Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos

NOTA:

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Las recomendaciones que contiene han de ser consideradas con precaución teniendo en cuenta que está pendiente evaluar su vigencia.

GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS
MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

GOBIERNO DE ESPAÑA
MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud

EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO
OSASUN SAILA
DEPARTAMENTO DE SANIDAD

Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS
MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

GOBIERNO DE ESPAÑA
MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud

EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO
OSASUN SAILA
DEPARTAMENTO DE SANIDAD

Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia
Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco

Vitoria-Gasteiz, 2008

Un registro bibliográfico de esta obra puede consultarse en el catálogo de la Biblioteca General del Gobierno Vasco:
http://www.euskadi.net/ejgvbiblioteka

Esta GPC es una ayuda a la toma de decisiones en la atención sanitaria. No es de obligado cumplimiento ni sustituye al juicio clínico del personal sanitario.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Edición:	1.ª mayo 2008
Tirada:	4.250 ejemplares
Internet:	http//publicaciones.administraciones.es
Edita:	Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco c/ Donostia-San Sebastián, 1 - 01010 Vitoria-Gasteiz
Fotocomposición:	Composiciones RALI, S.A. Particular de Costa, 8-10, 7.ª - 48010 Bilbao
Impresión:	Estudios Gráficos ZURE, S.A. Carretera Lutxana-Asua, 24-A - Erandio Goikoa (Bizkaia)
ISBN:	978-84-457-2733-1
NIPO:	354-07-033-1
Depósito legal:	BI-2209-08

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Esta GPC ha sido financiada mediante el convenio suscrito por el Instituto de Salud Carlos III, organismo autónomo del Ministerio de Sanidad y Consumo, y la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco – Osteba, en el marco de colaboración previsto en el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud.

Esta guía debe citarse:

Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA Nº 2006/08

GOBIERNO DE ESPAÑA
MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud

EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO
OSASUN SAILA
DEPARTAMENTO DE SANIDAD

Índice

Presentación 11

Autoría y colaboraciones 13

Preguntas para responder 17

Resumen de las recomendaciones 21

1. Introducción 39

2. Alcance y objetivos 41

3. Metodología 43

4. Introducción a los cuidados paliativos 47

4.1. Definición y objetivos de los cuidados paliativos 47

4.2. Conceptos relevantes 49

4.2.1. Calidad de vida 49

4.2.2. Sufrimiento 49

4.2.3. Autonomía 51

4.3. Aspectos organizativos de los cuidados paliativos 52

4.4. Predicción de la supervivencia 55

4.4.1. Predicción de la supervivencia en enfermos oncológicos 56

4.4.2. Predicción de la supervivencia en enfermos no oncológicos 57

5. Información, comunicación y toma de decisiones 61

5.1. Principios para una información y una comunicación adecuadas en cuidados paliativos 61

5.1.1. Necesidades de comunicación del enfermo y su familia 61

5.1.2. Estilos de comunicación 62

5.1.3. Métodos de información 63

5.1.4. Actitud de los profesionales sanitarios 63

5.1.5. Efectos de una comunicación efectiva 63

5.1.6. Comunicación de malas noticias 64

5.2. Formación en comunicación en cuidados paliativos 64

5.3. Aspectos éticos y legales de la información y la comunicación en cuidados paliativos 65

5.4. Elementos para la toma de decisiones 66

6. Control de síntomas 75

6.1. Introducción 75

6.1.1. Principios generales del control de síntomas 75

6.1.2. Valoración de síntomas. Uso de escalas 78

6.1.3. Uso de fármacos para el tratamiento de síntomas en CP 78

6.1.4. Vías de administración de fármacos en CP 79

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

6.2. Tratamiento del dolor 81
6.2.1. Introducción 81
6.2.2. Principios generales del tratamiento del dolor en CP 82
6.2.3. Clasificación del dolor 83
6.2.4. Eficacia de los tratamientos farmacológicos 84
6.2.5. Dolor neuropático 91
6.2.6. Dolor irruptivo 92
6.2.7. Dolor óseo metastásico 93
6.3. Astenia, anorexia-caquexia y deshidratación 98
6.3.1. Astenia y anorexia-caquexia 98
6.3.2. Deshidratación 101
6.4. Síntomas respiratorios 104
6.4.1. Disnea 104
6.4.2. Tos 109
6.4.3. Obstrucción de la vena cava superior 111
6.5. Síntomas psicológicos y psiquiátricos 113
6.5.1. Delirium 113
6.5.2. Insomnio 118
6.5.3. Ansiedad 122
6.5.4. Depresión 125
6.6. Síntomas digestivos 131
6.6.1. Cuidados de la boca 131
6.6.2. Mucositis 132
6.6.3. Boca seca (xerostomía) 135
6.6.4. Candidiasis 136
6.6.5. Disfagia 139
6.6.6. Náuseas y vómitos 140
6.6.7. Estreñimiento 145
6.6.8. Diarrea 147
6.6.9. Obstrucción intestinal 149
6.6.10. Ascitis 152
6.6.11. Hipo 153
6.7. Cuidados de la piel 155
6.7.1. Prevención y tratamiento de las úlceras 155
6.7.2. Prurito 158
6.8. Síntomas urinarios 161
6.8.1. Tenesmo vesical 161
6.9. Urgencias 163
6.9.1. Hipercalcemia 163
6.9.2. Compresión medular 166
6.9.3. Crisis convulsivas 169
6.9.4. Hemorragia 171
7. Apoyo psicosocial y espiritual a la persona en FFV 175
7.1. Apoyo psicosocial 175

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

7.1.1. Necesidades psicosociales 175
7.1.2. Intervenciones psicosociales 177
7.2. Apoyo espiritual 180
7.2.1. Introducción 180
7.2.2. Valoración de las necesidades espirituales 180
7.2.3. Influencia de los aspectos espirituales en la evolución de los pacientes 181

8. Apoyo psicosocial a la familia 185
8.1. Necesidades de apoyo psicosocial de la familia 185
8.2. Percepción de carga en los cuidadores 186
8.3. Atención de las necesidades psicosociales y de apoyo de la familia 187

9. Atención en los últimos días. Agonía 189
9.1. Introducción 189
9.2. Diagnóstico, signos y síntomas en la fase terminal del paciente moribundo 189
9.3. Atención del enfermo y su familia en los últimos días u horas de la vida 191
9.3.1. Cuidados físicos 191
9.3.2. Aspectos psicológicos 192
9.3.3. Aspectos sociales o familiares 192
9.3.4. Aspectos espirituales 192
9.3.5. Aspectos relacionados con el entorno en el que el enfermo es atendido 192
9.3.6. Estertores premortem 193

10. Sedación paliativa 195
10.1. Introducción 195
10.2. Proceso de la sedación paliativa en la agonía 195
10.2.1. Indicación terapéutica 196
10.2.2. Consentimiento del enfermo 197
10.2.3. Información al equipo terapéutico 198
10.2.4. Administración de fármacos 198
10.2.5. Consideraciones éticas y legales 201

11. Duelo 203
11.1. Duelo normal: definición, fases y manifestaciones 203
11.2. Atención al duelo: organización 204
11.3. Factores de riesgo de duelo complicado y su valoración 205
11.4. Duelo complicado o trastorno por duelo prolongado 207
11.5. Eficacia de las intervenciones en el duelo 208

Anexos 213
Anexo 1. Niveles de evidencia científica y grados de recomendación de SIGN 215
Anexo 2. Escalas 216
Anexo 3. Cómo comunicar malas noticias: Protocolo de seis etapas de Buckman 227

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Anexo 4. Aspectos legales en cuidados paliativos 231
Anexo 5. Vademécum 234
Anexo 6. Administración de fármacos por vía subcutánea en cuidados paliativos 271
Anexo 7. Dosificación de opioides en el dolor 275
Anexo 8. Glosario y abreviaturas 279
Anexo 9. Declaración de interés 285
Bibliografía 287

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Presentación

La práctica asistencial se hace cada vez más compleja por múltiples factores, entre los que el incremento exponencial de información científica es uno de los más relevantes.

Para que las decisiones clínicas sean adecuadas, eficientes y seguras, los profesionales necesitan actualizar permanentemente sus conocimientos, objetivo al que dedican importantes esfuerzos.

En el año 2003 el Consejo Interterritorial del SNS creó el proyecto Guía-Salud que tiene como objeto final la mejora en la toma de decisiones clínicas basadas en la evidencia científica, a través de actividades de formación y de la configuración de un registro de Guías de Práctica Clínica (GPC) en el Sistema Nacional de Salud. Desde entonces, el proyecto GuíaSalud ha evaluado decenas de GPC de acuerdo con criterios explícitos generados por su comité científico, las ha registrado y las ha difundido a través de Internet.

A principios del año 2006 la D. G. de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud elaboró el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud que se despliega en 12 estrategias.

El propósito de este Plan es incrementar la cohesión del Sistema Nacional de Salud y ayudar a garantizar la máxima calidad de la atención sanitaria a todos los ciudadanos con independencia de su lugar de residencia.

Formando parte del Plan, se encargó la elaboración de ocho GPC a diferentes agencias y grupos expertos en patologías prevalentes relacionadas con las estrategias de salud. Esta guía sobre Cuidados Paliativos es fruto de este encargo.

Además, se encargó la definición de una metodología común de elaboración de GPC para el SNS, que se ha elaborado como un esfuerzo colectivo de consenso y coordinación entre los grupos expertos en GPC en nuestro país. Esta metodología ha servido de base para la elaboración de esta guía de Cuidados Paliativos y del resto de GPC impulsadas por el Plan de Calidad.

En 2007 se renovó el proyecto GuíaSalud creándose la Biblioteca de Guías de Práctica Clínica. Este proyecto profundiza en la elaboración de GPC e incluye otros servicios y productos de Medicina Basada en la Evidencia. Asimismo pretende favorecer la implementación y la evaluación del uso de GPC en el Sistema Nacional de Salud.

Esta GPC trata sobre la atención a los cuidados paliativos (CP) y es el resultado del trabajo de un amplio grupo de profesionales expertos procedentes de diferentes Comunidades Autónomas que representan al conjunto de profesiones implicadas en los CP. En el proceso de revisión la guía ha contado con la colaboración de las sociedades científicas implicadas. Además se ha intentado incorporar el punto de vista de pacientes y personas cuidadoras mediante técnicas de investigación cualitativa.

Aunque la evidencia sobre la efectividad de las medidas destinadas a tratar los problemas en cuidados paliativos puede ser escasa, la sintetizada en la GPC es una herramien-

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

ta para mejorar la atención y constituye un apoyo a las iniciativas sobre la mejora en la organización de los CP.

La GPC propone una atención planificada y organizada que garantice una atención integral, de calidad y coordinada a la persona en cuidados paliativos.

Estamos convencidos de que su uso contribuirá a mejorar la calidad de los cuidados que se prestan a las personas que los necesitan y a sus familias.

Dr. Alberto Infante Campos
D.G. de la Agencia de Calidad del SNS

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Autoría y colaboraciones

Grupo de Trabajo de la GPC sobre Cuidados Paliativos

Mila Arrieta Ayestarán, médica de familia, C.S. Pasajes San Pedro (Comarca Gipuzkoa Este)

Laura Balagué Gea, enfermera, C.S. Rentería Iztieta (Comarca Gipuzkoa Este)

Ana Bañuelos Gordon, médica internista, Unidad de Cuidados Paliativos, Hospital Santamarina (Bizkaia)

Eduardo Clavé Arruabarrena, médico internista, Hospital Donostia (Gipuzkoa)

Larraitz Egaña Otaño, médica oncóloga, Hospital Donostia (Gipuzkoa)

Arritxu Etxeberria Agirre, farmacéutica de Atención Primaria (Comarca Gipuzkoa Este)

Jesús García García, médico de familia, C.S. Kueto (Comarca Ezkerraldea-Enkarterri)

Juan Luis Merino Moreno, médico internista, Instituto Oncológico de Gipuzkoa (Gipuzkoa)

Manolo Millet Sampedro, médico de familia, Unidad de Hospitalización Domiciliaria, Hospital Donostia (Gipuzkoa)

Rafael Rotaeche del Campo, médico de familia, C.S. Alza (Comarca Gipuzkoa Este)

Juan José Sagarzazu Goenaga, médico de familia, C.S. Oñate (Comarca Gipuzkoa Oeste)

José María Salán Puebla, médico internista, Servicio de Hospitalización Domiciliaria, Hospital de Cruces (Bizkaia)

Coordinación

Mila Arrieta Ayestarán, médica de familia, C.S. Pasajes San Pedro (Comarca Gipuzkoa Este)

Arritxu Etxeberria Agirre, farmacéutica de Atención Primaria (Comarca Gipuzkoa Este)

Rafael Rotaeche del Campo, médico de familia, C.S. Alza (Comarca Gipuzkoa Este)

Colaboración experta

José Manuel Agud Aparicio, médico internista, Hospital de Txagorritxu (Álava)

Alberto Alonso Babarro, médico de familia, Unidad de Cuidados Paliativos, Hospital Universitario La Paz (Madrid)

Elena Altuna Basurto, médica internista, Hospitalización Domiciliaria, Hospital de Txagorritxu (Álava)

Antxon Apezetxea Ezelaya, médico cirujano, Hospitalización Domiciliaria, Hospital de Basurto (Bizkaia)

Clavelina Arce García, médica de familia, Unidad de Hospitalización Domiciliaria, Hospital de Cabueñes, Gijón (Asturias)

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Maria José Arrizabalaga Arrizabalo, enfermera, Hospitalización Domiciliaria, Hospital de Basurto (Bizkaia)

Wilson Astudillo Alarcón, médico de familia, C.S. Bidebieta – La Paz (Donostia)

Javier Barbero Gutiérrez, psicólogo clínico, Servicio de Hematología, Hospital Universitario La Paz (Madrid)

Miguel Ángel Berdún Cheliz, médico internista, Hospital General San Jorge, Huesca (Huesca)

Jaime Boceta Osuna, médico de familia, Unidad de Hospitalización Domiciliaria y Cuidados Paliativos, Área Hospitalaria Virgen Macarena (Sevilla)

María Ángeles Campo Guiral, enfermera, Hospitalización Domiciliaria, Hospital de Basurto (Bizkaia)

Carlos Centeno Cortés, médico oncólogo, Unidad de Medicina Paliativa, Clínica Universitaria de Pamplona (Navarra)

Esther Espínola García, farmacéutica de Atención Primaria (Distrito de Granada)

Montserrat Gómez Rodríguez de Mendarozqueta, médica internista, Hospitalización Domiciliaria, Hospital de Txagorritxu (Álava)

Xavier Gómez-Batiste Alentorn, médico oncólogo, Instituto Catalán de Oncología Durán y Reynals (Barcelona)

Marcos Gómez Sancho, médico anestesiólogo, Unidad de Medicina Paliativa, Hospital de Gran Canarias Dr. Negrín (Las Palmas)

Manuel González Barón, médico oncólogo, Servicio de Oncología Médica y Coordinación Oncológica, Hospital Universitario La Paz (Madrid)

Emilio Herrera Molina, especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Director General de Atención Sociosanitaria y Salud, Servicio Extremeño de Salud (Extremadura)

Josune Iribas Sorazu, farmacéutica de Atención Primaria (Comarca Gipuzkoa Este)

Socorro Lizarraga Mansoa, médica de familia, C.S. Sangüesa (Navarra)

Guillermo López Vivanco-Alda, médico oncólogo, Jefe del Servicio de Oncología, Hospital de Cruces (Bizkaia)

Tomás Muñoz Martínez, médico, Servicio de Medicina Intensiva, Hospital de Txagorritxu (Álava)

Juan Manuel Núñez Olarte, médico internista, Coordinador Jefe de la Unidad de Cuidados Paliativos, Hospital Gregorio Marañón (Madrid)

Maite Olaizola Bernaola, médica, Servicio de Cuidados Paliativos, Hospital Donostia (Gipuzkoa)

Begoña Ortega Villaro, enfermera, Hospitalización Domiciliaria, Hospital de Basurto (Bizkaia)

Angela Palao Tarrero, psiquiatra, Programa de Psicooncología, Hospital Universitario La Paz (Madrid)

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Antonio Pascual López, médico oncólogo, Servicio de Oncología, Unidad de Cuidados Paliativos, Hospital Santa Creu i Sant Pau (Barcelona)

Javier Rocafort Gil, especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Coordinador del Programa de Cuidados Paliativos, Servicio Extremeño de Salud (Extremadura)

Beatriz Rodríguez Vega, psiquiatra, coordinadora del Programa de Psicooncología, Hospital Universitario La Paz (Madrid)

Jaime Sanz Ortiz, médico oncólogo, Jefe del Servicio de Oncología Médica y Cuidados Paliativos, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (Santander)

María José Valderrama Ponce, psicóloga, Universidad del País Vasco (UPV/EHU)

Francisco José Vinuesa Acosta, médico geriatra, Distrito Sanitario Metropolitano de Granada, Servicio Andaluz de Salud (Granada)

Otras colaboraciones

Rosa Rico Iturrioz, médica especialista en medicina preventiva y salud pública (OSTEBA): coordinación logística y labor editorial

Lorea Galnares Cordero, periodista (OSTEBA): apoyo administrativo y labor editorial

Marta Urbano Echávarri, periodista (OSTEBA): apoyo administrativo y labor editorial

Agradecimientos

Al equipo directivo de la comarca Gipuzkoa Este – Ekialde (Osakidetza) por las facilidades logísticas para la elaboración de la GPC

Sociedades colaboradoras

Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL)

Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria (SEFAP)

Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG)

Sociedad Española de Hospitalización a Domicilio

Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFYC)

Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC)

Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI)

Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM)

Miembros de estas sociedades han participado en la autoría y colaboración experta de la GPC.

Declaración de intereses

A todos los miembros del Grupo de Trabajo, así como a los profesionales que han participado como colaboradores expertos, se les ha solicitado una declaración de intereses (anexo 9).

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Preguntas para responder

Introducción a los cuidados paliativos

1. ¿Cuál es la validez de las escalas pronósticas para predecir la supervivencia en pacientes en FFV?

Información, comunicación y toma de decisiones

2. ¿Cómo tiene que ser la comunicación del equipo que atiende al paciente y su familia?

3. ¿Cómo debe ser la formación en comunicación del profesional sanitario que trabaja con pacientes en FFV?

4. ¿Cuáles son la normativa legal y los principios éticos relativos a la comunicación con la persona en FFV y con su familia en nuestro medio?

5. ¿Cuáles son los elementos para la toma de decisiones en la FFV?

Control de síntomas

6. ¿Cuál es la prevalencia de los distintos síntomas en el paciente en FFV?

7. ¿Cuál es la validez de las escalas que valoran la intensidad de los síntomas en el paciente en FFV?

8. ¿Cómo debe ser el uso de fármacos en cuidados paliativos?

Tratamiento del dolor

9. ¿Cuál es la prevalencia del dolor en la FFV?

10. ¿Cuál es la validez de las distintas escalas para valorar el dolor?

11. ¿Cuál es la eficacia de los distintos analgésicos (analgésicos simples, AINE, combinaciones de los anteriores, opioides, etc.) y de los fármacos adyuvantes en el dolor?

12. ¿Cuál es la eficacia de los distintos opioides para el dolor irruptivo?

13. ¿Cuál es la eficacia analgésica de la radioterapia, quimioterapia paliativa, bisfosfonatos y calcitonina en el paciente oncológico con metástasis óseas?

14. ¿Cuál es la eficacia de los fármacos en el tratamiento del dolor neuropático en la persona en FFV?

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Astenia, anorexia-caquexia y deshidratación

15. ¿Cuál es el tratamiento más adecuado de la astenia en la persona en FFV?

16. ¿Cuál es el tratamiento más adecuado de la anorexia-caquexia en la persona en FFV?

17. ¿Cuál es el tratamiento más adecuado de la deshidratación en la persona en FFV?

Síntomas respiratorios

18. ¿Cuál es la eficacia de los opioides y de los tratamientos adyuvantes en el tratamiento de la disnea?

19. ¿Cuál es la eficacia del oxígeno en el tratamiento de la disnea?

20. ¿Cuál es el tratamiento más adecuado de la tos en la persona en FFV?

21. ¿Cuál es el tratamiento más adecuado de la obstrucción de la vena cava superior?

Síntomas psicológicos y psiquiátricos

22. ¿Cuál es el tratamiento más adecuado del delirium en la persona en FFV?

23. ¿Cuál es el tratamiento más adecuado del insomnio en la persona en FFV?

24. ¿Cuál es el tratamiento más adecuado de la ansiedad en la persona en FFV?

25. ¿Cuál es el tratamiento más adecuado de la depresión en la persona en FFV?

Síntomas digestivos

26. ¿Cuáles son las medidas más adecuadas para la prevención y el tratamiento de la mucositis en la persona en FFV?

27. ¿Cuál es el tratamiento más adecuado de la boca seca?

28. ¿Cuáles son las medidas más adecuadas para la prevención y el tratamiento de la candidiasis oral?

29. ¿Cuál es el tratamiento más adecuado de la disfagia?

30. ¿Cuál es el tratamiento más adecuado de las náuseas y vómitos?

31. ¿Cuál es el tratamiento más adecuado del estreñimiento?

32. ¿Cuál es el tratamiento más adecuado de la diarrea?

33. ¿Cuál es el tratamiento más adecuado de la obstrucción intestinal?

34. ¿Cuál es el tratamiento más adecuado de la ascitis?

35. ¿Cuál es el tratamiento más adecuado del hipo?

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Cuidados de la piel

36. ¿Cuál es la mejor forma de prevenir úlceras en personas en FFV?

37. ¿Cuál es el tratamiento más adecuado de las úlceras en personas en FFV?

38. ¿Cuál es el tratamiento más adecuado de las úlceras neoplásicas?

39. ¿Cuál es el tratamiento más adecuado del prurito?

Síntomas urinarios

40. ¿Cuál es el tratamiento más adecuado del tenesmo vesical?

Urgencias

41. ¿Cuál es el tratamiento más adecuado de la hipercalcemia en la persona en FFV?

42. ¿Cuál es el tratamiento más adecuado de la compresión medular en la persona en FFV?

43. ¿Cuál es el tratamiento más adecuado de las crisis convulsivas en la persona en FFV?

45. ¿Cuál es el tratamiento más adecuado de la hemorragia en la persona en FFV?

Apoyo psicosocial y espiritual a la persona en FFV

45. ¿Cómo se identifican las necesidades psicosociales de la persona en FFV?

46. ¿Cuál es la mejor forma de atender las necesidades psicosociales?

47. ¿Cómo se identifican las necesidades espirituales?

48. ¿Cómo influyen las necesidades espirituales en la evolución de las personas en FFV?

49. ¿Cuál es la estrategia más adecuada para atender las necesidades espirituales de las personas en FFV?

Apoyo psicosocial a la familia

50. ¿Cómo se identifican las necesidades de apoyo psicosocial a la familia?

51. ¿Cuál es la mejor forma de atender las necesidades psicosociales y de apoyo a la familia?

52. ¿Cuáles son los factores de riesgo de la claudicación familiar?

Atención en los últimos días. Agonía

53. ¿Cómo debe ser la atención al enfermo y su familia en los últimos días de la vida?

54. ¿Cuál es el tratamiento más adecuado de los estertores del moribundo?

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Sedación paliativa

55. ¿Cuáles son las indicaciones para realizar una sedación paliativa?

56. ¿Cómo debe ser el proceso de la toma de decisiones en la sedación paliativa?

57. ¿Cuáles son los fármacos y las vías de administración recomendadas para realizar una sedación paliativa?

Duelo

58. ¿Cuál es la definición de duelo normal y cuáles son sus fases y manifestaciones?

59. ¿Cuál es la definición de duelo complicado y cuáles son sus manifestaciones?

60. ¿Cuáles son los factores de riesgo para el duelo complicado y cómo se valoran?

61. ¿Cuál es la eficacia de las intervenciones en el duelo normal, el duelo de riesgo y el duelo complicado?

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Resumen de las recomendaciones

Introducción a los cuidados paliativos

Aspectos organizativos de los cuidados paliativos

D	Las intervenciones paliativas deberían basarse en las necesidades del enfermo y de su familia más que en un plazo de supervivencia esperada.
D	Todos los enfermos en FFV deberían tener acceso a un nivel básico de cuidados en todos los ámbitos de atención.
B	Las organizaciones sanitarias deberían fomentar la formación de sus profesionales para proporcionar unos CP básicos, independientemente del ámbito asistencial.
D	Las organizaciones de servicios deberían garantizar la accesibilidad de los cuidados especializados cuando sean necesarios.
B	Los CP de cualquier nivel deberían ser proporcionados, preferentemente, por un equipo multidisciplinar adecuado.
B	Las organizaciones sanitarias deberían definir las funciones que tienen que desempeñar y la capacitación con la que deben contar los diferentes niveles de prestación de servicios en la atención en CP a los pacientes y sus familias.
B	Las organizaciones sanitarias y los propios servicios asistenciales deberían garantizar la coordinación entre los distintos servicios y ámbitos asistenciales y la continuidad de cuidados, durante 24 horas al día, los 365 días del año.

Predicción de la supervivencia

C	Para la estimación de la supervivencia en enfermos con cáncer avanzado, además de la impresión clínica, se recomienda tener en cuenta otros elementos, como la presencia de factores pronósticos, el estado funcional (Karnofski) o la escala pronóstica PaP (Palliative Prognostic Score). Esta última se recomienda en el contexto de unidades especializadas de CP o en oncología, ya que no ha sido validada en otros ámbitos.
C	En enfermos no oncológicos, los modelos predictivos generales de supervivencia precisan una mayor validación. Es preferible considerar los factores de mal pronóstico de cada enfermedad o escalas validadas (Seattle Heart Failure Model para ICC y MODEL para insuficiencia hepática), siempre teniendo presente la incertidumbre y el curso poco predecible de las enfermedades no malignas.
√	La forma en que se comunica el pronóstico es tan importante como la precisión del mismo.
√	Es necesaria la validación de los distintos instrumentos en nuestro medio, así como la evaluación del impacto de su utilización sobre la práctica clínica.

Han transcurrido más de 3 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Información, comunicación y toma de decisiones

C	Los profesionales sanitarios deberían disponer de las habilidades necesarias para una comunicación efectiva con pacientes y cuidadores, y deberían recibir una formación adecuada al respecto.
√	La información y la comunicación deberían basarse en las preferencias expresadas por los pacientes, evitando la interpretación de sus deseos por parte de los profesionales sanitarios.
D	Es importante que los profesionales sanitarios muestren explícitamente su disponibilidad para escuchar e informar.
B	Las necesidades de información y las preferencias del enfermo deben valorarse regularmente.
D	Las noticias relevantes, como el diagnóstico, no deberían retrasarse, respetando de manera individual los deseos de información de cada paciente (incluido el deseo de no ser informado). Deberían comunicarse de forma sincera, sensible y con margen de esperanza. Este tipo de información ha de proporcionarse en un lugar cómodo, tranquilo, con privacidad y sin interrupciones.
B	La información verbal puede acompañarse de otros métodos de información de refuerzo, como la información escrita. Los métodos deberían basarse en preferencias individuales.
B	Las organizaciones sanitarias deberían proporcionar la posibilidad de que los profesionales que trabajan con pacientes que precisan CP tengan una formación adecuada en habilidades para la comunicación. La formación debería ser intensiva, basada en escenarios reales y con sesiones posteriores de recordatorio.
D	Debería fomentarse la participación de enfermos y cuidadores en la toma de decisiones al final de la vida, a través de profesionales adecuadamente entrenados y respetando el deseo de las personas de no tomar parte en las decisiones.
D	Los profesionales que participan en la toma de decisiones deben aportar información clara y suficiente, permitiendo al paciente y a sus familiares expresar sus dudas y temores, resolviendo sus preguntas y facilitando el tiempo necesario para la reflexión.
D	Los clínicos deberían facilitar la toma de decisiones ante dilemas éticos en la FFV (limitación del esfuerzo terapéutico, alimentación e hidratación, sedación, etc.), teniendo en cuenta los valores y preferencias del enfermo y su familia.
D	Si el paciente no es capaz de tomar decisiones, deberían considerarse las siguientes opciones en el orden en el que se presentan: a) Directrices previas, en caso de que las haya. b) Deseos expresados por el paciente y recogidos en su historia clínica, en caso de que los haya. c) Representante legal. d) Familiares a cargo más próximos.

Han transcurrido más de cuatro años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

D	Se recomienda informar al equipo de las decisiones adoptadas y registrar el proceso en la historia clínica.
D	En caso de dudas durante el proceso de toma de decisiones, puede estar indicada una solicitud de asesoramiento a expertos (otros profesionales, Comité de Ética Asistencial, etc.).

Control de síntomas

Principios generales del control de síntomas

D	La valoración de los síntomas del paciente en FFV debe ser multidisciplinar, individualizada, adaptada al enfermo y su familia y continuada en el tiempo.
D	En el caso de optar por el uso de escalas de valoración de síntomas, se recomienda la utilización de instrumentos validados. En nuestro medio puede utilizarse la escala ESAS. La escala Rotterdam Symptom Checklist (validada en lengua española) puede ser utilizada en el contexto de la investigación o en estudios sobre evaluación del impacto de los CP.
D	Los principios de un control efectivo de síntomas incluyen una valoración individualizada y, si fuera posible, el tratamiento de la etiología o mecanismo subyacente a cada síntoma; una evaluación de los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos disponibles; la elección de la pauta de tratamiento más sencilla, efectiva y cómoda; la información al enfermo y a su familia de las opciones disponibles, y la consideración de sus preferencias.
D	La vía de administración preferente debe ser la vía oral. Cuando la vía oral no es posible, se recomienda utilizar la vía subcutánea. En algunos casos (fentanilo y buprenorfina) puede utilizarse la vía transdérmica.

Tratamiento del dolor

D	En la atención al dolor en CP se recomienda realizar una evaluación integral del dolor, teniendo en cuenta su origen, etiología, intensidad y repercusión sobre el enfermo y su familia.
D	El equipo de profesionales que trata el dolor en CP debería instruir e involucrar al paciente y a su familia en el correcto uso de las medidas analgésicas propuestas.
C	En la valoración del dolor pueden utilizarse escalas validadas para la cuantificación del dolor. Se recomienda el uso de escalas visuales analógicas (EVA) o el Cuestionario Breve del Dolor (CBD).
D	Se recomienda utilizar la escalera analgésica de la OMS junto a fármacos adyuvantes, si fuera necesario, en el tratamiento farmacológico del dolor. Se deben utilizar los fármacos según la intensidad del dolor y la comorbilidad de cada paciente.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

D	La administración de analgésicos debería ser pautada. Se debe monitorizar la respuesta al tratamiento y adecuar la dosis de forma individualizada.
A	Morfina oral es el tratamiento de elección en el tercer escalón de analgesia.
B	Los antidepresivos tricíclicos son los fármacos de elección en el dolor neuropático. En caso de intolerancia o contraindicación se recomiendan los anticonvulsivantes (gabapentina). Los opioides pueden utilizarse en el dolor neuropático y son la primera opción que debe considerarse en caso de dolor asociado de otra etiología que requiera un nivel de analgesia con dichos fármacos. Cuando la respuesta al tratamiento es insuficiente, se pueden asociar fármacos con distintos mecanismos de acción, monitorizando la respuesta y los efectos adversos.
B	Morfina es el fármaco de elección en el dolor irruptivo (1/6 de la dosis total diaria por dosis). El tratamiento alternativo es fentanilo oral transmucosa.
B	Las terapias alternativas no constituyen un tratamiento de primera línea para el dolor en pacientes en CP.
D	Los pacientes con metástasis óseas dolorosas deberían recibir analgesia conforme a la escalera de la OMS, comenzando por los AINE.
B	La radioterapia es el tratamiento de elección en las metástasis óseas dolorosas.
B	En los pacientes con metástasis óseas dolorosas y pronóstico superior a seis meses, dependiendo del tipo de tumor y de su extensión, se recomienda el uso de bisfosfonatos (pamidronato y ácido zolendrónico).
B	Los radioisótopos no deberían utilizarse como primera línea del tratamiento de las metástasis óseas, aunque podrían ser útiles en casos seleccionados, como pacientes con cáncer de próstata con fracaso del tratamiento hormonal, o cáncer de mama o pulmón con contraindicación de radioterapia, quimioterapia y bisfosfonatos.

Han transcurrido más de cinco años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Astenia, anorexia-caquexia

D	La evaluación inicial por parte del equipo ante un paciente con astenia, anorexia-caquexia incluye la identificación y, si es posible, el tratamiento de las causas desencadenantes; el consejo sobre actividades diarias; reposo y sueño adaptados a cada situación, y una exploración de las expectativas y creencias sobre la alimentación de los pacientes y cuidadores.
A	En casos seleccionados en los que la anorexia sea un síntoma predominante, se puede ensayar un tratamiento farmacológico, teniendo en cuenta los síntomas acompañantes, las interacciones farmacológicas y los posibles efectos secundarios de la medicación.
A	En caso de necesidad de tratamiento farmacológico, los corticoides, en primer lugar, y el acetato de megestrol, como segunda opción, son los fármacos de elección. No se recomienda el uso de hidracina. Se requieren más estudios con metilfenidato.

Deshidratación

D	La vía oral es la vía de elección para el aporte de líquidos; siempre que se pueda debe evitarse el uso de la vía parenteral.
D	La administración de líquidos por vía parenteral requiere una valoración individualizada, sopesando ventajas e inconvenientes. Esta valoración debe incluir las expectativas sobre la administración de fluidos del paciente y su familia.
B	Si se opta por la rehidratación parenteral, puede considerarse en primer lugar la vía subcutánea, siempre que se cuente con los medios necesarios y personal preparado.
D	En caso de imposibilidad de las vía SC y venosa, puede considerarse el uso de la vía rectal.
√	En caso de optar por la rehidratación parenteral fuera del ámbito hospitalario, la hipodermoclisis es la primera opción que debe considerarse.

Síntomas respiratorios

Disnea

D	Deben tratarse de forma específica las causas reversibles de la disnea, como la insuficiencia cardiaca, la exacerbación de la EPOC, las arritmias cardiacas, la anemia, derrame pleural o pericárdico, la infección bronquial, el embolismo pulmonar o el síndrome de la vena cava superior.
D	Se recomienda valorar la intensidad de los síntomas relatada por el paciente.
B	En ausencia de evidencia adecuada que permita predecir qué pacientes pueden beneficiarse más del tratamiento con oxígeno para aliviar la disnea, se recomienda valorar la continuidad del tratamiento según la respuesta individual.
A	Los opioides por vía oral o parenteral son fármacos de primera elección en el tratamiento de la disnea.
B	Prometazina puede utilizarse como fármaco de segunda línea cuando no pueden utilizarse opioides, o añadido a éstos. No se recomienda el uso de benzodiazepinas para la disnea, salvo en situación de ansiedad o pánico, o en las fases muy avanzadas de la vida como terapia añadida a la morfina (midazolam).
D	Los corticoides están indicados en caso de disnea producida por asma, EPOC, obstrucción tumoral de la vía aérea o linfangitis carcinomatosa.

Tos

D	Los pacientes con tos en CP precisan una evaluación individualizada para diagnosticar y, en la medida de lo posible, tratar las causas específicas de la tos. En el caso del cáncer pulmonar debería valorarse la quimioterapia paliativa.

Han transcurrido más de cuatro años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

D	Para la elección de fármacos, se recomienda valorar otros síntomas acompañantes (dolor, disnea), el uso previo de opioides, posibles interacciones farmacológicas y la vía de administración.
B	Como fármacos iniciales pueden utilizarse dihidrocodeína, codeína, levodropropizina o cloperastina.
C	En pacientes con cáncer de pulmón en los que la tos no responde a tratamientos habituales puede utilizarse cromoglicato disódico.
D	En caso de precisar tratamiento para la tos debida a la EPOC puede utilizarse codeína, dihidrocodeína o dextrometorfano.

Obstrucción de la vena cava superior

D	Los pacientes con OVCS pueden ser tratados con corticoides, radioterapia, quimioterapia o implantación de stents, en función de su estado general, el tipo histológico de tumor y su extensión, y la disponibilidad de las técnicas.

Síntomas psicológicos y psiquiátricos

Delirium

D	La atención inicial al paciente con delirium debería incluir la identificación y tratamiento de las causas desencadenantes, con especial atención al consumo de determinados fármacos (opioides); la información adecuada a los familiares y cuidadores, y la valoración de la necesidad del tratamiento sintomático farmacológico.
B	Haloperidol es el fármaco de elección para el tratamiento del delirium.
D	Se puede añadir lorazepam a haloperidol en caso de delirium con ansiedad o agitación.
D	En el delirium con agitación intensa no controlada se puede utilizar levomepromazina o, alternativamente, midazolam.
D	La hipodermoclisis puede utilizarse en caso de sospecha de delirium producido por opioides en pacientes deshidratados.
D	Se recomienda reservar la utilización de antipsicóticos atípicos para casos seleccionados en los que haloperidol está contraindicado o no se tolera. En situaciones como las demencias con cuerpos de Lewy o en enfermos de parkinson, en las que no se recomienda el uso de haloperidol o risperidona, puede ser necesario recurrir a otros antipsicóticos, como olanzapina, clozapina o quetiapina.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Insomnio

D	La valoración de un paciente con insomnio debería realizarse mediante una entrevista semiestructurada dirigida a evaluar los factores relacionados con el insomnio: factores que predisponen, higiene del sueño, control de síntomas, efectos secundarios de la medicación y expectativas del paciente respecto al sueño.
D	Siempre que sea posible se deben intentar corregir los factores que predisponen al insomnio o lo desencadenan.
D	Se recomienda el abordaje inicial mediante una estrategia cognitivo-conductual en todos los pacientes con insomnio.
D	Se recomienda prescribir una benzodiazepina o un agonista de receptores benzodiazepínicos a los pacientes que no respondan bien al tratamiento no farmacológico o que no puedan esperar a la aplicación del mismo.
D	En los casos de depresión asociada o ante la falta de respuesta a las benzodiazepinas pueden utilizarse los antidepresivos con acción sedante para el tratamiento del insomnio.

Ansiedad

D	El tratamiento de la ansiedad requiere una evaluación individual del paciente en FFV que incluya las posibles causas desencadenantes, su estado adaptativo, el estadio de la enfermedad, los tratamientos asociados y las preferencias del paciente.
D	Las medidas de apoyo psicológico al enfermo y sus allegados son la primera medida que debe proporcionarse tras la valoración individual.
D	Los tratamientos farmacológicos se recomiendan cuando el apoyo psicológico no es suficiente. Pueden utilizarse BZD, preferentemente las de acción corta o intermedia.
√	En caso de ansiedad asociada a depresión, delirium, disnea o dolor intenso, pueden utilizarse antidepresivos tricíclicos, haloperidol u opioides, respectivamente.

Depresión

D	La evaluación inicial del paciente deprimido en CP comprende: identificación y abordaje de causas potencialmente tratables, valoración de los efectos adversos y las interacciones de los tratamientos farmacológicos previos y estimación del posible riesgo de suicidio.
B	La terapia inicial del paciente deprimido en CP comprende intervenciones estructuradas psicosociales, incluida la psicoterapia por el personal del equipo que le atiende y, si el caso lo requiere, por personal especializado dentro de un programa estructurado.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y esta pendiente su actualización.

B	En caso necesario pueden utilizarse fármacos antidepresivos (ISRS o tricíclicos), teniendo en cuenta sus propiedades farmacológicas, otros fármacos que recibe el paciente y su perfil de síntomas en cada momento.
D	Los psicoestimulantes, como metilfenidato, pueden usarse como alternativa a los antidepresivos tricíclicos e ISRS, sobre todo cuando se precisa un inicio rápido del efecto antidepresivo o en los casos con expectativa de vida muy corta.

Síntomas digestivos

Mucositis

D	La indicación del tratamiento farmacológico preventivo debe realizarse de acuerdo con el riesgo de desarrollar mucositis, riesgo basado en la situación clínica y en la modalidad y dosificación del tratamiento (radioterapia o quimioterapia).
B	La prevención mediante fármacos o medidas locales (enzimas hidrolíticas, pastillas de hielo, bencidamina, sulfato de zinc) o parenterales (amifostina) puede realizarse en casos seleccionados.
B	No hay evidencia suficiente para recomendar el tratamiento de la mucositis con enjuagues de alopurinol, factores estimulantes del crecimiento de granulocitos o inmunoglobulinas, por lo que la base del tratamiento es la higiene cuidadosa de la boca y la analgesia.
A	La analgesia controlada por el paciente puede utilizarse para disminuir la dosis de morfina en el tratamiento del dolor por la mucositis.

Boca seca (xerostomía)

D	En los pacientes con xerostomía, además de la higiene de la boca, se pueden utilizar estimulantes de la salivación, hielo o saliva artificial.
A	En el caso de precisarse tratamiento farmacológico de la xerostomía está indicada la pilocarpina, teniendo en cuenta su beneficio y la posibilidad de efectos secundarios.

Candidiasis

B	La candidiasis no relacionada directamente con radioterapia o quimioterapia puede ser tratada en primer lugar con antifúngicos tópicos (preferentemente miconazol o clotrimazol) y, en caso necesario, con antifúngicos orales (itraconazol y fluconazol).
A	En los pacientes oncológicos con candidiasis oral tras tratamiento inmunosupresor, puede utilizarse el tratamiento con ketoconazol, fluconazol y clotrimazol (50 mg).

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

A	En los pacientes oncológicos con neutropenia o alto riesgo de padecerla que van a recibir tratamientos con quimioterapia y radioterapia, los antifúngicos que se absorben en el tracto gastrointestinal total o parcialmente (fluconazol, ketoconazol, itraconazol, miconazol y clotrimazol) son los fármacos de elección en la prevención de la candidiasis oral.

Disfagia

D	El tratamiento de la disfagia requiere una valoración individualizada para identificar y, si es posible, tratar las diferentes causas implicadas.
D	La dieta debe adaptarse a las características clínicas de la disfagia. Se recomienda una dieta blanda, de acuerdo a los gustos de cada paciente. En el caso de disfagia por líquidos se pueden utilizar espesantes.
D	En caso de disfagia obstructiva por invasión tumoral se puede ensayar un ciclo corto de corticoides.
D	En caso de disfagia grave que no responde al tratamiento y que impide la alimentación oral, el equipo, el paciente y sus cuidadores pueden decidir el uso de sonda nasogástrica o la realización de ostomías.

Náuseas y vómitos

√	El tratamiento de las náuseas y vómitos en el paciente en FFV requiere una valoración cuidadosa de la etiología y los factores implicados (hipertensión endocraneal por invasión tumoral, trastornos metabólicos, fármacos, afectación visceral, etc.) para poder realizar un tratamiento individualizado.
D	En los pacientes que reciben quimioterapia o radioterapia, la profilaxis de las náuseas y vómitos debería basarse en el riesgo de emesis.
B	En los vómitos inducidos por quimioterapia con moderado o bajo riesgo de emesis, se recomienda la asociación de antagonistas de 5HT3 (como ondansetrón) y corticoides.
B	En los vómitos inducidos por quimioterapia con alto riesgo de emesis se recomienda la asociación de antagonistas de 5HT3, corticoides y aprepitant.
D	En los vómitos irruptivos tras el tratamiento con quimioterapia o radioterapia pueden utilizarse los corticoides, domperidona, metoclopramida o combinaciones de corticoides con metoclopramida o domperidona, dependiendo de la intensidad de los síntomas.
B	Metoclopramida es el tratamiento de elección en los pacientes con náuseas y vómitos sin relación con la quimioterapia o la radioterapia. Los antagonistas de 5HT3 pueden añadirse a la terapia convencional en caso de escaso control de síntomas.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

B	En los vómitos anticipatorios puede utilizarse la psicoterapia mediante técnicas conductuales. Alprazolam y lorazepam pueden utilizarse como terapia añadida al consejo y a la psicoterapia.

Estreñimiento

√	Antes de prescribir un tratamiento con laxantes es necesario descartar la presencia de fecalomas.
A	Se recomienda el uso de laxantes (sen, lactulosa sola o asociada a sen, polietilenglicol, sales de magnesio y parafina líquida) junto con una dieta adecuada (fibra e hidratación suficiente) y ejercicio adaptado.
B	La prescripción de opioides debe acompañarse de medidas preventivas para el estreñimiento, incluidos los laxantes.
D	En el caso de impactación fecal pueden usarse los laxantes por vía rectal (supositorios o enemas).

Diarrea

D	El tratamiento de la diarrea en CP requiere la identificación de posibles causas corregibles, la valoración del grado en función del ritmo de las deposiciones y la afectación del estado general, y un tratamiento inicial con dieta y aporte de líquidos adecuados.
B	Loperamida está indicado cuando persista la diarrea de origen no infeccioso, incluidos los estadios 1 y 2 producidos por quimioterapia o radioterapia.
D	Loperamida está indicado hasta conseguir 12 horas sin deposiciones. En el caso de la radioterapia, está indicado durante el tiempo que dure el tratamiento.
B	En caso de diarrea refractaria puede utilizarse octreótido por vía subcutánea (incluido el uso en bombas de infusión) en casos seleccionados.

Obstrucción intestinal

D	Los pacientes con OIM requieren una valoración individual que tenga en cuenta su situación funcional, incluidas las contraindicaciones quirúrgicas; la localización de la obstrucción; sus preferencias; la disponibilidad de las técnicas quirúrgicas o endoscópicas, y la experiencia con ellas en el medio donde se trata al paciente.
C	La cirugía y la colocación endoscópica de prótesis metálicas autoexpandibles (PMA/stents) pueden utilizarse en pacientes con OIM seleccionados.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

C	El tratamiento médico de la obstrucción intestinal debe incluir analgésicos, antieméticos y antisecretores. Pueden utilizarse, como terapia añadida, corticoides y butilescopolamina.
√	Octreótido puede utilizarse en caso de ausencia de respuesta a las medidas anteriores.

Ascitis

D	En caso de ascitis maligna que precise tratamiento sintomático puede utilizarse la paracentesis.
D	Puede plantearse el tratamiento con diuréticos en casos muy seleccionados en los que se sospeche presencia de niveles de renina elevados, y en ascitis por cirrosis avanzada.
D	Las derivaciones peritoneovenosas deben plantearse en casos seleccionados tras el fracaso de las medidas anteriores.

Hipo

D	El tratamiento del paciente con hipo persistente o intratable requiere una valoración cuidadosa y el tratamiento de las posibles causas. En caso de persistir el hipo, se debe intentar un tratamiento con medidas físicas.
D	En caso necesario puede utilizarse un tratamiento farmacológico (baclofeno, metoclopramida, haloperidol, nifedipino o gabapentina), teniendo en cuenta las interacciones y efectos secundarios en cada caso. Baclofeno es el fármaco inicial si no existe contraindicación para su uso. Puede usarse solo o combinado con omeprazol.
D	En caso de hipo intratable, y tras el fracaso de la terapia por vía oral, puede utilizarse midazolam parenteral.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Cuidados de la piel

Prevención y tratamiento de las úlceras

D	Las medidas de prevención de las UPP son: cambios posturales, adecuada nutrición, no elevar la cabecera de la cama más de 30 grados y mantener una adecuada limpieza e hidratación.
A	Se recomienda utilizar superficies especiales de apoyo en pacientes con alto riesgo de desarrollar UPP.
A	Se recomienda el uso de ácidos grasos hiperoxigenados en pacientes con alto riesgo de desarrollar UPP.

D	Se recomienda elegir el tipo de apósito en función del estadio y las características de la úlcera, de los objetivos y de la preferencia del paciente.
D	Puede utilizarse metronidazol por vía tópica para disminuir el olor en úlceras neoplásicas.
B	Puede utilizarse miltefosina en solución tópica al 6% para frenar la evolución de las úlceras neoplásicas.

Prurito

D	El manejo inicial de la persona con prurito consiste en identificar y, si es posible, tratar específicamente las causas subyacentes, con especial hincapié en los fármacos. Deben evitarse los factores agravantes, como el alcohol, las comidas picantes, el calor, el uso de ropa ajustada, la utilización de jabones con detergentes, etc.
D	Deben proporcionarse cuidados generales de la piel que incluyan una hidratación suficiente y prevención de lesiones de rascado.
D	En caso necesario se administrarán tratamientos farmacológicos según el origen del prurito (opioides, urémico, colestasis, paraneoplásico, piel seca). El tratamiento se podrá cambiar según la respuesta terapéutica, siguiendo el esquema propuesto en la tabla 26.

Síntomas urinarios

Tenesmo vesical

D	En ausencia de evidencia sobre cuál es el mejor tratamiento del tenesmo vesical en CP, pueden utilizarse fármacos anticolinérgicos, antiespasmódicos, AINE, corticoides y anestésicos locales.

Urgencias

Hipercalcemia

√	Debe considerarse la posibilidad de hipercalcemia en pacientes en CP con empeoramiento de su estado general sin una causa clara que lo explique.
A	El tratamiento de elección de la hipercalcemia grave es la hidratación junto con fármacos hipocalcemiantes.
A	Los bisfosfonatos por vía IV son los fármacos de elección en la hipercalcemia aguda; se recomiendan dosis altas de aminobisfosfonatos potentes (como ácido zolendrónico o pamidrónico).

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de práctica Clínica y esta pendiente su actualización.

D	Puede utilizarse calcitonina de salmón por vía SC o IM durante las primeras horas y continuar después con bisfosfonatos.
D	Los corticoides pueden utilizarse en tumores hematológicos o en pacientes con hipervitaminosis D debida a granulomatosis.

Compresión medular

D	Ante la sospecha clínica de CMM debe solicitarse una RMN para confirmar el diagnóstico.
√	La sospecha de CMM requiere la derivación urgente del paciente para realizar un estudio y tratamiento apropiados.
D	Ante un paciente con CMM debe realizarse una valoración individual que incluya nivel y número de compresiones espinales, tipo de tumor y extensión, pronóstico vital y funcional, grado de afectación neurológica, preferencias del paciente y disponibilidad de tratamiento con radioterapia y cirugía.
C	El tratamiento debe llevarse a cabo lo antes posible.
B	Se recomienda administrar corticoides a dosis altas, tanto en el tratamiento con radioterapia como con cirugía.
D	La radioterapia como único tratamiento es preferible en caso de contraindicación de la cirugía, tumores radiosensibles, paraplejia establecida, compresiones a varios niveles, fracaso de la cirugía o deseo del paciente.
B	La cirugía combinada con la radioterapia es el tratamiento de elección en pacientes seleccionados con pronóstico vital superior a 3 meses.

Crisis convulsivas

D	El manejo inicial de un paciente con crisis convulsivas en CP debe incluir la identificación y el tratamiento de las posibles causas desencadenantes e instrucciones a los cuidadores del paciente, incluida la posibilidad de administración de medicación anticonvulsivante.
D	El estatus epiléptico es una emergencia médica que requiere una derivación urgente hospitalaria.
D	El tratamiento inicial de la crisis convulsiva es diazepam IV o rectal. La opción alternativa es midazolam subcutáneo.
D	En caso de precisarse tratamiento para prevenir nuevas crisis, la elección del tratamiento tiene que realizarse de forma individualizada, teniendo en cuenta los tipos de crisis; la experiencia de uso; los efectos secundarios; y la posibilidad de interacciones farmacológicas, incluida la quimioterapia.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Hemorragia

D	Se debe advertir y preparar a los cuidadores de los pacientes de riesgo sobre la posibilidad de un sangrado masivo.
D	Es necesario ofrecer disponibilidad de atención urgente con la mayor cobertura horaria posible, incluido un teléfono de contacto directo para el caso de sangrado masivo.
D	Se recomienda, en los pacientes de riesgo, la elaboración de un plan de acción con instrucciones a los cuidadores, incluidas las siguientes: a) Disponer en la cabecera del paciente una palangana y toallas de color oscuro para comprimir el punto de hemorragia y absorber y disimular la sangre. b) Colocar al paciente en decúbito lateral en caso de hematemesis o hemoptisis para prevenir el ahogamiento. c) Preparar una jeringa precargada con midazolam para realizar una sedación de emergencia con 5-10 mg administrados por vía parenteral, preferiblemente subcutánea —se facilitará el procedimiento si se deja insertada previamente una palomita—, que podría repetirse en caso necesario.

Apoyo psicosocial y espiritual a la persona en FFV

B	Debe valorarse de forma regular el bienestar psicosocial de los pacientes con enfermedades amenazantes para la vida.
D	La evaluación psicosocial del paciente en CP debería incluir los siguientes campos: aspectos relativos al momento vital, significado e impacto de la enfermedad, estilo de afrontamiento, impacto en la percepción de uno mismo, relaciones (tipo de familia, amigos, etc.), fuentes de estrés (dificultades económicas, problemas familiares, etc.), recursos espirituales, circunstancias económicas, relación médico-paciente, red de recursos sociales (centros sociosanitarios, trabajadores sociales, etc.).
B	Los profesionales sanitarios que atienden a pacientes en CP deberían ofrecerles un soporte emocional básico.
D	Los pacientes con niveles significativos de sufrimiento psicológico deberían ser derivados para recibir apoyo psicológico especializado.
D	Se debería promover la formación de los profesionales sanitarios en técnicas de apoyo psicosocial.
C	El aumento de la concienciación y el establecimiento de unos objetivos comunes son el primer paso para establecer puentes entre trabajadores sanitarios y sociales de los ámbitos hospitalario y comunitario.
D	El equipo que atiende a una persona en CP debería tener en cuenta sus creencias y necesidades espirituales.
D	En ausencia de evidencia apropiada sobre cuál es la mejora forma de proporcionar apoyo espiritual, se recomienda ofrecer dicho apoyo como parte integral de los cuidados, cualquiera que sea el contexto de atención, y con un enfoque basado en los principios de la comunicación efectiva.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

D	Es importante considerar las diferencias culturales respecto a la espiritualidad, sin que ello justifique la falta de atención a estos aspectos en personas que pertenecen a grupos culturales distintos al nuestro.

Apoyo psicosocial a la familia

C	Debe ofrecerse a los cuidadores la posibilidad de expresar sus necesidades de apoyo e información.
D	Se recomienda ofrecer un soporte emocional básico a los cuidadores.
C	La planificación de servicios para los cuidadores debería incluir las siguientes premisas: a) Los servicios deben estar centrados en las necesidades de los cuidadores. b) La accesibilidad y aceptabilidad debe valorarse al inicio. c) Los objetivos deben ser claros y modestos. d) Los resultados deberían ser evaluados.
D	Se recomienda identificar a los cuidadores más vulnerables o deprimidos con el objeto de ofrecerles un apoyo psicosocial intensivo o servicios especializados.

Atención en los últimos días. Agonía

D	La atención adecuada en los últimos días de la vida debería incluir: a) Informar a la familia y a los cuidadores acerca de la situación de muerte cercana y, en general, proporcionar la información necesaria y adecuada a sus necesidades. b) Explicar y consensuar el plan de cuidados con el paciente y su familia. c) Valorar la medicación que toma el paciente, suspendiendo los fármacos no esenciales previa explicación de los motivos. d) Tratar los síntomas que producen sufrimiento. Los fármacos necesarios deben estar disponibles si el paciente está en el domicilio. e) Interrumpir intervenciones o pruebas innecesarias o fútiles, según los deseos del paciente. f) Valorar las necesidades psicológicas, religiosas y espirituales del paciente, su familia y sus cuidadores. g) Facilitar la atención en un ambiente tranquilo, respetando la intimidad y facilitando la proximidad de familiares y amigos. h) Facilitar las vías y los recursos necesarios tanto para la hospitalización como para la atención a domicilio.
D	Se recomienda tratar los estertores premortem mediante el uso de bromuro de butil escopolamina vía SC.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Sedación paliativa

D	El proceso de sedación paliativa o en la agonía requiere: a) Una indicación terapéutica correcta efectuada por un médico (existencia de un síntoma o sufrimiento físico o psíquico refractario en el final de la vida del enfermo) y, si fuera posible, validada por otro médico. b) Profesionales con una información clara y completa del proceso, con registro en la historia clínica. c) Administración de fármacos en las dosis y combinaciones necesarias hasta lograr el nivel de sedación adecuado. d) El consentimiento explícito del enfermo, o de la familia si el enfermo fuera incompetente.
D	La correcta prescripción de la sedación paliativa en la agonía requiere: a) Una cuidadosa evaluación del diagnóstico del final de la vida. b) La presencia de síntomas y de sufrimiento físico o psíquico refractario. c) Una evaluación de la competencia del paciente a la hora de tomar las decisiones.
D LG	El consentimiento verbal se considera suficiente, si bien en ocasiones podría realizarse por escrito. Siempre debe quedar constancia del mismo en la historia clínica. En el paciente no competente, el consentimiento se debe realizar en el siguiente orden: a) Primero, mediante consulta al Registro de Instrucciones Previas o Voluntades Anticipadas. b) En ausencia de instrucciones previas, el equipo médico debe valorar los deseos del paciente con la familia o los allegados, considerando los valores y los deseos previamente expresados. c) En ausencia de b), se recomienda pactar la sedación con la familia.
D	Se recomienda la utilización de midazolam como primera opción para la sedación para la mayoría de los síntomas, y levopromazina cuando el delirium es el síntoma predominante.
D	Se recomienda monitorizar el nivel de sedación del paciente, utilizando para ello la escala de Ramsay.

Duelo

D	La identificación del riesgo de duelo complicado debería realizarse en base a lo siguiente: a) Los factores de riesgo. b) El juicio clínico. c) La información acerca del entorno familiar (genograma) o procedente de éste Se requieren estudios que valoren adecuadamente la validez de las escalas disponibles (como el Index Risk de Parkes y Weiss).

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

B	No se recomiendan las intervenciones formales o estructuradas en el duelo normal.
D	En el duelo normal se recomienda proporcionar información acerca del duelo y sobre los recursos disponibles, y apoyo emocional básico.
B	En el duelo de riesgo se recomienda realizar un seguimiento regular, con apoyo emocional, valorando individualmente la necesidad de psicoterapias específicas y estructuradas.
B	Se recomienda derivar a servicios especializados (psicología, psiquiatría, etc.) a la persona con duelo complicado para que reciba atención específica y estructurada.
D	Los profesionales que atienden a los pacientes en la FFV y a sus familiares deberían tener acceso a una formación elemental en duelo que les capacite para proporcionar cuidados básicos a los dolientes, comprender y explorar sus necesidades, valorar los factores de riesgo, y detectar a las personas con duelo complicado y derivarlas a un servicio especializado.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

1. Introducción

El envejecimiento de la población y el creciente número de personas con enfermedades crónico-degenerativas y con cáncer representan un reto importante para los servicios de salud en las sociedades desarrolladas. Muchos de estos enfermos, al final de su vida, padecen un sufrimiento intenso y precisan una atención sanitaria y social que implica a todos los ámbitos asistenciales.

En España se estima que el 50%-60% de las personas que fallecen han recorrido un proceso de deterioro en el último año de su vida (1). Se estima que entre un 8% y un 22% (2-4) de las hospitalizaciones pueden corresponderse a enfermos en este periodo.

Existe, además, en nuestra sociedad, una demanda generalizada de atención centrada en la persona, de calidad y a costes razonables, que permita una vida y una muerte dignas. Esta realidad revela la necesidad de realizar un nuevo planteamiento acerca de los objetivos que debe perseguir la medicina actual que, hasta ahora, se ha centrado de manera excesiva en un enfoque curativo. Callahan, en un artículo publicado en el año 2000 (5), abogaba por que se reconociera una muerte en paz como un objetivo del mismo valor e importancia que la lucha contra las enfermedades y la prolongación de la vida.

Los cuidados paliativos (CP) tienen, entre otros, los objetivos de aliviar el sufrimiento y mejorar, dentro de lo posible, la calidad de vida y el proceso de morir de las personas. En nuestro país, los CP han experimentado un avance importante en los últimos años. No obstante, tal y como se recoge en la Estrategia de Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud, siguen existiendo áreas de mejora (1):

- La necesidad de reorientar los objetivos eminentemente curativos de la medicina actual a otros que eviten la consideración de la muerte como un fracaso de la medicina.
- El fomento de la formación en medicina paliativa.
- La disminución de la variabilidad entre las distintas comunidades autónomas, tanto en la organización de los cuidados como en la provisión de los mismos, con el objetivo de evitar las desigualdades dentro del Sistema Nacional de Salud.
- La necesidad de un enfoque integral de los cuidados que cubra, además del control de síntomas, los aspectos emocionales, sociales y espirituales de los pacientes y de sus cuidadores o familiares, así como la atención en el duelo.
- La necesidad de mejorar la accesibilidad de los CP para todos los pacientes que los necesiten.
- La promoción del trabajo multidisciplinar y la coordinación entre los distintos niveles asistenciales, servicios y profesionales implicados.
- La importancia de la información y la comunicación con el enfermo y su familia como uno de los puntos fundamentales, junto con la necesidad de fomentar la autonomía y la participación del paciente y de su familia en la toma de decisiones.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

- La necesidad de que el equipo se aproxime a responder a las necesidades de los enfermos y de sus familias.
- La promoción de los programas dedicados a pacientes no oncológicos.

Los CP están considerados como un área prioritaria de intervención de salud en todas las comunidades autónomas, según la encuesta de situación realizada por el Ministerio de Sanidad y Consumo en el año 2006 (1). Las modificaciones en la legislación reciente reflejan también la importancia de los CP en España. La Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud recoge que los CP son una prestación que debe estar presente en cualquier nivel de atención sanitaria (6). El Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, incluye, tanto para los servicios de atención primaria como para los servicios de atención especializada, el contenido mínimo exigible en CP, cubriendo la identificación, valoración integral y frecuente de los síntomas, la información y la derivación de los pacientes a dispositivos especializados en caso de complejidad.

Existen varias aproximaciones nacionales a la realización de GPC en CP en nuestro medio. Las sociedades científicas como la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (http://www.secpal.com/guiasm/index.php) y algunos servicios de salud (como el extremeño o el andaluz) han elaborado guías sobre el tema. Algunos de estos documentos tratan aspectos parciales de los CP, como la sedación o el duelo (7; 8). La mayoría se basan en revisiones de la literatura, aunque son pocos los que gradúan las recomendaciones (9).

La Estrategia Nacional establece una serie de prioridades entre las que figura la «necesidad de elaboración de protocolos y guías de práctica clínica consensuados, basados en la evidencia científica» (1).

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de práctica clínica y está pendiente su actualización.

2. Alcance y objetivos

El objetivo de esta GPC es servir como instrumento para mejorar la atención sanitaria de las personas en la fase final de la vida (FFV) y de sus familias, en los distintos ámbitos y centros donde sean atendidos (hospitalario, atención primaria, domicilio, servicios especializados, servicios de urgencias, centros sociosanitarios, etc.).

La GPC resume la evidencia disponible para las cuestiones clave de los CP y pretende facilitar a los clínicos la toma de decisiones. No pretende sustituir al juicio clínico.

Aborda los siguientes aspectos de los CP, tanto en el paciente oncológico como en el no oncológico: comunicación con el paciente y su familia, control de síntomas, apoyo psicosocial y espiritual, atención a la familia, atención en la agonía, sedación y duelo. No se ha pretendido un abordaje exhaustivo de todas las áreas de los CP, y se ha limitado el alcance de la GPC a la población adulta. Se han excluido algunos aspectos, como la nutrición o técnicas muy específicas de tratamiento (como terapias invasivas para el dolor, los distintos tipos de psicoterapia específicos, etc.) o los aspectos emocionales que afectan a los miembros de los equipos que proporcionan CP.

Aunque la evaluación de la evidencia incluye puntos relacionados con la organización de los CP, no es objeto de esta guía la planificación de los servicios sanitarios de las distintas comunidades autónomas. Debido a las grandes diferencias que existen entre comunidades y servicios de salud en cuanto a la organización y provisión de los CP y a que éstos se encuentran aún en desarrollo en nuestro país, no se han incluido indicadores para la implementación de la GPC. Este aspecto podrá ser abordado en futuras revisiones de la guía.

Los principales usuarios de esta guía son los profesionales de atención primaria y especializada; los especialistas médicos y quirúrgicos hospitalarios de los distintos servicios; profesionales médicos, psicólogos y de enfermería de las unidades de cuidados paliativos y de hospitalización a domicilio; profesionales de los servicios de urgencias, cuidados intensivos y centros sociosanitarios; cuidadores y pacientes.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y estamos a la espera de su actualización.

3. Metodología

Metodología. Niveles de evidencia y formulación de recomendaciones

La metodología empleada se recoge en el Manual de elaboración de GPC en el Sistema Nacional de Salud [1].

Los pasos que se han seguido son:

- Constitución del grupo elaborador de la guía, integrado por profesionales: de atención primaria (medicina, enfermería, farmacia), especialistas en cuidados paliativos adscritos a unidades hospitalarias, en oncología, medicina interna, hospitalización a domicilio y especialistas en metodología. Para incorporar la visión de las personas cuidadoras, se ha realizado un grupo focal.

- Formulación de preguntas clínicas siguiendo el formato Paciente/ Intervención/ Comparación / Outcome o Resultado.

- Búsqueda bibliográfica en: Cochrane Library, PsycINFO, DARE, Medline Pubmed, Evidence Based Review, Embase, CINHAL, Joanna Briggs Institute, IME, búsqueda manual en la revista Medicina Paliativa, búsqueda de estudios cualitativos en español.

  Debido a la ausencia de estudios aleatorizados u observacionales en muchas áreas de los CP se han consultado el libro *Oxford Textbook of Palliative Medicine* [2], el manual *Oxford Handbook of Palliative Care* [3], la guía de la SEC PAL [4], un número monográfico sobre CP de la revista *Atención Primaria* y varias guías de práctica clínica (9; 10; 11; 12). Además se ha realizado una búsqueda adicional en la página web http://www.caresearch.com.au/home/Default.aspx.

  Inclusión de estudios publicados en inglés, francés y español.

- Evaluación de la calidad de los estudios y resumen de la evidencia para cada pregunta, siguiendo las recomendaciones de SIGN-50 (Scottish Intercollegiate Guidelines Network) [5].

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

[1] Grupo de Trabajo sobre GPC. Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico [Internet]. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS; 2007 [10/1/08]. Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS Nº 2006/0I. Disponible en: http://www.guiasalud.es/.

[2] Doyle D, Hanks G, Chreney N, Calman K. Oxford Textbook of Palliative Medicine. Third ed. Oxford: Oxford University Press; 2004.

[3] Watson MS, Lucas C.F, Hoy AM, Back IN. Oxford Handbook of Palliative Care. New York: Oxford University press; 2005.

[4] Sanz Ortiz J, Gomez-Batiste X, Gómez Sancho M, Nuñez-Olarte JM. Manual de cuidados paliativos. Recomendaciones de la Sociedad española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Madrid: Guías y Manuales del Ministerio de Sanidad y Consumo. Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaria General Técnica; 1993.

[5] SIGN. A guideline developers' handbook. Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN); 2001.

- Formulación de recomendaciones, basada en la «evaluación formal» o «juicio razonado» de SIGN. La clasificación de la evidencia y la graduación de las recomendaciones se ha realizado de acuerdo a los criterios de SIGN (anexo 1). Las recomendaciones controvertidas o con ausencia de evidencia se han resuelto por consenso dentro del grupo elaborador.

  La evaluación de la evidencia y formulación de las recomendaciones en el campo de los CP resultan especialmente problemáticas. Los sistemas de clasificación de la evidencia y graduación de las recomendaciones utilizados hasta ahora no se adaptan bien al tipo de evidencia que se evalúa en el campo de los CP. Existen iniciativas notables que han realizado revisiones e investigaciones sobre CP pero gran parte de las mismas provienen de contextos de atención sanitaria muy diferentes al nuestro.

  Los sistemas para el desarrollo de las GPC otorgan mucha importancia al ensayo clínico aleatorizado (ECA) o a la revisión sistemática de ECA, que proporcionan el nivel más alto de evidencia. En muchas preguntas sobre CP la realización de ECA presenta dificultades metodológicas y éticas. Existen muchas áreas con ausencia de ECA, incluso para el tratamiento de síntomas habituales (2). Es especialmente llamativa la ausencia de evidencia sobre los CP en el paciente no oncológico.

  Por otro lado, aspectos como la calidad de vida, la comunicación, el confort o el bienestar del enfermo y de sus cuidadores son variables de resultado difíciles de valorar a través de un ECA convencional y, sin embargo, son probablemente las más importantes para los pacientes y cuidadores (2). La evidencia que se obtiene mediante la investigación cualitativa es muy relevante en este campo pero la metodología sobre su integración con los resultados de los estudios cuantitativos para formular recomendaciones en las GPC está actualmente en discusión y desarrollo. En esta guía hemos optado por señalar como «Q» los estudios cualitativos.

  Otra peculiaridad en este campo es la existencia de numerosas revisiones sistemáticas que incluyen distintos tipos de diseños (ECA, estudios observacionales, descriptivos, cualitativos, etc.).

  A lo largo de la esta GPC los usuarios de la misma encontrarán muchas recomendaciones basadas en el consenso, calificadas con la letra «D» o el símbolo «√» (ver anexo 1). Este hecho es el reflejo de las dos circunstancias recogidas previamente: insuficiente investigación y falta de adaptabilidad de los sistemas de formulación de recomendaciones.

  Las tablas de niveles de evidencia y grados de recomendación pueden consultarse en el anexo 1.

  Por otro lado, los destinatarios de esta GPC necesitan conocer la normativa legal existente en nuestro país sobre distintos aspectos relacionados con los CP. En aquellas cuestiones donde son especialmente importantes las recomendaciones derivadas de la normativa legal se han identificado con las letras «LG».

- Colaboración experta para la formulación de preguntas y revisión del primer borrador de la guía. En este grupo han participado médicos (atención primaria, oncología, psiquiatría, hospitalización a domicilio, cuidados intensivos, unidades de cuidados paliativos, geriatría, medicina interna), psicólogos y enfermería de unidades de hospitalización a domicilio.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

- La revisión se ha realizado sobre el segundo borrador.
- Se ha contactado con las distintas Sociedades Científicas implicadas (Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria (SEFAP), Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG), Sociedad Española de Hospitalización a Domicilio, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFYC), Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC), Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) y Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM)), que además están representadas a través del grupo elaborador y la colaboración experta.
- El presente documento constituye la GPC «completa» sobre Cuidados Paliativos. La GPC está estructurada por capítulos en los que se da respuesta a las preguntas que aparecen al inicio del mismo. Un resumen de la evidencia y las recomendaciones se presentan al final de cada capítulo. A lo largo del texto, en el margen derecho se indica el tipo de estudio y la posibilidad de sesgo de la bibliografía revisada. Existe una versión «resumida» de la GPC de menor extensión y con los principales anexos de la GPC «completa».
- Esta GPC está disponible en el portal de GuíaSalud (http://www.guiasalud.es/).
- La actualización de la GPC está prevista cada cinco años, sin que se descarte una actualización de su versión electrónica más frecuente.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y estará pendiente su actualización.

4. Introducción a los cuidados paliativos

4.1. Definición y objetivos de los cuidados paliativos

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (13) define los *cuidados paliativos* (CP) como «el enfoque que mejora la calidad de vida de 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». Considera que el equipo sociosanitario debe aproximarse a los enfermos y a sus familiares con el objetivo de responder a sus necesidades, y enumera las siguientes características de los cuidados paliativos:

- Proporcionan el alivio del dolor y de otros síntomas que producen sufrimiento.
- Promocionan la vida y consideran la muerte como un proceso natural.
- No se proponen acelerar el proceso de morir ni retrasarlo.
- Integran los aspectos psicosociales y espirituales en los cuidados del paciente.
- Tienen en cuenta el soporte y los recursos necesarios para ayudar a los pacientes a vivir de la manera más activa posible hasta su muerte.
- Ofrecen apoyo a los familiares y a los allegados durante la enfermedad y el duelo.
- Mejoran la calidad de vida del paciente.
- Se aplican desde las fases tempranas de la enfermedad junto con otras terapias dirigidas a prolongar la vida (como la quimioterapia, radioterapia, etc.).
- Incluyen también las investigaciones necesarias para comprender mejor y manejar situaciones clínicas complejas.

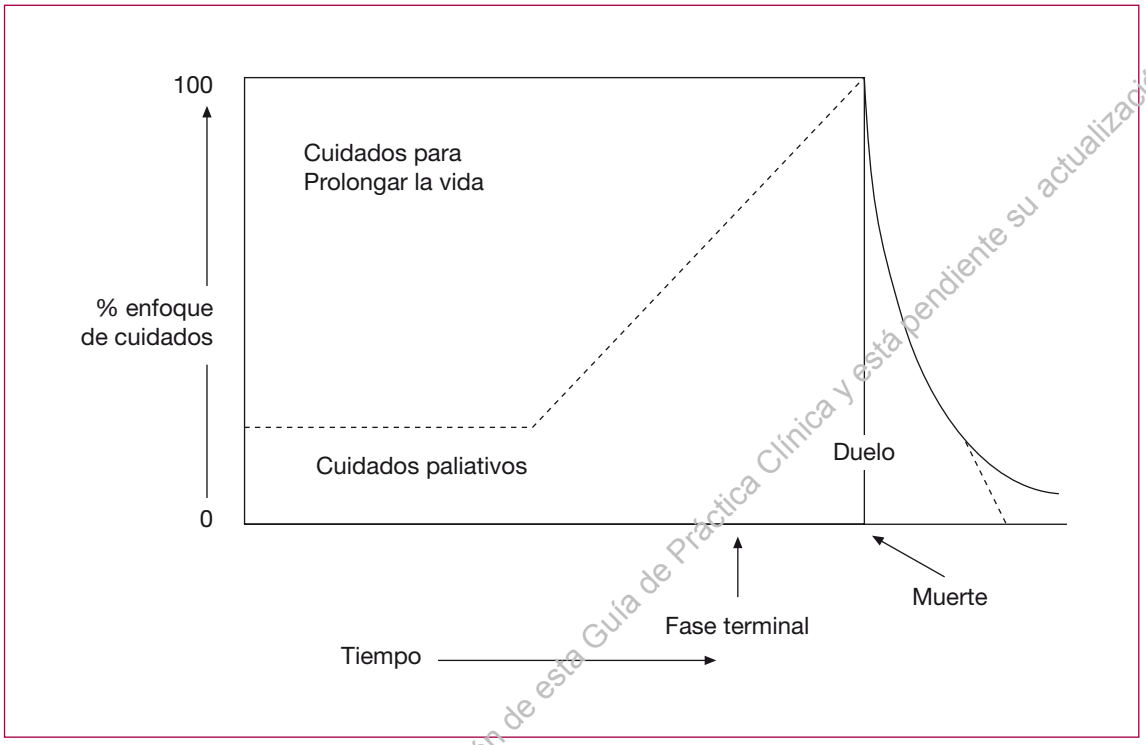
Esta concepción de los CP reconoce que las personas con enfermedades distintas al cáncer, que sean irreversibles, progresivas y con una fase terminal, también pueden beneficiarse de su aplicación. Pueden ser, por ejemplo, los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), demencia, insuficiencia cardiaca, insuficiencia renal o hepática avanzadas o enfermedades neurológicas (como ictus, parkinson, esclerosis múltiple o esclerosis lateral amiotrófica, entre otras) (1; 10; 11).

Tal y como muestra la figura 1 (11), los CP deberían comenzar en las fases tempranas del diagnóstico de una enfermedad que amenaza la vida, simultáneamente con los tratamientos curativos. De la misma forma, incluso en las fases finales de la enfermedad, en las que el tratamiento es predominantemente paliativo, puede existir un espacio para el intento destinado a las medidas curativas. Por otro lado, el duelo puede requerir atención durante una fase prolongada.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Así, la transición de los cuidados curativos a paliativos es a menudo gradual, y debe basarse en las necesidades individuales de la persona más que en un plazo concreto de supervivencia esperada (1; 10).

Figura 1. Adaptada de la Universidad de California con permiso de Steven Z. Pantilat, MD, FACP



Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Entre los objetivos generales de los CP destacan la promoción del bienestar y la mejora de la calidad de vida, y se considera necesario lo siguiente (1):

- Una información y comunicación adecuadas, que aseguren al enfermo y a su familia que serán escuchados y que obtendrán unas respuestas claras y sinceras. Además, se les proporcionará el apoyo emocional que precisen, de manera que puedan expresar sus emociones y participar en la toma de decisiones con respecto a su vida y al proceso de morir con arreglo a las leyes vigentes.
- La atención del dolor y otros síntomas físicos, así como de las necesidades emocionales, sociales y espirituales, sin olvidar aquellos aspectos prácticos del cuidado de los enfermos y de sus familiares.
- Una continuidad asistencial asegurada a lo largo de su evolución, estableciendo mecanismos de coordinación entre todos los ámbitos asistenciales y servicios implicados.

4.2. Conceptos relevantes

4.2.1. Calidad de vida

La calidad de vida es un concepto multidimensional, dinámico y subjetivo para el que no existe un patrón de referencia y que, en consecuencia, resulta difícil de definir y medir (14). En el contexto de los CP, la *calidad de vida* se centra en diversos aspectos del paciente como la capacidad física o mental, la capacidad de llevar una vida normal y una vida social satisfactoria, el logro de los objetivos personales, los sentimientos de felicidad y de satisfacción, así como la dimensión existencial o espiritual. De esta manera, en la calidad de vida pueden identificarse cuatro dominios: bienestar físico, psicológico, social y espiritual (14).

Gill y Feinstein, tras realizar en 1994 una revisión de la literatura acerca de los instrumentos de medida de la calidad de vida (15), concluyeron que el enfoque de estos instrumentos no era el más adecuado. Propusieron algunas recomendaciones: utilizar dos valoraciones globales del paciente (una sobre la calidad de vida global y otra sobre la calidad de vida relacionada con la salud), medir la gravedad y la importancia de los distintos problemas, e incluir preguntas abiertas cuando se utilice alguno de los instrumentos disponibles.

El paciente es quien puede valorar de forma más apropiada su calidad de vida. Cuando el paciente no es capaz de proporcionar la información requerida, los familiares y los allegados o los profesionales sanitarios pueden suministrar información útil, particularmente en aspectos concretos y objetivos (14).

Actualmente se dispone de instrumentos validados en lengua española para medir la calidad de vida en pacientes oncológicos en CP, como Rotterdam Symptom Checklist (16), Palliative Care Outcome Scale (POS) (17) o la escala EORTC QLQ-C15-PAL (18) (anexo 2).

4.2.2. Sufrimiento

El encuentro con la enfermedad terminal es una causa de sufrimiento tanto para el paciente como para sus familiares y para los profesionales sanitarios que les atienden. La formulación de una respuesta terapéutica requiere la comprensión del fenómeno del sufrimiento y de los factores que contribuyen al mismo. No resulta extraño que los profesionales sanitarios vinculen los síntomas físicos al sufrimiento y, aunque la presencia de dichos síntomas suele ser un antecedente importante, no son la única fuente de sufrimiento. El fracaso en la valoración del sufrimiento puede ocasionar confusiones en las estrategias terapéuticas (19).

El *sufrimiento* ha sido definido por Chapman y Gavrin (20) como «un complejo estado afectivo y cognitivo negativo, caracterizado por la sensación que tiene el individuo de sentirse amenazado en su integridad, por el sentimiento de impotencia para hacer frente a dicha amenaza y por el agotamiento de los recursos personales y psicosociales que le permitirían afrontarla».

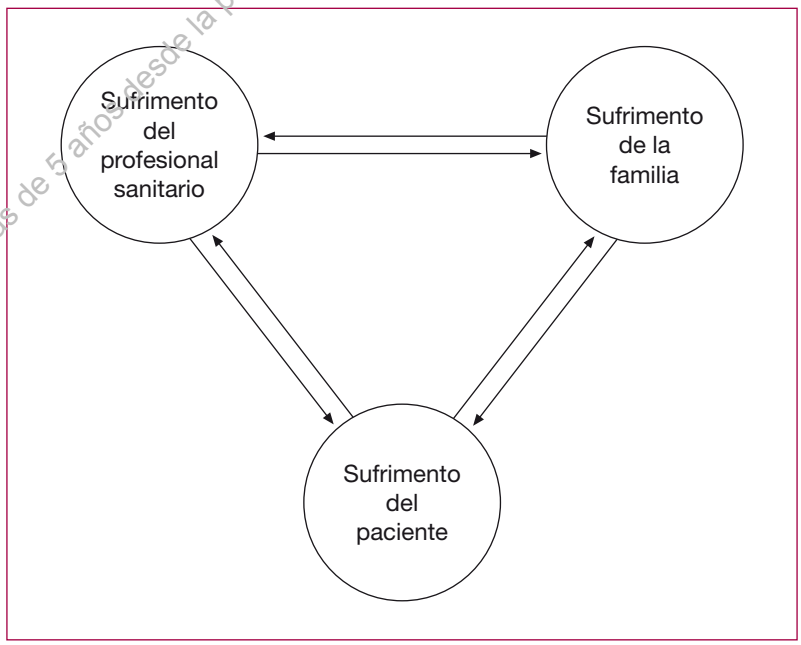
Han transcurrido más de cinco años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y esta puede requerir su actualización.

Los elementos interrelacionados del sufrimiento en la enfermedad terminal (enfermos, familiares y cuidadores sanitarios) (19) han sido conceptualizados a través del modelo triangular del sufrimiento (figura 2). De acuerdo con este modelo, el sufrimiento de cada uno de ellos puede amplificar el sufrimiento de los otros. Son fuente de sufrimiento:

- En el paciente: los síntomas físicos (como el dolor), los síntomas psicológicos y el sufrimiento existencial (la desesperanza, el sinsentido, la decepción, el remordimiento, la ansiedad ante la muerte y la alteración de la identidad personal), el sufrimiento de los familiares y de los amigos, así como la percepción de ser una carga para sí mismo y para los demás.
- En la familia, amigos y cuidadores: los factores psicosociales, la tensión emocional, la incertidumbre, el sentimiento de impotencia, el miedo a la muerte del enfermo, la alteración de los roles y estilos de vida, los problemas económicos, la percepción de que los servicios son inadecuados, la pena y el pesar por el deterioro del enfermo (anticipación de la pérdida), la carga de los cuidadores (trabajo físico, carga emocional, cansancio), el esfuerzo económico que se debe realizar por los costes que genera el cuidado del enfermo, y los conflictos que pueden crearse en los cuidadores (entre el deseo de proveer unos cuidados adecuados y al mismo tiempo el deseo de que se acelere la muerte).
- En los profesionales sanitarios: la exposición constante al sufrimiento y a la pérdida, la frustración, la impotencia y el sentimiento de fracaso, la excesiva presión laboral con la percepción de carencia de recursos (materiales, humanos, tiempo), la dificultad en la toma de decisiones terapéuticas, las dificultades en la comunicación y en la relación con el enfermo y con sus familiares, las altas expectativas de éstos, etc. Todos ellos son factores que pueden contribuir al agotamiento y al *burnout*.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Figura 2. Modelo triangular del sufrimiento



Ramón Bayés (21) propone un instrumento para detectar los estados de sufrimiento, con independencia de la causa o causas que lo produzcan: La percepción subjetiva del tiempo. Se compone de dos preguntas:

— ¿Cómo se le hizo el tiempo en el día de ayer —esta noche, esta mañana, esta tarde— corto, largo... usted qué diría?

— ¿Por qué?

La primera de ellas constituye un indicador de malestar-bienestar, mientras que la segunda proporciona información sobre la causa o causas del posible malestar. Estas preguntas permiten profundizar en qué medida este malestar es percibido por parte del enfermo como una amenaza importante para su integridad física o psicológica. Además, posibilitan el desahogo emocional del paciente y, al contribuir al conocimiento o la causa que motiva el malestar, indican el tipo de intervención médica, social, psicológica o espiritual que es necesario efectuar para tratar de aliviarlo (22).

En conclusión, el sufrimiento es una compleja experiencia humana que requiere una evaluación multidimensional para construir una alternativa terapéutica eficaz que dé respuesta adecuada a los problemas del paciente y de su familia. Los profesionales sanitarios deben evaluar de manera cuidadosa cada caso, identificando las necesidades del enfermo y formulando una intervención multidisciplinar dirigida a resolver o paliar dichas necesidades. Además, se debe realizar una monitorización y una evaluación continuada con objeto de modificar el plan de cuidados a medida que surjan nuevos problemas o cambien las necesidades de la persona enferma y de su familia.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

4.2.3. Autonomía

La calidad de vida, el sufrimiento y el balance entre beneficios e inconvenientes de las intervenciones provocan juicios de valor que pueden tener significados muy diferentes entre las distintas personas. Por lo tanto, a la hora de comunicarse con el enfermo y con su familia para informarlos o proponerles distintas alternativas terapéuticas, resulta básico conocer sus deseos.

La autonomía del paciente es uno de los cuatro principios básicos de la bioética, base de la deontología médica y clave en el contexto de una buena práctica sanitaria, que adquiere especial relevancia en las decisiones al final de la vida. Por autonomía se entiende la capacidad de realizar actos con conocimiento de causa, información suficiente, y en ausencia de coacción interna o externa (1).

El derecho de autonomía de los pacientes está recogido en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Dicha ley reconoce que la persona enferma tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles. Reconoce también que todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la ley.

Además, en un corto periodo de tiempo, ha surgido en casi todas las comunidades autónomas [6] una legislación específica que trata de desarrollar y concretar de qué manera un ciudadano puede tomar decisiones acerca de las actuaciones médicas que quiere, o no, recibir en situaciones en las que por su incapacidad no pueda comunicarse con los profesionales de la sanidad. Es decir, se trata de una anticipación clara de voluntades, explícitamente declaradas, que vinculan de forma directa a los profesionales responsables de tomar decisiones sanitarias (23).

4.3. Aspectos organizativos de los cuidados paliativos

Hay transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Estudio cualitativo Q

No es objetivo de esta GPC la formulación de recomendaciones basadas en la evidencia sobre modelos de atención en CP para nuestro medio. Sin embargo, es pertinente realizar una revisión bibliográfica acerca de algunos aspectos clave de la organización de la atención de los CP, teniendo en cuenta la actual heterogeneidad organizativa en nuestro país. De la evaluación del estudio cualitativo realizado para esta GPC se desprende que la forma de organización de los CP y la coordinación entre los diferentes profesionales que los proporcionan tienen importantes repercusiones en los pacientes y sus familiares.

Opinión de expertos 4

El enfermo tiene derecho a recibir CP en diversos ámbitos y servicios, a nivel domiciliario, hospitalario o en centros sociosanitarios. Es necesario que estos servicios trabajen de forma coordinada para asegurar que las necesidades de los pacientes y de los cuidadores sean atendidas sin pérdida de continuidad (12).

Los objetivos a nivel organizativo consisten en asegurar que los servicios estén disponibles para todos los pacientes que los necesiten y cuando los necesiten; sean de calidad y sensibles a las necesidades de los pacientes; que los distintos niveles estén bien coordinados, y que se establezcan competencias y criterios claros de derivación (12).

[6] **Cataluña:** Ley catalana 21/2000, de 29 de diciembre. **Madrid:** Ley 12/2001, de 21 de diciembre, del Parlamento de Madrid. **Aragón:** Ley 6/2002, de 15 de abril, del Parlamento Aragonés. Decreto 100/2003, de 6 de mayo, del Gobierno de Aragón. **La Rioja:** Ley 2/2002, de 17 de abril, del Parlamento de La Rioja. **Navarra:** Ley Foral 11/2002, de 6 de mayo, de Navarra. **Comunidad Valenciana:** Ley 1/2003, de 28 de enero, sobre derechos e información al paciente de la Comunidad Valenciana. **Castilla-León:** Ley Castellano-Leonesa 8/2003, de 8 de abril, sobre derechos y deberes de las personas en relación a la salud. **Andalucía:** Ley 5/2003, de 9 de octubre, de declaración de voluntad vital anticipada, del Parlamento Andaluz. **País Vasco:** Ley 7/2002, de 12 de diciembre, de las voluntades anticipadas en el ámbito de la sanidad, del Parlamento Vasco. Decreto 270/2003, de 4 de noviembre, por el que se crea y regula el Registro Vasco de Voluntades Anticipadas. **Galicia:** Ley 3/2001, de 28 de mayo de 2001; Ley 3/2005, de 7 de marzo de 2005. **Extremadura:** Ley 10/2001, de 28 de junio. Ley 3/2005, de 8 de julio. **Cantabria:** Ley 7/2002, de 10 de diciembre. **Baleares:** Ley 5/2003, de 4 de abril. **Castilla La Mancha:** Ley 6/2005, de 7 de julio. Decreto 15/2006, de 21 de febrero. **Murcia:** Decreto 80/2005, de 8 de julio. **Canarias:** Decreto 13/2006, de 8 de febrero. **Asturias:** pendiente de creación. **Registro nacional de instrucciones previas:** Real Decreto 124/2007, de 2 de febrero, por el que se regula el Registro nacional de instrucciones previas y el correspondiente fichero automatizado de datos de carácter personal.

Tanto a nivel domiciliario como hospitalario y en unidades de CP (*hospice*) existe evidencia de los beneficios de los CP (25-28). Si bien los estudios presentan algunos problemas en su diseño, los resultados son coherentes y muestran un consistente beneficio en la satisfacción de los cuidadores y un efecto modesto a nivel de resultados sobre los pacientes (dolor, control de síntomas, disminución de la ansiedad) (25-27).

RS de distintos tipos de estudios 1+/2+

Los modelos de CP en los que la interacción entre el nivel básico y el de soporte persiguen la ayuda y no la sustitución se asocian a una mayor satisfacción de los profesionales de AP y a una mejora en el resultado del servicio ofrecido por el sistema (29).

En una reciente revisión (30) realizada con el objetivo de establecer unos criterios de derivación entre niveles se concluye que los equipos de apoyo pueden facilitar el tratamiento adecuado de casos complejos, mientras que la implicación de los equipos de atención primaria aporta mayor accesibilidad (por ejemplo, captando mejor los casos no oncológicos), más continuidad en los cuidados, mayor número de muertes en domicilio y un menor número de visitas a urgencias hospitalarias. La revisión subraya la continuidad asistencial como uno de los principales factores valorados por los pacientes y familiares que reciben CP.

El trabajo cualitativo realizado con pacientes y familiares indica también que éstos perciben la falta de continuidad como una barrera que repercute negativamente en sus experiencias.

Investigación cualitativa Q

Tanto a nivel domiciliario como hospitalario existe también evidencia de los beneficios de la coordinación con equipos de CP en enfermos con necesidades de atención más complejas (1; 30).

La Estrategia Nacional recomienda «establecer un sistema organizativo que garantice la coordinación entre los diferentes recursos sanitarios y sociales y promueva acciones integradas» (1).

Opinión de expertos 4

Aunque no hay evidencia clara sobre cuál es el mejor modelo organizativo (12), la mayoría de los programas contemplan varios niveles de atención, dependiendo del volumen y la complejidad de los problemas del paciente (1; 30):

- El nivel de CP básicos, primarios, generales o enfoque paliativo hace referencia a los cuidados que deben proporcionarse a todos los pacientes que lo precisen en cualquier ámbito de atención: atención primaria, cualquier servicio hospitalario (oncología, radioterapia, medicina interna y otros servicios clínicos), servicios de urgencias, centros sociosanitarios, etc.
- El nivel de CP específicos, secundarios, especializados o avanzados contempla intervenciones complejas que requieren técnicas o procedimientos especializados.

Algunos autores denominan *tercer nivel* a la atención hospitalaria en unidades de CP.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Nivel básico

Opinión de expertos 4

El nivel básico debería (12):

- Evaluar las necesidades de los pacientes en los distintos momentos y en las distintas áreas de los cuidados.
- Responder a estas necesidades, de acuerdo con sus propias capacidades en cuanto a conocimientos, habilidades, competencias y recursos.
- Saber cuándo derivar a los pacientes a otros servicios.

Nivel avanzado

El nivel avanzado debería:

- Proporcionar la atención a pacientes con necesidades asistenciales más complejas e intensivas.
- Realizar pruebas diagnósticas complementarias o tratamientos muy específicos que precisan realizarse en el ámbito hospitalario o tratamientos ante síntomas de difícil control.
- Atender determinadas necesidades que no tienen por qué ser clínicamente complejas, sino de tipo social o familiar.

En nuestro medio, los centros sociosanitarios o unidades de atención especializada en CP pueden ser:

- **Equipos de soporte de cuidados paliativos:** Pueden intervenir en el ámbito domiciliario u hospitalario y con distintos patrones, desde asesoramiento hasta intervenciones puntuales, intermitentes o con responsabilidad compartida en la atención directa. A nivel domiciliario en España se dispone de diversos modelos: unidades de Hospitalización a Domicilio, Programa de Atención Domiciliaria y Equipos de Soporte (PADES), Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD) y equipos domiciliarios de la Asociación Española contra el Cáncer (AECC), entre otros.

También se puede optar por fórmulas mixtas, con equipos que intervienen en los ámbitos domiciliario y hospitalario.

- **Unidades de cuidados paliativos:** Son unidades de hospitalización específicas de CP, atendidas por un equipo interdisciplinar. Pueden ubicarse en hospitales de agudos, específicos, o de tipo sociosanitario. Con frecuencia, las unidades realizan también labores de equipo de soporte hospitalario y consulta externa (1).

La forma de proporcionar estos dos niveles de atención depende de las características del medio (rural, urbano, etc.) y de los recursos disponibles. Opinión de expertos 4

Han transcurrido más de cinco años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Además, resulta inexcusable definir las funciones que cada ámbito de atención (atención primaria, atención especializada) y cada nivel (básico o avanzado) tiene que desempeñar, la capacitación necesaria y la forma de coordinación entre niveles, así como los recursos que se precisan.

Recomendaciones

D	Las intervenciones paliativas deberían basarse en las necesidades del enfermo y de su familia más que en un plazo de supervivencia esperado.
D	Todos los enfermos en fase final de la vida (FFV) deberían tener acceso a un nivel básico de cuidados en todos los ámbitos de atención.
B	Las organizaciones sanitarias deberían fomentar la formación de sus profesionales para proporcionar unos CP básicos, independientemente del ámbito asistencial.
D	Las organizaciones sanitarias deberían garantizar la accesibilidad de los cuidados especializados cuando sean necesarios.
B	Los CP de cualquier nivel deberían ser proporcionados, preferentemente, por un equipo multidisciplinar adecuado.
B	Las organizaciones sanitarias deberían definir las funciones que tienen que desempeñar y la capacitación con la que deben contar los diferentes niveles de prestación de servicios en la atención en CP a los pacientes y sus familias.
B	Las organizaciones sanitarias y los servicios asistenciales deberían garantizar la coordinación entre los distintos servicios y ámbitos asistenciales y la continuidad de cuidados, durante 24 horas al día, los 365 días del año.

Han pasado más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

4.4. Predicción de la Supervivencia

Las preguntas que se van a responder son:

- ¿Cuál es la validez de las escalas pronósticas para predecir la supervivencia en pacientes en FFV?

Los profesionales que atienden a los pacientes en la FFV a menudo tienen que dar respuesta a la siguiente pregunta «¿Cuánto tiempo me queda?». La predicción de la supervivencia y su comunicación al paciente es un proceso complejo, que implica una evaluación individual del pronóstico y unas habilidades adecuadas en comunicación. La predicción de la supervivencia es importante para poder proporcionar a pacientes y familiares la información requerida, y para establecer planes diagnósticos y terapéuticos apropiados (31). La forma de comunicar el pronóstico es tan importante como su precisión.

Con el objetivo de mejorar la precisión diagnóstica, se han valorado distintos factores pronósticos y modelos de predicción. Estos últimos (desarrollados fundamentalmente para el cáncer) pueden ser de utilidad, siempre teniendo en cuenta que su valor es probabilístico (indica supervivencias promedio) y que su aplicación a un paciente individual está más sujeta a incertidumbre, lo que exige gran cautela a la hora de proporcionar la información. Además, debe tenerse en cuenta que muchos instrumentos no se han validado en nuestro medio y se desconoce el impacto de su utilización en la práctica clínica (32).

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

4.4.1. Predicción de la supervivencia en enfermos oncológicos

Una RS (33) exploró la precisión de la valoración clínica de la supervivencia en pacientes con cáncer avanzado en un contexto de CP especializados. La predicción clínica es un predictor independiente de la supervivencia real, ya que explica el 51% de la variabilidad de la misma. No obstante, es imprecisa y, en general, tiende a sobrestimar la supervivencia. La predicción es más precisa cuanto menor es el tiempo de supervivencia, y también mejora en pacientes con un índice de Karnofsky bajo (<40).

RS de estudios de pronóstico 2++

En otra RS (34) se evaluaron los factores pronósticos de supervivencia en pacientes con cáncer avanzado (mediana de supervivencia inferior a tres meses). Los factores definitivamente asociados a la supervivencia fueron: bajo estado funcional (Karnofsky), estimación clínica de la supervivencia, empeoramiento cognitivo, anorexia, disnea, xerostomía, pérdida de peso y disfagia.

RS de estudios de pronóstico 2+

El Palliative Prognostic Score (PaP score) (35; 36) clasifica de forma aceptable a los pacientes con cáncer avanzado en tres grupos, en función de su probabilidad de supervivencia a los 30 días, que se establece con los siguientes parámetros: predicción clínica de la supervivencia, índice de Karnofsky, anorexia, disnea, recuento de células blancas y porcentaje de linfocitos. No es aplicable a pacientes con tumores hematológicos. Está realizado en el contexto de los cuidados especializados. Se ha validado también en diferentes poblaciones (32). Es la escala recomendada tras la revisión sistemática realizada por la European Association for Palliative Care (32).

Reglas de predicción clínica 2+

El Palliative Prognostic Index (PPI) (37) predice la supervivencia a las 3 y 6 semanas para distintos puntos de corte. Precisa una validación mayor.

Reglas de predicción clínica 2+

La experiencia clínica mejora la precisión pronóstica, pero empeora cuando la relación médico-paciente es muy cercana. Las escalas de calidad de vida también pueden ser útiles para el pronóstico de la supervivencia (31).

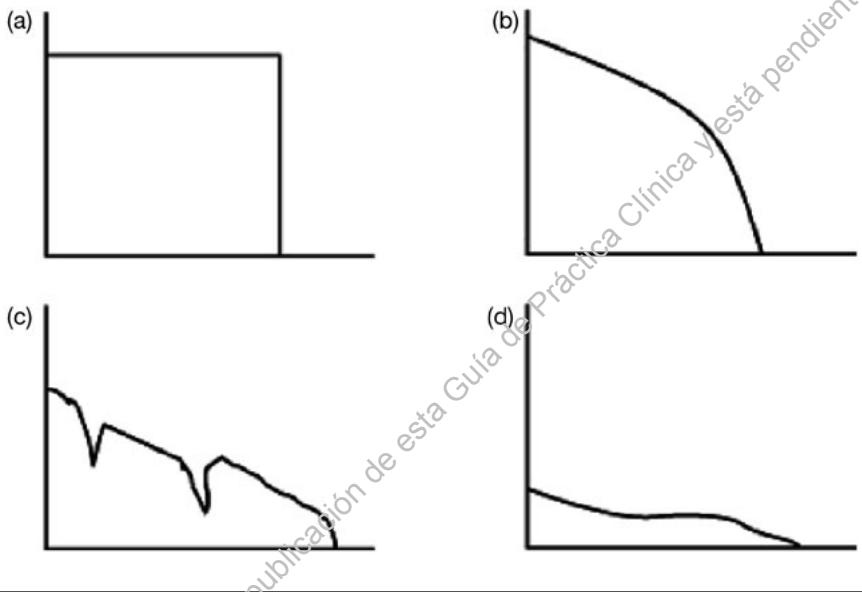
Opinión de expertos 4

4.4.2. Predicción de la supervivencia en enfermos no oncológicos

Una reciente RS (38) evaluó los estudios sobre predictores de supervivencia en pacientes mayores de 65 años con enfermedad terminal no maligna. Los modelos pronósticos genéricos para estimar la supervivencia inferior o igual a seis meses en pacientes sin cáncer tienen bajo valor predictivo, lo que refleja el curso poco predecible de las enfermedades no malignas (figura 3).

RS de estudios de pronóstico 2+

Figura 3. Trayectorias hasta la muerte



Diferentes trayectorias hasta la muerte. En el eje de ordenadas, el estado de salud; en el eje de abscisas, el tiempo.

(a) Muerte súbita, (b) Muerte por cáncer, (c) Muerte por enfermedad avanzada no oncológica (EPOC, insuficiencia cardiaca, SIDA), (d) Muerte por demencia.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

La escala de Walter (39) clasifica de forma aceptable el riesgo de mortalidad al año en pacientes mayores de 70 años tras hospitalización en base a seis factores pronósticos: sexo masculino, índice Katz (40) modificado, comorbilidad (índice de Charson (41)), presencia de cáncer, creatinina >3 mg/dl, albúmina <3-3,4 g/dl. Requiere una validación más amplia.

El PaP está insuficientemente validado en pacientes no oncológicos.

La escala CARING (42), aplicable a todo tipo de pacientes (oncológicos y no oncológicos), desarrollada en Estados Unidos, trata de seleccionar a la población candidata a CP entre los pacientes que ingresan en el hospital. Se

basa en criterios sencillos de obtener, como el número de ingresos por enfermedad neoplásica o en una unidad de cuidados intensivos. La escala predice aceptablemente la mortalidad al año del ingreso, pero necesita validarse y reproducirse en otros contextos antes de proponer su uso en nuestro medio.

Reglas de predicción clínica 2+

Los modelos SUPPORT (43) y NHPCO (US National Hospice Palliative Care Organization) (44), para pacientes con EPOC, insuficiencia cardiaca y enfermedad hepática terminal, no estiman de forma precisa la supervivencia. El índice BODE (45) utiliza el FEV, la distancia (en metros) recorrida en seis minutos, el grado de disnea y el Índice de Masa Corporal (IMC) (<21) para predecir el riesgo de mortalidad de la EPOC. Predice significativamente mejor que el FEV aislado, pero sin llegar a los criterios de predicción aceptable propuestos en la revisión de Coventry (38), y precisa una validación más amplia.

Existen otros trabajos no incluidos en la RS de Coventry (38) que merecen ser considerados, ya que se basan en variables sencillas de obtener, proporcionan una predicción aceptable y cuentan con una validación amplia.

El Seattle Heart Failure Model, válido para pacientes ambulatorios y hospitalizados con insuficiencia cardiaca congestiva (ICC) (46), se basa en parámetros clínicos (edad, sexo, clase de la NYHA, peso, presión arterial, presencia de cardiopatía isquémica, medicación utilizada); analíticos (hemoglobina, % linfocitos, ácido úrico, colesterol y sodio); utilización de dispositivos implantables y electrocardiograma (QRS >120 seg). Predice la supervivencia a uno, dos y cinco años, así como la esperanza de vida media. Está validado en cinco cohortes de pacientes procedentes de ECA (ensayos clínicos aleatorizados). Puede utilizarse una versión web disponible en http://depts.washington.edu/shfm.

Reglas de predicción clínica 2+

En la insuficiencia hepática, el modelo matemático MELD (Model for End Liver Disease) (47), basado en los valores de creatinina, bilirrubina total e INR, fue creado para seleccionar a los pacientes con cirrosis hepática e hipertensión portal candidatos a la colocación de TIPS (Transjugular Intrahepatic Portosystemic Shunt), pero se ha validado en diferentes cohortes de pacientes con hepatopatías crónicas avanzadas con una aceptable capacidad para predecir la mortalidad a tres meses. Se obtiene la puntuación del mismo con la siguiente fórmula: MELD Score = 9,57 Ln(Creat) + 3,78 Ln(Bili) + 11,2 Ln(INR) + 6,43 (calculadora disponible en http://www.hepatitis.cl/meld.htm).

Hasta que estén disponibles más escalas sencillas de obtener, con buena capacidad predictiva y validadas en nuestro medio, pueden utilizarse algunas variables predictoras específicas para algunas enfermedades:

- En la demencia: el estado funcional (valor igual o superior a 7C en la escala FAST, Functional Assessment Staging), la dependencia (escala ADL, Activities of Daily Living) o la historia médica de complicaciones.
- En la EPOC: edad, FEV1 <30%, gasometría, cor pulmonal con hipertensión pulmonar, nivel de disnea, capacidad para el ejercicio, cuestionario de calidad de vida de Sant George (SGRQ), etc.

Para más información, consultar el anexo 2.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Resumen de evidencia

2++	La estimación clínica de la supervivencia es un predictor independiente importante de la supervivencia real en pacientes con cáncer avanzado, aunque tiende a sobreestimarla. La estimación es más precisa cuanto menor sea el tiempo de supervivencia y en enfermos con un índice de Karnofsky inferior a 40 (33).
4	La experiencia clínica mejora la precisión pronóstica, pero empeora cuando la relación médico-paciente es muy cercana (31).
2+	Los factores pronósticos en pacientes con cáncer asociados a la supervivencia son: el estado funcional (Karnofsky), la estimación clínica de la supervivencia, el deterioro cognitivo, la anorexia, la disnea, la xerostomía, la pérdida de peso y la disfagia (34).
2+	La escala Palliative Prognostic Score (PaP score) clasifica de forma aceptable a los pacientes con cáncer avanzado en tres grupos, en función de su probabilidad de supervivencia a los 30 días, y ha sido validada en contextos diferentes, fundamentalmente en unidades especializadas de CP y en servicios de oncología. La regla está insuficientemente validada para su uso en pacientes no oncológicos (35; 36; 48).
2++	Los modelos pronósticos genéricos para estimar la supervivencia inferior o igual a seis meses en pacientes sin cáncer tienen bajo valor predictivo, lo que refleja el curso poco predecible de las enfermedades no malignas. Se han identificado varias variables predictoras específicas para algunas enfermedades, que pueden ayudar a los médicos a identificar a los pacientes de edad avanzada con peor pronóstico y con mayores necesidades de CP (38).
2+	En pacientes con ICC y fracción de eyección <30%, el Seattle Heart Failure Model predice de forma aceptable la supervivencia a uno, dos y cinco años (45).
2+	En pacientes con enfermedad hepática avanzada, el MELD (Model for End Liver Disease) predice la supervivencia a los tres meses de forma aceptable (47).
2+	La escala de Walter clasifica de forma aceptable el riesgo de mortalidad al año en pacientes mayores de 70 años tras hospitalización, en base a seis factores pronósticos: sexo masculino, índice Katz modificado, comorbilidad (índice Charson), cáncer, creatinina >3 mg/dl y albúmina <3-3,4 g/dl; pero requiere mayor validación (39).

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Recomendaciones

C	Para la estimación de la supervivencia en enfermos con cáncer avanzado, además de la impresión clínica, se recomienda tener en cuenta otros elementos, como la presencia de factores pronósticos, el estado funcional (Karnofski) o la escala pronóstica PaP (Palliative Prognostic Score). Esta última se recomienda en el contexto de unidades especializadas de CP o en oncología, ya que no ha sido validada en otros ámbitos.

C	En enfermos no oncológicos, los modelos predictivos generales de supervivencia precisan una mayor validación. Es preferible considerar los factores de mal pronóstico de cada enfermedad o escalas validadas (Seattle Heart Failure Model para ICC y MODEL para insuficiencia hepática), siempre teniendo presente la incertidumbre y el curso poco predecible de las enfermedades no malignas.
√	La forma en que se comunica el pronóstico es tan importante como la precisión del mismo.
√	Es necesaria la validación de los distintos instrumentos en nuestro medio, así como la evaluación del impacto de su utilización sobre la práctica clínica.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

5. Información, comunicación y toma de decisiones

Las preguntas que se van a responder son:

- ¿Cómo tiene que ser la comunicación del equipo que atiende al paciente y su familia?
- ¿Cómo debe ser la formación en comunicación del profesional sanitario que trabaja con pacientes en FFV?
- ¿Cuáles son la normativa legal y los principios éticos relativos a la comunicación con la persona en FFV y con su familia en nuestro medio?
- ¿Cuáles son los elementos para la toma de decisiones en la FFV?

Han transcurrido más de cinco años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

5.1. Principios para una información y una comunicación adecuadas en cuidados paliativos

La *comunicación interpersonal* en el contexto de los cuidados paliativos es el proceso por el cual se facilita a los pacientes y a los cuidadores la exploración de sus problemas y la toma de decisiones a través de entrevistas con los profesionales encargados de su atención (12).

5.1.1. Necesidades de comunicación del enfermo y su familia

En el medio anglosajón y en otros países de nuestro entorno, los pacientes solicitan habitualmente información detallada sobre el diagnóstico y el pronóstico. Esto es menos frecuente en nuestro medio. Según trabajos realizados en España, alrededor del 50%-70% de los pacientes con cáncer desean que se les comunique su diagnóstico, pero una parte sustancial de los pacientes (entre el 16%-58%) y sobre todo de los familiares (61%-73%) prefieren que no se les revele el diagnóstico. Los estudios parecen indicar un progresivo cambio de actitudes hacia una mayor demanda de información, sobre todo en los pacientes más jóvenes (12).

RS de distintos tipos de estudios 3/Q

Una reciente RS (49) evaluó los estudios sobre las preferencias de los pacientes con enfermedades muy avanzadas y las de sus familiares en aspectos relacionados con la comunicación del pronóstico y con el final de la vida. Los autores concluyen que, en general, los enfermos y los cuidadores de origen anglosajón/norte de Europa demandan mayores niveles de información, tanto.

en lo que se refiere a la propia enfermedad como a los síntomas, su manejo y, también, acerca del pronóstico de vida y de las distintas opciones terapéuticas. La tendencia detectada en algunos estudios de países que están fuera del contexto anglosajón (como España y Grecia) revela que los enfermos prefieren una información menos detallada acerca del pronóstico o de otros aspectos relacionados con la FFV.

En un estudio comparativo realizado entre pacientes y familiares de Canadá y España en el momento de iniciar su atención en unidades de CP se observaron diferencias significativas sobre las demandas de información acerca de la enfermedad (tipo y pronóstico) y aspectos de su manejo (administración de tratamientos) (50). Los pacientes españoles manifestaron un menor deseo de conocer la información, aunque en mayor proporción que sus familiares. Esta discrepancia no se observó en el grupo canadiense.

En la RS (49) se aprecian otros factores relacionados con una menor demanda de información, como son la edad avanzada y una corta expectativa de supervivencia. La revisión subraya que no es posible generalizar acerca de las necesidades de información basándose en las características demográficas o culturales. Se recomienda a los profesionales sanitarios evaluar las necesidades de información de manera individualizada y de forma continuada a lo largo del tiempo. Otra particularidad detectada en la revisión es que, en general, las necesidades de información a medida que avanza la enfermedad son menores en los pacientes, mientras que entre los cuidadores crece la demanda.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

5.1.2. Estilos de comunicación

RS de distintos tipos de estudios 3/Q

Respecto al estilo de comunicación, prácticamente todos los estudios de la RS (49) provienen del medio anglosajón. Los pacientes y los familiares destacan que la información debe ser sincera, sensible y con margen de esperanza; que desean sentirse escuchados de una manera activa por profesionales que muestren empatía, utilicen un lenguaje claro y suministren la información en pequeñas cantidades. En el estudio cualitativo realizado en nuestro medio, las conclusiones fueron muy coincidentes. En cuanto a si debe proporcionarse la información al enfermo solo o acompañado por otra persona, los resultados de la RS son variables y se deben valorar de manera individual (49).

Otras publicaciones muestran conclusiones que van en la misma línea. Los enfermos consideran que entre los atributos esenciales que debe poseer un profesional de la salud se halla «la voluntad de escuchar y explicar» (51). Otros estudios destacan la importancia que los cuidadores de los pacientes en la FFV otorgan a que la toma de decisiones sea compartida y a que la relación del enfermo con el profesional sanitario se establezca en condiciones horizontales y participativas (52).

Por el contrario, la comunicación ineficaz se ha asociado a incumplimiento terapéutico y a un aumento del estrés de los pacientes, y a la insatisfacción

con el trabajo y el desgaste emocional de los profesionales sanitarios (51). Además, la falta de información, la mentira o la ocultación de información relevante con un propósito protector pueden desencadenar otro tipo de problemas: que el enfermo reciba mensajes contradictorios de distintos profesionales o que se vea privado de la oportunidad de expresar sus temores y preocupaciones. No se debería perder de vista que las necesidades de información del enfermo y sus preferencias en la toma de decisiones pueden modificarse a medida que progresa la enfermedad, por lo que se recomienda una valoración periódica.

5.1.3. Métodos de información

RS de ECA 1+

Una RS (53) evaluó algunos métodos de información, como información escrita, material de audio o video, etc. dirigidos a pacientes con cáncer de reciente diagnóstico y a sus familiares. Las intervenciones estudiadas tuvieron efectos positivos sobre el conocimiento y la frecuentación, el manejo de síntomas, la satisfacción, la utilización de servicios y el estado afectivo. Sin embargo, algunas de las intervenciones en pacientes concretos tuvieron efectos perjudiciales. La revisión subraya que los métodos no deben utilizarse de forma uniforme, sino que deben tenerse en cuenta las preferencias individuales de información.

5.1.4. Actitud de los profesionales sanitarios

Estudio descriptivo 3

Los estudios sugieren que la interpretación que realizan los profesionales sanitarios acerca de las preferencias de los pacientes difiere a menudo de los deseos de éstos. En una encuesta sobre actitudes y creencias realizada a especialistas en CP en Europa, Latinoamérica y Canadá, la mayoría de los clínicos afirmaban desear que se les comunicara la verdad sobre su propia enfermedad terminal. Sin embargo, el 93% de los médicos canadienses, y sólo el 25% de los europeos y el 18% de los latinoamericanos pensaban que la mayoría de sus pacientes desearían conocer la verdad (54).

RS de distintos tipos de estudios 3/Q

Por otro lado, una RS (47) confirma que los clínicos tienden a subestimar las necesidades de información de los pacientes y a sobrestimar su grado de conocimiento y comprensión del pronóstico y de los aspectos relacionados con la FFV y el de sus cuidadores.

5.1.5. Efectos de una comunicación efectiva

RS de distintos tipos de estudios 2+/3

Las investigaciones realizadas sugieren que una comunicación eficaz influye en la salud de los pacientes sobre diversos aspectos, como el estado emocional, la resolución de los síntomas, el estado funcional y el dolor (55). El intercambio adecuado de información puede mejorar la implicación de los pacientes en los cuidados y la adherencia a los tratamientos, reducir el malestar psicológico y contribuir a transmitir unas expectativas realistas (56). Además, un proceso de comunicación adecuado tiene una gran influencia sobre la

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

capacidad de adaptación de los pacientes y de sus familiares a las nuevas situaciones, la asimilación de la enfermedad y la consideración de las diferentes opciones (57). Ofrecer a los enfermos la posibilidad de tomar decisiones compartidas puede reducir los síntomas de ansiedad y depresión (58).

5.1.6. Comunicación de malas noticias

Buckman denomina *malas noticias* «cualquier información capaz de alterar drásticamente la visión de un paciente sobre su futuro», tanto al comunicar el diagnóstico de una enfermedad considerada mortal como al informar del fracaso de la terapéutica curativa que se le administra (59).

A la hora de proporcionar las malas noticias, los profesionales sanitarios deberían tener en cuenta las barreras que pueden condicionar una comunicación efectiva: déficit de habilidades para valorar las necesidades de información y para facilitar la participación del paciente y de sus familiares en la toma de decisiones, tendencia a interpretar los deseos y las necesidades de los pacientes, la idea errónea de que «si el paciente quiere, ya preguntará», el sentimiento de ser considerado responsable del fracaso en la curación, la creencia de que la información producirá un mayor daño al enfermo o la incertidumbre acerca de determinados aspectos como el diagnóstico o el pronóstico del paciente (12; 60-62).

Existen diferentes propuestas para la comunicación de malas noticias. En el anexo 3 se recogen la de Rabow y Mc Phee (63) y el protocolo SPIKES (64).

5.2. Formación en comunicación en cuidados paliativos

Una RS (51) que incluyó tres ECA realizados con profesionales médicos y de enfermería que atendían a pacientes oncológicos valoró la eficacia de los programas de formación en la comunicación. Las intervenciones consistieron en cursos intensivos (de tres días o por módulos), y los resultados estudiados midieron los cambios en la conducta o en las habilidades de comunicación mediante escalas objetivas y validadas. Estas intervenciones parecen ser efectivas en algunas áreas: mejoran las habilidades comunicativas (formulación de preguntas abiertas más focalizadas), aumentan las expresiones de empatía (respuestas más apropiadas a las señales) y proporcionan un mayor dominio de la entrevista clínica.

RS de ECA 1+

Un estudio posterior, con una intervención estructurada de cuatro días en grupos pequeños y basada en escenarios reales con pacientes simulados, confirmó estos hallazgos (65).

Estudio prospectivo 2+

Las intervenciones formativas sobre comunicación se benefician de sesiones de recordatorio posteriores (66; 67).

ECA 1+

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

5.3. Aspectos éticos y legales de la información y la comunicación en cuidados paliativos

El acceso a la verdad es un derecho de todos los pacientes, ya que cada persona tiene derecho a decidir, con apoyo y conocimiento de causa, sobre aspectos tan importantes de su vida como el proceso de salud/enfermedad, o de vida o muerte (68). En este sentido, la comunicación honesta es un imperativo ético para el profesional sanitario (53; 57) e implica también el respeto de los deseos y valores de los pacientes, es decir, del principio de autonomía (57), permitiendo la organización de los cuidados según las prioridades y preferencias de los pacientes y facilitando una toma de decisiones compartida.

Normativa legal LG

La legislación española ampara estos derechos de los enfermos. Así, la Ley General de Sanidad estableció el derecho a que el paciente y sus familiares reciban «información completa y continuada, verbal y escrita, sobre su proceso, incluyendo el diagnóstico, el pronóstico y las alternativas de tratamiento». La Ley 41/2002, de Autonomía del Paciente, en su capítulo II, recoge el derecho que le asiste al enfermo en cuanto a la información sanitaria. Se indica que tiene derecho a conocer toda la información disponible con motivo de cualquier actuación y que también tiene derecho a no ser informado. Estipula que la información, por regla general, será verbal, con constancia de la misma en la historia clínica, y que comprenderá como mínimo la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias. Deberá ser una información verdadera, comprensible y adecuada a las necesidades del paciente, de manera que pueda ayudarle para tomar sus propias decisiones. Deberá ser el médico responsable del paciente quien garantice el cumplimiento del derecho a la información. En cuanto a la familia (art. 5), podrá ser informada en la medida que el paciente lo permita de manera expresa o tácita.

Opinión de expertos 4

No obstante, la comunicación de malas noticias es una de las cuestiones más difíciles en los CP y constituye uno de los aspectos que genera más conflictos en la comunicación con el enfermo y su familia.

Por un lado, un médico o cualquier otro profesional de la salud que ante un pronóstico fatal se empeñe en informar de todo, independientemente de lo que desee el paciente, y que además luego se aleje de esa realidad tan dolorosa, abandonándolo, somete al enfermo a un sufrimiento indebido (59). Informar al enfermo, garantizándole que no va a ser abandonado, y en un contexto en el que pueda expresar sus preocupaciones y sus miedos, facilita una comunicación adecuada y el apoyo emocional que necesita.

Por el contrario, ocultar el diagnóstico puede llegar a generar lo que se denomina la *conspiración del silencio* y que se define como el acuerdo implícito o explícito, por parte de familiares, amigos o profesionales, de alterar la información que se le da al paciente con el fin de ocultarle el diagnóstico o pronóstico y la gravedad de la situación (68). La conspiración del silencio dificulta la adaptación del paciente a su enfermedad y le impide participar en la toma de

Han transcurrido más de 3 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

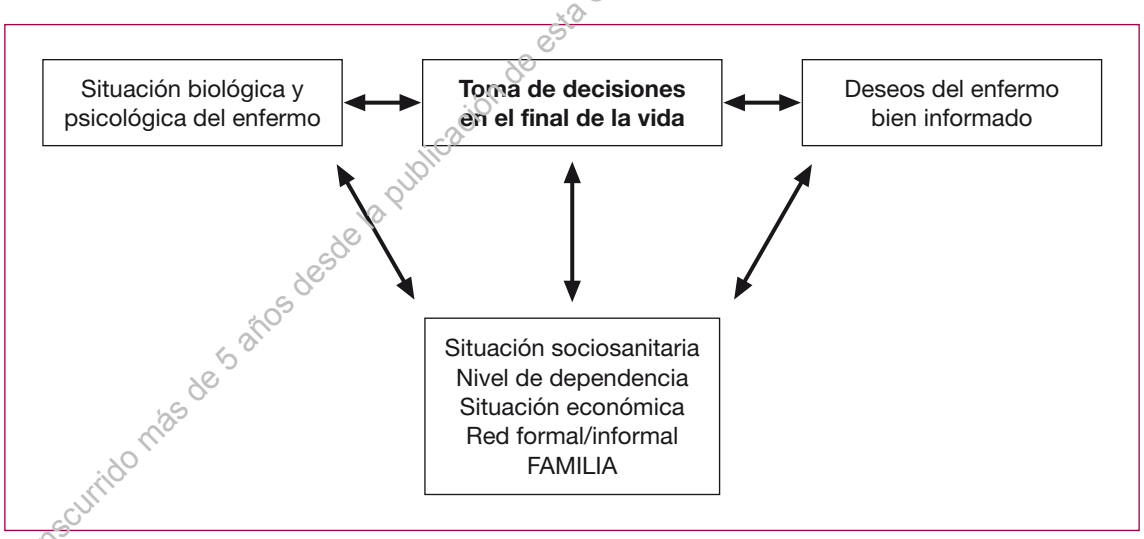
decisiones (69). Por otra parte, el paciente, que a menudo sospecha que tiene una enfermedad maligna (70), puede mostrarse temeroso, ansioso y confuso cuando se le oculta la información (57). El manejo de esta situación requiere proporcionar una información adecuada al cuidador principal y a la familia y una buena comunicación con ellos, intentando establecer acuerdos (69).

5.4. Elementos para la toma de decisiones

Las personas implicadas en la relación sanitaria para tomar decisiones en la FFV deben tener en consideración tanto la situación psicológica y biológica del paciente como los deseos del enfermo correctamente informado.

Estos aspectos —*la situación biológica y psicológica del enfermo y sus deseos*— están interrelacionados y se ven influidos por la situación familiar y social. El nivel de dependencia física o psíquica del enfermo, su situación económica, la calidad y la cantidad de apoyo propiciado por la red formal o informal, y la vivencia de la enfermedad por el propio enfermo y su familia pueden condicionar tanto la situación biológica como los deseos del enfermo (71), tal y como se ilustra en la figura 4.

Figura 4. Elementos para la toma de decisiones



Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Cuando el profesional de la salud desee determinar la situación del enfermo para plantear decisiones, debería formularse algunas preguntas sobre el pronóstico vital del enfermo, su calidad de vida o la situación sociosanitaria y, en base a ello, plantearse la idoneidad, o no, de profundizar en las técnicas diagnósticas o en tratamientos más invasivos (reanimación cardiopulmonar, soporte avanzado de constantes vitales, cirugía, quimioterapia, radioterapia, nutrición artificial, etc.).

Esta valoración debería considerar los siguientes criterios: la proporcionalidad, la futilidad y la calidad de vida. En ocasiones, sólo la aplicación de los tratamientos durante un periodo de tiempo razonable y su posterior evaluación permitirán reconocer si el enfermo responde razonablemente a los mismos.

A través del criterio de proporcionalidad se analizan los efectos positivos del tratamiento y los negativos, como las cargas que pueden suponer los efectos secundarios o el dolor que se puede generar. Se considera que un recurso diagnóstico o un tratamiento es proporcionado cuando origina un mayor beneficio al paciente (72). En este sentido, se debería tener en cuenta que la preservación de la vida del enfermo es una obligación cuando el hecho de vivir supone un beneficio más que una carga para el propio paciente.

La futilidad se ha invocado en las siguientes situaciones clínicas: la reanimación cardiopulmonar, el mantenimiento artificial de las funciones vitales cuando existe una pérdida irreversible de las funciones cerebrales superiores (estado vegetativo permanente o demencia profunda), los tratamientos agresivos en enfermos terminales o moribundos, los tratamientos que sólo ofrecen una calidad de vida muy baja, en especial si está acompañada de gran sufrimiento o si no hay esperanza de prescindir de cuidados intensivos. En estas circunstancias, se considera que un tratamiento es fútil cuando los beneficios que se obtienen ocurren en un porcentaje inferior al 1%-5% de los enfermos tratados (73).

En cuanto a la calidad de vida, el paciente es quien puede valorarla de forma más apropiada. Si se tiene en cuenta que lo que a una persona le parece desproporcionado o fútil puede no parecérselo a otra, se comprueba que, al igual que el criterio de calidad de vida, también los criterios de proporcionalidad y futilidad involucran juicios de valor, complicando el debate acerca de la utilidad o idoneidad, o no, de ciertos tratamientos en el final de la vida.

Aclarada la importancia de la subjetividad a la hora de manejar los criterios que nos ayuden a ponderar la eficacia de los tratamientos, resulta fundamental conocer los *deseos del enfermo*, puesto que a la persona enferma le corresponde decidir si desea que se le aplique el tratamiento propuesto o no. En consecuencia, y tal como se ha descrito cuando se ha hecho referencia al proceso de información y de comunicación, se puede comprender la importancia de dicho proceso dentro de la relación clínica, ya que de esta manera el enfermo podrá hacerse un juicio claro de la situación que está viviendo y podrá valorar si el tratamiento que se le aconseja es proporcionado, o no, para él, y si los niveles de calidad de vida resultantes son aceptables o no reúnen los requisitos de humanidad y de dignidad que precisa para continuar viviendo.

Otro aspecto que resulta básico para reconocer los deseos del enfermo es la determinación de su competencia para tomar decisiones. La evaluación de la competencia se centra normalmente en la capacidad mental del paciente, sobre todo en las habilidades psicológicas necesarias para tomar una decisión médica concreta. Los profesionales deberían comprobar si el enfermo ha

Han transcurrido más de tres años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

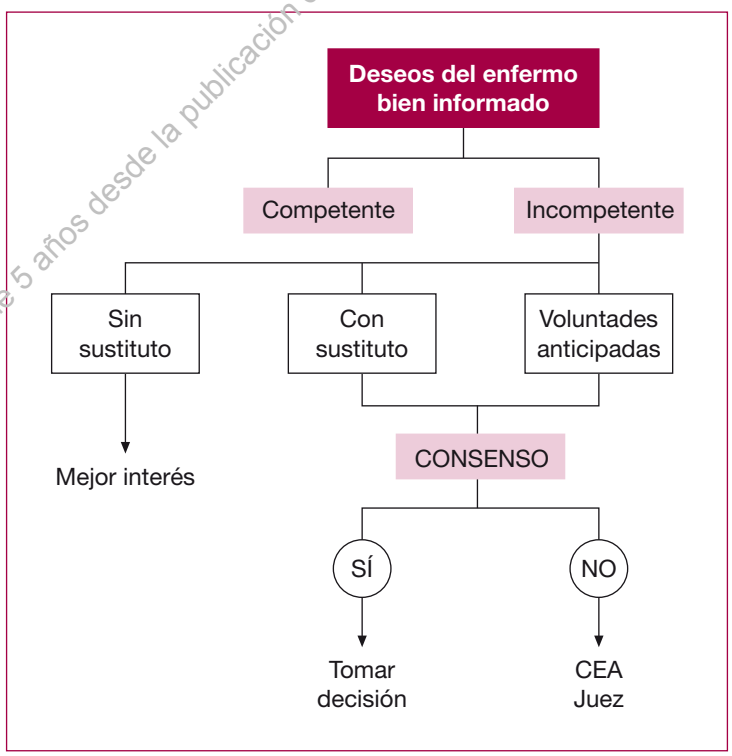
comprendido lo que se le ha explicado y si puede tomar una decisión sobre el tratamiento basándose en la información que se le ha suministrado. El *consentimiento* debe ser entendido como un proceso gradual y continuado mediante el cual un paciente capaz y adecuadamente informado acepta o rechaza, en función de sus propios valores, someterse a determinados procedimientos diagnósticos y terapéuticos (74). El conocimiento de los valores que han conformado la vida del paciente permite evaluar la coherencia de sus decisiones. Esta valoración no puede hacerse desde un conocimiento puntual del enfermo. Por ello, la continuidad en su atención o la aportación de información por parte del médico de familia o de la propia familia proporcionan los datos necesarios para valorar dicha coherencia.

Cuando el paciente sea incompetente deberá determinarse si la incompetencia es transitoria o permanente, así como su nivel. En cuanto a la información que debe proporcionarse en estos casos, la Ley 41/2002 indica que el enfermo será informado, incluso en caso de incapacidad, de un modo adecuado a sus posibilidades de comprensión. A continuación, aclara que se deberá además informar a su representante legal. Por lo tanto, una de las labores del profesional sanitario será la de identificar a un sustituto o representante del enfermo en la toma de decisiones. En nuestra práctica habitual suele corresponder a un miembro de la familia. Éste sustituye o representa al paciente en las decisiones, basándose en el mejor conocimiento de sus valores y considerando qué es lo que mejor se ajusta a sus intereses (figura 5).

Legislación
LG

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Figura 5. Toma de decisiones en el paciente incompetente



A la hora de conocer los valores del enfermo incompetente, tanto la Ley 41/2002 como las diferentes leyes promulgadas en distintas comunidades autónomas contemplan las *voluntades anticipadas* (VA) o *instrucciones previas* (IP). El desarrollo normativo de las VA o IP varía en sus contenidos en las distintas comunidades autónomas (23).

En líneas generales, el contenido de las VA sirve para que cualquier persona pueda expresar o manifestar los objetivos vitales y valores personales que ayuden a interpretar las instrucciones y a facilitar la toma de decisiones, al dejar constancia escrita de sus deseos sobre actuaciones médicas en una situación en que las circunstancias que concurran no le permitan expresar personalmente su voluntad. Las VA contemplan las instrucciones sobre el tratamiento —respecto a una enfermedad concreta, presente o futura, o, en general, respecto a intervenciones médicas acordes con la buena práctica clínica— que tendrán que ser respetadas por el médico o el equipo sanitario que atienda a esa persona cuando se encuentre en una situación en la que no le sea posible expresar su voluntad. Designan un representante que será el interlocutor válido con el médico o el equipo sanitario y que estará facultado para interpretar sus valores e instrucciones. Se formalizan por escrito, ante notario; ante un funcionario público; o ante tres testigos que sean mayores de edad, con plena capacidad de obrar y que no estén vinculados con la persona otorgante por matrimonio, unión libre o pareja de hecho, parentesco hasta el segundo grado o relación patrimonial alguna. La persona otorgante puede modificarlas, sustituirlas o revocarlas en cualquier momento, siempre que conserve la capacidad legal y que actúe libremente.

Los problemas son más complejos cuando se trata de enfermos sin familia y de los que no se dispone de ningún documento de VA o de ninguna directriz oral previa. En estas situaciones se utiliza otro criterio para tomar las decisiones en el paciente incompetente, un criterio denominado *mejor interés*, que viene determinado por el resultado de analizar riesgos y beneficios según los criterios de buena práctica clínica de la comunidad científica médica y lo que la sociedad considera que es mejor en ese momento.

Si bien el marco jurídico clarifica el proceso de la toma de decisiones, el proceso no está exento de problemas, como son:

- La complejidad en la determinación de la competencia de algunos enfermos, ya que se carece de guías claras acerca de la manera de hacerlo adecuadamente (75).
- La fluctuación de las preferencias de los pacientes a lo largo del tiempo. En un reciente estudio (76), el 35% de los pacientes mayores de 60 años con cáncer, insuficiencia cardiaca o EPOC mostraron fluctuaciones de sus preferencias cuando tenían que decidir acerca de someterse a terapias agresivas o con riesgos destinadas a prolongar la vida. Aunque las variaciones en el estado de salud durante la evolución de la enfermedad pueden explicar en parte estas fluctuaciones, el estudio sugiere que, incluso en los pacientes con salud estable, las preferencias se ven influidas por factores transitorios.

Estudio de cohortes 2+

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

- Los deseos de los representantes o familiares próximos pueden no ser coherentes con los de las personas enfermas a quienes representan. En una revisión sistemática (77) en la que se valoró la precisión de los representantes designados por los pacientes o de los familiares próximos mediante escenarios hipotéticos relacionados con intervenciones para prolongar la vida, éstos no reflejaron de forma adecuada los deseos de los pacientes en una tercera parte de los casos. La predicción tampoco mejoró en los estudios que valoraban la repercusión de discutir previamente los valores y preferencias con los familiares. Los autores mencionan que, a pesar de estas limitaciones, las predicciones de los representantes o familiares son más precisas y por tanto preferibles a las de los profesionales sanitarios.

  RS de estudios de cohortes 2+

- El modelo sanitario actual es de orientación predominantemente paternalista, con una enorme asimetría en los roles de pacientes y profesionales en la toma de decisiones.

Tomar la decisión

Una vez que se han seguido todos los pasos que se han señalado, las personas involucradas en la relación clínica estarán en mejores condiciones para tomar una decisión. Una vez tomada la decisión es recomendable comunicarla a todo el equipo sanitario y a los familiares del enfermo. Si existe consenso dentro del equipo de profesionales sanitarios, y con el enfermo o su representante, en cuanto al tipo de tratamiento que se debe seguir, se tomará la decisión. Si existen dificultades a la hora de alcanzar un consenso, bien por la diferencia de criterios entre los propios profesionales encargados de atender al enfermo, bien por las discrepancias con el enfermo o sus representantes, se debería valorar la posibilidad de acudir al Comité de Ética Asistencial (CEA), a un juez, o a otros profesionales que manifiesten su acuerdo con el enfermo o sus representantes y puedan responsabilizarse de la situación.

Legislación LG

En resumen, los elementos a tener en cuenta en la toma de decisiones en la fase final de la vida son los que figuran en la tabla 1.

Tabla 1. Elementos de la toma de decisiones en la FFV

1. Determinación de la situación biológica, psicológica, sociosanitaria y familiar del enfermo.
2. Evaluación de los tratamientos en base a la evidencia científica disponible, con los criterios de proporcionalidad, futilidad y calidad de vida.
3. Consideración de que la toma de decisiones es un proceso gradual y continuo para el que debe contarse con la participación del enfermo o de sus representantes.
4. Garantía de que el proceso de comunicación es el adecuado.
5. Suministro de una información completa, que incluya las opciones terapéuticas disponibles, sus beneficios, y los riesgos e inconvenientes esperados.
6. Evaluación de la competencia del enfermo.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

7. En el caso del paciente competente, confirmación de sus deseos y sus preferencias; es recomendable compartir la información y la decisión con la familia.
8. En el caso del paciente no competente para tomar una determinada decisión, deberían considerarse las siguientes opciones, en el orden indicado:
   a) Directrices previas en caso de que las hubiera, consultando con el Registro Nacional de Instrucciones Previas o con los registros de la comunidad autónoma en la que resida el enfermo.
   b) Deseos previamente expresados por el paciente y recogidos en su historia clínica por el médico de cabecera o los médicos especialistas hospitalarios, en el caso de que los hubiera.
   c) Representante legal.
   d) Familiares a cargo más próximos.
9. En el caso de que al profesional sanitario se le planteen dudas relacionadas con la decisión a tomar (idoneidad de las opciones que se proponen, competencia del enfermo, discrepancias con el representante, etc.), se recomienda la valoración por otros profesionales expertos o por comités de ética asistencial.
10. Información de la decisión al equipo sanitario.
11. Registro del proceso de la toma de decisiones en la historia clínica.
12. Marco normativo (anexo 4).

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Resumen de evidencia

LG	La Ley 41/2002 recoge el derecho del paciente a ser informado, y su autonomía para tomar decisiones acerca de su salud. Establece como titular del derecho de información al paciente, y como forma de transmisión la verbal, con constancia escrita en la historia clínica. Contempla también el derecho a no ser informado, por deseo del paciente o por necesidad terapéutica. En caso de que el paciente no sea competente para tomar una decisión, regula el consentimiento por representación.
LG	Los pacientes tienen derecho a recibir información completa y continuada, verbal y escrita, sobre su proceso, incluidos el diagnóstico, el pronóstico y las alternativas de tratamiento. La familia podrá ser informada en la medida que el paciente lo permita de manera expresa o tácita.
LG	El contenido de las voluntades anticipadas (VA) o directrices previas (DP) sirve para que cualquier persona pueda expresar o manifestar los objetivos vitales y valores personales que ayuden a interpretar las instrucciones y a facilitar la toma de decisiones, al dejar constancia escrita de sus deseos sobre actuaciones médicas en una situación en que las circunstancias que concurran no le permitan expresar personalmente su voluntad. El desarrollo normativo de la Ley 41/2002 en cuanto a VA/DP es variable entre las distintas CCAA.
3	Los deseos de información están influidos por factores como el contexto cultural (50), la edad o la expectativa de supervivencia; pero no es posible generalizar. Las demandas de información a medida que avanza la enfermedad son menores para los pacientes, mientras que crecen en los cuidadores. Los pacientes y los familiares destacan que la información debe ser sincera, sensible y con margen de esperanza; y que desean sentirse escuchados de una manera activa por profesionales que muestren empatía, y recibir la información con un lenguaje claro y de forma gradual (49).

2+	La comunicación eficaz influye en la salud de los pacientes, actuando sobre aspectos como el estado emocional, la resolución de los síntomas, la funcionalidad y el dolor (55).
3	La comunicación puede mejorar la implicación de los pacientes en los cuidados, reducir el malestar psicológico y transmitir unas expectativas realistas (56).
3	Los profesionales sanitarios tienden a subestimar los deseos de los pacientes de ser informados y de compartir las decisiones (54; 57; 78).
1+	Los métodos de información dirigidos a pacientes con cáncer de reciente diagnóstico y a sus familiares (información escrita, material en audio o video, etc.) tienen efectos positivos sobre algunas variables (el conocimiento de la enfermedad, el manejo de síntomas, la satisfacción o la utilización de servicios). Algunas intervenciones en pacientes concretos pueden tener efectos perjudiciales (53).
1++	Los programas de entrenamiento intensivos, con técnicas de representación de roles o pacientes simulados, son efectivos para mejorar las habilidades comunicativas de los profesionales de la salud que atienden a pacientes con cáncer (51; 65).
1+	Las intervenciones formativas estructuradas sobre comunicación se benefician de sesiones de recordatorio posteriores (66; 67).
2+	Las preferencias de los pacientes relacionadas con decisiones terapéuticas pueden fluctuar con el tiempo (76).
2++	Las decisiones de los representantes o los familiares próximos pueden no coincidir con los deseos de los enfermos a quienes representan (77).

Recomendaciones

C	Los profesionales sanitarios deberían poseer las habilidades necesarias para una comunicación efectiva con pacientes y cuidadores, y deberían recibir una formación adecuada al respecto.
√	La información y la comunicación deberían basarse en las preferencias expresadas por los pacientes, evitando la interpretación de sus deseos por parte de los profesionales sanitarios.
D	Es importante que los profesionales sanitarios muestren explícitamente su disponibilidad para escuchar e informar.
B	Las necesidades de información y las preferencias del enfermo deben valorarse regularmente.
D	Las noticias relevantes, como el diagnóstico, no deberían retrasarse, respetando de manera individual los deseos de información de cada paciente (incluido el deseo de no ser informado). Deberían ser comunicadas de forma sincera, sensible y con margen de esperanza. Este tipo de información ha de proporcionarse en un lugar cómodo, tranquilo, con privacidad y sin interrupciones.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

B	La información verbal puede acompañarse de otros métodos de información de refuerzo, como la información escrita. Los métodos deben basarse en preferencias individuales.
B	Las organizaciones sanitarias deberían proporcionar la posibilidad de que los profesionales que trabajan con pacientes que precisan de CP tengan una formación adecuada en habilidades para la comunicación. La formación debería ser intensiva, basada en escenarios reales y con sesiones posteriores de recordartorio.
D	Debería fomentarse la participación de enfermos y cuidadores en la toma de decisiones al final de la vida, a través de profesionales adecuadamente entrenados y respetando el deseo de las personas a no tomar parte en las decisiones.
D	Los profesionales que participan en la toma de decisiones deben aportar información clara y suficiente, permitiendo al paciente y a sus familiares expresar sus dudas y temores, resolviendo sus preguntas y facilitando el tiempo necesario para la reflexión.
D	Los clínicos deberían facilitar la toma de decisiones ante dilemas éticos en la FFV (limitación del esfuerzo terapéutico, alimentación e hidratación, sedación, etc.), teniendo en cuenta los valores y preferencias del enfermo y su familia.
D	Si el paciente no es capaz de tomar decisiones, deberían considerarse las siguientes opciones en el orden en el que se presentan: a) Directrices previas, en caso de que las haya. b) Deseos expresados por el paciente y recogidos en su historia clínica, en caso de que los haya. c) Representante legal. d) Familiares a cargo más próximos.
D	Se recomienda informar al equipo de las decisiones adoptadas y registrar el proceso en la historia clínica.
D	En caso de dudas durante el proceso de toma de decisiones, puede estar indicada una solicitud de asesoramiento a expertos (otros profesionales, Comité de Ética Asistencial, etc.).

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

6. Control de síntomas

6.1. Introducción

Las preguntas que se van a responder son:

- ¿Cuál es la prevalencia de los distintos síntomas en el paciente en FFV?
- ¿Cuál es la validez de las escalas que valoran la intensidad de los síntomas en el paciente en FFV?
- ¿Cómo debe ser el uso de fármacos en cuidados paliativos?

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

6.1.1. Principios generales del control de síntomas

Los pacientes en FFV pueden presentar múltiples síntomas, dependiendo de la naturaleza y el estadio de su enfermedad. En el caso de los pacientes con cáncer, la localización del tumor, su grado, extensión local y metástasis determinan la sintomatología.

Los estudios nacionales sobre prevalencia de síntomas se refieren sobre todo a los pacientes oncológicos (1). En estas series, el dolor, la astenia y la anorexia aparecen en más del 70% de los pacientes.

Los estudios sobre prevalencia de síntomas en pacientes en FFV presentan una serie de problemas que dificultan su comparabilidad: variabilidad en la definición de síntomas, uso de diferentes definiciones y escalas (algunas no validadas), estadio de la enfermedad (situación de agonía, por ejemplo), presencia de enfermedad oncológica, tipo de profesional que recoge la información, ámbito de la atención (unidad especializada o atención primaria), etc.

RS de estudios de prevalencia 3

Una reciente RS (79) estudió la prevalencia de síntomas en pacientes oncológicos y no oncológicos (ver tabla 2), ordenando los 11 síntomas más frecuentes. El dolor aparece con una elevada frecuencia en todos los tipos de pacientes.

Tabla 2. **Prevalencia de síntomas según tipo de paciente en CP**

Síntomas*	Cáncer	SIDA	Insuficiencia cardiaca	EPOC	Enfermedad renal
Dolor	35%-96% N = 10.379	63%-80% N = 942	41%-77% N = 882	34%-77% N = 372	47%-50% N= 370
Depresión	3%-77% N = 4.378	10%-82% N = 616	9%-36% N = 80	37%-71% N = 150	5%-60% N = 956
Ansiedad	13%-79% N = 3.274	8%-34% N = 346	49% N = 80	51%-75% N = 1.008	39%-70% N = 72
Confusión	6%-93% N = 9.154	30%-65% N = ?	18%-32% N = 343	18%-33% N = 309	–
Astenia	32%-90% N = 2.888	54%-85% N = 1.435	69%-82% N = 409	68%-80% N = 285	73%-87% N = 116
Disnea	10%-70% N = 10.029	11%-62% N = 504	60%-88% N = 948	90%-95% N = 372	11%-62% N = 334
Insomnio	9%-69% N = 5.606	74% N = 504	36%-48% N = 146	35%-65% N = 150	31%-71% N = 351
Náuseas	6%-68% N = 9.140	43%-49% N = 689	17%-48% N = 146	—	30%-43% N = 362
Estreñimiento	23%-65% N = 7.602	34%-35% N = 689	38%-42% N = 80	27%-44% N= 150	29%-70% N= 483
Diarrea	3%-29% N = 3.392	30%-90% N = 504	12% N = 80	—	21% N= 19
Anorexia	30%-92% N = 9.113	51% N = 504	21%-41% N = 146	35%-67% N = 150	25%-64% N = 395

* Porcentaje y número total de pacientes evaluados por cada síntoma.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

La evaluación de los síntomas, como se ha comentado en la introducción de la GPC, tiene que realizarse de una forma global en el contexto donde se realiza la atención, y teniendo en cuenta sus repercusiones en la persona y en su entorno familiar. Es importante señalar que la valoración de la importancia de los síntomas puede diferir entre la persona que los sufre y los profesionales que la atienden (80).

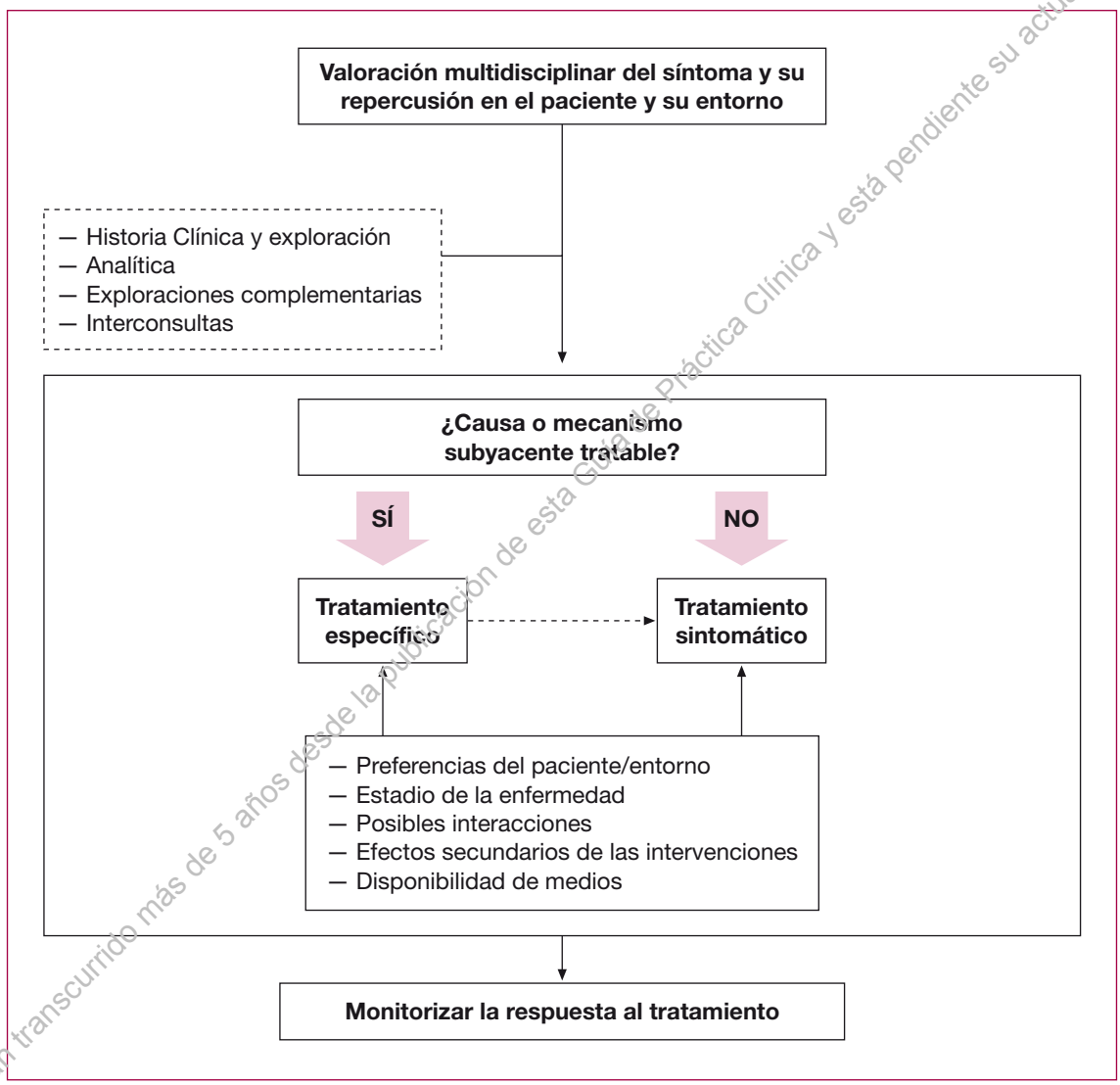
Es necesario que la valoración sea multidisciplinar. Existe abundante literatura que demuestra que los médicos (oncólogos, médicos de familia, médicos de unidades especializadas, etc.) valoran de forma más imprecisa que otros profesionales, personal de enfermería o personal auxiliar, la intensidad de los síntomas de sus pacientes.

La forma en que se recogen los síntomas es importante. La *búsqueda intencionada* de síntomas a través de preguntas dirigidas sobre lo que preocupa o molesta al paciente puede favorecer una mejor valoración del conjunto de síntomas.

Los síntomas son cambiantes en el tiempo, debido a la evolución de la enfermedad, a los efectos adversos de las terapias utilizadas (cirugía, radioterapia, quimioterapia), a la respuesta al soporte paliativo del equipo y a las propias vivencias del paciente y sus cuidadores. Todo ello determina que la evaluación y revaluación constante del paciente y de su entorno sea una necesidad y una característica esencial de los CP.

En la figura 6 se resume el abordaje general de los síntomas.

Figura 6. Algoritmo de tratamiento de síntomas



Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

6.1.2. Valoración de síntomas. Uso de escalas

El uso de escalas validadas puede ser una estrategia útil para estandarizar la evaluación de síntomas y monitorizar la respuesta de una forma objetiva. Esta práctica, exigible en los ensayos clínicos sobre tratamientos en CP, no se realiza de forma generalizada en nuestro medio. La proliferación de instrumentos, la ausencia de validación de muchos de ellos y, sobre todo, la falta de estudios sobre su impacto real pueden explicar este hecho.

RS de estudios de validación de cuestionarios
3

Una reciente RS de calidad evaluó 21 instrumentos de medida de síntomas en pacientes con cáncer (81). La revisión no incluyó escalas que medían un único síntoma, los instrumentos de calidad de vida ni los que valoraban la repuesta tumoral. Las escalas MSAS, Rotterdam Symptom Checklist, Worthing Chemotherapy Questionnaire, Oncology Treatment Toxicity Scale y The Computerized Symptom Assessment Instrument fueron apropiadas para la valoración inicial y para el seguimiento. Otros instrumentos adecuados para el seguimiento fueron: MDASI; ESAS (Edmonton), SDS CAMEAS-R y Condensed MSAS. Entre los instrumentos con cinco o menos síntomas, HADS, Index of Nausea and Vomiting, y MANE fueron apropiados para determinados síntomas o toxicidad. Las escalas Symptom Monitor, The Camberra Sympton Score Card, Pain and Symptom Assessment Record, The Symptom Reporting Tool, y The Symptom Experience Scale requieren evaluación adicional. La valoración de los síntomas por parte de los allegados es importante en pacientes incapaces, pero la fiabilidad disminuye, especialmente cuando se trata de síntomas psicosociales. No se ha evaluado el impacto del uso de estas escalas en la práctica clínica.

La escala Rotterdam Symptom Checklist está validada al castellano y puede ser utilizada en el contexto de la investigación o en estudios sobre evaluación del impacto de los CP (16). La escala ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) (82) resulta más apropiada para uso clínico por su sencillez. Este instrumento se encuentra actualmente en fase de validación en España (83). Para más información, consultar el anexo 2.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

6.1.3. Uso de fármacos para el tratamiento de síntomas en CP

Los principios de un control efectivo de síntomas incluyen (84):

Opinión de expertos
4

- Elaborar una historia clínica y realizar una exploración detallada que permitan un diagnóstico del mecanismo o causa subyacente de cada síntoma.
- Tratamiento individualizado.
- Tratamiento de las causas reversibles.
- Informar al paciente y a su familia.

- Valorar las opciones de tratamiento, tanto farmacológicas como no farmacológicas.
- Simplificar las pautas de tratamiento.
- Monitorizar la respuesta.

En el anexo 5 (vademécum, por síntomas y por fármacos) se recogen los fármacos más utilizados en CP, su posología, e información relevante.

La utilización de fármacos en CP tiene algunas características especiales que deben tenerse en cuenta (84). Los pacientes con enfermedad avanzada o terminal constituyen una población especialmente vulnerable. Su entorno y los diferentes factores psicológicos pueden ejercer gran influencia en su bienestar físico y en la respuesta al tratamiento farmacológico, respuesta que en ocasiones será impredecible.

Estos pacientes son a menudo de edad avanzada, frágiles o con afectación multiorgánica y polimedicados, con el consiguiente riesgo de interacciones e yatrogenia.

El reto para profesionales y cuidadores consiste en tratar los síntomas de forma efectiva, manteniendo el máximo confort del paciente y minimizando los efectos adversos y los inconvenientes del tratamiento o las pautas muy complejas.

Otro problema frecuente en CP es el uso de fármacos en indicaciones o condiciones de uso distintas a las aprobadas en la ficha técnica. En el Reino Unido afecta alrededor del 15% de las prescripciones realizadas en unidades de CP (84).

A la hora de prescribir un fármaco en indicaciones o condiciones de uso no autorizadas se debe considerar:

- El balance riesgo-beneficio para el paciente.
- La solidez de la evidencia que apoya su uso.
- La disponibilidad de vías o fármacos alternativos y sus ventajas e inconvenientes.

Para consultar la información sobre aspectos legales, ver anexo 4.

6.1.4. Vías de administración de fármacos en CP

La elección de la vía de administración depende de factores relacionados con el paciente, con el fármaco y de factores de tipo organizativo (disponibilidad de formulaciones, recursos humanos, etc.).

La principal vía de administración en CP es la oral (formas líquidas o sólidas), ya que es una vía simple, no invasiva y aceptable para los pacientes.

Otra alternativa para el uso de fármacos analgésicos es la vía transdérmica, disponible solamente hasta ahora para fentanilo y buprenorfina.

Han transcurrido más de cinco años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Algunos fármacos, como buprenorfina, pueden administrase por vía sublingual.

La vía subcutánea (SC) se utiliza con mucha frecuencia para el control de síntomas como alternativa a la vía parenteral (intramuscular o endovenosa) cuando no es posible utilizar la vía oral. La vía SC es de fácil acceso, se tolera bien y no requiere hospitalización. Se emplea en medicina paliativa tanto para la administración de fármacos como para la hidratación de los pacientes. Además, el uso de infusores permite la mezcla de fármacos y su administración simultánea.

Una barrera para la utilización de la vía SC es la falta de autorización de muchos fármacos de uso habitual para su uso por esta vía, con un desfase entre la actualización de las fichas técnicas y el uso de esta vía de acuerdo con el mejor interés del paciente. Por ello, es importante revisar las evidencias acerca de los fármacos utilizados frecuentemente por vía SC.

RS de distintos tipos de estudio 1+/2+/3

Una RS examinó la evidencia de la administración de fármacos y fluidos por vía SC en ancianos. La mayoría de los fármacos fueron utilizados en el contexto de los CP. Morfina y la hidratación tienen la indicación aprobada y amplia evidencia que lo sustenta. Entre los fármacos no autorizados, cuentan con buena evidencia (ECA o estudios experimentales controlados no aleatorizados o cohortes) por vía SC: butilescopolamina, ceftriaxona, clorpromazina, fentanilo, hidromorfona y petidina. Otros fármacos que cuentan con estudios observacionales (estudios controlados con posibilidad de sesgo, estudios retrospectivos o series de casos) son: amikacina, buprenorfina, clodronato, gentamicina, ketorolaco, metadona y midazolam. No se encontraron estudios para atropina, haloperidol, levomepromazina, metoclopramida y diazepam, pero existen revisiones no sistemáticas que apoyaban su uso. No se encontró información sobre el uso de clonazepam, clorazepato, furosemida, lorazepam y metilprednisolona. Los revisores concluyen que es necesario realizar estudios con fármacos de uso frecuente por vía SC y que los laboratorios deberían registrar esta vía en caso de contar con suficientes datos (85).

Para más información sobre la administración de fármacos por vía SC y la compatibilidad de mezclas puede consultarse el anexo 6, así como la dirección http://www.pallcare.info.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Resumen de evidencia

3	Las escalas MSAS, Rotterdam Symptom Checklist, Worthing Chemotherapy Questionnaire, Oncology Treatment Toxicity Scale y The Computerized Symptom Assessment Instrument son apropiadas para la valoración inicial y seguimiento. Las de MDASI; ESAS (Edmonton), SDS CAMPAS-R y Condensed MSAS son apropiadas para el seguimiento (81; 82).

Recomendaciones

D	La valoración de los síntomas del paciente en FFV debe ser multidisciplinar, individualizada, adaptada al enfermo y su familia y continuada en el tiempo.
D	En el caso de que se opte por el uso de escalas de valoración de síntomas, se recomienda el uso de instrumentos validados. En nuestro medio puede utilizarse la escala ESAS. La escala Rotterdam Symptom Checklist (validada en lengua española) puede ser utilizada en el contexto de la investigación o en estudios sobre evaluación del impacto de los CP.
D	Los principios de un control efectivo de síntomas incluyen una valoración individualizada y, si fuera posible, el tratamiento de la etiología o mecanismo subyacente a cada síntoma; una evaluación de los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos disponibles; la elección de la pauta de tratamiento más sencilla, efectiva y cómoda; la información al enfermo y a su familia, y la consideración de sus preferencias.
D	La vía de administración preferente debe ser la vía oral. Cuando la vía oral no es posible, se recomienda utilizar la vía subcutánea. En algunos casos (fentanilo y buprenorfina) puede utilizarse la vía transdérmica.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

6.2. Tratamiento del dolor

Las preguntas que se van a responder son:

- ¿Cuál es la prevalencia del dolor en la FFV?
- ¿Cuál es la validez de las distintas escalas para valorar el dolor?
- ¿Cuál es la eficacia de los distintos analgésicos (analgésicos simples, AINE, combinaciones de los anteriores, opioides, etc.) y de los fármacos adyuvantes en el dolor?
- ¿Cuál es la eficacia de los distintos opioides para el dolor irruptivo?
- ¿Cuál es la eficacia analgésica de la radioterapia, quimioterapia paliativa, bisfosfonatos y calcitonina en el paciente oncológico con metástasis óseas?
- ¿Cuál es la eficacia de los fármacos en el tratamiento del dolor neuropático en la persona en FFV?

6.2.1. Introducción

La International Association for the Study of Pain (IASP) define el *dolor* como «una sensación o experiencia desagradable, sensorial y emocional que se asocia a una lesión tisular verdadera o potencial» (86).

El dolor es uno de los síntomas más frecuentes en los pacientes en FFV. Puede afectar hasta al 96% de los pacientes con cáncer (79).

Los pacientes pueden presentar dolor debido a su enfermedad (infiltración tumoral, lesiones nerviosas); como consecuencia de algunos tratamientos (cirugía, quimioterapia, técnicas diagnósticas), o relacionados con su situación de inmovilidad y debilidad general (dolores óseos, úlceras, herpes zóster, etc.). No hay que olvidar otras posibles causas de dolor no directamente relacionadas con la enfermedad del paciente (artrosis, etc.).

6.2.2. Principios generales del tratamiento del dolor en CP

El dolor en los pacientes en CP representa algo más que una sensación nociceptiva e incluye aspectos que tienen que ver con la condición humana, como la personalidad, la afectividad y las emociones, y las relaciones psicosociales (87).

La naturaleza multidimensional del dolor en CP requiere un modelo de intervención multifactorial que comprenda medidas farmacológicas, psicoterapéuticas y rehabilitadoras, entre otras. Los aspectos psíquicos y físicos de dolor están íntimamente relacionados. Los tratamientos psicosociales orientados a resolver variables de la esfera psicológica mejoran el dolor mientras que los tratamientos dirigidos a la nocicepción tienen efectos psicológicos beneficiosos (87).

Algunos autores han propuesto el concepto de *dolor total* para referirse a la suma de la sensación nociceptiva junto a los aspectos psicológicos, sociales y espirituales de cada persona (87).

Los profesionales que atienden a pacientes en CP tienen que tener en cuenta este hecho, que explica la variabilidad en la respuesta analgésica a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos. Los abordajes parciales de la persona con dolor pueden explicar muchos fracasos en el tratamiento (87).

La comunicación con el paciente y su familia es determinante para el éxito del tratamiento. Proporcionar información adaptada para cada situación sobre el dolor y la forma de tratarlo, involucrando al paciente en su manejo, se acompaña de una mejor respuesta al tratamiento (88).

Antes de iniciar un plan de tratamiento analgésico es necesaria una evaluación integral del paciente, teniendo en cuenta su entorno. En la tabla 3 se recogen los principios generales que deben guiar la actuación de un equipo profesional.

La evaluación de la intensidad del dolor se puede realizar mediante una escala validada. Han sido múltiples los instrumentos utilizados hasta ahora. Carr (89), en su revisión sistemática, encontró 25 escalas diferentes, aplicando el criterio de que al menos fueran empleadas en cinco ECA distintos. La reciente GPC de SIGN (88), en base a un consenso europeo (90) específico sobre escalas del dolor, recomienda el uso de escalas visuales analógicas (EVA), escalas numéricas o escalas verbales de clasificación de dolor.

RS de estudios de validación de cuestionarios 3

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Tabla 3. Principios generales para atender al paciente con dolor en la FFV

- Evaluar detalladamente el dolor: su intensidad, causas, cronología y repercusiones en el paciente y su familia.
- Revaluar continuamente la respuesta analgésica, así como la aparición de efectos secundarios de la medicación.
- Abordar a la persona con dolor y su entorno mediante técnicas psicosociales y tratamientos analgésicos adecuados.
- Comenzar por el escalón analgésico más adecuado según el tipo e intensidad de dolor (posibilidad de asociar tratamientos adyuvantes).
- Tratar adecuadamente el dolor irruptivo.
- No usar de forma conjunta opioides potentes y débiles.
- Adelantarse a posibles efectos secundarios de los fármacos con medidas preventivas.
- Instruir al paciente y a su familia sobre las pautas a seguir en caso de dolor irruptivo, respuesta analgésica insuficiente o aparición de efectos secundarios.
- Impartir instrucciones claras sobre la forma de contacto con el equipo profesional que atiende al paciente en caso de dudas o problemas con el tratamiento.
- Priorizar la vía oral para la administración de analgésicos.
- Disponer la administración pautada de analgésicos.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

El cuestionario específico Brief Pain Inventory (BPI) o Cuestionario Breve del Dolor (CBD) en pacientes con dolor de causa neoplásica se encuentra validado en castellano e incluye dos dimensiones: intensidad del dolor e interferencia en las actividades; cada una de ellas se mide mediante una escala numérica de 1 a 10 (ver anexo 2).

En caso de deterioro cognitivo, una RS reciente (91) concluyó que las escalas PACSLAC (Pain Assessment Checklist for Senior with Limited Ability to Communicate) y DOLOPLUS 2 son las más apropiadas en esta situación. Sin embargo, por el momento estas escalas no están validadas en castellano. Estas escalas se basan en la observación del comportamiento del paciente en un período breve de tiempo y en la respuesta a la aplicación de cuidados (curas, movilizaciones, etc.).

6.2.3. Clasificación del dolor

Según la duración:

- Agudo: producido por estímulos nociceptivos somáticos o viscerales de inicio brusco y corta duración.
- Crónico: dolor que persiste, sea cual sea su intensidad, más de un mes.
- Irruptivo: dolor de intensidad moderada o intensa que aparece sobre un dolor crónico. Puede ser de inicio inesperado o previsible (desencadenado por determinadas maniobras conocidas por el paciente).

Según su fisiopatología:

- Dolor somático: se produce por la estimulación de los receptores del dolor en las estructuras musculoesqueléticas profundas y cutáneas superficiales. Por ejemplo, el dolor óseo metastático.
- Dolor visceral: causado por infiltración, distensión o compresión de órganos dentro de la cavidad torácica o abdominal. Es frecuente que se asocie a náuseas, vómitos y sudoración. También puede tener un componente referido, manifestándose en lugares distantes al órgano que lo origina.
- Dolor neuropático: causado por lesión directa de estructuras nerviosas, ya sea por invasión directa tumoral, como consecuencia de la quimioterapia o por infecciones en un paciente debilitado (herpes zóster, etc.). El paciente lo describe como sensaciones desagradables, quemantes o punzantes, o como sensación de acorchamiento, hormigueo, tirantez, prurito o presión. Puede llegar a ser de difícil control, ya que responde mal a los analgésicos habituales.
- Mixto: coexistencia de varios de los mecanismos anteriores en un mismo paciente.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

6.2.4. Eficacia de los tratamientos farmacológicos

A pesar de la elevada prevalencia del dolor en los pacientes en FFV, sobre todo en los enfermos con cáncer, los resultados sobre la eficacia del tratamiento analgésico presentan dificultades para aplicarlos en la clínica. Los ECA recogidos en diferentes RS tienen problemas de validez y aplicabilidad. Los estudios están basados en pocos pacientes, se realizan durante períodos cortos de tiempo, con dosis únicas de fármacos en muchas ocasiones, o utilizando distintas formas para evaluar la eficacia, por lo que algunos resultados deben tomarse con cautela. En la mayoría de las RS Cochrane no es posible agrupar los resultados en forma de metaanálisis debido a la heterogeneidad (92-94).

La escalera analgésica de la OMS ha sido aplicada universalmente, aunque sus propuestas no han sido evaluadas mediante ECA (88). Sin embargo se sabe que con su uso se consigue un elevado porcentaje de alivio del dolor. Jadad (95), en base a estudios prospectivos y retrospectivos sin grupo control, encontró que el alivio del dolor era adecuado entre un 69% y 100% de los casos. Otra revisión más reciente, con mayor número de estudios, situó estos porcentajes entre el 45% y 100% (96). Esta GPC propone basar el tratamiento analgésico en la escalera analgésica de la OMS (ver tabla 4).

Algunos autores proponen añadir un cuarto escalón a la escalera analgésica de la OMS (97). Este último paso se añadiría en caso de persistencia del dolor a pesar del uso correcto de la escalera, incluido el uso de la vía

Opinión de expertos 4

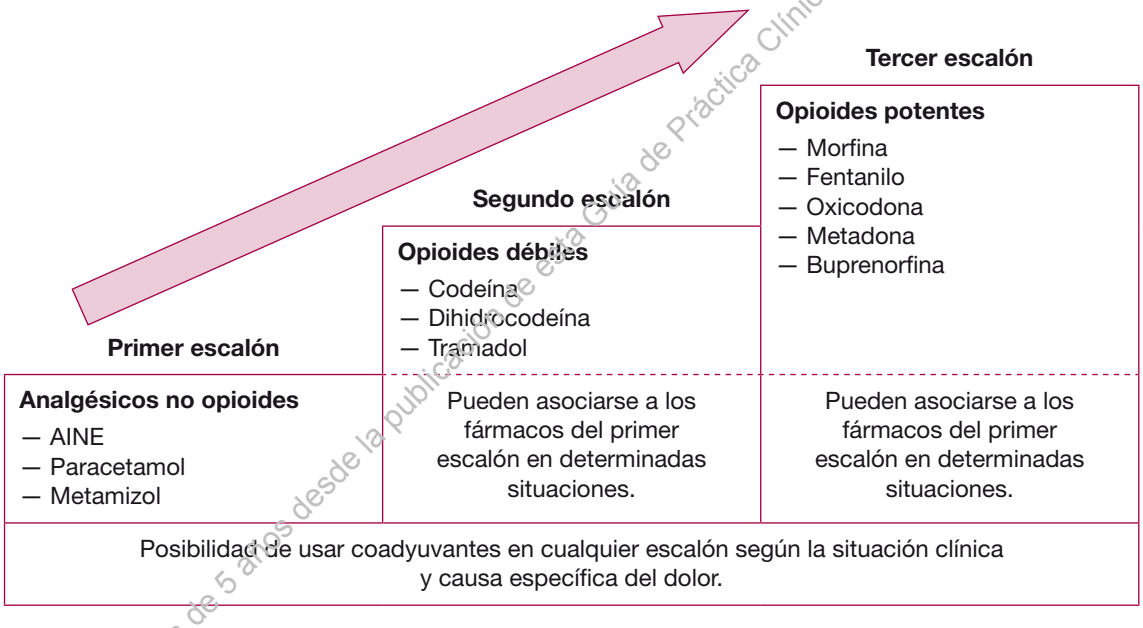
subcutánea y de los adyuvantes, y comprendería técnicas instrumentales, como la administración epidural de opioides, bloqueos simpáticos y otras técnicas de analgesia quirúrgica.

La administración epidural de analgésicos es una técnica especialmente controvertida. Esta forma de administración no había sido suficiente evaluada hasta fechas recientes (98). En el año 2002 se publicó un primer ensayo (99) en pacientes oncológicos con dolor refractario, en el que la administración espinal de morfina se mostró eficaz. Se trata de una técnica que puede valorarse en estos casos (89; 100). ECA 1+

Estas medidas deben considerarse en pacientes seleccionados y requieren la participación de unidades especializadas, como las unidades del dolor. Como se ha señalado en la introducción, la evaluación de su efectividad no es objeto de esta GPC.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Tabla 4. **Escalera analgésica de la OMS modificada**



Primer escalón: corresponde a los analgésicos no opioides (AINE, metamizol y paracetamol). Los AINE y el paracetamol se han mostrado eficaces frente a placebo (92). No se han encontrado diferencias significativas entre los diferentes AINE (92).

Segundo escalón: corresponde a los opioides débiles; en nuestro medio, codeína, dihidrocodeína y tramadol (101). Las presentaciones disponibles en España de dihidrocodeína no se adecúan bien a las dosis analgésicas.

Existe un amplio acuerdo sobre la posibilidad de asociar los fármacos del primer escalón con los fármacos de los escalones siguientes. Sin embargo, la

RS que estudia el papel del paracetamol y AINE (92) asociados a opioides no encontró datos ni a favor ni en contra de la asociación. Las características del dolor y una evaluación cuidadosa de cada caso determinan la decisión sobre el uso de esta asociación. Los AINE son la primera opción en el dolor de etiología ósea, como es el caso de las metástasis.

Tercer escalón: está constituido por los opioides potentes. El fármaco de elección es morfina, que puede utilizarse por vía oral tanto de liberación rápida (solución o comprimidos) como de liberación retardada, por vía IM, IV o subcutánea (con posibilidad de usarla en bombas de infusión).

Se debe comenzar con morfina oral cada cuatro horas hasta conseguir una analgesia adecuada. Una vez alcanzada, puede cambiarse a la dosis equivalente de morfina retardada en dos dosis. En caso de no conseguir una analgesia adecuada es necesario realizar incrementos de dosis del 25%-50%. En situaciones de dolor estable puede plantearse la utilización de la presentación retardada de 24 horas (88). Una explicación más detallada sobre aspectos prácticos del uso de opioides se presenta en el anexo 7.

GPC 4

Metadona se comparó con morfina en una RS y la eficacia fue similar (93). Esta RS incluyó ECA de breve duración y con diferentes pautas de dosificación.

RS de ECA 1+

Metadona tiene una vida media larga, con el riesgo de acumulación, y una respuesta muy variable, lo que dificulta su dosificación. Oxicodona no aporta ventajas frente a la morfina oral como opioide de primera elección (102).

Fentanilo no es más eficaz que morfina oral (94). Tiene la ventaja de la administración en forma de parches transdérmicos, lo que permite su utilización en caso de dificultades para la deglución (aunque no se ha evaluado en este caso frente a morfina por vía subcutánea), problemas de cumplimiento o por preferencias de los pacientes. Su efecto dura 72 horas; ello dificulta los ajustes de dosis, por lo que no se recomienda en el caso de dolor inestable ni se recomienda iniciar su uso en los últimos días de la vida (ver anexo 7).

ECA 1+

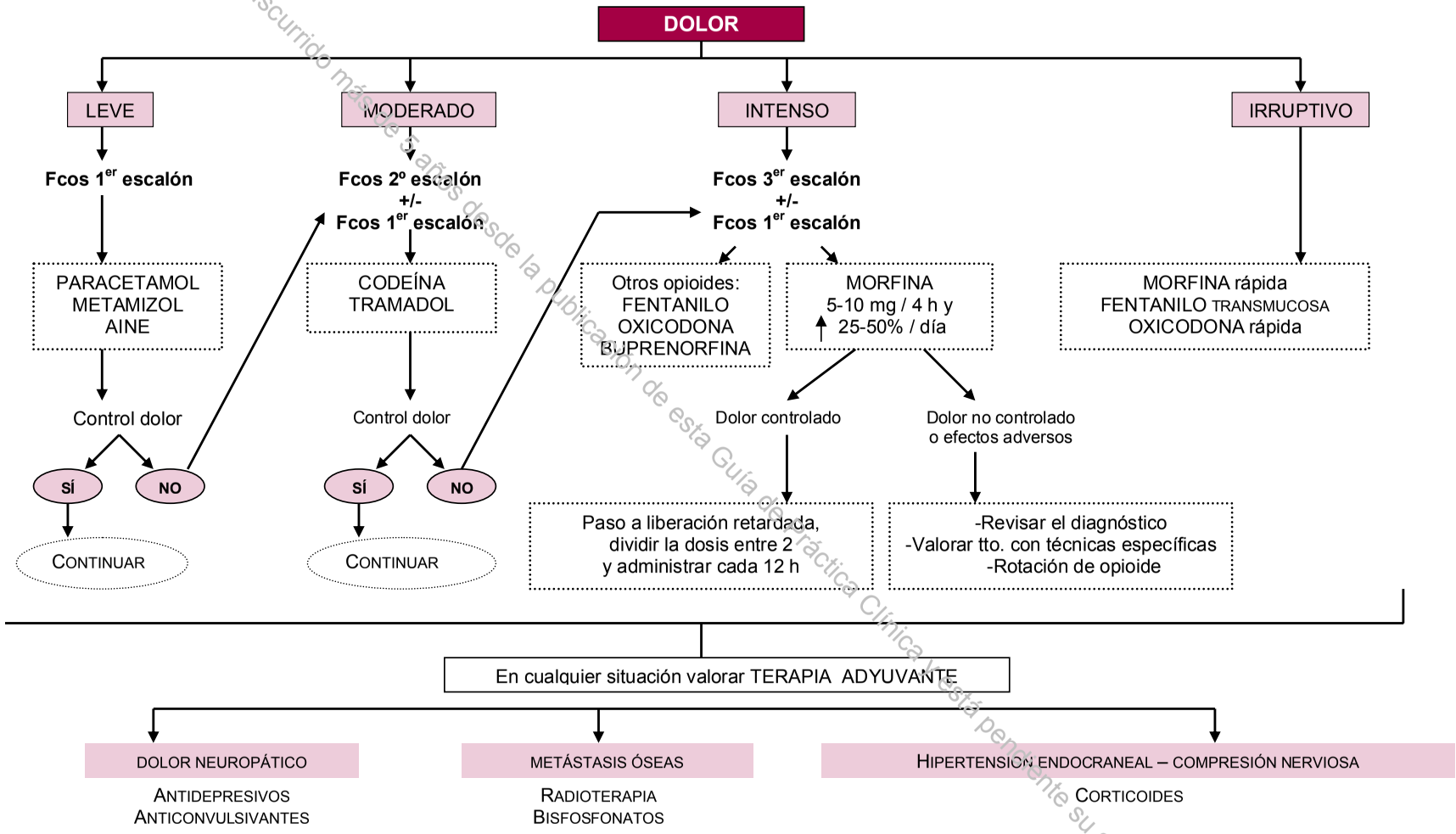
Buprenorfina puede administrase por vía oral, parenteral y también mediante administración transdérmica. Su efecto por esta vía también dura 72 horas. Existe menos evidencia sobre su uso y no ha sido evaluada frente a otros opioides.

En la figura 7 se resume el uso de la escalera analgésica en la atención al paciente con dolor en CP.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Figura 7. Algoritmo de tratamiento del dolor en CP



Efectos secundarios de los opioides

La estimulación de los receptores de opioides es la causa de los efectos sistémicos de éstos. Algunos de los efectos secundarios, como la depresión respiratoria o el mareo, desaparecen al producirse tolerancia al fármaco. Otros, como el estreñimiento, persisten durante el tratamiento.

En una RS (103) sobre los efectos adversos de los opioides en el dolor crónico no maligno, 25% de los pacientes presentaron boca seca; 21%, naúseas y 15%, estreñimiento. El 22% de los pacientes abandonaron el tratamiento por los efectos adversos.

En la población con dolor crónico maligno, la incidencia de efectos adversos es superior. En la tabla 5 se resumen los efectos secundarios más frecuentes de los opioides (104; 105).

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Tabla 5. Efectos secundarios de los opioides

	Síntomas	% Incidencia
Gastrointestinales	Náuseas, vómitos Estreñimiento	15-30 40-70
Sistema nervioso autónomo	Xerostomía, retención urinaria, hipotensión postural	Sin datos
Sistema nervioso central	Sedación, deterioro cognitivo mioclonias, alucinaciones, delirium, hiperalgesia, convulsiones	20-60 Sin datos
Cutáneos	Prurito Hipersudoración	2-10 Sin datos

Las estrategias terapéuticas posibles en el manejo de los efectos adversos de los opioides son: reducción de la dosis o supresión del fármaco, cambio de la vía de administración, rotación de opioide y tratamiento sintomático de los efectos adversos. La primera de ellas puede ser eficaz siempre que se utilice analgesia alternativa, pero esta situación es poco frecuente. No existen muchos estudios que evalúen la eficacia del cambio de la vía de administración del fármaco (105) o de la rotación de opioides (106).

El tratamiento sintomático del estreñimiento, el delirium y el prurito se describe en los apartados correspondientes de la presente GPC.

La RS (103) encontró escasa evidencia sobre las medidas eficaces para tratar los diferentes efectos secundarios de los opioides. En el tratamiento sintomático de las náuseas y vómitos se han empleado una gran variedad de fármacos sin que existan estudios comparativos entre ellos.

RS de series de casos
3

La familiaridad del clínico con los fármacos, su perfil de efectos adversos e interacciones con otros fármacos determinan su elección. En nuestro medio, metoclopramida, haloperidol o los corticoides pueden ser opciones razonables (103).

No existen ECA que evalúen el tratamiento de las mioclonias producidas por los opioides. La evidencia se deriva de series de casos; se utilizaron baclofeno, benzodiazepinas (diazepam, clonazepam y midazolam) y ácido valproico. Las mioclonias se relacionan con dosis elevadas de morfina, por lo que la reducción de la dosis es la primera medida que hay que tener en cuenta.

Rotación de opioides

En caso de no lograr una analgesia adecuada o ante la presencia de efectos secundarios que obliguen a suspender el fármaco, se propone la estrategia de sustitución del fármaco inicial por un segundo opioide. Esta estrategia no está evaluada aún en ensayos clínicos. Existen dos revisiones de series de casos prospectivas y retrospectivas que mostraron una mejoría con el cambio de opioide (106; 107). Puede ser una alternativa para los efectos secundarios. El segundo opioide utilizado con mayor frecuencia en ambas RS es metadona; su principal inconveniente es la farmacocinética imprevisible y la variabilidad en la respuesta, lo que requiere personal experto para su manejo. Otras alternativas menos evaluadas pero de más fácil manejo incluyen fentanilo, oxicodona e hidromorfona. Fentanilo presenta la ventaja añadida de su administración transcutánea.

Existe una amplia variabilidad individual en la respuesta a los opioides. Las tablas de conversión de dosis son orientativas y su uso requiere una valoración cuidadosa, monitorizando la respuesta individual al tratamiento.

Al inicio del tratamiento con opioides es necesario pautar laxantes; en ocasiones puede estar indicado pautar antieméticos. En caso de que sea un síntoma de difícil control se puede ensayar el cambio a fentanilo, ya que se ha relacionado con una menor incidencia de estreñimiento (108; 109).

Opinión de expertos 4

Analgésicos adyuvantes

Los analgésicos adyuvantes son fármacos cuya principal acción no es la analgésica, pero que funcionan como tales en algunos tipos de dolor. En CP se utilizan para potenciar el efecto de los analgésicos, habitualmente de los opioides, para disminuir la dosis de los mismos, o en cuadros de dolor complejos (110). Su uso es casi obligado en el dolor neuropático o en las metástasis óseas dolorosas. También se emplean para tratar la comorbilidad del paciente en CP; por ejemplo, antidepresivos para la depresión o ansiedad asociada al dolor.

ECA 1+

Esta opción terapéutica la componen un grupo muy heterogéneo de fármacos. En la tabla 6 se resumen los más utilizados, con sus principales indicaciones.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Tabla 6. Analgésicos coadyuvantes para el tratamiento del dolor

Fármacos	Indicaciones
Antidepresivos **Tricíclicos: amitriptilina, imipramina** **Inhibidores de la recaptación de serotonina-noradrenalina (IRSN): duloxetina, venlafaxina** **Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS): fluoxetina, paroxetina, sertralina, citalopram** **Otros: trazodona**	• Dolor neuropático* (tricíclicos, duloxetina) • Dolor asociado a depresión o ansiedad
Anticonvulsivantes **Carbamazepina, gabapentina, pregabalina**	• Dolor neuropático*
Anestésicos locales **Lidocaína, capsaicina**	• Dolor neuropático* • Dolor musculoesquelético (capsaicina)
Antagonistas de N-metil-D aspártico **Ketamina**	• Disminución dosis de opioides • Dolor neuropático refractario
Corticoides **Dexametasona, metilprednisolona, otros**	• Astenia, anorexia, compresión medular, SCS, metástasis óseas, aumento de presión intracraneal, obstrucción intestinal
Relajantes musculares **Ciclobenzapirina, metocarbamol, baclofeno**	• Dolor musculoesquelético • Espasmos musculares
Benzodiazepinas**	• Ansiedad asociada al dolor**
Bisfosfonatos **Pamidronato, ácido zoledrónico**	• Útiles en caso de metástasis óseas ***
Radioisótopos **Estroncio-89, lexidronam, samario-153**	• Útiles en caso de metástasis óseas ***

* Ver sección Dolor neuropático; ** ver sección Ansiedad; *** ver sección Dolor óseo metastático.
SCS: síndrome de compresión medular.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica, estando pendiente su actualización.

Aunque el uso de adyuvantes está muy extendido, no existen muchos ensayos clínicos que hayan estudiado su eficacia en CP. En muchos casos se cataloga como adyuvantes a fármacos de uso habitual para el tratamiento de los múltiples síntomas que presentan los pacientes. Esta es una de las razones que explican la variabilidad en los fármacos adyuvantes en la literatura sobre CP (110).

El tratamiento de los síntomas también mejora el dolor, sin que pueda saberse con seguridad si es por un efecto analgésico independiente del fármaco. Por ejemplo, los corticoides son ampliamente utilizados en CP por su acción antiinflamatoria y tienen como resultado un alivio de síntomas, entre ellos el dolor.

RS de ECA 1+

En la RS de la AHRQ del año 2004 (89) se localizaron 17 ECA sobre el uso de fármacos adyuvantes en pacientes con cáncer, entre ellos trazodona, amitriptilina, metilfenidato, fenitoína o ketamina; no se encontró ningún ECA sobre los corticoides. Un ECA posterior (111) sobre el uso de los corticoides como terapia añadida a los opioides puso de manifiesto la necesidad de mayor investigación en esta área.

Ketamina es una anestésico general que tiene efecto analgésico central por producir un bloqueo del receptor N-metil aspártico. Una RS Cochrane estudió el efecto de ketamina (112) como tratamiento adyuvante a morfina. La RS seleccionó dos ECA. En uno de ellos, ketamina se administró de forma intratecal a 20 pacientes, a dosis de 1 mg/kg; en el otro se utilizó la vía IV a dosis de 0,25-0,5 mg/kg en 10 pacientes. En ambos estudios ketamina se mostró eficaz. Los efectos secundarios son frecuentes: delirio, alucinaciones, etc. Estos efectos pueden ser más frecuentes en pacientes en CP, por lo que su uso debe limitarse a casos seleccionados y su manejo a personal experto en el uso del fármaco.

Las pruebas que apoyan el uso de fármacos adyuvantes en CP provienen fundamentalmente de estudios realizados en otros contextos distintos (110; 113); incluso en éstos, la evidencia sobre la eficacia analgésica de fármacos como los relajantes musculares es escasa y contradictoria (110).

Series de casos 3

Terapias alternativas y complementarias

Acupuntura: una RS (114) y un informe de la Agencia Andaluza de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (115) abordaron este tema. Ambos incluyeron dos ECA sobre la auriculopuntura en el tratamiento del dolor en pacientes con cáncer sin que puedan extraerse resultados concluyentes.

RS de ECA 1+

Musicoterapia: la RS de la Cochrane (116) que estudió el efecto analgésico de la música en el dolor en general incluyó también estudios en pacientes con dolor oncológico. Encontró un efecto estadísticamente significativo en el alivio del dolor y en la necesidad de analgesia, pero de importancia clínica incierta.

Aromaterapia y masaje: la RS Cochrane (117) estudió ambas intervenciones en pacientes con cáncer. Concluyen que existe limitada evidencia sobre su eficacia en la ansiedad en los pacientes en CP, sin hallazgo de pruebas suficientes respecto a su efecto sobre el dolor.

Otros tratamientos: diferentes revisiones encontraron escasa evidencia sobre otros tratamientos como la relajación muscular o la hipnosis (89; 118).

Otra RS (119) reciente evaluó los efectos de la meditación y del masaje en pacientes en la FFV. Aunque en algunos ECA se señalan efectos positivos sobre el dolor y otras variables, como la ansiedad, los sesgos en la selección de los pacientes y en los diseños de los estudios dificultan la generalización de estos hallazgos.

La evaluación de todas estas terapias constituye un área de futura investigación también en el campo de los CP.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

6.2.5. Dolor neuropático

No existen ECA realizados específicamente en pacientes en CP con dolor neuropático. Por ello se requiere extrapolar los hallazgos de estudios realizados en otras poblaciones (88), fundamentalmente en la neuropatía diabética y en la neuralgia postherpética.

RS de ECA 1+

Existe evidencia consistente sobre la eficacia de los antidepresivos tricíclicos. Amitriptilina es el más estudiado (113; 120). Los antiepilépticos (carbamazepina, gabapentina, pregabalina) (121; 122) también se han mostrado eficaces. Existe evidencia sobre la eficacia de los opioides (123; 124). Una RS específica sobre el dolor neuropático en la diabetes (125) mostró una moderada eficacia de los opioides en estos pacientes.

Capsaicina tópica, aplicada a concentraciones de 0,075% 4 veces/día, es moderadamente eficaz en el dolor neuropático, pero presenta problemas de tolerancia local (125; 126). Puede utilizarse asociada a otros tratamientos o en caso de fracaso de la terapia inicial.

Lidocaína tópica puede utilizarse, pero su eficacia es más controvertida (120), por lo que constituye una alternativa en caso de fracaso de las opciones anteriores.

Un ECA (127) comparó la combinación de morfina con gabapentina frente a cada uno de los monocomponentes en pacientes con neuropatía diabética o neuralgia postherpética. El alivio del dolor fue mayor con la asociación; los efectos adversos más frecuentes de la combinación fueron estreñimiento, sedación y boca seca. **ECA 1+**

Ante la sospecha de un dolor de origen neuropático en un paciente en FFV, los antidepresivos tricíclicos son la primera opción. En caso de intolerancia pueden utilizarse los antiepilépticos. Cuando el paciente presenta un dolor asociado que requiere analgesia con opiodes, éstos son la primera opción. Puede contemplarse la asociación de morfina con gabapentina.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

6.2.6. Dolor irruptivo

El fármaco más utilizado es morfina por vía oral, aunque esta práctica no se ha evaluado mediante ECA. Hasta hace poco, la presentación utilizada en nuestro medio ha sido morfina en comprimidos, mientras que en otros países se ha utilizado en forma de solución oral. Esta última presentación ya está disponible en España. La dosis recomendada de morfina en el dolor irruptivo es 1/6 de la dosis total diaria de morfina. **ECA 1+**

Recientemente se ha desarrollado una preparación de fentanilo específica para el dolor irruptivo (fentanilo oral transmucosa), que ha sido evaluada en una RS (128). Esta publicación incluye los estudios de búsqueda de dosis del fármaco y el único ECA comparativo frente a morfina oral. La RS no realiza metaanálisis, pero demuestra la eficacia del fentanilo oral transmucosa. El estudio que lo compara con la morfina oral (129) muestra un alivio más rápido del dolor con fentanilo, pero con los inconvenientes de la dificultad en el ajuste de las dosis y de su elevado coste. **RS de ECA 1+**

6.2.7. Dolor óseo metastásico

El dolor es la causa más común de presentación de las metástasis óseas. Se estima que dos tercios de las metástasis radiológicas cursan con dolor. Las metástasis óseas son muy comunes en las neoplasias de próstata, mama y pulmón. Además del alivio del dolor, el tratamiento de las metástasis óseas tiene como objeto la prevención de complicaciones, como la hipercalcemia, las fracturas y las lesiones neurológicas (sobre todo la compresión medular maligna). La elección del tratamiento más adecuado exige su evaluación sobre todas las variables anteriores.

Los tratamientos disponibles para las metástasis óseas, además de la analgesia (según la escalera analgésica con énfasis en la utilización de AINE), son los bisfosfonatos, la radioterapia, la quimioterapia, los radioisótopos y las técnicas quirúrgicas. No existen comparaciones directas entre las diferentes opciones.

La quimioterapia depende del tumor original. Las pautas usadas habitualmente en los tumores de mama y próstata alivian el dolor asociado a las metástasis óseas. No es objeto de esta GPC profundizar en los tipos de quimioterapia o en las técnicas quirúrgicas.

Calcitonina no se ha mostrado eficaz en el dolor metastásico (130).

La eficacia de los bisfosfonatos en pacientes con metástasis óseas ha sido objeto de dos RS (131; 132). Existen también revisiones específicas en cáncer de próstata (133) y de mama (134).

RS de ECA 1+

La RS de Wong (131) se centró exclusivamente en el alivio del dolor. Incluyó a 3.582 pacientes, algunos ECA en enfermos con cáncer de mama, próstata y mieloma múltiple y 10 ECA en población con diferentes tipos de cáncer, éstos últimos en estadio más avanzado de la enfermedad. El tratamiento consiguió un alivio del dolor y disminución del consumo de analgésicos.

La revisión de Ross (132) incluyó pamidronato por vía IV, ácido zoledrónico IV, etidronato oral y clodronato oral en cáncer de mama, mieloma múltiple, próstata y población mixta. Los bisfosfonatos redujeron las fracturas, [OR 0,65 (IC 95%: 0,55 a 0,78)], la necesidad de radioterapia y la hipercalcemia; pero no la compresión medular maligna (CMM) o la necesidad de cirugía ortopédica. Los bisfosfonatos por vía IV fueron más eficaces que los orales en aumentar el tiempo hasta el primer evento óseo. No se observaron diferencias entre pamidronato y ácido zoledrónico.

RS de ECA 1+

En la revisión específica de Pavlakis sobre cáncer de mama, más reciente y con más estudios, los bisfosfonatos (pamidronato, ácido zoledrónico, ibandronato, clodronato) redujeron en un 17% el riesgo de cualquier evento óseo (nuevas metástasis, fracturas patológicas, necesidad de radioterapia, aparición o progresión del dolor). Pamidronato IV (90 mg cada 3-4 semanas) y ácido zoledrónico (4 mg cada 3-4 semanas) fueron los más eficaces. En un

Han transcurrido más de cinco años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

ECA que comparó ácido zoledrónico con pamidronato (135), en los análisis de subgrupos efectuados a posteriori en mujeres con lesiones líticas y en las que recibían tratamiento hormonal, los resultados fueron más favorables para el ácido zolendrónico. No obstante, los autores de la revisión (134) concluyen que estos datos no permiten afirmar la superioridad de ácido zoledrónico frente a pamidronato.

La RS sobre cáncer de próstata incluyó 10 ECA (1.955 pacientes) con clodronato (siete ECA) pamidronato, etidronato y ácido zoledrónico. La tasa de respuesta al dolor fue del 27,9% con los bisfosfonatos frente al 21,1% del grupo control, [OR 1,54 (IC 95%: 0,97 a 2,44)]; y los eventos óseos disminuyeron con el tratamiento, [OR 0,79 (IC 95%: 0,62 a 1,00)].

La duración del tratamiento tiene que ser al menos de seis meses. Este hecho es determinante para la selección de pacientes. Los bisfosfonatos orales se asociaron a efectos secundarios gastrointestinales, mientras que el pamidronato y ácido zoledrónico produjeron más reacciones agudas.

RS de ECA 1+

La radioterapia paliativa ha sido objeto de varias RS (136; 137), actualizadas a través de una publicación reciente (138). En ellas se estudia tanto la eficacia de la radioterapia paliativa como el esquema terapéutico (simple frente a fraccionada). La revisión de McQuay mostró una tasa de respuesta completa al dolor del 25% con radioterapia, comparada con la teórica del 1% sin tratamiento (137).

La revisión de Chow (138) incluyó siete nuevos ECA. La tasa de respuesta, definida como el alivio de al menos el 50% del dolor, fue similar con la dosis única (58%) y con dosis múltiples (59%). La necesidad de retratamiento fue superior con radioterapia simple (20%), en comparación con la fraccionada (8%). No se observaron diferencias estadísticamente significativas en las tasa de fracturas (3,2% con radioterapia simple frente a 2,8% con la fraccionada) ni en las de compresión medular maligna (2,8% frente a 1,9%). Los efectos secundarios no se describieron en todos los estudios. En dos estudios hubo más efectos secundarios en el grupo de la terapia fraccionada. La RS no permite identificar qué subgrupo de pacientes se beneficia más de la terapia fraccionada.

RS de ECA 1+

La utilización de radioisótopos ha sido evaluada en tres RS: la publicada en 1999 por McQuay (136) y las más recientes de Roqué (139) y Finlay (140); esta última se realizó en el contexto de la elaboración de una GPC canadiense.

La revisión de Roqué incluyó cuatro ECA (325 pacientes), la mayoría con cáncer de próstata. Tres de los ECA utilizaron estroncio-89 y uno lexidronam. El tratamiento mostró una tendencia a la mejoría del dolor sin modificaciones en nuevos eventos óseos (como fracturas o CMM). Los efectos secundarios más frecuentes fueron la trombocitopenia y sobre todo leucopenia [RR 4,56 (IC 95%: 1,22 a 17,08)].

La RS canadiense utilizó unos criterios de selección más amplios e incluyó también ECA en fase II. La mayoría de los estudios se realizaron en pacientes con cáncer de próstata resistente al tratamiento hormonal (80%-90%),

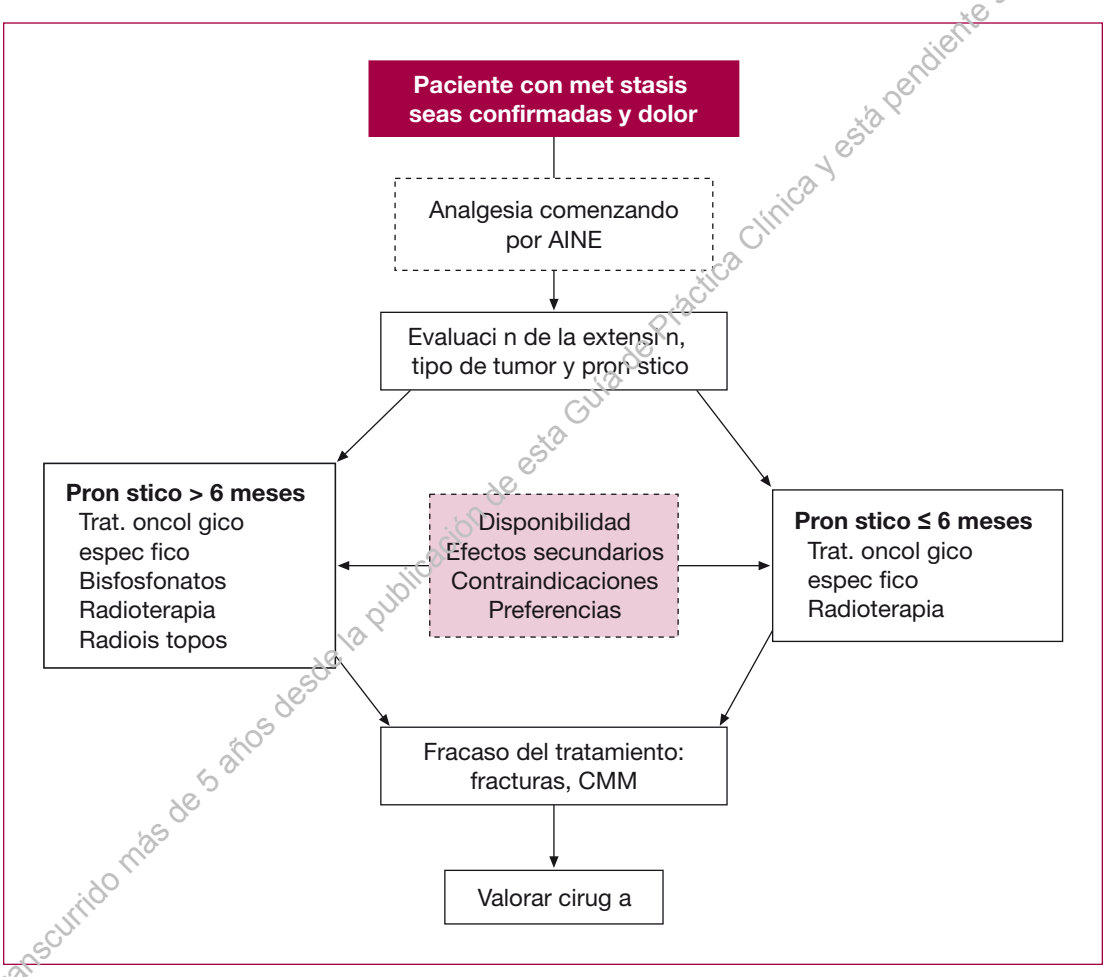
Ha transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

cáncer de mama y de pulmón con múltiples metástasis óseas. La revisión no realizó metaanálisis. El estroncio-89 y el samario-153 se mostraron moderadamente eficaces.

En base a estos hallazgos, se concluye que es necesaria una mayor investigación antes de proponer el uso de radioisótopos como primera línea del tratamiento de las metástasis óseas.

En la figura 8 se resume el tratamiento de los pacientes con metástasis óseas dolorosas.

Figura 8. Tratamiento de los pacientes con metástasis óseas dolorosas



Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Resumen de evidencia

3	Con la escalera analgésica de la OMS se logra un control adecuado del dolor en un porcentaje que oscila entre el 45% y el 100 % de los pacientes oncológicos, aunque no ha sido evaluada con ECA (95; 96).

1+	No existen evidencias que apoyen o desaconsejen la asociación de opioides con AINE (92).
1+/3	Los fármacos adyuvantes son eficaces en el tratamiento del dolor en los pacientes en CP (89; 110).
1+	Fentanilo oral transmucosa es igual de efectivo que morfina oral para el dolor irruptivo (128) (129).
1+	Existe evidencia controvertida y escasa sobre la eficacia de las terapias alternativas en el tratamiento del dolor en CP (89; 115-118).
1+	Los antidepresivos tricíclicos (amitriptilina) (113; 120), los antiepilépticos (carbamazepina, gabapentina, pregabalina) (121; 122) y los opioides (123-125) son eficaces en el alivio del dolor neuropático.
1+	Metadona, oxicodona o fentanilo no son más eficaces que morfina oral para el tratamiento del dolor en los pacientes en CP (93; 94; 102).
1+	Existe limitada evidencia de que el tratamiento combinado de fármacos con distintos mecanismos de acción pueda mejorar la respuesta al tratamiento, aumentando también los efectos adversos (127).
1++	Calcitonina no mejora el dolor ni la morbilidad asociada a las metástasis óseas (130).
1++	La radioterapia es eficaz en el alivio del dolor y la morbilidad asociada a las metástasis cerebrales (136-138).
1++	La radioterapia en dosis única es similar a la fraccionada en el alivio del dolor asociado a metástasis óseas, riesgo de fracturas y compresión medular, con un ligero aumento en la necesidad de retratamiento (138).
1++	Los bisfosfonatos son eficaces en el alivio del dolor y en la disminución de las complicaciones asociadas a las metástasis óseas (131;134). Estos hallazgos son más consistentes para el cáncer de mama (131) y, en menor medida, para el de próstata (133).
1++	Pamidronato IV y acido zoledrónico IV son más eficaces que el resto de bisfosfonatos en el alivio de la morbilidad asociada a las metástasis óseas (131; 133).
1+	Los radioisótopos son moderadamente eficaces en el alivio del dolor asociado a las metástasis óseas (139).

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Recomendaciones

D	En la atención al dolor en CP se recomienda realizar una evaluación integral del dolor, teniendo en cuenta su origen, etiología, intensidad y repercusión sobre el enfermo y su familia.

D	El equipo de profesionales que trata el dolor en CP debería instruir e involucrar al paciente y a su familia en el correcto uso de las medidas analgésicas propuestas.
C	En la valoración del dolor pueden utilizarse escalas validadas para la cuantificación del dolor. Se recomienda el uso de escalas visuales analógicas (EVA) o el Cuestionario Breve del Dolor (CBD).
D	Se recomienda utilizar la escalera analgésica de la OMS junto a fármacos adyuvantes, si fuera necesario, en el tratamiento farmacológico del dolor. Se deben utilizar los fármacos según la intensidad del dolor y la comorbilidad de cada paciente.
D	La administración de analgésicos debería ser pautada. Se debe monitorizar la respuesta al tratamiento y adecuar la dosis de forma individualizada.
A	Morfina oral es el tratamiento de elección en el tercer escalón de analgesia.
B	Los antidepresivos tricíclicos son los fármacos de elección en el dolor neuropático. En caso de intolerancia o contraindicación, pueden utilizarse anticonvulsivantes (gabapentina). Los opioides pueden utilizarse en el dolor neuropático, y son la primera opción a considerar en caso de dolor asociado de otra etiología que requiera un nivel de analgesia con dichos fármacos. Cuando la respuesta al tratamiento es insuficiente, se pueden asociar fármacos con distintos mecanismos de acción, monitorizando la respuesta y los efectos adversos.
B	Morfina es el fármaco de elección en el dolor irruptivo (1/6 de la dosis total diaria por dosis). El tratamiento alternativo es fentanilo oral transmucosa.
B	Las terapias alternativas no constituyen un tratamiento de primera línea para el dolor en pacientes en CP.
D	Los pacientes con metástasis óseas dolorosas deberían recibir analgesia conforme a la escalera de la OMS, comenzando por los AINE.
B	La radioterapia es el tratamiento de elección en las metástasis óseas dolorosas.
B	En los pacientes con metástasis óseas dolorosas y pronóstico superior a seis meses, dependiendo del tipo de tumor y de su extensión, se recomienda utilizar los bisfosfonatos (pamidronato y ácido zoledrónico).
B	Los radioisótopos no deberían utilizarse como primera línea del tratamiento de las metástasis óseas, aunque podrían ser útiles en casos seleccionados, como pacientes con cáncer de próstata con fracaso del tratamiento hormonal, o cáncer de mama o pulmón con contraindicación de radioterapia, quimioterapia y bisfosfonatos.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

6.3. Astenia, anorexia-caquexia y deshidratación

Las preguntas que se van a responder son:

- ¿Cuál es el tratamiento más adecuado de la astenia en la persona en FFV?
- ¿Cuál es el tratamiento más adecuado de la anorexia-caquexia en la persona en FFV?
- ¿Cuál es el tratamiento más adecuado de la deshidratación en la persona en FFV?

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

6.3.1. Astenia y anorexia-caquexia

Se entiende por *astenia* el estado que incluye cansancio ante mínimos esfuerzos, disminución de la capacidad funcional, sensación de debilidad definida como la sensación anticipada de incapacidad de iniciar cualquier actividad, disminución de la capacidad de concentración, alteración de la memoria y labilidad emocional (141).

La *anorexia*, definida como falta de apetito, y la pérdida de peso pueden acompañar a la astenia en estos pacientes.

La *caquexia* es el cuadro de desnutrición y pérdida de peso que puede asociarse a la astenia, sobre todo en la fase final del paciente en CP.

Hasta el 80% de los pacientes oncológicos con enfermedad avanzada puede presentar caquexia, debido a los cambios metabólicos que ocasionan tanto las sustancias secretadas por el tumor como la respuesta inmunológica al mismo (142).

Astenia

La astenia es el síntoma más frecuente en CP; puede presentarse hasta en el 90% de los casos (79). Son muchos los factores implicados y pueden aparecer en diferentes momentos en un mismo paciente (ver tabla 7).

Opinión de expertos 4

La astenia puede tener un componente subjetivo individual muy importante. Es necesario que el equipo tenga en cuenta que cada paciente precisa adaptar sus actividades a su nueva situación. Una correcta comunicación, apoyo y consejo por parte del equipo puede reducir la carga que supone la disminución de la capacidad funcional para el paciente y sus cuidadores.

El segundo paso es la valoración y, en la medida de lo posible, el tratamiento de las causas de la astenia (tabla 7).

En muchos casos no se identifica ninguna causa tratable. Las terapias que pueden utilizarse pueden ser farmacológicas y no farmacológicas (143).

Tabla 7. Factores relacionados con la astenia en los pacientes en cuidados paliativos

- Dolor
- Anemia
- Infecciones
- Quimioterapia y radioterapia
- Depresión, insomnio y ansiedad
- Síndromes paraneoplásicos
- Caquexia
- Fármacos
- Trastornos metabólicos
- Morbilidad asociada: insuficiencia cardiaca, EPOC, etc.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

De acuerdo con los resultados de una revisión que incluyó 15 estudios (cinco ECA), el ejercicio físico, sobre todo el aeróbico, mejoró la astenia (143). Se incluyeron programas domiciliarios y ambulatorios, pero fueron pocos los estudios realizados en pacientes con cáncer avanzado. El ejercicio requiere una cuidadosa selección de los pacientes y disponer de la infraestructura adecuada. **ECA 1+**

Las intervenciones psicosociales también se han mostrado útiles en el tratamiento de la astenia.

La evidencia sobre la eficacia de la terapia farmacológica es escasa y constituye un área en la que se requiere más investigación. No existe ninguna revisión sistemática sobre los fármacos utilizados en la astenia. Eritropoyetina y darbepoetina se han utilizado en los pacientes con insuficiencia renal y en los oncológicos con anemia, sobre todo en la producida por quimioterapia. Una RS Cochrane (144) evaluó su eficacia en pacientes oncológicos, muchos de ellos en tratamiento con quimioterapia. Eritropoyetina y darbepoetina son eficaces en la disminución de las necesidades de transfusión y en la mejora de la calidad de vida, sin afectar a la supervivencia y con un aumento de eventos tromboembólicos. **ECA 1+**

Los corticoides (prednisona 20-40 mg/día o dosis equivalente) han sido utilizados ampliamente, aunque son muy pocos los ECA realizados (145).

Anorexia y caquexia

La evaluación de la anorexia requiere un trabajo conjunto con el enfermo y su familia, del que la buena comunicación es un componente esencial. El equipo tiene que tener en cuenta el significado cultural y social de la falta de apetito y de las dificultades en la alimentación. En la RS de Shargge (146), basada sólo en artículos publicados en lengua inglesa, se examinó el significa-

do social y cultural de la pérdida de apetito y de las dificultades en la alimentación para pacientes y cuidadores. Estos últimos los consideran de mayor importancia y trascendencia que los propios pacientes.

La evidencia que evalúa las intervenciones se recoge en varias RS realizadas con enfoques diferentes (147-149).

RS de ECA
1++

Una RS Cochrane mostró que acetato de megestrol (AM), a dosis de 40-800 mg/día, es eficaz para aumentar el apetito y la ganancia de peso en pacientes con enfermedad avanzada y diagnóstico clínico de anorexia y caquexia. La RS incluyó 4.123 pacientes con cáncer, SIDA y otras enfermedades crónicas. La mediana de duración de los estudios fue de 12 semanas. El RR para el aumento del peso fue 2,79 (IC 95%: 1,56-5,00); para los pacientes con cáncer, RR 3,09 (IC 95%: 1,68-5,69) y una diferencia de peso de 3,56 kg (IC 95%: 1,27-5,85). No se observó efecto sobre la calidad de vida. Los efectos secundarios fueron los siguientes: impotencia, edema en miembros inferiores, trombosis venosa profunda e intolerancia gastrointestinal, aunque sólo en el caso de los edemas se alcanzó una diferencia estadísticamente significativa.

En el subanálisis que comparó acetato de megestrol con corticoides no hubo diferencias entre ambas medidas en la mejoría del apetito o en el peso.

RS de ECA
1+

La RS de Yavuzsen se basa en 55 ECA (148) sobre la eficacia del tratamiento farmacológico en la anorexia, pérdida de peso y astenia. Sus resultados son consistentes con los de la revisión Cochrane con respecto al acetato de megestrol.

Los corticoides metilprednisolona (32-125 mg/día), prednisolona (10 mg/día) y dexametasona (3-8 mg/día) son también eficaces en la mejora del apetito y en el aumento de peso.

ECA
1 +

Respecto a otros fármacos, la evidencia es escasa y con resultados contradictorios para ciproheptadina, pentoxifilina y melatonina, por lo que no pueden realizarse recomendaciones sobre su uso. Respecto al sulfato de hidracina, la RS incluyó cinco ECA donde sólo en uno de ellos se mostró eficaz, por lo que se desaconseja su uso.

ECA
1+

Los psicoestimulantes como metilfenidato o modafinilo requieren una mayor evaluación en esta indicación (145). En un ECA, tanto metilfenidato como placebo se asociaron a una mejora en la astenia, sin que se observaran diferencias significativas entre ambos tras una semana de tratamiento. En ambos grupos la intervención se acompañó de llamadas telefónicas diarias por parte de enfermería. Los autores concluyen que se requieren estudios de mayor duración y que se debería explorar el efecto de las llamadas telefónicas de enfermería como intervención terapéutica (150).

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Resumen de evidencia

1+	El ejercicio aeróbico adaptado mejora la astenia en los pacientes en CP (143).
1+	Los corticoides son eficaces en el tratamiento de la astenia y anorexia en pacientes en CP (147-149).
1++	Acetato de megestrol es más eficaz que placebo e igual que los corticoides en la mejora el apetito y en el peso (147-149).
1+	Los tratamientos farmacológicos con pentoxifilina, ciproheptadina o melatonina muestran resultados contradictorios en el tratamiento de la anorexia-caquexia (147-149).
1+	Hidracina no es eficaz en el tratamiento de la anorexia-caquexia (147-149).

Recomendaciones

D	La evaluación inicial por parte del equipo ante un paciente con astenia, anorexia-caquexia incluye la identificación y, si es posible, el tratamiento de las causas desencadenantes; el consejo sobre actividades diarias; reposo y sueño adaptados a cada situación, y una exploración de las expectativas y creencias sobre la alimentación de los pacientes y cuidadores.
A	En casos seleccionados en los que la anorexia sea un síntoma predominante se puede ensayar un tratamiento farmacológico, teniendo en cuenta los síntomas acompañantes, las interacciones farmacológicas y los posibles efectos secundarios de la medicación.
A	En caso de necesidad de tratamiento farmacológico, los corticoides, en primer lugar, y el acetato de megestrol, como segunda opción, son los fármacos de elección. No se recomienda el uso de hidracina. Se requieren más estudios con metilfenidato.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

6.3.2. Deshidratación

La correcta hidratación del paciente en CP es una medida de soporte básica si tenemos en cuenta el desgaste que supone la evolución de la enfermedad y los tratamientos.

La necesidad de aporte de fluidos por vía parenteral puede plantearse en las fases muy avanzadas de la enfermedad y puede constituir una decisión difícil de tomar (151).

Las creencias y expectativas de los pacientes, cuidadores y profesionales sobre los beneficios del aporte de fluidos en esta fase tienen un peso determinante en la decisión. Para ello es necesario examinar los posibles beneficios y riesgos.

Existen dos RS (152; 153) que han evaluado la relación entre el aporte de fluidos y los síntomas de los pacientes en CP. La evidencia es escasa, dado que no existen ECA ni suficientes estudios prospectivos.

Existe una revisión narrativa reciente (154) que examina las diferentes formas de hidratación: intravenosa, subcutánea y rectal. La hipodermoclisis ha sido evaluada también en una RS publicada en 1997 (155) y actualizada en el año 2004 (156).

RS de estudios observacionales 3

La revisión de Viola (152) estudió la relación entre la hidratación del paciente y el aporte de fluidos en la fase terminal en cualquier contexto de la atención sanitaria, la mayoría en oncología. La revisión se basó en seis estudios (532 pacientes) de mediana calidad con un pronóstico vital variable. La mejoría en algunos de los síntomas comúnmente atribuidos a la deshidratación (como la sed, la sequedad de boca o la confusión) con el aporte de líquidos no pudo demostrarse de forma consistente. Una de las razones es que estos síntomas tienen una etiología multifactorial en CP y la hidratación del paciente es sólo una de ellas.

Opiniones de expertos 4

La confusión producida por los opioides se relaciona con situaciones de bajo aporte de fluidos. La posibilidad de aumentar las secreciones pulmonares, la insuficiencia cardiaca congestiva y la necesidad de sonda urinaria que puede suponer la sobrecarga de volumen deben tenerse en cuenta en esta situación (154).

RS de estudios observacionales 3

La revisión de Burge (153) exploró los aspectos socioculturales y simbólicos del aporte de fluidos y el papel del cuidador en la hidratación y en la alimentación. Coincide con la revisión anterior, al mantener las mismas dudas sobre la relación entre síntomas y aporte de líquidos.

Para tomar decisiones sobre la hidratación parenteral existe amplio consenso sobre la necesidad de una buena comunicación del equipo con la persona enferma y su familia, explicando la evidencia existente sobre sus ventajas e inconvenientes (154). Hay que tener en cuenta que en algunas situaciones esta medida puede suponer el ingreso hospitalario.

Al igual que en el tratamiento de la anorexia-caquexia, resulta obligada la exploración de las creencias sobre el significado de la hidratación para el paciente y su familia.

Otra cuestión que también puede influir en la decisión del uso de la vía parenteral es la elección del método más apropiado. En CP puede utilizarse la administración endovenosa de líquidos o la subcutánea (hipodermoclisis). En la tabla 8 se resumen las ventajas e inconvenientes de este método (154).

RS de ECA y series de casos 1+/3

La evidencia sobre el uso de la hipodermoclisis está recogida en dos RS (155; 156), que incluyen ECA realizados con pacientes de edad avanzada, algunos en el contexto de los CP. La eficacia de la vía SC es comparable a la intravenosa. La hipodermoclisis requiere soluciones con electrolitos y salinas. Las soluciones sin electrolitos no pueden usarse por esta vía (155). Se puede

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

administrar de forma continua durante 24 horas a un ritmo de 40-60 ml/hora, nocturna (80 ml/hora) o mediante infusión en bolos de 500 ml/hora 2 ó 3 veces/día.

Tabla 8. Ventajas e inconvenientes de la hipodermoclisis

Ventajas	Inconvenientes
• Bajo coste. • Menor necesidad de supervisión. • Se puede mantener 5-7 días. • Inserción menos dolorosa y uso más cómodo que la vía IV. • Posibilidad de uso domiciliario o en instituciones cerradas sin necesidad de ingreso hospitalario. • Ausencia de tromboflebitis y menor incidencia de efectos locales. • Ventajas en pacientes agitados, ya que se evita necesidad de nuevos abordajes venosos por autoretirada del catéter.	• No es válida para la administración rápida. • El volumen máximo a administrar son 3 litros/día pero requiere dos accesos simultáneos (situación poco frecuente). • Edema y reacciones cutáneas locales (poco frecuentes). • Posible riesgo de hemorragia en pacientes con trastornos de la coagulación. • Falta de conocimiento y pericia de los profesionales sanitarios sobre la técnica.

Existe una tercera alternativa a la endovenosa e hipodermoclisis, la vía rectal. Ha sido descrita sólo en series de casos y permite la administración de líquidos de forma intermitente cada 4 horas; puede ser una alternativa en caso de imposibilidad de uso de cualquier otra vía (154).

Series de casos 3

Resumen de evidencia

3	Existe escasa evidencia que relacione el aporte de fluidos con el alivio de síntomas como boca seca, sed y estado confusional (152; 153).
1+	La hipodermoclisis es una alternativa válida a la administración de líquidos por vía endovenosa (154).

Recomendaciones

D	La vía oral es de elección para el aporte de líquidos; siempre que se pueda debe evitarse el uso de la vía parenteral.
D	La administración de líquidos por vía parenteral requiere una valoración individualizada, sopesando ventajas e inconvenientes. Esta valoración debería incluir las expectativas sobre la administración de fluidos del paciente y su familia.
B	Si se opta por la rehidratación parenteral, puede considerarse en primer lugar la vía subcutánea, siempre que se cuente con los medios necesarios y personal preparado.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y es altamente recomendable su actualización.

D	En caso de imposibilidad de las vías SC y endovenosa, puede considerarse el uso de la vía rectal.
√	En caso de optar por la rehidratación parenteral fuera del ámbito hospitalario, la hipodermoclisis es la primera opción que debe considerarse.

6.4. Síntomas respiratorios

Las preguntas que se van a responder son:

- ¿Cuál es la eficacia de los opioides y de los tratamientos adyuvantes en el tratamiento de la disnea?
- ¿Cuál es la eficacia del oxígeno en el tratamiento de la disnea?
- ¿Cuál es el tratamiento más adecuado de la tos en la persona en ?FV?
- ¿Cuál es el tratamiento más adecuado de la obstrucción de la vena cava superior?

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

6.4.1. Disnea

Según la American Thoracic Society, la *disnea* se define como una experiencia subjetiva de molestia para respirar que consiste en sensaciones cualitativamente distintas que varían en intensidad. Para los pacientes, la disnea es tan difícil de sobrellevar como el dolor (157). Su prevalencia en CP es elevada; puede alcanzar el 85% en los pacientes con ICC y más del 90% entre los pacientes con EPOC (79).

Se deben tratar las causas reversibles de la disnea que tienen tratamiento específico, como la insuficiencia cardiaca, la exacerbación de la EPOC y el asma, el broncoespasmo, las arritmias cardiacas, la anemia, el derrame pleural o pericárdico, la infección bronquial, el embolismo pulmonar o el síndrome de la vena cava superior (158).

En muchas ocasiones, el uso de broncodilatadores mejora la disnea del paciente con obstrucción reversible de la vía aérea (159).

La radioterapia y la quimioterapia pueden ser útiles en la disnea producida por afectación neoplásica pulmonar primaria o metastásica. La evaluación de estas dos medidas en esta situación no es objeto de esta GPC.

Valoración de la disnea

En pacientes en CP se recomienda, en general, valorar la intensidad de los síntomas relatada por el paciente. Puede utilizarse una escala visual analógica para valorar la intensidad de la disnea o la efectividad de los tratamientos. La

Opinión de expertos
4

correlación entre hipoxia y disnea es baja, y la corrección de la disnea es más compleja que la de la hipoxia. En general no se recomienda el uso rutinario de pruebas (radiografía de tórax, gases, pulsioximetría, etc.) (157).

Una revisión sistemática valoró la validez y fiabilidad de las escalas existentes para evaluar la disnea en CP, fundamentalmente en el contexto de la investigación (160). Numeric Rating Scale (NRS), la escala de Borg modificada, The Chronic Respiratory Questionnaire Dyspnoeia Subscale (CRQ-D) y Cancer Dyspnoea Scale (CDS) parecen las más adecuadas, pero se requiere mayor investigación. Las escalas analógicas visuales han sido también evaluadas, aunque requieren mayor tamaño muestral para valorarlas.

RS de estudios observacionales 2+/3

Medidas generales

Las medidas generales son: mantener la habitación fresca, usar ventiladores, evitar irritantes —como el humo— o permanecer pocas personas en la habitación. En caso de ataque agudo de disnea es importante acompañar al enfermo (157).

Oxígeno

Una RS valoró la utilidad del oxígeno para aliviar la disnea en reposo en pacientes con enfermedad avanzada de cualquier causa (161), e incluyó cinco estudios con un total de 83 pacientes. La mayoría de los pacientes tenían hipoxia; se incluyeron estudios en cáncer de ovario, de pulmón, y en EPOC. La revisión concluye que hay evidencia débil de que el oxígeno puede mejorar la disnea en reposo en pacientes seleccionados, pero se desconoce que pacientes son los que pueden beneficiarse. Un único estudio (N = 38) incluyó pacientes sin hipoxia, y tanto el oxígeno como el aire fueron eficaces, por lo que no hay evidencia concluyente que apoye el uso del oxígeno en pacientes sin hipoxia. La inclusión de pacientes con EPOC también puede influir en los resultados. Otro ensayo que incluyó 33 pacientes con cáncer sin hipoxia tampoco mostró diferencias entre oxígeno y aire en la reducción de disnea en esfuerzo (test al caminar seis minutos).

RS de ECA 1+

Otra revisión (162) realizada por un grupo de expertos en medicina paliativa analizó los estudios sobre la eficacia de oxígeno para tratar la disnea en pacientes con EPOC, cáncer avanzado e insuficiencia cardiaca.

RS de distintos tipos de estudio 1+/2+

- Pacientes con EPOC (la mayoría son ensayos pequeños con diseño cruzado): el oxígeno muestra resultados contradictorios en la disnea en reposo, y mejora de la disnea de esfuerzo en comparación con aire. La respuesta entre distintos pacientes es muy variable.
- Pacientes con cáncer (la mayoría son ensayos pequeños con diseño cruzado): algunos pacientes con cáncer avanzado pueden beneficiarse del oxígeno, pero no hay evidencia que permita predecir qué pacientes se van a beneficiar.
- Pacientes con insuficiencia cardiaca. Existe insuficiente evidencia para ofrecer recomendaciones.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Opioides

Un metaanálisis sobre la eficacia de los fármacos opioides en la disnea en enfermedades avanzadas (163) encontró que estos fármacos son efectivos por vía oral y parenteral, con una mejora de unos 8 mm (en una escala visual analógica de 100). Existe insuficiente evidencia acerca de su utilidad por vía nebulizada. La revisión incluyó 18 estudios, la mayoría cruzados; los resultados en el subgrupo de pacientes con EPOC no difirieron del resto. Los opioides estudiados fueron morfina, dihidrocodeina y diamorfina. Los efectos adversos descritos fueron los habituales (somnolencia, náuseas, vómitos, mareo y estreñimiento). No hay evidencia de que produzcan efectos perjudiciales sobre los gases arteriales o sobre la saturación de oxígeno. Un ensayo posterior (164) confirmó los beneficios de morfina en el tratamiento de la disnea en EPOC, cáncer y otras enfermedades respiratorias.

RS de ECA 1+

Fármacos adyuvantes: fenotiazinas, benzodiazepinas y corticoides sistémicos

Un reciente informe (165) encontró un total de siete ensayos controlados (seis aleatorizados y uno no aleatorizado) para estos fármacos en pacientes con cáncer. Encontró evidencia de efectividad para prometazina, y evidencia contradictoria para otras fenotiazinas en dos pequeños ensayos. La revisión concluye que prometazina puede utilizarse como fármaco de segunda línea cuando no pueden utilizarse opioides, o añadido a éstos.

RS de ECA 1+

Encontró cuatro ensayos con benzodiazepinas (alprazolam, diazepam, clorazepato y midazolam). En general, no se observó alivio de la disnea con estos fármacos. Un ECA comparó la eficacia de morfina, midazolam y la asociación de ambos en 101 pacientes con enfermedades en estadios muy avanzados (166). Una mayor proporción de pacientes presentó mejoría de la disnea en el grupo de la terapia combinada respecto a las monoterapias. No hubo diferencias en la intensidad de la disnea.

La disnea puede coexistir con síntomas como ansiedad o pánico en estos pacientes.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Tabla 9. Fármacos para la disnea en pacientes terminales (adaptado de Gallagher) (157)

Fármacos de primera línea	Fármacos adjuvantes
Pacientes en tratamiento con opioides: aumentar la dosis en un 25%-50%.	Prometazina : 25 mg/8-12 h o a demanda. Clorpromazina: 7,5-25 mg VO o SC cada 6-8 h, o a demanda. Benzodiazepinas (si ansiedad o pánico asociado): lorazepam 0,5-1 mg cada 4-12 h, o a demanda, u otra BDZ.
Pacientes que no toman opioides: Morfina: 2,5-5 mg VO cada 4 h. Oxicodona: 2,5-5 mg VO cada 4 h.	

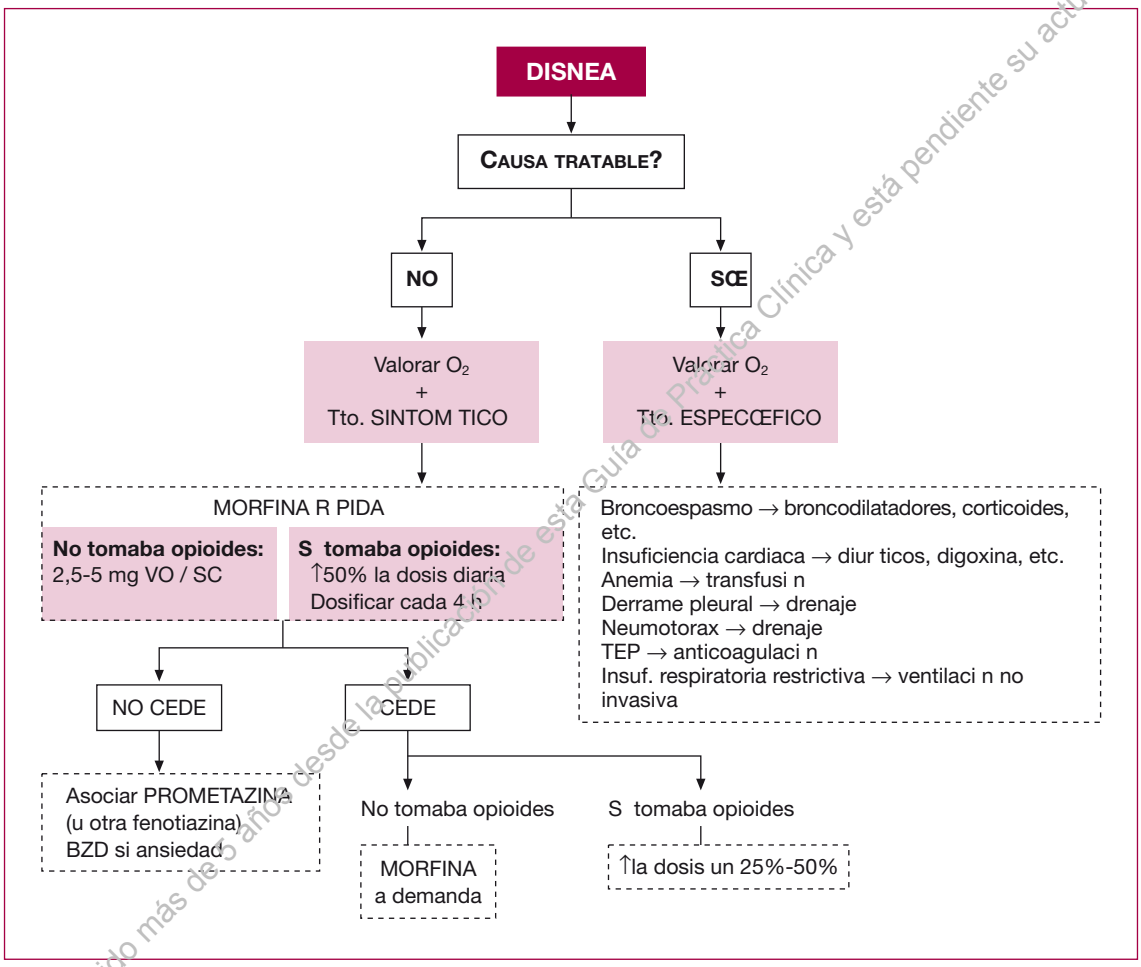
No se encontraron estudios con corticoides sistémicos.

Sin embargo, los corticoides son útiles en la disnea en determinadas situaciones: EPOC, asma, enfermos oncológicos con problemas obstructivos de la vía aérea de causa tumoral o en la linfangitis carcinomatosa (158). En la tabla 9 se presentan los fármacos utilizados en el tratamiento de la disnea.

Series de casos 3

En la figura 9 se resume el tratamiento de la disnea en el paciente en CP.

Figura 9. Algoritmo del tratamiento de la disnea en el paciente en CP



Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Ventilación no invasiva en pacientes con enfermedades neurológicas motoras

Una GPC (167) ha revisado la evidencia acerca de la ventilación no invasiva en pacientes con enfermedades neurológicas motoras tratados en su domicilio mediante dispositivos de presión positiva. Existe evidencia procedente de estudios observacionales y series de casos de que la ventilación no invasiva puede aliviar los síntomas, prolongar la supervivencia y mejorar la

Estudios observacionales y series de casos 2+/3

calidad de vida en pacientes con enfermedades neurológicas motoras en estadios avanzados (la mayoría de los estudios incluyen pacientes con capacidad pulmonar limitada y un pronóstico de vida corto). Sin embargo, no todos los pacienes la toleran ni la desean. La decisión de utilizar la ventilación no invasiva es muy compleja y debe discutirse con el enfermo y su familia. Debería realizarse por profesionales con entrenamiento adecuado.

Manejo de la disnea severa en las últimas horas de vida

Es importante que el médico esté presente. Se recomienda administrar opioides por vía parenteral (IV, SC o infusión continua); se pueden administrar además fenotiazinas. Pueden requerir sedación (157). La asociación de midazolam con morfina puede ser de utilidad (166).

Resumen de evidencia

2+	Existen distintas escalas para evaluar la disnea en CP, utilizadas fundamentalmente en el contexto de la investigación; se requieren más estudios para seleccionar la más adecuada (160).
1+	Hay evidencia de que el oxígeno puede mejorar la disnea en pacientes seleccionados con cáncer y EPOC, pero se desconoce qué pacientes son los que pueden beneficiarse más. La mayoría de los estudios incluyen pacientes con hipoxia (161; 162).
1+	Los opioides por vía oral o parenteral son fármacos eficaces en el tratamiento de la disnea en enfermedades avanzadas. Existe insuficiente evidencia por vía nebulizada (163; 164).
1+	En pacientes con cáncer, prometazina es eficaz para el alivio de la disnea. La evidencia para otras fenotiazinas es contradictoria o no existe. Las benzodiazepinas no son eficaces, salvo en la fase muy avanzada de la enfermedad (midazolam) como terapia añadida a la morfina (166). No se encontraron ECA para corticoides sistémicos (165).
2+/3	La ventilación no invasiva puede aliviar los síntomas, prolongar la supervivencia y mejorar la calidad de vida en pacientes con enfermedades neurológicas motoras en estadios avanzados. Sin embargo, no todos los pacienes la toleran ni la desean.
3	Los corticoides producen alivio de la disnea en pacientes con obstrucción tumoral de la vía aérea o linfangitis carcinomatosa, EPOC y asma (158).

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Recomendaciones

D	Deben tratarse de forma específica las causas reversibles de la disnea, como la insuficiencia cardiaca, la exacerbación de asma o EPOC, las arritmias cardiacas, la anemia, el derrame pleural o pericárdico, la infección bronquial, el embolismo pulmonar o el síndrome de la vena cava superior.

D	Se recomienda valorar la intensidad de los síntomas relatada por el paciente.
B	En ausencia de evidencia adecuada que permita predecir qué pacientes pueden beneficiarse más del tratamiento con oxígeno para aliviar la disnea, se recomienda valorar la continuidad del tratamiento según la respuesta individual.
A	Los opioides por vía oral o parenteral son fármacos de primera elección en el tratamiento de la disnea.
B	Prometazina puede utilizarse como fármaco de segunda línea cuando no pueden utilizarse opioides, o añadido a éstos. No se recomienda el uso de benzodiazepinas para la disnea, salvo en situación de ansiedad o pánico, o en las fases muy avanzadas de la vida como terapia añadida a la morfina (midazolam).
D	Los corticoides están indicados en caso de disnea producida por asma, EPOC, obstrucción tumoral de la vía aérea o linfangitis carcinomatosa.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

6.4.2. Tos

La tos está presente en el 4%-86% de los pacientes con cáncer de pulmón y en el 23%-37% en otros cánceres. En los pacientes con enfermedades crónicas pulmonares no malignas puede presentarse en el 59% de los casos (158).

Al igual que en la población general, la tos en CP puede ser productiva o no productiva. El tratamiento afecta a ésta última, ya que la tos productiva favorece la eliminación de secreciones bronquiales (168).

Los pacientes oncológicos pueden presentar tos debida a diferentes causas, relacionadas o no con su enfermedad principal (ver tabla 10).

Tabla 10. Causas de tos en el paciente con cáncer avanzado (modificado de 169; 170)

Relacionadas con el tumor	No relacionadas directamente con el tumor
• Masa tumoral • Derrame pleural • Derrame pericárdico • Atelectasias • Obstrucción de la vena cava superior • Infecciones • Fístulas en el esófago o en las vías respiratorias • Linfangitis carcinomatosa • Complicaciones de la radioterapia y quimioterapia	• Goteo postnasal • IECA y otros fármacos • Asma • EPOC • Bronquiectasia • Tromboembolismo pulmonar • Insuficiencia cardiaca • Reflujo gastroesofágico • Irritación timpánica

La primera medida en el abordaje de la tos en CP es el tratamiento, en la medida de lo posible, de sus causas.

En los casos de tos primaria producida por cáncer de pulmón, el tratamiento específico con quimioterapia y sobre todo con radioterapia (171) es una medida de probada eficacia (172).

En algunos casos de neoplasia de pulmón distintas de la de células pequeñas, la braquiterapia puede ser una opción a considerar si persiste la tos a pesar de la radioterapia paliativa (173).

En muchas ocasiones es necesario el tratamiento farmacológico. Existen múltiples series de casos que describen la tasa de respuesta al tratamiento con diversos antitusígenos, la mayoría pacientes con cáncer de pulmón (74; 172). Como en muchas otras áreas de los CP son muy pocos los ECA realizados.

Los antitusígenos pueden clasificarse, por su acción, en central (opioides y no opioides) o periférica (acción directa o indirecta) (169) (ver tabla 11).

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Tabla 11. Clasificación de los antitusígenos según grupo y mecanismo de acción

Central	Periférica
Opioides	**Directa**
• Folcodina* • Dextrometorfano • Codeína • Dihidrocodeína • Morfina • Hidrocodona*	• Levodropropizina • Benzonatato*
No opioides	**Indirecta**
• Clobutinol* • Cloperastina	• Cromoglicato sódico • Antihistamínicos • Broncodilatadores

* No comercializado en España.

No todos los opioides han sido evaluados en el tratamiento de la tos en CP; es el caso de fentanilo, hidromorfona y oxicodona.

La elección del fármaco y de las vías de administración depende de la situación individual del paciente, de los efectos secundarios o interacciones, y de la experiencia de uso en CP. En caso de precisar un opioide puede optarse por dihidrocodeína (174). Morfina es el fármaco de elección en presencia de dolor o disnea asociados a la tos. **Series de casos 3**

Como alternativa, puede utilizarse levodropropizina, que es igual de eficaz que la dihidrocodeína pero produce menos somnolencia (175). **ECA 1+**

Cromoglicato sódico se ha mostrado eficaz en la tos en pacientes con cáncer de pulmón resistentes a tratamiento convencional (176). **ECA 1+**

En caso de tos resistente a los diferentes antitusígenos, algunos autores recomiendan el uso de anestésicos nebulizados como bupivacaína o lidocaína (168). **Opinión de expertos 4**

En caso de precisar tratamiento para la tos debida a la EPOC puede utilizarse codeína, dihidrocodeína o dextrometorfano (177). **Opinión de expertos 4**

Resumen de evidencia

1+	Dihidrocodeína y levodropropizina se han mostrado igualmente eficaces en el alivio de la tos en pacientes oncológicos en CP. Levodropirizina produce menos somnolencia (175).
3	Los antitusígenos centrales opioides (folcodina, codeína, morfina, hidrocodona) y no opioides (clobutinol y cloperastina) mejoran la tos en pacientes oncológicos en CP (172; 174) (170).
1+	Cromoglicato disódico es eficaz en la tos de pacientes con cáncer de pulmón en los que ha fracaso el tratamiento convencional (176).

Recomendaciones

D	Los pacientes con tos en CP precisan una evaluación individualizada para diagnosticar y, en la medida de lo posible, tratar las causas específicas de la tos. En el caso del cáncer pulmonar debería valorarse la quimioterapia paliativa.
D	Para la elección de fármacos, se recomienda valorar otros síntomas acompañantes (dolor, disnea), el uso previo de opioides y posibles interacciones farmacológicas y la vía de administración.
B	Como fármacos iniciales pueden utilizarse dihidrocodeína, codeína, levodropropizina y cloperastina.
C	En pacientes con cáncer de pulmón en los que la tos no responde a los tratamientos habituales, puede utilizarse cromoglicato disódico.
D	En caso de precisar tratamiento para la tos debida a la EPOC puede utilizarse codeína, dihidrocodeína o dextrometorfano.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

6.4.3. Obstrucción de la vena cava superior

El *síndrome de obstrucción de la vena cava superior* (OVCS) se presenta por un compromiso de espacio a nivel del mediastino debido a invasión tumoral primaria o metastásica. Habitualmente, la obstrucción se debe a adenopatías mediastínicas o a un tumor de origen bronquial (principal

derecho y lóbulo superior), ya que el cáncer de pulmón es la causa más frecuente de OVCS.

Entre el 2% y 4% de pacientes con carcinoma broncogénico presentarán un OVCS a lo largo de su evolución. El riesgo asciende hasta el 20% en el carcinoma de células pequeñas, debido a su origen central bronquial (178).

La OVCS puede aparecer también entre el 2% y 4% de los linfomas, que constituyen su segunda causa.

La obstrucción de la vena puede ser extrínseca, intraluminal, por fibrosis o trombosis (158). La clínica depende del ritmo de la obstrucción y refleja el efecto del aumento de la presión venosa. Habitualmente se inicia con edema facial, tos, ortopnea, cefalea y mareo. En situaciones más avanzadas aparece un cuadro florido de edema grave en cara y brazo derecho, cianosis, ingurgitación venosa en vasos del cuello e incluso edema cerebral.

Los tratamientos utilizados hasta ahora han sido la radioterapia (sobre todo para el carcinoma de células no pequeñas), la quimioterapia (carcinoma de células pequeñas), los corticoides y la colocación de stents. Estos últimos presentan la ventaja teórica de la rapidez en el alivio de los síntomas (178).

Series de casos 3

Una revisión Cochrane (179) evaluó la evidencia acerca de los tratamientos en pacientes con cáncer de pulmón y OVCS. La revisión no encontró estudios sobre el uso de corticoides, aunque existe un amplio consenso sobre su utilización en esta situación (dexametasona a dosis diaria de 16 mg) (158).

RS de ECA 1+ Opinión de expertos 4

En dos ECA se comparó la quimioterapia con la radioterapia, y en 44 estudios observacionales se valoraron los tratamientos individuales (quimioterapia, radioterapia y stents).

En la tabla 12 se muestra el porcentaje de mejoría en base a la RS Cochrane (179) y a otra publicación reciente sobre los stents (180).

RS de estudios observacionales 3

Tabla 12. Porcentaje medio de respuesta al tratamiento paliativo en estudios observacionales

Tratamiento		Mejoría %	Recidiva %
Radioterapia o quimioterapia	Carcinoma de células pequeñas	77	17
	Resto de cánceres pulmonares	60	19
Stent (todo tipo de tumores, incluidos los de pulmón)		80-95	13

La colocación de stents se acompaña de una mortalidad promedio del 3,3%.

Existe un debate no resuelto sobre si la colocación de stent debe ser un tratamiento inicial en la OVCS. Son necesarios estudios comparativos entre

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

la radioterapia y los stents con una selección apropiada de pacientes. Estos estudios son complicados de realizar (181), por lo que la situación individual del paciente y la disponibilidad técnica en el ámbito local son determinantes para decidir el tratamiento.

Resumen de evidencia

3	La quimioterapia, la radioterapia, la combinación de ambas y la colocación de stents mejoran el OVCS en estudios observacionales. No existen estudios comparativos entre las diferentes alternativas (179; 180).
3	La colocación de stents consigue un alivio más rápido de la OVCS (179; 180).
4	Existe consenso sobre la indicación de los corticoides en la OVCS (158).

Recomendaciones

D	Los pacientes con OVCS pueden ser tratados con corticoides, radioterapia, quimioterapia o implantación de stents, en función de su estado general, el tipo histológico de tumor y su extensión, y la disponibilidad de las técnicas.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

6.5. Síntomas psicológicos y psiquiátricos

Las preguntas que se van a responder son:

- ¿Cuál es el tratamiento más adecuado del delirium en la persona en FFV?
- ¿Cuál es el tratamiento más adecuado del insomnio en la persona en FFV?
- ¿Cuál es el tratamiento más adecuado de la ansiedad en la persona en FFV?
- ¿Cuál es el tratamiento más adecuado de la depresión en la persona en FFV?

6.5.1. Delirium

El *delirium* se define como un estado confusional agudo que resulta de una disfunción cerebral difusa. Clínicamente se caracteriza por la alteración simultánea de la atención, la percepción, el pensamiento, la memoria, la conducta psicomotora, la emoción y el ritmo sueño-vigilia (182). En la tabla 13 se presentan los criterios diagnósticos DSM-IV para el delirium (183).

El delirium es un problema frecuente en los pacientes en la FFV; lo padece entre el 28% y el 83% de estos pacientes; varía según la población estu-

diada y los criterios diagnósticos utilizados, y es más frecuente en los pacientes con cáncer (79). Puede estar presente hasta en el 90% de los pacientes en los últimos días de vida (184) y su aparición se asocia a un peor pronóstico (34).

Tabla 13. Criterios DSM-IV para el diagnóstico de delirium

A) Alteración de la conciencia con disminución de la capacidad para centrar, mantener o dirigir la atención.

B) Cambio en las funciones cognitivas (memoria, orientación, lenguaje) o alteración perceptiva que no se explica por la existencia de demencia previa o en desarrollo.

C) Presentación en un periodo de tiempo (horas o días) y tendencia a fluctuar a lo largo del día.

Han transcurrido más de cuatro años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Se debe sospechar un delirium ante cualquier cambio agudo en la conducta, el estado cognitivo o el estado de alerta del paciente, sobre todo cuando exista demencia, cirugía reciente, discapacidad auditiva o visual, consumo de alcohol, posibilidad de alteración del sodio, utilización de determinados fármacos, etc.

Opinión de expertos 4

La intensidad del cuadro es muy variable, por lo que algunas formas leves, que se manifiestan como intranquilidad o dificultad para conciliar el sueño, por ejemplo, pueden pasar desapercibidas, ya que los síntomas se atribuyen a cualquier otra circunstancia del paciente. En el otro extremo están los casos graves con agitación intensa, que constituyen una urgencia médica (185).

Un delirio hipoactivo presenta problemas de diagnóstico, ya que puede confundirse con un cuadro depresivo. La valoración del estado cognitivo puede ayudar al diagnóstico diferencial entre delirium y depresión, ya que en la depresión el deterioro cognitivo es menos frecuente (185).

Existen instrumentos que pueden ayudar al diagnóstico. Confusion Assessment Method (CAM), especialmente en su forma reducida de cuatro criterios, es un instrumento validado y simple de detección del delirium (ver tabla 14). Evalúa el inicio agudo, el curso fluctuante, la falta de atención y el pensamiento desorganizado o nivel alterado de conciencia (186; 187).

En las unidades de cuidados intensivos o en pacientes incapaces de comunicarse verbalmente se recomienda el CAM-ICU (188).

Es importante identificar los factores causantes o precipitantes del delirium, ya que determinan la necesidad de utilizar alguna prueba complementaria y el correcto tratamiento. A menudo, la etiología es multifactorial. Los fármacos son la causa aislada más frecuente de delirium en CP (efectos adversos a dosis normales, intoxicación o abstinencia); esta circunstancia es especialmente importante en los pacientes en tratamiento con opioides (186).

La monitorización de los síntomas, aspecto esencial de los CP, puede prevenir la aparición de delirium, ya que el inadecuado control de algunos síntomas, como el dolor, puede desencadenar el cuadro.

Tabla 14. **Confusion Assessment Method**

Punto 1. Inicio agudo y curso fluctuante

Esta característica se suele obtener de un observador (familiar o personal de enfermería) y se demuestra por respuestas positivas a las siguientes preguntas: ¿Hay evidencia de un cambio agudo en el estado mental previo del paciente? ¿La conducta anormal oscila durante el día, es decir, va y viene? ¿Empeora y mejora?

Punto 2. Falta de atención

Esta característica se demuestra por una respuesta positiva a la siguiente pregunta: ¿Ha tenido el paciente dificultad para mantener la atención; por ejemplo, se distrae fácilmente o tiene dificultad para seguir la conversación?

Punto 3. Pensamiento desorganizado

Esta característica se demuestra por una respuesta positiva a la siguiente pregunta: ¿El pensamiento del paciente ha sido desorganizado o incoherente, como una conversación irrelevante, confusa o con un flujo ilógico de ideas, o con cambios impredecibles de un tema a otro?

Punto 4. Nivel de conciencia alterado

Esta característica se demuestra por cualquier respuesta distinta de «alerta» a la siguiente pregunta: En conjunto, ¿cómo puntuarías el nivel de conciencia de este paciente: alerta (normal), vigilante (hiperalerta), letárgico (medio dormido, despierta fácilmente), estupor (difícil de despertar) o coma (incapaz de despertar)?

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

En la tabla 15 se resumen las principales causas de delirium en CP en cáncer avanzado.

Tabla 15. **Causas de delirium en el cáncer avanzado**

Categoría causal		Causa
Enfermedades del sistema nervioso central		Neoplasias primarias y metastásicas del cerebro; enfermedad metastásica leptomeníngea; postictus.
Tratamientos	*Oncológicos*	Quimioterapia, radioterapia.
	Fármacos psicoactivos	Opioides, benzodiazepinas, antidepresivos tricíclicos, anticolinérgicos (oxibutinina, tolterodina), ISRS, neurolépticos, antihistamínicos, ortopramidas, anticonvulsivantes (primidona, fenobarbital, fenitoína), antiparkinsonianos.
	Otros	Corticoides, antihistamínicos anti-H2, ciprofloxacino.
Enfermedad sistémica	*Insuficiencia*	Cardiaca, respiratoria, hepática, renal.
	Infección	De cualquier localización, pero especialmente pulmonar y urinaria.
	Hematológica	Anemia, coagulación intravascular diseminada.
	Metabólica	Deshidratación, hipercalcemia, hiponatremia, hipomagnesemia, hipoglucemia.
Psicosociales		Alteración de la vista u oído, dolor, ambiente extraño.
Evacuación		Retención urinaria o fecal.

Se estima que hasta en un 18% de los casos pueden encontrarse causas metabólicas. El equipo, dependiendo de la situación del paciente y su familia, puede determinar la necesidad de solicitar una analítica (hemograma, glucosa, creatinina, iones, calcio, fósforo, magnesio y analítica de orina) u otras pruebas, como TAC y ECG (188).

El tratamiento del delirium incluye la aplicación simultánea de medidas etiológicas, medidas generales y tratamiento sintomático.

La base de su tratamiento es la corrección, si es posible, de las causas precipitantes señaladas previamente (tabla 15).

Es especialmente importante la valoración del uso de determinados fármacos que pueden precipitar o agravar el delirium. Si no es posible su retirada, se puede valorar la reducción de la dosis o la rotación de opioides en el caso que sean la causa del cuadro.

El trabajo conjunto con el entorno familiar y cuidadores del paciente tiene que proporcionar una información y pautas de comportamiento adecuadas y favorecer un ambiente que contribuya a mejorar el cuadro y disminuir su impacto.

Si con las medidas generales no revierten los síntomas, está indicado el tratamiento farmacológico.

La investigación sobre el tratamiento farmacológico plantea problemas éticos en estos pacientes, ya que los ECA frente a placebo no son aceptables (184). Esta puede ser una de las razones de la falta de estudios aleatorizados sobre la evaluación de cualquier tratamiento del delirium en CP. La mayoría de las recomendaciones de este capítulo se extrapolan desde las evaluaciones del delirium fuera del contexto de los CP.

RS de ECA
1+

Sin embargo los neurolépticos (sobre todo el haloperidol), las benzodiazepinas (midazolam u otras como lorazepam, clonazepam o diazepam) (189) o la hidratación artificial se han utilizado ampliamente en estos pacientes. Es necesario tener en cuenta que las benzodiazepinas, a su vez, pueden desencadenar el delirium (tabla 15).

Series de casos
3

Existe una RS Cochrane específica sobre el delirium en CP (190), pero se basa en un solo ECA en pacientes con SIDA. Haloperidol por vía oral o IM se ha mostrado eficaz con una buena tolerancia.

RS de ECA
1+

La hipodermoclisis puede ser útil en el caso de que la deshidratación precipite el delirium producido por los opioides (151). Al margen de esta indicación hay poca evidencia sobre su eficacia en el tratamiento del delirium en general (184).

Series de casos
3

Algunos autores proponen la asociación de lorazepam con haloperidol en los casos de delirium con ansiedad o agitación, lo que podría contribuir a disminuir el riesgo de efectos extrapiramidales del haloperidol (191).

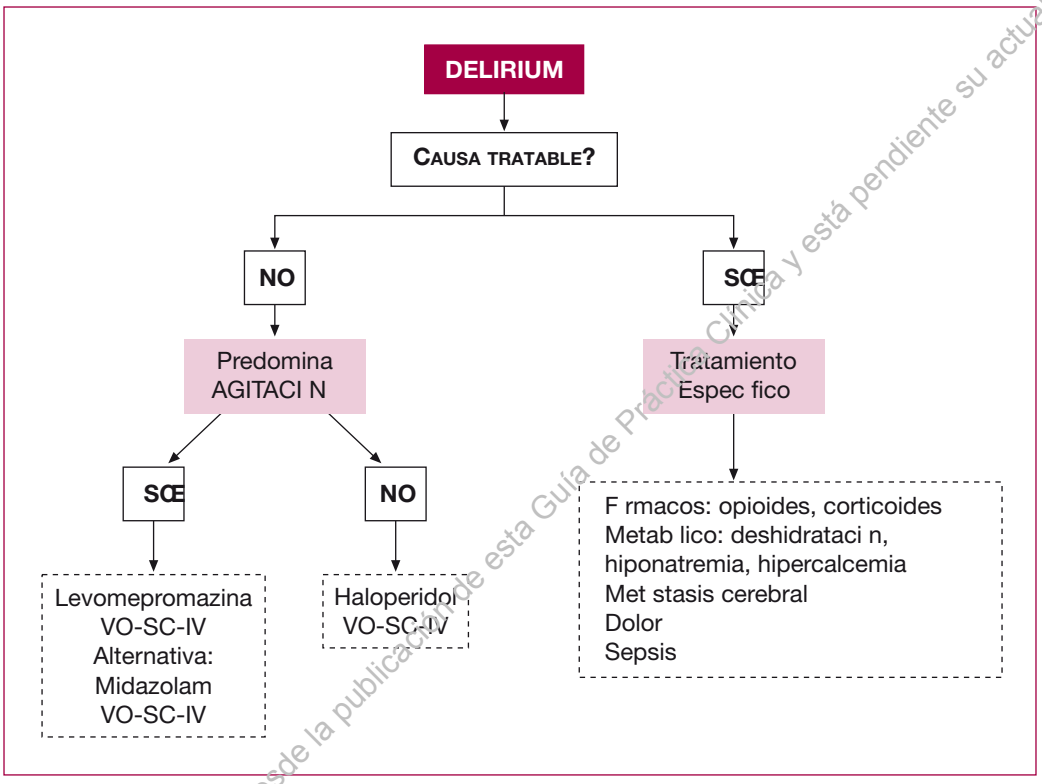
Opinión de expertos
4

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

En los casos de delirium con agitación intensa se recomienda el uso de levomepromazina y, alternativamente, midazolam (191). Es precisa una valoración clínica y una atención cuidadosa de las repercusiones de la agitación en el paciente y su familia para evitar una sedación prematura (185).

En la figura 10 se resume el tratamiento del delirium en el paciente en CP.

Figura 10. Algoritmo de tratamiento del delirium en el paciente en CP



Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Resumen de evidencia

1+	Haloperidol es eficaz en el control del delirium en los pacientes en FFV, con una buena tolerancia (190).
4	Lorazepam puede ser útil como terapia añadida a haloperidol en el caso de delirium con ansiedad o agitación. Levomepromazina puede utilizarse en el delirium con agitación intensa (191).
1+/-	Hay insuficiente evidencia acerca de la hipodermoclisis en el delirium; puede ser útil en el caso de que sea un efecto secundario de los opioides (151).

Recomendaciones

D	La atención inicial al paciente con delirium debería incluir la identificación y tratamiento de las causas desencadenantes, con especial atención al consumo de determinados fármacos (opioides); la información adecuada a los familiares y cuidadores y la valoración de la necesidad del tratamiento sintomático farmacológico.
B	Haloperidol es el fármaco de elección para el tratamiento del delirium.
D	Se puede añadir lorazepam o haloperidol en caso de delirium con ansiedad o agitación.
D	En el delirium con agitación intensa no controlada se puede utilizar levomepromazina o, alternativamente, midazolam.
D	La hipodermoclisis puede utilizarse en caso de sospecha del delirium producido por opiodes en pacientes deshidratados.
D	Se recomienda reservar la utilización de antipsicóticos atípicos para casos seleccionados en los que haloperidol está contraindicado o no se tolera. En situaciones como las demencias con cuerpos de Lewy o en enfermos de parkinson, en las que no se recomienda el uso de haloperidol o risperidona, puede ser necesario recurrir a otros antipsicóticos, como olanzapina, clozapina o quetiapina.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

6.5.2. Insomnio

El *insomnio* es un trastorno heterogéneo que incluye la dificultad en la conciliación del sueño (*insomnio inicial*), en el mantenimiento (*insomnio intermedio*), el despertar demasiado temprano (*insomnio tardío*), y el sueño no reparador. En la tabla 16 se exponen los criterios diagnósticos del insomnio (192). La repercusión del insomnio del enfermo en los familiares y cuidadores es importante.

Tabla 16. Criterios diagnósticos del insomnio

A) Dificultad para dormir caracterizada por cualquiera de los siguientes criterios:
   a) Dificultad en la conciliación (30 minutos o más).
   b) Dificultad en el mantenimiento (más de 30 minutos despierto de noche) que afecta a la eficiencia del sueño (proporción de tiempo total de sueño/tiempo total en cama menor del 85%).

B) La alteración del sueño se produce al menos tres noches por semana.

C) La alteración del sueño ocasiona una alteración significativa del funcionamiento diurno (astenia) o un malestar notable.

El sueño está alterado en el 50% o más de los pacientes que sufren un cáncer avanzado (193) y puede llegar hasta el 70%, dependiendo de la enfermedad de base y el ámbito de atención (79).

El insomnio puede aparecer como reflejo de las complejas reacciones psicológicas que tienen lugar en personas que se encuentran en la FFV, por un control deficiente de los síntomas, o como consecuencia de los tratamientos. En la tabla 17 se resumen los factores implicados en la aparición del insomnio en CP.

Tabla 17. Factores implicados en el insomnio en CP (modificado de 192)

Predisponentes • Aumento del nivel de excitación • Mujer • Edad • Antecedentes familiares de insomnio • Antecedentes personales de insomnio • Enfermedad psiquiátrica concomitante (ansiedad, depresión, etc.)
Desencadenantes • Impacto psicológico de la enfermedad • Cirugía mutilante (con afectación estética o funcional) • Ingreso hospitalario • Radioterapia • Transplante de médula ósea • Quimioterapia (náuseas y vómitos) • Uso de fármacos (como corticoides) • Síntomas menopáusicos (sofocos) • Dolor • Delirium • Otros síntomas (reflujo, disnea, prurito, etc.)
Mantenedores • Conductas maladaptativas ante el insomnio – Permanencia demasiado larga en la cama – Horario sueño-vigilia irregular – Siestas – Actividades en la cama que interfieren con el sueño • Creencias y actitudes erróneas ante el insomnio – Expectativas poco realistas acerca de las necesidades de sueño – Valoración errónea de las dificultades para dormir – Atribución errónea de alteraciones diurnas – Ideas erróneas acerca de las causas del insomnio

Han transcurrido más de cuatro años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

El problema fundamental en la detección del insomnio radica en no preguntar al paciente y, cuando se queja, pasarlo por alto por ignorancia o nihilismo terapéutico del profesional.

Cuando el paciente refiere dificultad para mantener el sueño se deben buscar los factores precipitantes de los despertares. Entre los aspectos etiológicos se debe preguntar por 1) molestias físicas que le dificulten el sueño; 2) fármacos; 3) factores psicológicos: preocupaciones, ansiedad, depresión**,** expectativas acerca del sueño y creencias sobre cómo le puede

afectar al día siguiente; y 4) hábitos del sueño (siestas, permanencia en la cama, etc.).

El tratamiento del insomnio es multifactorial, debido a las numerosas causas que contribuyen a su aparición. Se debe comenzar por tratar de corregir los factores etiológicos. Sin embargo, muchas veces no se encuentran o no se pueden corregir. En este caso puede ser necesario recurrir a una higiene del sueño, a tratamientos no farmacológicos y al tratamiento farmacológico (2).

Las recomendaciones para la higiene del sueño para personas que reciben CP son (2):

- Mantener en lo posible un horario regular, sobre todo el despertar de la mañana.
- Evitar tiempos innecesarios en la cama durante el día.
- Dormir la siesta sólo cuando sea necesaria, evitando la última hora de la tarde si es posible.
- Llevar un horario con actividades durante el día.
- Minimizar las interrupciones del sueño durante la noche: ruidos, medicación, etc.
- Evitar permanecer despierto durante la noche por periodos prolongados en situaciones de tensión.
- Eliminar estímulos desagradables, tanto a la vista como al tacto, al oído o al olfato.
- Identificar antes de acostarse problemas o asuntos que le han preocupado durante el día, tratando de abordarlos con un enfoque activo de resolución.
- Evitar medicaciones estimulantes u otras sustancias (cafeína, nicotina) sobre todo en las horas previas a acostarse.
- Mantener un adecuado alivio del dolor durante la noche, preferentemente con analgésicos de vida media larga.
- Usar la medicación adecuada tras la evaluación del insomnio.

Aunque existen muchos ensayos sobre la eficacia de los tratamientos (psicológicos y farmacológicos) en la población general, la investigación en pacientes en CP es escasa, sobre todo en el caso de medidas no farmacológicas. Es preciso recurrir a estudios no experimentales o a la opinión de expertos, y extrapolar datos de otras poblaciones para elaborar recomendaciones sobre el tratamiento del insomnio.

Varias terapias cognitivo-conductuales se consideran el tratamiento de referencia del insomnio. Su eficacia, demostrada en varios metaanálisis en población general (194; 195), es comparable a la de los hipnóticos, sobre el tiempo de conciliación, calidad del sueño y duración de los despertares; y moderada sobre el tiempo total de sueño y número de despertares. Los tratamientos más eficaces son el control de estímulos, la restricción del sueño y

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

el tratamiento multifactorial (estrategias múltiples). La educación en higiene del sueño tiene beneficios modestos. Otros tratamientos de eficacia demostrada son la relajación —aunque a veces tiene un efecto paradójico— y el tratamiento cognitivo, aunque éste ha sido estudiado siempre en el contexto de una estrategia multifactorial.

Los estudios acerca de la eficacia de estos tratamientos siempre han excluido pacientes con otras enfermedades, por lo que se desconoce si sus resultados se pueden generalizar al área de los CP.

Respecto al tratamiento farmacológico, las benzodiazepinas son los fármacos más utilizados. Una revisión sistemática no encontró ningún ensayo aleatorizado con estos fármacos en CP (196).

En población general han demostrado eficacia a corto plazo. Los efectos secundarios más frecuentes son inestabilidad con riesgo de caídas, somnolencia, sedación, alteraciones cognitivas y psicomotoras, especialmente con los fármacos de acción prolongada. Otros riesgos son la tolerancia y dependencia, mayores con los de vida media corta.

Algunos antidepresivos sedantes (amitriptilina, trazodona, mirtazapina) también pueden utilizarse como hipnóticos, especialmente en pacientes con síntomas depresivos, aunque los efectos secundarios sedantes y anticolinérgicos también limitan su uso (ver anexo 5).

En cualquier caso, el tratamiento debe individualizarse en función del paciente (pronóstico de vida, riesgo de acumulación o interacción farmacológica, etc.).

Opinión de expertos 4

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Resumen de evidencia

1+	No se han encontrado ECA sobre el insomnio en pacientes en CP (196).

Recomendaciones

D	La valoración de un paciente con insomnio debería realizarse mediante una entrevista semiestructurada dirigida a evaluar los factores relacionados con el insomnio: factores que predisponen, higiene del sueño, control de síntomas, efectos secundarios de la medicación y expectativas del paciente respecto al sueño.
D	Siempre que sea posible se deben intentar corregir los factores que predisponen al insomnio o lo desencadenan.
D	Se recomienda el abordaje inicial mediante una estrategia cognitivo-conductual en todos los pacientes con insomnio.

D	Se recomienda prescribir una benzodiazepina o un agonista de receptores benzodiazepínicos a los pacientes que no respondan bien al tratamiento no farmacológico o que no puedan esperar a la aplicación del mismo.
D	En los casos de depresión asociada o ante la falta de respuesta a las benzodiazepinas pueden utilizarse los antidepresivos con acción sedante para el tratamiento del insomnio.

6.5.3. Ansiedad

Los pacientes con enfermedad avanzada se ven obligados a afrontar varias agresiones psicológicas en poco tiempo: la mala noticia del diagnóstico de una enfermedad grave; la posibilidad de la muerte a corto plazo; la incertidumbre de cómo se desarrollará este proceso, los síntomas de la propia enfermedad, como dolor, disnea, insomnio, etc.; los efectos secundarios de los tratamientos, como alopecia, mutilaciones, etc. Aproximadamente la mitad de los pacientes consigue afrontar estas situaciones sin que sus reacciones psicológicas lleguen a cumplir criterios de enfermedad mental. Sin embargo, la otra mitad desarrolla síntomas constitutivos de un trastorno mental (189).

La ansiedad es un estado de malestar caracterizado por la presencia de una serie de síntomas somáticos, conductuales, cognitivos y emocionales:

- Síntomas somáticos: tensión muscular, temblor, disnea, palpitaciones, inestabilidad, sudoración anormal, diarrea, polaquiuria, etc.
- Síntomas conductuales: irritabilidad, inquietud, etc.
- Síntomas cognitivos: pensamientos negativos, miedo o preocupación por el futuro.

La ansiedad puede manifestarse como un estado normal cuando es proporcional en intensidad y duración a la causa que la generó; incluso es un estado adaptativo, que permite ponerse en alerta y responder adecuadamente en circunstancias difíciles. Los trastornos de ansiedad se caracterizan por una intensidad o duración excesiva, hasta el punto de alterar significativamente la vida de la persona.

Los criterios diagnósticos de la ansiedad en base al DSM-IV se recogen en la tabla 18 (183).

La ansiedad es frecuente en los pacientes en la FFV. Pueden presentarla entre el 13% y 79% de los mismos según el tipo de enfermedad de base y el momento de la evolución.

Son factores de riesgo para desarrollar un trastorno de ansiedad durante el tratamiento paliativo los siguientes: haber sufrido previamente un trastorno de ansiedad, la presencia de ansiedad en el momento del diagnóstico del cáncer, el dolor intenso, la limitación funcional, la edad (más riesgo en jóve-

Han transcurrido más de cinco años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

nes), una red social de apoyo pobre y el empeoramiento de la enfermedad. En el paciente en FFV, la ansiedad no suele deberse tanto al miedo a la muerte como a otros factores ya mencionados, como el dolor no controlado, el aislamiento y la dependencia (197).

Tabla 18. Criterios DSM-IV para el diagnóstico del trastorno de ansiedad

A) Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva).

B) Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.

C) La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de seis meses).

Nota: En los niños sólo se requiere uno de estos síntomas:

1. inquietud o impaciencia
2. fatigabilidad fácil
3. dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco
4. irritabilidad
5. tensión muscular
6. alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación de sueño no reparador al despertarse)

D) La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

E) Estas alteraciones no aparecen en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

El tratamiento de la ansiedad en el paciente en FFV depende de la causa, la forma de presentación y el contexto en que se produce la consulta (189).

Una RS Cochrane (198) sobre este tema no identificó ningún ECA realizado en CP por lo que las recomendaciones se basan en el consenso y la extrapolación de las pruebas a partir de la población general. **RS de ECA 1+**

Cuando los síntomas de ansiedad son leves, proporcionados y aparecen en respuesta a un factor identificable suele ser suficiente el apoyo psicológico y el seguimiento de la respuesta adaptativa (197).

Aunque no hay evidencias científicas a favor o en contra de su eficacia, las intervenciones no farmacológicas básicas para el tratamiento de la ansiedad en el paciente en la fase final de la vida son la psicoterapia de apoyo y la psicoterapia cognitivo-conductual. Deben abordar al paciente y a su familia (199-201). Tampoco hay evidencias sobre la eficacia del masaje y la meditación (119), la hipnoterapia (199) ni la aromaterapia (117). **RS de ECA 1+**

El tratamiento farmacológico de la ansiedad en el paciente en la fase final de la vida incluye el uso racional e individualizado de benzodiazepinas (BZD), neurolépticos, antidepresivos, antihistamínicos y opioides (189). **Opinión de expertos 4**

Aunque no existen ECA específicos en CP, las BZD son la base del tratamiento farmacológico. Las BZD de acción corta (como alprazolam y midazolam) o intermedia (como lorazepam o lormetazepam) son las más seguras, ya que evitan la acumulación de sus metabolitos en el organismo debilitado. Su mayor inconveniente es la posibilidad de aparición de ansiedad entre dosis o al final de la misma, en cuyo caso está indicada la administración de una BZD de acción más larga, como diazepam, clorazepato dipotásico o clonazepam. Normalmente se administran por vía oral, pero en el paciente moribundo puede ser útil la administración de diazepam por vía rectal o midazolam por vía subcutánea (202).

Los neurolépticos típicos —haloperidol, clorpromazina— o atípicos —olanzapina, risperidona, quetiapina— pueden ser útiles cuando la ansiedad no se controla con BZD, o cuando se acompaña de alucinaciones o delirium; además, son más seguros en caso de compromiso respiratorio. Tienen el inconveniente de provocar efectos adversos extrapiramidales —especialmente cuando el paciente está tomando otro neuroléptico, como antiemético (metoclopramida)—, o la acatisia. El síndrome neuroléptico maligno y la discinesia tardía son muy raros (189).

Los antidepresivos tricíclicos, heterocíclicos y de segunda generación pueden ser eficaces en la ansiedad que acompaña a la depresión y en el trastorno de pánico. Su utilidad está limitada por sus efectos secundarios anticolinérgicos y por el tiempo de latencia hasta que empieza a manifestarse su efecto beneficioso.

Los opioides son útiles para el alivio de la ansiedad asociada a la disnea o al dolor (163).

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Resumen de evidencia

1+	No se han encontrado ECA sobre las terapias de la ansiedad en pacientes en la FFV (198).

Recomendaciones

D	El tratamiento de la ansiedad requiere una evaluación individual del paciente en FFV que incluya las posibles causas desencadenantes, su estado adaptativo, el estadio de la enfermedad, los tratamientos asociados y las preferencias del paciente.
D	Las medidas de apoyo psicológico al enfermo y sus allegados son la primera medida que debe proporcionarse tras la valoración individual.
D	Los tratamientos farmacológicos se recomiendan cuando el apoyo psicológico no es suficiente. Pueden utilizarse BZD, preferentemente las de acción corta o intermedia.
√	En caso de ansiedad asociada a depresión, delirium, disnea o dolor intenso, pueden utilizarse antidepresivos tricíclicos, haloperidol u opioides, respectivamente.

6.5.4. Depresión

La depresión es hasta tres veces más frecuente en los enfermos en CP que en la población general. En las diferentes series oscila entre el 3% y 77% de los pacientes oncológicos, entre el 10% y 82% de los pacientes con SIDA; en los pacientes con EPOC o insuficiencia cardiaca puede llegar al 70%, y en los casos de insuficiencia renal hasta el 50% (79) (ver tabla 2). La tristeza y el ánimo deprimido son respuestas habituales en pacientes que se enfrentan a la muerte. Estas emociones pueden ser manifestaciones de un duelo anticipatorio debido a la pérdida de su propia vida, su salud, los seres queridos y la autonomía (189).

La depresión no es un estado normal en la fase final de la vida, sino una enfermedad que complica las ya existentes y que no se diagnostica ni se trata en la medida en que se debería (197).

El diagnóstico de la depresión en CP es especialmente problemático. Las manifestaciones de la enfermedad y de sus complicaciones y los efectos secundarios de la medicación pueden dificultar el diagnóstico (203).

Esto puede contribuir, entre otras causas, a que muchos médicos no detecten la depresión de sus pacientes, por lo que se precisa monitorizar regularmente el estado emocional del paciente (204).

La formulación de una pregunta: «¿Ha estado deprimido la mayor parte del tiempo en las últimas dos semanas?» se ha demostrado eficaz para detectar la depresión en la FFV (205).

La mejor herramienta para el diagnóstico de la depresión en estos pacientes es la entrevista clínica, aplicando los criterios DSM-IV modificados, basándose en los síntomas emocionales y cognitivos más que en los síntomas somáticos, que son muy frecuentes por la propia enfermedad (cansancio, pérdida de peso, etc.) (189; 205).

En estos pacientes es importante distinguir el trastorno depresivo verdadero del duelo normal y del trastorno adaptativo con ánimo deprimido (197). La depresión en el paciente paliativo es importante porque empeora su calidad de vida y la de sus allegados, y porque es un factor de riesgo importante de suicidio y de petición de una muerte anticipada (206).

Los criterios DSM-IV para el diagnóstico de depresión son (183):

A) Presencia, durante un período de dos semanas, de cinco o más de los siguientes síntomas [7], que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser estado de ánimo depresivo o pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

   1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día, según indica el propio sujeto (se siente triste o vacío) u observan otros (llanto).

[7] No se incluyen los síntomas claramente debidos a enfermedad médica, o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).
3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (un cambio de más del 5% del peso corporal en un mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día.
4. Insomnio o hipersomnia casi cada día.
5. Agitación o enlentecimiento psicomotor casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
6. Cansancio o pérdida de energía casi cada día.
7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).
9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

B) Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

C) Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D) Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej. después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de dos meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Opinión de expertos 4

Son factores de riesgo de padecer depresión en pacientes con cáncer los siguientes (189):

- Determinados tipos de cáncer: cáncer de páncreas, cáncer primario o metastático del sistema nervioso central.
- Antecedente familiar o personal de haber sufrido una depresión.
- Dolor.
- Grado de discapacidad.
- Estadio de la enfermedad de base.
- Tratamientos: corticoides, quimioterapia (vincristina, vinblastina, asparaginasa, metotrexato intratecal, interferón, interleukinas), anfotericina B, radiación cerebral total.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

- Complicaciones endocrino-metabólicas del sistema nervioso central.
- Síndromes paraneoplásicos.
- Pérdida del sentido y bajo nivel de bienestar espiritual.

Las investigaciones acerca de la depresión en la fase final de la vida se han realizado fundamentalmente en pacientes con cáncer, con SIDA y en ancianos. Se sabe poco acerca de su epidemiología en las fases avanzadas de enfermedades del corazón, pulmón, hígado, riñón y de las enfermedades neurodegenerativas. La mayoría de las veces se trata de estudios pequeños y con importantes defectos metodológicos. Por ello, las recomendaciones se derivan de opiniones de expertos y de extrapolaciones a partir de otros grupos de población.

Se debe establecer un umbral bajo para empezar a tratar la depresión en los pacientes en CP. El primer paso es el control del dolor, cuando exista (197).

Opinión de expertos 4

Diferentes revisiones sistemáticas han estudiado los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con cáncer (203; 207). Debido a la heterogeneidad en los resultados, las publicaciones presentan los resultados sin metaanálisis.

RS de ECA 1+

Respecto a la terapia no farmacológica, la revisión de la AHRQ se basa en tres RS previas; alguna de ellas incluye pacientes con cáncer, pero sin diagnóstico de depresión (la aparición de ésta es una de las variables de resultado evaluadas).

Las intervenciones se basan en asesoramiento psicológico (*counselling*) y apoyo por diferentes profesionales, apoyo social, relajación y terapia grupal. En conjunto, las intervenciones muestran una eficacia moderada. Se desconoce qué tipo de profesional o de formato (grupal o individual) se asocia con mejores resultados.

La revisión de Rodin (207) se basó en cuatro estudios individuales que incluyeron pacientes con diagnóstico de depresión. Las intervenciones incluyeron psicoterapia con relajación o sin ella, programas de orientación (información con feedback participativo con expertos) e intervención estructurada por enfermería con múltiples componentes (sesiones de apoyo y coordinación con el médico de familia). Sólo los programas de asesoramiento psicológico y la intervención estructurada por enfermería se mostraron eficaces.

En resumen, las intervenciones no farmacológicas proporcionadas por el equipo que atiende al paciente (psiquiatra, psicólogo, personal de enfermería, trabajador social o médico de atención primaria) pueden ser suficientes en determinadas situaciones, dependiendo también de la disponibilidad de medios (perfil profesional, conocimientos y habilidades, tiempo disponible, etc.) y de la gravedad de la depresión (203; 207).

No hay estudios controlados acerca de la eficacia de las terapias complementarias o alternativas en el tratamiento de la depresión en los pacientes con cáncer (203).

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y los antidepresivos tricíclicos (ADT) son eficaces en el tratamiento de la depresión de los pacientes con cáncer.

RS de ECA 1+

La revisión de Rodin (207) incluyó siete ECA con una duración de entre 10 días y 8 semanas, de calidad variable, utilizando mianserina (20-60 mg/día), fluoxetina (20 mg/día), paroxetina (20-40 mg/día), amitriptilina (75-150 mg/día) y alprazolam (1,5 mg/ 12 horas).

La revisión de la AHRQ (89) incluyó nueve estudios (cinco compartidos con la revisión de Rodin) y aporta datos sobre la eficacia de los corticoides (metilprednisolona) y de desimipramina.

En conjunto, ambas revisiones no muestran diferencias entre los distintos grupos de antidepresivos. La valoración individualizada de los síntomas de cada paciente con el perfil de efectos secundarios de los antidepresivos y las posibles interacciones determina la elección del antidepresivo.

Los autores de las revisiones recomiendan los ISRS como primera elección por su mejor perfil de efectos secundarios (207). En general, los pacientes en FFV toleran mejor paroxetina y sertralina (197). Trazodona tiene un efecto sedante que puede limitar su uso en estos pacientes (203).

Los ISRS y los ADT tardan varias semanas en comenzar su acción. Los psicoestimulantes, como dextroanfetamina, metilfenidato, modafinilo y pemolina pueden producir una respuesta más rápida (incluso en las primeras 24 horas) y son bien tolerados (208). Por ello, en los pacientes que tienen una expectativa de vida limitada a pocas semanas, se puede empezar con un psicoestimulante (189; 197). En los últimos años se han introducido varios antidepresivos nuevos, pero no se han evaluado en este grupo de pacientes.

Opinión de expertos 4

El tratamiento farmacológico de la depresión requiere una evaluación cuidadosa de los tratamientos que recibe el paciente por el riesgo de interacciones y el aumento de los efectos secundarios. Es necesario iniciar el tratamiento antidepresivo a dosis graduales en los pacientes que reciben fármacos con efectos sedantes como los opioides; la asociación de ISRS con tramadol potencia el riesgo de convulsiones.

Aunque no hay estudios controlados, la mayoría de los expertos recomienda una estrategia que combine la psicoterapia de apoyo, la educación del paciente y su familia, y la administración de antidepresivos (197; 209).

Opinión de expertos 4

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Evaluación y tratamiento del riesgo de suicidio

El riesgo de suicidio es en los pacientes con cáncer hasta 10 veces superior que en la población general (210). Son factores de riesgo de suicidio: dolor no controlado, enfermedad avanzada, sexo masculino, depresión, desesperación, delirium, psicopatología previa y abuso de sustancias, historia familiar o personal de intento de suicidio, edad avanzada (189) o aislamiento social.

Los pensamientos de suicidio son muy frecuentes en los pacientes con cáncer en fase avanzada (hasta el 45% de ellos los presentan), pero suelen ser fugaces y se suelen asociar con sentimientos de pérdida de control y ansiedad acerca del futuro (197). Sin embargo, algunos pacientes (hasta el 8,5% en un pequeño estudio prospectivo) tienen pensamientos persistentes y un deseo dominante de morir rápidamente, y además tienen un plan letal: la inmensa mayoría de éstos padecen una depresión mayor y tienen un mayor riesgo de suicidio (189). Por ello, para reducir el riesgo de suicidio es esencial identificar la depresión mayor, así como la desesperación, que es un predictor aun más fuerte que la depresión (189).

Es importante identificar la causa de la desesperación, que con frecuencia son síntomas mal controlados (dolor) y sentimientos de abandono (189). En la tabla 19 se resumen los pasos para evaluar los pensamientos suicidas de los pacientes en la FFV.

Han transcurrido más de cinco años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Tabla 19. Evaluación de los pensamientos suicidas en el paciente en la FFV (197)

Examine los motivos por los que el paciente desea que su vida termine ahora. • Explore el significado de su deseo de morir.	Opinión de expertos 4
Evalúe el control de los síntomas físicos y el dolor. • ¿Hay un dolor no tratado o tratado inadecuadamente que contribuye a su deseo de morir? • ¿Hay un síntoma no tratado o tratado inadecuadamente que contribuye a su deseo de morir? • ¿Hay miedos acerca del proceso de la muerte que contribuyen a su deseo de morir? • ¿Está sufriendo efectos adversos de fármacos que se pueden aliviar?	
Revise los apoyos sociales del paciente. • ¿Ha habido una pérdida, conflicto o rechazo reciente? • ¿Hay nuevos miedos de abandono o problemas económicos? • ¿Con quién ha hablado acerca de su plan de suicidio? • ¿Qué opinan estas personas acerca de ese plan?	
Evalúe su estado cognitivo. • ¿Hay déficit cognitivo? • ¿Hay síntomas o signos neurológicos nuevos? • ¿El paciente comprende su enfermedad, sus consecuencias y las consecuencias del suicidio? • ¿El juicio del paciente está distorsionado por la desesperación o por otros síntomas de la depresión?	
Evalúe su estado psicológico. • ¿Padece el paciente ansiedad, depresión, delirium u otro trastorno psiquiátrico no tratado o tratado deficientemente? • ¿Cómo está afrontando el paciente la pérdida de control, la dependencia, la incertidumbre y el duelo?	
Explore sus preocupaciones religiosas, espirituales y existenciales. • ¿Hay en estas áreas alguna cuestión o preocupación no resuelta o acuciante?	

Establecer una relación terapéutica es la base del trabajo con pacientes en riesgo de suicidio. Hablar del suicidio no facilita que se produzca; todo lo contrario: legitima las preocupaciones del paciente y le permite describir sus miedos y sentimientos, lo que incrementa su sensación de control (197).

Estrategias para prevenir el suicidio en los pacientes con cáncer (211):

- Controlar agresivamente los síntomas subyacentes, especialmente el dolor. Si es preciso, se puede recurrir a la sedación.
- Limitar, si es necesario, el acceso a fármacos potencialmente letales.
- Mantener frecuentes visitas de contacto en las que se revalúe el riesgo de suicidio y el control de los síntomas, y se proporcionen los fármacos necesarios hasta la siguiente visita.
- Administrar fármacos que actúen rápidamente, aliviando el malestar psicológico (p. ej. una benzodiazepina para la ansiedad o un estimulante para la astenia).
- Evitar que el paciente permanezca solo durante mucho tiempo.
- Movilizar toda la red de apoyo familiar y social.
- Evaluar cuidadosamente la respuesta psicológica del paciente a cada crisis a lo largo de la enfermedad.
- Consultar con un psiquiatra.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Resumen de evidencia

1+	Las terapias no farmacológicas son eficaces en la depresión leve a moderada de los pacientes en CP (203; 207).
1+	Los antidepresivos tricíclicos y los ISRS son eficaces en el tratamiento de la depresión en el paciente en CP (203; 207).
2+	Existen grupos de pacientes en CP con mayor riesgo de suicidio (189)
3	Los psicoestimulantes, como metilfenidato, mejoran los síntomas depresivos en pacientes con cáncer con una respuesta más rápida que los antidepresivos (208).

Recomendaciones

D	La evaluación inicial del paciente deprimido en CP comprende: identificación y abordaje de causas potencialmente tratables, valoración de los efectos adversos e interacciones con psicofármacos de los tratamientos farmacológicos previos y estimación del posible riesgo de suicidio.
B	La terapia inicial del paciente deprimido en CP comprende intervenciones estructuradas psicosociales, incluida la psicoterapia por el personal del equipo que le atiende y, si el caso lo requiere, por personal especializado dentro de un programa estructurado.

B	En caso necesario pueden usarse fármacos antidepresivos (ISRS o tricíclicos) teniendo en cuenta sus propiedades farmacológicas, otros fármacos que recibe el paciente y su perfil de síntomas en cada momento.
D	Los psicoestimulantes, como metilfenidato, pueden usarse como alternativa a los antidepresivos tricíclicos e ISRS, sobre todo cuando se precisa un inicio rápido del efecto antidepresivo o en los casos con expectativa de vida muy corta.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

6.6. Síntomas digestivos

Las preguntas que se van a responder son:

- ¿Cuáles son las medidas más adecuadas para la prevención y el tratamiento de la mucositis en la persona en FFV?
- ¿Cuál es el tratamiento más adecuado de la boca seca?
- ¿Cuáles son las medidas más apropiadas para la prevención y el tratamiento de la candidiasis oral?
- ¿Cuál es el tratamiento más adecuado de la disfagia?
- ¿Cuál es el tratamiento más adecuado de las náuseas y vómitos?
- ¿Cuál es el tratamiento más adecuado del estreñimiento?
- ¿Cuál es el tratamiento más adecuado de la diarrea?
- ¿Cuál es el tratamiento más adecuado de la obstrucción intestinal?
- ¿Cuál es el tratamiento más adecuado de la ascitis?
- ¿Cuál es el tratamiento más adecuado del hipo?

6.6.1. Cuidados de la boca

Opinión de expertos 4

Los cuidados de la boca son un aspecto de gran importancia en el paciente en FFV. Las lesiones y complicaciones son frecuentes y tienen gran influencia en el bienestar del paciente. Es importante tratar de prevenir los problemas orales por medio de una buena higiene e hidratación, ya que sus consecuencias afectan no sólo a la correcta alimentación e hidratación del paciente, sino también a aspectos relacionados con la comunicación y las relaciones sociales (212).

Los propósitos de una buena higiene oral son:

- Mantener los labios y la mucosa oral limpios, suaves y sin lesiones en la medida de lo posible.
- Eliminar la placa y los restos.
- Prevenir la infección oral, enfermedad periodontal, caries y halitosis.

- Aliviar el dolor y malestar y aumentar o mantener la ingesta oral.
- Prevenir los daños que pueden ocasionar los tratamientos antineoplásicos.
- Minimizar el malestar psicológico y el aislamiento y fomentar la implicación familiar.
- Mantener la dignidad del paciente, también en los últimos momentos.

Es preciso un examen regular de la cavidad oral por el propio paciente, y conviene instruirle sobre el cuidado e higiene de la boca (cepillado frecuente con material adecuado), incluidas las prótesis dentales. Muchos de los colutorios comerciales contienen productos irritantes como alcohol, limón y glicerina, que son perjudiciales en caso de irritación de la mucosa oral.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

6.6.2. Mucositis

La mayor parte de los pacientes que reciben radioterapia o quimioterapia sufren mucositis como efecto secundario del tratamiento. La *mucositis* es una reacción inflamatoria que se manifiesta en forma de eritema o ulceraciones y puede acompañarse de xerostomía y cambios en el sentido del gusto. Es una patología que afecta a la calidad de vida de los pacientes y que puede prolongar las estancias hospitalarias e interferir con la administración de los tratamientos.

Aparece entre 5-7 días tras el tratamiento, dependiendo de la dosis y del tipo de quimioterapia. Es especialmente frecuente con 5-fluorouracilo (5-FU) y metotrexato. Es mucho más frecuente en las neoplasias hematológicas que en los tumores sólidos (212).

Existen muy pocos ECA sobre su tratamiento o su prevención. La mayoría de los estudios que evalúan intervenciones en la mucositis evalúan la mejoría a través de escalas y según la disminución del dolor. La escala más utilizada es la de OMS, que define la gravedad con una puntuación de 0 a 4:

0 sin signos de mucositis
1 eritema o irritación
2 ulceración y capacidad para comer
3 ulceración y limitación para comer
4 ulceración con hemorragia y necrosis

RS de ECA 1+

La escasa evidencia sobre la prevención y el tratamiento de este problema ha sido estudiada en dos RS Cochrane (213; 214) y en una reciente GPC específica sobre el tema (215). Existen discrepancias en la selección y evaluación de la evidencia entre la GPC y las RS.

La RS sobre prevención evaluó 71 estudios con 5.217 pacientes. Los estudios están realizados con pacientes tratados con radioterapia (dosis de radiación entre 60-74 Gy) o altas dosis de quimioterapia. El 51% son en tumores de cabeza y cuello; 12 ECA en pacientes sometidos a trasplante de médula ósea.

La calidad de los ECA fue muy variable. De las 29 intervenciones analizadas, 10 mostraron algún beneficio.

Las medidas farmacológicas que mostraron algún resultado positivo en al menos dos ECA, fueron amifostina, pasta o pastilla antibiótica y enzimas hidrolíticas. Las astillas de hielo se mostraron efectivas en pacientes que reciben quimioterapia con 5-FU.

Amifostina produce un ligero beneficio en la prevención de la mucositis moderada y grave [RR 0,84 (IC 95%: 0,75-0,95) NNT de 10 (IC 95%: 2-33)] para una prevalencia de mucositis de 60% en el grupo control. Las enzimas hidrolíticas (papaína, tripsina, quimiotripsina) se administran por vía oral y disminuyen la mucositis moderada y grave, [RR 0,52 (IC 95%: 0,36-0,74)]. El NNT para una prevalencia de mucositis del 60% es de 4 (IC 95%: 3-6).

La pasta antibiótica (combinación de polimixina, tobramicina y anfotericina) también mostró un beneficio moderado en la prevención de la mucositis inducida por la radioterapia, pero los estudios presentan alto riesgo de sesgo (215; 216).

Las astillas de hielo previnieron la mucositis en todos los niveles [RR 0,63 (IC 95%: 0,44-0,91)] y un NNT de 5 (IC 95%: 3-19).

Otras intervenciones que muestran algún beneficio en un solo ECA son bencidamina, fosfato de calcio, miel, povidona y sulfato de zinc. Todos ellos en administración local en forma de pastas o colutorios. La GPC recomienda el uso de bencidamina en la prevención de la mucositis inducida por radioterapia (215). **ECA 1+**

Hay algunos estudios posteriores a la RS. Glutamina oral (217) disminuyó la incidencia de mucositis oral (igual o mayor de dos en la escala de la OMS), 38,7% vs. 49,7% (p = 0,026), y también la grave (igual o mayor de tres), 1,2% vs. 6,7% (p = 0,005), en pacientes con cáncer de mama en tratamiento con quimioterapia con antraciclina. La reciente GPC sobre este tema no recomienda esta opción debido a su toxicidad (215). **ECA 1-**

Otro estudio, con pocos pacientes y evaluación no enmascarada, obtuvo resultados favorables para la palifermina (218). La GPC limita este último fármaco a los pacientes que reciben tratamiento con altas dosis de quimoterapia y radioterapia previa a un trasplante de médula ósea (215).

La decisión de utilizar tratamiento farmacológico preventivo depende del tipo de tumor y del régimen de radioterapia o quimioterapia que se utilice (215).

La revisión Cochrane (214) sobre el tratamiento de la mucositis oral en pacientes con cáncer en tratamiento con radioterapia o quimioterapia incluyó 26 ECA, con un total de 1.353 pacientes. Sus objetivos fueron comprobar la efectividad de los tratamientos para mejorar o erradicar la mucositis o para el dolor asociado a ella. En 10 ECA los pacientes recibieron transplantes de médula, y 7 fueron en pacientes con cáncer de cabeza y cuello. **RS de ECA 1+**

Hay evidencia débil y contradictoria (sólo un ensayo por intervención y con riesgo de sesgo) de que los enjuagues de alopurinol, factores estimulantes

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

del crecimiento de granulocitos, inmunoglobulinas y extractos de placenta pueden ser beneficiosos para mejorar o erradicar la mucositis. La GPC recomienda no utilizar los factores estimulantes del crecimiento de granulocitos, ni la clorhexidina; ésta última puede ser perjudicial (215).

No hay evidencia de que la analgesia controlada por el paciente sea mejor para el control del dolor que el método de infusión continua; sin embargo, la cantidad de opioides utilizados por hora y la duración de la terapia son menores en el primer caso.

Hay evidencia débil de que la analgesia basada en la farmacocinética reduce más el dolor que la analgesia controlada por el paciente, pero se utiliza mayor cantidad de opioides.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de práctica clínica y está pendiente su actualización.

Resumen de evidencia

1+	Los tratamientos que ofrecen algún resultado positivo en la prevención de la mucositis en al menos dos ECA son amifostina, pasta o pastilla antibiótica y enzimas hidrolíticas. Las astillas de hielo son efectivas en pacientes que reciben quimioterapia con 5-FU. En un solo ECA se muestran efectivos bencidamina, fosfato de calcio, miel, cuidados de la boca, povidona y sulfato de zinc (213) (217).
1+	Existe evidencia contradictoria de que los enjuagues de alopurinol, factores estimulantes del crecimiento de granulocitos locales, inmunoglobulinas y extractos de placenta sean beneficiosos para mejorar o curar la mucositis (214).
1+	La cantidad de opioides utilizados por hora y la duración de la terapia con analgesia controlada por el paciente son menores que con la infusión continua (214).

Recomendaciones

D	La indicación del tratamiento farmacológico preventivo debe realizarse de acuerdo con el riesgo de desarrollar mucositis, riesgo basado en la situación clínica y en la modalidad y dosificación del tratamiento (radioterapia o quimioterapia).
B	La prevención mediante fármacos o medidas locales (enzimas hidrolíticas, astillas de hielo, bencidamina, sulfato de zinc) o parenterales (amifostina) puede realizarse en casos seleccionados.
B	No hay evidencia suficiente para recomendar el tratamiento de la mucositis con enjuagues de alopurinol, factores estimulantes del crecimiento de granulocitos o inmunoglobulinas, por lo que la base del tratamiento tiene que ser la higiene cuidadosa de la boca y la analgesia.
A	La analgesia controlada por el paciente puede utilizarse para disminuir la dosis de morfina en el tratamiento del dolor por la mucositis.

6.6.3. Boca seca (xerostomía)

La *xerostomía* es la sensación subjetiva de boca seca que no siempre se acompaña de una disminución detectable de la producción de saliva.

Es un síntoma muy frecuente en los pacientes en FFV. En un estudio en pacientes con cáncer en estadios avanzados, el 88% refirieron xerostomía de intensidad media (219). Sus repercusiones sobre la calidad de vida son importantes (220).

La ausencia de saliva aumenta las ulceraciones, candidiasis e infecciones, además de hacer más difícil la alimentación y provocar una sensación desagradable para el paciente.

Las causas son varias y pueden potenciarse entre sí: tratamiento con radioterapia en tumores de cabeza y cuello, medicación, deshidratación y causas psicológicas, como la ansiedad y la depresión.

Es importante mantener los consejos sobre los cuidados de la boca comentados anteriormente.

RS de ECA 1+

Una revisión sistemática en pacientes que padecían xerostomía después de haber recibido radioterapia para cáncer de cabeza o cuello concluye que el tratamiento que ha demostrado eficacia es la pilocarpina oral a dosis entre 5-10 mg (221). Según los datos incluidos en el metaanálisis se observa una mejoría en la xerostomía [RR 1,83 (IC 95: 1,34-2,49)].

Estos datos se han confirmado en una reciente revisión Cochrane también en pacientes en tratamiento con radioterapia (222).

El efecto secundario más frecuente fue el aumento de la sudoración, que está relacionado con las dosis. Entre el 21% y el 55% experimentaron este efecto adverso (en el grupo placebo entre el 5% y el 10%). La tasa de abandono del tratamiento por la sudoración está entre el 0% y el 29%.

Los autores comentan como limitación que pilocarpina sólo ha demostrado su utilidad en pacientes tratados con radioterapia.

Debe constar la preexistencia de función salivar y no existir contraindicaciones a pilocarpina (aunque no se observaron efectos secundarios graves, los pacientes asmáticos o que utilizaban betabloqueantes estaban excluidos de los estudios).

RS de ECA 1+

Una revisión posterior (223), que engloba un espectro más amplio de pacientes, también recomienda la utilización de pilocarpina 5 mg tres veces al día (se puede subir hasta 10 mg) en individuos con xerostomía tras el tratamiento con radioterapia. Los efectos secundarios más frecuentes son: sudoración, rinitis, molestias digestivas y urinarias. El tratamiento está contraindicado en pacientes con úlcera gástrica, asma incontrolada, HTA o en tratamiento con betabloqueantes.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Un estudio reciente, recogido en esta revisión, con colutorios de pilocarpina en individuos sanos, muestra resultados prometedores (aumento de la salivación sin efectos secundarios), pero se necesitan más estudios.

También es eficaz administrar cevimelina 30 mg tres veces diarias para la xerostomía en el síndrome Sjögren (223), aunque este fármaco no está comercializado en nuestro país.

No hay evidencia de que la acupuntura (223) sirva para mejorar los síntomas en los pacientes con xerostomía, ni de otros tratamientos tópicos, como colutorios. **RS de ECA 1+**

La correcta higiene de la boca y el uso de estimuladores de la salivación como chicles, frutas (como la piña), hielo y el uso de saliva artificial (como metilcelulosa) pueden ser útiles en algunos casos, aunque son escasas las evidencias sobre su eficacia (212). **Opinión de expertos 4**

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Resumen de evidencia

1+	Pilocarpina oral (5-10 mg/8 horas) es eficaz en el tratamiento de la xerostomía. Produce efectos secundarios debido a su acción colinérgica (sudoración, rinitis, molestias urinarias) (221-223).

Recomendaciones

D	En los pacientes con xerostomía, además de la higiene de la boca, se pueden utilizar estimulantes de la salivación, hielo o saliva artificial.
A	En el caso de precisarse tratamiento farmacológico de la xerostomía está indicada la pilocarpina, teniendo en cuenta su beneficio y la posibilidad de efectos secundarios.

6.6.4. Candidiasis

La candidiasis es la infección micótica más frecuente en pacientes con cáncer; el 27% de los pacientes ingresados en oncología presentan candidiasis con sintomatología clínica y, en pacientes inmunodeprimidos (220), la candidiasis puede ser el origen de una diseminación sistémica.

La candidiasis puede aparecer, sobre todo, como consecuencia de los tratamientos inmunosupresores (quimioterapia y radioterapia) o en el SIDA; pero también es frecuente en pacientes no oncológicos como consecuencia de tratamientos antibióticos, corticoides, deficiente higiene bucal, etc. (224).

Fuera del contexto del tratamiento de la candidiasis producida por la quimioterapia y la radioterapia, existen pocos ECA, la mayoría realizados en pacientes con SIDA.

Existe consistencia sobre la eficacia de los tratamientos tópicos (nistatina, miconazol y clotrimazol) y orales (itraconazol y fluconazol) (225; 226). Fluconazol es más efectivo que nistatina; no existen comparaciones entre miconazol o clotrimazol con el tratamiento oral (225; 226).

En la elección del tratamiento conviene tener en cuenta la posibilidad de administración de miconazol en una sola dosis, frente a las cinco dosis de clotrimazol.

En el caso de que los pacientes en CP vayan a recibir tratamiento con quimioterapia, puede plantearse la necesidad de realizar profilaxis con antifúngicos.

RS de ECA 1+

Una revisión Cochrane abordó la prevención de la candidiasis en pacientes con cáncer que recibían quimioterapia o radioterapia (227). Incluyó 28 ensayos con 4.226 pacientes.

Muchos ensayos están realizados en pacientes con neutropenia o con alto riesgo de padecerla por la quimioterapia empleada, ya que 18 de los ECA eran en pacientes con leucemia.

Hay pruebas sólidas derivadas de ECA de que los antimicóticos de absorción total (fluconazol, ketoconazol e itraconazol) o parcial (miconazol y clotrimazol) en el tracto gastrointestinal (GI) previenen la candidiasis oral en pacientes que reciben tratamiento para el cáncer.

Siete ensayos con 1.153 pacientes que compararon dos fármacos de absorción total frente a placebo o no tratamiento, muestran un RR de 0,47 (IC 95%: 0,29 a 0,78%), lo que implica un NNT de 9 (IC 95%: 7 a 13) en poblaciones con una incidencia del 20% en el grupo control.

Cuatro ensayos con 292 pacientes compararon fármacos de absorción parcial en el tracto GI con placebo y se observó que estos fármacos también previnieron la candidiasis oral [RR 0,13; (IC 95%: 0,6 a 0,46)].

Los fármacos que no se absorben en el tracto GI (anfotericina B, nistatina o clorhexidina) no se han mostrado eficaces en la prevención de la candidiasis.

La profilaxis se realiza al recibir el tratamiento con radioterapia o quimioterapia y la duración de los estudios es de entre tres y seis semanas (ver tabla 20).

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Tabla 20. Fármacos para la prevención de la candidiasis

Fármaco	Dosis
Fluconazol Ketoconazol Itraconazol Miconazol	50 mg/12 horas 400 mg/día 100 mg/12 horas 500 mg/6 horas
Clotrimazol*	10 mg disuelto y tragado/8 horas

* Presentación no disponible en España.

Existe otra revisión Cochrane (228) acerca del tratamiento de la candidiasis en pacientes tratados con quimioterapia o radioterapia. No existen muchos ECA sobre esta cuestión, y los localizados son de poca calidad y no incluyen los antifúngicos de mayor uso en nuestro medio. Existe una evidencia débil de que el ketoconazol puede erradicar la candidiasis oral y de que clotrimazol a dosis 50 mg es más efectivo que a dosis de 10 mg. Fluconazol se mostró más efectivo que nistatina en uno de los ECA incluido en la RS. **RS de ECA 1+**

En un ECA ketoconazol se muestra más efectivo que el placebo [RR 3,61 (IC 95%: 1,47-8,88)] y en otro ECA clotrimazol es más eficaz a dosis de 50 mg que de 10 mg [RR 2 (IC 95%: 1,11 a 3,6)].

Antes de tomar una decisión respecto al tratamiento hay que tener en cuenta la toxicidad hepática de ketoconazol.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Resumen de evidencia

1+	Los tratamientos tópicos con miconazol, clotrimazol y nistatina y los orales (fluconazol e itraconazol) son eficaces en el tratamiento de la candidiasis de los pacientes en CP.
1+	Los fármacos de absorción total en el tracto GI (fluconazol, ketoconazol, itraconazol) son efectivos en la prevención de la candidiasis oral en los pacientes con neutropenia o alto riesgo de padecerla que van a recibir quimioterapia o radioterapia (227). Los fármacos de absorción parcial (miconazol, clotrimazol) en el tracto gastrointestinal también son efectivos en la prevención de la candidiasis oral (227). Los fármacos que no se absorben en el tracto gastrointestinal (anfotericina B y nistatina) no han demostrado eficacia en la prevención de la candidiasis oral (227).
1+	Existe evidencia débil de que el ketoconazol puede erradicar la candidiasis oral en los pacientes tratados con quimioterapia (228).
1+	Existe evidencia débil a favor de la dosis de 50 mg de clotrimazol frente a la de 10 mg en el tratamiento de la candidiasis producida por quimioterapia (228).

Recomendaciones

B	La candidiasis no relacionada directamente con radioterapia o quimioterapia puede ser tratada en primer lugar con antifúngicos tópicos (preferentemente miconazol o clotrimazol) y, en caso necesario, con antifúngicos orales (itraconazol y fluconazol).
A	En los pacientes oncológicos con candidiasis oral tras tratamiento inmunosupresor puede utilizarse el tratamiento con ketoconazol, fluconazol o clotrimazol (50 mg).

A	En los pacientes oncológicos con neutropenia o alto riesgo de padecerla que van a recibir tratamientos con quimioterapia y radioterapia, los antifúngicos que se absorben en el tracto gastrointestinal total o parcialmente (fluconazol, ketoconazol, itraconazol, miconazol y clotrimazol) son el tratamiento de elección en la prevención de la candidiasis oral.

6.6.5. Disfagia

La disfagia puede ocurrir en el paciente en FFV por diferentes causas que afectan al mecanismo de la deglución.

La mucositis y xerostomía afectan a las fases de masticación y preparación del bolo alimenticio. Los trastornos linguales interfieren en la fase de la deglución oral, mientras que las fases faríngea y esofágica se alteran por los procesos que afectan a estas zonas (invasión tumoral).

La evidencia sobre el tratamiento de la disfagia en general es escasa, ya que depende del tratamiento de la causa subyacente.

Además, la disfagia puede deberse a la afectación de las estructuras nerviosas implicadas en la deglución ya sea por problemas vasculares, neurológicos o secuelas del tratamiento (cirugía, radioterapia, etc.) (229).

El tratamiento requiere una valoración individualizada dirigida a determinar y, si es posible, tratar la causa responsable (consultar secciones de mucositis y xerostomía).

Opinión de expertos 4

Pueden emplearse algunas medidas generales destinadas a favorecer la deglución, como una hidratación adecuada, una dieta blanda adaptada a las preferencias del paciente o uso de espesantes (229).

En el caso de problemas obstructivos, la radioterapia puede disminuir el tamaño tumoral, y los corticoides disminuyen el edema peritumoral (esófago, faringe, laringe, etc.) (dexametasona 8 mg/día oral o 4 mg parenteral) (229).

Series de casos 3

En esta GPC no se aborda el tratamiento paliativo de la disfagia debida a tumores primarios esofágicos, ya que requiere técnicas especializadas, como dilatación endoscópica, braquiterapia, colocación de stents por vía endoscópica o tratamiento mediante láser endoscópico (230).

En caso de una disfagia por componente obstructivo que no responda a ninguna medida puede valorarse la alimentación mediante sonda nasogástrica, gastrostomía o yeyunostomía.

Opinión de expertos 4

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Resumen de evidencia

4	La evidencia sobre el tratamiento de la disfagia como síntoma general es escasa, ya que depende de su etiología (229).

Recomendaciones

D	El tratamiento de la disfagia requiere una valoración individualizada para identificar y, si es posible, tratar las diferentes causas implicadas.
D	La dieta debe adaptarse a las características clínicas de la disfagia. Se recomienda una dieta blanda de acuerdo a los gustos de cada paciente. En el caso de disfagia por líquidos se pueden utilizar espesantes.
D	En caso de disfagia obstructiva por invasión tumoral se puede ensayar un ciclo corto de corticoides.
D	En caso de disfagia grave que no responde al tratamiento y que impide la alimentación oral, el equipo, el paciente y sus cuidadores pueden decidir el uso de sonda nasogástrica o la realización de ostomías.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

6.6.6. Náuseas y vómitos

Las náuseas y vómitos se presentan en entre 6% y 68% de los pacientes oncológicos y los porcentajes oscilan entre 30% y 50% en pacientes con SIDA, insuficiencia cardiaca o renal (79) (ver tabla 2).

El mecanismo implicado en la aparición de las náuseas y vómitos es complejo e implica los sistemas nervioso y gastrointestinal. Puede producirse por estimulación directa del centro del vómito (alteraciones metabólicas, opioides), hipertensión endocraneal (tumores primarios o metastáticos), alteraciones gastrointestinales y vestibulares, etc. Muchos de los tratamientos utilizados en CP tienen como efectos secundarios náuseas y vómitos: analgésicos (AINE, opioides, etc), antidepresivos, neurolépticos, antibióticos y sobre todo la radioterapia y la quimioterapia. En muchas situaciones coexisten los dos mecanismos de acción. La quimioterapia puede ser un irritante de la mucosa digestiva y actuar directamente sobre el centro del vómito, por ejemplo.

Un caso particular es el de los pacientes que sufren vómitos anticipatorios producidos ante situaciones que les recuerdan su experiencia de aparición de vómitos o náuseas tras un primer ciclo de radioterapia o quimioterapia.

Dos revisiones recientes (231; 232) recogen la evidencia sobre náuseas y vómitos. Una de ellas (231) se centra en estos síntomas en el contexto de los pacientes que reciben quimioterapia o radioterapia, mientras que la otra (232)

los excluye. Es mucho más abundante la literatura acerca de la profilaxis y el tratamiento de las náuseas y vómitos en el primer caso.

Las GPC específicas de oncología recomiendan la selección del régimen de profilaxis y de tratamiento tras las 24 horas de su administración en función del riesgo de emesis de los fármacos administrados (233). **GPC 4**

La quimioterapia se clasifica en cuatro categorías según su riesgo de emesis: alta (>90%), moderada (>30% ≤90%), baja (≥10% ≤30%), mínima (<10%) (233).

Las categorías de la radioterapia se corresponden con la superficie corporal irradiada: alta (>90%; todo el cuerpo), moderada (>60% ≤90%; abdomen superior), baja (≥30% ≤60%; torax inferior, pelvis, craneoespinal), mínima (<30%; cabeza y cuello, extremidades, mama) (233).

Para la profilaxis en quimioterapia existen datos que avalan la eficacia de dexametasona (20 mg/día) (231; 234), antagonistas de 5HT3 (231; 235) (ondansetrón* 16-24 mg/día) y metoclopramida (40-60 mg/día) (231). Los antagonistas de 5HT3 y dexametasona son más eficaces que metoclopramida; la combinación de dexametasona con antagonistas 5HT3 es más eficaz que la monoterapia en los pacientes con riesgo de emesis bajo o moderado (235). **RS de ECA 1+**

Los antieméticos se emplean previamente a la administración de la quimioterapia durante periodos breves de tiempo; por ejemplo, los antagonistas de 5HT3 se administran en dosis única previa a la quimioterapia.

Aprepitant, añadido a dexametasona y a un antagonista de 5HT3, aumenta la eficacia de éstos últimos en pacientes con un régimen de quimioterapia con alto riesgo de emesis (236). **ECA 1+**

Los cannabinoides nabilona, dronabinol (tetrahidrocannabinol) por vía oral y levonantradol por vía IM se han mostrado más eficaces que placebo y que otros fármacos como haloperidol, domperidona o metoclopramida; pero con una elevada frecuencia de múltiples efectos adversos, como alteraciones del estado de ánimo, sedación, paranoia o hipotensión (237). Ello obliga a seleccionar cuidadosamente a los pacientes que pueden beneficiarse del tratamiento. Actualmente, estos fármacos no están comercializados en nuestro medio. **RS de ECA 1+**

Existe mucha menos evidencia sobre la profilaxis de los vómitos inducidos por la radioterapia. Además de la extensión de la zona irradiada, hay que tener en cuenta la dosis administrada por sesión.

Una RS sobre los antagonistas de 5HT3 en profilaxis de vómitos por radioterapia sólo encontró limitada evidencia a favor (238) con metoclopramida. **RS de ECA 1+**

Otro ECA no incluido en la RS mostró que ondansetrón fue más eficaz que una combinación de dexametasona y clorpromazina en pacientes con una sesión de radioterapia en hemicuerpo inferior (239). **ECA 1+**

*** NOTA INFORMATIVA Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (10 de agosto de 2012):**

Se establecen nuevas recomendaciones de uso de ondansetrón debido a su potencial arritmogénico. No deberá administrarse una dosis única de ondansetrón por vía intravenosa (iv) superior a 16 mg para la prevención de náuseas y vómitos inducidos por quimioterapia.

Para más información consulte: http://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/medicamentosUsoHumano/seguridad/2012/NI-MUH_FV_14-2012.htm

Han transcurrido más de cinco años desde la publicación de esta Guía de práctica clínica y está pendiente su actualización.

Una reciente GPC recomienda el ondansetrón, solo o combinado con corticoides, para los pacientes con alto riesgo de emesis. Para el resto de categorías, lo recomienda solo, salvo para la de riesgo mínimo, para la que no se recomienda profilaxis.

GPC
4

El abordaje de los vómitos que se producen a pesar de la profilaxis recomendada tras quimioterapia o radioterapia ha sido mucho menos estudiado.

Opinión de expertos
4

En estos casos se recomienda la utilización de dexametasona (4 a 8 mg/12 horas), metoclopramida (5-10 mg/8 horas) o domperidona (20 mg/6 horas). Puede combinarse dexametasona con cualquiera de los otros dos fármacos (240-242).

Las náuseas y vómitos no asociados a terapia específica oncológica se estudiaron en la RS de Glare (232), que recogió 22 estudios (2 RS, 7 ECA y 12 estudios no controlados). Debido a la heterogeneidad de los estudios, no se realizó metaanálisis. Metoclopramida es el fármaco más estudiado; se muestra más eficaz que placebo e igual de eficaz que clorpromazina.

ECA
1+

Los corticoides se evalúan en los casos de obstrucción intestinal (ver sección específica).

Haloperidol (231; 243) no ha sido evaluado mediante ECA. Se ha mostrado eficaz en series de casos, especialmente en náuseas producidas por opioides, insuficiencia renal o hipercalcemia.

Series de casos
3

En cuanto a los antagonistas de 5 HT3, un ECA no encontró diferencias entre metoclopramida y ondansetrón; en un segundo ECA, tropisetrón, solo o añadido a corticoides, se mostró eficaz en controlar las náuseas y vómitos en los casos resistentes al tratamiento convencional con metoclopramida o clorpromazina.

ECA
1 +

Los antihistamínicos no están avalados por ECA. En las series de casos se muestran respuestas positivas cuando existen alteraciones vestibulares. No existen datos sobre la eficacia de antipsicóticos atípicos.

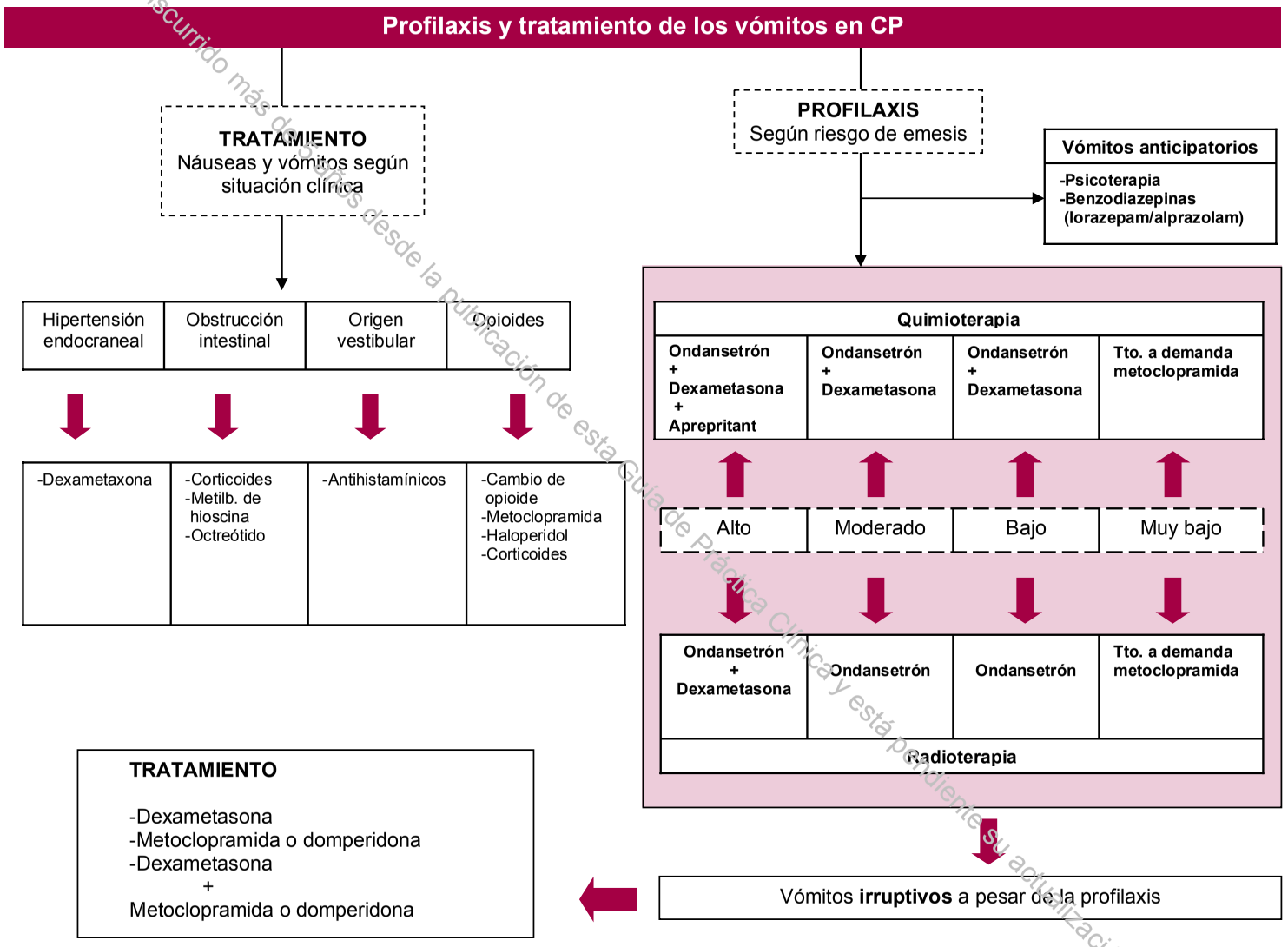
La evidencia sobre los vómitos anticipatorios es escasa. Se ha localizado una revisión reciente (244). Se sabe que la incidencia e intensidad de los vómitos en el tratamiento inicial determinan la aparición del fenómeno, por lo que una profilaxis correcta puede disminuir su aparición. Los pacientes menores de 50 años, la disfunción familiar y los trastornos emocionales previos son también factores de riesgo. Existe evidencia consistente sobre la eficacia de la psicoterapia con técnicas conductuales (desensibilización sistemática) o de relajación, lo que obliga a disponer de personal especializado. Existen algunos ensayos clínicos con un número reducido de pacientes en los que las benzodiazepinas (alprazolam 0,5-2 mg/día y lorazepam), añadidas al tratamiento antiemético y al apoyo psicológico, mejoraron los vómitos anticipatorios.

ECA
1+

En la figura 11 se resume la profilaxis y el tratamiento de los vómitos en los pacientes en CP.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Figura 11. Profilaxis y tratamiento de los vómitos en los pacientes en CP



Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Resumen de evidencia

1+/3	Dexametasona, los antagonistas 5HT3 y metoclopramida son eficaces en la profilaxis de los vómitos en pacientes sometidos a quimioterapia o radioterapia (231-233; 239; 241).
1+	Los antagonistas de 5HT3 y los corticoides son más eficaces que metoclopramida en la profilaxis de los vómitos de los pacientes sometidos a quimioterapia (231; 232). La combinación de dexametasona con antagonistas 5HT3 es más eficaz que la monoterapia en pacientes con riesgo bajo a moderado de emesis (231).
1+	La combinación de aprepitant con dexametasona y antagonistas de 5HT3 es más eficaz que la combinación de estos dos últimos en la profilaxis de las náuseas y vómitos en pacientes con quimioterapia con elevado riesgo de emesis (231; 234).
1+	Los canabinoides nabilona, dronabinol (tetrahidrocannabinol) por vía oral y levonantradol por vía IM se han mostrado más eficaces que placebo y que otros fármacos como haloperidol, domperidona o metoclopramida, pero con una elevada frecuencia de efectos adversos (alteraciones del estado de ánimo, sedación, paranoia o hipotensión) (237).
4	Dexametasona (4-8 mg/12 horas), metoclopramida (5-10 mg/8 horas) o domperidona (20 mg/6 horas), y la combinación de dexametasona con cualquiera de los anteriores son eficaces en el tratamiento de los vómitos irruptivos tras tratamiento con quimioterapia o radioterapia (240-242).
1+	Fuera del contexto de los pacientes tratados con quimioterapia o radioterapia, metoclopramida es eficaz en el tratamiento de las náuseas y vómitos en la FFV (232).
3	Haloperidol produce mejoría de las náuseas y vómitos (243).
3	Los antihistamínicos alivian las náuseas y vómitos producidos por alteraciones vestibulares (232).
1+	La terapias de modificación de conducta son útiles en las náuseas y vómitos anticipatorios (244).
1+	Las benzodiazepinas (alprazolam y lorazepam), añadidas al tratamiento con antieméticos y al apoyo psicológico, son eficaces en las náuseas y vómitos anticipatorios (244).

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y será pronto de su actualización.

Recomendaciones

√	El tratamiento de las náuseas y vómitos en el paciente en FFV requiere una valoración cuidadosa de la etiología y factores implicados (hipertensión endocraneal por invasión tumoral, trastornos metabólicos, fármacos, afectación visceral, etc.) para poder realizar un tratamiento individualizado.

D	En los pacientes que reciben quimioterapia o radioterapia, la profilaxis de las náuseas y vómitos debería basarse en el riesgo de emesis.
B	En los vómitos inducidos por quimioterapia con moderado o bajo riesgo de emesis se recomienda la asociación de antagonistas de 5HT3 (como ondansetrón) y corticoides.
B	En los vómitos inducidos por quimioterapia con alto riesgo de emesis se recomienda la asociación de antagonistas de 5HT3, corticoides y aprepitant.
D	En los vómitos irruptivos tras el tratamiento con quimioterapia o radioterapia pueden utilizarse los corticoides, domperidona, metoclopramida o combinaciones de corticoides con metoclopramida o domperidona, dependiendo de la intensidad de los síntomas.
B	Metoclopramida es el tratamiento de elección en los pacientes con náuseas y vómitos sin relación con la quimioterapia o la radioterapia. Los antagonistas de de 5HT3 pueden añadirse a la terapia convencional en caso de escaso control de síntomas.
B	En los vómitos anticipatorios puede utilizarse la psicoterapia mediante técnicas conductuales. Alprazolam y lorazepam pueden utilizarse como terapia añadida al consejo y a la psicoterapia.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

6.6.7. Estreñimiento

El estreñimiento afecta a una amplia proporción de pacientes en CP (ver tabla 2). En los pacientes oncológicos puede llegar hasta el 65% y en la insuficiencia renal hasta el 70%. La inmovilidad, la dieta, algunos trastornos metabólicos, como la hipercalcemia, y sobre todo el uso de fármacos, como los opioides, explican esta prevalencia. En los pacientes en FFV que reciben opioides, el estreñimiento puede estar presente hasta en el 87% de los casos (245).

Las pautas de tratamiento utilizadas en la población general referidas a la alimentación y al ejercicio físico son de difícil aplicación en los CP, por lo que la utilización de laxantes es una necesidad casi obligada (246).

Opinión de expertos 4

No obstante, dentro del plan de cuidados generales del paciente deben incluirse la ingesta suficiente de líquidos, la dieta con aporte de fibra, la movilización adaptada a cada paciente y la anticipación ante el posible estreñimiento producido por fármacos (247).

La eficacia de los laxantes ha sido estudiada en dos revisiones recientes (245; 246). La revisión Cochrane examina el tratamiento en los pacientes en CP, mientras que la segunda se centra sólo en los pacientes en tratamiento con opioides.

Son muchos los laxantes empleados en CP; sin embargo, existen pocos ECA que hayan estudiado su eficacia. Ninguna de las dos revisiones encuen-

tra ECA o estudios de cohorte que evalúen los enemas o los supositorios de glicerina, por ejemplo.

Los laxantes pueden clasificarse según su mecanismo de acción:

- Formadores de bolo (metilcelulosa, plantago ovata).
- Activadores del peristaltismo intestinal (sen, senósidos A y B, bisacodilo, picosulfato sódico).
- Lubricantes y emolientes (docusato, aceites minerales).
- Osmóticos (lactulosa, lactitol, sales de magnesio, polietilenglicol).

La RS Cochrane (246), basada sólo en cuatro ECA (280 pacientes), encuentra moderada eficacia para lactulosa, sen, dantrón combinado con poloxámero (no comercializados en España), e hidróxido de magnesio combinado con parafina líquida.

RS de ECA 1+

La segunda (245) confirma la eficacia de los mismos fármacos más la del polietilenglicol. No se han encontrado diferencias en eficacia o efectos secundarios entre lactulosa y sen o polietilenglicol. Las preferencias de los pacientes y la experiencia de uso del equipo determinan la elección del laxante.

RS de ECA 1+

No encuentra datos suficientes que avalen la eficacia de otros laxantes usados comúnmente en CP, como las sales de magnesio solas, metilcelulosa o picosulfato sódico.

Otra situación clínica frecuente que complica el estreñimiento en los pacientes en CP es la impactación fecal (fecalomas), ya que limita la calidad de vida del paciente y su familia. Es necesario descartarlo mediante un examen rectal antes de prescribir tratamientos específicos para el estreñimiento. Para tratar la impactación fecal se recomienda el uso de laxantes administrados por vía rectal: supositorios (glicerina) o enemas (citrato sódico, fosfatos) (247). Su uso requiere una correcta analgesia del paciente.

Opinión de expertos 4

Resumen de evidencia

1+	Lactulosa, sen, polietilenglicol, dantrón combinado con poloxámero e hidróxido de magnesio combinado con parafina líquida son eficaces en el tratamiento del estreñimiento en pacientes en CP que reciben o no opioides (245; 246).

Recomendaciones

√	Antes de prescribir un tratamiento con laxantes es necesario descartar la presencia de fecalomas.
A	Se recomienda el uso de laxantes (sen, lactulosa sola o asociada a sen, polietilenglicol, sales de magnesio y parafina líquida) junto a una dieta adecuada (fibra e hidratación suficiente) y ejercicio adaptado.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esa Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

B	La prescripción de opioides debe acompañarse de medidas preventivas, incluidos los laxantes.
D	En el caso de impactación fecal pueden utilizarse laxantes por vía rectal (supositorios o enemas).

6.6.8. Diarrea

La diarrea es menos frecuente que el estreñimiento en CP, sobre todo en los de causa oncológica. En algunas series de casos se llega hasta el 30%; en el caso del SIDA puede presentarse hasta en el 90% (79) (ver tabla 8).

Como en muchos de los síntomas digestivos, la etiología es multifactorial. En la tabla 21 se describen las posibles causas de diarrea en CP. Una de las causas más frecuentes es el uso de laxantes (247).

Tabla 21. Etiología de la diarrea en CP

- Laxantes
- Medicamentos: antibióticos, AINE, antiácidos
- Quimioterapia (sobre todo 5-fluorouracilo e irinotecan)
- Radioterapia
- Síndrome de malabsorción: secuelas de cirugía digestiva, carcinoma de páncreas
- Tumores: digestivos y carcinoides
- Gastroenteritis y otras infecciones
- Obstrucción intestinal
- Impactación fecal

El abordaje inicial del paciente con diarrea en CP comienza por la identificación de la etiología. Es especialmente importante conocer la causa de la diarrea, ya que algunas terapias, como el uso de opioides, están contraindicadas en las diarreas infecciosas. Otras causas, como la toxicidad inducida por la quimioterapia y radioterapia, o los síndromes de malabsorción, precisan una terapia específica.

La diarrea producida por la quimioterapia, sobre todo con algunos agentes como el 5-fluorouracilo o irinotecan, requiere una evaluación y tratamiento específico. La toxicidad de la diarrea puede clasificarse de acuerdo con la frecuencia de deposiciones diarias y la afectación del estado general (tabla 22). Los grados 3 y 4 exceden el propósito de esta guía (consultar referencia (248)). Los grados 1 y 2 pueden tratarse en el domicilio del paciente, siempre que no existan complicaciones sistémicas (fiebre, signos de infección, disminución significativa de la capacidad funcional, etc.).

Han transcurrido más de 4 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Tabla 22. **Clasificación de la gravedad de la diarrea producida por la quimioterapia**

	Grado				
	0	1	2	3	4
Pacientes sin colostomía	Ninguno	Aumento hasta 3 dps/d	Aumento entre 4 y 6 dps/d o dps nocturnas	Aumento de 7 o más dps/d o necesidad de hidratación parenteral	Deterioro que requiere cuidados intensivos o fracaso hemodinámico
Pacientes con colostomía	Ninguno	Ligero aumento en el contenido de la colostomía	Moderado aumento que no interfiere con las actividades del paciente	Severo aumento que interfiere con las actividades del paciente	Deterioro que requiere cuidados intensivos o fracaso hemodinámico

dps/d: deposiciones/día.

Han transcurrido más de cinco años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Una vez identificada la causa, el tratamiento inicial se basa en una dieta apropiada con un aporte suficiente de líquidos y sales para evitar la deshidratación (247).

Opinión de expertos 4

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

Loperamida es el antidiarreico de elección. Es eficaz también en el tratamiento de la diarrea producida por quimioterapia y radioterapia. Las pautas usadas en los ECA son variables y pueden llegar hasta los 16 mg/día (249-253). La pauta más común consiste en una dosis inicial de 4 mg, seguida de 2 mg en cada deposición hasta la normalización del ritmo intestinal sin superar los 16 mg/día.

ECA 1+

En caso de diarrea refractaria, la eficacia de somatostatina y octreótido se ha evaluado en un metaanálisis con algunos problemas metodológicos (búsqueda limitada al inglés, descripción escasa de la evaluación de los artículos incluidos) (254). Esta publicación incluyó ECA y series de casos; sólo en tres ECA utilizaron somatostatina y ninguno de ellos en pacientes tratados con quimioterapia. Los resultados mostraron la eficacia de somatostatina y octreótido, aunque hubo heterogeneidad en los resultados. Los resultados fueron homogéneos en pacientes con SIDA (menor eficacia). Octreótido se utilizó en forma de dosis progresivas desde 50 mcg por vía subcutánea hasta 5.000 mcg cada 8 horas, con una duración de entre 2 días a 33 semanas. La duración en pacientes que recibían quimioterapia osciló entre 3 y 5 días.

RS de ECA 1+

Este fármaco puede usarse también mediante bombas de infusión subcutánea. En nuestro país no tiene esta indicación aprobada.

Resumen de evidencia

1+	Loperamida es eficaz en el tratamiento de la diarrea inducida por quimioterapia y radioterapia (249-253).
1+	Octreótido es eficaz en el tratamiento de la diarrea refractaria (254).

Recomendaciones

D	El tratamiento de la diarrea en CP requiere la identificación de posibles causas corregibles, la valoración del grado en función del ritmo de las deposiciones y la afectación del estado general, y un tratamiento inicial con dieta y aporte de líquidos adecuados.
B	Loperamida está indicado cuando persista la diarrea de origen no infeccioso, incluidos los estadios 1 y 2 producidos por quimioterapia o radioterapia.
D	Loperamida está indicado hasta conseguir 12 horas sin deposiciones. En el caso de la radioterapia está indicada durante el tiempo que dure el tratamiento.
B	En caso de diarrea refractaria puede utilizarse octreótido por vía subcutánea (incluido el uso en bombas de infusión) en casos seleccionados.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

6.6.9. Obstrucción intestinal

La obstrucción intestinal maligna (OIM) es frecuente en los pacientes en CP oncológicos, sobre todo en los casos de tumores digestivos y ginecológicos. En el cáncer colorectal puede oscilar entre el 4,4%-24%, en el de ovario entre el 5,2%-42% y en otros tumores en fase avanzada entre el 3% y 15% (255).

Aunque la presencia tumoral es la causa implicada en la mayoría de los pacientes, hay que descartar otras causas posibles, como las adherencias tras cirugía, la impactación fecal debida al estreñimiento y los efectos secundarios farmacológicos, sobre todo de los opioides.

Las alternativas terapéuticas en la OIM son la cirugía, el tratamiento endoscópico y el tratamiento médico. Habitualmente, la cirugía consiste en la realización de una colostomía paliativa. El tratamiento endoscópico consiste en la colocación de prótesis metálicas autoexpandibles (PMA/stents).

La decisión sobre el tratamiento quirúrgico es compleja. Se necesita valorar cuidadosamente los beneficios que se obtienen con la cirugía en términos de resolución de la obstrucción, alivio del dolor, recidiva de la obstrucción y calidad de vida. Es preciso tener en cuenta el pronóstico vital del pa-

ciente y las complicaciones de la cirugía, ya que la mortalidad operatoria y las complicaciones posteriores son mucho más elevadas en estos pacientes (255). En la tabla 23 se presenta un listado de contraindicaciones a la cirugía recogidas de una GPC sobre este tema (256).

Tabla 23. Contraindicaciones para la cirugía en la OIM

Absolutas	Relativas
• Cáncer metastático demostrado por cirugía previa • Carcinomatosis intraabdominal que produce trastornos de motilidad • Masas difusas abdominales palpables • Ascitis masiva rápidamente recurrente tras paracentesis	• Metástasis extraabdominales que producen síntomas de difícil control (p.ej. disnea) • Extensión tumoral extraabdominal no sintomática • Deterioro general grave • Estado nutricional con deterioro grave • Edad avanzada asociada a caquexia • Radioterapia previa abdominal o pélvica

Opinión de expertos
4

Existe una RS Cochrane sobre la cirugía de la OIM en el cáncer gastrointestinal y ginecológico avanzado. Esta revisión no localizó ningún ECA y se basa en 2.058 pacientes que provienen de 24 estudios retrospectivos y uno prospectivo. Se obtuvo una mejoría entre el 42% y 80% de los casos con recurrencia de la obstrucción entre el 10% y 50%. La mortalidad perioperatoria osciló entre el 5% y 32%, con una importante morbilidad postoperatoria (infección de la herida, dehiscencias, sepsis, fístulas, tromboembolismo, etc.). La morbilidad postoperatoria es muy frecuente en estos pacientes, oscilando en las diferentes series entre el 9% y 90% de los casos (255).

RS de series de casos
3

El tratamiento mediante PMA es una técnica reciente que se utiliza tanto como paso previo a la cirugía curativa como paliativa. Consiste en la inserción endoscópica por vía rectal de un tubo cilíndrico en forma plegada que se expande una vez colocado y logra recanalizar la obstrucción. Son escasos los estudios comparativos realizados hasta ahora con otras alternativas como la cirugía.

Una reciente RS, sin metaanálisis, ha estudiado la eficacia y las complicaciones de la técnica en ambas situaciones (curativa o paliativa) (257). Se incluyeron 88 artículos, de los cuales sólo 15 fueron comparativos frente a la cirugía, dos de ellos ECA. El resto fueron 73 series retrospectivas de casos.

RS de ECA y series de casos
1+/3

De los 1.785 pacientes incluidos, en 762 (43%) se usó la PMA con intención paliativa.

La calidad de la información (métodos para evaluar los resultados, duración del estado funcional de PMA, necesidad de reintervención, etc.) proporcionada por los estudios fue pobre. En la tabla 24 se resumen los principales resultados en la población con intención paliativa.

Han transcurrido más de cinco años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Tabla 24. **Resultados (% y rango) de la colocación de PMA con intención paliativa en la OIM (257)**

Resultados	Mediana %	Rango %
Prótesis funcionante al final de seguimiento o fallecimiento	90	53-100
Perforación	4,5	0-83
Recolocación de nueva prótesis	20	0-100
Movilización postoperatoria de la prótesis	11	0-50
Obstrucción	12	1-92

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y es posible que requiera su actualización.

En los dos ECA incluidos en la revisión, la PMA tenía intención paliativa y se comparó frente a cirugía. Se incluyeron 52 pacientes aleatorios (pero sin especificación del método) y la evaluación de resultados no fue ciega (258; 259). Los resultados en cuanto a supervivencia y recuperación de la alimentación oral fueron similares en ambos grupos, pero el periodo de hospitalización fue significativamente menor en el grupo de PMA. En uno de los ECA, la obstrucción no fue completa (259).

ECA 1+/-

El tratamiento médico de la OIM en los pacientes en los que no se ha considerado apropiada la cirugía va dirigido al alivio de los síntomas, como el dolor, las náuseas o los vómitos. Ello requiere un tratamiento asociado de antieméticos, analgésicos y antisecretores (256).

Opinión de expertos 4

Los corticoides han sido ampliamente utilizados en esta indicación en base a su efecto antiinflamatorio y antisecretor. Feuer realizó una revisión sobre estos fármacos (260). Localizó 10 estudios (sólo tres ECA) con 270 pacientes en total, que utilizaron corticoides intravenosos (rango de dosis equivalente a dexametasona entre 6 y 16 mg). Se encontró una tendencia a la mejoría del cuadro obstructivo sin alcanzar una diferencia significativa y sin efectos sobre la mortalidad ni datos sobre nuevos episodios obstructivos. Los ECA presentaron algunos problemas metodológicos, como los tratamientos concomitantes utilizados y la pérdida de pacientes.

RS de ECA 1+/-

La reciente revisión de Mercadante (261) estudió cualquier tratamiento médico: corticoides frente a placebo (mismos ECA que la RS Cochrane) y octreótido frente a butilescopolamina (103 pacientes), añadido a un tratamiento estándar de soporte. Esta última comparación incluyó tres ECA con problemas metodológicos en una población de peor pronóstico que la de los ECA de corticoides. Las dosis utilizadas fueron de entre 0,3-0,8 mg/día de octreótido y 60-80 mg/día de butilescopolamina. Las variables de resultado consideradas fueron náuseas y vómitos, dolor, sequedad de boca, astenia y anorexia. Octreótido se mostró más eficaz en el alivio de las náuseas, sin diferencias en el resto de variables, incluidos los efectos adversos. En nuestro país no tiene esta indicación aprobada.

RS de ECA 1+/-

No existen comparaciones entre octreótido y corticoides.

Resumen de evidencia

1+	La cirugía y la colocación de PMA son tratamientos eficaces en pacientes seleccionados con OIM (255; 260).
1+/-	El tratamiento endoscópico con colocación de PMA requiere un menor tiempo de hospitalización que la cirugía paliativa (257).
1+/-	Los corticoides presentan una tendencia no significativa en la resolución de los síntomas en la OIM, sin conseguir cambios en la mortalidad (261).
1+	Octreótido es más eficaz en el alivio de las náuseas y vómitos que butilescopolamina e igual de eficaz en el resto de variables, incluida la supervivencia en la OIM (261).

Recomendaciones

D	Los pacientes con OIM requieren una valoración individual que tenga en cuenta su situación funcional, incluidas las contraindicaciones quirúrgicas; la localización de la obstrucción; sus preferencias; la disponibilidad de las técnicas quirúrgicas o endoscópicas, y la experiencia con ellas en el medio donde se trata al paciente.
C	La cirugía y la colocación endoscópica de prótesis metálicas autoexpandibles (PMA/stents) pueden utilizarse en pacientes con OIM seleccionados.
C	El tratamiento médico de la obstrucción intestinal debe incluir analgésicos, antieméticos y antisecretores. Pueden utilizarse, como terapia añadida, corticoides y butilescopolamina.
√	El octreótido puede utilizarse en caso de ausencia de respuesta a las medidas anteriores.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de práctica clínica y está pendiente su actualización.

6.6.10. Ascitis

La ascitis puede presentarse entre un 15% y un 50% de los pacientes con cáncer (262). Es mucho más frecuente en determinados tipos de tumores, como el de pulmón, ginecológico, de páncreas o colon. Hasta un 20% de los casos lo son por neoplasia desconocida.

Una RS reciente estudió la evidencia existente sobre las medidas utilizadas en la práctica: paracentesis, diuréticos y derivaciones peritoneovenosas (263).

La RS no localizó ningún ECA. A continuación se resumen sus hallazgos:

- **Paracentesis:** tres series de casos y dos estudios de cohortes. Mostraron una eficacia elevada en el alivio de síntomas, pero con efectos secundarios. Los estudios realizan evacuaciones de hasta 5 litros. No parece que la administración rutinaria de sueroterapia o albúmina sea eficaz.

RS de distintos tipos de estudio 2+/3

- **Diuréticos:** un ensayo abierto, tres cohortes y una serie de casos. Se evaluaron furosemida IV y espironolacotona, sola o combinada con furosemida. Se consigue una modesta eficacia, pero con posibles alteraciones de iones y de la función renal.

  Espironolactona puede recomendarse sola o combinada, a las dosis empleadas en la ascitis de etiología no maligna.

- **Derivaciones peritoneovenosas:** se encontraron 21 series de casos y un ensayo no controlado. Se compararon dos tipos de derivaciones (Le Veen y Denver) que difieren en la presión a la que funcionan, sin que pudiera concluirse cuál es mejor. Se observó una peor respuesta para las neoplasias gastrointestinales y mejor para neoplasias de mama y ovario. La medida se mostró eficaz, pero se presentan efectos secundarios frecuentes y graves en el 6% de los casos (obstrucción, edema pulmonar, embolismo pulmonar, etc.), lo que obliga a una selección muy cuidadosa de los pacientes que pueden beneficiarse de esta medida.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Resumen de evidencia

3	La paracentesis, diuréticos y derivaciones peritoneovenosas alivian los síntomas producidos por la ascitis.

Recomendaciones

D	En caso de ascitis maligna que precise tratamiento sintomático puede utilizarse la paracentesis.
D	Puede plantearse el tratamiento con diuréticos en casos muy seleccionados en los que se sospeche la presencia de niveles de renina elevados, y en ascitis por cirrosis avanzada.
D	Las derivaciones peritoneovenosas deben plantearse en casos seleccionados tras el fracaso de las medidas anteriores.

6.6.11. Hipo

El hipo es un reflejo respiratorio definido por la contracción espasmódica, súbita e involuntaria de una de las caras del diafragma, seguida de un cierre brusco de la glotis, lo que origina un sonido peculiar y característico.

Se clasifica como agudo (duración <48 horas), persistente (≥48 horas) o intratable (>2 meses).

No existen datos exactos sobre la prevalencia del hipo en los pacientes en CP, pero en algunos casos puede llegar a ser causa de importante sufrimiento del paciente y su familia (229).

El hipo puede producirse por estimulación directa de los nervios frénico y vago, y por acción del sistema nervioso central. Existen muchas causas que pueden actuar a través de estos mecanismos; entre ellas, enfermedad tumoral abdominal o mediastínica, esclerosis múltiple, efectos de los tratamientos (dilatación gástrica, cirugía abdominal, etc.), efectos secundarios farmacológicos (corticoides, opioides, BDZ, etc.), procesos intercurrentes (neumonía, pleuritis, etc.).

Hay que tener en cuenta que pueden coexistir varios mecanismos de acción en un mismo paciente.

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

En caso de que persista el hipo con afectación importante del paciente hay que recurrir al tratamiento farmacológico.

En ausencia de ECA en pacientes en CP, la literatura recoge múltiples series de casos con experiencias con diferentes fármacos.

Series de casos 3

En la tabla 25 se recogen las pautas más recomendadas por diferentes autores (229; 264; 265). Algunas pueden combinarse, como por ejemplo fármacos que actúen a nivel central como baclofeno o metoclopramida con omeprazol.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Tabla 25. Fármacos y dosis utilizados en el tratamiento del hipo

Fármaco	Dosis
Clorpromazina	25-50 mg/6-8 horas
Metoclopramida	10 mg/6-8 horas
Baclofeno	5-10 mg/12 horas (hasta 20 mg/8 h si es necesario)
Gabapentina	300-600 mg/8 h
Nifedipino	10-20 mg/8 h
Haloperidol	3 mg por la noche
Omeprazol	20 mg/día

El baclofeno es el fármaco más estudiado, por lo que puede ser la primera droga a utilizar en estos casos. Algunos autores desaconsejan clorpromazina por los efectos adversos (229).

En casos de persistir un hipo que no responde a las anteriores medidas, está indicada la utilización de midazolam IV (229) antes de recurrir a otras técnicas quirúrgicas que se escapan del objetivo de esta GPC.

Resumen de evidencia

3	Los pacientes con hipo persistente o intratable responden en grado variable a medidas no farmacológicas y a algunos fármacos (229).

Recomendaciones

D	El tratamiento del paciente con hipo persistente o intratable requiere una valoración cuidadosa y tratamiento de las posibles causas. En caso de persistir el hipo, se debe intentar un tratamiento con medidas físicas.
D	En caso necesario puede usarse un tratamiento farmacológico (baclofeno, metoclopramida, haloperidol, nifedipino o gabapentina), teniendo en cuenta las interacciones y efectos secundarios en cada caso. Baclofeno es el fármaco inicial si no existe contraindicación para su uso. Puede usarse solo o combinado con omeprazol.
D	En caso de hipo intratable, y tras el fracaso de la terapia por vía oral, puede usarse midazolam parenteral.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

6.7. Cuidados de la piel

Las preguntas que se van a responder son:

- ¿Cuál es la mejor forma de prevenir úlceras en personas en FFV?
- ¿Cuál es el tratamiento más adecuado de las úlceras en personas en FFV?
- ¿Cuál es el tratamiento más adecuado de las úlceras neoplásicas?
- ¿Cuál es el tratamiento más adecuado del prurito?

6.7.1. Prevención y tratamiento de las úlceras

Los problemas de la piel son muy frecuentes en las personas en FFV por diversas razones: malnutrición, deshidratación, inmovilidad, además de las que puedan derivarse de los tratamientos como radioterapia o quimioterapia, o por la propia naturaleza de la enfermedad, como en el caso de las úlceras neoplásicas. En los aspectos preventivos de las úlceras por presión, las medidas deben ser similares a las que se utilizan en cualquier paciente, si bien en el tratamiento, los objetivos han de priorizar el confort sobre la curación. Es importante tener en cuenta el impacto de la patología cutánea sobre la percepción de la propia imagen y su impacto en la vida del paciente y de sus cuidadores.

¿Cuál es la mejor forma de prevenir úlceras en personas en FFV?

Las úlceras por presión (UPP) son lesiones de la piel que pueden afectar al músculo e incluso al hueso y están causadas por una combinación de factores entre los que destacan la presión, la tracción y el cizallamiento, siendo determinante la relación presión/tiempo para su aparición. Pueden darse en cualquier localización, aunque las más frecuentes son las prominencias óseas (266).

La prevención es la herramienta esencial de las UPP y en el caso de los pacientes en la FFV, si no pueden prevenirse totalmente, es importante retrasar al máximo su aparición para minimizar el impacto en la calidad de vida del paciente.

El alivio de la presión se consigue mediante cambios posturales y, cuando sea necesario, la utilización de dispositivos para este fin. La revisión Cochrane sobre este tema (267) concluye que las diferentes alternativas de espumas frente al colchón estándar pueden reducir la incidencia de las UPP. Están poco claras las ventajas relativas de los dispositivos de baja presión constante, de presión alterna, y de los diferentes sistemas de presión alterna. En general, los estudios presentan limitaciones metodológicas, por lo que es un tema que requiere más investigación.

RS de ECA 1++

Otra revisión (268) respecto a la prevención de las UPP concluye que los cambios posturales, las superficies especiales de apoyo, el buen estado nutricional y la hidratación de la piel son las mejores estrategias en prevención, pero la calidad de los ECA es baja en general.

RS de ECA 1+

Por lo demás, las medidas de cuidado de la piel son: mantenerla limpia, seca e hidratada; evitar las arrugas en la ropa del paciente o de la cama, y no elevar la cabecera de la cama más de 30 grados.

Opinión de expertos 4

Los ácidos grasos hiperoxigenados han demostrado su utilidad en la prevención de UPP (269).

ECA 1+

¿Cuál es el tratamiento más adecuado de la UPP en personas en FFV?

Si, pese a las medidas de prevención, aparecen úlceras de presión, el tratamiento debe ser realista en sus objetivos y aceptado por el paciente. El objetivo principal es minimizar el impacto de las UPP en la calidad de vida del paciente y, si las medidas implementadas no contribuyen a aumentar el confort del paciente, hay que replantearse el tratamiento.

RS de ECA 1+

Para elegir el apósito apropiado para cada úlcera hay que tener en cuenta que no hay evidencia que demuestre la superioridad de un tipo frente a otro (266), por lo que habrá que considerar el estadio de la úlcera, los objetivos y el confort del paciente.

Las condiciones que cumple el apósito ideal son:

- Permite absorber el exceso de exudado de la superficie de la herida

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica: está pendiente su actualización.

- Proporciona un ambiente húmedo a la herida
- Es estéril, no permite la contaminación de la herida
- Reduce el dolor
- Es fácil de quitar y poner
- No causa reacciones alérgicas
- No produce daño a los tejidos al quitarlo
- Es impermeable a los microorganismos
- Proporciona aislamiento térmico

En los pacientes en la FFV son aspectos muy importantes el dolor, el control del exudado y del olor (220). Un estudio realizado con este tipo de pacientes (270) comprobó, con resultados positivos, la eficacia de un gel de diamorfina para disminuir el dolor producido por las UPP en pacientes de un *hospice*. El estudio es muy pequeño para poder generalizar los resultados. Dado que, de momento, no se comercializa el gel de diamorfina en nuestro medio, estas conclusiones no nos aportan una información de utilidad práctica inmediata; sin embargo, es importante para futuras investigaciones.

No existen datos acerca de la calidad de vida.

¿Cuál es el tratamiento más adecuado de las úlceras neoplásicas?

Una revisión Cochrane abordó el tema de los tratamientos tópicos de las úlceras neoplásicas (271). Esta revisión localizó dos estudios:

RS de ECA 1+

- Un estudio sobre la aplicación tópica de una solución de miltefosina al 6%.
- Un segundo estudio sobre metronidazol tópico en gel al 0,8%.

En el caso de la miltefosina, el tiempo hasta el fallo del tratamiento fue significativamente mayor en el grupo de intervención (mediana 56 días, rango 8-324) que en el grupo control (mediana 21 días, rango 8-197).

En el estudio con metronidazol se observa una disminución del olor en el grupo de intervención que no alcanza significación estadística.

Estos ensayos incluyeron a pocos pacientes, especialmente el del metronidazol, y son de calidad baja, lo que no permite sacar conclusiones firmes. Hay una evidencia débil de que miltefosina en solución tópica al 6% puede frenar la progresión de la ulceración.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esa Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Resumen de evidencia

1+	Las diferentes alternativas de superficies especiales ayudan a prevenir las úlceras, comparadas con el colchón tradicional (267).
1+	Los ácidos grasos hiperoxigenados son eficaces en la prevención de las UPP (269).

4	Los cambios posturales, el mantenimiento de la mejor nutrición posible y la higiene e hidratación de la piel son cuidados apropiados para prevenir la aparición de las UPP (268).
1+	No hay evidencia de la superioridad de un tipo de apósito para el tratamiento de las UPP. Hay evidencia débil de que miltefosina en solución tópica al 6% puede frenar la evolución de las úlceras neoplásicas (271).

Recomendaciones

D	Las medidas de prevención de las UPP son: cambios posturales, adecuada nutrición, no elevar la cabecera de la cama más de 30 grados y mantener una adecuada limpieza e hidratación.
A	Se recomienda utilizar superficies especiales de apoyo en pacientes con alto riesgo de desarrollar UPP.
A	Se recomienda el uso de ácidos grasos hiperoxigenados en pacientes con alto riesgo de desarrollar UPP.
D	Se recomienda elegir el tipo de apósito en función del estadio y características de la úlcera, de los objetivos y de la preferencia del paciente.
D	Puede utilizarse metronidazol por vía tópica para disminuir el olor en úlceras neoplásicas.
B	Puede utilizarse miltefosina en solución tópica al 6% para frenar la evolución de las úlceras neoplásicas.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

6.7.2. Prurito

Es un síntoma frecuente en pacientes en CP. Se estima que puede estar presente hasta en el 27% de los pacientes con tumores y hasta en el 80% si cursan con colestasis. En los pacientes con insuficiencia renal avanzada puede llegar hasta el 77% de los casos (mediana 55%) (272).

El *prurito* se define como la sensación desagradable que induce al rascado, y que mejora o cede al hacerlo. Su origen puede ser cutáneo (dermatitis, sarna, etc.), neuropático (debido a lesiones de las vías aferentes del sistema nervioso: neuritis periféricas), neurogénico (debido a mediadores que actúan a nivel central, como por ejemplo los opioides) y, por último, psicógeno.

La etiopatogenia del prurito es compleja y no suficientemente estudiada. Existen diferentes mediadores químicos responsables de la aparición del prurito (histamina, serotonina, citoquinas, factores del crecimiento, prostaglandinas, etc.). En algunos casos está presente más de un mediador. Su conocimiento permite la mejor selección del tratamiento farmacológico. Por

ejemplo, en la colestasis existe un aumento de los opioides endógenos, mientras que en la insuficiencia renal existen múltiples mediadores involucrados, por lo que los antihistamínicos no son un tratamiento de elección en el primer caso pero sí en el segundo. Los antagonistas de los opioides pueden ser útiles en la colestasis y han mostrado resultados discordantes en la insuficiencia renal (273).

Los pacientes en CP pueden presentar prurito de etiología cutánea debido a dermatosis primarias, alguna de ellas producidas por radioterapia o fármacos (eczema, urticaria, micosis, piel seca, etc.), o directamente relacionadas con tumores primarios o metastásicos. Dentro del prurito generalizado destacan los síndromes paraneoplásicos, la colestasis, la insuficiencia renal avanzada, el producido por algunos tipos especiales de tumores hematológicos como la policitemia o la enfermedad de Hodgkin y el inducido por fármacos, especialmente por los opioides.

La causa más frecuente del prurito, igual que en la población general, es la piel seca. Por tanto, resulta especialmente importante su prevención mediante cuidados generales de la piel.

Opinión de expertos 4

En estos pacientes, la higiene e hidratación de la piel mediante el uso de jabones suaves sin detergente, cremas hidratantes y emolientes están especialmente indicadas.

El tratamiento del prurito requiere, en primer lugar, la identificación y tratamiento de la causa subyacente, con especial énfasis en los fármacos. Sin embargo, existe una serie de medidas generales sencillas de proporcionar. Entre ellas están: mantener una hidratación cutánea correcta, dar baños con agua tibia y agentes emolientes, evitar alcohol y comidas picantes, recortar las uñas, uso de guantes de algodón nocturnos, evitar el calor y la ropa ajustada, etc. (274).

La evidencia acerca de los agentes tópicos es escasa. Puede utilizarse loción de calamina o polvos con mentol al 0,25-2%. Los corticoides tópicos pueden emplearse en casos de prurito localizado (274).

En la insuficiencia renal avanzada puede utilizarse la fototerapia con rayos ultravioleta.

Cuando la etiología es la obstrucción biliar puede plantearse la derivación biliar. En el prurito inducido por opioides se debe valorar la continuidad de los mismos.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Al igual que en el tratamiento del prurito en la población general, existen pocos ECA realizados en CP. Existen varias revisiones narrativas que han examinado la eficacia de los diferentes tratamientos, con muchas conclusiones contradictorias. La mayoría de los estudios considerados son series de casos con pocos pacientes y muchos de ellos no realizados específicamente en CP; por ejemplo, los ECA realizados sobre rifampicina en la colestasis maligna (275).

Por eso, con mucha frecuencia es necesario el tratamiento con sucesivos fármacos, valorando la respuesta individual al tratamiento.

En base a las diferentes revisiones y estudios (273-281), en la tabla 26 se resumen los tratamientos con una propuesta de inicio y orden secuencial, teniendo en cuenta el mecanismo de acción y la eficacia.

ECA, series de casos, opinión de expertos 1+/3/4

Tabla 26. Propuesta de selección de tratamiento según etiología del prurito

Causa	Propuesta farmacológica
Colestasis	1. Naltrexona 2. Andrógenos (metiltestosterona o danazol) 3. Rifampicina 4. Colestiramina
Uremia	1. Fototerapia 2. Antihistamínicos 3. Ondansetrón 4. Mirtazapina 5. Talidomida
Síndromes paraneoplásicos	1. Paroxetina 2. Mirtazapina 3. Combinación de 1 y 2 4. Talidomida
Neoplasias hematológicas	1. Cimetidina 2. Paroxetina
Piel seca	1. Hidratación tópica. Emolientes 2. Antihistamínicos
Opioides	1. Sustitución o rotación de opiodes 2. Ondansetrón
Las opciones de tratamiento están numeradas para ser utilizadas en el orden en el que aparecen.	

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Resumen de evidencia

2+/3	Diferentes fármacos han mostrado aliviar el prurito en series de pacientes: naltrexona, antihistamínicos H1 y H2, ondansetrón, andrógenos, talidomida, mirtazapina (273; 274; 276-281).
1+	Paroxetina es eficaz en el alivio del prurito no dermatológico en población en CP (278).
1+/-	Rifampicina es eficaz en el tratamiento del prurito de las hepatopatías crónicas (275).

Recomendaciones

D	El manejo inicial de la persona con prurito consiste en identificar y, si es posible, tratar específicamente las causas subyacentes, con especial hincapié en los fármacos. Deben evitarse factores agravantes, como el alcohol, las comidas picantes, el calor, el uso de ropa ajustada, la utilización de jabones con detergentes, etc.
D	Deben proporcionarse cuidados generales de la piel que incluyan una hidratación suficiente y prevención de lesiones de rascado.
D	En caso necesario se administrarán tratamientos farmacológicos según el origen del prurito (por opioides, urémico, colestasis, paraneoplásico, piel seca). El tratamiento se podrá cambiar según la respuesta terapéutica, siguiendo el esquema propuesto en la tabla 26.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

6.8. Síntomas urinarios

Las preguntas que se van a responder son:

- ¿Cuál es el tratamiento más adecuado del tenesmo vesical?

6.8.1. Tenesmo vesical

Es el dolor que se presenta en el área hipogástrica (suprapúbica) y puede asociarse a otros síntomas como la disuria, polaquiuria, nocturia y urgencia, y también como retención o incontinencia (282). Sus causas más comunes se resumen en la tabla 27.

Tabla 27. Causas comunes de dolor o tenesmo vesical en CP (282)

Infección del tracto urinario	Cuerpo extraño
• Bacteriana, incluida cistitis tuberculosa • Fúngica (pacientes inmunocomprometidos) • Uretritis • Herpes genital • Vaginitis	• Catéter uretral o suprapúbico • Cálculo vesical
Anatómica	**Inestabilidad vesical**
• Masa pélvica • Obstrucción uretral • Cistocele	• Espasmo vesical idiopático • Espasmo vesical secundario: contracciones en la zona del catéter coágulos sanguíneos, tumores o infección

Neoplásica	Inflamatoria
• Tumor de vejiga • Tumores uretrales	• Espasmo vesical idiopático • Radioterapia • Quimioterapia (ciclofosfamida) • Quimioterapia intravesical o inmunoterapia para cáncer vesical • Amiloide

Tratamiento del tenesmo vesical

No existe evidencia acerca de cómo tratar el tenesmo vesical, por lo que las recomendaciones se basan en consenso de expertos (282).

Opinión de expertos
4

El tratamiento no farmacológico consiste en insistir sobre hábitos regulares de micción, ingesta adecuada de líquidos y evitación de cafeína y alcohol.

Los fármacos utilizados más habitualmente se recogen en la tabla 28.

Tabla 28. Fármacos utilizados con más frecuencia en el tenesmo vesical

Antiespasmódicos:

Oxibutinina 2,5-5 mg/6-10 h
Tolterodina 2 mg/12 h
Cloruro de trospio 20 mg/12 h

Antidepresivos tricíclicos:

Amitriptilina 25-50 mg por la noche
Imipramina 25-50 mg por la noche

AINE y corticoides

Anestésicos locales con o sin opioides por vía intravesical:

Instilación de lidocaína 2% mediante catéter, durante 20 minutos-1 h
Bupivacaína 0,5% combinado con morfina 10-20 mg tres veces al día mediante catéter, 30 minutos

Anticolinérgicos vía SC en bolos o en infusión continua:

Butilescopolamina de hioscina 60-120 mg en 24 h

Han transcurrido más de 3 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Resumen de evidencia

4	No hay evidencia acerca del tratamiento del tenesmo vesical en CP (282).

Recomendaciones

D	En ausencia de evidencia sobre cuál es el mejor tratamiento del tenesmo vesical en CP, pueden utilizarse fármacos anticolinérgicos, antiespasmódicos, AINE, corticoides y anestésicos locales.

6.9. Urgencias

Las preguntas que se van a responder son:

- ¿Cuál es el tratamiento más adecuado de la hipercalcemia en la persona en FFV?
- ¿Cuál es el tratamiento más adecuado de la compresión medular en la persona en FFV?
- ¿Cuál es el tratamiento más adecuado de las crisis convulsivas en la persona en FFV?
- ¿Cuál es el tratamiento más adecuado de la hemorragia en la persona en FFV?

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

6.9.1. Hipercalcemia

La hipercalcemia ocurre en el 10%-20% de los pacientes con cáncer, tanto en tumores sólidos como en leucemia. Los cánceres que se asocian con mayor frecuencia a hipercalcemia son los de mama, pulmón, próstata y mieloma múltiple (283; 284).

La hipercalcemia tumoral puede darse por tres mecanismos: metástasis osteolíticas (frecuente en cáncer de mama y pulmón), hipercalcemia humoral (secreción tumoral de proteína relacionada con la hormona paratiroidea, causa frecuente en tumores sólidos no metastásicos y algunos pacientes con linfomas no-Hodgkin) y producción tumoral de calcitriol (causa de la mayoría de las hipercalcemias en la enfermedad de Hodgkin y en un tercio de los linfomas no-Hodgkin) (283).

Los signos y síntomas más característicos se describen en la tabla 29. Los profesionales que atienden a pacientes en CP deben estar alerta y sospechar hipercalcemia ante pacientes que empeoran su estado general sin una causa clara y con clínica sugestiva, ya que existen tratamientos efectivos. El tratamiento se considera necesario cuando existen síntomas y puede no ser necesario si se prevé una muerte próxima (284).

Tabla 29. Características clínicas de la hipercalcemia maligna (284)

General	Gastrointestinal	Neurológico	Cardiológico
Deshidratación Polidipsia Prurito	Anorexia Pérdida de peso Náuseas Vómitos Estreñimiento Ileo paralítico	Fatiga Letargo Confusión Miopatía Convulsiones Psicosis	Bradicardia Arritmias auriculares Arritmias ventriculares Aumento intervalo PR Disminución del intervalo QT Onda T ancha

El tratamiento consiste en la rehidratación seguida de la administración de fármacos hipocalcemiantes (bisfosfonatos, calcitonina, otros). Se deben re-

tirar los fármacos que producen hipercalcemia (diuréticos tiazídicos, vitaminas A y D). Los niveles séricos de calcio se calculan en base a la siguiente fórmula (284):

Calcio corregido = calcio medido + [40-albúmina sérica (g/l) x 0,22]

Se considera hipercalcemia las cifras de calcio corregido superiores a 2,6 mmol/litro (10,4 mg/dl). Los síntomas generalmente se manifiestan sólo a partir de 3,0 mmol/litro (12 mg/dl). Los niveles a partir de 4,0 mmol/litro (16 mg/dl)[8] pueden producir la muerte en pocos días si no se tratan.

Hidratación

Se recomienda la hidratación, bien por vía oral si la situación clínica del paciente lo permite, bien por vía intravenosa en los casos más graves. La hidratación por sí sola raramente permite normalizar los niveles de calcio y es necesario monitorizarla para evitar la sobrecarga de fluidos. La terapia estándar aceptada es de 2-3 l/día, con monitorización diaria de electrolitos. No hay evidencia de que los diuréticos de asa sean útiles como terapia adjunta a la hidratación y pueden agravar la hipovolemia y los trastornos electrolíticos, por lo que no se recomienda su uso rutinario (283; 284); estarían indicados sólo en caso de sobrecarga.

Opinión de expertos
4

Bisfosfonatos

Los bisfosfonatos se consideran el tratamiento farmacológico de elección en la hipercalcemia maligna (284; 285).

Una revisión sistemática (132) analizó la eficacia de los bisfosfonatos sobre la morbilidad ósea en el cáncer metastásico, incluyendo también el efecto sobre la hipercalcemia. Además de los beneficios a nivel óseo (disminución de fracturas y necesidad de radioterapia), los bisfosfonatos redujeron el riesgo de hipercalcemia [OR 0,54 (IC 95%: 0,36-0,81)].

RS de ECA
1+

Otra revisión sistemática evaluó la eficacia de los distintos bisfosfonatos, dosis y pautas; se incluyeron 26 ECA (285); la búsqueda finalizó en junio de 2001. El resultado principal fue la proporción de pacientes que alcanzaron la normocalcemia. Pamidronato fue superior a etidronato (7,5 mg/kg) y a dosis bajas de clodronato (600 mg). Pamidronato mostró una eficacia similar a 1.500 mg de clodronato. Alendronato fue igual de eficaz que 600 mg de clodronato y superior a etidronato. El ácido zoledrónico fue superior a pamidronato. Ibandronato y pamidronato mostraron una eficacia similar, aunque los estudios presentaban problemas metodológicos. Los estudios que compararon distintas dosis mostraron que la eficacia aumenta con la dosis. El tiempo medio requerido para alcanzar la normocalcemia osciló entre 2-6

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

[8] Conversión a mg/dl: dividir entre 0,2495.

días, sin que se observaran diferencias entre los distintos bisfosfonatos o pautas. El tiempo de recaída fue menor con pamidronato en comparación con clodronato o etidronato. La revisión concluye que los bisfosfonatos por vía IV son los fármacos de elección en la hipercalcemia aguda (ver tabla 30), ya que logran la normocalcemia en el 70% de los pacientes y son bien tolerados. Recomienda el uso de dosis altas de aminobisfosfonatos potentes (como zoledrónico, pamidronato), independientemente de los niveles basales de calcio.

Tabla 30. Pautas de bisfosfonatos en infusión IV para hipercalcemia (284; 286)

Pamidronato 30-90 mg/2-4 h
Zoledrónico 4 mg/15 min
Ibandrónico 2-4 mg/1-2 h

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Calcitonina

Calcitonina es eficaz aproximadamente en un tercio de los pacientes y reduce los niveles de calcio en 4 horas, pero generalmente no se alcanza la normocalcemia. Es poco utilizado en CP (284). Su eficacia se limita a las primeras 48 horas (283).

Opinión de expertos 4

La calcitonina de salmón se utiliza por vía IM o SC a dosis de 4 UI/kg cada 12 horas; las dosis pueden aumentar hasta 6-8 UI/kg cada 6 horas. La aplicación nasal no es eficaz para la hipercalcemia.

Corticoides

Se utilizan en tumores hematológicos o en pacientes con hipervitaminosis D debida a granulomatosis (283; 284). La pauta recomendada es prednisolona 40-100 mg/día por vía oral (284).

Opinión de expertos 4

Resumen de evidencia

4	La hidratación es necesaria, aunque por sí sola raramente permite normalizar los niveles de calcio, y es necesario monitorizarla para evitar la sobrecarga de fluidos (283; 284).
1+	Los bisfosfonatos por infusión IV consiguen la normocalcemia en el 70% de los pacientes en 2-6 días y son bien tolerados. Las dosis altas de aminobisfosfonatos potentes parecen ser más eficaces (285).

4	Calcitonina de salmón por vía IM o SC es eficaz aproximadamente en un tercio de los pacientes y reduce los niveles de calcio en cuatro horas, con más rapidez que los bisfosfonatos, pero raramente se alcanza la normocalcemia y su eficacia se limita a las primeras 48 horas (283).

Recomendaciones

√	Considerar la posibilidad de hipercalcemia en pacientes con empeoramiento de su estado general sin una causa clara que lo explique.
A	El tratamiento de elección de la hipercalcemia grave es la hidratación junto con fármacos hipocalcemiantes.
A	Los bisfosfonatos por vía IV son los fármacos de elección en la hipercalcemia aguda; se recomiendan dosis altas de aminobisfosfonatos potentes (como ácido zoledrónico o pamidrónico).
D	Puede utilizarse calcitonina de salmón por vía SC o IM durante las primeras horas, para continuar después con bisfosfonatos.
D	Los corticoides se pueden utilizar en tumores hematológicos o en pacientes con hipervitaminosis D debida a granulomatosis.

Han transcurrido más de cinco años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

6.9.2. Compresión medular

Se estima que la compresión medular maligna (CMM) podría afectar al 3%-5% de los pacientes con cáncer y que el 10% de los pacientes con metástasis ósea pueden desarrollarla (287). La tendencia a producir metástasis ósea y CMM depende del tipo de tumor. El más frecuente es el mieloma, seguido del cáncer de próstata, mama y pulmón. La localización más frecuente es en tórax (7%), lumbosacra (20%) y cervical (10%) (287).

La CMM se produce por la invasión tumoral del canal medular (compresión medular externa). Lo habitual es que la compresión medular sea anterior por destrucción del hueso cortical del cuerpo vertebral. Raramente, la compresión puede ser interna por metástasis intramedulares

La supervivencia media tras el diagnóstico de CMM es de seis meses (288).

La CMM se considera una urgencia médica, por lo que resulta esencial sospecharla ante pacientes con dolor de espalda y debilidad en extremidades inferiores. Los trastornos de la función de esfínteres y de la sensibilidad aparecen en fases más avanzadas (287). Los retrasos diagnósticos se relacionan con la falta de reconocimiento de los síntomas neurológicos iniciales (289).

Además del tipo de tumor, la dificultad para caminar, el enlentecimiento de los reflejos tendinosos, la presencia de fracturas óseas radiológicas, las

metástasis óseas, la duración superior a un año de éstas y la edad, <50 años, son factores de riesgo independientes de CMM (290). En los pacientes con neoplasias de próstata, la extensión tumoral, la extensión de la metástasis ósea y la duración de la terapia hormonal también se asocian con mayor riesgo de CMM (289).

El pronóstico del tratamiento depende de la función neurológica previa, sobre todo de la motora (289).

La sospecha diagnóstica precisa confirmarse mediante la realización de una resonancia magnética (289).

El objetivo del tratamiento es aliviar el dolor, prevenir las complicaciones y preservar la función neurológica mediante las técnicas disponibles, teniendo en cuenta la situación individual del paciente, sus preferencias y esperanza de vida.

Los tratamientos utilizados hasta ahora han sido los corticoides, la radioterapia y la cirugía.

RS de distintos tipos de estudio 1+/2+/3

El tratamiento de la CMM se ha evaluado en dos revisiones recientes. En la primera de ellas se evalúaron todos los tratamientos, así como aspectos relacionados con el diagnóstico y pronóstico de la CMM (289). La segunda revisión evaluó el papel de la radioterapia y la cirugía mediante un metaanálisisis de estudios prospectivos y retrospectivos sin grupo control (291).

Finalmente, un ECA (292) no enmascarado, citado en una de las revisiones (289), compara la combinación de cirugía con radioterapia frente a sólo radioterapia.

ECA 1+

La revisión de Loblaw incluyó dos ECA, un ensayo en fase II y estudios de casos control sobre el uso de corticoides. Dexametasona, combinada con radioterapia, utilizada en bolos iniciales de 100 mg se mostró más efectiva que dosis inferiores, pero presentó un aumento significativo de efectos secundarios graves.

RS de distintos tipos de estudio 1+/2+

La variable de resultado elegida para evaluar la respuesta del tratamiento fue la capacidad de marcha autónoma de los pacientes tras el tratamiento. La radioterapia obtuvo una tasa de respuesta del 64%; la cirugía, del 85% (291).

La cirugía presentó una tasa de mortalidad de hasta el 13% en el mes siguiente y hasta un 54% en los pacientes que presentaron morbilidad relacionada con la cirugía.

Un ECA (292) comparó la eficacia de la cirugía seguida de radioterapia frente a la radioterapia aislada en 101 pacientes con CMM confirmada, en una sola área vertebral y con al menos un signo neurológico presente. Ambos grupos recibieron además corticoides. Fueron criterios de exclusión los siguientes: algunos tumores radiosensibles (leucemias, linfomas, mielomas), paraparesia, metástasis cerebrales, CMM o radioterapia previa, y supervivencia esperada menor de tres meses.

ECA 1+

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

La supervivencia fue mayor en el grupo quirúrgico, con una mayor capacidad para deambular, 84% frente a 57%, [NNT de 4 (IC 95%: 3 a 11)] y durante más tiempo, con menor necesidad de corticoides y opioides.

El tratamiento quirúrgico precisa una cuidadosa selección de los pacientes. En función de las características de los pacientes y la forma de presentación de la CMM, algunos autores han elaborado unos criterios que deben considerarse al tomar la decisión sobre el tratamiento más conveniente (287) (ver tabla 31).

Tabla 31. Criterios para la elección de radioterapia o cirugía en la CMM

Cirugía	Radioterapia
• Compresión medular por metástasis de origen desconocido • Persistencia de síntomas a pesar de la radioterapia • Tumor resistente a la radioterapia • Inestabilidad de la columna • Compresión cervical • Metástasis en una única zona	• Tumor radiosensible • Lesiones metastásicas en múltiples niveles • Contraindicación de la cirugía • Elección del paciente

Resumen de evidencia

2+	Los corticoides, dosis elevadas de dexametasona (100 mg IV en bolos), asociados a la radioterapia, aumentan la tasa de respuesta al tratamiento (289).
2+	En pacientes seleccionados, la radioterapia y la cirugía obtienen tasas de respuesta del 64% y el 85%, respectivamente (291).
1+	La cirugía combinada con la radioterapia mejora la supervivencia, la capacidad y el tiempo de deambulación (292) en comparación con la radioterapia sola.

Recomendaciones

D	Ante la sospecha clínica de CMM debe solicitarse una RMN para confirmar el diagnóstico.
√	La sospecha de CMM requiere la derivación urgente del paciente para realizar un estudio y tratamiento apropiados.
D	Ante un paciente con CMM se debe realizar una valoración individual que incluya nivel y número de compresiones espinales, tipo de tumor y extensión, pronóstico vital y funcional, grado de afectación neurológica, preferencias del paciente y disponibilidad de tratamiento con radioterapia y cirugía.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

C	El tratamiento debe llevarse a cabo lo antes posible.
B	Se recomienda administrar corticoides a dosis altas, tanto en el tratamiento con radioterapia como con cirugía.
D	La radioterapia como único tratamiento es preferible en caso de contraindicación a la cirugía, tumores radiosensibles, paraplejia establecida, compresiones a varios niveles, fracaso de la cirugía o deseo del paciente.
B	La cirugía combinada con la radioterapia es el tratamiento de elección en pacientes seleccionados con pronóstico vital superior a 3 meses.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

6.9.3. Crisis convulsivas

Una *convulsión* es un episodio de contracciones musculares involuntarias generalizadas. El estatus epiléptico se define como una crisis que dura más de 30 minutos o la sucesión de dos o más crisis sin recuperar completamente la conciencia. Sin embargo, se debe tratar activamente una crisis a partir de cinco minutos de duración (293; 294).

Las convulsiones no son infrecuentes en CP, sobre todo en pacientes con neoplasias cerebrales, ya que en un tercio de ellos es el primer síntoma que lleva al diagnóstico y la mitad de ellos los sufre a lo largo de su enfermedad (295).

Las convulsiones también pueden deberse a enfermedades no oncológicas susceptibles de atención en CP: infecciones, SIDA, complicaciones cerebrovasculares, trastornos paraneoplásicos, trastornos metabólicos o efectos tóxicos de los fármacos (295).

A su vez, en los pacientes oncológicos pueden deberse a diversos factores:

- Tumores cerebrales primarios y metástasis cerebrales (aunque éstas originan convulsiones con menos frecuencia que los tumores cerebrales primarios), especialmente de cáncer de pulmón y melanoma.
- Quimioterapia: especialmente si es a dosis altas o en insuficiencia hepática o renal, siendo uno de los factores limitantes de la dosis de quimioterapia.
- Trastornos metabólicos, muchas veces inducidos por fármacos (hiponatremia por ciclofosfamida, hipocalcemia por bisfosfonatos, hipomagnesemia por cisplatino).
- Síndromes paraneoplásicos.
- Complicaciones cerebrovasculares (trombosis de senos venosos, hemorragias cerebrales).
- Infecciones del SNC (herpéticas, sobre todo).
- Radioterapia craneal (encefalopatía aguda por radiación y necrosis diferida) (296).

Las evidencias existentes en torno al diagnóstico y tratamiento de las crisis convulsivas en pacientes sometidos a CP son muy escasas, por lo que se deben extrapolar de la población general o de pacientes con tumor cerebral (295).

El primer paso en el diagnóstico de una convulsión es su reconocimiento como tal, debe distinguirse de otros tipos de contracciones musculares involuntarias episódicas como el mioclonus (p. ej. inducido por opioides), hipercinesias (p. ej. inducidas por haloperidol u ortopramidas) o patrones de movimientos relacionados con una elevación terminal de la presión intracraneal (295).

Para ello es fundamental obtener una descripción minuciosa del episodio. Este paso es prácticamente simultáneo a la toma de decisiones de tratamiento.

El diagnóstico etiológico después de una crisis exige una anamnesis, exploración física y exploraciones complementarias (analítica, EEG, estudios de imagen) cuya realización se debe individualizar en función del estado del paciente y de sus preferencias. **Opinión de expertos 4**

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

Ante una crisis convulsiva de comienzo reciente, el objetivo es minimizar la posibilidad de lesiones. Para ello, los allegados del paciente deben ser educados acerca de cómo actuar.

Si las convulsiones duran más de cinco minutos o se suceden una tras otra sin recuperar el conocimiento durante ese tiempo, estamos ante un estatus epiléptico: una emergencia médica. Dependiendo de la situación clínica del paciente, puede utilizarse en primer lugar diazepam IV (297). La vía IM no debe utilizarse debido a su absorción irregular. El diazepam también permite la administración rectal. En este caso, se recomienda que cualquier persona cercana al paciente le administre diazepam 5 a 10 mg por dicha vía (298; 299). Midazolam es una alternativa y cuenta con la ventaja de su administración por vía subcutánea. En el caso de convulsiones en la fase de agonía, estas dos opciones (diazepam rectal y midazolam subcutáneo) son especialmente útiles (300). **Opinión de expertos 4**

Si las convulsiones persisten, se debe proceder a la derivación del paciente al hospital con carácter urgente.

No se recomienda el tratamiento preventivo con anticonvulsivantes a pacientes con tumor cerebral que aún no han sufrido ninguna crisis (301). **RS de ECA 1+**

En el caso de convulsiones de repetición por neoplasias cerebrales primarias o metastásicas está indicada la profilaxis, que debe realizarse en lo posible con un solo fármaco para evitar efectos adversos (astenia, somnolencia y alteraciones cognitivas) (296).

Han transcurrido más de 3 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y estamos en el momento de su actualización.

La elección de un fármaco tiene que realizarse de forma individualizada, teniendo en cuenta el tipo de crisis, los efectos secundarios y las posibles interacciones con otros tratamientos (quimioterapia, corticoides, etc.). El uso de corticoides puede obligar a monitorizar los niveles sanguíneos de muchos antiepilépticos (302).

Opinión de expertos 4

En el anexo 5 se presentan los antiepilépticos más utilizados en la profilaxis secundaria anticonvulsivante.

Resumen de evidencia

1+/4	Diazepam intravenoso o vía rectal y midazolam subcutáneo son eficaces en las crisis convulsivas (298-301).
1+	La profilaxis anticonvulsiva no es eficaz en la prevención primaria de convulsiones en los pacientes con neoplasias cerebrales (301).

Recomendaciones

D	El manejo inicial de un paciente con crisis convulsivas en CP debe incluir la identificación y tratamiento de posibles causas desencadenantes e instrucciones a los cuidadores del paciente, incluida la posibilidad de administración de medicación anticonvulsivante.
D	El estatus epiléptico es una emergencia médica que requiere una derivación urgente hospitalaria.
D	El tratamiento inicial de la crisis convulsiva es diazepam IV o rectal. La opción alternativa es midazolam subcutáneo.
D	En caso de precisarse tratamiento para prevenir nuevas crisis, la elección del tratamiento tiene que realizarse de forma individualizada, teniendo en cuenta los tipos de crisis; la experiencia de uso; los efectos secundarios; y la posibilidad de interacciones farmacológicas, incluida la quimioterapia.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

6.9.4. Hemorragia

El 6%-10% de los pacientes con cáncer avanzado tienen episodios de sangrado clínicamente significativo, que puede manifestarse de maneras diversas: hematemesis, melena, hemoptisis, hematuria, epistaxis, sangrado vaginal o úlcera cutánea sangrante, entre otras. Cualquier tipo de sangrado visible y persistente puede ser angustioso para el paciente, su familia y el equipo sanitario que le atiende. Es importante identificar a los pacientes con riesgo hemorrágico elevado (ver tabla 32), especialmente aquellos con posibilidad de sufrir un sangrado masivo, como los pacientes con cáncer de cabeza y cuello, y los que tienen una mala situación funcional o mal pronóstico previo (303-305).

Opinión de expertos 4

Tabla 32. Pacientes con riesgo hemorrágico

- Trombocitopenia grave
- Carcinoma extenso de cabeza y cuello
- Carcinoma extenso de pulmón de localización central
- Leucemia aguda o crónica refractaria
- Mielodisplasia
- Hepatopatía grave
- Síndrome mieloproliferativo
- Cáncer de pulmón
- Cáncer de recto recidivado
- Hepatocarcinoma
- Tumores metastásicos (coriocarcinoma, melanoma, carcinoma de células renales)
- Pacientes con cáncer avanzado que toman anticoagulantes orales
- Pacientes con trasplante de médula ósea y enfermedad de injerto contra huésped
- Tratamiento con altas dosis de radioterapia
- Coagulación intravascular diseminada
- Metástasis hepáticas

La hemorragia puede ser debida a una causa anatómica local, como el daño vascular producido por la invasión tumoral, o ser consecuencia de un proceso sistémico, como la infiltración de la médula ósea, la acción de ciertos fármacos o la insuficiencia hepática (303; 305) (ver tabla 33).

Tabla 33. Fisiopatología del sangrado en los pacientes oncológicos

Factores anatómicos
Invasión tumoral local
Factores sistémicos
Infiltración tumoral de la médula ósea (neoplasias hematológicas)
Supresión de la médula ósea (quimioterapia y radioterapia)
Coagulación intravascular diseminada
Insuficiencia hepática
Medicación (anticoagulantes, AINE, etc.)
Enfermedades concomitantes (cirrosis hepática, enfermedad de Von Willebrand, etc.)

El tratamiento de los episodios debe ser individualizado y depende de diversos factores, como la posibilidad de reversión o control de la causa del sangrado, la existencia de episodios previos y su respuesta al tratamiento recibido, la situación clínica actual y el pronóstico vital del paciente, además de sus valores y preferencias (304)

No se han identificado estudios de intervención sobre este problema, por lo que las recomendaciones se apoyan en las preferencias particulares del clínico y en los recursos disponibles (303-305).

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

En la tabla 34 se muestran las medidas terapéuticas generales y específicas. Algunas de ellas requieren la derivación del paciente a atención especializada (303-305).

El equipo redactor de la GPC propone una serie de medidas aplicables en los casos en que el paciente es atendido en su domicilio.

Tabla 34. Tratamiento de la hemorragia en cuidados paliativos

Medidas generales
Identificar a los pacientes con riesgo hemorrágico Mantener una buena comunicación con los pacientes y sus cuidadores Establecer medidas de soporte en caso de sangrado masivo
Medidas específicas
Locales
Vendajes compresivos Taponamientos (nasales) Agentes hemostásicos Agentes vasoconstrictores (epinefrina, prostaglandinas, otros)
Técnicas especiales
Radioterapia Cirugía (ligadura de vasos sanguíneos) Intervenciones endoscópicas Radiología intervencionista (embolización)
Sistémicas
Vitamina K Agentes antifibrinolíticos (ácido tranexámico, ácido aminocaproico) Análogos de la somatostatina (octreótido) Transfusiones de plaquetas y otros productos hemoderivados

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Resumen de evidencia

4	No existen estudios de intervención sobre las medidas aplicables en los pacientes con hemorragia en FFV, por lo que las recomendaciones se realizan en base a consensos y revisiones narrativas (303-305).

Recomendaciones

D	Se debe advertir y preparar a los cuidadores de los pacientes de riesgo sobre la posibilidad de un sangrado masivo.
D	Es necesario ofrecer disponibilidad de atención urgente con la mayor cobertura horaria posible, incluido un teléfono de contacto directo en caso de sangrado masivo.

D	Se recomienda, en los pacientes de riesgo, la elaboración de un plan de acción con instrucciones a los cuidadores, incluidas las siguientes: a) Disponer en la cabecera del paciente una palangana y toallas de color oscuro para comprimir el punto de hemorragia y absorber y disimular la sangre. b) Colocar al paciente en decúbito lateral en caso de hematemesis o hemoptisis para prevenir el ahogamiento. c) Preparar una jeringa precargada con midazolam para realizar una sedación de emergencia con 5-10 mg administrados por vía parenteral, preferiblemente subcutánea —se facilitará el procedimiento si se deja insertada previamente una palomita—, que podría repetirse en caso necesario.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

7. Apoyo psicosocial y espiritual a la persona en FFV

Las preguntas que se van a responder son:

- ¿Cómo se identifican las necesidades psicosociales de la persona en FFV?
- ¿Cuál es la mejor forma de atender las necesidades psicosociales?
- ¿Cómo se identifican las necesidades espirituales?
- ¿Cómo influyen las necesidades espirituales en la evolución de las personas en FFV?
- ¿Cuál es la estrategia más adecuada para atender las necesidades espirituales de las personas en FFV?

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

7.1. Apoyo psicosocial

7.1.1. Necesidades psicosociales

Enfrentarse a una enfermedad amenazante para la vida ocasiona una serie de necesidades psicosociales en los pacientes —al margen de trastornos psiquiátricos—, como la ansiedad, la depresión, el abuso de sustancias, etc. Las personas utilizan distintos recursos para responder al sufrimiento psicológico, que incluyen sus propios recursos de afrontamiento y el apoyo emocional de sus familiares y allegados. Sin embargo, en ocasiones, el nivel y naturaleza del sufrimiento es tal que pueden beneficiarse de un apoyo profesional (12).

RS de distintos tipos de estudios 1+/2+/3/Q

La revisión de Block (306) trata este tema, aunque precisa que no hay mucha investigación en la FFV y que a menudo las conclusiones se derivan de investigaciones en pacientes con cáncer, SIDA, o ancianos.

Recomiendan una evaluación de los aspectos psicosociales que considere los siguientes campos:

- **Aspectos relativos al momento vital**

Según el momento de la vida y las circunstancias, cambiará mucho la respuesta a la enfermedad. Hay que considerar si tiene hijos pequeños, si se truncan las expectativas de futuro precozmente, etc.

- **Significado e impacto de la enfermedad**

Cada enfermedad tiene un significado especial para cada paciente (cáncer, cardiopatía, SIDA).

Encontrar sentido a la vida en esos momentos se correlaciona negativamente con depresión y está asociado a la capacidad de tolerar los síntomas y a la satisfacción con la propia calidad de vida.

- **Estilo de afrontamiento**

Constituido por las estrategias que se utilizan para resolver problemas. Incluye la negación, evitación, espíritu luchador, etc. Muchas veces un mismo paciente utiliza varias estrategias: afrontar lo que se siente capaz de asumir y evitar aquello que le abruma. La negación extrema es síntoma de depresión.

- **Impacto en la percepción de uno mismo**

Hay múltiples constructos para el término dignidad, desde la autonomía y capacidad de decisión al mantenimiento de la imagen corporal, higiene o continuidad en las relaciones.

- **Relaciones**

La preocupación por los miembros de la familia suele ser un aspecto esencial en los pacientes en FFV. Según un estudio mencionado en la revisión, entre el 92% y el 97% consideran este aspecto importante o muy importante.

- **Fuentes de estrés**

Pueden ser económicas, de trabajo, legales, etc.

- **Recursos espirituales**

- **Circunstancias económicas**

La enfermedad puede tener un impacto económico muy grande en el paciente y su familia.

- **Relación médico-paciente**

El paciente debe sentirse seguro, saber que sus necesidades van a ser atendidas.

Han transcurrido más de cinco años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

7.1.2. Intervenciones psicosociales

RS de distintos tipos de estudios 1+/2+

Existen distintas revisiones sistemáticas sobre la efectividad de la psicoterapia, la mayoría realizadas en pacientes con cáncer. La revisión sistemática de Newell (307), realizada sobre pacientes con cáncer en distintos estadios, incluyó 150 estudios. A diferencia de otras RS previas, realizó una evaluación exhaustiva de la calidad de los estudios individuales y describió los resultados en función del objetivo al que iba dirigida la terapia (efecto global, estrés o sufrimiento, funcionalidad y calidad de vida, afrontamiento, etc.) y del tipo de terapia. Como limitaciones, hay que citar que sólo se incluyeron estudios en inglés y la baja calidad de los estudios. De las intervenciones estudiadas, la terapia grupal, la educación, el consejo estructurado o no estructurado y la terapia cognitiva-conductual parecen ser las que ofrecen resultados más consistentes a medio y largo plazo. Los beneficios observados se centran fundamentalmente en aspectos psicosociales (resultados como la adaptación a la nueva situación, depresión, ansiedad, etc.). Distintos pacientes con distintos tipos o estadios de la enfermedad pueden tener necesidades diferentes. Existe evidencia de que las intervenciones individualizadas, como las proporcionadas por personal de enfermería especializado o por un equipo multidisciplinar, son eficaces. El beneficio de la psicoterapia sobre los aspectos físicos o sobre la supervivencia es más incierto.

RS de ECA 1+

Posteriormente, la revisión de Uitterhoeve (308) evaluó 10 ensayos clínicos que incluían 13 intervenciones con distinto contenido; la mayoría utilizaron técnicas conductuales (relajación etc.), grupos de apoyo, asesoramiento psicológico o combinaciones de varias intervenciones, en pacientes con cáncer avanzado. La mayoría de las intervenciones se realizaron por psicólogos psicoterapeutas o personal de enfermería entrenado específicamente. Todos los estudios procedían del medio anglosajón. La heterogeneidad no permitió realizar metaanálisis. De los estudios, tres fueron en pacientes en fase claramente avanzada, dos de ellos con cáncer de pulmón.

Según los resultados generales de la revisión, el mayor beneficio se observa en la disminución de la tristeza y la depresión, y también se observa una mejoría en los mecanismos de afrontamiento. No se aclara qué tipo de intervención es más eficaz, quién es el profesional idóneo para llevarla a cabo ni si es mejor una intervención de carácter individual o en grupo.

RS de distintos tipos de estudios 1+/2+/3/Q

Si bien los artículos citados hacen referencia a intervenciones psicosociales, se centran más en aspectos psicológicos. Una RS (309) buscó estudios acerca de la comunicación de información sobre ancianos entre servicios sanitarios (fundamentalmente personal de enfermería) y sociales. Los resultados muestran falta de evidencia en esta área. Los mecanismos de información fueron inadecuados (produciendo retraso e insatisfacción entre pacientes y profesionales), y se basaban fundamentalmente en la comunicación informal entre profesionales. La estrategia más adecuada fue la comunicación de información mediante *trabajadores de enlace*, que proporcionan un punto de

Han transcurrido más de cuatro años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

contacto entre el nivel hospitalario y comunitario, aunque esta opción tampoco está exenta de problemas. La ausencia de objetivos comunes entre los diferentes profesionales de los distintos ámbitos de atención o el desconocimiento mutuo de los roles profesionales, son alguno de ellos.

La guía NICE hace las siguientes recomendaciones en este campo (12):

- Se debe evaluar el bienestar psicológico del paciente.
- Todos los profesionales responsables del cuidado del paciente deben ofrecer soporte emocional básico.
- Si es preciso, debe derivarse al paciente a atención especializada.
- El personal debe recibir formación y supervisión.

La guía australiana para aspectos psicosociales en adultos con cáncer ofrece las siguientes conclusiones:

- Las sesiones de educación pueden mejorar la adaptación y el conocimiento, y aumentar la autoimagen positiva.
- Las intervenciones psicológicas están asociadas con mejoras en calidad de vida, estado de ánimo, afrontamiento, sensación de control y adaptación física y funcional.
- La comunicación abierta y la expresión de sentimientos promueven la adaptación.

Uno de los aspectos asociados con una buena muerte es la vida social del paciente en FFV.

En resumen, puede decirse que es necesario hacer una evaluación que contemple los diferentes aspectos psicosociales y parece que las intervenciones conductuales o de asesoramiento pueden mejorar la calidad de vida, la capacidad de afrontamiento y la depresión; pero hay menos datos para precisar qué tipo de intervención es más eficaz. Las intervenciones exigen disponer de profesionales con la preparación adecuada para llevarlas a cabo.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Resumen de evidencia

3	La evaluación psicosocial del paciente en CP incluye los siguientes campos: aspectos relativos al momento vital, significado e impacto de la enfermedad, estilo de afrontamiento, impacto en la percepción de uno mismo, relaciones, fuentes de estrés, recursos espirituales, circunstancias económicas, relación médico-paciente (306).
1+	En pacientes con cáncer avanzado, las intervenciones psicosociales producen efectos beneficiosos, como la disminución de la tristeza y la depresión, y mejoran los mecanismos de afrontamiento (308).

1+/2+	En pacientes con cáncer en distintos estadios de evolución, la psicoterapia mejora fundamentalmente aspectos psicosociales, tales como la adaptación a la nueva situación, depresión, ansiedad, etc. El beneficio sobre los aspectos físicos o sobre la supervivencia es más incierto. De las intervenciones estudiadas, la terapia grupal, la educación, el consejo estructurado o no estructurado, y la terapia cognitivo-conductual parecen ser las que ofrecen resultados más consistentes a medio y largo plazo. Las intervenciones individualizadas, como las proporcionadas por personal de enfermería especializado o por un equipo multidisciplinar, son eficaces. Distintos pacientes con distintos tipos o estadios de la enfermedad pueden tener necesidades diferentes (307).
1+	Hay menos datos para precisar qué tipo de intervención es más eficaz, cuál debe ser su duración e intensidad o quién es el profesional más apropiado para llevarla a cabo (307; 308).
1+/2+/3/Q	Los mecanismos de transferencia de información entre trabajadores sanitarios y sociales son inadecuados. El método más eficaz podría ser el de *informadores de enlace*. Existe inadecuada evidencia sobre cuáles serían el perfil profesional y el ámbito (hospitalario o comunitario) más adecuados (309).

Recomendaciones

B	Debe valorarse de forma regular el bienestar psicosocial de los pacientes con enfermedades amenazantes para la vida.
D	La evaluación psicosocial del paciente en CP debería incluir los siguientes campos: aspectos relativos al momento vital, significado e impacto de la enfermedad, estilo de afrontamiento, impacto en la percepción de uno mismo, relaciones (tipo de familia, amigos, etc.), fuentes de estrés (dificultades económicas, problemas familiares, etc.), recursos espirituales, circunstancias económicas, relación médico-paciente, red de recursos sociales (centros sociosanitarios, trabajadores sociales, etc.).
B	Los profesionales sanitarios que atienden a pacientes en CP deberían ofrecerles un soporte emocional básico.
D	Los pacientes con niveles significativos de sufrimiento psicológico deberían ser derivados para recibir apoyo psicológico especializado.
D	Se debería promover la formación de los profesionales sanitarios en técnicas de apoyo psicosocial.
C	El aumento de la concienciación y el establecimiento de unos objetivos comunes son el primer paso para establecer puentes entre trabajadores sanitarios y sociales de los ámbitos hospitalario y comunitario.

Han transcurrido más de cinco años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

7.2. Apoyo Espiritual

7.2.1. Introducción

Todas las guías de CP mencionan la espiritualidad como un aspecto importante a considerar en los pacientes en la FFV; además, está presente en la propia definición de CP. La espiritualidad es un tema que presenta algunas peculiaridades que hacen imposible abordarlo de la misma manera que parcelas más concretas, como el manejo de síntomas.

En primer lugar, es necesario definir qué entendemos por *espiritualidad* y en qué se diferencia de otros aspectos psicológicos.

La revisión sistemática de Block (306) se centró en los aspectos psicológicos de los cuidados en la FFV, como son los diferentes estilos de afrontamiento, las fuentes de estrés, las relaciones personales, etc. Algunos autores (306) hablan de *bienestar psicoespiritual*, y lo definen como una experiencia subjetiva que incorpora salud emocional y preocupaciones acerca del sentido de la vida; pero, como apuntan otros autores, no resulta relevante que los profesionales sanitarios crean o no que existe diferencia entre cuerpo, mente y espíritu para ofrecer unos buenos CP centrados en el paciente. Las necesidades que se llaman espirituales pueden deducirse de las conductas o ser explicitadas por el paciente, y pueden distinguirse de aspectos tales como los estados de ánimo o los problemas económicos, de relaciones personales, etc.

De acuerdo a la definición de *espiritualidad* que utiliza Holloway (310), se trata de «una dimensión que reúne actitudes, creencias, sentimientos y prácticas que van más allá de lo estrictamente racional y material».

Partiendo de esa idea de espiritualidad —no forzosamente vinculada a la religión—, debe considerarse imprescindible la valoración de esta necesidad en cualquier paciente.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

7.2.2. Valoración de las necesidades espirituales

Opinión de expertos 4

Se han desarrollado diferentes instrumentos, como escalas o cuestionarios, con este fin, tales como el System of Belief Inventory (SBI) (10), o el RCOPE (311). La Guía ICSI (11) para CP propone un acrónimo, SPIRIT, para reconocer las necesidades espirituales, reconocimiento que debe incluir: sistema de creencias espirituales, espiritualidad personal, integración en una comunidad espiritual, rituales, restricciones, implicaciones para el cuidado médico y planificación de últimas disposiciones.

Bayés y Borrás aconsejan establecer un instrumento sencillo de cribado y tener en cuenta que los pacientes prefieren conversar a rellenar cuestionarios

(312). El instrumento adecuado son las técnicas básicas de comunicación: preguntas abiertas, escucha activa, silencios y contacto físico.

Algunos autores han propuesto cuatro cuestiones que los equipos que atienden a pacientes en CP podían plantearse para explorar las necesidades espirituales en este contexto (313):

— ¿Cuál es tu fe o cuáles son tus creencias?
— ¿Qué papel juegan en el cuidado de tu salud?
— ¿Formas parte de un grupo espiritual o religioso?
— ¿Cómo podrían manejarse estas cuestiones por el equipo que atiende al paciente?

En cualquier caso, no existe unanimidad respecto a la conveniencia de utilizar instrumentos y, menos todavía, acerca de cuál sería el indicado.

Es importante considerar las diferencias culturales respecto a la espiritualidad. En su artículo, Holloway (310) trata de encontrar un marco transcultural que permita a los profesionales sanitarios trabajar en CP con independencia del contexto cultural. Establece una tipología de formas de entender la muerte (como una luz, como un misterio, como la oscuridad, etc.) que al final se pueden resumir en tres grupos: visión positiva, negativa y dialéctica. Concluye que hay mucho más en común frente a la muerte que lo que nos separa, y que las diferencias no justifican la falta de atención a estos aspectos en personas que pertenecen a grupos culturales distintos del nuestro.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

7.2.3. Influencia de los aspectos espirituales en la evolución de los pacientes

RS de distintos tipos de estudios 2+/3

La revisión de Puchalski (314) consideró sólo cinco revistas de CP de EEUU entre 1994 y 1998, y concluyó que se necesita más investigación y que no existen estándares de cuidado espiritual o de buena atención en este campo.

La revisión de Lin y Bauer (315) estudió el papel del estado psicoespiritual en pacientes con cáncer avanzado, evaluando estudios cuasiexperimentales y descriptivos (tanto cuantitativos como cualitativos). Sus principales hallazgos fueron los siguientes:

Sentido de la fe

Todos los estudios que hablan de fe se refieren a su aspecto religioso, mostrando que la fe otorga fuerza, se asocia a actitudes positivas con relación al diagnóstico y a la calidad de vida y sirve de apoyo a los individuos con cáncer terminal.

Empoderamiento y confianza

Este apartado incluye ausencia de problemas económicos, sentido de autonomía y control, alegría y paz interior, ganas de vivir y cumplimiento del proyecto vital. Estos aspectos están relacionados con aumento del bienestar psicoespiritual, una vida con significado, con la calidad de vida y con una buena muerte.

Vivir con sentido y esperanza

Los enfermos capaces de encontrar sentido a la vida y de tener esperanza tienen mayor bienestar psicoespiritual, mejor calidad de vida y menor sufrimiento psicológico.

A esto contribuyen varios factores: buenas relaciones personales y capacidad para mantener un sentido de normalidad en la vida cotidiana.

Los autores concluyen que estos aspectos aparecen repetidamente en diversos estudios, pero resaltan la necesidad de más investigación en este campo. La mayoría de las investigaciones se han hecho en población estadounidense blanca, y otras culturas pueden arrojar diferencias (315).

RS de distintos tipos de estudios 2+

No se dispone de estudios con el diseño apropiado para medir el impacto de cualquier intervención específicamente diseñada sobre el sufrimiento espiritual, pero en lo que la literatura consultada coincide es en la importancia de tener en cuenta esta dimensión del ser humano y en sus repercusiones en el bienestar general del individuo en la FFV (1; 10; 11; 12; 310; 315; 316).

GPC y Opinión de expertos 4

Tampoco existe evidencia apropiada que determine cómo debería proporcionarse la atención espiritual. La guía NICE (12) recomienda escuchar las experiencias del paciente y las preguntas que le puedan surgir; afirmar su humanidad; proteger su dignidad, autoestima e identidad; y garantizar que se ofrezca apoyo espiritual como parte integral de una atención que abarque los cuidados psicológicos, espirituales, sociales y emocionales, de acuerdo a las creencias del paciente o a su filosofía de vida. Añade que es posible ofrecer muchos aspectos del apoyo espiritual en cualquier contexto; por familiares, amigos, grupos de fe, sacerdotes u otros asesores espirituales y profesionales sanitarios. Las necesidades espirituales de los pacientes pueden variar a lo largo del tiempo.

Han transcurrido más de cuatro años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Resumen de evidencia

4	Se entiende por *espiritualidad* una dimensión que reúne actitudes, creencias, sentimientos y prácticas que van más allá de lo estrictamente racional y material, concepción más amplia que la religiosa (310).
3	La espiritualidad repercute en el bienestar general de los pacientes en CP y en su calidad de vida (315).

3	No existe unanimidad respecto a la conveniencia de utilizar una escala o instrumento estructurado para valorar las necesidades espirituales, y menos todavía acerca de cuál sería la indicada (12; 311; 312).
3	No existe evidencia apropiada que determine cuál es la mejor forma de proporcionar apoyo espiritual. En su ausencia, las guías y la literatura consultada subrayan la importancia de tener en cuenta esta dimensión (12).

Recomendaciones

D	El equipo que atiende a una persona en CP debería tener en cuenta sus creencias y necesidades espirituales.
D	En ausencia de evidencia apropiada sobre cuál es la mejora forma de proporcionar apoyo espiritual, se recomienda ofrecer dicho apoyo como parte integral de los cuidados, cualquiera que sea el contexto de atención, y con un enfoque basado en los principios de la comunicación efectiva.
D	Es importante considerar las diferencias culturales respecto a la espiritualidad, sin que ello justifique la falta de atención a estos aspectos en personas que pertenecen a grupos culturales distintos al nuestro.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

8. Apoyo psicosocial a la familia

Las preguntas que se van a responder son:

- ¿Cómo se identifican las necesidades de apoyo psicosocial a la familia?
- ¿Cuál es la mejor forma de atender las necesidades psicosociales y de apoyo a la familia?
- ¿Cuáles son los factores de riesgo de la claudicación familiar?

Han transcurrido más de tres años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

8.1. Necesidades de apoyo psicosocial de la familia

RS de distintos tipos de estudios 1+/2+/3/Q

Según la RS de Harding (317), existe mucha información acerca de las necesidades de los cuidadores de pacientes que reciben atención domiciliaria de cáncer y de CP, pero poca sobre la efectividad de las intervenciones. Según los estudios, las necesidades son: ayuda domiciliaria, apoyo informal, información, ayuda económica y ayudas para el cansancio, la ansiedad y el aislamiento. Los temas prioritarios para los cuidadores son la información y el apoyo psicológico.

RS de distintos tipos de estudios 2+/Q

Otra revisión proporciona información sobre este tema (316), aunque no está referida a pacientes en CP, sino a cuidadores de ancianos. Los estudios que incluye son en su mayoría en pacientes con demencia, donde la distinción entre crónico y terminal no resulta tan clara.

Las necesidades y deseos que expresan los cuidadores de pacientes ancianos son:

- Desean satisfacer sus necesidades de formación en grupos de cuidadores
- Desean servicios de respiro
- Experimentan emociones negativas como carga, estrés y preocupación cuando cuidan a un anciano en casa
- Desean que exista una red de grupos de apoyo
- Temen el aislamiento social
- Temen la pérdida de control, los cambios de rol en las relaciones y la pérdida de reciprocidad

Estudio cualitativo Q

En la bibliografía consultada, el concepto de carga varía mucho según los individuos y las circunstancias. Tal como se ha comentado en la introducción, en esta GPC se consideró oportuno recoger la visión de los cuidadores a través de un estudio cualitativo. El análisis del trabajo proporciona claves que tienen que ver con las necesidades de apoyo de la familia. Muchas cuidadoras encuentran sentido en cuidar a un familiar en FFV, consideran aceptable asumir la

mayor parte de la responsabilidad y el trabajo, e incluso encuentran un motivo de orgullo, apoyo y refuerzo que les ayuda en el proceso de duelo. Por tanto es importante encontrar un equilibrio entre la ayuda que a veces puedan necesitar y lo que no están dispuestas a delegar en otros; lo que puede llevarles a renunciar a ciertas medidas de apoyo como servicios de respiro, ingresos, etc.

Una petición reiterada es la de apoyo y acompañamiento. Frecuentemente, las cuidadoras manifiestan tener sensaciones de abandono y soledad relacionadas con falta de apoyo en todas las esferas.

Otro aspecto que mencionan es la falta de calidad en los servicios, entendida como dificultades de acceso, exceso de trámites burocráticos, falta de coordinación entre niveles y «vacíos» en la asistencia, que hacen que teman, por ejemplo, los problemas que puedan surgir en fin de semana.

Por último, respecto a su papel en la toma de decisiones, las cuidadoras se muestran partidarias de una participación guiada y acompañada, a medio camino entre las anteriores actitudes paternalistas y la tendencia actual que ellas consideran como una dejación de responsabilidades por parte de los profesionales: un dejar en manos de la familia decisiones para las que no se sienten preparadas.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

8.2. Percepción de carga en los cuidadores

Series de casos 3

Un estudio con 96 cuidadores de pacientes con cáncer que reciben CP domiciliarios concluye que el factor determinante para vivir el cuidado como carga es la depresión del cuidador. Otros aspectos influyen de forma indirecta; son la ansiedad y el estado de salud del cuidador, que inciden en la aparición de depresión, no directamente en la percepción de carga (316).

Estudios cualitativos Q

Un estudio cualitativo que recoge información de entrevistas en profundidad a 13 cuidadores, establece como categoría fundamental la vulnerabilidad.

Factores predisponentes a esta vulnerabilidad serían: la carga de cuidado, la disminución de las actividades propias del cuidador, el miedo, la inseguridad, la soledad, el enfrentamiento a la muerte y la falta de apoyo.

Son factores protectores: la continuación de las actividades previas, la esperanza (se refiere a esperanza realista, no a milagros), la sensación de mantener el control, la satisfacción (del cuidado que se ofrece) y el apoyo instrumental o emocional (316).

8.3. Atención de las necesidades psicosociales y de apoyo de la familia

La revisión de Harding (317) encontró 22 artículos, 9 de ellos específicos sobre cuidadores de los que finalmente se evaluaron 6.

RS de distintos tipos de estudios 1+/2+/3/Q

Los estudios se centraron más en describir las intervenciones que en valorar sus resultados. Los tipos de intervención que se describen son: atención domiciliaria, servicios de respiro, redes sociales y actividades, intervenciones individuales e intervenciones grupales. No se puede concluir qué formato de intervención es mejor, durante cuánto tiempo o hasta qué punto influyen las diferencias culturales sobre los resultados. Es posible que los ECA no sean el diseño ideal para este tipo de intervenciones.

- La atención domiciliaria (servicio general de enfermería) proporciona satisfacción a los cuidadores, pero no cubre todas sus necesidades. — 2+
- Los servicios de respiro provocan sentimientos ambivalentes en los cuidadores, si bien son percibidos como importantes por éstos. — 3
- Las redes sociales y de actividades para cuidadores tienen efectos positivos sobre éstos. — 1+
- Las intervenciones individuales tienen una eficacia incierta. Son servicios con baja utilización y alto coste. En un estudio sólo se mostraron eficaces en el subgrupo de cuidadores con un grado más alto de sufrimiento. — 2+
- Las intervenciones grupales pueden no ser apropiadas para todos los cuidadores, como aquellos psicológicamente más vulnerables. La utilización es baja y son aceptables para cuidadores con perfiles demográficos concretos. Pueden mejorar el conocimiento, el afrontamiento y la satisfacción. — Varios

La revisión de Harding (317) evalúa la evidencia de siete intervenciones y concluye que, más que buscar cambios espectaculares, hay que identificar los elementos útiles en las mismas. Los objetivos debe marcarlos el cuidador, no el profesional. La revisión subraya que ningún modelo único va ser aceptable para todos los cuidadores ni va a cubrir todas las necesidades.

La revisión en el cuidado de ancianos (316) concluye que existe evidencia moderada acerca de los programas de educación del cuidador y evidencia insuficiente acerca de los servicios de respiro y de las influencias étnicas sobre la percepción del rol de cuidador.

RS de distintos tipos de estudio 1+/2+/3/Q

La guía NICE por su parte formula las siguientes recomendaciones:

GPC Opinión de expertos 4

- Ofrecer a los cuidadores la posibilidad de expresar sus necesidades de apoyo e información, independientemente de las del paciente, teniendo en cuenta las preferencias étnicas o culturales.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

- Incorporar a los cuidadores a las entrevistas sobre tratamiento y cuidado cuando sea posible, siempre de acuerdo con el paciente.
- Ofrecer a los cuidadores y familiares acceso a las fuentes de información, apoyo y consejo existentes.

Resumen de evidencia

3	Las necesidades de los cuidadores son: ayuda domiciliaria, apoyo, información, ayuda económica y ayudas para el cansancio, la ansiedad y el aislamiento. Los asuntos prioritarios para los cuidadores son la información y el apoyo psicológico (317).
2+	Existe mucha evidencia acerca de las necesidades no cubiertas de los cuidadores, pero poca sobre la efectividad de las intervenciones para cubrirlas. Ningún modelo único va ser aceptable para todos los cuidadores ni va a cubrir todas las necesidades (317).
1+/2+/3/Q	La atención domiciliaria proporciona satisfacción a los cuidadores. Los servicios de respiro provocan sentimientos ambivalentes en los cuidadores y su aceptabilidad es variable. Las redes sociales y de actividades para cuidadores tienen efectos positivos sobre éstos. Las intervenciones individuales tienen una eficacia incierta, baja utilización y alto coste. Las intervenciones grupales no son apropiadas para todos los cuidadores, su utilización es baja y su aceptabilidad variable (317).
3/Q	Según distintos estudios, son factores determinantes para vivir el cuidado como carga la depresión o la vulnerabilidad del cuidador. Los factores predisponentes a esta vulnerabilidad son la carga de cuidado, disminución de las actividades propias del cuidador, miedo, inseguridad, soledad, enfrentamiento a la muerte y falta de apoyo (316).

Recomendaciones

C	Debe ofrecerse a los cuidadores la posibilidad de expresar sus necesidades de apoyo e información.
D	Se recomienda ofrecer un soporte emocional básico a los cuidadores.
C	La planificación de servicios para los cuidadores debería incluir las siguientes premisas: a) Los servicios deben estar centrados en las necesidades de los cuidadores. b) La accesibilidad y aceptabilidad debe valorarse al inicio. c) Los objetivos deben ser claros y modestos d) Los resultados deberían ser evaluados.
D	Se recomienda identificar a los cuidadores más vulnerables o deprimidos con el objeto de ofrecerles un apoyo psicosocial intensivo o servicios especializados.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

9. Atención en los ultimos días. Agonía

Las preguntas que se van a responder son:

- ¿Cómo debe ser la atención al enfermo y su familia en los últimos días de la vida?
- ¿Cuál es el tratamiento más adecuado de los estertores del moribundo?

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

9.1. Introducción

Los últimos días en la vida del enfermo, *fase terminal*, requieren una atención especial. En esta etapa pueden aparecer nuevas necesidades y causas de sufrimiento tanto para el enfermo como para la familia. Estas necesidades requieren un enfoque dirigido a potenciar el bienestar y el confort físico, emocional y espiritual; a fomentar la consecución de una muerte digna y en paz; y a apoyar a familiares y cuidadores para que el recuerdo de esta fase sea lo más positivo posible (318).

El sufrimiento pobremente aliviado en los días previos a la muerte del enfermo se recuerda siempre por familiares y puede causar un gran sufrimiento durante meses e incluso años, y en ocasiones hace que se olviden los cuidados de etapas anteriores.

La atención en los últimos días del paciente implica un diagnóstico adecuado, comprender las características del sufrimiento del enfermo, proporcionar los mejores cuidados y apoyar a la familia y a los allegados (318).

9.2. Diagnóstico, signos y síntomas en la fase terminal del paciente moribundo

El primer reto que se plantea en esta fase es su reconocimiento, así como la comprensión de la multifactorialidad del sufrimiento.

Algunas de las características que identifican a la persona en esta fase final son:

- Aumento de la sensación de cansancio, debilidad y somnolencia
- Menor interés por levantarse de la cama o recibir visitas
- Menor interés por lo que sucede a su alrededor
- Mayor frecuencia de confusión, ocasionalmente acompañada de angustia y agitación

Algunos de estos aspectos pueden no ser nuevos; pero es importante, y también difícil, saber si el enfermo está en una fase terminal o se trata de una nueva recaída con remisión como ha podido suceder en el pasado, por las implicaciones que conlleva (1).

Según un estudio prospectivo realizado en servicios de oncología, hospitales generales, equipos domiciliarios y centros especializados en CP de Cataluña (319), los síntomas más frecuentes son anorexia, astenia, boca seca, confusión, estreñimiento, disnea, disfagia y ansiedad.

La valoración que otorgan cuidadores y médicos a los síntomas de los últimos días de la vida puede diferir de la del enfermo. En un estudio realizado en un *hospice* (320), los síntomas que mayor malestar producían a los pacientes durante la última semana de vida fueron la astenia, caquexia y anorexia, existiendo baja concordancia con la valoración de cuidadores y médicos. La concordancia entre enfermos y médicos fue buena sólo para el dolor, la disnea y la tos. Los médicos tendían a infravalorar síntomas relevantes para los enfermos y motivo de sufrimiento para ellos.

Estudio descriptivo 3

Los signos más claros de una muerte cercana se pueden valorar mediante una monitorización diaria del estado del enfermo (318). En pacientes con cáncer, los signos que con frecuencia se asocian a la fase terminal son (321): encamamiento del paciente, estado semicomatoso, ingesta limitada a líquidos o a pequeños sorbos, incapacidad para la administración oral de fármacos.

Opinión de expertos 4

No obstante, el diagnóstico de la fase de agonía no está exento de dificultades, especialmente en pacientes no oncológicos (ver tabla 35), por ello es importante que los miembros del equipo estén de acuerdo, tanto en el pronóstico como en la información que se proporciona al enfermo y su familia.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Tabla 35. Superación de las barreras para el cuidado de los últimos días u horas (321)

Barreras para diagnosticar la fase terminal
1. Esperanza de que el paciente pueda mejorar
2. Ausencia de un diagnóstico definitivo
3. Conformidad con intervenciones poco realistas o fútiles
4. Desacuerdo acerca de la situación del paciente
5. Falta de reconocimiento de los signos y síntomas clave
6. Desconocimiento sobre pautas de prescripción
7. Dificultades en la comunicación con el enfermo y su familia
8. Dudas acerca de retirar o mantener los tratamientos
9. Miedo a acortar la vida
10. Dudas acerca de la resucitación cardiopulmonar
11. Barreras culturales y espirituales
12. Aspectos médico-legales

Efectos sobre el enfermo y su familia si el diagnóstico no se realiza
1. El paciente y la familia no son conscientes de que la muerte es inminente. 2. El paciente pierde la confianza en los médicos en la medida en que parecen ignorar que su condición se deteriora. 3. El paciente y sus familiares reciben mensajes contradictorios del equipo. 4. El paciente muere sin un adecuado control de síntomas, lo que produce sufrimiento e imposibilita una muerte digna. 5. El paciente y su familia se sienten insatisfechos. 6. Existe la posibilidad de iniciar de forma inapropiada la RCP en el momento de la muerte. 7. Las necesidades culturales y espirituales no se cubren. 8. Se corre el riesgo de que aparezcan complicaciones durante el duelo y de quejas formales sobre los cuidados.
Objetivos educativos para superar las barreras al diagnóstico de la fase terminal
1. Informar de forma sensible acerca de la muerte y la agonía. 2. Trabajar en equipo multidisciplinar. 3. Prescribir de forma adecuada: suspender tratamientos inapropiados, transición de la vía oral a la SC, prescribir fármacos apropiados para los síntomas en la agonía, utilizar bombas de infusión. 4. Reconocer los signos y síntomas claves en la agonía. 5. Describir un marco ético coherente con el paciente, en aspectos como la resucitación, la retirada o el mantenimiento de tratamientos, terapias que pueden acortar la vida o terapias fútiles. 6. Tener en cuenta los ritos o tradiciones culturales y religiosas. 7. Tener en cuenta aspectos médico-legales. 8. Derivar de forma apropiada a equipos especializados.

Una vez realizado el diagnóstico, el equipo puede reorientar los cuidados del enfermo y de su familia (12).

9.3. Atención del enfermo y su familia en los últimos días u horas de la vida

Aunque pueda resultar difícil para los profesionales reconocer y aceptar que el paciente ha entrado en esta fase, ello resulta imprescindible para poder atender las especiales demandas que presenta en diferentes campos (12; 321):

Opinión de expertos 4

9.3.1. Cuidados físicos

- Revisar la medicación y suspender todos los tratamientos que no sean imprescindibles.
- Asegurarse de que esté disponible la medicación que pueda ser necesaria y preparar alternativas a la vía oral (subcutánea o rectal).

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de práctica Clínica y está pendiente su actualización.

- Suspender todas las pruebas e intervenciones innecesarias (analíticas, toma de constantes, etc.).
- Mantener la observación para obtener el mejor control de síntomas posible.

9.3.2. Aspectos psicológicos

- Explorar los temores y deseos del paciente.
- Permitir al paciente expresar su tristeza y ansiedad.
- Tranquilizarle respecto a los síntomas, asegurarle que se le ofrecerán todos los medios posibles para aliviar su sufrimiento.

9.3.3. Aspectos sociales o familiares

- Asegurarse de que la familia conoce el estado de muerte inminente del paciente.
- Utilizar un lenguaje claro, sin ambigüedades; no dar por supuesto el conocimiento sobre la agonía.
- Considerar todos los motivos de duda y preocupación que pueden surgir: cansancio, miedo a las responsabilidades, temor a no darse cuenta de que la muerte es inminente, sentimientos de culpa por momentos de distracción o descanso.
- Proporcionar un ambiente tranquilo donde pasar los últimos días con el paciente.

9.3.4. Aspectos espirituales

- Mostrarse receptivo respecto a las necesidades culturales y religiosas del paciente y de su familia.
- Facilitar el acceso del paciente a ritos, visitas de religiosos, etc. si así lo desea.

9.3.5. Aspectos relacionados con el entorno en el que el enfermo es atendido

- Intimidad.
- Higiene y facilidades para ir al baño, adecuadas a las necesidades de personas frágiles.
- Ambiente tranquilo y silencioso, libre de ruidos molestos.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

- Espacio suficiente que permita a familiares y amigos sentarse de forma confortable con el paciente.
- Facilidades para que los familiares puedan pernoctar cerca del paciente, para recibir confort en momentos difíciles y para poder permanecer fuera de la habitación.

Opinión de expertos 4

Los factores que influyen en la toma de decisiones sobre la muerte (en el domicilio, hospital, unidades de CP, etc.) varían en función de las necesidades del enfermo, los recursos disponibles y las preferencias tanto del enfermo como de la familia. En ocasiones, como resultado de la progresión de la enfermedad y del aumento de las necesidades, cambian las actitudes sobre la preferencia del lugar para morir, tanto del enfermo como de la familia. La persona enferma, en esta etapa de la vida, expresa ansiedad por el sentimiento de carga que supone para la familia y pide en ocasiones ser ingresada. Por otro lado, las organizaciones sanitarias deberían contar con sistemas y recursos flexibles para poder trasladar a pacientes que desean morir en casa y no cuentan con los necesarios medios o condiciones para ello (12).

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y esta pendiente su actualización.

9.3.6. Estertores premortem

Los estertores del moribundo son un síntoma muy frecuente y específico en esta fase. Se refieren a los ruidos producidos por movimientos oscilatorios de las secreciones de las vías respiratorias superiores durante la inspiración y espiración. Generalmente se producen sólo en pacientes obnubilados o tan debilitados que no pueden expectorar (322).

Los factores de riesgo asociados con más frecuencia a los estertores del moribundo son el cáncer de pulmón y cerebral, mientras que los estertores más refractarios al tratamiento se asocian más a patología cardiopulmonar (incluidos infección, edema pulmonar y aspiración). Según algunos autores, los estertores más refractarios son conocidos como *pseudoestertores* y no responden bien a la terapia anticolinérgica (322).

Además de las medidas generales (posición semiprono para facilitar el drenaje postural, explicar el proceso fisiopatológico a los familiares, succión traqueal o nasofaríngea suave), se recomienda utilizar fármacos antisecretores, que deben iniciarse tan pronto como sea posible. El fármaco más utilizado en nuestro medio es butilescopolamina por vía SC. Pueden utilizarse otros fármacos como bromhidrato de escopolamina o glicopirrolato, pero estos últimos no están comercializados en España.

Series de casos 3

No se han localizado ensayos clínicos que comparen la eficacia de estos fármacos. Las series de casos sugieren que hasta el 75% de los pacientes con estertores del moribundo responden a fármacos antimuscarínicos (322), si bien la validez de estos datos es limitada.

La dosis habitual de butilescopolamina es en bolos SC de 20 mg/4-6 h o mediante infusor, 100 mg/24h. Bromhidrato de escopolamina se utiliza a dosis de 0,5-1 mg/6 horas.

Resumen de evidencia

4	El reconocimiento de signos y síntomas clave del enfermo en los últimos días u horas de la vida es un proceso complejo. Los signos más claros de una muerte cercana se pueden valorar mediante una monitorización diaria del estado del enfermo (318). En pacientes con cáncer, los signos que con frecuencia se asocian a la fase terminal son (321): a) Encamamiento del paciente b) Estado semicomatoso c) Ingesta limitada a líquidos o sorbos d) Incapacidad para tomar fármacos por vía oral
3	Las series de casos sugieren que hasta el 75% de los pacientes con estertores del moribundo responden a fármacos antimuscarínicos (butilescopolamina, bromhidrato de escopolamina) (322).

Recomendaciones

D	La atención adecuada en los últimos días de la vida debería incluir: a) Informar a la familia y a los cuidadores acerca de la situación de muerte cercana y, en general, proporcionar la información necesaria y adecuada a sus necesidades. b) Explicar y consensuar el plan de cuidados con el paciente y su familia. c) Valorar la medicación que toma el paciente, suspendiendo los fármacos no esenciales previa explicación de los motivos. d) Tratar los síntomas que producen sufrimiento. Los fármacos necesarios deben estar disponibles si el paciente está en el domicilio. e) Interrumpir intervenciones o pruebas innecesarias o fútiles, según los deseos del paciente. f) Valorar las necesidades psicológicas, religiosas y espirituales del paciente, su familia y sus cuidadores. g) Facilitar la atención en un ambiente tranquilo, respetando la intimidad y facilitando la proximidad de familiares y amigos. h) Facilitar las vías y los recursos necesarios tanto para la hospitalización como para la atención a domicilio.
D	Se recomienda tratar los estertores del moribundo mediante el uso de butilescopolamina por vía SC.

Han transcurrido más de cinco años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

10. Sedación paliativa

Las preguntas que se van a responder son:

- ¿Cuáles son las indicaciones para realizar una sedación paliativa?
- ¿Cómo debe ser el proceso de la toma de decisiones en la sedación paliativa?
- ¿Cuáles son los fármacos y las vías de administración recomendadas para realizar una sedación paliativa?

Han transcurrido más de cinco años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

10.1. Introducción

El término *sedación* se ha empleado con distintos significados. En la revisión bibliográfica, se han encontrado cuatro revisiones relevantes en torno al concepto de sedación (323-326). La sedación puede ser *intermitente* (permite períodos de alerta) o *continua* (disminución del nivel de conciencia de forma permanente); *superficial* (permite la comunicación del paciente, verbal o no verbal) o *profunda* (mantiene al paciente en estado de inconsciencia) (324; 326). En los diferentes estudios existe una gran variabilidad en la frecuencia de los síntomas refractarios para cuyo alivio se utiliza la sedación.

En el marco de los CP, el objetivo de la sedación es el alivio del sufrimiento del enfermo mediante una reducción proporcionada del nivel de consciencia. Se entiende por *sedación paliativa* la 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 (326). La *sedación en la agonía* es un caso particular de la sedación paliativa, y se define como la administración deliberada de fármacos para lograr el alivio, inalcanzable con otras medidas, de un sufrimiento físico o psicológico, mediante la disminución suficientemente profunda y previsiblemente irreversible de la conciencia en un paciente cuya muerte se prevé muy próxima (326).

10.2. Proceso de la sedación paliativa en la agonía

El proceso de sedación paliativa en la agonía tiene que cumplir una serie de requisitos (324):

Opinión de expertos 4

- Una indicación terapéutica correcta.

- El consentimiento explícito del enfermo, o de la familia si el enfermo fuera incompetente.
- Información clara y completa del proceso, con registro en la historia clínica.
- Administración de fármacos en las dosis y combinaciones necesarias hasta lograr el nivel de sedación adecuado.

10.2.1. Indicación terapéutica

Una correcta prescripción de la sedación paliativa requiere:

- Una cuidadosa evaluación del diagnóstico del final de la vida.
- La presencia de síntomas y de sufrimiento físico o psíquico refractario.
- Una evaluación de la competencia del paciente a la hora de tomar las decisiones (324; 326).

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Diagnóstico de final de la vida (terminalidad)

Además de la predicción clínica, puede ser de utilidad el empleo de instrumentos validados para estimar la supervivencia o el estado funcional, como el índice PaP o la escala funcional de Karnofsky, y la presencia de los factores pronósticos (ver capítulo 4.4).

Síntomas y sufrimiento refractario

Por *síntoma refractario* se entiende aquél que no puede ser adecuadamente controlado a pesar de los esfuerzos para hallar un tratamiento tolerable, que no comprometa la conciencia, y en un plazo de tiempo razonable. Resulta crucial distinguir entre *sufrimiento evitable* y *no evitable*, para determinar sobre qué aspectos del sufrimiento evitable es posible intervenir (a través del control de síntomas, intervenciones psicosociales, cuidado del entorno, etc.) (22). Cuando se agotan las posibilidades de intervención, se entiende que el sufrimiento es refractario. En caso de incertidumbre acerca de la refractariedad de un síntoma, se recomienda consultarlo con otros expertos (324).

Es necesario asegurarse de que se han agotado las posibilidades de intervención en el control de síntomas. Esto resulta especialmente importante en el caso del dolor. Antes de decidir un procedimiento de sedación se debe garantizar un correcto tratamiento del dolor (327).

Evaluación de la competencia del paciente a la hora de tomar las decisiones

Resulta crucial evaluar la competencia del enfermo, es decir, su capacidad para comprender la información relevante, expresar sus deseos y conocer las

implicaciones de su decisión (324). La competencia del enfermo debería ser valorada por un equipo con experiencia. En este punto se muestra clave la implicación y la coordinación con el médico de atención primaria.

10.2.2. Consentimiento del enfermo

El consentimiento implica que el paciente es competente para tomar decisiones y que, adecuadamente informado, expresa su deseo explícito de sedación.

Opinión de expertos 4

Enfermo competente

El consentimiento verbal se considera suficiente (326), si bien en ocasiones podría realizarse por escrito. Siempre debe quedar constancia del mismo en la historia clínica.

Legislación LG

Enfermo incompetente

Se debe consultar el Registro de Instrucciones Previas o Voluntades Anticipadas. Si el enfermo no hubiera dejado constancia escrita de sus deseos en relación a las decisiones en el final de la vida, el equipo médico debe valorar los deseos del paciente con su familia o allegados, considerando los valores y los deseos previamente expresados (se tendrá en cuenta la posibilidad de que el médico de cabecera haya podido recoger sus deseos en distintas consultas, y es recomendable que consten en su historia clínica). En este caso, el proceso de comunicación con la familia deberá reunir los mismos requisitos que se precisan para obtener el consentimiento del enfermo y que se han descrito al hablar de la evaluación de la competencia del enfermo.

Debido a la complejidad en la toma de decisiones sobre la sedación, cuando esta situación sea previsible, es importante trabajar con el paciente sobre su opinión al respecto de forma anticipada o preventiva, antes de que llegue a la agonía.

Privilegio terapéutico

Si el paciente ha manifestado expresamente su voluntad de no ser informado se tendrá en cuenta su mejor interés, determinado por la indicación terapéutica y con el consentimiento expreso de su familia.

Información a comunicar

El equipo debe determinar y sopesar individualmente los beneficios y los posibles daños de la información que se revelará (324), que constará de los siguientes datos:

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

- Situación del enfermo: situación física, incurabilidad, supervivencia esperada.
- Sufrimiento (presencia de sufrimiento refractario, causas del sufrimiento, tratamientos que se han probado, razonamiento de la decisión de la sedación).
- Objetivo de la sedación (alivio del sufrimiento).
- Método de sedación: medicación que reduce el nivel de conciencia, con opción de discontinuar la sedación.
- Efectos de la sedación: sobre el nivel de conciencia, comunicación, ingesta oral, supervivencia, posibilidad de complicaciones.
- Tratamientos y cuidados tras la sedación, para maximizar el confort.
- Resultados esperados si no se realiza la sedación: otras opciones, grado de sufrimiento, supervivencia esperada.

Los profesionales sanitarios deben considerar de manera cuidadosa las preferencias del paciente y de la familia, aclarando a la familia que su papel es el de estimar el deseo de la persona, que los familiares no son totalmente responsables de todas las decisiones del paciente y que el equipo comparte la responsabilidad de la decisión de la sedación (324).

10.2.3. Información al equipo terapéutico

Se recomienda que los profesionales implicados en la atención del paciente conozcan el proceso de la sedación (ver figura 12).

10.2.4. Administración de fármacos

Existe poca evidencia científica con respecto a qué medicación y a qué dosis debe utilizarse para la sedación paliativa (323; 324; 328).

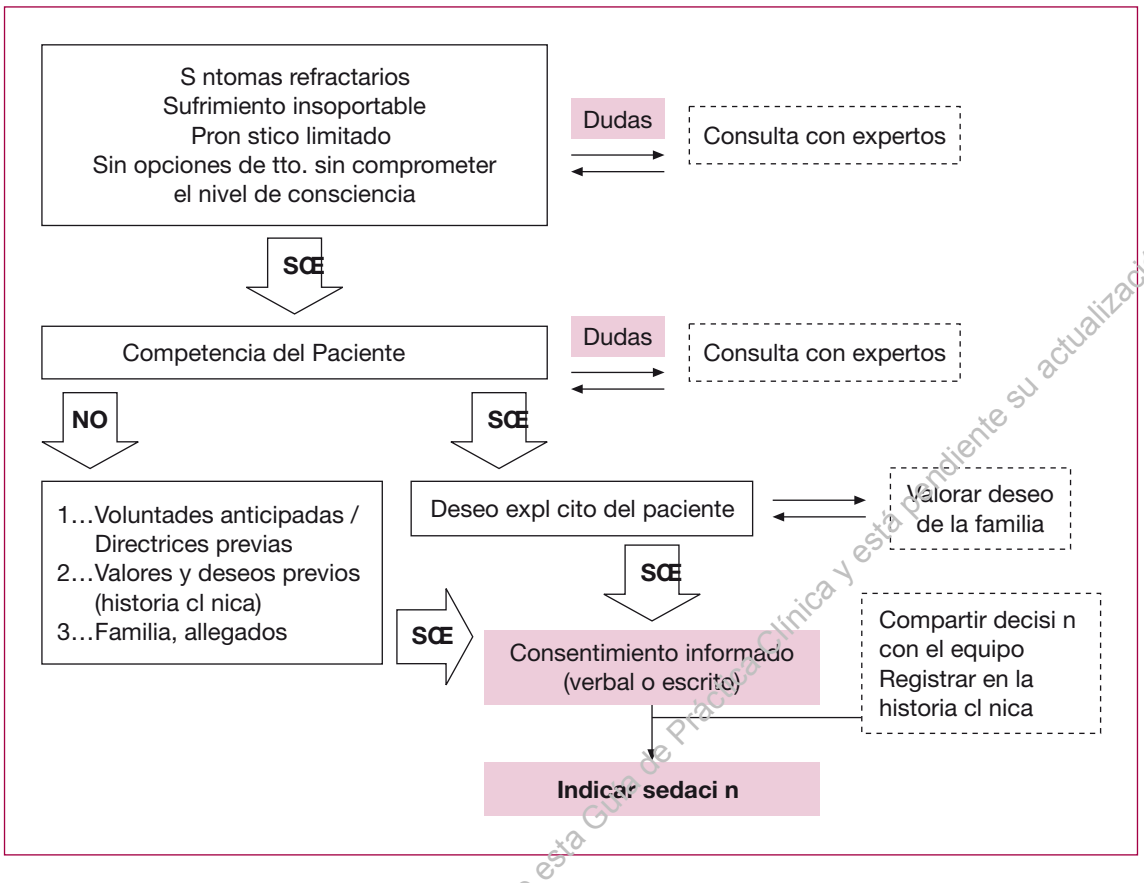
En una revisión sobre sedación terminal en medicina paliativa se describieron 11 fármacos no opioides a dosis variables. Midazolam fue el fármaco más utilizado, con una eficacia que osciló entre el 75%-100%; ningún fármaco se mostró superior a los otros (328).

Los grupos farmacológicos empleados habitualmente para la sedación son las benzodiazepinas (midazolam), los neurolépticos (levomepromazina), los barbitúricos (fenobarbital) y los anestésicos (propofol) (329). Los opioides no están recomendados como medicación específica para la inducción de la sedación paliativa, pero se emplearán de manera concomitante si el síntoma refractario es el dolor o la disnea y también en el caso de que el paciente los estuviera tomando previamente (328; 329) (ver tabla 36).

RS de series de casos 3

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Figura 12. **Proceso de la sedación**



Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Tabla 36. **Fármacos y dosis orientativas para la sedación paliativa**

Fármaco	Dosis subcutáneas	Dosis intravenosas
Midazolam* (ampollas 15 mg/3 ml)	Inducción (bolos): 2,5-5 mg** Inicial ICSC: 0,4-0,8 mg/h** Rescate (bolos): 2,5-5 mg** Máxima diaria: 160-200 mg	Inducción (bolos): 1,5-3 mg/ 5 minutos Inicial ICIV: inducción x 6 Rescate (bolos) = inducción
Levomepromazina* (ampollas 25 mg/1 ml)	Inducción (bolos): 12,5-25 mg Inicial ICSC: 100 mg/día Rescate (bolos): 12,5 mg Máxima diaria: 300 mg	Habitualmente, la mitad de la dosis por vía SC
Propofol (viales 10 mg/ml)	No utilizado por vía SC	Inducción (bolos):1-1,5 mg/kg Inicial ICIV: 2 mg/kg/h Rescate (bolos): la mitad de la dosis de inducción

* Vía de administración no contemplada en la ficha técnica.

** Dosis doble en pacientes que ya tomaban previamente BZD.

ICSC: infusión continua subcutánea.

ICIV: infusión continua intravenosa.

Tras iniciar el tratamiento farmacológico se recomienda monitorizar el nivel de sedación del paciente, utilizando para ello instrumentos como la escala de Ramsay (ver tabla 37) y dejando constancia de ello en la historia clínica (326; 330).

Opinión de expertos 4

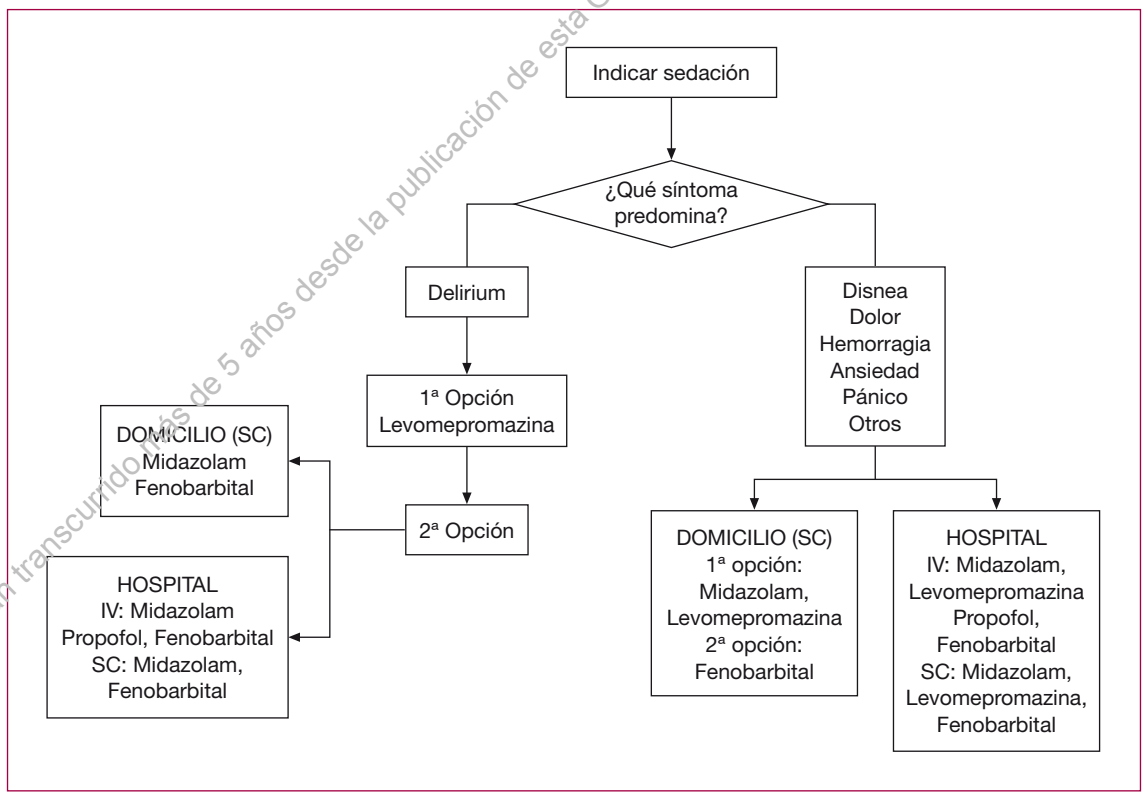
Tabla 37. Escala de Ramsay

Nivel I	Paciente agitado, angustiado
Nivel II	Paciente tranquilo, orientado y colaborador
Nivel III	Paciente con respuesta a estímulos verbales
Nivel IV	Paciente con respuesta rápida a la presión glabelar o estímulo doloroso
Nivel V	Paciente con respuesta perezosa a la presión glabelar o estímulo doloroso
Nivel VI	Paciente sin respuesta

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

En la figura 13 se propone un algoritmo para el uso de fármacos en la sedación, en función de los síntomas predominantes (326; 330).

Figura 13. Algoritmo para el uso de fármacos en la sedación



10.2.5. Consideraciones éticas y legales

Los principios éticos y legales de la sedación son (324):

Opinión de expertos 4

- Indicación y práctica adecuada.
- Intencionalidad: el objetivo es el alivio del sufrimiento.
- Principio de proporcionalidad: considerando la situación del paciente, la intensidad del sufrimiento, la ausencia de otros métodos paliativos y la supervivencia estimada, la sedación es la opción más proporcionada entre las posibles. Implica realizar un balance entre los beneficios (alivio del sufrimiento) y los riesgos e inconvenientes (disminución del nivel de consciencia, efecto sobre la supervivencia).
- Principio de autonomía: de acuerdo con la legislación vigente (331), el enfermo es el titular del derecho a la información y tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles. Las excepciones son el *privilegio terapéutico* (deseo expreso del paciente de no ser informado o el convencimiento total o casi total de que la información supone un mayor perjuicio al enfermo) y la situación de urgencia (cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización). En el enfermo no competente, la sedación requiere el consentimiento delegado. Tanto si el paciente es competente como si no lo es, se recomienda consensuar siempre las decisiones con su familia.

Legislación LG

Asimismo, el equipo debe decidir sobre la cantidad de información que se comunica y la manera de comunicarla. Se debería informar del carácter voluntario de la decisión de sedación. El equipo tiene que confirmar que la decisión del paciente no está afectada por presión psicológica o social.

Resumen de evidencia

4	Se entiende por *sedación paliativa* la 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 (326).
4	La *sedación en la agonía* es un caso particular de la sedación paliativa y se define como la administración deliberada de fármacos para lograr el alivio, inalcanzable con otras medidas, de un sufrimiento físico o psicológico, mediante la disminución suficientemente profunda y previsiblemente irreversible de la conciencia en un paciente cuya muerte se prevé muy próxima (326).
3	El 75%-100% de los pacientes responden a la sedación. Midazolam es el fármaco más utilizado (328).

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Recomendaciones

D	El proceso de sedación paliativa o en la agonía requiere: a) Una indicación terapéutica correcta (existencia de un síntoma o sufrimiento físico o psíquico refractario en el final de la vida del enfermo) efectuada por un médico y, si fuera posible, validada por otro médico. b) Consentimiento explícito del enfermo, o de la familia si el enfermo fuera incompetente. c) Los profesionales implicados deben tener una información clara y completa del proceso y efectuar el registro en la historia clínica. d) Administración de fármacos en las dosis y combinaciones necesarias hasta lograr el nivel de sedación adecuado.
D	La correcta prescripción de la sedación paliativa en la agonía requiere: a) Una cuidadosa evaluación del diagnóstico del final de la vida. b) Presencia de síntomas y de sufrimiento físico o psíquico refractario. c) Una evaluación de la competencia del paciente a la hora de tomar las decisiones.
D LG	El consentimiento verbal se considera suficiente, si bien en ocasiones podría realizarse por escrito. Siempre debe quedar constancia del mismo en la historia clínica. En el paciente no competente, el consentimiento se debe realizar en el siguiente orden: a) Primero, mediante consulta al Registro de Instrucciones Previas o Voluntades Anticipadas. b) En ausencia de instrucciones previas, el equipo médico debe valorar los deseos del paciente con la familia o los allegados, considerando los valores y los deseos previamente expresados. c) En ausencia de b), se recomienda pactar la sedación con la familia.
D	Se recomienda la utilización de midazolam como primera opción para la sedación para la mayoría de los síntomas, y levomepromazina cuando el delirium es el síntoma predominante.
D	Se recomienda monitorizar el nivel de sedación del paciente, utilizando para ello la escala de Ramsay.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

11. Duelo

Las preguntas que se van a responder son:

- ¿Cuál es la definición de duelo normal y cuáles son sus fases y manifestaciones?
- ¿Cuál es la definición de duelo complicado y cuáles son sus manifestaciones?
- ¿Cuáles son los factores de riesgo para el duelo complicado y cómo se valoran?
- ¿Cuál es la eficacia de las intervenciones en el duelo normal, el duelo de riesgo y el duelo complicado?

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

11.1. Duelo normal: definición, fases y manifestaciones

Se define el *duelo* humano como la reacción natural —matizada por el entorno sociocultural—, normal y esperable, de adaptación a la pérdida de un ser querido (332), que sufren familiares y amigos antes, durante y después de su fallecimiento. Es una experiencia de sufrimiento total, entendiendo por tal el proceso físico, psicoemocional, sociofamiliar y espiritual por el que pasa el doliente en todos esos momentos; e incluye el conjunto de expresiones conductuales, emocionales, sociofamiliares y culturales del mismo (333; 334).

La reacción de duelo se caracteriza además por ser única, es una vivencia completamente personal e intransferible; dinámica, cambiante momento a momento; y con una cronología compleja, no se sabe muy bien cuándo empieza ni cuándo acaba (332).

El duelo empieza mucho antes de la muerte, *duelo anticipado*; se dispara dramáticamente en los momentos alrededor del fallecimiento (horas, días), *duelo agudo*; continúa después como *duelo temprano* (semanas, meses), *intermedio* (meses, años) y *tardío* (años). Y probablemente no se acaba nunca, siempre queda una marca indeleble en la persona, *duelo latente*, que se puede reactivar en cualquier momento (332). Al principio, predomina la incredulidad; luego, el doliente sufre y desea con vehemencia la vuelta del fallecido; vienen después el enfado y la rabia, y la enorme y profunda tristeza; finalmente, y poco a poco, se infiltra la aceptación (335).

El duelo humano no es una enfermedad, pero es un acontecimiento vital estresante de primera magnitud; de hecho, la muerte de un hijo o hija, o del cónyuge, son consideradas las situaciones más estresantes por las que puede pasar una persona (336; 337).

En el duelo se pueden presentar una gama muy amplia de manifestaciones normales:

- Físicas: pérdida de apetito, alteraciones del sueño, pérdida de energía y agotamiento y diversas quejas somáticas (algunas relacionadas con la enfermedad que tuvo el fallecido).
- Conductuales: agitación, llanto, cansancio y aislamiento.
- Cognitivas: pensamientos obsesivos acerca del fallecido, baja autoestima, autoreproches, sensación de indefensión, desesperanza, sensación de irrealidad y problemas con la memoria y la concentración.
- Afectivas: tristeza, desesperación, ansiedad, culpa, enfado y hostilidad, anhedonia y soledad (338).

A veces se asocia a problemas de salud, como depresión, ansiedad generalizada, crisis de angustia, abuso de alcohol o psicofármacos; y el duelo prolongado, a un aumento de la mortalidad por suicidio y eventos cardiovasculares, y a una mayor demanda de apoyo sanitario (332).

La mayoría de las personas se sobreponen a la pérdida y afrontan de forma efectiva el duelo —*duelo normal*—, e incluso algunas se crecen en la adversidad —*resiliencia*—; pero a veces las circunstancias hacen que el proceso sea especialmente difícil —*duelo de riesgo*— y que en ocasiones se complique —*duelo complicado*— (332; 333).

La personalidad, la historia personal, las vivencias en relación con pérdidas previas o el momento vital de la persona son factores determinantes en la forma de manifestar el duelo y en su evolución posterior.

Se considera el *duelo complicado* una reacción de mala adaptación a la pérdida, que puede manifestarse como un trastorno por duelo prolongado, depresión, ansiedad o deterioro en la salud física (339).

11.2. Atención al duelo: organización

Opinión de expertos 4

De cara a planificar y organizar la atención al duelo, el reto consiste en distinguir entre duelo normal y complicado, y en identificar a las personas de mayor riesgo (332; 333; 339). Ello se justifica por el hecho de que la evidencia actual no apoya la intervención profesional formal y estructurada en el duelo normal, pero aquellas personas con duelo de riesgo podrían beneficiarse de un seguimiento o de una intervención precoz, y las personas con duelo complicado requerirán un apoyo especializado (12; 334; 340-344).

La guía NICE establece un modelo de atención al duelo de tres componentes, para ser implementado en todos los servicios de oncología británicos:

- A la mayoría de los dolientes les basta con el apoyo de sus familiares y amigos; aquí el papel de los profesionales es proporcionar información acerca del duelo y sobre los recursos disponibles.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

- Algunos dolientes necesitan una oportunidad más formal para reflexionar sobre su pérdida; esta labor la pueden desarrollar voluntarios, grupos de autoayuda, asesores espirituales, o profesionales, que estarán muy atentos al riesgo y a la detección precoz de problemas asociados al duelo por si fuera necesaria una atención más especializada.
- Una minoría de dolientes requerirá atención especializada, que será proporcionada principalmente por equipos de salud mental, psicoterapeutas o expertos en duelo.

11.3. Factores de riesgo de duelo complicado y su valoración

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

El riesgo de padecer un duelo complicado se refiere al grado de susceptibilidad que tiene el doliente de padecer los problemas de salud asociados al duelo (duelo prolongado, depresión, ansiedad, etc.).

Opinión de expertos 4

La identificación del riesgo forma parte de los CP. Es un proceso en el que se valoran los factores de riesgo y las probabilidades de desarrollar un duelo complicado mediante las siguientes fuentes:

- Las mejores evidencias disponibles
- El juicio clínico
- La información obtenida acerca del entorno familiar o procedente de él. En este punto, el genograma puede ser de ayuda para conocer la estructura familiar, sus recursos y capacidades y sus posibles disfunciones, e identificar los miembros con mayor riesgo (340).

La evaluación del riesgo abarca no sólo al cuidador principal, sino también a los familiares más cercanos y a las personas que tienen una relación significativa con el enfermo, lo que permite dirigir los cuidados de duelo más intensivos a las personas que más los necesitan (340).

Existe una guía específica sobre la valoración de riesgo de duelo complicado en CP que realiza una búsqueda y evaluación exhaustiva de este aspecto (340).

De acuerdo con los resultados de dicha revisión, y en ausencia de una evidencia adecuada que permita discernir los distintos estilos de afrontamiento, la valoración del riesgo implica cuatro categorías de información:

1. Características de la enfermedad, de los cuidados terminales y de la naturaleza de la muerte:

   - Muerte repentina o inesperada, especialmente, a) si se ha producido en circunstancias traumáticas; b) si supone un estigma (suicidio, homicidio, SIDA); o c) si el doliente no ha tenido ocasión de prepararse o anticiparla.

RS de diferentes tipos de estudio 2+/3

- Enfermedad excesivamente corta (doliente con sensación de no estar preparado).
- Enfermedad prolongada y doliente en edad media (una larga enfermedad puede sobrepasar los mecanismos de adaptación de los familiares).

2. Características del doliente:

RS de diferentes tipos de estudio 2+/3

- Fase del ciclo vital: especialmente cuando el doliente es un adolescente, una persona que enviuda joven o anciana, o una madre viuda o separada.
- Historia de pérdidas previas, especialmente no resueltas: infidelidad, divorcio o abortos.
- Factores estresantes concurrentes: tensiones familiares, problemas económicos o laborales, insatisfacción con los cuidados o abuso de alcohol o psicofármacos.
- Enfermedad física o mental: especialmente, problemas de salud mental que han requerido tratamiento psiquiátrico o psicológico, o historia familiar de trastornos psiquiátricos.
- Intenso sufrimiento durante la enfermedad, antes de la muerte.
- Mala adaptación inicial a la pérdida, expresada como sufrimiento emocional intenso o depresión severa.
- Incapacidad o limitación en el uso de las estrategias de afrontamiento: cuidado físico, identificación de aspectos importantes del proceso de duelo, búsqueda de un significado en la pérdida, modulación del sufrimiento del duelo, diferenciación entre *dejar ir* y *olvidar*, o acceder a las ayudas disponibles.
- Soledad. Personas solitarias o distantes.
- Poco control interno sobre las creencias; por ejemplo, sentir que no controla su propia vida.

3. Relaciones interpersonales:

RS de diferentes tipos de estudio 2+/3

- La disponibilidad de apoyo social, especialmente si las personas que lo rodean no lo apoyan o el doliente lo percibe como tal, o son percibidas como antagónicas o poco amistosas.
- El doliente no tiene una persona de confianza con quien compartir sus sentimientos, dudas, preocupaciones o cuestiones existenciales.
- La experiencia del duelo altera la red de apoyo social; por ejemplo, no encontrarse con sus viejos amigos con la misma frecuencia que antes del fallecimiento.
- El doliente no está satisfecho con la ayuda disponible durante la enfermedad.
- El apoyo de familiares y amigos antes del fallecimiento fue bueno, pero después disminuyó.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de práctica Clínica y está pendiente su actualización.

- Relación ambivalente o dependiente con el fallecido.
- Matrimonios con una relación especialmente buena, duradera y exclusivista.
- Familias con bajos niveles de cohesión, comunicación y capacidad para resolver conflictos.

4. Características del fallecido:

Estudios descriptivos 3

- Niño o adolescente.
- Muerte de un hijo por un problema hereditario, o de forma repentina o violenta.
- Progenitores, adolescentes o adultos jóvenes; especialmente, si el padre o la madre que sobrevive tiene pocas capacidades de afrontamiento.

Han transcurrido más de cinco años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Estudios descriptivos, opinión de expertos 3,4

El peso de los diferentes factores que facilitan el duelo ha sido poco investigado. Estos factores serían los siguientes:

- Cambios positivos en la autopercepción: sentirse más fuerte, sabio, maduro e independiente, y más capaz de enfrentar otras crisis; comprender mejor a los demás; sentirse más paciente, tolerante, empático y templado; y ser más capaz de expresar emociones, pensamientos y sentimientos.
- Cambios positivos relacionados con el soporte social: se refuerzan los lazos familiares y con los amigos, y se tienen experiencias más positivas con la red social de apoyo. Además, el optimismo y la esperanza también facilitan el afrontamiento (340).

Estudios de prueba diagnósticas

Se han realizado algunos intentos de cara a construir instrumentos para medir el riesgo de duelo complicado, tales como el Index Risk de Parkes y Weiss (345) (ver anexo 2), adaptado al castellano por García *et al.* (346); pero todavía es preciso investigar más en este área. La guía de Aranda & Milne recomienda el juicio clínico del profesional, como elemento pronóstico principal, y la revisión de un listado que recoja los factores de riesgo referidos anteriormente (340).

11.4. Duelo complicado o trastorno por duelo prolongado

Opinión de expertos 4

Aproximadamente un 10%-20% de los dolientes tienen importantes dificultades en su proceso de adaptación a la pérdida (344).

El duelo complicado es a menudo difícil de distinguir de la depresión, la ansiedad o el trastorno por estrés postraumático, enfermedades a veces asociadas al duelo y con cuya sintomatología se solapan, por lo que su definición es muy controvertida (344; 347).

Para diagnosticar el duelo complicado —denominado ahora *Trastorno por duelo prolongado*— se pueden usar los siguientes criterios, propuestos por Prigerson *et al.* (347) para ser incluidos en la quinta edición del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-V) de la American Psychiatric Association, en un intento de que se reconozca el duelo complicado como un trastorno mental específico y no como una subcategoría, como ocurre actualmente en el *DSM-IV*:

1. Criterio A. Presentar a diario, al menos uno de los siguientes síntomas:
   - Pensamientos intrusivos (que entran en la mente sin control) acerca del fallecido.
   - Punzadas de dolor incontrolable por la separación.
   - Añoranza (recordar la ausencia con una enorme y profunda tristeza) intensa del fallecido.
2. Criterio B. Presentar a diario, al menos cinco de los nueve síntomas siguientes:
   - Confusión acerca de cuál es el papel de uno en la vida o sentir que se ha muerto una parte de sí mismo.
   - Dificultad para aceptar la realidad de la pérdida.
   - Intento de evitar todo lo que recuerde que su ser querido ha muerto.
   - Sensación de incapacidad de confiar en los demás desde el fallecimiento.
   - Amargura o enfado en relación con el fallecimiento.
   - Sentirse mal por seguir adelante con su vida (p. ej. hacer nuevas amistades o interesarse por cosas nuevas).
   - Sentirse frío e insensible (emocionalmente plano) desde el fallecimiento.
   - Sentir que la vida es frustrante, que sin el fallecido está vacía y que no tiene sentido.
   - Sentirse como «atontado», aturdido o conmocionado.
3. Criterio C. La duración de estos síntomas es al menos de seis meses.
4. Criterio D. Estos síntomas causan un malestar clínicamente significativo o un importante deterioro de la vida social, laboral u otras actividades significativas (p. ej. responsabilidades domésticas) de la persona en duelo.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

11.5. Eficacia de las intervenciones en el duelo

RS de ECA estudios de intervención 1+/2+

Existen varias revisiones sistemáticas acerca de la eficacia de las intervenciones en duelo; la mayoría de ellas incluyen estudios con problemas metodológicos (pocos sujetos, sin asignación aleatoria, factores de confusión, etc.), y tienen una enorme heterogeneidad en las poblaciones a estudio (se incluyen

personas en duelo normal, de riesgo y complicado) y en las intervenciones. Sin embargo, hay que destacar que los resultados obtenidos en las distintas revisiones sistemáticas son bastante consistentes.

En el metaanálisis de Allumbaugh & Hoyt (348) se incluyeron 35 estudios (13 sin grupo control y 22 con grupo control y asignación aleatoria), 2.284 sujetos, el 84% mujeres, y la media del tiempo transcurrido desde el fallecimiento era de 27 meses. El tamaño de efecto de las intervenciones (individuales, grupales, etc.) fue moderado, con una diferencia estandarizada de medias de 0,43 (IC 95%: 0,33-0,52). Los autores concluyeron en su revisión lo siguiente:

El tamaño de efecto de las intervenciones en duelo es pequeño si se compara con otras técnicas psicoterapeúticas.

Los mejores resultados se obtienen en los estudios de intervención en los que es el propio doliente quien demanda la ayuda y en los que la intervención comienza unos pocos meses después de la pérdida.

La tesis doctoral de Von Fortner (342), en base a la limitada eficacia encontrada, concluye lo siguiente:

RS de ECA y estudios de intervención 1+/2+

El asesoramiento psicológico (*counselling*) u otras formas de terapia psicosocial no tienen ninguna justificación en personas con duelo normal; incluso pueden llegar a ser perjudiciales. Parecen ser de ayuda en personas con duelo de riesgo o duelo complicado.

Las RS posteriores muestran resultados en la misma línea. La revisión de Genevro *et al*. (333) concluye lo siguiente:

RS de ECA y estudios de intervención 1+/2+

Las intervenciones en adultos con duelo normal «no pueden considerarse beneficiosas en términos de disminuir los síntomas relacionados con el duelo», pudiendo ser incluso perjudiciales.

Las intervenciones en adultos con duelo de riesgo aportan algún beneficio, por lo menos a corto plazo.

En adultos con duelo complicado no hay mucha evidencia, pero el análisis de los datos refleja un efecto positivo con terapias de orientación psicodinámica o cognitivo-conductual; y, en el caso de depresión asociada al duelo, con antidepresivos tricíclicos (nortriptilina) y psicoterapia.

En niños y adolescentes, estrategias como la de proporcionar información y educación en duelo, oportunidades para expresar los sentimientos y entenderlos, recordar y conmemorar el aniversario de la muerte, y facilitar y mejorar la comunicación en la familia parecen ser eficaces, especialmente en las niñas.

La revisión de Forte *et al.* (341) concluye lo siguiente:

Hay una buena evidencia a favor del tratamiento farmacológico de la depresión en el duelo.

Para otras formas de intervención no hay unos patrones consistentes de tratamiento que disminuyan el duelo *per se*.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

La revisión de Wimpenny *et al.* (334) concluye lo siguiente:

La mayoría de las personas en duelo no requieren asesoramiento psicológico profesional.

Éste puede ser beneficioso en muertes inesperadas, traumáticas o con poco apoyo sociofamiliar.

Las intervenciones evaluadas en los diferentes estudios son muy variables:

RS de ECA y estudios de intervención 1+/2+

Intervenciones de apoyo: grupos de autoayuda, programas individuales, (*widow to widow*), voluntarios, asesoramiento psicológico (*counselling*) individual, familiar, de pareja y grupal, etc.

Intervenciones psicoterapeúticas: terapias cognitivo-conductuales (reestructuración cognitiva, solución de problemas, desensiblización, etc.), psicodinámicas, psicoanalíticas, interpersonales, grupales, etc.

Intervenciones psicofarmacológicas: antidepresivos tricíclicos y benzodiazepinas.

Sin embargo, la evidencia disponible no permite obtener conclusiones claras acerca de cuál es la intervención más eficaz en duelo, con las excepciones del asesoramiento psicoemocional en el duelo en niños o adolescentes y el duelo de riesgo en adultos, la psicoterapia psicodinámica o cognitivo-conductual en el duelo complicado en adultos, o los antidepresivos combinados con psicoterapia en la depresión asociada al duelo (333; 334; 341; 344).

Hay un reciente ensayo clínico (349), realizado en varias unidades de cuidados intensivos de Francia, en el que se comprueba la eficacia de una reunión estructurada del personal de la UCI adiestrado, con apoyo de psicólogos, con familiares de un paciente en FFV (de aproximadamente 30 minutos de duración) y la entrega de un folleto informativo sobre el duelo, y en el que se obtienen resultados positivos a los 60 días del fallecimiento.

ECA 1+

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Resumen de evidencia

2+	La mayoría de las personas afrontan de forma efectiva el duelo, pero un 10%-20% de las personas tienen dificultades importantes en su proceso de adaptación (333; 334; 344).
2+	La valoración de los factores de riesgo implica cuatro categorías de información (340): a) Características de la enfermedad, de los CP y de la naturaleza de la muerte b) Características del doliente c) Relaciones interpersonales d) Características del fallecido

1+/2+	Las intervenciones en duelo normal no son eficaces, incluso pueden ser perjudiciales; en duelo de riesgo puede haber un cierto beneficio; y en duelo complicado son eficaces (333; 334; 342; 344; 348).
1+/2+	Las intervenciones evaluadas en los distintos estudios son muy variables, pero la evidencia disponible no permite concluir cuál es la terapia más eficaz, exceptuando el asesoramiento psicológico en el duelo en niños y adolescentes y en el duelo de riesgo, las terapias de orientación psicodinámicas y cognitivo-conductuales en el duelo complicado, y la psicoterapia junto con antidepresivos en la depresión asociada al duelo (333; 334; 342; 344; 348).

Recomendaciones

D	La identificación del riesgo de duelo complicado debería realizarse en base a lo siguiente: a) Los factores de riesgo b) El juicio clínico c) La información acerca del entorno familiar (genograma) o procedente de éste Se requieren estudios que valoren adecuadamente la validez de las escalas disponibles (como el Index Risk de Parkes y Weiss).
B	No se recomiendan las intervenciones formales o estructuradas en el duelo normal.
D	En el duelo normal se recomienda proporcionar información acerca del duelo y sobre los recursos disponibles, y apoyo emocional básico.
B	En el duelo de riesgo se recomienda realizar un seguimiento regular, con apoyo emocional, valorando individualmente la necesidad de psicoterapias específicas y estructuradas.
B	Se recomienda derivar a servicios especializados (psicología, psiquiatría, etc.) a la persona con duelo complicado para que reciba atención específica y estructurada.
D	Los profesionales que atienden a los pacientes en la FFV y a sus familiares deberían tener acceso a una formación elemental en duelo que les capacite para proporcionar cuidados básicos a los dolientes, comprender y explorar sus necesidades, valorar los factores de riesgo, y detectar a las personas con duelo complicado y derivarlas a un servicio especializado.

Han transcurrido más de cinco años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Anexos

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Anexo 1. Niveles de evidencia científica y grados de recomendación de SIGN

Niveles de evidencia científica	
1++	Metaanálisis de alta calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo.
1+	Metaanálisis bien realizados, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgo.
1-	Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con alto riesgo de sesgo.
2++	Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohortes o de casos y controles. Estudios de cohortes o de casos y controles con riesgo muy bajo de sesgo y con alta probabilidad de establecer una relación causal.
2+	Estudios de cohortes o de casos y controles bien realizados con bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal.
2-	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo y riesgo significativo de que la relación no sea causal.
3	Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos.
4	Opinión de expertos.
Grados de recomendación	
A	Al menos un metaanálisis, revisión sistemática o ensayo clínico clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la guía; o un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos.
B	Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2 ++, directamente aplicable a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 1 ++ ó 1+
C	Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2 + directamente aplicables a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2 ++
D	Evidencia científica de nivel 3 ó 4; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2+

Los estudios clasificados como 1- y 2- no deben usarse en el proceso de elaboración de recomendaciones por su alta posibilidad de sesgo.

Buena práctica clínica

√[1]	Práctica recomendada, basada en la experiencia clínica y el consenso del equipo redactor.

[1] *En ocasiones, el grupo elaborador encuentra aspectos prácticos importantes que es necesario destacar y para los cuales no se ha encontrado ninguna evidencia científica. En general, estos casos están relacionados con algún aspecto del tratamiento que nadie cuestionaría habitualmente y son valorados como puntos de* buena práctica clínica*. No son una alternativa a las recomendaciones basadas en la evidencia científica, sino que deben considerarse únicamente cuando no existe otra manera de destacar dicho especto.*

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Anexo 2. Escalas

Escala Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)

Sistema de evaluación de síntomas de Edmonton

Listado de 10 escalas numéricas que evalúan el promedio de intensidad de diferentes síntomas en un período de tiempo determinado (24 horas, 48 horas, 1 semana), según la condición del paciente. Se pide al paciente que seleccione el número que mejor indique la intensidad de cada síntoma.

Mínimo síntoma	Intensidad	Máximo síntoma
Sin dolor	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máximo dolor
Sin cansancio	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máximo cansancio
Sin náusea	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima náusea
Sin depresión	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima depresión
Sin ansiedad	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima ansiedad
Sin somnolencia	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima somnolencia
Buen apetito	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Sin apetito
Máximo bienestar	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máximo malestar
Sin falta de aire	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima falta de aire
Sin dificultad para dormir	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima dificultad para dormir

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Palliative Prognostic Score (PaP Score)

Variable	Puntos
Disnea Presente Ausente	 1 0
Anorexia Presente Ausente	 1,5 0
Estimación Clínica (semanas) >12 11-12 9-10 7-8 5-6 3-4 1-2	 0 2 2,5 2,5 4,5 6 8,5
Índice de Karnofsky ≥30 10-20	 0 2,5
Leucocitos totales por mm^3 ≤8.500 8.501-11.000 >11.000	 0 0,5 1,5
Porcentaje de linfocitos <12 12-19,9 ≥20	 2,5 1 0
Grupos de riesgo A (probabilidad de sobrevivir a 30 días >70%) B (probabilidad de sobrevivir a 30 días 30-70%) C (probabilidad de sobrevivir a 30 días <30%)	**Total de puntos** 0 - 5,5 5,6 - 11 11,1 – 17,5

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Escala de valoración funcional de Karnofsky

Objetivos de la escala de valoración funcional de Karnofsky

- Permite conocer la capacidad del paciente para poder realizar actividades cotidianas.
- Es un elemento predictor independiente de mortalidad, en patologías oncológicas y no oncológicas.
- Sirve para la toma de decisiones clínicas y valorar el impacto de un tratamiento y la progresión de la enfermedad del paciente.
- Un Karnofsky de 50 o inferior indica elevado riesgo de muerte durante los seis meses siguientes.

Escala	Valoración funcional
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 incapaz de llevar a término actividades normales o trabajo activo
60	Requiere atención ocasional, pero puede cuidarse a sí mismo
50	Requiere gran atención, incluso de tipo médico. Encamado menos del 50% del día
40	Inválido, incapacitado, necesita cuidados y atenciones especiales. Encamado más del 50% del día
30	Inválido grave, severamente incapacitado, tratamiento de soporte activo
20	Encamado por completo, paciente muy grave, necesita hospitalización y tratamiento activo
10	Moribundo
0	Fallecido

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Escala de Barthel - Actividades básicas de la vida diaria

Evalúa la situación funcional de la persona mediante una escala que mide las AVD (Actividades básicas de la vida diaria).

Es la más utilizada internacionalmente y es uno de los mejores instrumentos para monitorizar la dependencia funcional de las personas.

Evalúa 10 tipos de actividades y clasifica cinco grupos de dependencia.

Su utilización es fácil, rápida y es la más ágil para utilizarla estadísticamente.

Objetivos de la escala de Barthel

- Evaluar la capacidad funcional
- Detectar el grado de deterioro
- Monitorizar objetivamente la evolución clínica
- Diseñar planes de cuidados y de rehabilitación de forma interdisciplinar

Escala de Barthel

Actividad	Valoración
Comer	10 independiente 5 necesita ayuda 0 dependiente
Lavarse	5 independiente 0 dependiente
Arreglarse	5 independiente 0 dependiente
Vestirse	10 independiente 5 necesita ayuda 0 dependiente
Micción	10 continente 5 accidente ocasional 0 incontinente
Deposición	10 continente 5 accidente ocasional 0 incontinente
Ir al WC	10 independiente 5 necesita ayuda 0 dependiente
Trasladarse sillón / cama	15 independiente 10 mínima ayuda 5 gran ayuda 0 dependiente
Deambulación	15 independiente 10 necesita ayuda 5 independiente en silla de ruedas 0 dependiente
Subir y bajar escaleras	10 independiente 5 necesita ayuda 0 dependiente

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Puntuación total

100	≥60	55/40	35/20	<20
Independiente	Dependiente leve	Dependiente moderado	Dependiente severo	Dependiente total

Puntuación: Se puntúa cada actividad de 5 en 5 (0, 5, 10, 15). La puntuación máxima será de 100, e indica independencia para los cuidados personales; pero no quiere decir que el paciente pueda vivir solo.

Actividades de la vida diaria

Comer:

- Independiente: capaz de utilizar cualquier instrumento necesario, capaz de desmenuzar la comida, extender la mantequilla, usar condimentos, etc., por sí solo. Come en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona. (10)
- Necesita ayuda: para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc., pero es capaz de comer solo. (5)
- Dependiente: necesita ser alimentado por otra persona. (0)

Lavarse (bañarse):

- Independiente: capaz de lavarse entero, puede ser utilizando la ducha, la bañera o permaneciendo de pie y aplicando la esponja sobre todo el cuerpo. Incluye entrar y salir del baño. Puede realizarlo todo sin estar una persona presente. (5)
- Dependiente: Necesita alguna ayuda o supervisión. (0)

Arreglarse:

- Independiente: realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Incluye lavarse la cara y las manos, peinarse, maquillarse, afeitarse y lavarse los dientes. Los complementos necesarios para hacerlo los puede proveer otra persona. (5)
- Dependiente: Necesita alguna ayuda. (0)

Vestirse:

- Independiente: capaz de ponerse y quitarse la ropa, atarse los zapatos, abrocharse los botones y colocarse otros complementos que necesite sin ayuda. (10)
- Necesita ayuda: pero realiza solo, al menos, la mitad de las tareas en un tiempo razonable. (5)
- Dependiente. (0)

Micción:

- Continente: ningún episodio de incontinencia (seco día y noche). Capaz de utilizar cualquier dispositivo. En paciente sondado incluye poder cambiar la bolsa solo. (10)
- Accidente ocasional: Máximo uno en 24 horas, incluye la necesidad de ayuda en la manipulación de sondas o dispositivos. (5)
- Incontinente: incluye pacientes con sonda incapaces de manejarse. (0)

Deposición:

- Continente: ningún episodio de incontinencia. Si necesita algún enema o supositorio es capaz de administrárselos por sí solo. (10)
- Accidente ocasional: menos de una vez por semana o necesita ayuda para ponerse enemas o supositorios. (5)
- Incontinente: Incluye que otra persona le administre enemas o supositorios. (0)

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Ir al WC:

- Independiente: entra y sale solo. Capaz de ponerse y quitarse la ropa, limpiarse, prevenir las manchas en la ropa y tirar de la cadena. Capaz de sentarse y levantarse de la taza sin ayuda (puede utilizar barras para soportarse). Si utiliza bacinilla (orinal, botella, etc.), es capaz de utilizarla y vaciarla completamente sin ayuda y sin manchar. (10)
- Necesita ayuda: capaz de manejarse con una pequeña ayuda en el equilibrio, quitarse y ponerse la ropa, pero puede limpiarse solo. Aún es capaz de utilizar el WC. (5)
- Dependiente: incapaz de manejarse sin asistencia mayor. (0)

Trasladarse sillón/cama:

- Independiente: sin ayuda en todas las fases. Si utiliza silla de ruedas se aproxima a la cama, frena, desplaza el reposapiés, cierra la silla, se coloca en posición de sentado en un lado de la cama, se mete y se tumba, y puede volver a la silla sin ayuda. (15)
- Mínima ayuda: incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física, tal como la que ofrece una persona no demasiado fuerte o sin entrenamiento. (10)
- Gran ayuda: capaz de estar sentado sin ayuda, pero necesita mucha asistencia (persona fuerte y entrenada) para salir / ponerse en la cama o desplazarse. (5)
- Dependiente: necesita grúa o que le levanten por completo dos personas. Incapaz de permanecer sentado. (0)

Deambulación:

- Independiente: puede caminar al menos 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda o supervisión. La velocidad no es importante. Puede usar cualquier ayuda (bastones, muletas, etc.) excepto caminador. Si utiliza prótesis es capaz de ponérsela y quitársela solo. (15)
- Necesita ayuda: supervisión o pequeña ayuda física (persona no demasiado fuerte) para caminar 50 metros. Incluye instrumentos o ayudas para permanecer de pie (caminador). (10)
- Independiente en silla de ruedas en 50 metros: tiene que ser capaz de desplazarse, atravesar puertas y doblar esquinas solo. (5)
- Dependiente: si utiliza silla de ruedas necesita que otra persona lo lleve. (0)

Subir y bajar escaleras:

- Independiente: capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión. Puede utilizar el soporte que necesite para caminar (bastón, muletas, etc.) y el pasamanos. (10)
- Necesita ayuda: supervisión física o verbal. (5)
- Dependiente: incapaz de salvar escalones. Necesita alzamiento (ascensor). (0)

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Escala de los Cuidados Paliativos (ECP) - *Versión española de la Palliative Care Outcome Scale (POS)*

CUESTIONARIO PARA EL PERSONAL SANITARIO

Nombre del paciente.....
Unidad o Servicio..... Fecha de nacimiento.....
Fecha..... Nº de valoración.....

Por favor, responda a las siguientes preguntas marcando con una cruz la respuesta que considere que mejor describe cómo se ha encontrado el/la paciente. Muchas gracias.

1. Durante los últimos tres días, ¿el/la paciente ha padecido dolor?
☐ 0 No, ninguno.
☐ 1 Leve, pero no lo suficientemente molesto para tener que aliviarlo.
☐ 2 Moderado, el dolor limita algunas actividades.
☐ 3 Grave, el dolor limita mucho la realización de actividades o la concentración.
☐ 4 Insoportable, el paciente no puede pensar en otra cosa.

2. Durante los últimos tres días, ¿ha habido otros síntomas, como náuseas, tos o estreñimiento, que aparentemente hayan afectado al estado del/de la paciente?
☐ 0 No, ninguno.
☐ 1 Leves.
☐ 2 Moderados.
☐ 3 Graves.
☐ 4 Insoportables.

3. Durante los últimos tres días, ¿el/la paciente ha estado angustiado por su enfermedad o por el tratamiento?
☐ 0 No, en ningún momento.
☐ 1 Casi nunca.
☐ 2 A veces, en algunas ocasiones afecta a su concentración.
☐ 3 Casi siempre; a menudo afecta a su concentración.
☐ 4 Sí, están angustiados en todo momento.

4. Durante los últimos tres días, ¿algún familiar o allegado ha estado angustiado por el/la paciente?
☐ 0 No, en ningún momento.
☐ 1 Casi nunca.
☐ 2 A veces, en algunas ocasiones afecta a su concentración.
☐ 3 Casi siempre; a menudo afecta a su concentración.
☐ 4 Sí, están angustiados en todo momento.

5. Durante los últimos tres días, ¿qué información se le ha dado al/a la paciente y a sus familiares o allegados?
☐ 0 Información completa, el paciente puede preguntar todo lo que desee.
☐ 1 Se ha dado información, aunque no siempre ha sido comprendida por el paciente.
☐ 2 Se ha dado información que el paciente ha pedido, aunque hubiera deseado más.
☐ 3 Muy poca, e incluso se ha evitado ciertos aspectos.
☐ 4 Ninguna.

6. Durante los últimos tres días, ¿el/la paciente ha podido comentar cómo se siente con sus familiares o amigos?
☐ 0 Sí, tanto como ha querido.
☐ 1 Casi siempre.
☐ 2 A veces.
☐ 3 Casi nunca.
☐ 4 No, en ningún momento.

7. Durante los últimos tres días, ¿cree que el/la paciente ha sentido que merece la pena vivir?
☐ 0 Sí, tanto como ha querido.
☐ 1 Casi siempre.
☐ 2 A veces.
☐ 3 Casi nunca.
☐ 4 No, en ningún momento.

8. Durante los últimos tres días, ¿cree que el/la paciente se ha sentido bien consigo mismo/a?
☐ 0 Sí, tanto como ha querido.
☐ 1 Casi siempre.
☐ 2 A veces.
☐ 3 Casi nunca.
☐ 4 No, en ningún momento.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

9. Durante los últimos tres días, ¿cuánto tiempo cree que se ha perdido en asuntos relacionados con la salud de este/esta paciente, como esperas o repetición de pruebas?
☐ 1 Nada de tiempo.
☐ 2 Hasta medio día.
☐ 3 Más de medio día.

10. Durante los últimos tres días, ¿se han tratado cuestiones prácticas, tanto personales como económicas, surgidas como consecuencia de la enfermedad del/de la paciente?
☐ 0 Se han tratado problemas prácticos y se han llevado como el/la paciente quería.
☐ 1 Se están tratando los problemas prácticos.
☐ 2 Hay problemas prácticos que no se han tratado.
☐ 3 El/la paciente no ha tenido problemas prácticos.

11. Si los hubiera, ¿cuáles han sido los principales problemas del/de la paciente durante los últimos tres días?
1. .....
2. .....

12. ¿Cuál es el grado de actividad del/de la paciente según la escala ECOG?
(0: plenamente activo; 1: alguna limitación; 2: limitaciones moderadas; 3: limitaciones importantes; 4: totalmente incapacitado)

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Escala Visual Analógica (EVA)

La **Escala Visual Analógica (EVA)** permite medir la intensidad del dolor que describe el paciente con la máxima reproducibilidad entre los observadores. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma. En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad. Se pide al paciente que marque en la línea el punto que indique la intensidad y se mide con una regla milimetrada. La intensidad se expresa en centímetros o milímetros.

Sin dolor _____ Máximo dolor

La **Escala numérica (EN)** es un conjunto de números de cero a diez, donde cero es la ausencia del síntoma a evaluar y diez su mayor intensidad. Se pide al paciente que seleccione el número que mejor indique la intensidad del síntoma que se está evaluando. Es el método más sencillo de interpretar y el más utilizado.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sin dolor										Máximo dolor

La **Escala categórica (EC)** se utiliza cuando el paciente no es capaz de cuantificar sus síntomas con las escalas anteriores, expresando la intensidad de los síntomas en categorías, lo que resulta mucho más simple. Se suele establecer una relación entre categorías y un equivalente numérico.

0	4	6	10
Nada	Poco	Bastante	Mucho

La **Escala visual analógica de intensidad** consiste en una línea recta horizontal, de 10 cm de longitud, donde los extremos marcan la severidad del dolor. En el extremo izquierdo aparece la ausencia de dolor y en el derecho se refleja el mayor dolor imaginable.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada										Insoportable

La **Escala visual analógica de mejora** consiste en la misma línea recta donde en el extremo izquierdo aparece la no mejora y en el derecho la mejora completa.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No mejora										Mejora completa

Cuestionario Breve del Dolor (CBD)

1. Indique en el diagrama las zonas donde siente dolor sombreando la parte afectada. Marque una cruz en la zona que más le duele.

Delante: Derecha / Izquierda — Detrás: Izquierda / Derecha

2. Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad *máxima* de su dolor en la última semana.

Ningún dolor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 El peor dolor imaginable

3. Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad *mínima* de su dolor en la última semana.

Ningún dolor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 El peor dolor imaginable

4. Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad *media* de su dolor.

Ningún dolor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 El peor dolor imaginable

5. Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad de su dolor *ahora mismo*.

Ningún dolor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 El peor dolor imaginable

6. ¿Qué tipo de cosas le alivia el dolor (p. ej., caminar, estar de pie, levantar algo)?

_____

_____

7. ¿Qué tipo de cosas empeora el dolor (p. ej., caminar, estar de pie, levantar algo)?

_____

_____

8. ¿Qué tratamiento o medicación está recibiendo para el dolor?

_____

_____

9. En la última semana, ¿hasta qué punto le han aliviado los tratamientos o medicación para el dolor? Por favor, rodee con un círculo el porcentaje que corresponda al grado de alivio que ha sentido.

Ningún alivio 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100% Alivio total

10. Si toma medicación, ¿cuánto tarda en volver a sentir dolor?

1. ☐ La medicación para el dolor no me ayuda nada
2. ☐ 1h
3. ☐ 2h
4. ☐ 3h
5. ☐ 4h
6. ☐ De 5 a 12h
7. ☐ Más de 12h
8. ☐ No tomo medicación para el dolor

Han transcurrido más de dos años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

11. Marque con una cruz la casilla que considere adecuada para cada una de las respuestas.

Creo que mi dolor es debido a:

☐ Sí ☐ No A. Los efectos del tratamiento (p. ej., medicación, operación, radiación, prótesis)

☐ Sí ☐ No B. Mi enfermedad principal (la enfermedad que actualmente se está tratando y evaluando)

☐ Sí ☐ No C. Una situación no relacionada con mi enfermedad principal (p. ej., artrosis)

Por favor, describa esta situación: _____

12. Para cada una de las siguientes palabras, marque con una cruz «sí» o «no» si ese adjetivo se aplica a su dolor.

Dolorido/continuo	☐ Sí ☐ No	Mortificante (calambre)	☐ Sí ☐ No
Palpitante	☐ Sí ☐ No	Agudo	☐ Sí ☐ No
Irradiante	☐ Sí ☐ No	Sensible	☐ Sí ☐ No
Punzante	☐ Sí ☐ No	Quemante	☐ Sí ☐ No
		Agotador	☐ Sí ☐ No
Fatigoso (pesado)	☐ Sí ☐ No	Entumecido (adormecido)	☐ Sí ☐ No
Penetrante	☐ Sí ☐ No	Penoso	☐ Sí ☐ No
Persistente	☐ Sí ☐ No	Insoportable	☐ Sí ☐ No

13. Rodee con un círculo el número que mejor describa hasta qué punto el dolor le ha afectado en los siguientes aspectos de la vida, durante la última semana.

A. Actividades en general

No me ha afectado 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Me ha afectado por completo

B. Estado de ánimo

No me ha afectado 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Me ha afectado por completo

C. Capacidad de caminar

No me ha afectado 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Me ha afectado por completo

D. Trabajo habitual (incluye tanto el trabajo fuera de casa como las tareas domésticas)

No me ha afectado 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Me ha afectado por completo

E. Relaciones con otras personas

No me ha afectado 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Me ha afectado por completo

F. Sueño

No me ha afectado 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Me ha afectado por completo

G. Disfrutar de la vida

No me ha afectado 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Me ha afectado por completo

14. Prefiero tomar mi medicación para el dolor:

1. ☐ De forma regular
2. ☐ Sólo cuando lo necesito
3. ☐ No tomo medicación para el dolor

15. Tomo mi medicación para el dolor (en un período de un día):

1. ☐ No todos los días
2. ☐ 1 a 2 veces al día
3. ☐ 3 a 4 veces al día
4. ☐ 5 a 6 veces al día
5. ☐ Más de 6 veces al día

16. ¿Cree que necesita una medicación más fuerte para el dolor?

1. ☐ Sí 2. ☐ No 3. ☐ No lo sé

17. ¿Cree que debería tomar más dosis de la medicación para el dolor que las que le ha recetado el médico?

1. ☐ Sí 2. ☐ No 3. ☐ No lo sé

18. ¿Está preocupado/a porque toma demasiada medicación para el dolor?

1. ☐ Sí 2. ☐ No 3. ☐ No lo sé

Si la respuesta es «sí», ¿por qué?

_____

_____

19. ¿Tiene problemas con los efectos secundarios de su medicación para el dolor?

1. ☐ Sí 2. ☐ No

¿Qué efectos secundarios?

_____

20. ¿Cree que necesita recibir más información sobre su medicación para el dolor?

1. ☐ Sí 2. ☐ No

21. Otros métodos que uso para aliviar mi dolor son (por favor, marque con una cruz todo lo que se le aplique):

Compresas calientes ☐ Compresas frías ☐ Técnicas de relajación ☐

Distracción ☐ *Biofeedback* ☐ Hipnosis ☐

Otros ☐ Por favor, especifique _____

22. Otras medicaciones no recetadas por mi médico y que tomo para el dolor son:

_____

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Escala de Ramsay

Nivel I	Paciente agitado, angustiado
Nivel II	Paciente tranquilo, orientado y colaborador
Nivel III	Paciente con respuesta a estímulos verbales
Nivel IV	Paciente con respuesta rápida a la presión glabelar o estímulo doloroso
Nivel V	Paciente con respuesta perezosa a la presión glabelar o estímulo doloroso
Nivel VI	Paciente sin respuesta

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Anexo 3. Cómo comunicar malas noticias: protocolo de seis etapas de Buckman

Primera etapa. Preparar el contexto físico más adecuado

En esta etapa se incluirían todos los aspectos relacionados con el momento más adecuado, lugar, profesional, paciente, etc., así como una pequeña evaluación del estado emocional del paciente para averiguar si es el momento más adecuado para dar la mala noticia; por ejemplo, *¿Cómo se encuentra hoy?,* o *¿Qué tal, cómo se siente?,* o *¿Se siente hoy lo suficientemente bien para hablar un rato?* (dependiendo de la situación se elegirá una de estas preguntas o alguna similar).

Segunda etapa. Averiguar cuánto sabe el paciente

Esta fase es muy importante, ya que el paciente a menudo presenta ideas o al menos sospechas que pueden ahorrar mucho camino al profesional (imagínense un paciente fumador que ha estado ingresado porque le vieron «algo» en un pulmón y le han hecho mil pruebas en el hospital incluida una broncocospia). El aporte de la información y el impacto que puede producir dependerán en gran medida de la correcta ejecución de esta fase.

Se realiza mediante preguntas indirectas abiertas y escucha activa con técnicas de apoyo narrativo, concentrando la atención no sólo en la narración del enfermo, sino también en su comunicación no verbal. Interesa particularmente saber cómo de grave cree el paciente que es su proceso y cómo puede afectar a su futuro. Estos aspectos interesan mucho más que el hecho de si conoce el nombre de su enfermedad o su patofisiología. No conviene por supuesto «recrearse» en aspectos sin trascendencia en la evolución del paciente o familiar o que no sean necesarios para la comprensión del proceso.

Podrían utilizarse preguntas como:

— ¿Qué piensa usted sobre este problema, su dolor en el pecho, su tos, etc.?
— ¿Qué le han dicho sobre su enfermedad?

(Esta pregunta es muy positiva de cara a evitar malos entendidos o mensajes contradictorios o con matices diferentes, problema relativamente frecuente en pacientes que son atendidos por distintos profesionales en diferentes ámbitos: pacientes oncológicos, etc.):

— ¿A qué cree que puede ser debido su problema?
— ¿Cómo ve usted esto de grave?

Incluso estas preguntas conviene hacerlas de forma escalonada, dejando por ejemplo la última de las descritas para al final de esta fase, cuando ya hayamos captado parte de las creencias del paciente.

Con este tipo de preguntas podremos obtener información del paciente en diferentes aspectos:

- Cómo se acerca su impresión a la naturaleza real de su problema.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

- Características del paciente: nivel educacional, capacidad de expresión, preparación, etc.
- Estado emocional en relación a su proceso. Conviene estar atento a lo que el paciente dice y a lo que no dice o evita decir, así como a todas las claves no verbales que seamos capaces de captar. Es interesante advertir la falta de concordancia entre comunicación no verbal y verbal.

Por otro lado, este tipo de preguntas en una persona que no sospeche nada pueden ayudar a aclimatarlo a la nueva situación.

Una vez que hemos explorado lo que ya sabe, debemos saber lo que sospecha. Si no ha salido con alguna de las preguntas anteriores se puede añadir alguna de las siguientes:

— *¿Y usted por qué cree que le han hecho todas estas pruebas?*
— *¿Y qué es exactamente lo que le tiene preocupado?*
— *¿Está usted preocupado por...?*
— *¿Hay alguna cosa que le preocupe?*

En una segunda fase podemos introducir preguntas sobre el futuro, sobre todo en el tipo de pacientes que sospechemos no saben nada de la naturaleza de su problema. Por ejemplo: *¿Qué planes tiene usted con respecto a su futuro?* Esta fase pretende minimizar la incomodidad en la medida de lo posible y transmitir al paciente que nos interesamos por lo que piensa y siente, estando dispuestos a escucharle.

Hay que tener en cuenta que el profesional no es el único medio de información. El paciente recibe información a través de otros enfermos, de medios diagnósticos o terapéuticos, de otros profesionales o de los medios de comunicación.

Otra ventaja añadida de una correcta ejecución de esta fase es evitar los mensajes más o menos contradictorios que entre distintos profesionales se producen a menudo, ya sea por distinto criterio, por miedo a decir la verdad, por inseguridad o desconocimiento.

Tercera etapa. Encontrar lo que el paciente quiere saber

Esta fase es fundamental a la hora de compartir información posterior con los pacientes. A veces es difícil conocer si el enfermo quiere saber y si la información que se está aportando es mucha o escasa. O sea, que es difícil saber cuánta información es capaz de asimilar en cada entrevista.

Aconsejamos preguntar directamente qué nivel de información puede asimilar. Por ejemplo: *Si esto se convirtiera por casualidad en algo grave, ¿pertenece usted al tipo de personas que le gustaría saberlo exactamente? ¿Le gustaría que yo le explicara todos los detalles del diagnóstico? ¿Es usted del tipo de personas que le gustaría conocer todos los detalles del diagnóstico o preferiría sólo conocer el tratamiento a seguir? Si el problema fuera grave, ¿cuánto le gustaría saber sobre él?,* o, *¿Le gustaría que le explicara todos los detalles sobre su problema o hay alguien más a quien le gustaría que se lo contara?*

De estas preguntas hay algunas que dejan capacidad de elección al paciente. Es decir, preguntas como las de *¿Es usted del tipo de personas...?* reconoce que existen personas así

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

y le hace más fácil reconocer su postura en caso de no querer información. O, por otro lado, en la última pregunta se deja abierta la posibilidad de desplazar el peso de la información a otra persona del entorno.

Este tipo de preguntas puede parecer que «desvela» información o que incluso puede causar más estrés en los propios pacientes, pero la realidad es que si se realiza bien, puede clarificar muchas cosas al profesional sin perjudicar al paciente.

En cualquier caso, como ya se ha expresado anteriormente, no es necesario preguntarlo tan abiertamente para conocer si quiere y cuánto quiere saber un paciente. Una sensibilidad adecuada en el profesional puede obtener la misma información. En nuestra cultura, una opción puede ser la de esperar a que el enfermo sea el que nos pida más información, muy pendiente de la comunicación no verbal, esperando a que el paciente asimile cada «parte» de la información que se le haya dado con silencios y escucha activa, y que nos pida más mirando al profesional en actitud de espera o pidiendo más información con preguntas directamente. Un símil útil podría ser el de darle un trozo de tarta (pequeño para que no se le haga difícil de digerir), y esperar a que lo asimile y nos pida más porciones según su propio ritmo de asimilación.

En caso de que el paciente exprese su preferencia por no discutir el tema o lo dé a entender, debemos dejar siempre abierta la puerta, ya que un porcentaje de ellos pueden cambiar de opinión posteriormente. Pero el respeto a la decisión del paciente debe ser obvio.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Cuarta etapa. Compartir la información

Si el paciente en la anterior fase ha expresado su deseo de compartir toda la información procederemos a ello. Si el paciente lo negó, pasaremos a discutir el plan terapéutico.

El aporte de la información aquí tiene un doble papel: que el paciente conozca su proceso y realizar un diálogo terapéutico.

Lo primero es «alinearnos» con el paciente, partiendo del nivel de información que ya tiene. A continuación se deciden los objetivos de la entrevista: qué aspectos informativos y educacionales van a ser tratados. Es esencial tener una agenda clara, siempre muy abierta a la agenda del propio paciente. A partir de aquí empezaremos a abordar elementos del diagnóstico, tratamiento, pronóstico o apoyo del paciente en función de las necesidades.

En esta fase es importante ser consciente del derecho del paciente a tomar sus propias decisiones, en relación al tratamiento principalmente, y que ello no genere frustración en el profesional si no coincide con su visión de la situación.

Como ya se ha dado a entender, esta fase puede ser simultánea a la etapa anterior, siendo la petición del paciente de más información la que nos detalla su capacidad de asimilación y la que nos permite decidir cuánta información debemos darle.

Quinta etapa. Responder a los sentimientos del paciente

Consiste básicamente en identificar y reconocer las reacciones de los pacientes. Unas malas noticias bien comunicadas pueden fracasar si el profesional no desarrolla adecuadamente

esta fase. Como elementos importantes hay que destacar aquí el papel de los silencios, la empatía no verbal y la escucha y el respeto al paciente.

Sexta etapa. Planificación y seguimiento del proceso

El seguimiento debe ser consensuado por ambos. El profesional debe dejar claro al paciente que siempre estará a su disposición para lo que necesite. Debe estar continuamente atento a los problemas o preocupaciones del enfermo, y movilizar también todas las fuentes de apoyo familiar o social que sean necesarias en cada momento. En este sentido, hay que tener en cuenta que este tipo de enfermos generan verdaderos núcleos de soledad al no compartir sus preocupaciones y miedos con otros familiares o amigos para no hacerlos sufrir. Debe aclararse la continuidad de nuestra atención en estos aspectos comunicacionales tanto como en el proceso físico.

La actitud obviamente debe ser positiva, preparándose para lo peor cuando exista esta posibilidad y esperando lo mejor, sin falsas esperanzas y sin aportar información no real.

Debe planificarse una determinada estrategia en relación al número de visitas, fases del tratamiento, etc. El paciente debe comprobar que controlamos la situación.

Evaluación de las estrategias utilizadas

Este apartado es sumamente importante, ya que un análisis de las entrevistas realizadas con ventajas y defectos ayuda al profesional a conocerse mejor y a reafirmar su confianza, y puede aportar instrumentos para mejorar aquellos aspectos necesarios.

Una buena manera de evaluar la estrategia utilizada es valorar nuestras emociones, ideas o acciones tras la entrevista mediante una reflexión personal. Se debe valorar qué hemos sentido, nuestra seguridad y «confortabilidad», el impacto que hemos producido y las reacciones que se han suscitado, si la información que el paciente ha asimilado era la esperada y si se tienen claros los objetivos del paciente de cara al futuro.

En este sentido, puede ser muy útil comprobar la asimilación con relativa frecuencia durante la entrevista y pedir al paciente un resumen final y su estado emocional tras la entrevista; un sencillo *¿Cómo se encuentra?* Los comentarios a esta pregunta pueden darnos una valoración bastante real de la calidad de la entrevista y del cumplimiento de objetivos. La información aportada por los allegados del estado de ánimo posterior del paciente y de su actitud puede igualmente ayudar a valorar nuestra intervención a la vez que nos aporta información importante de cara al seguimiento del paciente.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Este anexo ha sido elaborado a partir de las siguientes referencias:

1. Prados Castillejo JA, Quesada Jiménez F. Guía práctica sobre cómo dar malas noticias. FMC. 1998; 5(4): 238-50
2. Buckman R How to break bad news. A guide for health care professionals. Baltimore: Ed. John Hopkins, 1992.
3. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. Oncologist. 2000;5(4):302-11.

Anexo 4. Aspectos legales en cuidados paliativos

Marco normativo general

El Estado tiene la obligación de proteger la dignidad de sus miembros y penaliza a quien no la respeta. Además tiene la obligación de crear las condiciones para desarrollarla y promoverla, propiciando una sociedad equitativa en la que no se margine, discrimine o segregue a las personas, colocándolas en situaciones de indignidad. En estas condiciones sería tan inmoral la sociedad que procurase la muerte, argumentando que respeta la voluntad de los pacientes, como la que la prohibiese sin poner ninguna solución al daño y a la injusticia de sus ciudadanos [9].

En diferentes capítulos de la guía se ha hecho referencia a distintas leyes que afectan a la relación clínica al final de la vida. A continuación se enumeran algunas de las leyes que pueden afectar a las personas que intervienen en la atención a los enfermos en el final de la vida:

Normas Internacionales

1. El Convenio de Oviedo.
2. La Declaración Universal de los Derechos Humanos, proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, el 10 de diciembre de 1948.
3. Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales, de 4 de noviembre de 1950.
4. Carta Social Europea de 18 de octubre de 1961.
5. Pacto Internacional de derechos Civiles y Políticos, y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 16 de diciembre de 1966.

Normas Nacionales

1. Constitución Española.
2. Código Penal (asistencia al suicidio, omisión del deber de socorro, coacciones, homicidio por imprudencia).
3. Ley General de Sanidad (LGS).
4. Ley 41/2002, Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de los Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica.
5. Ley 16/2003, de 28 de mayo: Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
6. Ley 44/2003, de 21 de noviembre: Ordenación de las profesiones sanitarias.
7. Leyes promulgadas en distintas Comunidades Autónomas que contemplan las Voluntades Anticipadas (VA) o Instrucciones Previas (IP).
8. Códigos Deontológicos.

Han transcurrido más de tres años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

[9] Couceiro A. El enfermo terminal y las decisiones en torno al final de la vida. En: Couceiro A, editor. Ética en Cuidados Paliativos. Madrid: Editorial Triacastela; 2004. p. 426

Eutanasia y suicidio asistido

En relación a la eutanasia y el suicidio asistido, en 1995 se introdujo en nuestro código penal una importante modificación: el apartado cuatro del artículo 143, que se refiere sólo a la cooperación *activa*, es decir, a las acciones y no a las omisiones. Ésta es la razón por la que la colaboración *pasiva*, cuando se realiza tras la petición seria e inequívoca del paciente que sufre una enfermedad grave que vaya a conducir necesariamente a su muerte, o que le produzca serios padecimientos permanentes y difíciles de soportar, está exenta de responsabilidad penal. Es decir, nuestro código despenaliza lo que se conoce como eutanasia pasiva y mantiene penalizada la eutanasia activa directa.

Código penal español. Tomado de Azucena Couceiro[9]

Artículo 143	Consecuencias
1. El que *induzca al suicidio* será castigado con pena de prisión de 4 a 8 años. 2. Se impondrá la pena de prisión de 2 a 5 años al que *coopere con actos* necesarios al suicidio de una persona. 3. Será castigado con la pena de prisión de 6 a 10 años si la cooperación llegare hasta el punto de ejecutar la muerte. 4. El que causare o cooperare activamente con actos necesarios a la muerte de otro, por la petición seria y expresa de éste, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que hubiera conducido necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los nº 2 y 3 de este artículo.	*Se penaliza:* La inducción al suicidio, la cooperación simple y la cooperación que llegue a ejecutar la muerte. *No son punibles:* Las omisiones de auxilio o tratamiento que no sean susceptibles de ser calificadas como causa o como cooperación activa, siempre que medien dos requisitos: *objetivo* —enfermedad— y *subjetivo* —petición del paciente— *El Código Penal:* 1. Destipifica la llamada eutanasia «pasiva e indirecta», puesto que requiere conductas activas y directas. 2. Tipifica la eutanasia «activa», pero de forma muy atenuada. 3. Rebaja la pena de homicidio consentido respecto del homicidio simple del artículo 138.

En la Recomendación 1418 de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, adoptada el 25 de junio de 1999: La Asamblea insta a los Estados miembros a que su derecho interno incorpore la protección legal y social necesaria contra las amenazas y temores que el enfermo terminal o moribundo afronta, en particular sobre:

1. El morir sometido a síntomas insoportables (dolor, disnea, etc.).
2. La prolongación del proceso de muerte contra la voluntad del enfermo terminal.
3. El morir en el aislamiento social y la degeneración.
4. El morir bajo el temor de ser una carga social.
5. Las restricciones a los medios de soporte vital por razones económicas.
6. La falta de fondos y recursos materiales para la asistencia adecuada del enfermo terminal o moribundo.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Utilización de medicamentos en condiciones de uso distintas a las autorizadas

En España, tanto el Real Decreto 223/2004, por el que se regulan los ensayos clínicos con medicamentos, como la Ley 29/2006, de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos, establecen que un medicamento podrá utilizarse en indicaciones o condiciones de uso distintas a las aprobadas únicamente dentro de un ensayo clínico o como uso compasivo. Se entiende como ***uso compasivo*** la «utilización en pacientes aislados y al margen de un ensayo clínico, de productos en fase de investigación clínica, o también la utilización de medicamentos para indicaciones o condiciones de uso distintas de las autorizadas, cuando el médico, bajo su exclusiva responsabilidad, considera indispensable su utilización». Para utilizar un medicamento bajo las condiciones de uso compasivo se requiere el consentimiento informado por escrito del paciente o de su representante legal, un informe clínico en el que el médico justifique la necesidad de dicho tratamiento, la conformidad del director del centro donde se vaya a aplicar el tratamiento y la autorización de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios para cada caso concreto.

No obstante, la tramitación por la vía del uso compasivo no es siempre la más satisfactoria para determinadas situaciones, como ocurre a menudo en cuidados paliativos; por ello, como desarrollo a la Ley de Garantías y Uso Racional del Medicamento, actualmente la Agencia Española del Medicamento está desarrollando una Orden Ministerial para facilitar el acceso a medicamentos sometidos a condiciones especiales.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Anexo 5. Vademécum

Vademécum por síntomas

Síntoma	Fármaco	Dosis recomendada	Observaciones
DOLOR *Ver anexo sobre opioides	**PARACETAMOL**	VO: 500-1000 mg/4-6 h (máx 4 g/día) Rectal: 650 mg/4-6 h IV: 1000 mg/6 h Dosis máxima: 4 g/día	
	METAMIZOL	VO: 500-2000 mg/6-8 h Rectal: 1000 mg/6-8 h IV-IM: 2000 mg/6-8 h	• Riesgo de agranulocitosis y anemia aplásica
	IBUPROFENO	VO: 400-600 mg/6-8 h Rectal: 500 mg/8 h Dosis máxima: 2.400 mg/día	• Ajustar dosis en ancianos e insuficiencia renal • Se admite su uso en pacientes que toman anticoagulantes orales • Los AINE son la primera opción en dolor óseo
	DICLOFENACO	VO: 50 mg/8 h VO retard: 75-150 mg/24 h Rectal: 100 mg/24 h IM-IV: 75 mg/24 h (excepcionalmente 150 mg/24 h) Dosis máxima: 150 mg/día	• Ajustar dosis en ancianos e insuficiencia renal • Se admite su uso en pacientes que toman anticoagulantes orales • Los AINE son la primera opción en dolor óseo • Se puede utilizar en infusión continua vía SC (no en bolos), pero no mezclar con otros fármacos*
	NAPROXENO	VO o rectal: 500 mg/12 h	• Ajustar dosis en ancianos e insuficiencia renal
	KETOROLACO	VO: 10 mg/6-8 h IV-IM-SC: 10-30 mg/6-8 h Dosis máxima: 40 mg/día	• Ajustar dosis en ancianos e insuficiencia renal • Posible interacción con anticoagulantes orales • Los AINE son la primera opción en dolor óseo • Riesgo de hemorragia mayor que otros AINE • Fármaco de uso hospitalario • Se puede utilizar vía SC, pero no mezclar con otros fármacos*
	CODEINA	VO: 30-60 mg/4-6 h Dosis máxima: 180-240 mg/día	• Puede ser necesario asociar laxante • Disponible en jarabe
	PARACETAMOL+ CODEINA	VO: 500-650/30 mg 1-2 comp/6 h Dosis máxima: 4 g de paracetamol	• Puede ser necesario asociar laxante • Existe una presentación en jarabe pero con dosis bajas

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y esta pendiente de actualización.

Síntoma	Fármaco	Dosis recomendada	Observaciones
DOLOR *Ver anexo sobre opioides	**DIHIDROCODEINA**	VO: 30 mg/4-6 h	• No comercializado en España en comprimidos ni viales, disponible sólo en jarabe o gotas, a dosis bajas • Puede ser necesario asociar laxante
	TRAMADOL	VO: 50-100 mg/6-8 h VO retard: 100-200 mg/12 h Rectal: 100 mg/6-8 h SC-IM: 50-100 mg/ 6-8 h Dosis máxima: 400 mg/día	• Puede ser necesario asociar laxante • Reducir dosis en ancianos e insuficiencia renal • Menor somnolencia y estreñimiento que codeína, pero mayor riesgo de interacciones (ISRS, antidepresivos tricíclicos, triptanes, IMAO, anticoagulantes orales, bupropion, neurolépticos) • Se puede administrar vía SC
	PARACETAMOL+ TRAMADOL	VO: 650/75 mg/6-8 h (2 comp/6-8 h) Dosis máxima: 8 comp/día	Ver TRAMADOL
	MORFINA *	VO: 10-30 mg/ 4 h Formas retard:10-30 mg/12 h Vía SC-IM: mitad de la dosis de la VO Aumentos de dosis: 25-50% de la dosis Puede darse el doble de la dosis al acostarse para evitar una toma	• No tiene techo terapéutico salvo por la aparición de efectos adversos • Asociar laxante • Antídoto: Naloxona • Se puede administrar vía SC
	MORFINA SOLUCIÓN ORAL*	Dolor irruptivo o como rescate: 1/6 de la dosis total diaria	• Dolor irruptivo y como rescate • Adecuado si problemas de deglución
	FENTANILO*	Dosis inicial en pacientes no tratados con opioides: parche de 25 mcg/h cada 72 h, incrementar la dosis en 12-25 mcg/h cada 72 h hasta dosis eficaz Tratados con morfina: según dosis de morfina*	• El aumento de temperatura aumenta su absorción • Asociar laxante • Rescate: con morfina oral de liberación rápida o fentanilo oral transmucosa. • Útil en rotación de opioides
	FENTANILO ORAL TRANSMUCOSA*	0,2-1,6 mg a demanda La dosis no puede predecirse a partir de la dosis de mantenimiento	• Dolor irruptivo y como rescate • Acción rápida y corta (15 minutos-4 horas)
	METADONA*	VO, SC, IM: dosis inicial: 5-10 mg/6-8 h ajustado según respuesta Si se utiliza de forma prolongada no administrar con frecuencia inferior a 12 h	• Vida media larga con riesgo de acumulación • La insuficiencia renal y hepática no interfieren en su eliminación • Gran variabilidad interindividual en la dosis • Manejo por personal experto • Útil en rotación de opioides • Asociar laxante • Se puede administrar vía SC

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Síntoma	Fármaco	Dosis recomendada	Observaciones
DOLOR *Ver anexo sobre opioides	**OXICODONA***	VO: dosis inicial: 10 mg/12 h	• Ajustar dosis en insuficiencia renal y hepática • Asociar laxante
	OXICODONA RÁPIDA*	VO: 4,5-18 mg a demanda	• Dolor irruptivo y como rescate
	BUPRENORFINA*	Transdérmica: dosis inicial: un parche de 35 µg/h cada 72 h. En pacientes tratados previamente con morfina: según dosis de morfina SL: 0,2 mg/8 h IV-IM: 0,3-0,6 mg/6-8 h	• Los parches se pueden cortar para adecuar la dosis a cada paciente • No precisa receta de estupefacientes
DOLOR NEUROPÁTICO	**AMITRIPTILINA**	Dosis inicial: 10-25 mg/día en dosis única por la noche Dosis habitual: 50-150 mg/día Dosis máxima: 150 mg/día	• Precaución en pacientes con arritmia o cardiopatía isquémica • El tratamiento debe retirarse gradualmente
	DULOXETINA	Dosis inicial: 60 mg/día en dosis única Dosis habitual: 60 mg/día Dosis máxima: 120 mg/día en dosis divididas	• Aprobado en ficha técnica para la neuropatía diabética • El tratamiento debe retirarse de forma gradual
	CARBAMAZEPINA	Dosis inicial: 100-200 mg/12 h Incrementar en 100-200 mg cada semana Dosis habitual: 600-800 mg/día en 3 ó 4 dosis Dosis máxima: 1.600 mg	• Precaución en insuficiencia hepática • Requiere vigilancia hematológica • Múltiples interacciones
	GABAPENTINA	Dosis inicial: 300 mg 1er día, 300 mg/12 h 2º día, 300 mg/8 h 3er día. Incrementar dosis a escalones de 300 mg/día Dosis habitual: 1.200-1.400 mg/día (2 ó 3 dosis) Dosis máxima: 3.600 mg/día	• Reducir la dosis en insuficiencia renal y en ancianos
	PREGABALINA	Dosis inicial: 50-150 mg/día en 2-3 dosis. Incrementar en 50-150 mg cada semana Dosis habitual: 300-600 mg/día Dosis máxima: 600 mg/día	• Reducir la dosis en insuficiencia renal y en ancianos
	MORFINA	Dosis inicial: 5-15 mg de liberación rápida cada 4 horas. A los 7-15 días pasar a liberación retardada Dosis habitual: 120 mg/día	Ver apartado de DOLOR

Síntoma	Fármaco	Dosis recomendada	Observaciones
DOLOR NEUROPÁTICO	**TRAMADOL**	Dosis inicial: 50 mg/día en 2 dosis. Incrementar en 50 mg cada semana Dosis habitual: 50-100 mg/6-8 h	• Ver apartado de DOLOR
DOLOR ÓSEO	**PAMIDRÓNICO, ÁCIDO**	Perfusión IV: 90 mg en 250 ml en 2 h cada 3-4 semanas En pacientes con mieloma múltiple no exceder 90 mg en 500 ml durante 4 h	• Precaución en cardiópatas e insuficiencia renal • Se ha descrito osteonecrosis maxilar (se recomienda revisión dental previa al tratamiento) • Duración del tratamiento más de 6 meses • No debe administrarse en bolo • Uso Hospitalario
	ZOLEDRÓNICO, ÁCIDO	Perfusión IV: 4 mg/100 ml en 15 minutos como mínimo, cada 3-4 semanas	• Precaución en cardiópatas e insuficiencia renal • Se ha descrito osteonecrosis maxilar (se recomienda revisión dental previa al tratamiento) • Duración del tratamiento más de 6 meses • Uso Hospitalario
MIOCLONIAS POR OPIOIDES	**MIDAZOLAM**	VO, IV, SC: 5-10 mg	• Se puede utilizar por vía SC* • Ampollas de Uso Hospitalario
	BACLOFENO	Dosis inicial VO: 5 mg/8 h Dosis habitual VO: 10-15 mg/8 h Dosis máxima: 100 mg/día	• Retirada progresiva por riesgo de abstinencia
	CLONAZEPAM	VO: dosis inicial 0,5-1,5 mg/día, dosis habitual 3-6 mg/día, dosis máxima: 20 mg/día IV: 1 mg en inyección IV lenta (2 minutos) o perfusión IV lenta	• Reducir dosis de opioides o rotación • Se puede utilizar por vía SC*
	DIAZEPAM	VO, rectal o IV: 5-10 mg	
ASTENIA	**PREDNISONA**	VO: 20-40 mg/día	• Su efecto es temporal (2-4 semanas) por lo que se recomienda en pacientes con esperanza de vida <4 semanas • En pauta corta (hasta 3 semanas) habitualmente no precisa retirada gradual
ANOREXIA Y CAQUEXIA	**MEGESTROL ACETATO**	VO dosis inicial: 160 mg/día VO dosis habitual: 320-800 mg/día Dosis máxima: 800 mg/día	• Su efecto tarda semanas en aparecer por lo que se recomienda en pacientes con esperanza de vida >2-3 meses
	DEXAMETASONA	VO: 3-8 mg/día (dosis utilizada en los ensayos clínicos)	• Se puede utilizar por vía SC, pero no se recomienda mezclar con otros fármacos en infusión SC* • Los corticoides se han utilizado en pautas de 1-8 semanas. En pauta corta (hasta 3 semanas) habitualmente no precisa retirada gradual

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica. Está pendiente su actualización.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y esta pendiente su actualización.

Síntoma	Fármaco	Dosis recomendada	Observaciones
ANOREXIA Y CAQUEXIA	**PREDNISOLONA**	VO: 10 mg/día (dosis utilizada en los ensayos clínicos) Rango de dosis: 10-30 mg/día	• Los corticoides se han utilizado en pautas de 1-8 semanas. En pauta corta (hasta 3 semanas) habitualmente no precisa retirada gradual
	METILPREDNISOLONA	VO: 32 mg/día IV: 125 mg/día (dosis utilizada en los ensayos clínicos)	• Se puede administrar vía SC * • Los corticoides se han utilizado en pautas de 1-8 semanas. En pauta corta (hasta 3 semanas) habitualmente no precisa retirada gradual
	CIPROHEPTADINA	VO: 45 mg/8 h	• Se requieren más estudios sobre su eficacia
	METILFENIDATO	VO: 5-15 mg/día	• Se requieren más estudios sobre su eficacia • Contraindicaciones: angina, arritmias o HTA grave, depresión grave, síntomas psicóticos, tendencias suicidas • Administrar por la mañana o mediodía por posible efecto de insomnio
	MODAFILINO	VO: 200-400 mg/día	• Se requieren más estudios sobre su eficacia, poca experiencia de uso • Contraindicado en ansiedad grave • Precaución en insuficiencia renal, hepática, alteraciones cardiovasculares, depresión, manía y psicosis
DISNEA	**MORFINA**	Si no está en tratamiento con morfina: VO, SC: 2,5-5 mg/4 h Si está en tratamiento con morfina: aumentar la dosis un 25-50%	• Asociar laxante • Antídoto: Naloxona • Se puede administrar vía SC
	OXICODONA	VO: 2,5-5 mg/4 h	• Asociar laxante
	PROMETAZINA	VO, IM, IV: 25 mg/8-12 h o a demanda	• Como fármaco adyuvante o de segunda línea, si no se puede administrar opioides o asociados a éstos
	LORAZEPAM	VO: 0,5-1 mg a demanda o pautado	• Disnea asociada a ansiedad
	ALPRAZOLAM	VO: 0,25-0,5 mg a demanda o pautado 0,25-0,5/8 mg/h	• Disnea asociada a ansiedad • Acción rápida y duración corta
	MIDAZOLAM	VO: 7,5 mg a demanda o pautado 7,5 mg/8 h	• Disnea asociada a ansiedad • Se puede utilizar por vía SC * • Acción rápida y duración corta • Ampollas de Uso Hospitalario

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Síntoma	Fármaco	Dosis recomendada	Observaciones
DISNEA	**DIAZEPAM**	VO: 5 mg a demanda o pautado 5-20 mg/día en 1-2 tomas	• Disnea asociada a ansiedad • Acción más larga
	CLORAZEPATO DIPOTASICO	VO: 5-10 mg a demanda o pautado 7,5-25 mg/día en 2-3 tomas	• Disnea asociada a ansiedad • Acción más larga
	CLORPROMAZINA	VO: 7,5-25 mg/6-8 h o a demanda	• La vía IM puede ser dolorosa • Como fármaco adyuvante o de segunda línea, si no se puede administrar opioides o asociados a éstos
	LEVOMEPROMAZINA	VO, SC: 2,5-10 mg	• Como fármaco adyuvante o de segunda línea, si no se puede administrar opioides o asociados a éstos • Se puede utilizar por vía SC * • (levomepromazina se conoce también como methotrimeprazina)
	SALBUTAMOL	Inhalado: 1-2 pulsaciones a demanda	• Disnea en pacientes con obstrucción reversible de la vía aérea
	PREDNISONA	VO: 20-40 mg/día	• Disnea en pacientes con asma, EPOC, linfangitis carcinomatosa o tumores obstructivos de la vía aérea • En pauta corta (hasta 3 semanas) habitualmente no precisa retirada gradual
TOS	**LEVODROPROPIZINA**	VO: 60 mg/8 h	• No opioide
	CLOPERASTINA	VO: 10-20 mg/8 h	• No opioide
	CODEINA	VO: 10-20 mg/4-6 h	• Asociar laxante
	DIHIDROCODEINA	VO: 5-10 mg/4-6 h Dosis máxima: 120 mg/día	• No comercializado en España en comprimidos ni viales, disponible sólo en jarabe o gotas
	MORFINA	VO: 2,5-5 mg/4-6 h	• Asociar laxante • Antídoto: Naloxona • Se puede administrar vía SC
	DEXTROMETORFANO	VO: 10-20 mg/4-6 h o 30 mg/8 h Dosis máxima: 120 mg/día	• Precaución en insuficiencia hepática • Algunas presentaciones son no financiables
	CROMOGLICATO DISÓDICO	20 mg/6 h inhalado	• En caso de fracaso a tratamientos previos en cáncer de pulmón

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica vasca pendiente de actualización.

Síntoma	Fármaco	Dosis recomendada	Observaciones
TOS	**BUPIVACAÍNA**	5 ml/6-8 h nebulizado	• Premedicar con broncodilatadores (salbutamol) • Riesgo de aspiración tras su aplicación por lo que se recomienda evitar la ingesta hasta 1 h después • Tos resistente, en casos muy seleccionados
	LIDOCAÍNA	5 ml/6-8 h nebulizado	• Premedicar con broncodilatadores (salbutamol) • Riesgo de aspiración tras su aplicación por lo que se recomienda evitar la ingesta hasta 1 h después
DELIRIUM	**HALOPERIDOL**	Rango de dosis habitual VO, SC, IM, IV: 0,5-5 mg/2-12 h Dosis habitual VO: 1-3 mg/8 h Dosis habitual bolos SC: 2,5 mg (cada 30 minutos, máximo 3 veces) Dosis habitual infusión SC: 5-15 mg/día	• De elección en el delirium • Mayor riesgo de síntomas extrapiramidales si se asocia a otros neurolépticos como metoclopramida • Poco sedante • Se puede utilizar por vía SC *
	LEVOMEPROMAZINA	Rango de dosis habitual VO, SC, IM: 12,5-50 mg/4-12 h Dosis habitual bolos SC: 12,5 mg (cada 30 minutos, máximo 3 veces) Dosis habitual en infusión SC: 50-200 mg/día	• Más sedante que haloperidol, alternativa a haloperidol en paciente con delirium con agitación intensa • Se puede utilizar por vía SC*
	MIDAZOLAM	Bolos SC, IV: 2,5-5 mg y repetir hasta que ceda. Mantenimiento en perfusión IV, SC: 20-100 mg/día Dosis máxima: 200 mg/día	• Alternativa a haloperidol y levomepromazina en delirium con agitación intensa • Se puede utilizar por vía SC * • Ampollas de Uso Hospitalario
INSOMNIO	**ZOLPIDEM**	VO: 5-10 mg al acostarse	• Acción rápida y duración corta • Precaución en hepatopatía grave • Insomnio de conciliación
	ZOPICLONA	VO: 7,5 mg al acostarse	• Acción rápida y duración corta • Insomnio de conciliación • Precaución en hepatopatía grave
	LORAZEPAM	VO: 0,5-2 mg al acostarse	• Duración intermedia. Inducción y mantenimiento del sueño. Poca sedación diurna

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Síntoma	Fármaco	Dosis recomendada	Observaciones
INSOMNIO	LORMETAZEPAM	VO: 0,5-2 mg al acostarse	• Duración intermedia. Inducción y mantenimiento del sueño. Poca sedación diurna
	CLOMETIAZOL	VO: 192 mg al acostarse	• Puede ser útil para evitar el delirium
	DIAZEPAM	VO: 5-10 mg al acostarse	• Mantenimiento y ansiedad diurna • Disponible por vía rectal
	TRAZODONA	VO: 25-100 mg al acostarse	• Insomnio asociado a depresión
	MIRTAZAPINA	VO: 15-30 mg al acostarse	• Insomnio asociado a depresión y/o anorexia
	AMITRIPTILINA	VO: 25-100 mg al acostarse	• Precaución en pacientes con arritmia o cardiopatía isquémica • En insomnio asociado a depresión o dolor neuropático
ANSIEDAD	LORAZEPAM	VO 1-2 mg/8-12 h o 2 mg a demanda	• Acción rápida y duración intermedia
	ALPRAZOLAM	VO: 0,25-0,5 mg/8 h o a demanda	• Acción rápida y duración intermedia • Útil en crisis de ansiedad
	MIDAZOLAM	VO: 7,5 mg/8 h o 7,5 mg a demanda	• Acción rápida y duración corta • Se puede utilizar por vía SC* • Ampollas de Uso Hospitalario
	DIAZEPAM	VO: 5-20 mg/día en varias tomas o 5 mg a demanda	• Acción más larga • Disponible por vía rectal
	CLORAZEPATO DIPOTASICO	VO: 5-10 mg/12 h o a demanda	• Inicio de acción rápido, duración prolongada
	CLONAZEPAM	VO: 4-8 mg/día en 3 o 4 tomas o 0,5-1 mg a demanda	• Se puede utilizar por vía SC*
	CLOMETIAZOL	VO: 192 mg/8 h o a demanda	• Puede ser útil para evitar el delirium
	HALOPERIDOL	VO: 1,5-5 mg a demanda o pautado 3-10 g/8 h	• Se puede utilizar vía SC* • Mayor riesgo de síntomas extrapiramidales si se asocia a fármacos como metoclopramida • Ansiedad que se acompaña de alucinaciones o delirium
	LEVOMEPROMAZINA	VO: 25-75 mg/dia en 2-3 tomas	• Se puede utilizar vía SC * • Ansiedad que se acompaña de alucinaciones o delirium

Síntoma	Fármaco	Dosis recomendada	Observaciones
DEPRESION	**MIANSERINA**	VO: 20-60 mg/día	• En una o varias tomas diarias • Mínimos efectos anticolinérgicos • Precaución en pacientes con diabetes mellitus, epilepsia e insuficiencia hepática o renal
	FLUOXETINA	VO: dosis habitual 20 mg/día	• Comenzar con dosis bajas en ancianos (10 mg) • Efectos adversos a nivel S.N.C. (agitación, cefaleas, insomnio, etc.) • Precaución en diabéticos, insuficiencia renal y epilépticos
	PAROXETINA	VO: dosis habitual 20 mg/día	• Más sedante que fluoxetina • No suspender el tratamiento bruscamente
	SERTRALINA	VO: 50-100 mg/día	• Más sedante que fluoxetina, menor riesgo de interacciones • Contraindicado en enfermos epilépticos, insuficiencia renal o hepática
	CITALOPRAM	VO: dosis habitual 20 mg/día	• Perfil poco sedante. Menor riesgo de interacciones
	AMITRIPTILINA	VO: 50-100 mg/día	• Mantenimiento: una dosis al acostarse • Efectos adversos anticolinérgicos, cardiovasculares, somnolencia y ganancia de peso • Precaución en pacientes con alteraciones cardiovasculares, insuficiencia hepática y renal
	TRAZODONA	VO: 100-300 mg Dosis máxima: 400 mg/día, ancianos 200 mg/día	• Se administra por la noche (efecto sedante) • Menos efectos anticolinérgicos, cardiovasculares y extrapiramidales. • Precaución en administración con antifúngicos azólicos, otros ISRS, macrólidos
	ALPRAZOLAM	VO: 0,5-4 mg/día Dosis máxima: 4 mg/día	• Acción rápida y duración corta • Es una benzodiazepina
	METILFENIDATO	VO: 5-30 mg/día	• Poca evidencia • Contraindicaciones: angina, arritmias o HTA grave, síntomas psicóticos, tendencias suicidas • Efecto en 1-2 días por lo que estaría indicado cuando se precisa inicio de acción rápido o en pacientes con esperanza de vida muy corta; no recomendado en depresión grave

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y esta pendiente de actualización.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y esta necesita una actualización.

Síntoma	Fármaco	Dosis recomendada	Observaciones
MUCOSITIS	**BENCIDAMINA**	Enjuagues 15 ml/6 h o en pastillas	• Disponible como colutorio o en pastillas de uso tópico • No financiable
	POVIDONA YODADA	Enjuagues 10 ml/8-12 h	• No financiable
	PALIFERMINA	En pacientes con neoplasias hematológicas sometidos a tratamiento mieloablativo: IV: 60 mcg/kg/día, 3 días antes y 3 después del tratamiento mieloablativo	• Medicamento de Uso Hospitalario
XEROSTOMIA	**PILOCARPINA**	VO: 5-10 mg/8 h en comprimidos	• Precaución: asma y EPOC, enfermedad cardiovascular, alteraciones cognitivas o psiquiátricas • Los colirios pueden utilizarse por vía oral (4-6 gotas/8 h disuelto en zumo)
PROFILAXIS CANDIDIASIS	**ITRACONAZOL**	VO: 100 mg/12 h	• Precaución en hepatopatía
	KETOCONAZOL	VO: 400 mg/día	• Precaución en hepatopatía
	FLUCONAZOL	VO: 50 mg/12 h	• Precaución en hepatopatía
DISFAGIA	**DEXAMETASONA**	VO, SC, IV: 4-8 mg/día	• Se puede administrar vía SC* • Si existe componente inflamatorio
NÁUSEAS Y VÓMITOS	**DEXAMETASONA**	No relacionado con quimioterapia: VO, SC, IV: 4-16 mg/día Dosis habitual utilizada en estudios para prevención en quimioterapia, IV: 20 mg/día	• Se puede administrar vía SC* • Náuseas y vómitos por quimioterapia (riesgo moderado-alto de emesis) y asociados a hipertensión endocraneal • En pauta corta (hasta 3 semanas) habitualmente no precisa retirada gradual
	METOCLOPRAMIDA	Dosis habitual VO, SC, IM, IV: 15-60 mg/día en 2-4 tomas Infusión SC: 30-100 mg/día Náuseas y vómitos relacionados con quimioterapia (vía parenteral): 40-60 mg/día	• Se puede utilizar por vía SC* • Contraindicado en obstrucción intestinal • Riesgo de arritmia si se asocia a ondansetrón • Administrar 30 minutos antes de las comidas • Contraindicado en pacientes con enfermedad de Parkinson
	DOMPERIDONA	VO: 10-20 mg/6-8 h Vía rectal: 60 mg/8 h	• Administrar 15-20 minutos antes de las comidas • Los efectos extrapiramidales son raros

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Síntoma	Fármaco	Dosis recomendada	Observaciones
NÁUSEAS Y VÓMITOS	ONDANSETRÓN*	VO, SC, IV: 12-24 mg/día Vía y dosis variable según riesgo de emesis	• Prevención y tratamiento de náuseas y vómitos inducidos por quimioterapia o radioterapia • Riesgo de arritmia si se asocia a metoclopramida • Se puede administrar vía SC* • Comprimidos: medicamento de diagnóstico hospitalario, ampollas de Uso Hospitalario
	APREPITANT	VO: 125 mg el 1er día y 80 mg/día el 2º y 3er día	• Debe asociarse a dexametasona y ondansetrón • Náuseas y vómitos asociados a quimioterapia altamente emetógena • Medicamento de Uso Hospitalario
	HALOPERIDOL	VO, SC, IV:1,5-5 mg/día	• Náuseas y vómitos asociados a opioides, insuficiencia renal o hipercalcemia • Se puede administrar vía SC* • Mayor riesgo de síntomas extrapiramidales si se asocia a metoclopramida o neurolépticos
	CLORPROMAZINA	VO, IV: 25-50 mg/6-8 h	
	DIMENHIDRATO	VO, rectal: 50-100 mg/4-6 h	• Náuseas y vómitos de origen vestibular • No financiable
	TIETILPERAZINA	VO, rectal: 6,5 mg/8-24 h	• Náuseas y vómitos de origen vestibular
	ALPRAZOLAM	VO: 0,5-2 mg/día	• Vómitos anticipatorios junto a antieméticos
	LORAZEPAM	VO: 2-4 mg/día	• Vómitos anticipatorios junto a antieméticos
ESTREÑIMIENTO	LACTULOSA	Tratamiento del estreñimiento crónico: inicialmente 15 ml (10 mg)/12 h, a partir de los 2-3 días: 15-30 ml/día Prevención de estreñimiento: 15 ml (10 mg)/8-24 h	• Puede tardar hasta 3 días en hacer efecto • Laxante osmótico • Efectos secundarios: calambres y flatulencia
	SEN (Cassia angustifolia)	VO: 7,5 mg/8-24 h	• No administrar si obstrucción intestinal • Laxante estimulante • No financiable
	SENÓSIDOS A y B	VO: 12-36 mg/24 h	• No administrar si obstrucción intestinal • Laxante estimulante • No financiable

*** NOTA INFORMATIVA Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (10 de agosto de 2012):**

Se establecen nuevas recomendaciones de uso de ondansetrón debido a su potencial arritmogénico. No deberá administrarse una dosis única de ondansetrón por vía intravenosa (iv) superior a 16 mg para la prevención de náuseas y vómitos inducidos por quimioterapia.

Para más información consulte: http://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/medicamentosUsoHumano/seguridad/2012/NI-MUH_FV_14-2012.htm

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Síntoma	Fármaco	Dosis recomendada	Observaciones
ESTREÑIMIENTO	POLIETILENGLICOL	VO: 1 sobre/8-24 h	• Laxante osmótico • No financiable
	GLICERINA	Vía rectal: 1 supositorio/24 h	• En impactación fecal • No financiable
	FOSFATOS	Vía rectal: 1-2 enemas según respuesta	• En impactación fecal • No financiable
	PICOSULFATO SÓDICO	VO: 5-10 mg por la noche	• No administrar si obstrucción intestinal • Laxante estimulante • No financiable
	ISPÁGULA (plantago ovata)	VO: 3,5-10 g/día	• Mantener buena hidratación para evitar la obstrucción • Laxante formador de masa • Financiable
	METILCELULOSA	VO: 1.500 mg/24 h	• Mantener buena hidratación para evitar la obstrucción • Laxante formador de masa • No financiable
	PARAFINA LÍQUIDA	VO: 15 ml/12-24 h	• Laxante lubricante • No financiable
	BISACODILIO	VO: 5-10 mg al acostarse Vía rectal: 1 supositorio/día	• Laxante estimulante • No financiable
	SALES DE MAGNESIO	VO: 2,4-3,6 g/día	• Riesgo de hipermagnesemia en insuficiencia renal • Laxante osmótico • No financiable
DIARREA	LOPERAMIDA	VO: Dosis inicial 4 mg y seguido de 2 mg tras cada deposición hasta un máximo de 16 mg/día	• Riesgo de íleo paralítico
	OCTREÓTIDO	SC: 50-500 µg/día Dosis máxima: 1.500 µg/día	• Diarrea refractaria • Se puede administrar vía SC • Medicamento de diagnóstico hospitalario (indicación no recogida en ficha técnica)
	CODEINA	VO: 30 mg/6 h	

Síntoma	Fármaco	Dosis recomendada	Observaciones
OBSTRUCCIÓN INTESTINAL	**OCTREÓTIDO**	SC: 300-800 µg/día Infusión SC: 300-600 µg/día Dosis máxima: 1.500 µg/día	• Se puede administrar vía SC • Diarrea refractaria • Medicamento de diagnóstico hospitalario (indicación no recogida en ficha técnica)
	BUTILESCOPOLAMINA	IV, SC: 60-80 mg/día en 3-4 dosis Infusión SC: 60-80 mg/día	• Se puede administrar vía SC. Llamado también butil bromuro de escopolamina • No confundir la dosis con la de bromhidrato de escopolamina (no comercializado en España)
	DEXAMETASONA	Vía IV, SC: 4-16 mg/día	• Se puede administrar vía SC* • No mezclar con otros fármacos en infusión SC
ASCITIS	**FUROSEMIDA**	VO, IM, IV, SC: 40-80 mg/día	• Riesgo de deshidratación e hipopotasemia • Se puede administrar vía SC*
	ESPIRONOLACTONA	VO: 100/400 mg/día	• Riesgo de deshidratación e hiperpotasemia
HIPO	**BACLOFENO**	VO: 5-20 mg/8 h	• Reducción progresiva por riesgo de abstinencia
	NIFEDIPINO	VO: 10-20 mg/8 h	• Puede producir hipotensión, sobre todo vía SL
	OMEPRAZOL	VO: 20 mg/día	
	METOCLOPRAMIDA	VO, IV, SC: 10 mg/6-8 h	• Contraindicado en obstrucción intestinal • Riesgo de arritmia si se asocia a ondansetrón • Se puede administrar vía SC*
	CLORPROMAZINA	VO, IM: 25 mg/6-8 h	• La via IM puede ser dolorosa
	GABAPENTINA	VO: 300-600 mg/8 h	• Dosis máxima 3.600 mg/día
	HALOPERIDOL	VO: 3 mg por la noche	• Se puede administrar vía SC* • Mayor riesgo de síntomas extrapiramidales si se asocia a otros fármacos como metoclopramida
	MIDAZOLAM	Bolos de 5-10 mg IV-SC y continuar con perfusión SC de 30-60 mg/día	• Se puede administrar vía SC* • Si es aceptable una cierta sedación para controlar los síntomas • Ampollas de Uso Hospitalario
ÚLCERA NEOPLÁSICA	**MILTEFOSINA**	Vía tópica: 1 -2 aplicaciones/día	• Medicamento de diagnóstico hospitalario
	METRONIDAZOL	Vía tópica: 1 aplicación/8 h	

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica, es recomendable su actualización.

Síntoma	Fármaco	Dosis recomendada	Observaciones
PRURITO	NALTREXONA	VO: Inicio 12,5/12 h aumentar hasta dosis de mantenimiento 50-300 mg/día	• Prurito por colestasis • Antagoniza los efectos de los opioides con riesgo de deprivación
	DANAZOL	VO: 100 mg/1-3 veces al día	• Prurito por colestasis
	RIFAMPICINA	VO: 300-600 mg/8-12 h	• Prurito por colestasis • Colorea de naranja la orina, saliva y otros fluidos corporales
	COLESTIRAMINA	VO: 4 g/8 h	• Prurito por colestasis • Escasa tolerancia digestiva
	CIMETIDINA	VO: 400 mg/12 h	• Prurito asociado a neoplasias hematológicas
	ONDANSETRÓN	VO, SC: 4-8 mg/8 h	• Prurito por uremia y por opioides • Riesgo de arritmia si se asocia a metoclopramida • Se puede administrar vía SC • Comprimidos: diagnóstico hospitalario, viales: Uso Hospitalario (indicación no recogida en ficha técnica)
	DEXCLORFENIRAMINA	VO: 2 mg/6-8 h IV: 5 mg/6-8 h	• Prurito por uremia y piel seca • Produce sedación
	HIDROXICINA	VO: 25 mg/8-24 h	• Prurito por uremia y piel seca • Produce sedación
	LORATADINA	VO: 10 mg/día	• Prurito por uremia y piel seca • Baja incidencia de sedación y efectos muscarínicos (retención urinaria, sequedad de boca, visión borrosa)
	PAROXETINA	VO: 20 mg/día Comenzar con dosis bajas en ancianos (10 mg)	• Prurito por neoplasias hematológicas o paraneoplásico • En una sola toma diaria (por la mañana) • Tarda semanas en hacer efecto
	MIRTAZAPINA	VO: 7,5-15 mg/día	• Prurito por uremia o paraneoplásico • Existe la presentación de comprimidos bucodispersables
TENESMO VESICAL	OXIBUTININA	VO: 2,5-5 mg/6-12 h	• Efectos adversos anticolinérgicos
	TOLTERODINA	VO: 2 mg/12 h	• Efectos adversos anticolinérgicos
	CLORURO DE TROSPIO	VO: 20 mg/12 h	• Efectos adversos anticolinérgicos

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Síntoma	Fármaco	Dosis recomendada	Observaciones
TENESMO VESICAL	**IMIPRAMINA**	VO: 25-50 mg/día	• Precaución en pacientes con arritmia o cardiopatía isquémica
	AMITRIPTILINA	VO: 25-50 mg por la noche	• Precaución en pacientes con arritmia o cardiopatía isquémica
	BUTILESCOPOLAMINA	VO, IV, SC: 20-30 mg/6-8 h	• Se puede administrar vía SC • Existe presentación en supositorios • Denominado también butil bromuro de escopolamina (no confundir con broumhidrato de escopolamina)
	IBUPROFENO	VO: 400-600 mg/8 h Rectal: 500 mg/8 h	• Ajustar dosis en ancianos e insuficiencia renal
	NAPROXENO	VO, rectal: 500 mg/12 h	• Ajustar dosis en ancianos e insuficiencia renal
HIPERCALCEMIA	**PAMIDRÓNICO, ÁCIDO**	Perfusion IV: 30-90 mg en 2-4 h (no exceder 90 mg en 500 ml durante 4 horas)	• Precaución en cardiópatas e insuficiencia renal • Mantener buena hidratación • La dosis depende de niveles de calcio sérico • Se ha descrito osteonecrosis maxilar (se recomienda revisión dental previa al tratamiento) • Uso Hospitalario
	ZOLEDRÓNICO, ÁCIDO	Perfusión IV: 4 mg en 15 minutos mínimo (diluido con 100 ml de cloruro sódico al 0,9% o glucosado 5%)	• Precaución en cardiópatas e insuficiencia renal • Mantener buena hidratación • Se ha descrito osteonecrosis maxilar (se recomienda revisión dental previa al tratamiento) • Uso Hospitalario
	IBANDRÓNICO ÁCIDO	Perfusión IV: 2-4 mg en 15 minutos mínimo (diluido con 100 ml de cloruro sódico al 0,9% o glucosado 5%)	• Mantener buena hidratación • Uso Hospitalario
	CALCITONINA	IM, SC: 4-8 UI/kg/12 h	• La vía intranasal no es eficaz • Se puede administrar vía SC
	PREDNISOLONA	VO: 40-100 mg/día	
COMPRESIÓN MEDULAR	**DEXAMETASONA**	Bolos IV inicial: 10-100 mg, seguido de dosis de 16 mg/día VO. (dosis utilizadas en ensayos clínicos)	• Se puede administrar vía SC* • Asociado a radioterapia • La dosis inicial de 100 mg se asoció a más efectos adversos graves que la de 10 mg, aunque fue más eficaz • Tratamientos de duración inferior a 3 semanas generalmente no requieren retirada gradual

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente de actualización.

Síntoma	Fármaco	Dosis recomendada	Observaciones
CRISIS CONVULSIVAS	**DIAZEPAM**	IV, rectal: 5-10 mg Infusión IV: 2,5-5 mg/minuto	• Tratamiento de la crisis aguda
	MIDAZOLAM	IV, SC: 10-15 mg	• Se puede administrar vía SC* • Tratamiento de la crisis aguda
	VALPROATO SODICO	VO: 20-30 mg/kg/día repartido en 2-3 tomas	• Prevención secundaria de crisis convulsivas • Contraindicado en hepatopatía
	FENITOINA	VO 4-8 mg/kg/día repartidos en 3 tomas. Dosis habitual: 100 mg/8 h Dosis máxima: 600 mg/día	• Prevención secundaria de crisis convulsivas • Margen terapéutico estrecho. • Puede inducir numerosas interacciones
	FENOBARBITAL	VO: 60- 250 mg/día repartidos en 2 tomas	• Se puede administrar vía SC • Prevención secundaria de crisis convulsivas • Somnolencia, hipercinesia en niños, confusión en ancianos
	CARBAMAZEPINA	VO: 200-400 mg/8-12 h	• Precaución en insuficiencia hepática • Requiere vigilancia hematológica • Prevención secundaria de crisis convulsivas
	CLONAZEPAM	VO: 3-6 mg/día repartidos en 3 dosis	• Prevención secundaria de crisis convulsivas • Se puede administrar vía SC*
	GABAPENTINA	VO: 100-400 mg/8 h Dosis máxima 3.600 mg/día	• Prevención secundaria de crisis convulsivas
	LAMOTRIGINA	VO: 100-200 mg/día repartidos en 2 tomas	• Prevención secundaria de crisis convulsivas
	TOPIRAMATO	VO: 100-200 mg/12 h	• Prevención secundaria de crisis convulsivas
HEMORRAGIA	**AMINOCAPROICO ÁCIDO**	Perfusión IV: 4 g en la primera hora y luego 1 g/h Vía oral: 4 g/6 h	• Contraindicado en insuficiencia renal grave • Para la administración oral se han utilizado ampollas bebidas
	TRANEXÁMICO ÁCIDO	VO: 1-1,5 g/8-12 h IV, IM: 0,5-1 g/8-12 h	• Contraindicado en insuficiencia renal grave • Para la administración oral pueden utilizarse comprimidos o las ampollas bebidas

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica, está pendiente su actualización.

Síntoma	Fármaco	Dosis recomendada	Observaciones
SEDACIÓN	**MIDAZOLAM**	**Sedación vía SC:** *Inducción:* 2,5-5 mg *Perfusión:* 0,4-0,8 mg/h *Rescate:* bolos 2,5-5 mg Doble dosis si tomaba previamente benzodiazepinas **Sedación vía IV:** *Inducción:* 1,5-3 mg cada 5 min hasta que esté sedado (la dosis requerida será la dosis de inducción) *Perfusión:* dosis de inducción x 6 *Rescate:* dosis de inducción	• Doblar la dosis de la sedación si el paciente ya tomaba benzodiazepinas • Dosis máxima: 200 mg/día • Se puede administrar por vía SC* • Ampollas de Uso Hospitalario
	LEVOMEPROMAZINA	**Sedación vía SC:** *Inducción:* 12,5-25 mg *Perfusión:* 100 mg/día *Rescate:* 12,5 mg **Sedación vía IV**: La mitad de la dosis empleada por vía SC	• Sedación cuando el síntoma predominante es el delirium • Dosis máxima: 300 mg • Se puede administrar vía SC*
	PROPOFOL	**Sedación IV:** *Inducción:* 1-1,5 mg/kg *Perfusión:* 2 mg/kg/h *Rescate:* bolos de 50% de la dosis de inducción	• Previamente suspender perfusión de BZD o neurolépticos y reducir los opioides a la mitad • Uso Hospitalario
	FENOBARBITAL	**Sedación vía SC:** *Inducción:* 100-200 mg *Perfusión:* 600 mg/día *Rescate:* bolos 100 mg **Sedación vía IV:** *Inducción:* 2 mg/kg lento *Perfusión:* 1 mg/kg/h y modificar según respuesta	• Previamente suspender perfusión de BZD o neurolépticos y reducir los opioides a la mitad • Indicado si falla midazolam y levomepromazina • Se puede administrar vía SC
ESTERTORES PREMORTEM	**BUTILESCOPOLAMINA**	IV, SC: 20 mg/4-6 h o perfusión de 20-100 mg/día	• Denominado también butil bromuro de escopolamina • No confundir la dosis con la de bromhidrato de escopolamina (no comercializado en España)

VO: vía oral. SC: subcutánea. IV: intravenosa. IM: intramuscular. SL: sublingual.
* Uso de la vía SC: no recogido en la ficha técnica.
** Algunas indicaciones no están recogidas en la ficha técnica.

Características farmacológicas de los corticoides más utilizados

	Vida media (h)	Dosis equivalente (mg)	Potencia glucocorticoide (antiinflamatoria)	Potencia mineralocorticoide
Acción corta				
Cortisona	8-12	25	0,8	0,8
Hidrocortisona	8-12	20	1	1
Acción intermedia				
Deflazacort	18-36	7,5	4	0,5
Metilprednisolona	18-36	4	5	0,5
Prednisolona	18-36	5	4	0,8
Prednisona	18-36	5	4	0,8
Triamcinolona	18-36	4	5	0
Acción larga				
Betametasona	36-54	0,6 - 0,75	25-30	0
Dexametasona	36-54	0,75	25	0
Parametasona	36-54	2	10	0

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Vademécum por principio activo

Fármaco	Nombre comercial**	Presentación	Indicaciones y posología***	Efectos adversos más frecuentes	Observaciones
ALPRAZOLAM	Alprazolam EFG Trankimazin®	Comp: 0,25-0,5-1-2-3 mg Gotas: 0,75 mg/ml	**Ansiedad**: 0,25-0,5 mg/8 h o a demanda **Disnea con ansiedad:** 0,25-0,5 mg a demanda o pautado 0,25-0,5/8 h **Depresión**: 0,5-4 mg/día **Vómitos anticipatorios**: 0,5-2 mg/día	Somnolencia, confusión, ataxia, amnesia, dependencia, debilidad muscular, hipotensión, disartria, incontinencia urinaria	Útil en crisis de pánico
AMINOCAPROICO, ÁCIDO	Ampollas: Caproamin fides®	Ampollas: 4 mg	**Hemorragia**: Perfusión IV: 4 g en la primera hora y luego 1 g/h Vía oral: 4 g/6 h	Náuseas, dolor abdominal, diarrea, mialgias, debilidad, rabdomiólisis con mioglobinuria, trombosis	Para la administración oral se han utilizado ampollas bebidas
AMITRIPTILINA	Tryptizol® Deprelio®	Comp: 10-25-50-75 mg	**Dolor neuropático**: Dosis inicial: 10-25 mg/día en dosis única por la noche Dosis habitual: 50-150 mg/día Dosis máxima: 150 mg/día **Insomnio asociado a depresión o dolor neuropático**: 25-100 mg al acostarse **Depresión:** 50-100 mg/día **Tenesmo vesical**: 25-50 mg por la noche	Sequedad de boca, sedación, retención urinaria, hipotensión ortostática, alteraciones cardiovasculares	Precaución en pacientes con arritmia o cardiopatía isquémica El tratamiento debe retirarse gradualmente
APREPITANT	Emend®	Caps: 80-125 mg	**Náuseas y vómitos asociados a quimioterapia emetógena:** VO: 125 mg el 1er día y 80 mg/día el 2º y 3er día	Hipo, dispepsia, diarrea, estreñimiento, anorexia, astenia, cefalea, sequedad de boca, flatulencia, colitis, dolor abdominal, ulcus, bradicardia, tos, desorientación, disuria	Debe asociarse a dexametasona y ondansetrón Uso Hospitalario
BACLOFENO	Lioresal®	Comp: 10-25 mg	**Hipo:** 5-20 mg/8 h **Mioclonias por opioides** Dosis inicial: 5 mg/8h Dosis habitual: 10-15 mg/8h Dosis máxima: 100 mg/día	Sedación, somnolencia, hipotonía muscular, náuseas, mareo, trastornos del habla, insomnio, depresión, ansiedad, parestesias, convulsiones	Retirada progresiva por riesgo de abstinencia
BENZIDAMINA	Tantum Verde®	Pastilla: 3 mg Colutorio al 0,15%	**Mucositis**: Enjuagues 15 ml/6 h o en pastillas	Acorchamiento, picor	No financiable
BISACODILO	Dulco laxo®	Comp: 5 mg Supos: 10 mg	**Estreñimiento:** VO: 5-10 mg al acostarse Vía rectal: 1 supositorio/día	Calambres abdominales, distensión abdominal	No financiable

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Fármaco	Nombre comercial**	Presentación	Indicaciones y posología***	Efectos adversos más frecuentes	Observaciones
BUPIVACAÍNA	Bupivacaína®	Ampollas al 0,25% (25 mg en 10 ml)	**Tos:** 5 ml/6-8 h nebulizado	Riesgo de aspiración	Tos resistente, en casos muy seleccionados
BUPRENORFINA	Parches liberación prolongada: Transtec® Comp sublinguales y ampollas: Buprex®	Parches: 35-52,5-70 µg/h Comp SL: 0,2 mg Ampollas: 0,3 mg	**Dolor:** Transdérmica: dosis inicial: un parche de 35 µg/h cada 72 h. En pacientes tratados previamente con morfina: según dosis de morfina SL: 0,2 mg/8 h IV-IM: 0.3-0.6 mg/6-8 h	Náuseas, vómitos, estreñimiento, somnolencia, sequedad de boca, sudoración, depresión respiratoria, alucinaciones, disforia, retención urinaria, mioclonias, erupción local por parche.	Los parches se pueden cortar para adecuar la dosis a cada paciente No precisa receta de estupefacientes
BUTILESCOPOLAMINA	Buscapina®	Comp: 10 mg Supositorios: 10 mg Ampollas: 20 mg	**Obstrucción intestinal:** IV, SC: 60-80 mg/día en 3-4 dosis Infusión SC: 60-80 mg/día **Estertores premortem:** IV, SC: 20 mg/4-6 h o perfusión de 20-100 mg/día **Tenesmo vesical**: VO, IV, SC: 20-30 mg/6-8 h	Sequedad de boca, visión borrosa, taquicardia, hipotensión, retención urinaria	No confundir la dosis con la de bromhidrato de escopolamina (no comercializado en España, su dosificación es diferente)
CALCITONINA	Calcitonina Almirall® Calogen® Calsynar® Miacalcic®	Vial: 50-100 UI	**Hipercalcemia:** IM, SC 4-8 UI/kg/12 h	Náuseas, vómitos, diarrea, dolor abdominal, rubefacción, mareos, cefalea, mialgias, alteraciones visuales, reacción local en el punto de inyección	La vía intranasal no es eficaz Se puede administrar vía *SC*
CARBAMAZEPINA	Carbamazepina EFG. Tegretol®	Comp: 200-400 mg	**Dolor neuropático**: Dosis inicial: 100-200 mg/12 h Incrementar en 100-200 mg cada semana Dosis habitual: 600-800 mg/día en 3 ó 4 dosis Dosis máxima: 1600 mg/día **Prevención secundaria de crisis convulsivas**: 200-400 mg/8-12 h	Somnolencia, mareo, inestabilidad, nauseas, erupción cutánea, toxicidad hematológica y hepática	Precaución en insuficiencia hepática Requiere vigilancia hematológica
CIMETIDINA	Tagamet® Fremet®	Comp: 200-400-800 mg	**Prurito en neoplasias hematológicas**: 400 mg/12 h	Diarrea, alteración de función hepática, cefalea, mareo, erupción cutánea, bradicardia, bloqueo AV, pancreatitis, depresión, alucinaciones	

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente de actualización.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y esta recomendación requiere actualización.

Fármaco	Nombre comercial**	Presentación	Indicaciones y posología***	Efectos adversos más frecuentes	Observaciones
CIPROHEPTADINA	Viternum®	Suspensión: 3 mg/ml	**Anorexia/caquexia**: 45 mg/8 h	Náuseas, vómitos, estreñimiento, diarrea, sequedad de boca, somnolencia	Se requieren más estudios sobre su eficacia
CITALOPRAM	Citalopram EFG Citalvir® Seropram® Estabel® Relapaz® Somac®	Comp: 10-20-30-40 mg	**Depresión:** dosis habitual 20 mg/día	Nerviosismo, somnolencia, cefalea, nauseas, vómitos, estreñimiento, sequedad de boca	Perfil poco sedante. Menor riesgo de interacciones.
CLOMETIAZOL	Distraneurine®	Caps: 192 mg	**Insomnio/Ansiedad:** 192 mg	Somnolencia, sedación	Puede ser útil para evitar delirium
CLONAZEPAM	Rivotril®	Comp: 0,5-2 mg Gotas: 2,5 mg/ml Ampollas: 1 mg	**Ansiedad:** 4-8 mg/día en 3 ó 4 tomas o 0,5-1 mg a demanda **Prevención secundaria de crisis convulsivas**: 3-6 mg/día repartidos en 3 dosis **Mioclonias por opioides**: VO, dosis habitual: 3-5 mg/día; IV: 1 mg en inyección IV lenta o perfusión IV lenta	Somnolencia, sedación	Mantenimiento y ansiedad diurna Se puede administrar vía SC*
CLOPERASTINA	Flutox® Sekisan®	Grageas: 10 mg Jarabe: 17,7 mg/5 ml	**Tos:** 10-20 mg/8 h	Sequedad de boca, somnolencia, sedación, estreñimiento, visión borrosa.	No opioide
CLORAZEPATO DIPOTASICO	Tranxilium®	Caps: 5-10-15 mg Comp: 50 mg Viales: 20-50 mg Sobres: 2,5 mg	**Disnea asociada a ansiedad:** VO: 5-10 mg a demanda o pautado 7,5-25 mg/día en 2-3 tomas	Somnolencia, sedación	
CLORPROMAZINA	Largactil®	Comp. 25-100 mg Gotas: 40 mg/ml Vial: 25 mg	**Disnea:** VO: 7,5-25 mg/6-8 h o a demanda **Hipo**: VO, IM: 25 mg/6-8 h **Náuseas/Vómitos:** VO, IV: 25-50 mg/6-8 h	Síntomas extrapiramidales, hipotensión, fiebre, síndrome neuroléptico maligno, somnolencia, agitación, insomnio, congestión nasal, arritmias, retención urinaria, sequedad de boca, visión borrosa	La vía IM puede ser dolorosa
CLORURO DE TROSPIO	Spamo Urgenin® Uraplex®	Grag: 20 mg	**Tenesmo vesical**: 20 mg/12 h	Sequedad de boca, estreñimiento, visión borrosa, sequedad ocular, somnolencia, dificultad miccional, palpitaciones, taquicardia, desorientación, flatulencia, dolor torácico, disnea, erupción, astenia.	

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica, es recomendable su actualización.

Fármaco	Nombre comercial**	Presentación	Indicaciones y posología***	Efectos adversos más frecuentes	Observaciones
CODEINA	Codeisan® (comprimidos) Perduretas codeína® (comprimidos retard) Bisoltus® Histaverin® Codeisan jarabe® Codulin® Notusin® Fludan Codeina® (jarabes)	Comp: 28,7 mg Comp Retard: 50 mg Solución-jarabe: 6,33-10 mg/5 mL	**Dolor:** 30-60 mg/4-6 h **Tos**: 10-20 mg/4-6 h **Diarrea:** 30 mg/6 h	Estreñimiento, íleo paralítico, somnolencia, depresión respiratoria, náuseas.	Puede ser necesario asociar laxante (en dolor, tos)
COLESTIRAMINA	Lismol® Resincolestiramina®	Sobres: 4 g	**Prurito por colestasis**: 4 g/8 h	Estreñimiento, diarrea, náuseas, vómitos, molestias abdominales	
CROMOGLICATO DISODICO	Alergocrom® Frenal® Nebulasma® Nebulcrom®	Polvo para inhalación: 20 mg/ cápsula	**Tos:** 20 mg/6 h inhalado	Broncoespasmo transitorio, tos, irritación faríngea	En caso de fracaso a tratamientos previos en cáncer de pulmón
DANAZOL	Danatrol®	Caps: 50-100-200 mg	**Prurito por colestasis**: 100 mg/1-3 veces al día	Náuseas, mareo, reacciones cutáneas, fotosensibilidad, fiebre, nerviosismo, dolor de espalda, espasmo muscular, ansiedad, vértigo, acné, hirsutismo, leucopenia, trombopenia	
DEXAMETASONA	Dexametasona Fortecortin® Dalamon® Inyectable	Comp: 1 mg Ampollas: 4 mg	**Anorexia/caquexia**: VO, SC: 3-8 mg/día. **Disfagia** (si existe inflamación**)** VO, SC, IV: 4-8 mg/día **Náuseas y vómitos no relacionadaos con quimioterapia:** VO, SC, IV: 4-16 mg/día Dosis habitual utilizada en estudios para preveción en quimiroterapia: IV: 20 mg/día **Obstrucción intestinal**: IV, SC: 4-16 mg/día **Compresión medular** :Bolos IV inicial 10-100 mg, seguido de dosis de 16 mg VO (dosis utilizada en ensayos clínicos)	Hiperglucemia, miopatía, síndrome Cushing, osteonecrosis, trastornos psíquicos (hipomanía, depresión, insomnio, apatía, psicosis), dispepsia, ulcus, retención hidrosalina, HTA	Se puede administrar vía SC*, pero sin mezclar con otros fármacos en infusión SC En pauta corta (hasta 3 semanas) habitualmente no se precisa retirada gradual

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Fármaco	Nombre comercial**	Presentación	Indicaciones y posología***	Efectos adversos más frecuentes	Observaciones
DEXCLORFENIRAMINA	Polaramine®	Comp: 2 mg Repetabs: 6 mg Jarabe: 2 mg/5 ml Ampollas: 5 mg	**Prurito** por uremia y piel seca**:** VO: 2 mg/6-8 h, IV: 5 mg/6-8 h	Somnolencia, sequedad de boca, visión borrosa, náuseas, cefalea	
DEXTROMETORFANO	Aquitos® Bexatus® Bisolvon Antitusívo® Cinfatos® Formulatus® Frenatus® Ilvitus® Parllatos® Romilar® Serratos® Streptuss® Tusorama® Tussidrill®	Comp: 10-15-20 mg Solución: 10 mg/5 ml Jarabe: 10-15 mg/5 ml	**Tos:** 10-20 mg/4-6 h o 30 mg /8h	Náuseas, vómitos, dolor abdominal, somnolencia	Precaución en insuficiencia hepática. Algunas presentaciones son no financiables
DIAZEPAM	Diazepam EFG Valium® Stesolid®	Comp:5-10 mg Ampollas: 10 mg Supositorios: 5-10 mg Microenema: 5-10 mg	**Insomnio**: 5-10 mg al acostarse **Crisis convulsivas**: 5-10 mg vía rectal-IV Infusión IV: 2,5-5 mg/minuto	Somnolencia, sedación	
DICLOFENACO	Diclofenaco EFG Voltaren® Dolotren® Dolo Nervobion® Luase®	Comp*:* 50 mg Comp Retard: 75-100 mg Supositorios: 100 mg Ampollas*:* 75 mg Dosis máxima: 150 mg/día	**Dolor:** Oral: 50 mg/8 h Oral retard: 75-150 mg/24 h Rectal: 100 mg/24 h IM-IV: 75 mg/24 h (excepcionalmente 150 mg/24 h)	Gastropatía, ulcus, deterioro de función renal, edemas, confusión, precipitación de asma, angioedema, rash	Ajustar dosis en ancianos e insuficiencia renal Se admite su uso en pacientes que toman anticoagulantes orales Se puede utilizar en infusión continua vía SC (no en bolos), pero no mezclar con otros fármacos*
DIHIDROCODEINA	Paracodina® Tosidrin®	Jarabe: 12 mg/5 ml Gotas: 10 mg/ml	**Tos:** 5-10 mg/4-6 h **Dolor:** 30 mg/4-6 h	Estreñimiento, náuseas, vómitos	No comercializado en España en comprimidos ni viales Puede ser necesario asociar laxante
DIMENHIDRATO	Biodramina® Cinfamar® Travel well®	Comp: 25-50 mg Solución oral: 20 mg/5 ml Supositorios: 100 mg Ampollas bebibles: 15,75 mg	**Náuseas y vómitos** de origen vestibular: VO, rectal: 50-100 mg/4-6 h	Somnolencia, efectos anticolinérgicos	No financiable

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Fármaco	Nombre comercial**	Presentación	Indicaciones y posología***	Efectos adversos más frecuentes	Observaciones
DOMPERIDONA	Domperidona® Motilium®	Comp, Caps: 10 mg Susp: 5 mg/5ml Supos: 30-60 mg	**Náuseas y vómitos de origen vestibular**: VO: 10-20 mg/6-8 h Vía rectal: 60 mg/8 h	Los efectos extrapiramidales son raros	
DULOXETINA	Cymbalta® Xeristar®	Caps gastrorresistentes: 30-60 mg	**Dolor neuropático**: Dosis inicial: 60 mg/día en dosis única Dosis habitual: 60 mg/día DM: 120 mg/día en dosis divididas	Náusea, sequedad de boca, cefalea, estreñimiento	Aprobado en ficha técnica para la neuropatía diabética El tratamiento debe retirarse de forma gradual
ESPIRONOLACTONA	Espironolactona EFG Aldactone A® Aldactone 100®	Comp: 25-100 mg	**Ascitis:** 100/400 mg/día	Impotencia, ginecomastia, letargia, cefalea, confusión, hiperpotasemia, hiponatremia	
FENITOINA	Epanutin® Neosidantoína® Sinergina®	Caps: 100 mg	**Prevención secundaria de crisis convulsivas**: 4-8 mg/kg/día repartidos en 3 tomas	Náuseas, vómitos, confusión mental, mareo, cefalea, temblor, insomnio, discinesias, ataxia, nistagmo, visión borrosa, erupción cutánea, hipertrofia gingival	Margen terapéutico estrecho Puede inducir numerosas interacciones
FENOBARBITAL	Luminal® Gardenal® Gratusminal®	Comp: 50-100 mg Gotas: 126 mg/ml Ampollas: 200 mg	**Prevención secundaria de crisis convulsivas**: VO: 60-250 mg/día repartidos en 2 tomas **Sedación vía SC:** Inducción: 100-200 mg, Perfusión SC: 600 mg/día, Rescate: bolos 100 mg **Sedación vía IV:** Inducción: 2 mg/kg lento, Perfusión: 1 mg/kg/h y modificar según respuesta	Mareo, letargia, ataxia, confusión, reacciones cutáneas, excitación, inquietud, anemia megaloblástica	Se puede administrar vía SC
FENTANILO	Parche liberación prolongada: Fentanillo EFG Durogesic Matrix® Liberación rápida: Actiq® (comp disolución oral)	Parches: 12-25-50-75-100 µg Comp disolución oral: 0,.2-0,4-0,6-0,8-1,2-1,6 mg	**Dolor:** Dosis inicial en pacientes no tratados con opioides: 25 mcg/72 h en parche, incrementar la dosis en 25 mcg/h hasta dosis eficaz. Tratados con morfina: según dosis de morfina. Dolor irruptivo o rescate: 0,2-1,6 mg a demanda (la dosis no puede predecirse a partir de la dosis de mantenimiento)	Náuseas, vómitos, estreñimiento, somnolencia, sequedad de boca, sudoración, depresión respiratoria, alucinaciones, disforia, retención urinaria, mioclonias, erupción local por parche	El aumento de temperatura aumenta su absorción Ocasionalmente se precisa cambio de parche cada 48 h Asociar laxante Útil en rotación de opioides
FLUCONAZOL	Fluconazol EFG Diflucan® Loitin®	Caps: 50-100-150-200 mg Suspensión: 50-200 mg/5 ml Vial: 200-400 mg	**Prevención de candidiasis oral**: 50 mg/12 h	Náuseas, vómitos, dolor abdominal, cefalea, prurito, fotofobia, mareos, hepatopatía	Precaución en hepatopatía

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Fármaco	Nombre comercial**	Presentación	Indicaciones y posología***	Efectos adversos más frecuentes	Observaciones
FLUOXETINA	Fluoxetina EFG Adofen® Prozac® Reneuron® Lecimar® Luramon® Nodepe®	Caps: 20 mg Solución: 20 mg/5 ml	**Depresión:** 20-40 mg/día Dosis habitual: 20 mg	Náuseas, vómitos, diarrea, dispepsia, anorexia, erupción cutánea, artromialgias, sequedad de boca, temblores, alucinaciones, somnolencia, vasodilatación, faringitis, disnea	Comenzar con dosis bajas en ancianos (10 mg) Precaución en diabéticos, insuficiencia renal y epilépticos
FOSFATOS	Enema Casen®	Suspensión rectal	**Estreñimiento/Impactación fecal**: 1-2 enemas según respuesta	Irritación local	No financiable
FUROSEMIDA	Furosemida EFG Seguril®	Comp: 40 mg Ampollas: 20-250 mg	**Ascitis:** VO, -IM-IV-SC: 40-80 mg/día	Hiponatremia, hipopotasemia, hipotensión, náuseas, gota, hiperglucemia	Riesgo de deshidratación e hipopotasemia Se puede administrar vía SC*
GABAPENTINA	Gabapentina EFG Gabatur® Neurontin®	Comp o caps: 300-400-600-800 mg	**Dolor neuropático:** Dosis inicial: 300 mg 1er día, 300 mg/12h 2º día, 300 mg/8 h 3er día. Incrementar dosis a escalones de 300 mg/día Dosis habitual: 1200-1400 mg/día (2 ó 3 dosis) **Hipo**: 300-600 mg/8 h **Prevención secundaria de crisis convulsivas**: 100-400 mg/8 h Dosis máxima: 3600 mg/día	Somnolencia, inestabilidad, náuseas, edema, diplopia	Reducir la dosis en insuficiencia renal y en ancianos
GLICERINA	Glicerina supostorios	Supositorios: 0,92-1,85-2,7 g	**Estreñimiento:** 1 supositorio/24 h	Proctitis, escozor anal.	No finanaciable
HALOPERIDOL	Haloperidol®	Comp: 0,5-10 mg Gotas: 2 mg/ml Ampollas: 5 mg	**Delirium**: Rango de dosis habitual VO, SC, IM, IV: 0,5-5 mg/2-12 h Dosis habitual VO: 1-3 mg/8 h Dosis habitual bolos SC: 2,5 mg (cada 30 minutos, máximo 3 veces) Dosis habitual infusión SC: 5-15 mg/día **Náuseas y vómitos**: VO, SC, IV:1,5-5 mg/día **Hipo:** VO 3 mg por la noche **Ansiedad**: VO: 1,5-5 mg a demanda o pautado 3-10 g/8 h	Síntomas extrapiramidales (distonías y acatisia), hipotensión, fiebre, síndrome neuroléptico maligno, somnolencia, agitación, insomnio, congestión nasal, arritmias, retención urinaria, sequedad de boca, visión borrosa	Se puede administrar vía SC*
HIDROXICINA	Atarax®	Comp: 25 mg Jarabe: 10 mg/5 ml	**Prurito** por uremia y piel seca: 25 mg/8-24 h	Somnolencia, sequedad de boca, visión borrosa, náuseas, cefalea	

Han transcurrido más de cinco años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Fármaco	Nombre comercial**	Presentación	Indicaciones y posología***	Efectos adversos más frecuentes	Observaciones
IBANDRONICO, ÁCIDO	Bondronat®	Comp: 50 mg Vial: 2-6 mg	**Hipercalcemia**: Solución para perfusión IV: 2-4 mg en 15 minutos mínimo (diluido con 100 ml de cloruro sódico al 0,9% o glucosado 5%)	Fiebre, pseudogripe, nauseas, anorexia, dolor abdominal, diarrea, estreñimiento, artralgias, mialgias, anemia	Mantener buena hidratación Uso hospitalario
IBUPROFENO	Ibuprofeno EFG Algiasdin® Espidifen® Neobrufen® Dolorac® Saetil®	Comp: 400-600 mg Sobres: 400-600 mg Supositorios: 500 mg (Gelofeno)	**Dolor y fiebre:** VO: 400-600 mg/6-8 h Rectal: 500 mg/8 h Dosis máxima: 2.400 mg/dia **Tenesmo vesical**: VO: 400-600 mg/8 h Rectal: 500 mg/8 h	Gastropatía, ulcus, deterioro de función renal, edemas, confusión, precipitación de asma, angioedema, rash	Ajustar dosis en ancianos e insuficiencia renal Pacientes que toman anticoagulantes orales
IMIPRAMINA	Tofranil®	Grag: 10-25-50 mg Caps: 75-150 mg	**Tenesmo vesical**: 25-50 mg/día **Antidepresivo**: 50-100 mg/día	Sequedad de boca, sedación, retención urinaria, hipotensión ortostática, alteraciones cardiovasculares	Precaución en pacientes con arritmia o cardiopatía isquémica
ISPÁGULA (Plantago Ovata)	Plantago ovata® Metamuci® Plantaben®	Sobres: 3,5 g	**Estreñimiento:** VO: 3,5-1 g/día	Flatulencia, distensión abdominal	Mantener buena hidratación para evitar la obstrucción Laxante formador de masa Financiable
ITRACONAZOL	Itraconazol EFG Canadiol® Hongoseril® Sporanox®	Caps: 100 mg Suspensión: 50 mg/5 ml Vial:250 mg	**Prevención de candidiasis oral:** 100 mg/12 h	Náuseas, vómitos, dolor abdominal, cefalea, prurito, fotofobia, mareos, hepatopatía	Precaución en hepatopatía
KETOCONAZOL	Fungarest® Fungo zeus® Ketoisdin® Micoticum® Panfungol®	Comp: 200 mg Suspensión: 100 mg/5 ml	**Prevención de candidiasis oral:** 400 mg/día	Náuseas, vómitos, dolor abdominal, cefalea, prurito, fotofobia, mareos, hepatopatía	Precaución en hepatopatía
KETOROLACO	Algikey® Droal® Tonum® Toradol®	Comp: 10 mg Ampollas: 10-30 mg	**Dolor:** VO: 10 mg/6-8 h IV-IM-SC: 10-30 mg/6-8 h Dosis máxima: 40 mg/día	Gastropatía, ulcus, deterioro de función renal, edemas, confusión, precipitación de asma, angioedema, rash	Ajustar dosis en ancianos e insuficiencia renal Posible interacción con anticoagulantes orales Los AINE son la primera opción en dolor óseo Riesgo de hemorragia mayor que otros AINE Fármaco de «uso hospitalario» Se puede utilizar vía SC, pero no mezclar con otros fármacos*

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Fármaco	Nombre comercial**	Presentación	Indicaciones y posología***	Efectos adversos más frecuentes	Observaciones
LACTULOSA	Lactulosa Duphalac® Belmalax®	Solución: 3,33 g/5 ml Sobres: 10 g	**Estreñimiento:** Tratamiento del estreñimiento crónico: inicialmente 15 ml (10 mg)/12 h, a partir de los 2-3 días 15-30 ml/día Prevención de estreñimiento: 15 ml (10 mg)/ 8-24 h	Flatulencia, cólicos, molestias abdominales, calambres	Puede tardar hasta 3 días en hacer efecto Laxante osmótico
LAMOTRIGINA	Lamotrigina EFG Lamictal® Labileno® Crisomet®	Comp dispersables: 2-5-25-50-100-200 mg	**Prevención secundaria de crisis convulsivas**: 100-200 mg/día repartidos en 2 tomas	Erupción cutánea, náuseas, vómitos, diarreas, fiebre, linfadenopatías, disfunción hepática, alteraciones sanguíneas, confusión, alucinaciones, nistagmo, diplopia, visión borrosa	
LEVODROPROPIZINA	Levotuss® Tautoss®	Gotas. 60 mg/ml Jarabe: 30 mg/5 ml	**Tos**: 60 mg/8 h	Erupción cutánea, náuseas, pirosis, dispepsia, diarrea, astenia, somnolencia, cefalea, vértigo	No opioide
LEVOMEPROMAZINA	Sinogan®	Comp: 25-100 mg Gotas: 40 mg/ml Ampollas: 25 mg	**Disnea**: VO, SC: 2,5-10 mg **Delirium**: Rango de dosis habitual VO, SC, IM: 12,5-50 mg/4-12 h Dosis habitual bolos SC: 12,5 mg (cada 30 minutos, máximo 3 veces) Dosis habitual en infusión SC: 50-200 mg/día **Ansiedad**: VO: 25-75 mg/dia en 2-3 tomas **Sedación vía SC:** Inducción: 12,5-25 mg, Perfusión: 100 mg/día, Rescate: 12,5 mg **Sedación vía IV**: la mitad de la dosis empleada por vía SC	Somnolencia, sedación, sequedad de boca, estreñimiento, retención urinaria, síntomas extrapiramidales	Se puede utilizar por vía SC * (levomepromazina se conoce también como methotrimeprazina) Más sedante que haloperidol, alternativa a haloperidol en paciente con delirium con agitación intensa
LIDOCAÍNA	Lidocaina Xilonibsa® Octocaine®	Ampollas al 2%	**Tos:** 5 ml/6-8 h nebulizado	Riesgo de aspiración	
LOPERAMIDA	Loperamida Fortasec® Elissan® Imodium® Loperan® Protector® Salvacolina® Taguino® Loperkey® Imodium Flas®	Comp: 2 mg Suspensión: 0,2 mg/ml Liotabs: 2 mg (Imodium Flas)	**Diarrea:** Dosis inicial 4 mg y seguido de 2 mg tras cada deposición hasta un máximo de 16 mg/día	Dolor abdominal, mareo, somnolencia, urticaria, ileo paralítico, distensión abdominal	

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente de actualización.

Fármaco	Nombre comercial**	Presentación	Indicaciones y posología***	Efectos adversos más frecuentes	Observaciones
LORATADINA	Loratadina EFG Civeran® Clarytine® Velodan®	Comp: 10 mg Jarabe: 5 mg/5ml	**Prurito por uremia y piel seca:** VO: 10 mg/día	Menos sedante que los antihistamínicos tradicionales	
LORAZEPAM	Lorazepam EFG Idalprem® Orfidal®	Comp: 1-5 mg	**Disnea con ansiedad**: VO: 0,5-1 mg/4-12 h o a demanda **Insomnio**: VO: 0,5-2 mg al acostarse **Vómitos anticipatorios**: VO: 2-4 mg/día	Somnolencia, confusión, ataxia, amnesia, dependencia, debilidad muscular, hipotensión, disartria, incontinencia urinaria	Duración intermedia. Inducción y mantenimiento del sueño Poca sedación diurna
LORMETAZEPAM	Lormetazepam EFG Noctamid® Loramet®	Comp: 1-2 mg	**Insomnio**: VO: 0,5-2 mg al acostarse	Somnolencia, confusión, ataxia, amnesia, dependencia, debilidad muscular, hipotensión, disartria, incontinencia urinaria	Duración intermedia. Inducción y mantenimiento del sueño Poca sedación diurna
MAGNESIO, SALES	Eupeptina® Magnesia Cinfa® Magnesia San Pellegrino®	Suspensión: 1g/5 ml Sobres: 2,4 -3,6 g	**Estreñimiento**: VO: 2,4-3,6 g/día	Riesgo de hipermagnesemia en insuficiencia renal	No financiable
MEGESTROL ACETATO	Borea® Maygace® Megefren®	Comp: 40-160 mg Sobres: 160 mg Suspensión: 200 mg/5 mL (Maygace Altas Dosis)	**Anorexia/caquexia**: VO dosis inicial: 160 mg/día VO dosis habitual: 320-800 mg/día Dosis máxima: 800 mg/día	Náuseas, vómitos, debilidad, edema, tensión mamaria, alopecia, rubor.	Tarda semanas en aparecer su efecto por lo que se recomienda en pacientes con esperanza de vida >2-3 meses
METADONA	Metasedin®	Comp: 5-30-40 mg Ampollas: 10 mg	**Dolor:** VO, SC, IM: dosis inicial: 5-10 mg/6-8 h ajustado según respuesta Si se utiliza de forma prolongada no administrar con intervalo inferior a 12 h	Náuseas, vómitos, estreñimiento, somnolencia, sequedad de boca, sudoración, depresión respiratoria, alucinaciones, disforia, retención urinaria, mioclonias	Vida media larga con riesgo de acumulación La insuficiencia renal y hepática no interfieren en su eliminación Gran variabilidad interindividual en la dosis Manejo por personal experto Útil en rotación de opioides Asociar laxante Se puede administrar vía SC
METAMIZOL	Metamizol EFG Nolotil® Lasain® Algi Mabo® Dolemicin®	Capsulas: 500/575 mg Sobres: 500-1000 mg Supositiorios: 1000 mg Ampollas: 2000 mg	**Dolor y fiebre:** VO: 500-2000 mg/6-8 h Rectal: 1000 mg/6-8 h IV-IM: 2000 mg/6-8 h	Reacción cutánea, agranulocitosis, anemia aplásica, hipotensión, anafilaxia	

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y la información puede estar desactualizada.

Fármaco	Nombre comercial**	Presentación	Indicaciones y posología***	Efectos adversos más frecuentes	Observaciones
METILFENIDATO	Rubifen® Omozin®	Comp: 5-10-20 mg Comp lib prolongada: 18-38-54 mg	**Anorexia/caquexia:** VO: 5-15 mg/día **Depresión:** VO: 5-30 mg/día	Dolor abdominal, náuseas, sequedad de boca, taquicardia, arritmias, insomnio, nerviosismo, mareo, angor, psicosis	Se requieren más estudios sobre su eficacia Contraindicaciones: angina, arritmias o HTA grave, depresión grave, síntomas psicóticos, tendencias suicidas Administrar por la mañana o mediodía por posible efecto de insomnio
METILCELULOSA	Muziplasma®	Caps: 500 mg	**Estreñimiento**: VO: 1500 mg/24 h	Flatulencia, distensión abdominal	Mantener buena hidratación para evitar la obstrucción Laxante formador de masa No financiable
METILPREDNISOLONA	Metilprednisolona Urbason® Solu Moderín®	Comp: 4-16-40 mg Vial: 8-20-40-125-250-500-1000 mg	**Anorexia/caquexia**: VO: 32 mg/día VI: 125 mg/día (dosis utilizada en los ensayos clínicos)	Hiperglucemia, miopatía, síndrome Cushing, osteonecrosis, trastornos psiquicos (hipomanía, depresión, insomnio, apatía, psicosis), dispepsia, ulcus, retención hidrosalina, HTA	En pauta corta (hasta 3 semanas) habitualmente no se precisa retirada gradual
METOCLOPRAMIDA	Primperan®	Comp: 10 mg Gotas: 2,6 mg/ml Solución: 5 mg/5 ml Ampollas: 100 mg	**Náuseas y vómitos**: Dosis habitual VO, SC, IM, IV: 15-60 mg/día en 2-4 tomas Infusión SC: 30-100 mg/día Náuseas y vómitos relacionados con quimioterapia (vía parenteral): 40-60 mg/día **Hipo:** VO, IV, SC: 10 mg/6-8 h	Efectos extrapiramidales, somnolencia, agitación, diarrea, depresión, arritmias por vía IV	Contraindicado en obstrucción intestinal Se puede administrar vía SC*
METRONIDAZOL	Metronidazol Viñas® Rozex®	Gel 0,75%	**Ulcera cutánea neoplásica**: 1 aplicación/8 h	Irritación cutánea	Evitar la exposición solar
MIANSERINA	Lantanon®	Comp: 10-30 mg	**Depresión**: 20-60 mg/día	Mínimos efectos anticolinérgicos. Precaución en pacientes con diabetes mellitus, epilepsia e insuficiencia hepática o renal	En una o varias tomas diarias
MIDAZOLAM	Midazolam EFG Dormicum®	Comp: 7,5 mg Ampollas: 5-15-50 mg	**Crisis convulsiva**: IV, SC: 10-15 mg **Mioclonias por opioides**: VO, IV, SC: 5-10 mg **Hipo intratable:** Bolos de 5-10 mg IV-SC y continuar con perfusión de 30-60 mg/día	Aumento de apetito, ictericia, hipotensión, alteración del ritmo cardiaco, anafilaxia, trombosis, broncoespasmo, depresión respiratoria, somnolencia, confusión, ataxia, amnesia, alucinaciones, debilidad muscular	Se puede administrar vía SC* Ampollas de Uso Hospitalario

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Fármaco	Nombre comercial**	Presentación	Indicaciones y posología***	Efectos adversos más frecuentes	Observaciones
MIDAZOLAM			**Disnea con ansiedad**: VO: 7,5 mg a demanda o pautado 7,5 mg/8 h **Delirium con agitación intensa:** Bolos SC, IV: 2,5-5 mg y repetir hasta que ceda. Mantenimiento en perfusión IV, SC: 20-100 mg/día **Sedación vía SC:** Inducción: 2,5-5 mg Perfusión: 0,4-0,8 mg/h Rescate: bolos 2,5-5 mg Doble dosis si tomaba previamente benzodiazepinas **Sedación vía IV:** Inducción: 1,5-3 mg cada 5 min hasta que esté sedado (la dosis requerida será la dosis de inducción) Perfusión: dosis de inducción x 6 Rescate: dosis de inducción Dosis máxima: 200 mg/día		
MILTEFOSINA	Miltex®	Solución 6% Crema 6%	**Ulcera cutánea neoplásica**: 1-2 aplicaciones/día	Intolerancia local, irritación cutánea, náuseas, vómitos	Medicamento de diagnóstico hospitalario
MIRTAZAPINA	Mirtazapina EFG Vastat® Rexer®	Comp. 15-30 mg Solución. 15 mg/ml	**Insomnio asociado a depresión y/o anorexia**: 15-30 mg al acostarse **Prurito por uremia o paraneoplásico**: 7,5-15 mg/día	Aumento del apetito, edema, sedación, hipotensión postural, ensoñaciones anómalas, manía, temblor, convulsiones, artralgias, acatisia.	Existe la presentación de comprimidos bucodispersables
MODAFINILO	Modiodal®	Comp: 100 mg	**Anorexia/caquexia**: VO: 200-400 mg/día	Dolor abdominal, náuseas, sequedad de boca, taquicardia, arritmias, insomnio, nerviosismo, mareo, angor, psicosis.	Se requieren más estudios sobre su eficacia, poca experiencia de uso Contraindicado en ansiedad grave Precaución en insuficiencia renal, hepática, alteraciones cardiovasculares, depresión, manía y psicosis

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Fármaco	Nombre comercial**	Presentación	Indicaciones y posología***	Efectos adversos más frecuentes	Observaciones
MORFINA	Liberación prolongada: MST Continus® MST Unicontinus® Skenan® Liberación rápida: Sevredol® Liberación rápida solución oral: Oramorph® Inyección: Cloruro mórfico®	Comp: 10-15-30-60-100-200 mg Caps: 30-90-120 mg Sobres: 30 mg Ampollas: 10-20 mg	**Dolor:** VO: 10-30 mg/ 4 h Formas retard:10-30 mg/ 12 h Vía SC-IM: mitad de la dosis de la VO Aumentos de dosis: 25-50% de la dosis Puede darse el doble de la dosis al acostarse para evitar una toma **Dolor irruptivo:** 1/6 de la dosis total diaria (liberación rápida) **Disnea:** Si no está en tratamiento con morfina: VO, SC: 2,5-5 mg/4 h Si está en tratamiento con morfina: aumentar la dosis un 25-50% **Tos: VO: 2,5-5 mg/4-6 h**	Náuseas, vómitos, estreñimiento, somnolencia, sequedad de boca, sudoración, depresión respiratoria, alucinaciones, disforia, retención urinaria, mioclonias	No tiene techo terapéutico salvo por la aparición de efectos adversos Asociar laxante Antídoto: Naloxona Se puede administrar vía SC
NALTREXONA	Antaxone® Celupan® Revia®	Caps: 25 mg Comp recubiertos: 50 mg	**Prurito por colestasis**: VO: Inicio 12,5/12 h Aumentar hasta dosis de mantenimiento 50-300 mg/día	Náuseas, vómitos, dolor abdominal, ansiedad, nerviosismo, insomnio, diarrea, estreñimiento, mareo, irritabilidad	Antagoniza los efectos de los opiodes
NAPROXENO	Naproxeno EFG Aliviomas® Antalgin® Denaxpren® Lundiran® Momen® Naproxyn® Tacron®	Caps: 230 mg Comp recub: 550-500 mg Comp entericos: 250-500 mg Sobres: 200-500 mg Supositorios: 500 mg	**Dolor:** VO o rectal: 500 mg/12 h **Tenesmo vesical:** VO, rectal: 500 mg/12 h	Gastropatía, ulcus, deterioro de función renal, edemas, confusión, precipitación de asma, angioedema, rash	Ajustar dosis en ancianos e insuficiencia renal Posible interacción con anticoagulantes orales Los AINE son la primera opción en dolor óseo
NIFEDIPINO	Nifedipino EFG Adalat®	Caps: 10 mg	**Hipo:** VO: 10-20 mg/8 h	Cefalea, rubefacción, mareo, palpitaciones, taquicardia, hipotensión, edema, prurito, urticaria, estreñimiento o diarrea, astenia, parestesias.	Puede producir hipotensión, sobre todo vía SL
OCTREÓTIDO	Sandostatin®	Vial: 50-100 µg	**Diarrea (refractaria):** SC: 50-500 µg/día **Obstrucción intestinal** SC: 300-800 µg/día, Infusión SC: 300-600 µg/día Dosis máxima: 1500 µg/día	Náuseas, vomitos	Se puede administrar por vía SC Medicamento de diagnóstico hospitalario (indicaciones no recogidas en ficha técnica)

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y esta pendiente su actualización.

Fármaco	Nombre comercial**	Presentación	Indicaciones y posología***	Efectos adversos más frecuentes	Observaciones
OMEPRAZOL	Omeprazol EFG Audazol® Belmazol® Gastrimu® Omapren® Parizac® Ulceral® Ulcometion®	Caps: 20-40 mg Vial: 40 mg	**Hipo:** 20 mg/día	Náuseas, vómitos, dolor abdominal, flatulencia, diarrea, cefalea, mareo, sequedad de boca, somnolencia, insomnio, visión borrosa, reac de hipersensibilidad, confusión, agitación, alucinaciones	
ONDANSETRON*	Ondansetrón EFG Yatrox® Zofran®	Comp: 4-8 mg Ampollas: 4-8 mg	**Náuseas y vómitos:** VO, SC, IV: 12-24 mg/día Vía y dosis variable según riesgo de emesis **Prurito por uremia y por opioides**: VO, SC: 4-8 mg/8 h	Estreñimiento, cefalea, rubefacción, hipo, alteraciones visuales, mareo, movimientos involuntarios, convulsiones	Aumenta su eficacia si se asocia dexametasona Se puede administrar vía SC Comprimidos: diagnóstico hospitalario Ampollas: Uso Hospitalario
OXIBUTININA	Ditropan® Dresplan®	Comp: 5 mg	**Tenesmo vesical**: 2,5-5 mg/6-12 h	Sequedad de boca, estreñimiento, visión borrosa, sequedad ocular, somnolencia, dificultad miccional, palpitaciones, taquicardia, desorientación, anorexia, rubefacción facial	
OXICODONA	Liberación prolongada: Oxycontin® Liberación rápida: Oxynorm®	Comp liberación prolongada: 10-20-40-80 mg Caps liberación rápida: 4,5-9-18 mg Solución oral: 10 mg/ml	**Dolor:** Dosis inicial: 10 mg/12 h Liberación rápida (dolor irruptivo): 4,5-18 mg a demanda	Náuseas, vómitos, estreñimiento, somnolencia, sequedad de boca, sudoración, depresión respiratoria, alucinaciones, disforia, retención urinaria, mioclonias	Ajustar dosis en insuficiencia renal y hepática Asociar laxante
PALIFERMINA	Kepivance® 6,25 mg polvo	Viales: 6,25 mg	**Mucositis** en pacientes con neoplasias hematológicas sometidos a tratamiento mieloablativo: IV: 60 mcg/kg/día, 3 días antes y 3 después del tratamiento mieloablativo.	Alteración del gusto, engrosamiento o decoloración de la piel, erupción, prurito y eritema, artralgia, edema, dolor y fiebre	Medicamento de Uso Hospitalario
PAMIDRONICO, ÁCIDO	Aredia® Linoten® Pamifos® Xinsodona®	Vial: 15-30-60-90 mg	**Dolor óseo**: Perfusión IV: 90 mg en 250 ml en 2 h cada 3-4 semanas En pacientes con mieloma múltiple no exceder 90 mg en 500 ml durante 4 h **Hipercalcemia**: Perfusion IV: 30-90 mg en 2-4 h (no exceder 90 mg en 500 ml durante 4 horas)	Fiebre, pseudogripe, nauseas, anorexia, dolor abdominal, diarrea, estreñimiento, artralgias, mialgias, anemia	Precaución en cardiópatas e insuficiencia renal Se ha descrito osteonecrosis maxilar (se recomienda revisión dental previa al tratamiento) Uso hospitalario

*** NOTA INFORMATIVA Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (10 de agosto de 2012):**

Se establecen nuevas recomendaciones de uso de ondansetrón debido a su potencial arritmogénico. No deberá administrarse una dosis única de ondansetrón por vía intravenosa (iv) superior a 16 mg para la prevención de náuseas y vómitos inducidos por quimioterapia.

Para más información consulte: http://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/medicamentosUsoHumano/seguridad/2012/NI-MUH_FV_14-2012.htm

Fármaco	Nombre comercial**	Presentación	Indicaciones y posología***	Efectos adversos más frecuentes	Observaciones
PARACETAMOL	Paracetamol EFG Termalgin® Efferalgan® Xumadol® Gelocatil® Dolostop®	Comp: 500/650/1000 mg Comp efervesc: 1000 mg Sobres: 650/1000 mg Supositiorios: 650 mg Vial IV: 1000 mg	**Dolor y fiebre:** VO: 500-1000 mg/4-6 h Rectal: 650 mg/4-6 h IV: 1000 mg/6 h Dosis máxima: 4 g/día	Escasa toxicidad. Rash, toxicidad hepática, fiebre	
PARACETAMOL+ CODEINA	Analgiplus® Apiretal codeína® Cod efferalgan® Coxumadol® Dolgesic codeína® Dolomedil® Fludeten® Gelocatil codeína® Termalgin codeína®	Comp: 500/30, 500/15 mg, 500/10, 325/15, 650/30, 300/30 Comp efervescentes: 500/30 Sobres: 500/30 Caps: 300/14 Solución: 120/12 mg/5 ml Supos: 650/28	Dolor: VO: 500-650/30 mg 1-2 comp/6 h Dosis máxima: 4 g de paracetamol	Ver paracetamol y codeína	Puede ser necesario asociar laxante Existe una presentación en jarabe pero con dosis bajas
PARAFINA	Emuliquen simple® Hodernal®	Sobres: 7,17 g Solución: 4 g/5 ml Emulsión: 2,39 g/5 ml	**Estreñimiento**: VO: 15 ml/12-24 h		No financiable
PAROXETINA	Paroxetina EFG Casbol® Motivan® Frosinor® Paratonina® Seroxat®	Comp: 20 mg	**Depresión**:dosis habitual 20 mg/día **Prurito por neoplasias hematológicas u opioides**: 20 mg/día Comenzar con dosis bajas en ancianos (10 mg)	Náuseas, vómitos, diarrea, dispepsia, anorexia, erupción cutánea, artromialgias, sequedad de boca, temblores, alucinaciones, somnolencia, vasodilatación, faringitis, disnea, bostezos	Comenzar con dosis bajas en ancianos (10 mg) Tarda semanas en hacer efecto
PICOSULFATO SODICO	Contumax® Evacuol® Ezor® Gutalax® Lubrilax® Skilax®	Gotas: 7,5 mg/ml	**Estreñimiento**: 5-10 mg por la noche	Calambres abdominales, diarrea	No administrar si obstrucción intestinal Laxante estimulante No financiable
PILOCARPINA	Salagen®	Comp: 5 mg	**Xerostomía:** 5-10 mg/8 h	Cefalea, síndrome seudogripal, sudoración, náuseas, dolor abdominal, estreñimiento, rubor, HTA, palpitaciones, hipersecreción bronquial	Precaución: asma y EPOC, enfermedad cardiovascular, alteraciones cognitivas o psiquiátricas. Los colirios pueden utilizarse por vía oral (4-6 gotas/8 h disuelto en zumo)

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente de actualización.

Fármaco	Nombre comercial**	Presentación	Indicaciones y posología***	Efectos adversos más frecuentes	Observaciones
POLIETILENGLICOL	Movicol®	Sobres: 13,125 g	**Estreñimiento**: 1 sobre/8-24 h	Distensión y dolor abdominal, náuseas.	No financiable
POVIDONA YODADA	Betadine Oral®	Solución tópica: 10 mg	**Mucositis**: Enjuagues 10 ml/8-12 h	Irritación local	No financiable
PREDNISOLONA	Estilsona®	Gotas: 13.3 mg/ml	**Anorexia/caquexia**: VO: 10 mg/día (dosis utilizada en los ensayos clínicos) Rango de dosis: 10-30 mg/día **Hipercalcemia**: VO: 40-100 mg/día	Hiperglucemia, miopatía, síndrome Cushing, osteonecrosis, trastornos psiquicos (hipomanía, depresión, insomnio, apatía, psicosis), dispepsia, ulcus, retención hidrosalina, HTA	En pauta corta (hasta 3 semanas) habitualmente no precisa retirada gradual
PREDNISONA	Prednisona Dacortin®	Comp: 2,5-5-10-30-50 mg	**Astenia**: 20-40 mg/día **Disnea** en pacientes con asma, EPOC, linfangitis carcinomatosa o tumores obstructivos de la vía aérea: VO: 20-40 mg/día	Hiperglucemia, miopatía, sd Cushing, osteonecrosis, trastornos psiquicos (hipomanía, depresión, insomnio, apatía, psicosis), dispepsia, ulcus, retención hidrosalina, HTA	Se efecto es temporal (2-4 semanas) por lo que se recomienda en pacientes con esperanza de vida <4 semanas En pauta corta (hasta 3 semanas) habitualmente no precisa retirada gradual
PREGABALINA	Lyrica®	Caps: 25-75-150-300 mg	**Dolor neuropático**: Dosis inicial: 50-150 mg/día en 2-3 dosis. Incrementar en 50-150 mg cada semana Dosis habitual: 300-600 mg/día Dosis máxima: 600 mg/día	Mareo, somnolencia, ataxia, reducción de la concentración, temblor, taquicardia, efectos gastrointesitnasles, visión borrosa, diplopia, vértigo, disfunción eréctil, astenia, polidipsia	Reducir la dosis en insuficiencia renal y en ancianos
PROMETAZINA	Frinova®	Jarabe: 5 mg/5 ml Vial: 50 mg	**Disnea:** VO, IM, IV: 25 mg/8-12 h o a demanda	Hipotensión ortostática, sintomas extrapiramidales	Como fármaco adyuvante o de segunda línea, si no se puede administrar opioides o asociados a éstos
PROPOFOL	Propofol Ivofol® Recofol® Diprivan®	Viales: 10-20 mg	**Sedación IV:** Inducción: 1-1,5 mg/kg Perfusión: 2 mg/kg/h, Rescate: bolos de 50% de la dosis de inducción	Náuseas, hipotensión, tos, bradicardia, cefaleas, mareos, temblores, vómitos, flebitis	Previamente suspender perfusión de BZD o neurolépticos y reducir los opioides a la mitad De uso hospitalario
RIFAMPICINA	Rifaldin® Rimactan®	Caps: 300-600 mg Suspensión: 100 mg/5 ml Vial: 600 mg	**Prurito por colestasis**: VO: 300-600 mg/8-12 h	Anorexia, náuseas, vómitos, diarreas, cefalea, somnolencia, pseudogripe, anemia hemolítica, edema, debilidad muscular, alteración de las pruebas hepáticas	Colorea de naranja la orina, saliva y otros fluidos corporales

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Fármaco	Nombre comercial**	Presentación	Indicaciones y posología***	Efectos adversos más frecuentes	Observaciones
SALBUTAMOL	Salbutamol EFG Ventolin® Buto air® Buto asma® Ventilastin®	Aerosol: 100 mcg/pulación Cartucho: 100 mcg/dosis Solución respirador: 0,5%	**Disnea** en pacientes con obstrucción reversible: inhalado 1-2 pulsaciones a demanda	Palpitaciones, cefalea, temblor	
SEN (Cassia angustifolia)	Laxante Bescansa Normal® Laxante Salud® Laxante Olan®	Comp: 7,5 mg	**Estreñimiento:** 7,5 mg/8-24 h	No administrar si obstrucción intestinal	Laxante estimulante No financiable
SENOSIDOS A y B	Modane® Puntual® Pursenid®	Grageas: 12 mg Solución gotas: 30 mg/ml	**Estreñimiento:** 12-36 mg/24 h	No administrar si obstrucción intestinal	Laxante estimulante No financiable
SERTRALINA	Sertralina EFG Besitran® Aremis® Altisben® Depesert®	Comp: 50-100 mg	**Depresión:** 50-200 mg	Náuseas, vómitos, diarrea, dispepsia, anorexia, erupción cutánea, artromialgias, sequedad de boca, temblores, alucinaciones, somnolencia, vasodilatación, faringitis, disnea	Más sedante que fluoxetina, menor riesgo de interacciones Contraindicado en enfermos epilépticos, insuficiencia renal o hepática
TIETILPERAZINA	Torecan®	Grageas: 6,5 mg Supositorios: 6,5 mg	**Náuseas y vómitos** de origen vestibular: VO, rectal: 6,5 mg/8-24 h	Sedación, somnolencia, alteraciones digestivas	Antihistamínico
TOLTERODINA	Detrusitol® Urotrol®	Comp: 2 mg	**Tenesmo vesical**: 2 mg/12 h	Sequedad de boca, estreñimiento, visión borrosa, sequedad ocular, somnolencia, dificultad miccional, palpitaciones, taquicardia, desorientación, dispepsia, fatiga, flatulencia, dolor torácico, edema, parestesia	
TOPIRAMATO	Topamax® Bipomax®	Caps: 15-25-50 mg Comp: 25-50-100-200 mg	**Prevención secundaria de crisis convulsivas**: 100-200 mg/12 h	Náuseas, dolor abdominal, dispepsia, sequedad de boca, disgeusia, pérdida de peso, parestesias, cefalea, fatiga, mareo, alteración del lenguaje, somnolencia, insomnio, alteración de la memoria y concentración, ansiedad, depresión	

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y este momento no actualización.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Fármaco	Nombre comercial**	Presentación	Indicaciones y posología***	Efectos adversos más frecuentes	Observaciones
TRAMADOL	Tramadol EFG Adolonta® Dolodol® Ceparidin® Tioner® Tralgiol®	Caps: 50 mg Gotas: 100 mg/ml Supositorios: 100 mg Vial: 100 mg	**Dolor:** VO: 50-100 mg/6-8 h VO retard: 100-200 mg/12 h Rectal: 100 mg/6-8 h SC-IM: 50- 100 mg/6-8 h Dosis máxima: 400 mg/día	Mareo, confusión, sudoración, hipotension postural, náuseas, sequedad de boca	Puede ser necesario asociar laxante Reducir dosis en ancianos e insuficiencia renal Menor somnolencia y estreñimiento que codeína, pero mayor riesgo de interacciones (ISRS, antidepresivos tricíclicos, triptanes, IMAO, anticoagulantes orales, bupropion, neurolépticos) Se puede administra vía SC
TRAMADOL+ PARACETAMOL	Pazital® Pontalsic® Zaldiar®	Comp : 37,5/325 mg	Dolor: VO: 75/650 mg/6-8 h (2 comp/6-8 h) Dosis máxima: 8 comp/día	Ver tramadol	
TRANEXÁMICO, ÁCIDO	Amchafibrin®	Comp: 500 mg Ampollas: 500 mg	**Hemorragia:** VO: 1-1,5 g/8-12 h IV, IM: 0,5-1 g/8-12 h	Náuseas, dolor abdominal, diarrea, mialgias, debilidad, rabdomiólisis con mioglobinuria, trombosis	
TRAZODONA	Deprax®	Comp: 100 mg	**Insomnio (sobre todo asociado a depresión):** 25-100 mg al acostarse **Depresión:** VO: 100-300 mg Dosis máxima: 400 mg/día, ancianos 200 mg/día	Sequedad de boca, sedación, retención urinaria, hipotensión ortostática, alteraciones cardiovasculares, priapismo	Se administra por la noche (efecto sedante). Menos efectos anticolinérgicos, cardiovasculares y extrapiramidales.
TRIAZOLAM	Halcion®	Comp: 0,125 mg	**Insomnio:** 0,125 mg al acostarse		Acción rápida y duración corta
VALPROATO SODICO	Depakine® Depakine Crono® Milzone®	Comp: 150-200-300-500 mg Sobres: 500-1000 mg Vial: 300-400 mg	**Prevención secundaria de crisis convulsivas:** VO 20-30 mg/kg/día repartido en 2-3 tomas	Náuseas, diarrea, aumento de peso, trombopenia, hiperactividad, agresividad, ataxia, temblor, hepatopatía, pancreatitis	
ZALEPLON	Sonata®	Comp: 5-10 mg	**Insomnio**: 5-10 mg al acostarse		Acción rápida y duración corta Insomnio de conciliación
ZOLEDRONICO, ÁCIDO	Zometa® Aclasta®	Vial: 4 mg	**Dolor óseo**: Perfusión IV: 4 mg/100 ml en 15 minutos como mínimo, cada 3-4 semanas **Hipercalcemia:** Solución para perfusión IV: 4 mg en 15 minutos mínimo (diluido con 100 ml de cloruro sódico al 0,9% o glucosado 5%)	Fiebre, pseudogripe, náuseas, anorexia, dolor abdominal, diarrea, estreñimiento, artralgias, mialgias, anemia	Precaución en cardiópatas e insuficiencia renal Mantener buena hidratación Se ha descrito osteonecrosis maxilar (se recomienda revisión dental previa al tratamiento) Uso hospitalario

Fármaco	Nombre comercial**	Presentación	Indicaciones y posología***	Efectos adversos más frecuentes	Observaciones
ZOLPIDEM	Zolpidem EFG Dalparn® Stilnox®	Comp: 10 mg	**Insomnio:** 5-10 mg al acostarse		Acción rápida y duración corta Insomnio de conciliación
ZOPICLONA	Limovan® Siaten® Datolan® Zopicalma®	Comp: 7,5 mg	**Insomnio:** 7,5 mg al acostarse		Acción rápida y duración corta Insomnio de conciliación

VO: vía oral. SC: subcutánea. IV: intravenosa. IM: intramuscular. SL: sublingual. Comp: comprimidos. Caps: cápsulas.

* Uso de la vía SC: no recogido en la ficha técnica.
** La relación de nombres comerciales no es exhaustiva
*** Algunas indicaciones señaladas no están contempladas en la ficha técnica

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Anexo 6. Administración de fármacos por vía subcutánea en cuidados paliativos

Indicaciones de uso de la vía subcutánea

La utilización de la vía subcutánea está indicada en aquellas circunstancias en las que el paciente no puede tomar la medicación por vía oral o cuando los síntomas no están suficientemente controlados por esta vía. En la práctica, las situaciones en las que la vía subcutánea se considera como la opción de primera elección son: náuseas y vómitos incontrolados, disfagia grave, síndrome de oclusión intestinal no candidato a tratamiento quirúrgico, sedación paliativa, agitación, convulsiones y atención en la agonía. Aunque poco frecuentes en la práctica diaria, las situaciones que desaconsejan la utilización de la vía subcutánea para la administración de fármacos son la anasarca, los estados de shock y las coagulopatías severas.

Técnica para la utilización de la vía subcutánea

La medicación se puede administrar de dos maneras: en forma de bolos o en infusión continua empleando los dispositivos (bombas de infusión) existentes en el mercado; estos últimos son de elección pues se evita el «efecto bolo» y permiten la administración conjunta de mezclas de diversos fármacos.

Las bombas de infusión pueden ser elastoméricas, mecánicas o electrónicas dependiendo del mecanismo utilizado. Muchas de ellas permiten además la administración de fármacos en bolos en caso de ser necesario (por dolor irruptivo, por ejemplo).

Material necesario

- Bomba de infusión
- Jeringas
- Aguja tipo palomilla 25 G
- Tiras adhesivas y apósitos transparentes
- Suero fisiológico o agua para inyección
- Solución antiséptica (clorhexidina, povidona yodada)
- Guantes

El procedimiento comienza con la inserción de una palomita con aguja metálica 23-25 G o un catéter de plástico en el tejido celular subcutáneo y su fijación con un apósito adhesivo transparente que permita visualizar la zona de punción.

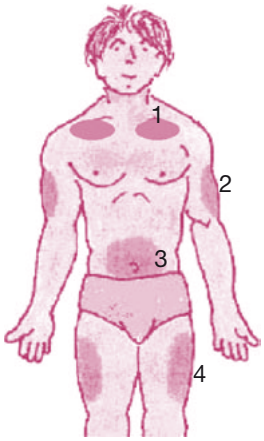
Las localizaciones anatómicas más frecuentemente utilizadas son la torácica anterior infraclavicular, la deltoidea, el abdomen y la cara anteroexterna del muslo, evitando las zonas con alteraciones cutáneas (figura 1).

Es conveniente revisar periódicamente la zona de inserción de la palomita para la detección de problemas locales (induración o edema, enrojecimiento, infección, hematoma) que comprometan la absorción de la medicación o la salida accidental de la palomita, cambiar el punto de inserción de la palomita cuando aparezcan problemas locales que dificulten la absorción y evitar la administración en bolos de volúmenes de medicación mayores de 2 ml, pues es más dolorosa y favorece la aparición de induración y eritema, sobre todo en el caso de inyecciones repetidas.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Figura 1. Zonas de punción recomendadas para la vía subcutánea
(*modificada y reproducida con el permiso de Fisterra http://www.fisterra.com/material/tecnicas/parenteral/subcutanea.asp*)

1. Infraclavicular
2. Deltoidea
3. Abdomen
4. Muslo



Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Medicación administrada por vía subcutánea

Pueden administrarse varios fármacos simultáneamente aunque su compatibilidad en un mismo dispositivo no está bien establecida en muchas ocasiones

Tabla 1. Fármacos más utilizados por vía SC en CP

Fármaco	Indicaciones	Presentaciones
Morfina	Dolor, disnea	Amp 1 ml 1% = 10 mg Amp 1 ml 2% = 20 mg Vial 20 ml 2% = 400 mg
Butilescopolamina	Estertores premortem, sialorrea, secreciones respiratorias, obstrucción intestinal	Amp 1ml = 20 mg
Midazolam	Convulsiones, sedación paliativa	Amp 3ml = 15 mg Amp 5 ml = 5 mg
Metoclopramida	Náuseas y vómitos	Amp 2ml = 10 mg Amp 20 ml =100 mg
Haloperidol	Náuseas y vómitos por opiodes, vómitos en la obstrucción intestinal, delirium	Amp 1ml = 5 mg
Levomepromazina	Ansiedad/agitación	Amp 1 ml = 25 mg
Dexametasona	Múltiples indicaciones en CP	Amp 1 ml = 4 mg Amp 5 ml = 40 mg
Ketorolaco	Dolor, fiebre	Amp 1 ml = 10 mg Amp 1 ml = 30 mg
Octreótido	Obstrucción intestinal	Amp 1 ml = 0,05 mg Amp 1 ml = 0,1 mg Vial 5 ml = 1 mg
Tramadol	Dolor	Amp 1 ml = 100 mg

Otros fármacos que han sido utilizados por vía SC son: bupivacaína, buprenorfina, calcitonina, ceftriaxona, clonazepam, escopolamina, fentanilo, furosemida, granisetrón, hidromorfona, hidroxicina, ketamina, metadona y ondansetrón, entre otros.

Infusores

Los infusores son dispositivos especialmente diseñados para infundir la medicación de forma constante y continua. Su uso permite la mezcla de fármacos y su infusión simultánea por vía subcutánea. Existen en el mercado varios tipos de infusores: elastoméricos (con mecanismo de balón), mecánicos (con mecanismo de resorte o de jeringa) y electrónicos (con mecanismo de tipo peristáltico). Muchos de ellos permiten además la administración de fármacos en bolos en caso de ser necesario (por aparición de dolor irruptivo, por ejemplo).

Al **cargar el infusor** se deben tener en cuenta las siguentes **variables**:

- El flujo de salida medido en ml/h
- El tiempo de autonomía: un día, 5 días o 7 días, habitualmente
- El volumen total de llenado medido en ml, que está en relación con los dos parámetros anteriores. Así, el volumen total de llenado de un infusor de un día con un flujo de salida de 2,1 ml/h es de 50 ml (2,1 ml/h x 24 h).

Con estas variables de referencia se calcula el volumen acumulado de los fármacos a administrar en función de sus presentaciones, completando la capacidad total del dispositivo con suero fisiológico o agua para inyección.

Ejemplos: un paciente precisa 50 mg de cloruro mórfico, 5 mg de haloperidol y 30 mg de metoclopramida al día para el control de náuseas y dolor. Disponemos de una bomba elastomérica de 1 día con un flujo de salida de 2,1 ml/hora y un volumen de llenado de 50 ml.

Preparación:

- Morfina 50 mg = 5 ampollas de cloruro mórfico al 1% de 1 ml = 5 ml
- Haloperidol 5 mg = 1 ampolla de 1 ml = 1 ml
- Metoclopramida 30 mg = 3 ampollas de 2 ml = 6 ml

En total, la medicación ocupa un volumen de 12 ml; el volumen de suero fisiológico que emplearemos para llenar la bomba son 38 ml de suero fisiológico (50 ml volumen total – 12 ml de medicación).

Cuando las necesidades de medicación son conocidas y estables, puede utilizarse un infusor de varios días. En el caso anterior, si disponemos de un infusor para 5 días con un flujo de salida de 1,5 ml/h y un volumen de llenado de 275 ml, la preparación se haría como sigue:

- Morfina 50 mg/día = 250 mg/5 días = 25 amp 1% = 25 ml
- Haloperidol 5 mg/día = 25 mg/5 días = 5 amp = 5 ml
- Metoclopramida 30 mg/día = 150 mg/5 días = 15 amp = 30 ml

En este caso la medicación ocupa un volumen de 60 ml, por lo que el volumen de suero fisiológico necesario para llenar por completo el dispositivo es de 215 ml (275- 60 ml).

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Compatibilidad de mezclas

- En nuestro medio la dilución se realiza generalmente en suero fisiológico, por su tonicidad más próxima a la fisiológica, salvo para fármacos como diamorfina o ciclicina en los que se recomienda la dilución en agua para inyección (diamorfina es un fármaco ampliamente utilizado en países anglosajones pero no está disponible en nuestro medio). El agua para inyección presenta menor riesgo de precipitación, por lo que algunas fuentes recomiendan su uso cuando se realizan mezclas de varios fármacos (salvo cuando se utiliza octreótido o ketamina); se aconseja también diluir las mezclas con el objeto de reducir el riesgo de precipitación.
- Dexametasona y ketorolaco no deben ser mezclados con otros fármacos.
- Es aconsejable desechar cualquier mezcla que produzca precipitados o turbidez de la solución.
- Se recomienda no mezclar más de tres fármacos por el riesgo aumentado de precipitación de la solución resultante.

Las mezclas más utilizadas son la que incluye morfina, butilescopolamina y midazolam, empleada habitualmente en la situación de agonía, y la compuesta por morfina, haloperidol y butilescopolamina, utilizada para el tratamiento paliativo del síndrome de oclusión intestinal.

En la tabla 2, modificada de Porta *et al*., se muestran algunas de las mezclas de 3 fármacos compatibles utilizadas en la práctica clínica que incluyen morfina. Se puede consultar información acerca de la compatibilidad de mezclas en la dirección http://www.pallcare.info/

Tabla 2. Mezclas compatibles de tres fármacos que incluyen morfina

Morfina	Haloperidol	Escopolamina (clorhidrato)
Morfina	Haloperidol	Butilescopolamina
Morfina	Haloperidol	Midazolam
Morfina	Haloperidol	Octreótrido
Morfina	Butilescopolamina	Midazolam
Morfina	Escopolamina (clorhidrato)	Midazolam
Morfina	Metoclopramida	Midazolam
Morfina	Levomepromazina	Midazolam
Morfina	Levomepromazina	Escopolamina (clorhidrato)

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Este anexo se ha elaborado en base a las siguientes referencias:

1. Porta-Sales J, Gomez-Batiste X, Tuca A, editores. Manual de control de síntomas en pacientes con cáncer avanzado y terminal. Madrid: Editorial Arán; 2004.
2. NHS Greater Glasgow, Acute Services Division, Palliative Care Practice Development Team. Guidelines for the use of Subcutaneous Medications in Palliative Care. March 2007 Disponible en: http://www.palliativecareglasgow.info/pdf/guidelines_subcutaneous_meds_corrected.pdf
3. Department of Pharmacy, Auckland District Health Board. Compatibility of syringe drives admixtures for continuous subcutaneous infusion. Disponible en: http://www.nzhpa.org.nz/SDAdCompProj.pdf
4. Dickman A, Scheneider J, Varga J: The Syringe Driver. Continuous subcutaneous infusions in palliative care. Oxford University Press. Second edition. 2005.

Anexo 7. Dosificación de opioides en el dolor

Equivalencia aproximada entre opioides

El factor de conversión se expresa como fracción con respecto a morfina oral o en mg respecto a una dosis de 30 mg de morfina oral:

Fármaco	Dosis equivalente aproximada (mg)*	Factor de conversión aproximado*
Morfina oral	30 mg	1
Morfina SC, IM, IV	10-15 mg	2:1 a 3:1
Oxicodona	15 mg	2:1
Metadona**	variable	variable
Hidromorfona	6 mg	5:1
Codeina***	300-360 mg	1:10 a 1:12
Dihidrocodeina***	300-360 mg	1:10 a 1:12
Tramadol***	300	1:10

(*) Los factores de conversión y dosis equivalentes son sólo orientativos, por lo que es necesario monitorizar la respuesta al pasar de un opioide a otro.
(**) Metadona: marcadas diferencias entre individuos entre su semivida plasmática, la potencia analgésica y la duración de acción.
(***) Poca información disponible; según otras fuentes el factor de conversión para codeína es de 1:7.

Ejemplo: en un paciente que toma codeína a dosis de 60 mg cada 6 horas (= 240 mg/día), para pasar a morfina se le aplica el factor de conversión 240 mg/10 ó 12 = 20-24 mg de morfina oral al día.

Dosificación con morfina oral

- Es el opiode de elección.
- Para ajustar la dosis se recomienda comenzar con comprimidos de liberación inmediata o solución oral de morfina, a dosis de 5-10 mg/4 h para sustituir un analgésico de menor potencia (como el paracetamol), y a dosis 10-20 mg o más para reemplazar a un opioide débil (como codeína). Se va subiendo la dosis en un 25-50% de la dosis diaria (p. ej.: de 50 mg/día a 75 mg/día) hasta que se controlen los síntomas. Cuando el paciente lleve 2-3 días sin dolor, se recomienda pasar a morfina de liberación retardada (calculando la dosis total diaria y administrándola en dos tomas al día).
- Se deben pautar siempre dosis de rescate de morfina de liberación inmediata (15% de la dosis diaria, es decir, 1/6).
- La necesidad de más de tres dosis de rescate al día obliga a aumentar la dosis de morfina de liberación retardada (25-50% de la dosis diaria).
- Otra opción es comenzar con los comprimidos de liberación retardada, 10-20 mg/12 horas para sustituir a analgésicos como paracetamol, y con 20-30 mg/12 horas para sustituir a opioides débiles, aunque no es la opción más recomendada.
- Para pasar de la vía oral a la SC se divide la dosis total entre dos.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Dosificación con fentanilo transdérmico

Los parches de fentanilo son útiles cuando:

- La vía oral no es adecuada (preferencias del paciente, trastornos gastrointestinales, problemas de deglución).
- Morfina no se tolera (estreñimiento, somnolencia, confusión, etc.).
- Existen problemas de cumplimiento.

Consideraciones:

- Los parches no son adecuados en pacientes con dolor inestable o con marcado componente irruptivo.
- Fentanilo es un opioide potente.
- Su inicio de acción es más lento, lo que obliga a cubrir las necesidades de analgésicos en la fase inicial (12-15h).
- Su acción residual persiste hasta 17 horas después de retirar el parche, lo que es un inconveniente en caso de toxicidad.

Dosificación en pacientes sin tratamiento previo con opioides:

Deberá iniciarse el tratamiento con un parche de 25 microgramos/hora cada 3 días y pautar rescate con morfina oral de liberación rápida (15% de la dosis equivalente de morfina, es decir, 1/6) o fentanilo oral transmucosa. Si el dolor no se controla bien o requiere más de 3 dosis de rescate al día, se incrementa la dosis en 12-25 mcg/h, y así sucesivamente hasta alcanzar la dosis eficaz.

Es importante la rotación de las zonas cutáneas de aplicación, colocarlo en superficies lisas, limpias, secas y poco pilosas.

Dosificación en pacientes previamente tratados con morfina:

- Calcular las necesidades analgésicas de morfina de las 24 horas previas.
- Convertir estas cantidades a la dosis de fentanilo equianalgésica utilizando la tabla de conversión de morfina a fentanilo (ver tablas de conversión: la tabla de conversión de la ficha técnica de fentanilo es más útil para dosis altas de opioides; se adjunta también la tabla de conversión de la Guía de Prescripción Terapéutica, más práctica para dosis menores de opioides).
- Existe también una regla aproximativa que consiste en calcular el parche de fentanilo correspondiente a la mitad de la dosis diaria de morfina oral; y en caso de precisar altas dosis de morfina, el ratio será más conservador, un tercio; por ejemplo, si el paciente precisa 600 mg de morfina oral, el parche a utilizar será de «200» (dos parches de «100»).
- El parche tarda unas 12 horas en hacer efecto. Por ello, junto con el primer parche se debe administrar la última dosis de morfina retardada o tres dosis cada 4 h si estaba tratado con morfina de liberación inmediata.
- EJEMPLO: en un paciente que toma 60 mg de morfina diarios (con morfina oral retardada administrada en dos tomas), el equivalente sería un parche de fentanilo «25», que se administraría junto con la última dosis de 30 mg de morfina oral retardada.

Manejo del dolor irruptivo con fentanilo oral transmucosa (OT):

- Indicado sólo en el dolor irruptivo en pacientes que reciben opioides.
- Su acción es rápida y corta (15 minutos-4 horas).
- No existe correlación entre la dosis de mantenimiento empleada y la dosis eficaz de fentanilo OT.
- Rango de dosis: 200-1600 mcg.
- La dosis adecuada para cada paciente se determina de forma individual y no puede predecirse a partir de la dosis de mantenimiento del opioide. Generalmente se comienza con 200 mcg. Se recomienda controlar al paciente hasta una dosis que ofrezca analgesia adecuada y utilizar después una unidad de dosis por episodio de dolor irruptivo («dosis eficaz»). Si requiere más de 4 unidades (dosis máxima): ajustar el tratamiento de fondo.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Para retirar los parches de fentanilo y pasar a morfina:

- Tras la retirada del parche, permanece un reservorio que continúa liberando el fármaco durante unas 17 horas.
- Para las primeras 12-24 horas se recomienda utilizar únicamente medicación de rescate, y después pasar a morfina oral retardada. Vigilar posibles signos de toxicidad.
- Si se va a utilizar una bomba de infusión, esperar al menos 12 horas y después utilizar una dosis reducida durante las siguientes 12 horas.
- EJEMPLO: en un paciente que esté con parches de fentanilo «25» y que requiera una dosis de rescate (por ejemplo, una dosis de 15 mg morfina de liberación inmediata), la dosis total diaria de morfina será = 90 mg (equivalente a fentanilo «25») + 15 mg de morfina = 105 mg de morfina oral retardada (administrada en dos dosis). Si se va a pasar a la vía SC: se divide la dosis oral entre dos (105/2 = 52,5mg/día).

Fentanilo en pacientes en fase agónica:

En el caso de pacientes en fase agónica con dolor no controlado y que no pueden tomar medicación por vía oral, se recomienda:

- Continuar cambiando los parches de fentanilo cada 3 días.
- Si se requiere analgesia adicional, utilizar además morfina por vía subcutánea.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Tabla de conversión de morfina oral a fentanilo transdérmico

Morfina oral 90 mg/día = parche fentanilo «25»
Morfina oral 180 mg/día = parche fentanilo «50»
Morfina oral 270 mg/día = parche fentanilo «75»
Morfina oral 360 mg/día = parche fentanilo «100»

Fuente: Guía de Prescripción Terapéutica. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Tabla de conversión de morfina oral a fentanilo transdérmico

Morfina oral 24-horas (mg/día)	Dosis de fentanilo transdérmico (microgramos/hora)
<135	25
135-224	50
225-314	75
315-404	100
405-494	125
495-584	150
585-674	175
675-764	200
765-854	225
855-944	250
945-1034	275
1035-1124	300

Fuente: Ficha Técnica.

Dosificación con buprenofina transdérmica

Consideraciones:

- No es el opioide de elección, ya que cuenta con pocos estudios y experiencia limitada.
- Tiene techo analgésico.
- No es adecuado para el dolor agudo.
- Retirada del parche: como regla general no debe administrarse otro opioide en las 24 horas posteriores a la retirada del parche de buprenorfina.

Dosificación en pacientes sin tratamiento previo con opioides:

Deberá iniciarse el tratamiento con un parche de 35 mcg/h cada 3 días. Si a las 72 h la analgesia es insuficiente, debe aumentarse la dosis a dos parches de la misma concentración o cambiando a la siguiente concentración. Si se requiere medicación de rescate, pautar buprenorfina sublingual (1 o 2 comprimidos sublinguales de 0,2 mg cada 24 horas además del parche). Si es necesario añadir entre 0,4 y 0,6 mg de buprenorfina sublingual (2-3 comprimidos) debe utilizarse la siguiente concentración del parche.

Dosificación en pacientes previamente tratados con morfina:

- Calcular las necesidades analgésicas de las 24 horas previas.
- Convertir estas cantidades a la dosis de buprenorfina equianalgésica utilizando la tabla de conversión de morfina a buprenorfina.
- Pautar medicación de rescate, utilizando buprenorfina sublingual (1 o 2 comprimidos sublinguales de 0,2 mg cada 24 horas además del parche).

Tabla de conversión de morfina oral a buprenorfina transdérmica

Morfina oral 30-60 mg/día = parche buprenorfina de 35 mcg/h
Morfina oral 90 mg/día = parche buprenorfina de 52,5 mcg/h
Morfina oral 120 mg/día = parche buprenorfina de 70 mcg/h
Morfina oral 240 mg/día = 2 parches buprenorfina de 70 mcg/h

Dosificación de oxicodona

- No es el opioide de elección.
- 10 mg de oxicodona oral equivalen a 20 mg de morfina oral.
- En pacientes que no han tomado opioides, la dosis inicial es de 10 mg cada 12 horas. Se deberá titular la dosis con incrementos del 25-50%. La necesidad de una medicación de rescate de más de dos veces al día indica que debe aumentarse la dosis.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Para la elaboración de este anexo, además de la bibliografía del capítulo correspondiente de la GPC, se han usado las siguientes referencias:

1. Kirsten Auret. Pain management in palliative care. An update. Australian Family Physician. 2006; 35(10):762.
2. Hanks GW, Conno F, Cherny N, Hanna M, Kalso E, McQuay HJ, Mercadante S,Meynadier J, Poulain P, Ripamonti C, Radbruch L, Casas JR, Sawe J, Twycross RG,Ventafridda V; Expert Working Group of the Research Network of the European Association for Palliative Care. Morphine and alternative opioids in cancer pain: the EAPC recommendations. Br J Cancer. 2001;84(5):587-93.
3. Guía de Prescripción Terapéutica. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2006.

Anexo 8. Glosario y abreviaturas

Glosario

AGREE (Appraisal of Guidelines, Research and Evaluation for Europe)**:** Iniciativa internacional para facilitar el diseño y evaluación de guías de práctica clínica

Agonía: Estado que precede a la muerte en aquellas enfermedades en que la vida se extingue gradualmente. Se caracteriza por la aparición de un deterioro físico general, que suele ser rápidamente progresivo, evidenciándose un incremento de la debilidad, postración y disminución del nivel de alerta, con el consecuente aumento del número de horas de cama, disminución de la ingesta y alteración de las constantes vitales; tendencia progresiva a la hipotensión, taquicardia y oliguria, con percepción de muerte inminente por parte del paciente, familia y equipo de profesionales sanitarios.

Autonomía (principio de): Considera que toda persona tiene el derecho a disponer libremente y a actuar conforme a los principios que han regido su vida.

Calidad de vida: La percepción subjetiva de un individuo de vivir en condiciones dignas. Responde a las aspiraciones y a los máximos que una persona se quiere dar para sí.

CAMPAS-R: Instrumento utilizado para monitorizar en forma prospectiva síntomas en pacientes bajo cuidados paliativos domiciliarios. Utilizando escalas visuales análogas mide la severidad e interferencia de: dolor, náuseas, vómitos, estreñimiento, fatiga, disnea, ansiedad y depresión.

Cochrane Library: Base de datos sobre efectividad producida por la Colaboración Cochrane, compuesta entre otras por las revisiones sistemáticas originales de esta organización.

Comité de ética: Toda comisión consultiva e interdisciplinar, al servicio de los profesionales y usuarios de una institución sanitaria, creada para analizar y asesorar en la resolución de los posibles conflictos éticos que se producen a consecuencia de la labor asistencial, y cuyo objetivo es mejorar la calidad de dicha asistencia sanitaria.

Ensayo clínico aleatorizado: Es un diseño de estudio en el que los sujetos son aleatoriamente asignados a dos grupos: uno (grupo experimental) recibe el tratamiento que se está probando y el otro (grupo de comparación o control) recibe un tratamiento estándar (o a veces un placebo). Los dos grupos son seguidos para observar cualquier diferencia en los resultados. Así se evalúa la eficacia del tratamiento.

Estudio de cohortes: Consiste en el seguimiento de una o más cohortes de individuos que presenta diferentes grados de exposición a un factor de riesgo, en quienes se mide la aparición de la enfermedad o condición en estudio.

Estudio de casos-control: Estudio que identifica a personas con una enfermedad (casos), por ejemplo cáncer de pulmón, y los compara con un grupo sin la enfermedad (control) La relación entre uno o varios factores (por ejemplo el tabaco) relacionados con la enfermedad se examina comparando la frecuencia de exposición a éste u otros factores entre los casos y los controles.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Estudio Transversal-Descriptivo: Es aquél que describe la frecuencia de un evento o de una exposición en un momento determinado (medición única). Permite examinar la relación entre un factor de riesgo (o exposición) y un efecto (o resultado) en una población definida y en un momento determinado (un corte). Llamados también estudios de prevalencia.

Eutanasia: El acto que tiene por objeto terminar deliberadamente con la vida de un paciente con enfermedad terminal o irreversible, que padece sufrimientos que él vive como intolerables, y a petición expresa de éste.

Eutanasia activa, positiva u occisiva: Son acciones encaminadas a producir deliberadamente la muerte de un paciente que sufre de manera intolerable.

Eutanasia pasiva, negativa o lenitiva: Consiste en la omisión o suspensión de actitudes terapéuticas que prolonguen la vida de un paciente que se encuentra en situación de enfermedad terminal o irreversible. Es lo que hoy se denomina limitación del esfuerzo terapéutico.

Embase: Base de datos europea (holandesa) producida por Excerpta Médica con contenido de medicina clínica y farmacología.

Especificidad: Es la proporción (o porcentaje) de personas realmente sanas que tienen un resultado del test negativo. Es decir, la proporción de verdaderos negativos.

Futilidad: Característica atribuida a un tratamiento médico que se considera inútil porque su objetivo para proveer un beneficio al paciente tiene altas probabilidades de fracasar y porque sus raras excepciones se valoran como azarosas y, por tanto, no pueden considerarse como argumento para tomar una decisión clínica. Se ha considerado que esta definición atiende a dos aspectos: uno, las altas probabilidades de fracasar (cuantitativo); otro, el beneficio del paciente (cualitativo). Otra definición: aquel tratamiento que no satisface las expectativas puestas en él o que simplemente resulta ineficaz.

Grupo focal: Es una técnica conversacional para la obtención de información en la investigación cualitativa, y como tal responde a los criterios de muestreo intencionado, flexibilidad y circularidad propios de dicha metodología. Consiste en una entrevista grupal en la que los participantes —entre 5 y 10— exponen y discuten sus valoraciones en torno a un tema propuesto por el investigador-moderador. El guión es abierto o semiestructurado y lo tratado en el grupo se graba y se transcribe para su posterior análisis.

Heterogeneidad: Ver «Homogeneidad».

Homogeneidad: Significa «similaridad». Se dice que dos o más estudios son homogéneos si sus resultados no varían entre sí más de lo que puede esperarse por azar. Lo opuesto a homogeneidad es heterogeneidad.

Intervalo de confianza: Es el intervalo dentro del que se encuentra la verdadera magnitud del efecto (nunca conocida exactamente) con un grado prefijado de seguridad o confianza. A menudo se habla de «intervalo de confianza al 95%» (o «límites de confianza al 95%»). Quiere decir que dentro de ese intervalo se encontraría el verdadero valor en el 95% los casos.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Investigación cualitativa: Es una metodología que comprende una pluralidad de corrientes teóricas, métodos y técnicas, y se caracteriza básicamente por estudiar los fenómenos en su contexto natural, intentando encontrar el sentido o la interpretación de los mismos a partir de los significados que las personas les conceden. Para ello se sirve de los materiales empíricos (entrevistas, observaciones, textos, etc.) que mejor puedan describir las situaciones tanto rutinarias como problemáticas, y lo que significan en las vidas de los individuos.

Limitación del esfuerzo terapéutico: La decisión de restringir o cancelar algún tipo de medidas cuando se percibe una desproporción entre los fines y los medios terapéuticos, con el objeto de no caer en la obstinación terapéutica.

Medline: Base de datos predominantemente clínica producida por la National Library of Medicine de EEUU disponible en CD-Rom e Internet (PubMed).

Metaanálisis: Es una técnica estadística que permite integrar los resultados de diferentes estudios (estudios de test diagnósticos, ensayos clínicos, estudios de cohortes, etc.) en un único estimador, dando más peso a los resultados de los estudios más grandes.

NICE: Forma parte del NHS («National Health Service» de Inglaterra). Su papel es proveer a médicos, pacientes y al público en general de la mejor evidencia disponible, fundamentalmente en forma de guías clínicas.

NNT/NNH: Es una medida de la eficacia de un tratamiento: el número de personas que se necesitaría tratar (NNT) con un tratamiento específico para producir, o evitar, un evento adicional. Del mismo modo se define el número necesario para perjudicar o «number needed to harm» (NNH) para evaluar efectos indeseables.

Odds Ratio (OR): Es una medida de la eficacia de un tratamiento. Si es igual a 1, el efecto del tratamiento no es distinto del efecto del control. Si el OR es mayor (o menor) que 1, el efecto del tratamiento es mayor (o menor) que el del control. Nótese que el efecto que se está midiendo puede ser adverso (p.e. muerte, discapacidad) o deseable (p. e. dejar de fumar).

Proporcionalidad (criterio de): Es el análisis entre los efectos positivos del tratamiento o de los métodos de diagnóstico y los negativos —como las cargas que pueden suponer los efectos secundarios o el dolor que se pueda generar—. Es un criterio de buena práctica clínica que le corresponde hacer al profesional. A través del criterio de proporcionalidad se sabrá si el tratamiento médico o quirúrgico propuesto origina mayor beneficio al enfermo.

Regla de Predicción Clínica: Es una herramienta clínica que cuantifica la contribución individual de varios componentes de la historia clínica, exploración física y resultados de laboratorio u otras variables sobre el diagnóstico, el pronóstico o la respuesta más probable a un tratamiento en un paciente concreto.

Revisión sistemática (RS): Es una revisión en la que la evidencia sobre un tema ha sido sistemáticamente identificada, evaluada y resumida de acuerdo a unos criterios predeterminados. Puede incluir o no el metaanálisis.

Riesgo Relativo (RR): El cociente entre la tasa de eventos en el grupo tratamiento y control. Su valor sigue la misma interpretación que la OR.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

SIGN: Agencia escocesa mutidisciplinaria que elabora guías de práctica clínica basadas en la evidencia, así como documentos metodológicos sobre el diseño de las mismas.

Sufrimiento: Es un complejo estado afectivo y cognitivo negativo, caracterizado por la sensación que tiene el individuo de sentirse amenazado en su integridad, por el sentimiento de impotencia para hacer frente a dicha amenaza y por el agotamiento de los recursos personales y psicosociales que le permitirían afrontarla.

Los términos relacionados con aspectos metodológicos se basan en el glosario de CASPe (programa de habilidades en lectura crítica en España), en http://www.redcaspe.org/homecasp.asp.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Abreviaturas

ADT	Antidepresivos tricíclicos
AECC	Asociación Española contra el Cáncer
AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
AINE	Antiinflamatorios no esteroideos
AP	Atención primaria
BPI	Brief Pain Inventory
BZD	Benzodiazepinas
CAM	Confussion Assessment Method
CAM-ICU	Confussion Assessment Method for the Intensive Care Unit
CBD	Cuestionario Breve del Dolor
CDS	Cancer Dypsnea Scale
CEA	Comité de ética asistencial
CM	Compresión medular
CMM	Compresión medular maligna
CP	Cuidados paliativos
CRQ-D	Chronic Respiratory Questionnaire Dypsnea Subscale
SGRQ	Sant George's Respiratory Questionnaire
DP	Directrices previas
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ECA	Ensayo clínico aleatorizado
EGG	Electrocardiograma
EORTC QLQ-C15-PAL	European Organisation for Research and Treatment of Cancer questionnaire for cancer patients in palliative care
EPOC	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
ESAD	Equipos de soporte de atención domiciliaria
ESAS	Edmonton Symptom Assessment System
Escala ADL	Activities of Daily Living
Escala CARING	Cancer, Admissions, Residence in a nursing home, Intensive care unit, Noncancer hospice Guidelines
Escala ECOG	Eastern Cooperative Oncology Group
Escala FAST	Functional Assessment Staging
Escala MSAS	Memorial Symptom Assessment Scale
Escala PACSLAC	Pain Assessment Checklist for Senior with Limited Ability to Communicate.
EVA	Escala visual analógica
FEV	Volumen espiratorio forzado
FFV	Fase final de la vida
GI	Gastrointestinal
GPC	Guía de práctica clínica

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
IASP	International Association for the Study of Pain
ICC	Insuficiencia cardiaca congestiva
ICSI	Institute for Clinical Systems Improvement
IECA	Inhibidor del enzima conversor de la angiotensina
IM	Intramuscular
IMC	Índice de masa corporal
INR	International Normalised Ratio
IP	Instrucciones previas
ISR N	Inhibidores de la recaptación de serotonina noradrenalina
ISRS	Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina
IV	Intravenoso
MANE	Morrow Assessment of Nausea and Emesis
MDAS	Memorial Delirium Assessment Tool
MELD	Model for End Liver Disease
NHPCO	US National Hospice Palliative Care Organization
NRS	Numeric Rating Scale.
NYHA	New York Heart Association
OIM	Obstrucción intestinal maligna
OMS	Organización Mundial de la Salud
OVCS	Obstrucción de la vena cava superior
PADES	Programa de atención domiciliaria y equipos de soporte
PaP Score	Palliative Prognostic Score
PMA	Prótesis metálicas autoexpandibles
PPI	Palliative Prognostic Index
RCOPE	Brief Measure of Religious Coping
RCP	Respiratory compensation point
RMN	Resonancia magnética nuclear
RS	Revisión sistemática
SBI	System of Belief Inventory
SC	Subcutáneo
SCS	Síndrome de compresión medular
SDS	Symptom Distress Scale
SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
SIGN	Scottish Intercollegiate Guidelines Network
SNC	Sistema nervioso central
TAC	Tomografía axial computarizada
TIPS	Transjugular intrahepatic portosystemic shunt
UCI	Unidad de cuidados intensivos
UPP	Úlceras por presión
VA	Voluntades anticipadas

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Anexo 9. Declaración de intereses

Mila Arrieta, Laura Balagué, Eduardo Clavé, Larraitz Egaña, Arritxu Etxeberria, Jesús García, Juan Luis Merino, Manuel Millet, Rafael Rotaeche y Juan José Sagarzazu han declarado ausencia de conflictos de interés. Ana Bañuelos ha recibido apoyo de la industria farmacéutica para acudir a congresos. José María Salán ha recibido apoyo de los laboratorios Aventis y Mundipharma para acudir a congresos.

Alberto Alonso, Elena Altuna, Antxon Apezetxea, Clavelina Arce, Maria José Arrizabalaga, Wilson Astudillo, Miguel Ángel Berdún, Jaime Boceta, María Ángeles Campo, Esther Espínola, Marcos Gómez, Montserrat Gómez, Manuel González, Emilio Herrera, Josune Iribar, Guillermo López, Maite Olaizola, Begoña Ortega, Javier Rocafort, María José Valderrama y Francisco José Vinuesa han declarado ausencia de conflictos de interés. Javier Barbero ha recibido apoyo de la industria farmacéutica para asistir al Congreso AEHH y ha recibido honorarios como ponente en diversos cursos y congresos. Carlos Centeno ha recibido honorarios de NORGINE y Mundipharma por su participación como ponente en un congreso, honorarios de Cephalon por su participación como consultor y ayuda económica de Mundipharma para la financiación de una investigación. Tomás Muñoz ha recibido honorarios de GSK por su participación como ponente. Juan Manuel Núñez ha recibido financiación por parte de Mundipharma para el Congreso de dolor Asia y el Congreso SECPAL, así como honorarios por su participación como ponente en los mismos. Angela Palao ha recibido honorarios de Pfizer por su participación como ponente y ha recibido apoyo de Pfizer, Almirall, Astra Zeneca, Glaxo SB y Lundbeck para asistir a congresos y jornadas. Beatriz Rodriguez ha recibido financiación de la industria farmacéutica para asistir a congresos, así como ayuda económica por parte de la Fundación Lundbeck para la financiación de una investigación y de varias casas farmacéuticas para la organización de Jornadas sobre Psicoterapia.

Jose Manuel Agud, Xavier Gómez-Batiste, Socorro Lizarraga y Jaime Sanz no han cumplimentado la declaración sobre conflictos de interés.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Bibliografía

1. Estrategia en Cuidados Paliativos. Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
2. Higginson IJ. Evidence based palliative care. There is some evidence-and there needs to be more. BMJ. 1999;319(7208):462-3.
3. Villard ML, Carlin N, Laval G, Schaerer R. [Patients hospitalized in advanced or terminal phase of a serious life-threatening disease]. Presse Med. 2003;32(5):203-11.
4. Salomon L, Belouet C, Vinant-Binam P, Sicard D, Vidal-Trecan G. A terminal care support team in a Paris university hospital: care providers' views. J Palliat Care. 2001;17(2):109-16.
5. Callahan D. Death and the Research Imperative. N Engl J Med. 2000;342(9):654-6.
6. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE n.º 128, p. 20567-88 (29 mayo, 2003). ed. 2002.
7. Grupo de trabajo de Tratamientos del Programa Regional de Cuidados Paliativos del Servicio Extremeño de Salud. Sedación en Cuidados Paliativos. Consejería de Sanidad y Consumo. Junta de Extremadura; 2004.
8. Grupo de trabajo de Tratamientos del Programa Regional de Cuidados Paliativos del Servicio Extremeño de Salud. Seguimiento del duelo en cuidados paliativos. Consejería de Sanidad y Consumo. Junta de Extremadura; 2004.
9. Pascual A, Subirana M. Guia de pràctica clínica per a látenció pal.liativa al malat en fase terminala l´hospital de la Santa creu i Sant Pau. Barcelona; 2005.
10. Guidelines for a Palliative Approach in Residential Aged care. Canberra: The National Palliative Care Program. National Health and Medical Research Council; 2006.
11. Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Heath Care Guideline: Palliative Care. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); 2007.
12. Improving Supportive and Palliative Care for Adults with Cancer. London: National Institute for Clinical Evidence; 2004.
13. World Health Organization. WHO definition of palliative care. Disponible en: http://www who int/cancer/palliative/definition/en/ [Acceso marzo 2007].
14. Jocham HR, Dassen T, Widdershoven G, Halfens R. Quality of life in palliative care cancer patients: a literature review. J Clin Nurs. 2006;15(9):1188-95.
15. Gill TM, Feinstein AR. A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. JAMA. 1994;272(8):619-26.
16. Agra Y, Badia X. Evaluación de las propiedades psicométricas de la versión española del Rotterdam Symptom Checklist para medir calidad de vida en personas con cáncer. Rev Esp Salud Publica. 1999;73(1):35-44.
17. Serra-Prat M, Nabal M, Santacruz V, Picaza JM, Trelis J. Traducción, adaptación y validación de la Palliative Care Outcome Scale al español. Med Clin (Barc). 2004;123(11):406-12.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

18. Groenvold M, Petersen MA, Aaronson NK, Arraras JI, Blazeby JM, Bottomley A, et al. The development of the EORTC QLQ-C15-PAL: a shortened questionnaire for cancer patients in palliative care. Eur J Cancer. 2006;42(1):55-64.

19. Cherby N. The challenge of palliative medicine. In: Doyle D, Hanks G, Chreney N, Calman K, editors. Oxford Textbook of Palliative Medicine. Third ed. Oxford: Oxford University Press; 2004.

20. Chapman CR, Gavrin J. Suffering and its relationship to pain. J Palliat Care. 1993;9(2):5-13.

21. Bayés R. Una estrategia para la detección del sufrimiento en la práctica clínica. Revista de la Sociedad Española del Dolor. 2000;(7):70-4.

22. Barbero J. Sufrimiento, cuidados paliativos y responsabilidad moral. In: Couceiro A, editor. Ética en Cuidados Paliativos.Madrid: Editorial Triacastela; 2004. p. 426-7.

23. Couceiro A. Las voluntades anticipadas en España: contenido, límites y aplicaciones clínicas. Revista Española de Calidad Asistencial. 2007;22(4):213-22.

24. Babarro 44. ¿Deben contar los programas de cuidados paliativos con equipos de soporte en atención primaria? Ate Primaria. 2006;38(6):323-4.

25. Finlay IG, Higginson IJ, Goodwin DM, Cook AM, Edwards AGK, Hood K, et al. Palliative care in hospital, hospice, at home: Results from a systematic review. Annals of Oncology. 2002;13(SUPPL. 4):257-64.

26. Higginson IJ, Finlay I, Goodwin DM, Cook AM, Hood K, Edwards AGK, et al. Do hospital-based palliative teams improve care for patients or families at the end of life? Journal of Pain & Symptom Management. 2002;23(2):96-106.

27. Smeenk FW, van Haastregt JC, de Witte LP, Crebolder HF. Effectiveness of home care programmes for patients with incurable cancer on their quality of life and time spent in hospital: systematic review. BMJ. 1998;316(7149):1939-44.

28. Higginson IJ, Finlay IG, Goodwin DM, Hood K, Edwards AGK, Cook A, et al. Is there evidence that palliative care teams alter end-of-life experiences of patients and their caregivers? Journal of Pain & Symptom Management. 2003;25(2):150-68.

29. Rocafort GJ, Herrera ME, Fernandez BF, Grajera Paredes Maria ME, Redondo Moralo MJ, Diaz DF, et al. Equipos de soporte de cuidados paliativos y dedicación de los equipos de atención primaria a pacientes en situación terminal en sus domicilios. Aten Primaria. 2006;38(6):316-23.

30. Herrera E, Rocafort J, Cuervo Pinna MA, Redondo Moralo MJ. Primer nivel asistencial en cuidados paliativos: evolución del contenido de la cartera de servicios de atención primaria y criterios de derivación al nivel de soporte. Aten Primaria. 2006;38 Suppl 2:85-92.

31. Glare P, Christakis N. Predicting survival in patients with advanced disease. In: Doyle D, Hanks G, Chreney N, Calman K, editors. Oxford Textbook of Palliative Medicine. Third ed. Oxford: Oxford University Press; 2004.

32. Maltoni M, Caraceni A, Brunelli C, Broeckaert B, Christakis N, Eychmueller S, et al. Prognostic Factors in Advanced Cancer Patients: Evidence-Based Clinical Recommendations--A Study by the Steering Committee of the European Association for Palliative Care. J Clin Oncol. 2005;23(25):6240-8.

33. Glare P, Virik K, Jones M, Hudson M, Eychmuller S, Simes J, et al. A systematic review of physicians' survival predictions in terminally ill cancer patients. BMJ. 2003;327(7408):195.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

34. Vigano A, Dorgan M, Buckingham J, Bruera E, Suarez-Almazor ME. Survival prediction in terminal cancer patients: A systematic review of the medical literature. Palliative Medicine. 2000;14(5):363-74.

35. Maltoni M, Nanni O, Pirovano M, Scarpi E, Indelli M, Martini C, et al. Successful Validation of the Palliative Prognostic Score in Terminally Ill Cancer Patients. Journal of Pain and Symptom Management. 1999;17(4):240-7.

36. Pirovano M, Maltoni M, Nanni O, Marinari M, Indelli M, Zaninetta G, et al. A new palliative prognostic score: a first step for the staging of terminally ill cancer patients. Italian Multicenter and Study Group on Palliative Care. J Pain Symptom Manage. 1999;17(4):231-9.

37. Morita T, Tsunoda J, Inoue S, Chihara S. The Palliative Prognostic Index: a scoring system for survival prediction of terminally ill cancer patients. Support Care Cancer. 1999;7(3):128-33.

38. Coventry PA, Grande GE, Richards DA, Todd CJ. Prediction of appropriate timing of palliative care for older adults with non-malignant life-threatening disease: A systematic review. Age & Ageing. 2005;34(3):218-27.

39. Walter LC, Brand RJ, Counsell SR, Palmer RM, Landefeld CS, Fortinsky RH, et al. Development and Validation of a Prognostic Index for 1-Year Mortality in Older Adults After Hospitalization. JAMA. 2001;285(23):2987-94.

40. Katz S, Ford A, Moskowitz RW, Jackson B, Jaffe M. Studies of illness in the aged. the index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. JAMA. 1963;185:914-9.

41. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: Development and validation. Journal of Chronic Diseases. 1987;40(5):373-83.

42. Fischer SM, Gozansky WS, Sauaia A, Min SJ, Kutner JS, Kramer A. A practical tool to identify patients who may benefit from a palliative approach: the CARING criteria. J Pain Symptom Manage. 2006;31(4)285-92.

43. Knaus WA, Harrell FE, Lynn J, Goldman L, Phillips RS, Connors AF, et al. The SUPPORT Prognostic Model: Objective Estimates of Survival for Seriously Ill Hospitalized Adults. Ann Intern Med. 1995;122(3):191-203.

44. Stuart B, Alexander C, Arenella C. Medical guidelines for determining prognosis in selected non-cancer diseases, 2nd edition. Arlington,VA: National Hospice Organization; 1996.

45. Celli BR, Cote CG, Marin JM, Casanova C, Montes de Oca M, Mendez RA, et al. The Body-Mass Index, Airflow Obstruction, Dyspnea, and Exercise Capacity Index in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. N Engl J Med. 2004;350(10):1005-12.

46. Levy WC, Mozaffarian D, Linker DT, Sutradhar SC, Anker SD, Cropp AB, et al. The Seattle Heart Failure Model: Prediction of Survival in Heart Failure. Circulation. 2006;113(11):1424-33.

47. Kamath PS, Wiesner RH, Malinchoc M, Kremers W, Therneau TM, Kosberg CL, et al. A model to predict survival in patients with end-stage liver disease. Hepatology. 2001;33(2):464-70.

48. Glare PA, Eychmueller S, McMahon P. Diagnostic Accuracy of the Palliative Prognostic Score in Hospitalized Patients With Advanced Cancer. J Clin Oncol. 2004;22(23):4823-8.

49. Parker SM, Clayton JM, Hancock K, Walder S, Butow PN, Carrick S, et al. A Systematic Review of Prognostic/End-of-Life Communication with Adults in the Advanced Stages of a Life-Limiting Illness: Patient/Caregiver Preferences for the Content, Style, and Timing of Information. Journal of Pain and Symptom Management. 2007;34(1):81-93.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

50. Fainsinger RL, Nunez-Olarte JM, Demoissac DM. The cultural differences in perceived value of disclosure and cognition: Spain and Canada. J Palliat Care. 2003;19(1):43-8.

51. Fellowes D, Wilkinson S, Moore P. Communication skills training for health care professionals working with cancer patients, their families and/or carers. Cochrane Database Syst Rev. 2004;(2):CD003751.

52. Kirk P, Kirk I, Kristjanson LJ. What do patients receiving palliative care for cancer and their families want to be told? A Canadian and Australian qualitative study. BMJ. 2004;328(7452):1343.

53. McPherson CJ, Higginson IJ, Hearn J. Effective methods of giving information in cancer: a systematic literature review of randomized controlled trials. J Public Health Med. 2001;23(3):227-34.

54. Bruera E, Neumann CM, Mazzocato C, Stiefel F, Sala R. Attitudes and beliefs of palliative care physicians regarding communication with terminally ill cancer patients. Palliat Med. 2000;14(4):287-98.

55. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. CMAJ. 1995;152(9):1423-33.

56. Mills ME, Sullivan K. The importance of information giving for patients newly diagnosed with cancer: a review of the literature. J Clin Nurs. 1999;8(6):631-42.

57. Fallowfield L. Communication with the patient and family in palliative medicine. In: Doyle D, Hanks G, Chreney N, Calman K, editors. Oxford Textbook of Palliative Medicine. Third ed. Oxford: Oxford University Press; 2004.

58. Fallowfield LJ, Hall A, Maguire GP, Baum M. Psychological outcomes of different treatment policies in women with early breast cancer outside a clinical trial. BMJ. 1990;301(6752):575-80.

59. Buckman R. Breaking bad news: why is it still so difficult? Br Med J (Clin Res Ed). 1984;288(6430):1597-9.

60. Bugge E, Higginson IJ. Palliative care and the need for education - Do we know what makes a difference? A limited systematic review. Health Education Journal. 2006;65(2):101-25.

61. Lizarraga MS, Ayarra EM, Cabodevilla E, I. La comunicación como piedra angular de la atención al paciente oncológico avanzado. Bases para mejorar nuestras habilidades. Aten Primaria. 2006;38 Suppl 2:7-13.

62. VandeKieft GK. Breaking bad news. Am Fam Physician. 2001;64(12):1975-8.

63. Rabow MW, McPhee SJ. Beyond breaking bad news: how to help patients who suffer. West J Med. 1999;171(4):260-3.

64. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. Oncologist. 2000;5(4):302-11.

65. Back AL, Arnold RM, Baile WF, Fryer-Edwards KA, Alexander SC, Barley GE, et al. Efficacy of communication skills training for giving bad news and discussing transitions to palliative care. Arch Intern Med. 2007;167(5):453-60.

66. Delvaux N, Merckaert I, Marchal S, Libert Y, Conradt S, Boniver J, et al. Physicians' communication with a cancer patient and a relative: a randomized study assessing the efficacy of consolidation workshops. Cancer. 2005;103(11):2397-411.

67. Razavi D, Merckaert I, Marchal S, Libert Y, Conradt S, Boniver J, et al. How to optimize physicians' communication skills in cancer care: results of a randomized study assessing the usefulness of posttraining consolidation workshops. J Clin Oncol. 2003;21(16):3141-9.

Han transcurrido más de 3 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

68. Barbero J. El derecho del paciente a la información: el arte de comunicar. Anales del Sistema Sanitario de Navarra Suplementos. 2006;29(Supl.3):19-27.

69. Alonso BA. Atención a la familia. Aten Primaria. 2006;38 Suppl 2:14-20.

70. Centeno CC, Nuñez Olarte JM. Estudios sobre la comunicación del diagnóstico de cáncer en España. Med Clin (Barc). 1998;110(19):744-50.

71. Astudillo W, Clavé E, Urdaneta E. Necesidades psicosociales en la terminalidad. 1ª edición. En: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos, editor. San Sebastián: 2001.

72. Couceiro A. El enfermo terminal y las decisiones en torno al final de la vida. In: Couceiro A, editor. Ética en Cuidados Paliativos.Madrid: Editorial Triacastela; 2004. p. 426-7.

73. Medical futility in end-of-life care: report of the Council on Ethical and Judicial Affairs. JAMA. 1999;281(10):937-41.

74. Arce Garcia MC. Problemas éticos en cuidados paliativos. Aten Primaria. 2006;38 Suppl 2:79-84.

75. Lorda S. El consentimiento informado: alianza y contrato, deliberación y decisión. In: Couceiro A, editor. Ética en Cuidados Paliativos. Madrid: Editorial Triacastela; 2004. p. 426-7.

76. Fried TR, O'leary J, Van NP, Fraenkel L. Inconsistency over time in the preferences of older persons with advanced illness for life-sustaining treatment. J Am Geriatr Soc. 2007;55(7):1007-14.

77. Shalowitz DI, Garrett-Mayer E, Wendler D. The accuracy of surrogate decision makers: a systematic review. Arch Intern Med. 2006;166(5):493-7.

78. Bruera E, Sweeney C, Calder K, Palmer L, isch-Tolley S. Patient preferences versus physician perceptions of treatment decisions in cancer care. J Clin Oncol. 2001;19(11):2883-5.

79. Solano JP, Gomes B, Higginson IJ. A comparison of symptom prevalence in far advanced cancer, AIDS, heart disease, chronic obstructive pulmonary disease and renal disease. J Pain Symptom Manage. 2006;31(1):58-69.

80. Verger E, Conill C, Pedro A, Chicote S, Salamero M, de AP, et al. Cuidados paliativos en pacientes oncológicos. Frecuencia y prioridad de síntomas. Med Clin (Barc). 1992;99(15):565-7.

81. Kirkova J, Davis MP, Walsh D, Tiernan E, O'leary N, LeGrand SB, et al. Cancer symptom assessment instruments: a systematic review. J Clin Oncol. 2006;24(9):1459-73.

82. Bruera E, Kuehn N, Miller MJ, Selmser P, Macmillan K. The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. J Palliat Care. 1991;7(2):6-9.

83. Carvajal A, Centeno C, Urdiroz J, Martínez M, Noguera A, Portela MA. Cross Cultural Adaptation of the Spanish Version of the Edmonton Symptom Assessment (ESAS). European Journal of Palliative Care 2007, 10th Congress of the European Association for Palliative Care, Budapest (Book of Abstract, Poster abstracts):

84. Hanks G, Robers C, Davoes A. Principles of drug use in palliative medicine. In: Doyle D, Hanks G, Chreney N, Calman K, editors. Oxford Textbook of Palliative Medicine. Third ed. Oxford: Oxford University Press; 2004.

85. Fonzo-Christe C, Vukasovic C, Wasilewski-Rasca AF, Bonnabry P. Subcutaneous administration of drugs in the elderly: survey of practice and systematic literature review. Palliat Med. 2005;19(3):208-19.

86. Vervest AC, Schimmel GH. Taxonomy of pain of the IASP. Pain. 1988;34(3):318-21.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

87. Breitbart W, Payne D, Passik SD. Psychological and psychiatric interventions in pain control. In: Doyle D, Hanks G, Chreney N, Calman K, editors. Oxford Textbook of Palliative Medicine. Third ed. Oxford: Oxford University Press; 2004.

88. Control of pain in patients with cancer. Draft Guideline. Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN); 2007.

89. Carr DB, Goudas LC, Balk EM, Bloch R, Ioannidis JP, Lau J. Evidence report on the treatment of pain in cancer patients. J Natl Cancer Inst Monogr. 2004;(32):23-31.

90. Caraceni A, Cherny N, Fainsinger R, Kaasa S, Poulain P, Radbruch L, et al. Pain measurement tools and methods in clinical research in palliative care: recommendations of an Expert Working Group of the European Association of Palliative Care. J Pain Symptom Manage. 2002;23(3):239-55.

91. Zwakhalen SM, Hamers JP, bu-Saad HH, Berger MP. Pain in elderly people with severe dementia: a systematic review of behavioural pain assessment tools. BMC Geriatr. 2006;6:3.

92. McNicol E, Strassels SA, Goudas L, Lau J, Carr DB. NSAIDS or paracetamol, alone or combined with opioids, for cancer pain. Cochrane Database Syst Rev. 2005;(1):CD005180.

93. Nicholson AB. Methadone for cancer pain. Cochrane Database Syst Rev. 2004;(2): CD003971.

94. Wiffen PJ, Edwards JE, Barden J, McQuay HJ. Oral morphine for cancer pain. Cochrane Database Syst Rev. 2003;(4):CD003868.

95. Jadad AR, Browman GP. The WHO analgesic ladder for cancer pain management. Stepping up the quality of its evaluation. JAMA. 1995;274(23):1870-3.

96. Azevedo Sao Leao FK, Kimura M, Jacobsen TM. The WHO analgesic ladder for cancer pain control, twenty years of use. How much pain relief does one get from using it? Support Care Cancer. 2006;14(11):1086-93.

97. Miguel R. Interventional treatmente of cancer Pain:The Fourth Step in the World Health Organization Analgesic Ladder? Cancer Control. 2000;7(2):149-56.

98. Williams JE, Louw G, Towlerton G. Intrathecal pumps for giving opioids in chronic pain: a systematic review. Health Technol Assess. 2000;4(32):iii-65.

99. Smith TJ, Staats PS, Deer T, Stearns LJ, Rauck RL, Boortz-Marx RL, et al. Randomized clinical trial of an implantable drug delivery system compared with comprehensive medical management for refractory cancer pain: impact on pain, drug-related toxicity, and survival. J Clin Oncol. 2002;20(19):4040-9.

100. Stearns L, Boortz-Marx R, Du PS, Friehs G, Gordon M, Halyard M, et al. Intrathecal drug delivery for the management of cancer pain: a multidisciplinary consensus of best clinical practices. J Support Oncol. 2005;3(6):399-408.

101. Leppert W, Luczak J. The role of tramadol in cancer pain treatment--a review. Support Care Cancer. 2005;13(1):5-17.

102. Reid CM, Martin RM, Sterne JAC, Davies AN, Hanks GW. Oxycodone for cancer-related pain: Meta-analysis of randomized controlled trials. Archives of Internal Medicine. 2006;166(8):837-43.

103. Moore RA, McQuay HJ. Prevalence of opioid adverse events in chronic non-malignant pain: systematic review of randomised trials of oral opioids. Arthritis Res Ther. 2005;7(5):R1046-R1051.

Han transcurrido más de 4 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

104. McNicol E, Horowicz-Mehler N, Fisk RA, Bennett K, Gialeli-Goudas M, Chew PW, et al. Management of opioid side effects in cancer-related and chronic noncancer pain: a systematic review. J Pain. 2003;4(5):231-56.

105. Cherny N, Ripamonti C, Pereira J, Davis C, Fallon M, McQuay H, et al. Strategies to manage the adverse effects of oral morphine: an evidence-based report. J Clin Oncol. 2001;19(9):2542-54.

106. Quigley C. Opioid switching to improve pain relief and drug tolerability. Cochrane Database Syst Rev. 2004;CD004847.

107. Mercadante S, Bruera E. Opioid switching: a systematic and critical review. Cancer Treat Rev. 2006;32(4):304-15.

108. Allan L, Hays H, Jensen NH, de-Waroux BL, Bolt M, Donald R, et al. Randomised crossover trial of transdermal fentanyl and sustained release oral morphine for treating chronic non-cancer pain. BMJ. 2001;322:1154-8.

109. Ahmedzai S, Brooks D. Transdermal fentanyl versus sustained-release oral morphine in cancer pain: preference, efficacy, and quality of life. The TTS-Fentanyl Comparative Trial Group. Journal of pain and symptom management. 1997;13:254-61.

110. Lussier D, Portenoy RK. Adjuvant analgesics in pain management. In: Doyle D, Hanks G, Chreney N, Calman K, editors. Oxford Textbook of Palliative Medicine. Third ed. Oxford: Oxford University Press; 2004.

111. Mercadante SL, Berchovich M, Casuccio A, Fulfaro F, Mangione S. A prospective randomized study of corticosteroids as adjuvant drugs to opioids in advanced cancer patients. Am J Hosp Palliat Care. 2007;24(1):13-9.

112. Bell R, Eccleston C, Kalso E. Ketamine as an adjuvant to opioids for cancer pain. Cochrane Database Syst Rev. 2003;(1):CD003351.

113. Saarto T, Wiffen PJ. Antidepressants for neuropathic pain. Cochrane Database Syst Rev. 2005;(3):CD005454.

114. Lee H, Schmidt K, Ernst E. Acupuncture for the relief of cancer-related pain--a systematic review. Eur J Pain. 2005;9(4):437-44.

115. Martínez Pecino M, Sola I, Nishishinya M. Eficacia de la acupuntura en el dolor crónico y cuidados paliativos. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía; 2006.

116. Cepeda MS, Carr DB, Lau J, Alvarez H. Music for pain relief. Cochrane Database Syst Rev. 2006;(2):CD004843.

117. Fellowes D, Barnes K, Wilkinson S. Aromatherapy and massage for symptom relief in patients with cancer. Cochrane Database Syst Rev. 2004;(2):CD002287.

118. Jan CX, Morrison RS, Ness J, Fugh-Berman A, Leipzig RM. Complementary and alternative medicine in the management of pain, dyspnea, and nausea and vomiting near the end of life. A systematic review. J Pain Symptom Manage. 2000;20(5):374-87.

119. Lafferty WE, Downey L, McCarty RL, Standish LJ, Patrick DL. Evaluating CAM treatment at the end of life: a review of clinical trials for massage and meditation. Complement Ther Med. 2006;14(2):100-12.

120. Wareham D. Postherpetic neuralgia. Clin Evid. 2005;(14):1017-25.

121. Wiffen P, Collins S, McQuay H, Carroll D, Jadad A, Moore A. Anticonvulsant drugs for acute and chronic pain. Cochrane Database Syst Rev. 2005;(3):CD001133.

Han transcurridos más de 2 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

122. Wiffen PJ, McQuay HJ, Edwards JE, Moore RA. Gabapentin for acute and chronic pain. Cochrane Database Syst Rev. 2005;(3):CD005452.

123. Duhmke RM, Cornblath DD, Hollingshead JR. Tramadol for neuropathic pain. Cochrane Database Syst Rev. 2004;(2):CD003726.

124. Eisenberg E, McNicol E, Carr DB. Opioids for neuropathic pain. Cochrane Database Syst Rev. 2006;3:CD006146.

125. Wong Mc, Chung JWY, Wong TKS. Effects of treatments for symptoms of painful diabetic neuropathy: systematic review. BMJ. 2007;335(7610):87.

126. Mason L, Moore RA, Derry S, Edwards JE, McQuay HJ. Systematic review of topical capsaicin for the treatment of chronic pain. BMJ. 2004;328(7446):991.

127. Gilron I, Bailey JM, Tu D, Holden RR, Weaver DF, Houlden RL. Morphine, gabapentin, or their combination for neuropathic pain. N Engl J Med. 2005;352(13):1324-34.

128. Zeppetella G, Ribeiro MD. Opioids for the management of breakthrough (episodic) pain in cancer patients. Cochrane Database Syst Rev. 2006;(1):CD004311.

129. Coluzzi PH, Schwartzberg L, Conroy JD, Charapata S, Gay M, Busch MA, et al. Breakthrough cancer pain: a randomized trial comparing oral transmucosal fentanyl citrate (OTFC) and morphine sulfate immediate release (MSIR). Pain. 2001;91(1-2):123-30.

130. Martinez-Zapata MJ, Roque M, onso-Coello P, Catala E. Calcitonin for metastatic bone pain. Cochrane Database Syst Rev. 2006;3:CD003223.

131. Wong R, Wiffen PJ. Bisphosphonates for the relief of pain secondary to bone metastases. Cochrane Database Syst Rev. 2002;(2):CD002068.

132. Ross JR, Saunders Y, Edmonds PM, Patel S, Broadley KE, Johnston SRD. Systematic review of role of bisphosphonates on skeletal morbidity in metastatic cancer. BMJ. 2003;327(7413):469.

133. Yuen KK, Shelley M, Sze WM, Wilt T, Mason MD. Bisphosphonates for advanced prostate cancer. Cochrane Database Syst Rev. 2006;(4):CD006250.

134. Pavlakis N, Schmidt R, Stockler M. Bisphosphonates for breast cancer. Cochrane Database Syst Rev. 2005;(3):CD003474.

135. Rosen LS, Gordon DH, Dugan W, Jr., Major P, Eisenberg PD, Provencher L, et al. Zoledronic acid is superior to pamidronate for the treatment of bone metastases in breast carcinoma patients with at least one osteolytic lesion. Cancer. 2004;100(1):36-43.

136. McQuay HJ, Collins SL, Carroll D, Moore RA. Radiotherapy for the palliation of painful bone metastases. Cochrane Database Syst Rev. 2000;(2):CD001793.

137. Wai MS, Mike S, Ines H, Malcolm M. Palliation of metastatic bone pain: single fraction versus multifraction radiotherapy - a systematic review of the randomised trials. Cochrane Database Syst Rev. 2004;(2):CD004721.

138. Chow E, Harris K, Fan G, Tsao M, Sze WM. Palliative Radiotherapy Trials for Bone Metastases: A Systematic Review. J Clin Oncol. 2007;25(11):1423-36.

139. Roque M, Martinez MJ, Alonso P, Catala E, Garcia JL, Ferrandiz M. Radioisotopes for metastatic bone pain. Cochrane Database Syst Rev. 2003;(4):CD003347.

140. Finlay IG, Mason MD, Shelley M. Radioisotopes for the palliation of metastatic bone cancer: a systematic review. The Lancet Oncology. 2005;6(6):392-400.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

141. Sweeney C, Neuenschwnader H, Bruera E. Fatigue and asthenia. In: Doyle D, Hanks G, Chreney N, Calman K, editors. Oxford Textbook of Palliative Medicine. Third ed. Oxford: Oxford University Press; 2004.

142. Strasser F. Pathophysiology of the anorexia/caquexia syndrome. In: Doyle D, Hanks G, Chreney N, Calman K, editors. Oxford Textbook of Palliative Medicine. Third ed. Oxford: Oxford University Press; 2004.

143. Mock V. Evidence-based treatment for cancer-related fatigue. J Natl Cancer Inst Monogr. 2004;(32):112-8.

144. Bohlius J, Wilson J, Seidenfeld J, Piper M, Schwarzer G, Sandercock J, et al. Erythropoietin or darbepoetin for patients with cancer. Cochrane Database Syst Rev. 2006;3:CD003407.

145. Del Fabbro E, Dalal S, Bruera E. Symptom control in palliative care--Part II: cachexia/anorexia and fatigue. J Palliat Med. 2006;9(2):409-21.

146. Shragge JE, Wismer WV, Olson KL, Baracos VE. The management of anorexia by patients with advanced cancer: a critical review of the literature. Palliat Med. 2006;20(6):623-9.

147. Berenstein EG, Ortiz Z. Megestrol acetate for the treatment of anorexia-cachexia syndrome. Cochrane Database Syst Rev. 2005;(2):CD004310.

148. Yavuzsen T, Davis MP, Walsh D, LeGrand S, Lagman R. Systematic review of the treatment of cancer-associated anorexia and weight loss. J Clin Oncol. 2005;23(33):8500-11.

149. Brown JK. A systematic review of the evidence on symptom management of cancer-related anorexia and cachexia. Oncol Nurs Forum. 2002;29(3):517-32.

150. Bruera E, Valero V, Driver L, Shen L, Willey J, Zhang T, et al. Patient-controlled methylphenidate for cancer fatigue: a double-blind, randomized, placebo-controlled trial. J Clin Oncol. 2006;24(13):2073-8.

151. Fainsinger RL, Bruera E. When to treat dehydration in a terminally ill patient? Support Care Cancer. 1997;5(3):205-11.

152. Viola RA, Wells GA, Peterson J. The effects of fluid status and fluid therapy on the dying: a systematic review. J Palliat Care. 1997;13(4):41-52.

153. Burge FI. Dehydration and provision of fluids in palliative care. What is the evidence? Can Fam Physician. 1996;42:2383-8.

154. Dalal S, Bruera E. Dehydration in cancer patients: to treat or not to treat. J Support Oncol. 2004;2(6):467-79, 483.

155. Rochon PA, Gill SS, Litner J, Fischbach M, Goodison AJ, Gordon M. A systematic review of the evidence for hypodermoclysis to treat dehydration in older people. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 1997;52(3):M169-M176.

156. Turner T, Cassano AM. Subcutaneous dextrose for rehydration of elderly patients--an evidence-based review. BMC Geriatr. 2004;4:2.

157. Gallagher R. An approach to dyspnea in advanced disease. Can Fam Physician. 2003;49:1611-6.

158. Chan K, Sham M, Tse D, Thorsen A. Palliative medicine in malignant respiratory disease. In: Doyle D, Hanks G, Chreney N, Calman K, editors. Oxford Textbook of Palliative Medicine. Third ed. Oxford: Oxford University Press; 2004.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y esta puede requerir su actualización.

159. Congleton J, Muers MF. The incidence of airflow obstruction in bronchial carcinoma, its relation to breathlessness, and response to bronchodilator therapy. Respiratory Medicine. 1995;89(4):291-6.

160. Dorman S, Byrne A, Edwards A. Which measurement scales should we use to measure breathlessness in palliative care? A systematic review. Palliat Med. 2007;21(3):177-91.

161. Gallagher R, Roberts D. A systematic review of oxygen and airflow effect on relief of dyspnea at rest in patients with advanced disease of any cause. Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy. 2004;18(4):3-15.

162. Booth S, Wade R, Johnson M, Kite S, Swannick M, Anderson H. The use of oxygen in the palliation of breathlessness. A report of the expert working group of the Scientific Committee of the Association of Palliative Medicine. Respir Med 2004;98(1):66-77.

163. Jennings A-L, Davies AN, Higgins JPT, Gibbs JSR, Broadley KE. A systematic review of the use of opioids in the management of dyspnoea. Thorax. 2002;57(11):939-44.

164. Abernethy AP, Currow DC, Frith P, Fazekas BS, McHugh A, Bui C. Randomised, double blind, placebo controlled crossover trial of sustained release morphine for the management of refractory dyspnoea. BMJ. 2003;327(7414):523-8.

165. Viola R, Kiteley C, Lloyd N, Mackay JA, Wilson R, and the Supportive Care Guidelines Group. The Management of Dyspnea in Cancer Patients: A Clinical Practice Guideline. A Quality Initiative of the Program in Evidence-based Care (PEBC). Disponible en: www cancercare on ca/ [accedido en: septiembre 2007] 2007

166. Navigante AH, Cerchietti LCA, Castro MA, Lutteral MA, Cabalar ME. Midazolam as Adjunct Therapy to Morphine in the Alleviation of Severe Dyspnea Perception in Patients with Advanced Cancer. Journal of Pain and Symptom Management. 2006;31(1):38-47.

167. Eng D. Management guidelines for motor neurone disease patients on non-invasive ventilation at home. Palliat Med. 2006;20(2):69-79.

168. Watson MS, Lucas C.F, Hoy AM, Back IN. Respiratory symptoms. Oxford Handbook of Palliative Care. New York: Oxford University press; 2005. p. 295-307.

169. Homsi J, Walsh D, Nelson KA. Important drugs for cough in advanced cancer. Support Care Cancer. 2001;9(8):565-74.

170. Estfan B, LeGrand S. Management of cough in advanced cancer. J Support Oncol. 2004;2(6):523-7.

171. Lester JF, Macbeth FR, Toy E, Coles B. Palliative radiotherapy regimens for non-small cell lung cancer. Cochrane Database Syst Rev. 2006;(4):CD002143.

172. Kvale PA. Chronic cough due to lung tumors: ACCP evidence-based clinical practice guidelines. Chest. 2006;129(1 Suppl):147S-53S.

173. Ung YC, Yu E, Falkson C, Haynes AE, Stys-Norman D, Evans WK, et al. The role of high-dose-rate brachytherapy in the palliation of symptoms in patients with non-small-cell lung cancer: A systematic review. Brachytherapy. 2006;5(3):189-202.

174. Homsi J, Walsh D, Nelson KA, Sarhill N, Rybicki L, LeGrand SB, et al. A phase II study of hydrocodone for cough in advanced cancer. American Journal of Hospice and Palliative Medicine. 2002;19(1):49-56.

175. Luporini G, Barni S, Marchi E, Daffonchio L. Efficacy and safety of levodropropizine and dihydrocodeine on nonproductive cough in primary and metastatic lung cancer. Eur Respir J. 1998;12(1):97-101.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

176. Moroni M, Porta C, Gualtieri G, Nastasi G, Tinelli C. Inhaled sodium cromoglycate to treat cough in advanced lung cancer patients. British Journal of Cancer. 1996;74:309-11.

177. Braman SS. Chronic Cough Due to Chronic Bronchitis: ACCP Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. Chest. 2006;129(1_suppl):104S-115.

178. Drews RE. Superior vena cava syndrome. In: UpToDate RB, editor. UpToDate.Waltham,MA: UpToDate; 2007.

179. Rowell NP, Gleeson FV. Steroids, radiotherapy, chemotherapy and stents for superior vena caval obstruction in carcinoma of the bronchus. Cochrane Database Syst Rev. 2001;(4): CD001316.

180. Uberoi R. Quality assurance guidelines for superior vena cava stenting in malignant disease. Cardiovasc Intervent Radiol. 2006;29(3):319-22.

181. Wilson P, Bezjak A, Asch M, Barton R, Wong R, Levin W, et al. The difficulties of a randomized study in superior vena caval obstruction. J Thorac Oncol. 2007;2(6):514-9.

182. Centeno C, Sanz A, Bruera E. Delirium in advanced cancer patients. Palliat Med. 2004;18(3): 184-94.

183. American Psychiatric Association. American Psychiatric Association diagnostic and statistical manual of mentaldisorders 4 th edition (DSM-IV). Whasington DC: American Psychiatric Association; 2004.

184. Keeley PW. Delirium at the end of the life. In: BMJ Publishing Group, editor. Clinical evidence. London: 2007. p. 2405.

185. Centeno C, Vara F, Pérez P, Sanz A, Bruera E. Presentación clínica e identificación del delirium en el cáncer avanzado. Medicina Paliativa. 2003;10:24-35.

186. Casarett DJ, Inouye SK, for the American College of Physicians-American Society of Internal Medicine End-of-Life Care Consensus Panel*. Diagnosis and Management of Delirium near the End of Life. Ann Intern Med. 2001;135(1):32-40.

187. Inouye SK, van Dyck CH, Alessi CA, Balkin S, Siegal AP, Horwitz RI. Clarifying confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of delirium. Ann Intern Med. 1990;113(12):941-8.

188. National Guidelines for seniors' mental health.The assessment and treatment of delirium. Toronto: Canadian coalition for seniors' mental health; 2006.

189. Breitbart W, Chochinov HM, Passik SD. Psychiatric symptoms in palliative medicine. In: Doyle D, Hanks G, Chreney N, Calman K, editors. Oxford Textbook of Palliative Medicine. Third ed. Oxford: Oxford University Press; 2004.

190. Jackson KC, Lipman AG. Drug therapy for delirium in terminally ill patients. Cochrane Database Syst Rev. 2004;(2):CD004770.

191. Breitbart W, Strout D. Delirium in the terminally ill. Clin Geriatr Med. 2000;16(2):357-72.

192. Savard J, Morin CM. Insomnia in the Context of Cancer: A Review of a Neglected Problem. J Clin Oncol. 2001;19(3):895-908.

193. Santaeia MJ, Santulli RB. Sleep in palliative care. In: Doyle D, Hanks G, Chreney N, Calman K, editors. Oxford Textbook of Palliative Medicine. Third ed. Oxford: Oxford University Press; 2004.

Han transcurrido más de cinco años desde la publicación de esta Guía de práctica clínica y estamos valorando su actualización.

194. Smith MT, Perlis ML, Park A, Smith MS, Pennington J, Giles DE, et al. Comparative meta-analysis of pharmacotherapy and behavior therapy for persistent insomnia. Am J Psychiatry. 2002;159(1):5-11.

195. Morgan K, Dixon S, Mathers N, Thompson J, Tomeny M. Psychological treatment for insomnia in the regulation of long-term hypnotic drug use. Health Technol Assess. 2004;8(8):iii-68.

196. Hirst A, Sloan R. Benzodiazepines and related drugs for insomnia in palliative care. Cochrane Database Syst Rev. 2002;(4):CD003346.

197. Block SD. Assessing and managing depression in the terminally ill patient. ACP-ASIM End-of-Life Care Consensus Panel. American College of Physicians - American Society of Internal Medicine. Ann Intern Med. 2000;132(3):209-18.

198. Jackson KC, Lipman AG. Drug therapy for anxiety in palliative care. Cochrane Database Syst Rev. 2004;(1):CD004596.

199. Osborn RL, Demoncada AC, Feuerstein M. Psychosocial interventions for depression, anxiety, and quality of life in cancer survivors: meta-analyses. Int J Psychiatry Med. 2006;36(1):13-34.

200. Edwards AG, Hailey S, Maxwell M. Psychological interventions for women with metastatic breast cancer. Cochrane Database Syst Rev. 2004;(2):CD004253.

201. Chochinov HM, Holland JC. Handbook of psycho-oncolgy:Psycological care of the patient with cancer. In: JC Holland and JH Rowland, editor.New York: Oxford University Press; 1998.

202. de SE, Jepson BA. Midazolam in terminal care. Lancet. 1988;1(8575-6):67-8.

203. Carr DB, Goudas L, Lawrence D, et al. Management of cancer symptoms: pain, depression and fatigue. Evidence Report/technology Assessment Number 61.Prepared by the New England Medical Center Evidence-Based Practice Center under Contract No 290-97-0019). AHRQ Publication No. 02-E032. Rockville,MD:Agence for Healthcare Research and Quality; 2002.

204. Ford S, Fallowfield L, Lewis S. Can oncologists detect distress in their out-patients and how satisfied are they with their performance during bad news consultations? Br J Cancer. 1994;70(4):767-70.

205. Chochinov HM, Wilson KG, Enns M, Lander S. «Are you depressed?» Screening for depression in the terminally ill. Am J Psychiatry. 1997;154(5):674-6.

206. Chochinov HM, Wilson KG, Enns M, Mowchun N, Lander S, Levitt M, et al. Desire for death in the terminally ill. Am J Psychiatry. 1995;152(8):1185-91.

207. Rodin G, Lloyd N, Katz M, Green E, Mackay JA, Wong RK. The treatment of depression in cancer patients: a systematic review. Support Care Cancer. 2007;15(2):123-36.

208. Sood A, Barton DL, Loprinzi CL. Use of methylphenidate in patients with cancer. American Journal of Hospice and Palliative Medicine. 2006;23(1):35-40.

209. Wilson KG. Diagnosis and management of depression in Pallaitive care. In: Chochinov HM, Breitbart W, editors. Handbook of psychiatry in palliative medicine.New York: Oxford University Press; 2000. p. 25-44.

210. Hem E, Loge JH, Haldorsen T, Ekeberg O. Suicide risk in cancer patients from 1960 to 1999. J Clin Oncol. 2004;22(20):4209-16.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

211. Assessment, Evaluation, and Management of Suicidal Patients. Disponible en http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/supportivecare/depression/HealthProfessional/page5. PDQ® Cancer Information Summaries: Supportive Care. Depression (PDQ®). National Cancer Institute.; 2007.

212. De Conno F, Sbanotto A, Ripamonti C, Ventafrida V. Mouth care. In: Doyle D, Hanks G, Chreney N, Calman K, editors. Oxford Textbook of Palliative Medicine. Third ed. Oxford: Oxford University Press; 2004. p. 1117-33.

213. Worthington H, Clarkson J, Eden O. Interventions for preventing oral mucositis for patients with cancer receiving treatment. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2007;2.

214. Clarkson J, Worthington H, Eden O. Interventions for treating oral mucositis for patients with cancer receiving treatment. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2007;2, 2007.

215. Keefe DM, Schubert MM, Elting LS, Sonis ST, Epstein JB, Raber-Durlacher JE, et al. Updated clinical practice guidelines for the prevention and treatment of mucositis. Cancer. 2007;109(5):820-31.

216. Barasch A, Elad S, Altman A, Damato K, Epstein J. Antimicrobials, mucosal coating agents, anesthetics, analgesics, and nutritional supplements for alimentary tract mucositis. Support Care Cancer. 2006;14(6):528-32.

217. Peterson DE, Jones JB, Petit RG. Randomized, placebo-controlled trial of Saforis for prevention and treatment of oral mucositis in breast cancer patients receiving anthracycline-based chemotherapy. Cancer. 2007;109(2):322-31.

218. Rosen LS, Abdi E, Davis ID, Gutheil J, Schnell FM, Zalcberg J, et al. Palifermin reduces the incidence of oral mucositis in patients with metastatic colorectal cancer treated with fluorouracil-based chemotherapy. J Clin Oncol. 2006;24(33):5194-200.

219. Oneschuk D, Hanson J, Bruera E, Oneschuk D, Hanson J, Bruera E. A survey of mouth pain and dryness in patients with advanced cancer.[see comment]. Supportive Care in Cancer. 2000;8(5):372-6.

220. Dirix P, Nuyts S, Vander Poorten V, Delaere P, Van den Bogaert W. The influence of xerostomia after rediotherapy on quality of life: results of a Support Care Cancer. 2008;16(2):171-9.

221. Symptomatic Treatment of Radiation-Induced Xerostomia in Head and Neck Cancer Patients. Practice Guideline Report # 5-5. Head & Neck Cancer Evidence-based Series and Practice Guidelines 2004http://www.cancercare.on.ca/pdf/full5_1.pdf [Acceso Junio 2007]

222. Davies A, Shorthose K. Parasympathomimetic drugs for the treatment of salivary gland dysfunction due to radiotherapy. Cochrane Database Syst Rev. 2007;(3):CD003782.

223. von B, I, Sollecito TP, Fox PC, Daniels T, Jonsson R, Lockhart PB, et al. Salivary dysfunction associated with systemic diseases: systematic review and clinical management recommendations. [Review] [163 refs]. Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology Oral Radiology & Endodontics. 2007;103 Suppl:S57-15.

224. Watson MS, Lucas C.F, Hoy AM, Back IN. Gastrointestinal symptoms. Oxford Handbook of Palliative Care.New York: Oxford University press; 2005. p. 237-82.

225. Pappas PG, Rex JH, Sobel JD, Filler SG, Dismukes WE, Walsh TJ, et al. Guidelines for treatment of candidiasis. Clin Infect Dis. 2004;38(2):161-89.

226. Pankhurst CL. Candidiasis (oropharyngeal). Clin Evid. 2006;(15):1849-63.

Han transcurrido cinco años desde la publicación de esta guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

227. Clarkson J, Worthington H, Eden O. Interventions for preventing oral candidiasis for patients with cancer receiving treatment. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2007;2.

228. Worthington H, Clarkson J, Eden O. Interventions for treating oral candidiasis for patients with cancer receiving treatment. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2007;2.

229. Regnard C. Dysphagia, dyspepsia, and hiccup. In: Doyle D, Hanks G, Chreney N, Calman K, editors. Oxford Textbook of Palliative Medicine. Third ed. Oxford: Oxford University Press; 2004. p. 459-68.

230. Javle M, Ailawadhi S, Yang GY, Nwogu CE, Schiff MD, Nava HR. Palliation of malignant dysphagia in esophageal cancer: a literature-based review. J Support Oncol. 2006;4(8):365-73, 379.

231. Keeley PW. Nausea and vomiting in people with cancer and other chronic diseases. Clinical Evidence. London: BMJ Publishing Group; 2007. p. 1-12.

232. Glare P, Pereira G, Kristjanson LJ, Stockler M, Tattersall M. Systematic review of the efficacy of antiemetics in the treatment of nausea in patients with far-advanced cancer 2. Support Care Cancer. 2004;12(6):432-40.

233. Kris MG, Hesketh PJ, Somerfield MR, Feyer P, Clark-Snow R, Koeller JM, et al. American Society of Clinical Oncology Guideline for Antiemetics in Oncology: Update 2006. J Clin Oncol. 2006;24(18):2932-47.

234. Ioannidis JP, Hesketh PJ, Lau J. Contribution of dexamethasone to control of chemotherapy-induced nausea and vomiting: a meta-analysis of randomized evidence. J Clin Oncol. 2000;18(19):3409-22.

235. Jantunen IT, Kataja VV, Muhonen TT. An overview of randomised studies comparing 5-HT3 receptor antagonists to conventional anti-emetics in the prophylaxis of acute chemotherapy-induced vomiting. Eur J Cancer. 1997;33(1):66-74.

236. Poli-Bigelli S, Rodrigues-Pereira J, Carides AD, Julie MG, Eldridge K, Hipple A, et al. Addition of the neurokinin 1 receptor antagonist aprepitant to standard antiemetic therapy improves control of chemotherapy-induced nausea and vomiting. Results from a randomized, double-blind, placebo-controlled trial in Latin America. Cancer. 2003;97(12):3090-8.

237. Tramer MR, Carroll D, Campbell FA, Reynolds DJ, Moore RA, McQuay HJ. Cannabinoids for control of chemotherapy induced nausea and vomiting: quantitative systematic review. BMJ. 2001;323(7303):16-21.

238. Tramer MR, Reynolds DJ, Stoner NS, Moore RA, McQuay HJ. Efficacy of 5-HT3 receptor antagonists in radiotherapy-induced nausea and vomiting: a quantitative systematic review. Eur J Cancer. 1998;34(12):1836-44.

239. Sykes AJ, Kiltie AE, Stewart AL. Ondansetron versus a chlorpromazine and dexamethasone combination for the prevention of nausea and vomiting: a prospective, randomised study to assess efficacy, cost effectiveness and quality of life following single-fraction radiotherapy. Support Care Cancer. 1997;5(6):500-3.

240. Supportive Care & Symptom Control Regimens. Management of Chemotherapy-induced Nausea and Vomiting. Disponible en http://www cancercare on ca/pdfchemo/NVguidelines pdf [accedido en: septiembre 2007]

241. Hoskin P. Radiotherapy in symptom management. In: Doyle D, Hanks G, Chreney N, Calman K, editors. Oxford Textbook of Palliative Medicine. Third ed. Oxford: Oxford University Press; 2004. p. 239-59.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

242. Cancer care Ontario Practice Guidelines Initiative. Use of 5-HT_3 receptor antagonists in patients receiving moderately or highly emetogenic chemotherapy. Disponible en: www cancercare on ca/ [accedido en: septiembre 2007]

243. Critchley P, Plach N, Grantham M, Marshall D, Taniguchi A, Latimer E, et al. Efficacy of haloperidol in the treatment of nausea and vomiting in the palliative patient: A systematic review [3]. Journal of Pain & Symptom Management. 2001;22(2):631-4.

244. Aapro MS, Molassiotis A, Olver I. Anticipatory nausea and vomiting. Support Care Cancer. 2005;13(2):117-21.

245. Ahmedzai SH, Boland j. Constipation in people prescribed opioids. In: BMJ Publishing Group, editor. Clinical Evidence. London: 2007. p. 2407.

246. Miles CL, Fellowes D, Goodman ML, Wilkinson S. Laxatives for the management of constipation in palliative care patients. Cochrane Database Syst Rev. 2006;(4):CD003448.

247. Sykes N. Constipation and diarrhoea. In: Doyle D, Hanks G, Chreney N, Calman K, editors. Oxford Textbook of Palliative Medicine. Third ed. Oxford: Oxford University Press; 2004. p. 483-96.

248. Benson AB, III, Ajani JA, Catalano RB, Engelking C, Kornblau SM, Martenson JA, Jr., et al. Recommended guidelines for the treatment of cancer treatment-induced diarrhea. J Clin Oncol. 2004;22(14):2918-26.

249. Cascinu S, Bichisao E, Amadori D, Silingardi V, Giordani P, Sansoni E, et al. High-dose loperamide in the treatment of 5-fluorouracil-induced diarrhea in colorectal cancer patients. Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer. 2000;8:65-7.

250. Geller RB, Gilmore CE, Dix SP, Lin LS, Topping DL, Davidson TG, et al. Randomized trial of loperamide versus dose escalation of octreotide acetate for chemotherapy-induced diarrhea in bone marrow transplant and leukemia patients. American journal of hematology. 1995;50:167-72.

251. Pezzella G, Pisconti S. Octreotide versus loperamide in controlling chemotherapy-induced diarrhoea. Giornale Italiano di Oncologia. 1994;14:79-82.

252. Cascinu S, Fedeli A, Fedeli SL, Catalano G. Octreotide versus loperamide in the treatment of fluorouracil-induced diarrhea: a randomized trial. Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology. 1993;11:148-51.

253. Sherman DM, Mangini L, Poirier P, Kadish SP. Double-blind comparison of loperamide and placebo in the treatment of radiation-induced diarrhea. ADV THER. 1989;6:103-11.

254. Szilagyi A, Shrier I. Systematic review: the use of somatostatin or octreotide in refractory diarrhoea. Aliment Pharmacol Ther. 2001;15(12):1889-97.

255. Ripamonti C, Mercadante S. Pathophysiology and management of malignant bowel obstruction. In: Doyle D, Hanks G, Chreney N, Calman K, editors. Third ed. Oxford: Oxford University Press; 2004. p. 496-507.

256. Ripamonti C, Twycross R, Baines M, Bozzetti F, Capri S, De Conno F, et al. Clinical-practice recommendations for the management of bowel obstruction in patients with end-stage cancer. Supportive Care in Cancer. 2001;9(4):223-33.

257. Watt AMB, Faragher IGF, Griffin TTP, Rieger NAM, Maddern GJP. Self-expanding Metallic Stents for Relieving Malignant Colorectal Obstruction: A Systematic Review. [Review]. Annals of Surgery. 2007;246(1):24-30.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

258. Fiori E, Lamazza A, De CA, Bononi M, Volpino P, Schillaci A, et al. Palliative management of malignant rectosigmoidal obstruction. Colostomy vs. endoscopic stenting. A randomized prospective trial. Anticancer Res. 2004;24(1):265-8.

259. Xinopoulos D, Dimitroulopoulos D, Theodosopoulos T, Tsamakidis K, Bitsakou G, Plataniotis G, et al. Stenting or stoma creation for patients with inoperable malignant colonic obstructions? Results of a study and cost-effectiveness analysis. Surg Endosc. 2004;18(3):421-6.

260. Feuer DJ, Broadley KE. Corticosteroids for the resolution of malignant bowel obstruction in advanced gynaecological and gastrointestinal cancer. Cochrane Database Syst Rev. 2000;(2): CD001219.

261. Mercadante S, Casuccio A, Mangione S. Medical Treatment for Inoperable Malignant Bowel Obstruction: A Qualitative Systematic Review. Journal of Pain and Symptom Management. 2007;33(2):217-23.

262. Kichian K, Vain BG. Jaundice, ascites, and hepatic encephalopathy. In: Doyle D, Hanks G, Chreney N, Calman K, editors. Oxford Textbook of Palliative Medicine. Third ed. Oxford: Oxford University Press; 2004.

263. Becker G, Galandi D, Blum HE. Malignant ascites: systematic review and guideline for treatment. Eur J Cancer. 2006;42(5):589-97.

264. Smith HS, Busracamwongs A. Management of hiccups in the palliative care population. Am J Hosp Palliat Care. 2003;20(2):149-54.

265. Fishman M. Overview of hiccups. In: UpToDate RB, editor. Waltham, MA: UpToDate; 2007.

266. Royal College of Nursing and National Institute for Health and Clinical Excellence. The management of pressure ulcers in primary and secondary care A Clinical Practice Guideline. London: Royal College of Nursing; 2005.

267. Cullum N, McInnes E, Bell-Syer SE, Legood R, Cullum N, McInnes E, et al. Support surfaces for pressure ulcer prevention.[see comment][update of Cochrane Database Syst Rev. 2000;(2): CD001735; PMID: 10796662]. [Review] [101 refs]. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2004;(3):CD001735.

268. Reddy M, Gill SS, Rochon PA, Reddy M, Gill SS, Rochon PA. Preventing pressure ulcers: a systematic review. JAMA. 2006;296(8):974-84.

269. Gallart E, Fuentelsaz C, Vivas G, Garnacho I, Font L, Aran R. Estudio experimental para comprobar la efectividad de los ácidos grasos hiperoxigenados en la prevenciónde las úlceras por presión en pacientes ingresados. ENFERM CLIN. 1928;2001;11(5):179-83.

270. Flock P. Pilot study to determine the effectiveness of diamorphine gel to control pressure ulcer pain. J PAIN SYMPTOM MANAGE. 2003;25(6):547-54.

271. Adderley U. Topical agents and dressings for fungating wounds. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2007;2, 2007.

272. Murtagh FE, ddington-Hall J, Higginson IJ. The prevalence of symptoms in end-stage renal disease: a systematic review. Adv Chronic Kidney Dis. 2007;14(1):82-99.

273. Heinrich WL. Uremic pruritus. In: UpToDate RB, editor. UpToDate.Waltham,MA: UpToDate; 2007.

274. Lidstone V, Thorns A. Pruritus in cancer patients. Cancer Treat Rev. 2001;27(5):305-12.

Han transcurrido más de 4 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

275. Khurana S, Singh P. Rifampin is safe for treatment of pruritus due to chronic cholestasis: a meta-analysis of prospective randomized-controlled trials. Liver Int. 2006;26(8):943-8.

276. Kaplan M, Chopra S. Pruritus associated with cholestasis. In: UpToDate RB, editor. UpToDate.Waltham,MA: UpToDate; 2007.

277. Twycross R, Greaves MW, Handwerker H, Jones EA, Libretto SE, Szepietowski JC, et al. Itch: scratching more than the surface. QJM. 2003;96(1):7-26.

278. Zylicz Z, Krajnik M, Sorge AA, Costantini M. Paroxetine in the treatment of severe non-dermatological pruritus: a randomized, controlled trial. J Pain Symptom Manage. 2003;26(6):1105-12.

279. Zylicz Z, Stork N, Krajnik M. Severe pruritus of cholestasis in disseminated cancer: developing a rational treatment strategy. A case report. J Pain Symptom Manage. 2005;29(1):100-3.

280. Watson MS, Lucas C.F, Hoy AM, Back IN. Skin problems in palliative care. Oxford Handbook of Palliative Care. New York: Oxford University press; 2005.

281. Davis MP, Frandsen JL, Walsh D, Andresen S, Taylor S. Mirtazapine for pruritus. J Pain Symptom Manage. 2003;25(3):288-91.

282. Norman R, Bailly G. Genito-urinay problems in palliative medicine. In: Doyle D, Hanks G, Chreney N, Calman K, editors. Oxford Textbook of Palliative Medicine. Third ed. Oxford: Oxford University Press; 2004.

283. Agus Z.S, Berenson J.R. Treatment of hypercalcemia. In: UpToDate RB, editor. UpToDate. Waltham,MA: UpToDate; 2007.

284. Bower M, Cox S. Endocrine and metabolic complications of advanced cancer. In: Doyle D, Hanks G, Chreney N, Calman K, editors. Oxford Textbook of Palliative Medicine. Third ed. Oxford: Oxford University Press; 2004.

285. Saunders Y, Ross JR, Broadley KE, Edmonds PM, Patel S. Systematic review of bisphosphonates for hypercalcaemia of malignancy. Palliat Med. 2004;18(5):418-31.

286. GPT 1. Guía de Prescripción Terapéutica. Información de medicamentos autorizados en España. Adaptación española del BNF (British National Formulary). Barcelona: Agencia Española de Medicamento y Productos SanitariosPharma Editores,S.L.; 2006.

287. Watson MS, Lucas C.F, Hoy AM, Back IN. Emergencies in palliative care. Oxford Handbook of Palliative Care. New York: Oxford University press; 2005.

288. Schiff D. Treatment and prognosis of epidural spinal cord compressión, incluiding cauda equina syndrome. In: UpToDate RB, editor. UpToDate.Waltham,MA: UpToDate; 2007.

289. Loblaw DA, Perry J, Chambers A, Laperriere NJ. Systematic review of the diagnosis and management of malignant extradural spinal cord compression: the Cancer Care Ontario Practice Guidelines Initiative's Neuro-Oncology Disease Site Group. J Clin Oncol. 2005;23(9):2028-37.

290. Talcott JA, Stomper PC, Drislane FW, Wen PY, Block CC, Humphrey CC, et al. Assessing suspected spinal cord compression: a multidisciplinary outcomes analysis of 342 episodes. Support Care Cancer. 1999;7(1):31-8.

291. Klimo P, Jr., Thompson CJ, Kestle JRW, Schmidt MH. A meta-analysis of surgery versus conventional radiotherapy for the treatment of metastatic spinal epidural disease. Neuro-oncol. 2005;7(1):64-76.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

292. Patchell RA, Tibbs PA, Regine WF, Payne R, Saris S, Kryscio RJ, et al. Direct decompressive surgical resection in the treatment of spinal cord compression caused by metastatic cancer: a randomised trial. Lancet. 2005;366(9486):643-8.

293. Alldredge BK, Gelb AM, Isaacs SM, Corry MD, Allen F, Ulrich S, et al. A comparison of lorazepam, diazepam, and placebo for the treatment of out-of-hospital status epilepticus. N Engl J Med. 2001;345(9):631-7.

294. Cock HR, Schapira AH. A comparison of lorazepam and diazepam as initial therapy in convulsive status epilepticus. QJM. 2002;95(4):225-31.

295. Bausewein C, Borasio GD. Symptom management. Brain tumours. In: Doyle D, Hanks G, Chreney N, Calman K, editors. Oxford Textbook of Palliative Medicine. Third ed. Oxford: Oxford University Press; 2004.

296. Singh G, Rees JH, Sander JW. Seizures and epilepsy in oncological practice: causes, course, mechanisms and treatment. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2007;78(4):342-9.

297. Caraceni A, Martini C, Simonetti F. Neurological problems in advanced cancer. In: Doyle D, Hanks G, Chreney N, Calman K, editors. Oxford Textbook of Palliative Medicine. Third ed. Oxford: Oxford University Press; 2004. p. 703-26.

298. Dreifuss FE, Rosman NP, Cloyd JC, Pellock JM, Kuzniecky RI, Lo WD, et al. A comparison of rectal diazepam gel and placebo for acute repetitive seizures. N Engl J Med. 1998;338(26):1869-75.

299. Milligan NM, Dhillon S, Griffiths A, Oxley J, Richens A. A clinical trial of single dose rectal and oral administration of diazepam for the prevention of serial seizures in adult epileptic patients. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 1984;47(3):235-40.

300. Rees J. Fits. In: Sykes N, Edmonds P, Wiles J, editors. Management of advanced disease. Fourth ed. London: Arnold; 2004. p. 240-9.

301. Sirven JI, Wingerchuk DM, Drazkowski JF, Lyons MK, Zimmerman RS. Seizure prophylaxis in patients with brain tumors: a meta-analysis. Mayo Clin Proc. 2004;79(12):1489-94.

302. Taillibert S, Delattre JY. Palliative care in patients with brain metastases. Curr Opin Oncol. 2005;17(6):588-92.

303. Gagnon B, Mancini I, Pereira J, Bruera E. Palliative management of bleeding events in advanced cancer patients. J Palliat Care. 1998;14(4):50-4.

304. Pereira J, Phan T. Management of bleeding in patients with advanced cancer. Oncologist. 2004;9(5):561-70.

305. Prommer E. Management of bleeding in the terminally ill patient. Hematology. 2005;10(3):167-75.

306. Block SD. Psychological issues in end-of-life care. J Palliat Med. 2006;9(3):751-72.

307. Newell SA, Sanson-Fisher RW, Savolainen NJ. Systematic Review of Psychological Therapies for Cancer Patients: Overview and Recommendations for Future Research. J Natl Cancer Inst. 2002;94(8):558-84.

308. Uitterhoeve RJ, Vernooy M, Litjens M, Potting K, Bensing J, De MP, et al. Psychosocial interventions for patients with advanced cancer - A systematic review of the literature. British Journal of Cancer. 2004;91(6):1050-62.

309. Payne S, Kerr C, Hawker S, Hardey M, Powell J. The communication of information about older people between health and social care practitioners. Age Ageing. 2002;31(2):107-17.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

310. Holloway M. Death the great leveller? Towards a transcultural spirituality of dying and bereavement. J Clin Nurs. 2006;15(7):833-9.

311. Pargament KI, Koenig HG, Perez LM. The many methods of religious coping: development and initial validation of the RCOPE. J Clin Psychol. 2000;56(4):519-43.

312. Bayés Sopena R, Borràs Hernández FX. ¿Qué son las necesidades espirituales? Medicina Paliativa. 2005;12(2):99-107.

313. Post SG, Puchalski CM, Larson DB. Physicians and Patient Spirituality: Professional Boundaries, Competency, and Ethics. Ann Intern Med. 2000;132(7):578-83.

314. Puchalski CM, Kilpatrick SD, McCullough ME, Larson DB. A systematic review of spiritual and religious variables in Palliative Medicine, American Journal of Hospice and Palliative Care, Hospice Journal, Journal of Palliative Care, and Journal of Pain and Symptom Management. Palliat Support Care. 2003;1(1):7-13.

315. Lin HR, Bauer-Wu SM. Psycho-spiritual well-being in patients with advanced cancer: an integrative review of the literature. J Adv Nurs. 2003;44(1):69-80.

316. Proot IM, bu-Saad HH, Crebolder HF, Goldsteen M, Luker KA, Widdershoven GA, et al. Vulnerability of family caregivers in terminal palliative care at home; balancing between burden and capacity. Scand J Caring Sci. 2003;17(2):113-21.

317. Harding R, Higginson IJ. What is the best way to help caregivers in cancer and palliative care? A systematic literature review of interventions and their effectiveness. Palliat Med. 2003;17(1):63-74.

318. Fürst CJ, Doyle D. The terminal phase. In: Doyle D, Hanks G, Chreney N, Calman K, editors. Oxford Textbook of Palliative Medicine. Third ed. Oxford: Oxford University Press; 2004. p. 1117-33.

319. Conill C, Verger E, Henriquez I, Saiz N, Espier M, Lugo F, et al. Symptom prevalence in the last week of life. J Pain Symptom Manage. 1997;14(6):328-31.

320. Oi-Ling K, Man-Wah DT, Kam-Hung DN. Symptom distress as rated by advanced cancer patients, caregivers and physicians in the last week of life. Palliat Med. 2005;19(3):228-33.

321. Ellershaw J, Ward C. Care of the dying patient: the last hours or days of life. BMJ. 2003;326(7379):30-4.

322. Wildiers H, Menten J. Death Rattle: Prevalence, Prevention and Treatment. Journal of Pain and Symptom Management. 2002;23(4):310-7.

323. Morita T, Tsuneto S, Shima Y. Definition of sedation for symptom relief: A systematic literature review and a proposal of operational criteria. Journal of Pain & Symptom Management. 2002;24(4):447-53.

324. Morita T, Bito S, Kurihara Y, Uchitomi Y. Development of a clinical guideline for palliative sedation therapy using the Delphi method. J Palliat Med. 2005;8(4):716-29.

325. Engstrom J, Bruno E, Holm B, Hellzen O. Palliative sedation at end of life - a systematic literature review. Eur J Oncol Nurs. 2007;11(1):26-35.

326. Sedación en cuidados paliativos. Grupo de trabajo de Tratamientos del Programa Regional de Cuidados Paliativos del Servicio Extremeño de Salud 2006 http://www.secpal.com/guiasm/index.php?acc=see_guia&id_guia=8

327. Mattia C, Savoia G, Paoletti F, Piazza O, Albanese D, Amantea B, et al. SIAARTI recommendations for analgo-sedation in intensive care unit. Minerva Anestesiol. 2006;72(10):769-805.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

328. Cowan JD, Walsh D. Terminal sedation in palliative medicine--definition and review of the literature. Support Care Cancer. 2001;9(6):403-7.

329. Krakauer EL, Penson RT, Truog RD, King LA, Chabner BA, Lynch TJ, Jr. Sedation for intractable distress of a dying patient: acute palliative care and the principle of double effect. Oncologist. 2000;5(1):53-62.

330. Porta-Sales J. Sedación paliativa. In: Porta-Sales J, Gomez-Batiste X, Tuca A, editors. Manual de control de síntomas en pacientes con cáncer avanzado y terminal.Madrid: Editorial Arán; 2004. p. 259-70.

331. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE 274 ed. 2002.

332. Landa V, García-García J. Duelo.Fisterra. Guias Clínicas.2007;7 (26). Disponible en http://www fisterra com [Acceso Julio 2007].

333. Genevro Jl, Marshall T, Miller T. Report on Bereavement an Grief Research. Washington DC: Center for the Advancement of Health. Disponible en: http://www.cfah.org/pdfs/griefreport.pdf [Acceso Julio 2007].

334. Wimpenny P, Unwin R, Dempster P, Grundy M, Work F, Brown A, et al. Literature review on bereavement and bereavement care [Internet]. Aberdeen; 2006.

335. Maciejewski PK, Zhang B, Block SD, Prigerson HG. An empirical examination of the stage theory of grief. JAMA. 2007;297(7):716-23.

336. Dohrenwend BS, Krasnoff L, Askenasy AR, Dohrenwend BP. The Psychiatric Epidemiology Research Interview Life Events Scale. In: Mezzich JE, Jorge MR, Salloum IM, editors. Psychiatric Epidemiology. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 1994. p. 401-36.

337. Holmes TH, Rahe TH. The Social Readjustment Rating Scale. J Psychosom Res. 2007;11:213-8.

338. Stroebe MS, Hansson RO, Stroebe W, Schut H. Introduction: concepts and issues in contemporary research on bereavement. In: Stroebe M, Hansonn RO, Stroebe W, Schut H, editors. Handbook of Bereavement Research: Consequences, coping, and care.Washington DC: American Psychological Association Press; 2001. p. 3-22.

339. Genevro Jl, Marshall T, Miller T. Report on Bereavement an Grief Research. Washington DC: Center for the Advancement of Health. Disponible en: http://www.cfah.org/pdfs/griefreport.pdf [Acceso Julio 2007].

340. Genevro Jl, Marshall T, Miller T. Report on Bereavement an Grief Research. Washington DC: Center for the Advancement of Health. Disponible en: http://www.cfah.org/pdfs/griefreport.pdf [Acceso Julio 2007].

341. Aranda S, Milne D. Guidelines for the assessment of bereavement risk in family members of people receiving palliative care. Melbourne: Centre for Pallaitive Care; 2000.

342. Forte AL, Hill M, Pazder R, Feudtner C. Bereavement care interventions: a systematic review. BMC Palliat Care. 2004;3(1):3.

343. Fortner B. The effectiveness of grief counseling and therapy: a quantitative review [Tesis doctoral] Memphis University; 1999.

344. Kato PM, Mann T. A synthesis of psychological interventions for the bereaved. Clinical Psychology Review. 1999;19(3):275-96.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

345. Kristjanson L, Lobb E, Aoun S. A systematic review of the literature on complicated grief. Disponible en http://www health gov au/ Australia: Australian Government, Department of Health and Ageing [Acceso Julio 2007]

346. Parkes CM, Weiss RS. Recovery from bereavement. New York: Basic Books; 1983.

347. García JA, Landa V, Grandes G, Mauriz A, Andollo I. Adaptación al español del Cuestionario de Riesgo de Duelo Complicado (CRDC). Medicina Paliativa. 2002;9(2):11.

348. Prigerson HG, Vanderwerker LC, Maciejewski PK. Prolonged Grief Disorder: a case for inclusión in DSM-V. In: Stroebe M, Hansson M, Schut H, Stroebe W, editors. Handbook of Bereavement Research and Practice:21 Century Perspectives.Washington DC: American Psycological Association Press; 2007.

349. Allumbaugh DL, Hoyt W. Effectiveness of grief therapy:a meta-analysis. J Couns Psychol. 1999;46:370-80.

350. Lautrette AF, Darmon MF, Megarbane BF, Joly LM FAU - Chevret S, Chevret S FAU - Adrie C, Adrie CF, et al. A communication strategy and brochure for relatives of patients dying in the ICU. N Engl J Med. 2007;356:469-78.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

9 788445 727331
P.V.P.: 6 €

GOBIERNO DE ESPAÑA
MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

www.msc.es

Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia
Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco