Documentación de alteración nutricional reciente

a) Pérdida >10% del peso en últimos 6 meses

b) Albúmina <2,5g/dl

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PALIATIVOS



ALIMENTACIÓN

- Tiene un **importante significado** personal, social y cultural
- Cuando los pacientes se acercan al final de su vida, **pierden el interés por la comida**, la **capacidad de tragar y asimilar nutrientes**.
- Objetivo nutricional es realizar recomendaciones dietéticas:
 1. **No forzar** al enfermo a comer
 2. **Flexibilizar horarios** de comida
 3. **Adaptar alimentación** tradicional:
 - ❖ alimentos blandos
 - ❖ dieta túrmix
 - ❖ raciones pequeñas en plato grande
 - ❖ presentación apetecible
 - ❖ enriquecimiento de ingestas
 - ❖ aumento de ingesta proteico-calórica
 - ❖ medidas ambientales
 - ❖ adecuada higiene bucal



CUIDADOS DE LA BOCA

Mantenimiento salud bucal

- **Higiene:**

- Lavado dientes , encías y lengua (cepillo suave y pasta de sabor agradable)
- Enjuagues de cavidad oral después de las comidas con ClNa al 0,9% o manzanilla

- Valorar diariamente **estado bucal**

- **Mantener humedad** de la boca . Hidratar labios con crema labial hidratante o aceite, no vaselina.

- Evitar tabaco y alcohol

- **Limpiar lengua saburral**

- Retirar **prótesis** por la noche y guardar en un recipiente con agua + hipoclorito 1% o con solución limpiadora.

- **Limpiar secreciones** nasales



CUIDADOS DE LA BOCA: Xerostomía

- Impacto psicosocial (60-70%)
- Causas: radioterapia cabeza –cuello , fármacos, oxígeno, deshidratación, respiración bucal, ansiedad, infecciones bucales
- ¿Qué hacer?
 1. Refrescar y aumentar hidratación local
 2. Aumentar salivación (chupar fruta , caramelos ácidos, pastillas de Vit. C, hielo. Saliva artificial. Masticar chicle sin azúcar. Enjuagues frecuentes con manzanilla y limón. Bastoncillos de glicerina y limón, spray de agua mineral)
 3. Comidas caldosas y con salsa
 4. Alimentos líquidos o blandos, no aceitosos y espesos
 5. Enjuagues con zumo de limón, antes de comer
 6. Humidificador nocturno



CUIDADOS DE LA BOCA:

Boca Sucia

- Lavar cavidad oral con ***solución desbridante***/12h. Torunda de gasa empapada en:
 - 3/4 SSF + ¼ agua oxigenada
 - 3/4 H2O + ¼ agua oxigenada + 1 cucharada bicarbonato sódico
 - 1 cucharada bicarbonato +1vaso de H2O
- Para ***eliminar el sarro***, peróxido de hidrógeno diluido (no en estomatitis), solución de bicarbonato sódico(efectivo pero sabor desagradable).
- Pastillas efervescentes de ***Vitamina C*** (1/4 sobre lengua y dejar que se disuelva 4 veces al día máximo 1 semana)
- Gargarismos de ***povidona yodada bucal*** si ***Halitosis*** por boca séptica y/o neoplasia oral
- Como ***antiséptico***(a)solución clorhexidina 0,2%, b)yodo solución acuosa diluida (desagradable) c) Oraldine)
- Evitar alimentos con mucha azúcar
- Masticar piña (contiene ananasa que es una enzima proteolítica que limpia la boca)



CUIDADOS DE LA BOCA: Boca dolorosa

- **Después de comer** enjuagar la boca con solución de media cucharadita de **bicarbonato** en una tacita de agua tibia
- **Enjuagues con manzanilla** varias veces al día, retirar limón para evitar escozor de encías. Evitar colutorios comerciales
- Aparte de optimizar el tratamiento analgésico sistémico se puede:
 - 1-Aplicar Anestésicos locales, antes de comidas o si dolor** (xilocaína gel, OHA1 y lidocaína 2% en partes iguales, lidocaína viscosa 2% (fórmula magistral)
Si existe **mucositis o micosis** (1l manzanilla + 1 ampolla lidocaína 2% + 1 frasco nistatina en suspensión)
 - 2-Sintomático** (dieta blanda, líquidos y alimentos fríos o a T^a ambiente. No muchas especias o ácido, beber con cánula o pajita...)
 - 3-Farmacológico** (Aloclair Plus , Aftex)
 - 4-Utilizar soluciones orales antisépticas** (clorhexidina, povidona yodada)
 - 5-Infusiones con Llantén** (2 sobres /1 litro de agua)

CUIDADOS DE LA BOCA: Boca sangrante

- Solución de *agua oxigenada diluida al 50% con SF*
- *Humedecer la boca* con hielo, helados y líquidos fríos (No zumos de frutas)
- Si existe lesión evitar uso de limón-glicerina para limpiarla
- *Vitamina E* (VEA ORIS) en área afectada si existe inflamación
- *Dieta blanda* no caliente
- Si úlcera o tumor local maligno sangrante y con halitosis : **Metronidazol 400/8h.**
(Si efectos secundarios, enjuagues bucales con Metronidazol suspensión)



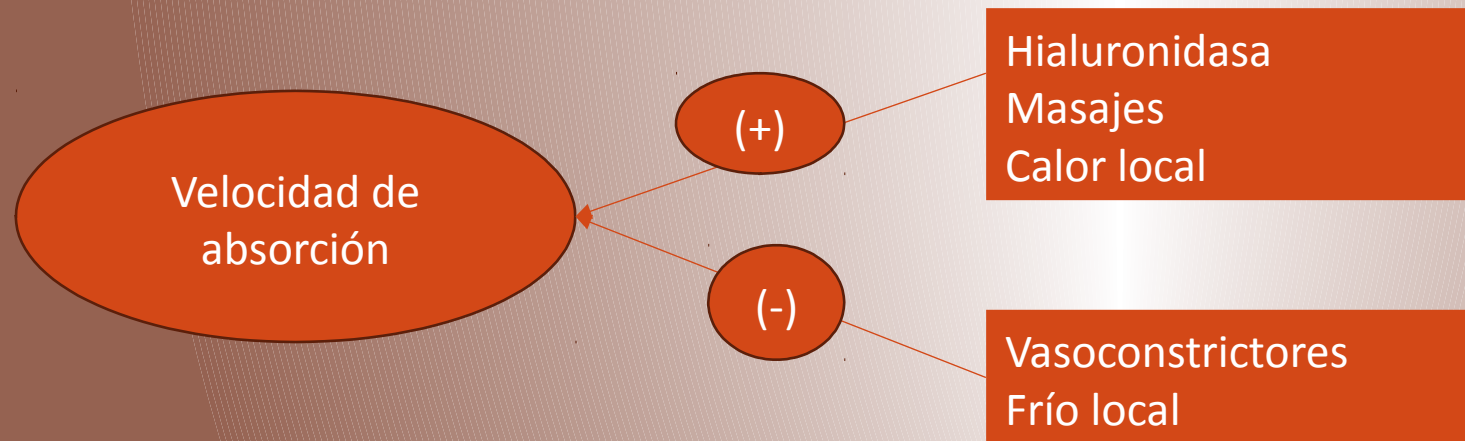
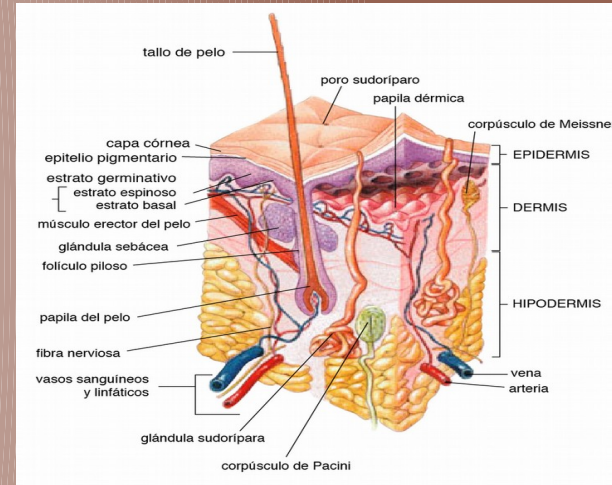
MANTENIMIENTO DE LA SALUD BUCAL EN PACIENTES EN ESTADO AGÓNICO

- Gasas mojadas en agua
- Si dolor oral: ***lidocaína viscosa al 2%*** en torunda
- ***Humidificador ambiental***
- Si puede tragar, pequeños sorbos de agua o infusiones con cucharita o jeringa.
- No soluciones antisépticas con alcohol
- Limpiar fosa nasal con suero salino
- Quitar prótesis dentales
- Hidratar labios con ***crema de cacao***
- Si hay sarro limpiar con ***agua oxigenada diluida al 50% con SF***
- Si precisa, usar cepillos eléctricos.



VIA SUBCUTÁNEA EN CUIDADOS PALIATIVOS (I)

- Hipodermis (3ª capa piel) actúa como aislante térmico, reserva energética y almohadilla de protección.
- Vía subcutánea favorece la administración de fármacos y fluidos
- La absorción de los fluidos se produce por perfusión, difusión, presión hidrostática y presión osmótica



VÍA SUBCUTÁNEA (II)

Ventajas

Bajo coste

Utilización en domicilio y por personal no experto

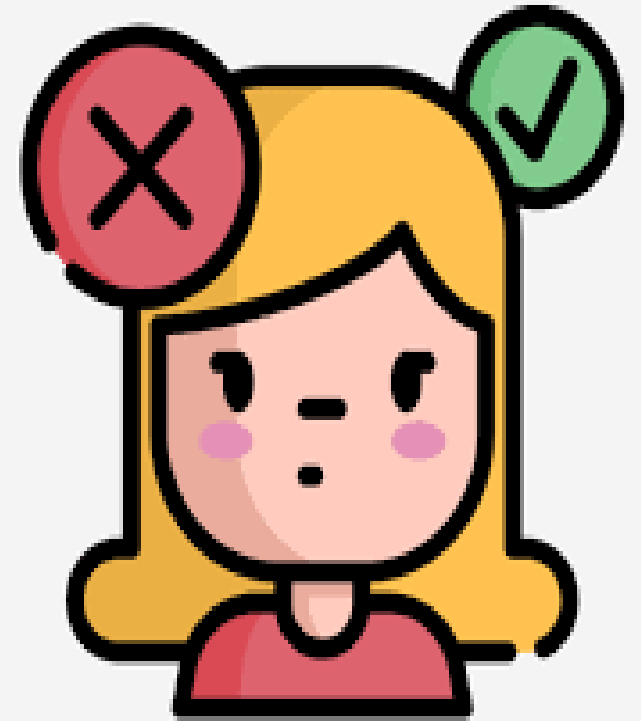
Técnica poco agresiva

Menos complicaciones que vía IV

Desventajas

Volumen de infusión más limitada que en la vía IV (edema, irritación e infección local)

Pueden aparecer desconexiones accidentales y fugas



VIA SUBCUTÁNEA (III)

Indicaciones

1-Naúseas, Vómitos ,Diarrea

2-Disfagia, Obstrucción intestinal

3-Fístulas (esófago-traqueales, entero-cutáneas)

4-Agonía

5-Analgesia en paciente con cáncer avanzado

6-Dificultad para acceso venoso, aversión a la vía oral o incumplimiento

7-Dolor resistente a morfina oral

8-Confusión y/o agitación (demencias). Disminución del nivel de conciencia

Contraindicaciones

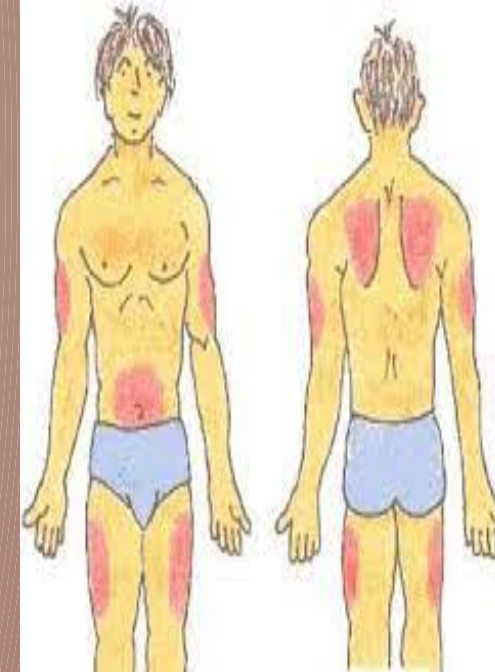
1-Paciente caquético

2-Pacientes con anasarca, coagulopatías, zonas irradiadas o zonas dañadas por infección, inflamación o piel ulcerada

3-Negativa del paciente, claudicación familiar, imposibilidad de tratamiento domiciliario

VÍA SUBCUTÁNEA (IV):

- La medicación se puede administrar de 3 formas:
 - 1-Infusión continua
 - 2-En bolos
 - 3-Infusión continua con bolos
- Procedimiento:
 - Información al paciente, sobre la técnica
 - Material: Palomilla (21G-24G) +Clorhexidina alcohólica o alcohol +Apósito autoadhesivo transparente
 - Las zonas de inserción se eligen según estado del paciente y líquido a infundir (Lo más frecuente, región torácica superior (subclavicular), deltoides (evitando brazo dominante), abdomen, espalda (interescapular) y muslo.
- Revisión del sistema: cada día observar punto de inserción, vigilar desconexiones o fugas, prestar atención a la posible precipitación de fármacos...



HIPODERMOCLISIS

- Administración de fluidos para hidratar al paciente (*SF al 0,9% y suero glucosalino al 33%*)
- Limitación de volúmenes (*2 l*)
- Se administran 500-1500 ml, en infusión continua, de SF o glucosalino , o alternos.
- **Ventajas:** disminuye incidencia de delirium y previene úlceras por presión
- Inconveniente: Puede aumentar secreciones respiratorias
- No presenta eficacia en sequedad de boca ni sensación de sed
- **Contraindicaciones:**
 - Shock
 - Alteraciones de coagulación y del equilibrio hidroelectrolítico
 - Anasarca
 - Caquexia extrema



No existe evidencia clara , a favor o en contra. La decisión de iniciar o no esta técnica, ha de ser individualizada, y, se ha de tomar de forma consensuada, por sanitarios y paciente/familia

SÍNTOMAS NEUROPSIQUIÁTRICOS



DELIRIUM (I)



- Factores desencadenantes:
 - Intracraneal (tumor cerebral, metástasis cerebrales-meningeas, ACV)
 - Insuficiencia órganos (cardíaca, respiratoria, renal, hepática)
 - Infecciones
 - Hematológicas (CID, anemia)
 - Metabólicas (alt. Electrolíticas, deshidratación)
 - Fármacos (psicotropos , quimioterápicos, corticoides, AINEs, AntiH2,digoxina, teofilina, nifedipino , ciprofloxacino)
 - Deprivación alcohol y BZD
- Diagnóstico exclusivamente clínico :
 - ❖ Alteración en la atención y la conciencia
 - ❖ Instauración en breve espacio de tiempo y con severidad fluctuante a lo largo del día
 - ❖ Alteración cognitiva añadida
 - ❖ Suele ser consecuencia fisiológica directa de otra condición médica, intoxicación o abstinencia de sustancias, exposición a tóxicos o combinación de múltiples causas

DELIRIUM (II)

- Puede haber síntomas prodrómicos (alteración del sueño, irritabilidad, ansiedad, inquietud, desasosiego)
- **Subtipos clínicos**: Hiperactivo, hipoactivo y mixto
- **Tratamiento**: NEUROLÉPTICOS son el tratamiento de elección

1ª LÍNEA	HALOPERIDOL 1,5-2,5mg SC/8h y dejar pauta de rescate 1,5-2,5mg/sc cada 20-30 min 3 veces antes de pasar a otro. Ajustar por edad, no ajustes en IR. RISPERIDONA 0,5-1mg VO/12h OLANZAPINA 5-10mg VO/24h .No ajustes en IR QUETIAPINA 25mg/12. Incrementar dosis, si precisa en 25-50mg/día
2ª LINEA	LEVOMEPRMAZINA (Sinogan) 1,5-2,5mg/4-8h.Disminuir dosis en ancianos e IR CLORPROMAZINA (Largactil) 12,5/4-12h con la misma dosis de rescate cada 15-20 min (VO,IM,IV,<u>NO</u> SC) hasta 3 dosis, antes de considerar BZD BENZODIACEPINAS asociadas a haloperidol si gran agitación. De forma aislada en delirium asociado a convulsiones o abstinencia (alcohol/sedantes)
3ª LÍNEA	MIDAZOLAM : Iniciar con 2.5-5mg/5-10 min hasta control de agitación y seguir con infusión continua SC o IV

INSOMNIO

- **Etiología** : Alteraciones ambientales, emocionales/psicológicas, físicas y toma de medicamentos y sustancias estimulantes
- **Tratamiento:**
 - ✓ Medidas Generales (***Siempre*** aplicar en ***primer lugar*** y valorar ***estado clínico y pronóstico*** del paciente): Horario regular, No dormir siesta, Dormitorio silencioso y confortable, Evitar ejercicio al final de la tarde, Evitar estimulantes, limitar la ingesta de líquidos antes de dormir, Técnicas de relajación.
 - ✓ Tratamiento Farmacológico

HIPNÓTICOS NO BENZODIACEPÍNICOS	BZD (acción corta-intermedia y media)	OTROS HIPNÓTICOS	SIN RECETA
ZOLPIDEM 10 mg ZOPICLONA 7,5 mg	LORAZEPAM 0,5-1mg LORMETAZEPAM 1-2mg FLUNITRAZEPAM 0,5-4 mg	CLOMETIAZOL 192-384mg MIRTAZAPINA 7,5-15mg TRAZODONA 100-150 mg	MELATONINA 3-20mg
Riesgo caídas	Tolerancia Sdme retirada Deterioro cognitivo y Fx respiratoria Caídas Depresión respiratoria		

¿Cómo elegir el hipnótico?

- Insomnio de **conciliación** : fármaco de vida media/media-corta y sin metabolitos activos **ZOLPIDEM /LORAZEPAM**
- Insomnio de **mantenimiento**: fármacos de vida media/media-larga
LORAZEPAM/FLUNITRAZEPAM/DIAZEPAM
- Asociación de **insomnio + ansiedad**:
ALPRAZOLAM/DIAZEPAM. Si estos pacientes además precisan vía parenteral **MIDAZOLAM**
- Asociación de **insomnio + delirium** se indican Neurolepticos :
HALOPERIDOL/RISPERIDONA/OLANZAPINA/QUETIAPINA



ANSIEDAD

- Etiología: Problemas médicos, sociales y del entorno; pérdida de capacidad de control y pérdida de coherencia y continuidad vital
- Tratamiento:
 - Medidas psicoterapéuticas
 - Farmacológico

BZD	Antidepresivos
<p>LORAZEPAM 0,5-2mg/6-12h ALPRAZOLAM 0,25-2mg/6-12h DIAZEPAM 5-10 mg/6-12h MIDAZOLAM 2,5-15 mg/4h CLONACEPAM 0,5-2 mg/8-12h CLORAZEPATO 7,5-15 mg/12H</p>	<p>MIRTAZAPINA ESCITALOPRAM/CITALOPRAM</p> <p>VENLAFAXINA DULOXETINA</p> <p>Si dolor neuropático asociado</p>
<ul style="list-style-type: none">▪ Si Fx respiratoria alterada AntiH1 (Hidroxicina) o Neurolépticos (Quetiapina)▪ Si Fx hepática alterada Lorazepam (no en I.Renal)▪ Si ansiedad generalizada Pregabalina▪ Si abuso de BZD previa, Buspirona 5-15mh/8h	<ul style="list-style-type: none">▪ Si delirium , evitar BZD ,dar trazodona ,quetiapina o clorpromazina▪ Si antecedentes de consumo de tóxicos utilizar sulpiride o neuroléptico atípico (risperidona, quetiapina)

DEPRESIÓN

- Tratamiento:

- Psicológico (de elección)
- Farmacológico

Primera opción ISRS	SERTRALINA (25MG/24H.....100-200MG/24H) CITALOPRAM (5-10MG/24H.....20-40 MG/24H) ESCITALOPRAM (5-10MG/24H.....20 MG/24H)
Segunda opción	VENLAFAXINA (37,5MG/12H.....150-250MG/24H) MIRTAZAPINA (15MG/24H.....30MG/24H) DESVENLAFAXINA (50.....100MG/24H) ADT(nortriptilina y desipramina)-si dolor+ansiedad/insomnio METILFENIDATO—psicoestimulante en últimas semanas de vida Si se asocian ansiedad y/o insomnio: Alprazolam, Mirtazapina , Mianserina , Trazodona.



DOLOR



ESCALERA ANALGÉSICA DE LA OMS

<i>Primer escalón</i>	<i>Segundo escalón</i>	<i>Tercer escalón</i>	<i>Cuarto escalón</i>
ANALGÉSICOS NO OPIOIDES	OPIOIDES MENORES	OPIOIDES MAYORES	MÉTODOS INVASIVOS
PARACETAMOL AINES NOLOTIL ICOX	CODEINA TRAMADOL	MORFINA OXICODONA FENTANILO BUPRENORFINA METADONA	

+/- COADYUVANTES Y +/- FÁRMACOS DE PRIMER ESCALÓN

NORMAS PARA USO DE ESCALERA ANALGÉSICA

- **NUNCA ASOCIAR** fármacos de **2º y 3º escalón**
- **DOLOR NO CONTROLADO** si EVA > 3 durante 2-3 d y/o > 3 irruptivos/d durante 2 días seguidos
- La subida de peldaño analgésico, depende únicamente del fallo del escalón anterior
- Si hay fallo en los escalones primero o segundo, el intercambio entre fármacos no tiene mejoría, cosa que sí ocurre con el tercer escalón (**Rotación de opioides**)
- Los coanalgésicos deben prescribirse en función de la causa y si subimos de escalón, mantener coanalgesia
- No hay dosis techo o tope para el efecto analgésico de opioides agonistas puros (esto viene dado por la aparición de efectos adversos)
- La primera consideración para el control del dolor siempre debe ser la intensidad del dolor
“todo paciente con dolor moderado o severo debería ser tratado con terapia opioide”
- Factores pronósticos de mala respuesta a opioides (sólo 55% tienen buen control del dolor):
 - ✓ Mecanismo neuropático o mixto
 - ✓ Dolor incidental
 - ✓ Componente psico-emocional
 - ✓ Adicción a sustancias
 - ✓ Deterioro cognitivo
 - ✓ Otros (tolerancia rápida, delirium)



FÁRMACOS DE PRIMER ESCALÓN

- Son AINEs, ICOX, Paracetamol y Nolotil
- Recomendaciones prácticas:
 - Emplear los de vida media corta
 - Dar un tiempo de espera (1 sem.) antes de considerarlos ineficaces-
 - No sobrepasar el doble de la dosis máxima recomendada
 - Intentar al menos 2 de ellos
 - Pacientes que no toleran uno pueden tolerar bien otro similar
 - No se recomienda asociar 2 AINEs
 - Los efectos adversos graves, no avisan
 - Los ICOX 2 tienen perfil especial en cuanto a toxicidad gastrointestinal y antiagregación, pero no en cuanto a potencial para producir retención de sodio, edemas e insuficiencia cardíaca o renal



FÁRMACOS SEGUNDO ESCALÓN: OPIOIDES MENORES

CODEÍNA	TRAMADOL
Analgésico Antitusivo Antidiarreico	Analgésico de acción central con propiedades agonistas
Combinado con paracetamol tienen efecto sinérgico (500 mg paracetamol + 30 mg codeína)	Combinado con paracetamol tiene efecto sinérgico (325 mg paracetamol + tramadol 37.5 mg tramadol)
30-60 mg/6h máximo 240 mg/día	50-100/8h máximo 400 mg/día. En >75 años, reducir dosis a la mitad
Ratio de conversión codeína oral: morfina oral es 10:1 100mg codeína=10 morfina	Ratio de conversión tramadol oral : morfina oral es 5:1 50 mg tramadol=10 morfina
Efectos secundarios: estreñimiento, depresión respiratoria (+ +)	Efectos secundarios : Estreñimiento, depresión respiratoria (+)

FÁRMACOS TERCER ESCALÓN

- PETIDINA/MEPERIDINA (DOLANTINA) 50mg/ml

- ❖ Efecto agonista similar a la morfina
- ❖ Efectos adversos potenciales que limitan su uso en dolor crónico (excitabilidad del SNC , cambios de humor, mioclonías múltiples, convulsiones)
- ❖ Su efecto comienza antes que el de la morfina , pero dura menos (2-3 horas)

- TAPENTADOL (PALEXIA)

- ❖ Acción central potente con propiedades agonistas del receptor μ e inhibición de la recaptación de NA
- ❖ Hay presentaciones retard (Vm 12h) y no retard (4-6h)
- ❖ Dosis máxima 500 mg/día
- ❖ **Precaución si lo combinamos con agente serotoninérgico (Mirtazapina, Trazodona, ISRS) por riesgo de precipitar síndrome serotoninérgico**
- ❖ ¿Cómo iniciar su pauta? Si paciente ha tomado fármacos de 2º escalón, 50mg/12h, si no 25mg/12h (también si ancianos, afectación severa hepática o renal)
- ❖ Rescates con cualquier opioide de liberación inmediata (5 mg morfina de liberación rápida)



• MORFINA:

❖ Agonista receptores μ

❖ Es el opioide potente de referencia

❖ Vías de administración: oral, parenteral, intraespinal

❖ Vm 2-3 h. Duración 4-6h, con efecto máximo a la hora

❖ Ratio de conversión de morfina según vías de administración

✓ Oral-Subcutánea 1:1/2

❖ Es el opioide potente de referencia

✓ Oral-IV 1:1/3

❖ Vías de administración: oral, parenteral, intraespinal

✓ Oral-Rectal 1:1

❖ **Tener en cuenta:**
Ratio de conversión de morfina según vías de administración

✓ **En ancianos, debilitados y/o con IR empezar con 5mg/6-8h oral**

✓ **Pautar laxantes de forma profiláctica**

✓ **Para prevenir emesis, Haloperidol 15 g/noche (3 días, v.o)**

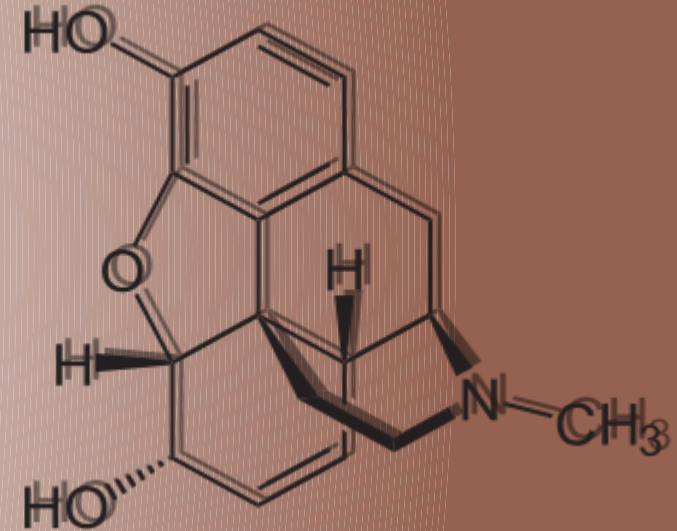
✓ **Se puede dar dosis extra (1/6 de dosis diaria) en caso de dolor**

❖ Liberación retardada (MST continuos 5, 10, 15, 30, 60, 100 y 200) cada 12h. No masticar o triturar

❖ Liberación inmediata (SEVREDOL comp 10 y 20 mg/ORAMORPH soluc 2mg/ml/ORAMORPH gotas 20mg/ml) cada 4h.

✓ **Para prevenir emesis, Haloperidol 15 g/noche (3 días, v.o)**

❖ Forma parenteral: ampollas 1% 10mg/ml, amp. 2% 20mg/ml, amp 4% 400mg/ml



- **FENTANILO:**

- ❖ Se puede dar por distintas vías: Transdérmica, transmucosa , IV, espinal
- ❖ Se puede dar en Insuficiencia Renal
- ❖ Menor estreñimiento que otros opioides



- **FENTANILO TRANSDÉRMICO:**

- Tras aplicación del parche la concentración sérica aumenta después de 12-24h. Al quitarlo la concentración cae hasta 50% en 17h
- Intervalo de dosis 72-48h
- La absorción del fármaco puede aumentar con la fiebre
- Indicaciones:** Intolerancia vía oral o escaso cumplimiento de la medicación oral, reacción desfavorable por parte del paciente a otros opioides
- Contraindicaciones:** Excesiva sudoración y dolor progresivo e inestable
- Colocación del parche en lugar con movilidad limitada (zona escapular o pectoral)

• **FENTANILO ORAL TRANSMUCOSO:**

❑ Características:

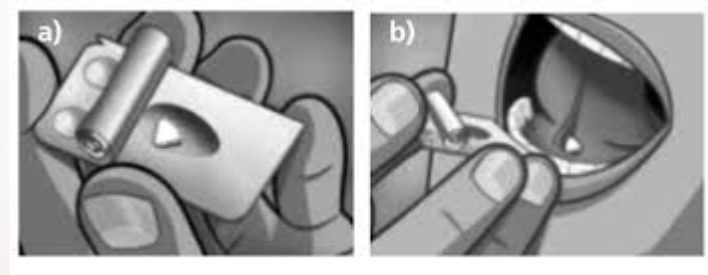
- Rapidez de acción
- Dosis /efecto controlable
- Mejora la seguridad
- Fácil de utilizar
- No invasivo
- Coste/efectivo

❑ **Citrato de fentanilo transmucoso oral:**

- Dolor irruptivo
- Actúa en 15 minutos (más rápido q morfina, no más efectivo)
- Difícil titulación
- Utilidad clínica limitada
- **ACTIQ/BREAKYL**
- Iniciar dosificación con 200mcg y si en 15 minutos no

❑ **Citrato de fentanilo sublingual:**

- Dolor irruptivo.
- Mayor absorción y rapidez de acción
- Difícil titulación
- **ABSTRAL/EFFENTORA/KAPTIC/AVARIC**
- Iniciar con 100mcg y si no es efectivo en 15 minutos, dar segunda unidad. Dosis máxima 4 unidades al día



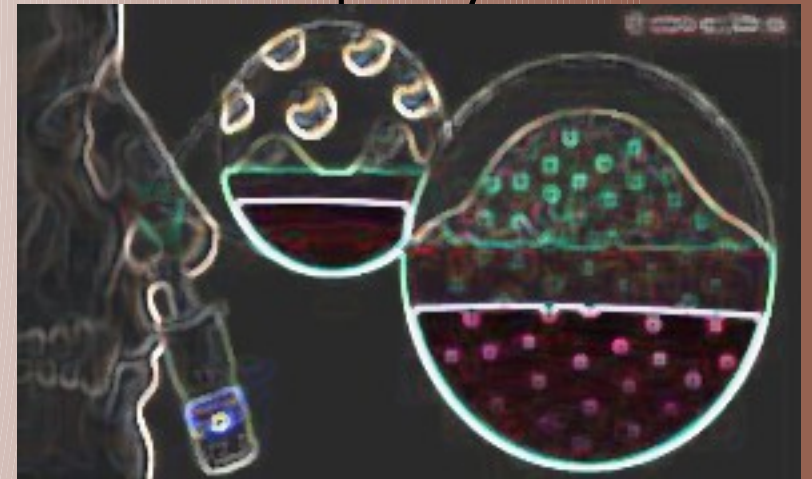
unidades/24h)

- **CITRATO DE FENTANILO TRANSMUCOSO INTRANASAL:**

- ❑ 2 preparados:

- 1) **PECFENT** (100,400 MCG/PULSACIÓN) El de acción más rápida y con mayor riesgo de dependencia

- 2) **INSTANYL** (50,100,200 MCG/PULSACIÓN)



- **FENTANILO EN VIALES**

- ❑ **FENTANEST** (0,05 MG/ML) ampollas 3ml

- ❑ Se utiliza cuando se precisa rápido alivio del dolor

- ❑ Se administra en infusión continua IV ó SC

• OXICODONA

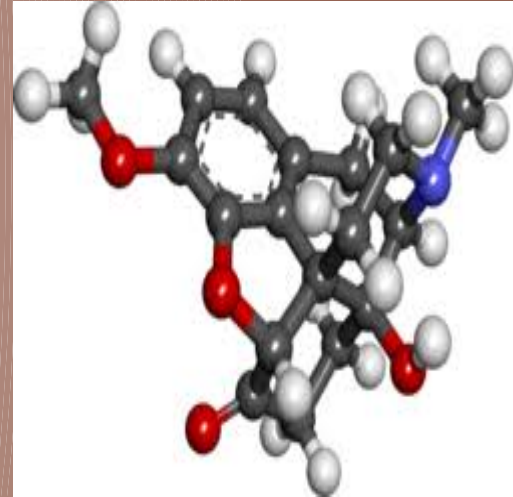
❖ Análogo sintético a la morfina de potencia analgésica doble

❖ Formulación conjunta oxicodona y naloxona:

- Intenso primer paso hepático
- La naloxona revierte el estreñimiento inducido por la oxicodona
- No en Insuficiencia Renal ni Hepática severa

❖ Presentaciones:

- Liberación retardada (OXYCONTIN 10,20,40 Y 80MG, TARGIN 5/2,5, 10/5, 20/10, 40/20, 80/40) No masticar o triturar
- Liberación inmediata (OXYNORM comprimidos 5,10 y 20, OXYNORM solución 1mg/ml y 10 mg/ml)
- Ampollas de oxicodona (10mg/ml) por vía IV o SC en bolus o perfusión.
- Equivalencia **oxicodona parenteral/oxicodona oral: 0,7/1**
- Dosis extra (1/4-1/6 de dosis total diaria)
- Equivalencia **oxicodona oral: morfina oral (1/2) ...**



• HIDROMORFONA

- ❖ 5 veces más potente que la morfina y con menos efectos secundarios
- ❖ Vías de administración: oral, rectal, parenteral, intraespinal
- ❖ t_m 1,5-3 horas
- ❖ No dar en Insuficiencia Renal
- ❖ En España sólo se ha comercializado en la forma oral de liberación controlada que es JURNISTA (4,8,16 Y 32 mg)
- ❖ Ratio morfina : hidromorfona 5:1
- ❖ Ratio hidromorfona : morfina 1:3,7

• BUPRENORFINA

- ❖ 30 veces más potente que morfina administrada IM y con menor depresión respiratoria que morfina (naloxona no la revierte, si lo hacen estimulantes respiratorios como DOXAPRAN)
- ❖ Duración analgésica 6-9 h
- ❖ Asociada a morfina en altas dosis, puede precipitar sd. abstinencia
- ❖ Muy lipofílica, ideal para administración transdérmica
- ❖ TRANSTEC (35(0,8mg/d),52,5(1,2mg/d),70(1,6mg/d) cada 72h) La dosis inicial puede ser 17,5mg
- ❖ Dosis extra: 1/6 de dosis equivalente de un agonista

DOLOR IRRUPTIVO ONCOLÓGICO (DIO)

- Exacerbación transitoria del dolor, bien espontánea o bien desencadenada por factores predecibles o no, a pesar de que exista dolor basal relativamente estable y adecuadamente controlado.

- Dos tipos :

- Incidental (volicional /No volicional)
- Espontáneo

- Tratamiento:



Medicamento	Morfina oral liberación inmediata	Morfina subcutánea	Oxicodona liberación inmediata
Dosis	10% de la dosis total diaria		1/6 de la dosis total diaria
Inicio efecto	30-45 minutos	15-30 minutos	30-45 minutos
Duración efecto	4-6 horas		4 horas

• **Fentanilo oral:**

✓ Dosis de inicio 100mcg (en ancianos o pacientes frágiles, valorar inicio con presentaciones de menor dosis (Avaric 67mcg o Instanyl 50 mcg)

✓ Titulación:

Si con dosis de 100, se alcanza alivio adecuado del dolor, en 15-30 minutos, se debe utilizar esta dosis en los siguientes episodios de DIO

Si con 100, no se alcanza alivio en 15-30 minutos, se debe utilizar la siguiente manera:

Primer comprimido	Segundo comprimido
100	100
200	100
300	100
400	200
600	200
800	

ROTACIÓN DE OPIOIDES (I)

- Indicaciones:
 - ⊗ Fracaso analgésico
 - ⊗ Efectos secundarios intolerables
 - ⊗ Rápido desarrollo de tolerancia
 - ⊗ Situación clínica que dificulta la admón por la vía habitual
 - ⊗ Cambios en situación clínica, que aconsejan opioides con distinta farmacocinética
 - ⊗ Otros (Precio, disponibilidad, preferencias del paciente...)
- ¿Cómo realizar la rotación?
 - ⊗ Calcular dosis total diaria
 - ⊗ Calcular dosis equivalente del nuevo opioide (tablas equianalgésicas)
 - ⊗ Disminuir por tolerancia cruzada incompleta, un 25-50% la dosis
 - ⊗ Establecer dosis de mantenimiento
 - ⊗ Prescribir dosis de rescate (5-15% dosis diaria total)
 - ⊗ Valorar regularmente efectos secundarios y eficacia analgésica



ROTACION DE OPIOIDES (II)

- Situaciones especiales:



1-NIO	Disminuir dosis al menos al 50%
2-Paciente <i>anciano</i> , con patología <i>cardiovascular</i> , <i>hepática o renal</i> , dosis de opioides <i>previa alta</i> , paciente <i>no caucásico</i>	Disminuir dosis <i>30%</i>
3-Paciente con <i>dolor severo</i>	Disminuir dosis <i>20%</i>

- Morfina oral → Morfina parenteral
 - ❖ Morfina oral/Morfina rectal=1/1
 - ❖ Morfina oral/Morfina SC= 2/1
 - ❖ Morfina oral/Morfina IV= 3/1
- Morfina oral → Fentanilo transdérmico
 - ❖ **Dosis total diaria de morfina oral/2 –(20-30% de la cifra)**
Ejemplo paciente con 60mg morfina diarios, ¿qué dosis de fentanilo le corresponde?
 $60/2 - (20\% \text{ de } 30) = 30 - 6 = 24$ mg fentanilo transdérmico
 - ❖ Si la morfina es de liberación rápida se mantiene la morfina hasta 12 h tras inicio de fentanilo transdérmico
 - ❖ Si la morfina oral es retardada, la última dosis de morfina retard coincide con la colocación del parche
- Fentanilo transdérmico → Morfina oral
 - ❖ **Nº parche fentanilo x2 –(20-30% de esa cifra)**
Ejemplo paciente con parche FTD25 ¿qué dosis de morfina le corresponde?
 $25 \times 2 - (20\% \text{ de } 50) = 50 - 10 = 40$ mg morfina
 - ❖ El cambio se hace , retirando el parche y a las 6-12h iniciamos la morfina. Si durante este intervalo, tiene dolor, se da dosis extra de morfina (10-15% dosis total diaria)

• Morfina oral  Oxiconona oral

❖ Dosis equianalgésicas:

Oxiconona VO----Morfina VO: 1/1,5

Oxiconona VO----Morfina SC: 1/1

- ❖ Si se cambia de morfina liberación rápida a Oxiconona retardada, administrar morfina hasta pasadas las primeras 8 h tras la 1ª dosis de oxiconona

• Morfina oral  Buprenorfina transdérmica

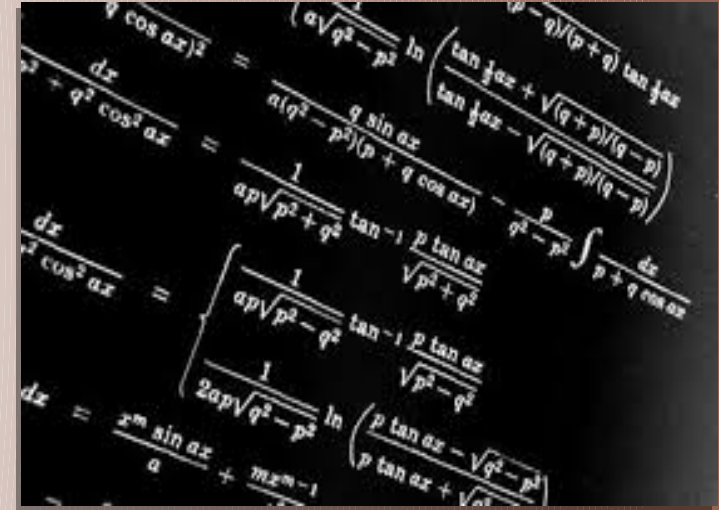
- ❖ **Dosis total de morfina diaria VO x 0,583** (se redondea a la dosis del parche más cercana)

Por ejemplo paciente con 60 mg de morfina : $60 \times 0,583 = 34.98$ (se indicaría parche de 35 de buprenorfina)

- ❖ Si es morfina liberación rápida, se mantiene morfina en las primeras 12 h tras colocación del parche

• Morfina Tapentadol

- ❖ Calcular dosis diaria de morfina VO
- ❖ Ratio de conversión morfina: Tapentadol es 1:3,3
- ❖ Ejemplo Paciente con 60 mg morfina VO /24h, para pasarlo a tapentadol?
60mg morfina x 3,3=198 mg tapentadol (100mg tapentadol/l 2h)
- ❖ En caso de no coincidir con las dosis comercializadas, es preferible ajustar a la dosis más cercana y de forma conservadora
- ❖ Pacientes con dosis superiores a 200 mg de morfina vo, no serían tributarios de rotarse a tapentadol , ya que sobrepasarían su dosis máxima recomendada (500mg)



SÍNTOMAS RESPIRATORIOS



TOS

- Muy frecuente en etapas avanzadas
- Etiología:
 - Neoplásica
 - Secundaria a tratamiento quimioterápico o fibrosis postradioterapia
 - Factores intercurrentes (infección, RGE, broncoaspiración...)
 - Otras causas (sequedad boca y mucosas , Irritantes , exceso mucosidad, IECAs)
- Tratamiento:
 - De la causa
 - Sintomático
 - Tos húmeda (Mucolíticos ,expectorantes , Aerosoles de ClNa 0.9% en 2.5 ml/6h)
 - Tos seca(tratar aunque el paciente se encuentre agónico):
 - ❖ No opioides (**dextrometorfano**, de elección, si en 48h no hay mejoría suspender e iniciar morfina)
 - ❖ Opioides (codeína 15-60mg/4-8h, dihidrocodeína 10mg/4-6h, morfina de acción rápida 2,5mg/4-6h)
 - ❖ Anestésicos locales vía inhalatoria (Lidocaína 2% (5cc/6-8h) Bupivacaína 0,25% (5cc/8h)

DISNEA

- Etiología:
 - ❑ Neoplásica
 - ❑ Secundaria a Tratamiento (Neumonectomía, Anemia, Neumonitis postirradiación)
 - ❑ Secundaria a causas concurrentes (Atelectasia, TEP, Infecciones, EPOC, Asma, Insuficiencia cardíaca)
- Tratamiento:
 - ❑ Medidas generales:
 - ✓ Paciente acompañado, ambiente tranquilo, posición confortable
 - ✓ Fuente de *aire fresco*
 - ✓ *Ejercicios de respiración y/o relajación*
 - ✓ *Oxigenoterapia* (Si hipoxemia o desaturación y/o demostración de mejoría de síntomas , útil en disnea por Insuficiencia cardíaca y enfermedades intersticiales)
 - ❑ Sintomático:
 - ✓ *Morfina* (morfina de acción rápida oral 5mg/4h o subcutánea 2,5-5mg/4h)
 - ✓ *BZD* (Sólo si crisis de angustia, pánico o gran componente ansioso. Lorazepam o Alprazolam sl. Si no hay via oral Diazepam IM o Midazolam 2,5-5mgSC /4h)



HEMOPTISIS

- Clasificación en leve o grave según cuantía (200ml/24h)



- Etiología:

- Neoplásica (Ca. Broncogénico, Ca. Epidermoide)

- Infecciones (TBC, aspergilosis masiva)

- Patología asociada (BC, bronquiectasias, TEP, trombopenia)

TRATAMIENTO HEMOPTISIS

- MEDIDAS GENERALES (Ambiente tranquilo. paciente acompañado v en ***posición lateral o sentada***)



- HEMOPTISIS LEVE O MODERADA

- ❖ Retirar AINEs, AAS, anticoagulantes

- ❖ Etiológico

- ❖ ***Antitusígenos***

- ❖ ***Antifibrinolíticos*** (Amchafibrin, Caproamin)

- ❖ ***Adrenalina nebulizada***

- ❖ Corticoides (***Dexametasona 2-4 mg/24h, prednisona 15-30mg/24h***)

- HEMOPTISIS MASIVA/AMENAZANTE:

- ❖ ***Sedación urgente***

- ❖ Se debe prever si aparecen aumento de tos, signos/síntomas sobreinfección, alteraciones de coagulación concomitantes

- TRATAMIENTO INVASIVO

ESTERTORES

- Muy frecuente y específico en la agonía
- Más intensos en pacientes con Ca de pulmón y SNC y enfermedades degenerativas neuro y neumológicas
- Tipos: I (secreciones salivares) y II (secreciones bronquiales)
- Tratamiento:
 - ❑ Medidas generales:
 - Explicar fisiopatología a familia
 - Colocar paciente en ***decúbito lateral, con cabecera incorporada y cuello ligeramente flexionado***
 - Retirar prótesis dental
 - ❑ Tratamiento farmacológico
 - ***N-Butilbromuro de hioscina 20 mg/4-6h sc/IV ó Clorhidrato de escopolamina (0,5-1 mg/4-6h sc/IV***
 - ❑ Aspiración secreciones (altas)

SÍNTOMAS DIGESTIVOS



CANDIDIASIS OROFARÍNGEA

- Factores de riesgo : ECOG alto, Dentadura, Disfunción de glándulas salivares, Fármacos (corticoides , antibióticos)
- Clínica:

Muquet



C. eritematosa



C. Atrófica crónica



Queilitis angular



- Tratamiento:
 - ***Higiene y limpieza*** (enjuagues frecuentes con H2O salada y tibia, arrastrar placas con cepillo dental o gasa humedecida en solución desbridante)
 - ***Nistatina*** (enjuagues 2.5-5 ml/6h)
 - ***Miconazol*** gel (queilitis angular)
 - Azoles (***Itraconazol*** 100mg/24h 1-2semana, ***Ketoconazol*** 200mg/24h 2semanas, ***Fluconazol*** 150mg/día en dosis única)

NAÚSEAS Y VÓMITOS (I)

ESTÍMULO	CAUSAS
Estimulación vagal	Distensión gástrica, intestinal y de la cápsula hepática Impactación fecal Gastroparesia Irritación de mucosa digestiva y peritoneal
Estimulación del centro del vómito	HTIC Procesos expansivos cerebrales Radioterapia craneal Metástasis cerebrales
Estimulación de la zona gatillo	Fármacos (Opioides, Antibióticos) Alteraciones metabólicas (Ca, Na, K) Insuficiencia renal Descompensación diabética   
Estimulación Oído Medio e Interno	Infección Fármacos ototóxicos Cinetosis Infiltración tumoral
Estimulación estructuras superiores	Ansiedad, miedo, repulsión

NAÚSEAS Y VÓMITOS: TRATAMIENTO

- Etiológico
- Identificar vía por la que se desencadena el vómito
- Medidas generales (Alimentación, higiene oral, ambiente tranquilo, ventilación, hidratación)
- Farmacológico:

Metoclopramida 10mg/6-8h vía oral o SC	Retraso vaciamiento gástrico
Haloperidol 1-2mg/6-8h (1ml=20 g=2mg/1gota=0,1mg) ORAL/SC	Vómitos de origen central
Clorpromacina (Largactyl) (25-50mg/día.....25-50/8h..... Máximo 300mg/dia (ORAL/IM)	HTIC o edema peritumoral
Ondasentron 2-4-12-24 mg/24h IM/SC	
Alprazolam 0,5-1-2 mg ORAL/SL previo QT	Vómito con componente ansioso y anticipatorio a QT
Lorazepam 1-2mg ORAL/SL previo QT	

ESTREÑIMIENTO

- Causas:
 - Generales (edad, inactividad, desnutrición)
 - Directas (Masas , RT , Obstrucción intestinal)
 - Metabólicas (Deshidratación, uremia, hipercalcemia, hiperpotasemia)
 - Fármacos (Opioides, anticolinérgicos, diuréticos , Fe , sentrones)
 - Neurológicas (Afectación medular)
 - Cambios en estado mental (Delirium)
- Tratamiento:
 - MEDIDAS GENERALES
 - ❖ Líquidos abundantes (no dieta rica en fibra si poca ingesta de agua)
 - ❖ Masaje abdominal para aumentar peristaltismo (1-2h tras la ingesta)
 - ❖ Si compresión medular, enema limpieza o extracción manual cada 3 días
 - ❖ En situación de últimos días, sólo tratar estreñimiento si produce incomodidad, agitación o delirium



Tipo	Inicio de acción	Dosis/día	Mecanismo de acción	Efectos secundarios
<i>Incrementadores Bolo intestinal</i>				
Metilcelulosa	12-24H	2-20G	Coloides hidrófilos Requieren abundante agua	Flatulencia. Distensión abdominal.Pueden empeorar DIO
Plantago ovata				
<i>Emolientes</i>				
Parafina	1-3 d	15-30 ml	Lubrica y reblandece heces	Irritación anal,N,V, dolor abdominal
<i>Laxantes osmóticos</i>				
Lactulosa Lactitol	24-48H	15-30 ml	Aumentan Pr osmótica en luz intestinal . Estimulan peristaltismo	Flatulencia.Molestias abdominales
Laxantes salinos	2-6h	25-50ml		Alt. electrolíticas
PEG+/- electrolitos	2-6h	1-3 sobres		Molestia abdomen Beber mucha agua
<i>Estimulantes</i>				
Antraquinonas Senósidos	6-12h	12-36ml	Estimulan peristaltismo por acción sobre plexo mientérico.Alteran absorción agua/electr.	Dolor y otras molestias abdominales. Alteraciones electrolíticas. Dependencia/Tolerancia
Polifenoles Bisacodilo Picosulfato sódico	6-12h	5-15g		

Tipo	Inicio de acción	Dosis/día	Mecanismo acción	Efectos secundarios
Laxantes osmóticos: supositorios glicerol	<1h	1-2 supositorio	Inducen defecación por distensión del recto	Irritación local
Estimulantes: supositorios bisacodilo	<1h	1-2 supositorio	Estimulan peristaltismo	Molestias abdominales Irritación local
Enemas (Salinos, fosfato , Otros)	5-15 minutos	150 ml	Reblandecen heces y tienen efecto osmótico	Irritación local Alt. electrolíticas

Enemas en domicilio:

- I. Enema de fosfatos (Casen) + 20 ml lactulosa + microenema de citrato de sodio (Micralax)
- II. Enema de fosfato (Casen) o agua templada + 20 ml de aceite de oliva
- III. Si fecaloma: 100cc enema fosfato (Casen) + 100cc Aceite oliva. Se aplica la noche anterior a la extracción manual

ANOREXIA

- ***Etiología*** (Vómito fácil, mucha comida, llenarse rápido ,estreñimiento , alteraciones bucales, dolor, fatiga, ansiedad, depresión, olores...)

- ***Tratamiento:***

- **No farmacológico** (6-7 comidas pequeñas al día, meter más nutrientes en la comida del día que mejor se haga ,comer lo que prefiera elaborado de forma sencilla, Tª templada o fría, los suplementos adicionales entre las comidas, potenciadores del sabor como limón, hierbas aromáticas, vinagre, si disgeusia)

- **Farmacológico:**

- ❖ **Acetato de Megestrol :**

- Dosis altas (320-460mg/día)VO.
- Efecto puede durar 3-4 m. y comienza en 1 semana (retirar si no mejoría en 2 semanas)
- Efectos secundarios: trombosis venosa, rubor, sofocaciones, metrorragia ,insuficiencia adrenal, hipogonadismo

- ❖ **Glucocorticoides:**

- Mejoran anorexia y energía física, no aumentan peso
- Efecto durante 3-4 semanas (si esperanza de vida es menor de 4 semanas)
- Efectos secundarios (insomnio ,mialgias ,hiperglucemia , infecciones, micosis oral , alteraciones humor...)
- *Dexametasona (4-8 mg/d) Prednisona(20-40 mg/d) Metilprednisolona (16-40mg/d)*



DISFAGIA

- **Etiología**: Obstructiva, secundaria a tratamientos onco-específicos, disfagia orofaríngea funcional, neuropatía paraneoplásica
- **Consecuencias** (deshidratación y desnutrición, atragantamiento, neumonitis y neumonía por aspiración, necesaria nutrición enteral y parenteral, fármacos administrados de forma distinta...)
- **Tratamiento**:
 - Espesantes
 - Evitar líquidos con pulpa y sopas de fideos/letras y alimentos pegajosos o que se fragmenten con facilidad
 - Utilizar cuchara de postre para alimentarse
 - Alimentos que se traguen fácilmente y con textura uniforme
 - Medidas extremas (SNG , hidratación parenteral, nutrición parenteral, prótesis, RT, laserterapia, cirugía)

HIPO

- **Etiología** (Distensión gástrica, RGE, Irritación diafragma o Nervio Frénico, tumores del SNC, toxicidad (uremia, fiebre..))
- **Tratamiento:**
 - ✓ Crisis: ***estimular faringe*** con torunda o sonda
 - ✓ Si distensión gástrica : ***dimeticona*** y ***metoclopramida***
 - ✓ Si aumento PaCO₂: respirar en bolsa o aguantar respiración
 - ✓ Si irritación diafragmática: ***relajantes musculares (baclofeno 5mg/8h-20mg/6h)*** y si no control añadir ***gabapentina*** (300-400mg/8h)
 - ✓ Inhibidores centrales: ***Haloperidol, Largactyl*** (inicio a dosis bajas 15 gotas hasta 25-30mg/8h) Si no control con largactyl añadir ***midazolam*** sc/iv
 - ✓ Si hipo secundario a dexametasona cambiar a metilprednisolona



DIARREA

- **Etiología** (Impactación fecal, desajuste dosis laxantes, QT, RT abdominal, suboclusión intestinal)
- **Tratamiento:**
 - ❑ Medidas generales (dieta astringente, sueroterapia)
 - ❑ Desimpactación con reposición hidrosalina
 - ❑ Antidiarreicos:
 - ✓ Loperamida si diarrea crónico darlo 1-2 veces/24h
 - ✓ Codeína 30-60 mg/día
 - ✓ AAS (300 mg/4h hasta 4gr/12h) y naproxeno (en diarrea post RT)
 - ✓ Si esteatorrea Pankreoflat (3-5 tabletas cada comida)
 - ✓ Si diarrea biliar colestiramina (2-3 sobres /día)
 - ✓ Diarreas tóxicas: carbón activado
 - ✓ Si colitis pseudomembranosa : Metronidazol
 - ✓ Probióticos



SÍNTOMAS URINARIOS



HEMATURIA

- Etiología:

- Nefropatías
- Tumores
- Litiasis renal, infecciones, traumatismos
- Fármacos (anticoagulantes orales, salicilatos, amiptrilina...)

- Tratamiento:

- A. Medidas generales:

- ❖ Sondaje uretral y lavado con suero fisiológico
 - ❖ Forzar diuresis (3l agua oral o SSF IV) y ATB oral si síndrome miccional asociado
 - ❖ Suspender AINEs, anticoagulantes orales, antiagregantes y QT

- B. Tratamiento farmacológico:

- ❖ Antifibrinolíticos: Ácido tranexámico (500mg/8h oral ó IV durante 3-5 días)
 - ❖ Para disminuir el dolor que se ocasiona si se forman coágulos: Adrenalina 0.5mg diluida en una bolsa de 3 l de suero fisiológico (al día) y se hacen lavados
 - ❖ En casos muy refractarios, medidas invasivas (embolizaciones arteriales, RTU paliativa, Nefrectomía, ureterostomía percutáneas)
 - ❖ Radioterapia hemostática

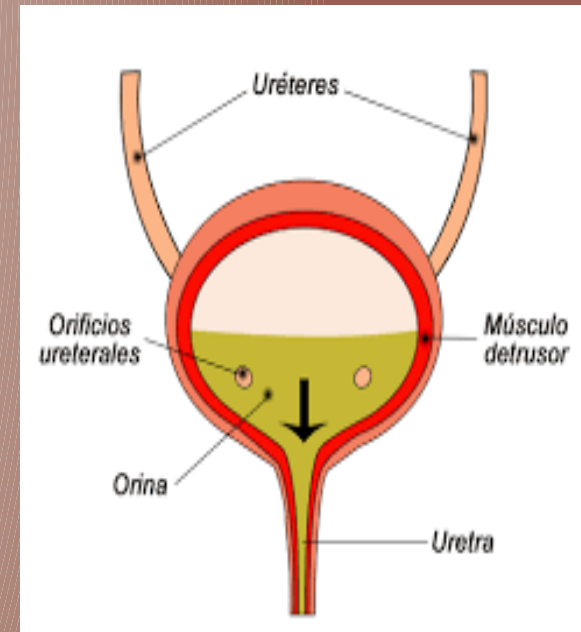
ESPASTICIDAD DEL DETRUSOR

- Etiología:

- Crecimiento tumoral intravesical/extravesical
- Cistitis post-radioterapia
- Infección urinaria
- Utilización de sonda
- Estreñimiento
- Morfina (Aumenta el tono del esfínter, del tono del músculo detrusor y del tono y amplitud del uréter)

- Tratamiento:

- De la causa
- Farmacológico



FÁRMACOS	Nombre	Dosis vía oral
Analgésicos urinarios	Fenazopiridina.....	150-200mg/8h
	Amitriptilina.....	25-50mg/24h
Antiespasmódicos urológicos	Tolterodina.....	2mg/12h
	Oxibutinina.....	2,5-5mg/6h
	Hioscina.....	10-20mg/8h
AINE (disminuyen la sensibilidad del detrusor)	Naproxeno.....	500 mg/12h
	Ibuprofeno.....	400-600mg/6h
Instilar en la vejiga diluida en suero fisiológico (repetir según necesidad)	Lidocaína al 2%	20 ml

TENESMO VESICAL

- Etiología:

- ✓ Debidas al cáncer (hipertrofia maligna de próstata, Infiltración del cuello de la vejiga , Plexopatía presacra, compresión medular)
- ✓ Debidas al tratamiento (Bloqueos nerviosos, Fármacos como fenotiazinas, haloperidol...)
- ✓ Debidas a la debilidad (estreñimiento, dificultad para iniciar la micción)
- ✓ Infección

- Tratamiento:

- De la causa
- Fármacos:

- I. Prazosina 0,5-1mg/8-12h (empezar con dosis nocturna)
- II. Alfuzosina (relajante muscular)
- III. Piridostigmina 60-120 mg/4-6h (estimula la transmisión de la corriente nerviosa)



SEDACIÓN PALIATIVA



- **CONCEPTO SEDACIÓN PALIATIVA**

Administración deliberada de fármacos, en las dosis y combinaciones requeridas, para reducir la consciencia de un paciente con enfermedad avanzada o terminal, tanto como sea preciso para aliviar adecuadamente uno o más síntomas refractarios y, con su consentimiento explícito , implícito o delegado

- **CONCEPTO SEDACIÓN TERMINAL O SEDACIÓN EN LA AGONÍA**

Administración deliberada de fármacos para lograr el alivio, inalcanzable con otras medidas, de un sufrimiento físico y/o psicológico, mediante la disminución suficientemente profunda y previsiblemente irreversible de la consciencia en un paciente cuya muerte se prevé muy próxima y con su consentimiento explícito, implícito o delegado



CLASIFICACIÓN

- **Según Objetivo:**

1. **Primaria** (disminución de conciencia de un paciente que se busca como finalidad de una intervención terapéutica)
2. **Secundaria o somnolencia** (la disminución de la conciencia es efecto secundario de la medicación)

- **Según Temporalidad:**

- A. **Intermitente** (permite períodos de alerta del paciente)
- B. **Continúa** (la disminución del nivel de conciencia es de forma permanente)

- **Según Intensidad:**

- I. **Superficial** (aquella que permite la comunicación del paciente (verbal o no verbal))
- II. **Profunda** (aquella que mantiene al paciente en estado de inconsciencia)

CONSIDERACIONES ÉTICAS



- La prescripción de la Sedación Paliativa , pasa por cumplir:
 - La existencia de un síntoma refractario
 - El objetivo es reducir el sufrimiento
 - La disminución del nivel de conciencia ha de ser proporcional a la necesidad de alivio del sufrimiento
 - En el caso de la Sedación en la Agonía : la expectativa de vida ha de ser de horas o días
- Consentimiento: EL CONSENTIMIENTO VERBAL DEL PACIENTE DEBE CONSIDERARSE SUFICIENTE, pero es IMPRESCINDIBLE QUE QUEDE REGISTRADO EN LA HISTORIA CLÍNICA. En el caso de que el paciente no pueda o no desee participar en la toma de decisiones, se debe intentar que la familia o cuidador principal, nos informe sobre los deseos que explícita o implícitamente pudo manifestar el paciente. HAY QUE INTENTAR OBTENER, PUES, EL CONSENTIMIENTO FAMILIAR

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

- Grupos de fármacos utilizados en sedación:
 1. BENZODIACEPINAS :prototipo Midazolam (ampollas 15mg/3ml)
 2. NEUROLÉPTICOS :prototipo Levomepromazina (ampollas 25mg/ml)
 3. BARBITÚRICOS :prototipo Fenobarbital (ampollas 200mg/ml)
 4. ANESTÉSICOS :prototipo Propofol (viales 5mg/ml, 10mg/ml, 20 mg/ml)



Gracias
por
vuestra
atención

