Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos

NOTA:

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y **su vigencia no ha sido revisada.**

Por este motivo, **se desconoce si sus recomendaciones continúan vigentes**, por lo que deben ser consideradas con precaución y aplicadas teniendo en cuenta **el juicio clínico y las circunstancias individuales de cada paciente.**

Versión resumida

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

Versión resumida

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

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.

Edición: 1.ª, julio 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: 978-84-457-2734-8

NIPO: 354-07-033-1

Depósito legal: BI-2208-08

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

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

1. Introducción 17

2. Principios de los cuidados paliativos 19

2.1. Definición y objetivos 19
2.2. Aspectos organizativos 20
2.3. Predicción de la supervivencia 23
2.3.1. Enfermo oncológico 23
2.3.2. Enfermo no oncológico 24

3. Información, comunicación y toma de decisiones 27

3.1. Principios para una información y una comunicación adecuadas en CP 27
3.1.1. Necesidades de comunicación del enfermo y su familia 27
3.1.2. Estilos de comunicación 28
3.1.3. Métodos de información 28
3.1.4. Actitud de los profesionales sanitarios 29
3.1.5. Efectos de una comunicación efectiva 29
3.1.6. Comunicación de malas noticias 29
3.2. Formación en comunicación en CP 31
3.3. Aspectos éticos y legales de la información y la comunicación en CP 31
3.4. Elementos para la toma de decisiones 32

4. Control de síntomas 39

4.1. Introducción 39
4.1.1. Principios generales del control de síntomas 39
4.1.2. Valoración de síntomas. Uso de escalas 42
4.2. Tratamiento del dolor 43
4.2.1. Introducción 43
4.2.2. Principios generales del tratamiento del dolor en CP 43
4.2.3. Clasificación del dolor 45

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

4.2.4. Eficacia de los tratamientos farmacológicos 45
4.2.5. Dolor neuropático 51
4.2.6. Dolor irruptivo 51
4.2.7. Dolor óseo metastásico 51
4.3. Astenia, anorexia-caquexia y deshidratación 55
4.3.1. Astenia y anorexia-caquexia 55
4.3.2. Deshidratación 57
4.4. Síntomas respiratorios 59
4.4.1. Disnea 59
4.4.2. Tos 63
4.4.3. Obstrucción de la vena cava superior 65
4.5. Síntomas psicológicos y psiquiátricos 66
4.5.1. Delirium 66
4.5.2. Insomnio 70
4.5.3. Ansiedad 71
4.5.4. Depresión 72
4.6. Síntomas digestivos 75
4.6.1. Cuidados de la boca 75
4.6.2. Mucositis 76
4.6.3. Boca seca (xerostomía) 77
4.6.4. Candidiasis 78
4.6.5. Disfagia 79
4.6.6. Náuseas y vómitos 80
4.6.7. Estreñimiento 84
4.6.8. Diarrea 85
4.6.9. Obstrucción intestinal 86
4.6.10. Ascitis 87
4.6.11. Hipo 87
4.7. Cuidados de la piel 88
4.7.1. Prevención y tratamiento de las úlceras 89
4.7.2. Prurito 90
4.8. Síntomas urinarios 91
4.8.1. Tenesmo vesical 91
4.9. Urgencias 92
4.9.1. Hipercalcemia 92
4.9.2. Compresión medular 94
4.9.3. Crisis convulsivas 95
4.9.4. Hemorragia 96

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

5. Apoyo psicosocial y espiritual a la persona en FFV 99

5.1. Apoyo psicosocial 99
5.1.1. Necesidades psicosociales 99
5.2. Apoyo espiritual 101

6. Apoyo psicosocial a la familia 103

7. Atención en los últimos días. Agonía 105

7.1. Atención del enfermo y su familia en los últimos días u horas de la vida 106
7.1.1. Cuidados físicos 106
7.1.2. Aspectos psicológicos 106
7.1.3. Aspectos sociales o familiares 106
7.1.4. Estertores premortem 107

8. Sedación paliativa 109

8.1. Proceso de la sedación paliativa en la agonía 109

9. Duelo 115

9.1. Factores de riesgo de duelo complicado y su valoración 116
9.2. Duelo complicado o trastorno por duelo prolongado 118
9.3. Eficacia de las intervenciones en el duelo 118

Anexos 121

Anexo 1. Niveles de evidencia científica y grados de recomendación de SIGN 123
Anexo 2. Escalas 125
Anexo 3. Aspectos legales en cuidados paliativos 138
Anexo 4. Vademécum 141
Anexo 5. Administración de fármacos por vía subcutánea en CP 159
Anexo 6. Dosificación de opioides en el dolor 169
Anexo 7. Glosario y abreviaturas 169
Anexo 8. Declaración de intereses 176

Bibliografía 177

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Presentación

La práctica asistencial se hace cada vez más compleja por múltiples factores, y 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 Sistema Nacional de Salud (SNS) creó el proyecto GuíaSalud 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 Dirección General de la Agencia de Calidad del SNS 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 realizado 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.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta guía de práctica clínica y su vigencia no ha sido revisada.

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 herramienta 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. Su vigencia no ha sido revisada.

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 Bilbao)

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)

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

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)

María 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 Iribar 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)

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

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)

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)

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

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 8).

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

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 padecen al final de su vida un sufrimiento intenso y precisan una atención sanitaria y social que implica a todos los ámbitos asistenciales (1).

El presente documento es un resumen de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos disponible en http://www.guiasalud.es/.

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

La GPC resume la evidencia disponible para las cuestiones clave de los cuidados paliativos, tanto en pacientes oncológicos como no oncológicos: comunicación con el o la paciente y su familia; control de síntomas; apoyo psicosocial y espiritual; atención a la familia; atención en la agonía; sedación y duelo. Se ha limitado el alcance de la GPC a la población adulta. No se abordan aspectos como la nutrición, técnicas muy específicas de tratamiento (como terapias invasivas para el dolor, distintos tipos de psicoterapia específicos, etc.), o los aspectos emocionales que afectan a los miembros de los equipos que proporcionan cuidados paliativos.

No es objeto de esta guía la planificación de los servicios sanitarios de las distintas Comunidades Autónomas por lo que no se han incluido indicadores para la implementación de la GPC. Este aspecto podrá ser abordado en futuras revisiones de la guía.

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

La actualización de la GPC está prevista cada cinco años, sin que se descarte una actualización de su versión electrónica más frecuente.

[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/

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

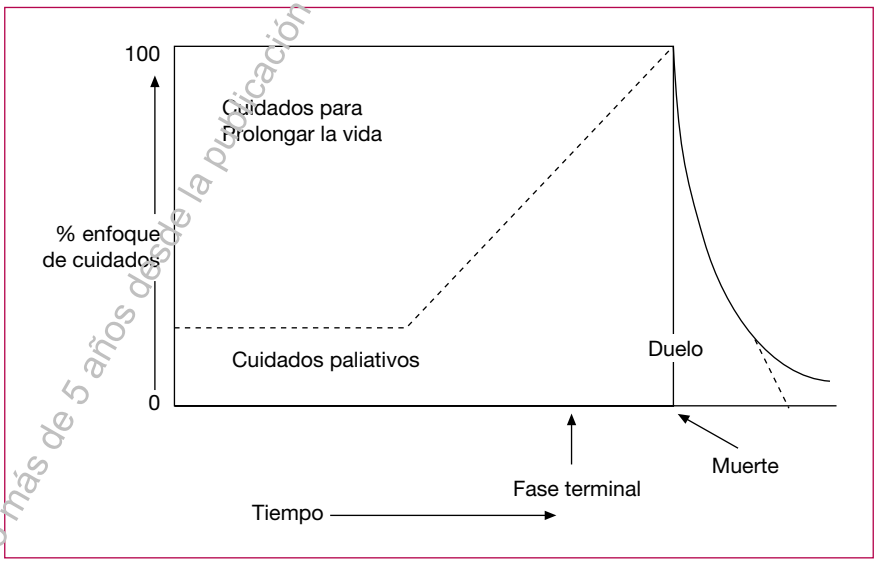
2. Principios de los cuidados paliativos

2.1. Definición y objetivos

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2) 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 alivio del sufrimiento, por medio de la identificación temprana y la impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales».

Tal y como muestra la figura 1 (3), 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 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. La transición de los cuidados curativos a paliativos es a

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 su vigencia no ha sido revisada.

menudo gradual, y debe basarse en las *necesidades individuales de* la persona más que en un plazo concreto de supervivencia esperada (1; 4).

Algunos conceptos relevantes en CP, como son la calidad de vida, el sufrimiento o la autonomía del paciente, se recogen en el glosario de términos.

2.2. Aspectos organizativos

El enfermo tiene derecho a recibir CP en diversos ámbitos y servicios: domiciliario, hospitalario o centros sociosanitarios. **Opinión de expertos 4**

Los objetivos organizativos consisten en asegurar que los servicios cumplen los siguientes requisitos (5):

- Están disponibles para todos los pacientes que los necesiten y cuando los necesiten.
- Son de calidad y sensibles a las necesidades de los pacientes.
- Trabajan de forma coordinada para asegurar que las necesidades de los pacientes y de los cuidadores sean atendidas sin pérdida de continuidad y se establezcan competencias y criterios claros de derivación.

Tanto en el ámbito domiciliario, como hospitalario y en unidades de CP, existe evidencia de los beneficios de los CP (6-9). Los estudios 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) (6-8). Existe también evidencia de los beneficios de la coordinación con equipos de CP en enfermos con necesidades de atención más complejas (1; 10). La Estrategia Nacional sobre Cuidados Paliativos formula la siguiente recomendación: «Establecer un sistema organizativo que garantice la coordinación entre los diferentes recursos sanitarios y sociales y promueva acciones integradas». **RS de distintos tipos de estudios 1+/2+**

En nuestro medio, los enfermos y cuidadores perciben la falta de continuidad como una barrera que repercute negativamente en sus experiencias. **Investigación cualitativa Q**

Si bien no hay evidencias claras de cuál es el mejor modelo organizativo (5), la mayoría de los programas contemplan varios niveles de atención, dependiendo del volumen y de la complejidad de los problemas del paciente. **Opinión de expertos 4**

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

- 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.
- 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.

Nivel básico

El nivel básico debería (5):

Opinión de expertos 4

- 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 las unidades de atención especializada pueden ser:

- **Equipos de soporte de cuidados paliativos:** Pueden intervenir en el ámbito domiciliario u hospitalario, con distintos patrones, desde asesoramiento a intervenciones pun-

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

tuales, 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 puede optarse 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).

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 transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su recomendación ha sido revisada.

2.3. Predicción de la supervivencia

Preguntas para responder:

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

La predicción de la supervivencia y su comunicación al paciente constituyen un proceso complejo que implica una evaluación individual del pronóstico y unas habilidades adecuadas en comunicación. Es importante para poder proporcionar la información requerida a los pacientes y familiares, y para establecer planes diagnósticos y terapéuticos apropiados (11).

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 que se tenga en cuenta que su valor es probabilístico 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 uso en la práctica clínica.

2.3.1. Enfermo oncológico

La estimación clínica de la supervivencia es un predictor independiente importante de la supervivencia real en pacientes con cáncer avanzado, aunque tiende a sobrestimarla. La estimación es más precisa cuanto menor sea el tiempo de supervivencia y en enfermos con un índice de Karnofsky <40 (12).

RS de estudios de pronóstico 2++

La experiencia clínica mejora la precisión pronóstica, pero empeora cuando la relación médico-paciente es muy cercana (11).

Opinión de expertos 4

Los factores pronósticos en pacientes con cáncer asociados a menor supervivencia son: el bajo 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 (13).

RS de estudios de pronóstico 2+

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

El Palliative Prognostic Score (PaP score) (14; 15) 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 (16), fundamentalmente en unidades especializadas de CP y en servicios de oncología. No es aplicable a pacientes con tumores hematológicos. Es la escala recomendada tras la revisión sistemática realizada por la European Association for Palliative Care (16). La regla está insuficientemente validada para su uso en el paciente no oncológico (14; 15; 17).

Reglas de predicción clínica 2+

2.3.2. Enfermo no oncológico

Los modelos pronósticos genéricos para estimar la supervivencia inferior o igual a seis meses en pacientes sin cáncer tienen bajo valor predictivo (18), lo que refleja el curso poco predecible de las enfermedades no malignas (figura 2). Se han identificado varias variables predictoras específicas para algunas enfermedades y algunas escalas (19; 20), que pueden ayudar a los médicos a identificar a los pacientes de edad avanzada con peor pronóstico y con mayores necesidades de CP (18):

RS de estudios de pronóstico 2+

- En la demencia: estado funcional (≥7C en la escala FAST, Functional Assessment Staging), dependencia (escala ADL, Activities of Daily Living) o historia médica de complicaciones.
- En la EPOC: Edad, FEV1 <30%, gasometría, cor pulmonal con hipertensión pulmonar, nivel de disnea, capacidad para el ejercicio (V02 pico), cuestionario de calidad de vida de Sant George (SGRQ), etc.

En pacientes con insuficiencia cardiaca congestiva (ICC) y fracción de eyección <30%, el Seattle Heart Failure Model predice de forma aceptable la supervivencia a uno, dos y cinco años (21).

Reglas de predicción clínica 2+

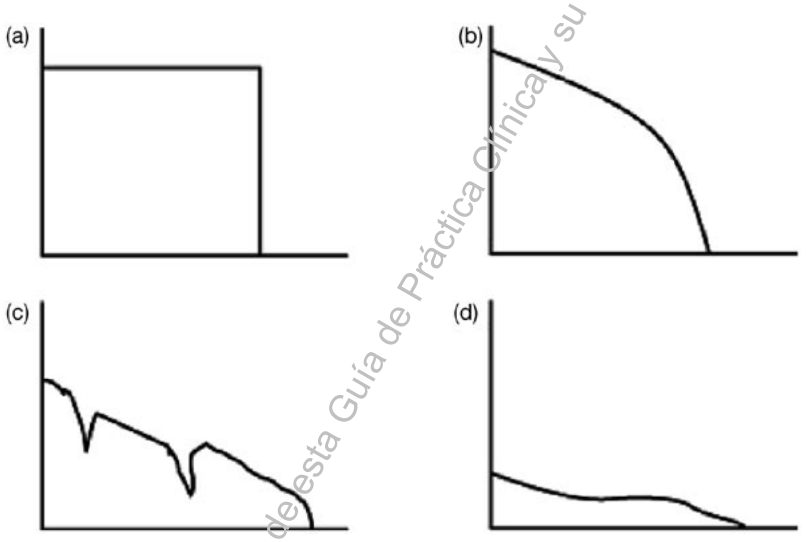
En pacientes con enfermedad hepática avanzada el MELD (Model for End Liver Disease) predice la supervivencia a los tres meses de forma aceptable (20).

La escala de Walter clasifica de forma aceptable el riesgo de mortalidad al año en pacientes mayores de 70 años tras hos-

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

pitalización 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 (22).

Figura 2. 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.

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.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

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 su vigencia no ha sido revisada.

3. Informacion, comunicación y toma de decisiones

Preguntas para responder:

- ¿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?

3.1. Principios para una información y una comunicación adecuadas en CP

La *comunicación interpersonal* en el contexto de los CP 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 (5).

3.1.1. Necesidades de comunicación del enfermo y su familia

Estudios descriptivos 3

Los enfermos consideran que entre los atributos esenciales que debe poseer un profesional de la salud se hallan «la voluntad de escuchar y explicar» (23).

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

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

que no se les revele. Sin embargo, los estudios parecen indicar un progresivo cambio de actitudes hacia una mayor demanda de información, sobre todo en pacientes más jóvenes (24).

Existen diferencias en la demanda de información entre pacientes de países anglosajones y del norte de Europa, y los de los países del sur de Europa, entre ellos España, que prefieren información menos detallada acerca del pronóstico o de otros aspectos sobre la FFV. No obstante, no es posible generalizar acerca de las necesidades de información basándose en las características demográficas y culturales. La menor demanda de información se relaciona también con la edad avanzada del paciente y la corta expectativa de supervivencia. A medida de que avanza la enfermedad, la necesidad de información disminuye en los pacientes y aumenta en los cuidadores (25).

RS de distintos tipos de estudios 3/Q

3.1.2. Estilos de comunicación

Los pacientes y los familiares destacan que la información debe ser honesta, sensible y con margen para la 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. Es preciso valorar individualmente si la información se le debe proporcionar al enfermo solo o acompañado por otra persona (25).

RS de distintos tipos de estudios 3/Q

3.1.3. Métodos de información

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, las preferencias o la utilización de servicios). Sin embargo, algunas intervenciones en pacientes concretos pueden tener efectos perjudiciales (26).

RS de ECA 1+

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

3.1.4. Actitud de los profesionales sanitarios

La interpretación que hacen los profesionales sanitarios de las preferencias de los pacientes difiere a menudo de los deseos de los mismos (27).

Estudio descriptivo 3

Los clínicos (47) tienden a subestimar las necesidades de información y a sobrestimar el grado de conocimiento y comprensión del pronóstico y de los aspectos relacionados con la FFV por parte de los enfermos y de sus cuidadores.

RS de distintos tipos de estudios 3/Q

3.1.5. Efectos de una comunicación efectiva

La comunicación 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 (28). La comunicación puede mejorar la implicación de los pacientes en los cuidados, reducir el malestar psicológico y transmitir unas expectativas realistas (29).

RS de distintos tipos de estudios 2+/3

Influye en la capacidad de adaptación de los pacientes y de sus familiares a las nuevas situaciones (30).

3.1.6. Comunicación de malas noticias

Buckman denomina *malas noticias* «cualquier información capaz de alterar drásticamente la visión que tiene 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 (31). A la hora de proporcionar 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 va a producirle un mayor daño al enfermo o la incertidumbre acerca de aspectos como el diagnóstico o el pronóstico del paciente.

Opinión de expertos 4

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

El modelo que proponen Rabow y Mc Phee 6 (32) (tabla 1) o el de Bukcman (31) (disponible en el anexo 2 de la versión íntegra) pueden ser útiles para la comunicación de malas noticias.

Tabla 1. Cómo comunicar malas noticias

A. Preparación de la entrevista
• Elegir el entorno: garantizar la intimidad, sin interrupciones, programando un tiempo suficiente. • Revisar la información clínica relevante (el diagnóstico, el pronóstico y las opciones de tratamiento). • Ensayar mentalmente, identificar las palabras o las frases a utilizar y a evitar. • Prepararse emocionalmente.
B. Construir un clima de relación terapéutica
• Presentarse. • Determinar qué y cuánto quiere saber el paciente. • Advertir al paciente que se le va a comunicar una mala noticia («Lo siento, pero tengo que darle malas noticias: parece que las cosas no van bien»). • Utilizar el contacto físico si se considera apropiado. • Programar citas sucesivas.
C. Comunicar bien
• Preguntar lo que el enfermo o la familia ya sabe. • Ser sincero pero compasivo. Evitar el lenguaje técnico. • Permitir el llanto y los silencios. • Solicitar al paciente que describa lo que ha comprendido de la información, fomentando la formulación de preguntas y concediendo tiempo para ello. • Tomar notas y proporcionar información escrita. • Concluir cada visita con un resumen y un plan de seguimiento.
D. Reacciones de los pacientes y familiares
• Recoger las reacciones emocionales del enfermo y de la familia y responder a ellas. Tomar conciencia de que se precisa una fase de adaptación a las malas noticias. • Mostrar empatía. • No discutir con el enfermo ni con la familia, ni criticar a los colegas. Evitar actitudes defensivas.
E. Emociones
• Explorar lo que la noticia significa para el paciente. Tantear las necesidades emocionales, de apoyo, etc. • Ofrecer una esperanza realista acorde con los objetivos del paciente. Discutir las opciones de tratamiento. • Utilizar recursos interdisciplinares (enfermería, trabajadores sociales, profesionales de la salud mental, voluntariado, referentes espirituales o religiosos, etc.).

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

3.2. Formación en comunicación en CP

Los programas de entrenamiento intensivos, con técnicas de representación de roles o pacientes simulados son efectivos para mejorar, en algunas áreas, las habilidades comunicativas de los profesionales de la salud que atienden a pacientes con cáncer (23; 33). Las intervenciones formativas sobre comunicación se benefician de sesiones de recordatorio posteriores (34; 35).

RS de ECA 1+

ECA 1+

3.3. Aspectos éticos y legales de la información y la comunicación en CP

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 (36). En este sentido, la comunicación sincera es un imperativo ético para el profesional sanitario (26; 36) e implica también el respeto a los deseos y valores de los pacientes, es decir, al principio de autonomía (30), lo que permite la organización de los cuidados según las prioridades y preferencias de los pacientes, y facilita una toma de decisiones compartida.

Normativa legal LG

La Ley 41/2002, de Autonomía del Paciente, 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. En cuanto a la familia, podrá ser informada en la medida que el paciente lo permita de manera expresa o tácita. Esta ley recoge también el derecho a no ser informado, bien por deseo del paciente, bien por necesidad terapéutica.

La información debe comprender, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias; y debe ser veraz, comprensible y adecuada a

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

las necesidades del enfermo, de manera que pueda ayudarle a tomar sus propias decisiones. El médico responsable es quien tiene que garantizar el cumplimiento del derecho de información. Para el caso de que el paciente no sea competente para tomar una decisión, regula el consentimiento por representación.

Opinión de expertos 4

La comunicación de malas noticias es 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. 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*, que podemos definir 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 (36). La conspiración del silencio dificulta la adaptación del paciente a su enfermedad y le impide participar en la toma de decisiones (37). El paciente, que a menudo sospecha que tiene una enfermedad maligna, puede mostrarse temeroso, ansioso y confuso cuando se le oculta la información (30). El manejo de esta situación requiere proporcionar una información adecuada al cuidador principal y a la familia, intentando establecer acuerdos (37).

3.4. Elementos para la toma de decisiones

Los elementos que hay que tener en cuenta en la toma de decisiones en la FFV se resumen en la tabla 2.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Tabla 2. 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.
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 3).

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. Ambos aspectos están interrelacionados y se ven influidos por la situación social y familiar. El nivel de dependencia física o psíquica del enfermo, su situación económica, la calidad y cantidad de apoyo que presta 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 (38).

El equipo deberá plantearse la idoneidad de profundizar en las técnicas diagnósticas o en terapias invasivas (reanimación

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta guía de práctica clínica y su vigencia no ha sido revisada.

cardiopulmonar, soporte avanzado de constantes vitales, cirugía, quimioterapia, radioterapia, nutrición artificial, etc.). Esta valoración debería atender a los siguientes criterios: la proporcionalidad (balance entre efectos positivos y negativos de la intervención), la 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 la calidad de vida del paciente. 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.

Otro aspecto que resulta básico para poder reconocer los deseos del enfermo es la determinación de su competencia para tomar decisiones, que 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 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, en función de sus propios valores, acepta o rechaza someterse a determinados procedimientos diagnósticos y terapéuticos (39). El conocimiento de los valores que han conformado la vida del paciente permite evaluar la coherencia de sus decisiones. Puesto que esta valoración no puede hacerse desde un conocimiento puntual del enfermo, 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.

Legislación LG

Cuando el paciente sea incompetente, la ley 41/2002 estipula que, además de informarle de un modo adecuado a sus posibilidades de comprensión, se deberá informar a su representante legal (figura 3). En nuestra práctica habitual, esa función suele corresponder a un miembro de la familia.

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).

Las VA o IP son un conjunto de instrucciones a través de las cuales una persona, previendo la posibilidad de perder en el

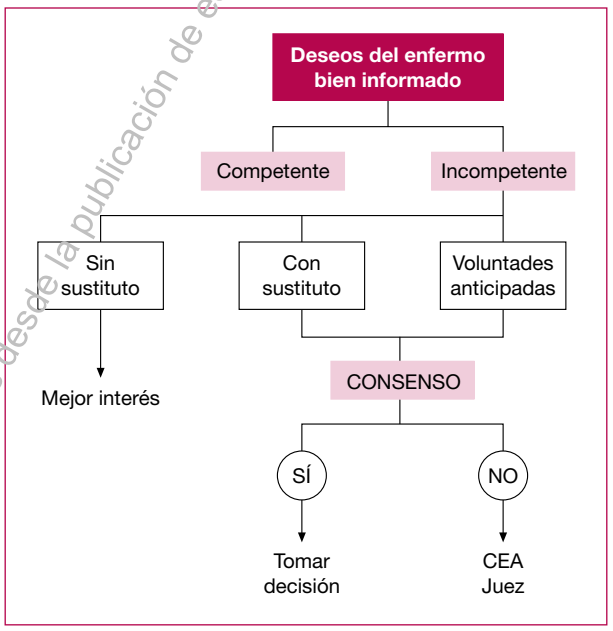
Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

futuro sus capacidades mentales, indica al médico o equipo sanitario cómo desearía ser tratada.

A través de un documento firmado (ante notario, ante un funcionario público, o ante tres testigos no vinculados con la persona por matrimonio, unión libre o pareja de hecho, parentesco hasta el segundo grado o relación patrimonial), las personas dejan constancia de los tratamientos que les gustaría recibir o no, y designan un representante, que será el interlocutor válido con el equipo sanitario y que estará facultado para interpretar sus valores e instrucciones. Las VA o IP se pueden modificar, sustituir o revocar en cualquier momento.

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, el criterio que se adopta para tomar las decisiones en el paciente incompetente es el 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 lo mejor en ese momento.

Figura 3. **Toma de decisiones en el paciente incompetente**



Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de práctica clínica y su vigencia no ha sido revisada.

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

- La fluctuación de las preferencias de los pacientes a lo largo del tiempo. En un reciente estudio (40), el 35% de los pacientes mayores de 60 años con cáncer, insuficiencia cardiaca o EPOC mostraron cómo sus preferencias fluctuaban cuando tenían que decidir acerca de someterse a terapias agresivas o con riesgos, destinadas a prolongar la vida. **Estudio de cohortes 2+**

- En aproximadamente un tercio de los casos, los deseos de los representantes o familiares próximos no son coherentes con los de los enfermos a quienes representan (41). 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+**

Una vez tomada la decisión es recomendable que se comunique 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 bien a otros profesionales que manifiesten su acuerdo con el enfermo o sus representantes y puedan responsabilizarse de la situación que se pudiera generar. **Legislación LG**

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.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia podría estar sido revisada.

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.
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 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 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.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

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 su vigencia no ha sido revisada.

4. Control de síntomas

4.1. Introducción

Preguntas para responder

- ¿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?

4.1.1. Principios generales del control de síntomas

Una reciente RS (42) estudió la prevalencia de síntomas en pacientes oncológicos y no oncológicos (tabla 3).

RS de estudios de prevalencia 3

Tabla 3. Prevalencia de síntomas según tipo de paciente en cuidados paliativos (modificado de 42)

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

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Síntomas*	Cáncer	SIDA	Insuficiencia cardiaca	EPOC	Enfermedad renal
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	55%-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

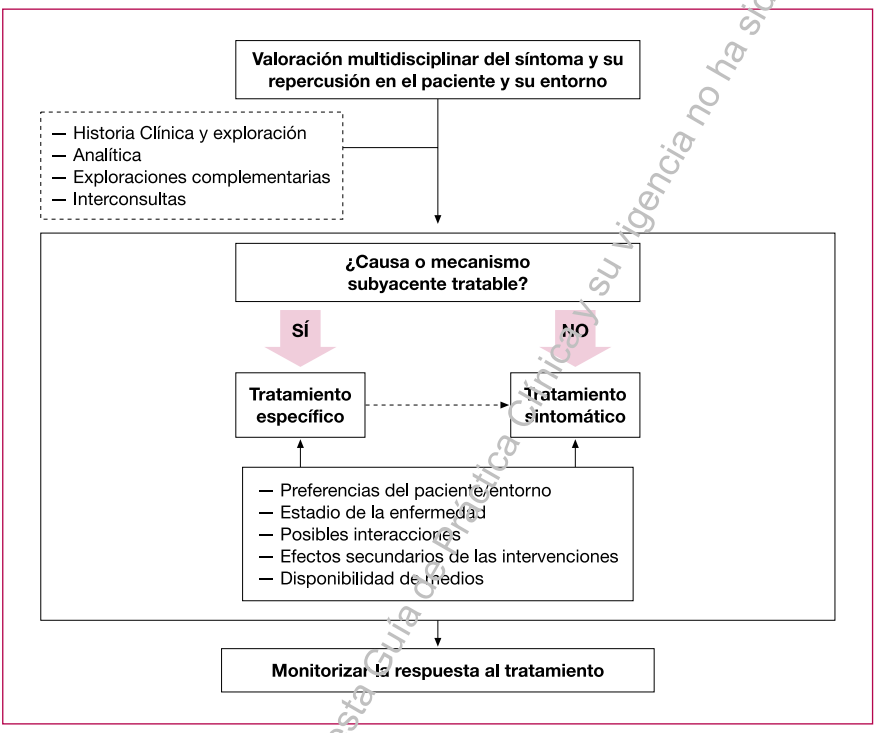
*Porcentaje y número total de pacientes evaluados por cada síntoma.

La evaluación de los síntomas 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 su familia. La valoración de la importancia de los síntomas puede no coincidir entre la persona que los sufre y los profesionales que le atienden (43). La *búsqueda intencionada* de síntomas a través de preguntas dirigidas sobre lo que preocupa o molesta al paciente puede favorecer una mejor valoración. Es necesario que la valoración sea multidisciplinar.

Los síntomas son cambiantes en el tiempo, lo que determina que la evaluación y revaluación constante del paciente y su entorno sea una necesidad y una característica esencial de los CP. En la figura 4 se resume la atención a los síntomas.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Figura 4. Algoritmo de tratamiento de síntomas



Los principios de un control efectivo de síntomas incluyen (44):

- Historia clínica y 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.
- Utilizar preferentemente la vía oral para la administración de fármacos. Cuando la vía oral no es posible, se recomienda utilizar la vía subcutánea (SC).
- Monitorizar la respuesta.

En el anexo 4 se recogen los fármacos más utilizados en CP (vademécum) y, en el anexo 5, los fármacos utilizados por vía SC y en infusión SC.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

4.1.2. 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 la atención paliativa de una forma objetiva.

Las escalas MSAS, Rotterdam Symptom Checklist, Worthing Chemotherapy Questionnaire, Oncology Treatment Toxicity Scale y Computerized Symptom Assessment Instrument son apropiadas para la valoración inicial y seguimiento.

RS de estudios de validación de cuestionarios
3

Las de MDASI; ESAS (Edmonton), SDS CAMPAS-R y Condensed MSAS son apropiadas para el seguimiento (45; 46).

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 existe ninguna evaluación del impacto en la práctica clínica del uso de estas escalas (ver anexo 2).

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 su vigencia no ha sido revisada.

4.2. Tratamiento del dolor

Preguntas para responder:

- ¿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?

4.2.1. Introducción

La International Association for the Study of Pain (IASP) define *dolor* como «una sensación o experiencia desagradable, sensorial y emocional que se asocia a una lesión tisular verdadera o potencial» (47).

4.2.2. Principios generales del tratamiento del dolor en CP

La naturaleza multidimensional del dolor en CP requiere un modelo de intervención multimodal que comprenda medidas farmacológicas, psicoterapéuticas y rehabilitadoras, entre otras. 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 (48). Los abordajes parciales de la persona con dolor pueden explicar muchos fracasos en el tratamiento.

Los principios generales que deben guiar la actuación de un equipo profesional que atiende a un paciente con dolor en la FFV se recogen en la tabla 4.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Tabla 4. 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 de 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.

RS de estudios de validación de cuestionarios 3

La evaluación de la intensidad del dolor se puede hacer mediante una escala validada. Se recomienda el uso de escalas visuales analógicas (EVA), escalas numéricas o escalas verbales de clasificación de dolor. 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 se pueden utilizar escalas específicas como PACSLAC (Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate) y DOLOPLUS 2 (49).

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

4.2.3. Clasificación del dolor

Según la duración:

- Agudo: inicio brusco y corta duración.
- Crónico: dura más de un mes.
- Irruptivo: dolor de intensidad moderada o severa 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.
- Dolor visceral: causado por infiltración, distensión o compresión de órganos dentro de la cavidad torácica o abdominal.
- Dolor neuropático: causado por lesión directa de estructuras nerviosas, ya sea por invasión directa tumoral, por consecuencia de la quimioterapia o por infecciones en un paciente debilitado (herpes zoster, etc.). El paciente lo describe como sensaciones desagradables, quemantes o punzantes o como sensación de acorchamiento, hormigueo, tirantez, prurito o presión.
- Mixto: coexistencia de varios de los mecanismos anteriores en un mismo paciente.

4.2.4. Eficacia de los tratamientos farmacológicos

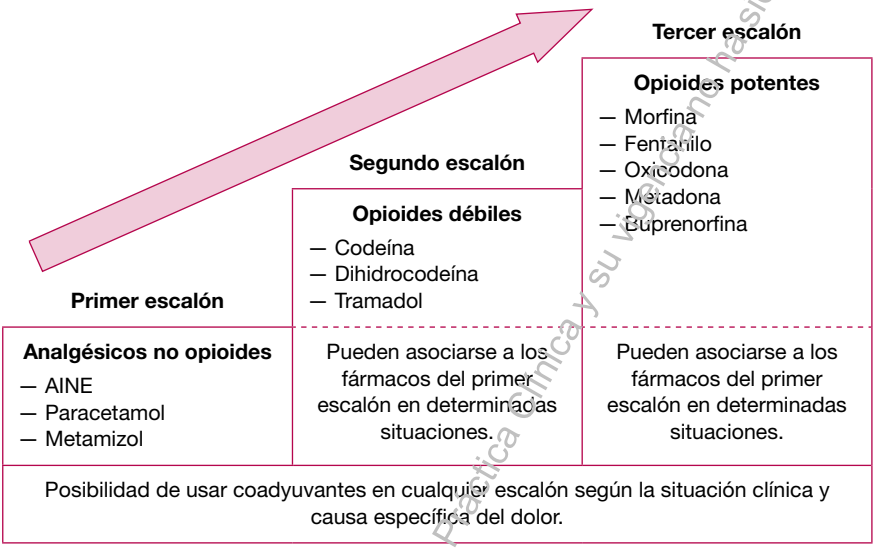
La escalera analgésica de la OMS ha sido aplicada universalmente aunque no ha sido evaluada mediante ECA (49). Con su uso se puede conseguir un porcentaje de alivio del dolor del 45%-100% (50; 51) (tabla 5).

Algunos autores proponen añadir un cuarto escalón a la escalera analgésica de la OMS (52) en caso de persistencia del dolor a pesar del uso correcto de la escalera (incluido el uso de la vía SC y de los adyuvantes), y comprendería técnicas instrumentales, como la administración epidural de opioides, bloqueos simpáticos y otras técnicas de analgesia quirúrgica.

Opinión de expertos 4

Han transcurrido más de 3 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Tabla 5. Escalera analgésica de la OMS modificada



Los AINE y el paracetamol se han mostrado eficaces frente a placebo. No existen diferencias significativas entre los distintos AINE (53). Los AINE son la primera opción en el dolor de etiología ósea y en las metástasis óseas.

En el tercer escalón, morfina es el fármaco de elección. Oxicodona, metadona y fentanilo no son más eficaces que morfina (54-56). Metadona tiene una vida media larga, con el riesgo de acumulación, y una gran variabilidad en la respuesta, lo que dificulta su dosificación.

RS de ECA
ECA
1+

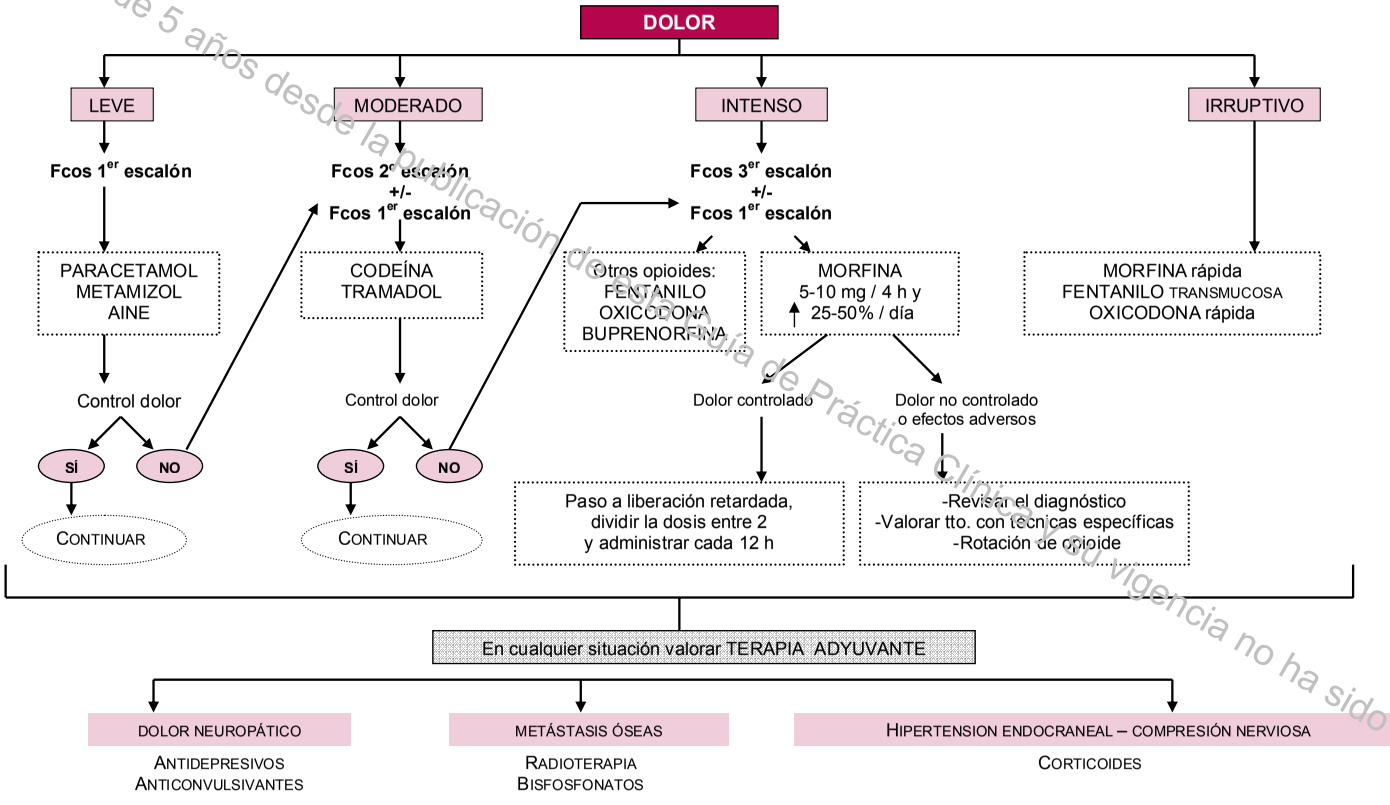
Fentanilo tiene la ventaja de la administración en forma de parches transdérmicos lo que permite su utilización en caso de dificultades para la deglución (aunque no se ha evaluado en este caso frente a morfina por vía subcutánea), problemas de cumplimiento o por preferencias de los pacientes. Su efecto 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. Buprenorfina puede administrase por vía oral, parenteral y transdérmica. Existe menos evidencia sobre su uso y no ha sido evaluada frente a otros opioides (ver anexo 6 sobre dosificación de opioides).

En la figura 5 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 su vigencia ha sido revisada.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Figura 5. Algoritmo de tratamiento del dolor en CP



Efectos secundarios de los opioides

En pacientes con dolor crónico no maligno (57), el 25% presentaron boca seca, el 21% náuseas y el 15% estreñimiento. El 22% de los pacientes abandonaron el tratamiento por efectos adversos.

RS de series de casos 3

Algunos de los efectos secundarios como la depresión respiratoria o el mareo desaparecen al producirse tolerancia al fármaco. Otros, como el estreñimiento, persisten mientras se administre.

En la población con dolor crónico maligno la incidencia de efectos adversos es superior (tabla 6) (58; 59).

Tabla 6. 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.

El tratamiento sintomático de los síntomas gastrointestinales, delirium y prurito se describe en los apartados correspondientes de la presente GPC.

Rotación de opioides

En caso de no lograr una analgesia adecuada o ante la presencia de efectos secundarios que obligan a suspender el fármaco se ha utilizado la estrategia de sustitución del fármaco inicial por un

RS de series de casos 3

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

segundo opioide. Los estudios muestran una mejoría con el cambio de opioide (60; 61). El segundo opioide utilizado con mayor frecuencia fue metadona, cuyo manejo requiere personal experto. Otras alternativas menos evaluadas pero de más fácil manejo son fentanilo, oxicodona e hidromorfona. Fentanilo presenta la ventaja añadida de su administración transcutánea.

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 un cambio a fentanilo, ya que se ha relacionado con una menor incidencia de estreñimiento (62; 63).

Opinión de expertos
4

ECA
1+

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 caso de cuadros de dolor complejos (64). En la tabla 7 se resumen los más utilizados.

ECA
1+

Tabla 7. 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

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y ya vigencia no ha sido revisada.

Fármacos	Indicaciones
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.

Las pruebas que apoyan el uso de estos fármacos en CP provienen de estudios realizados en otros ámbitos (64; 65). Incluso en otros campos la evidencia sobre la eficacia analgésica del algunos de ellos es también escasa y contradictoria (64).

Terapias alternativas y complementarias

Acupuntura: la evidencia localizada es escasa y sólo referida a la auriculopuntura en el tratamiento del dolor en pacientes con cáncer (66), sin resultados concluyentes. **RS de ECA 1+**

Musicoterapia: tiene un efecto estadísticamente significativo en el alivio del dolor y necesidad de analgesia pero de importancia clínica incierta (67).

Aromaterapia y masaje: existe limitada evidencia sobre eficacia en la ansiedad, sin pruebas suficientes sobre su efecto sobre el dolor (68).

Otros tratamientos: hay escasa evidencia sobre otros tratamientos, como la relajación muscular, la hipnosis o la meditación (69-71).

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia ha sido revisada.

4.2.5. Dolor neuropático

La evidencia procede de estudios realizados en otras poblaciones (neuropatía diabética y neuralgia postherpética, fundamentalmente). **RS de ECA 1+**

Existe evidencia consistente sobre la eficacia de los antidepresivos tricíclicos; amitriptilina es el más estudiado (65; 72). Los antiepilépticos (carbamazepina, gabapentina, pregabalina) (73; 74) también se han mostrado eficaces. Existe evidencia sobre la eficacia de los opioides (75-77).

Capsaicina tópica es moderadamente eficaz aunque presenta problemas de tolerancia local (77; 78). La lidocaína tópica puede utilizarse pero su eficacia es más controvertida (72).

Ver vademécum en el anexo 4.

4.2.6. Dolor irruptivo

El fármaco más utilizado es morfina por vía oral, aunque esta práctica no se ha evaluado mediante ECA. La dosis recomendada es 1/6 de la dosis total diaria. **ECA 1+**

Fentanilo oral transmucosa muestra un alivio más rápido del dolor en comparación con morfina oral (79; 80), pero con los inconvenientes de la necesidad de ajuste de las dosis y de su elevado coste. **RS de ECA 1+**

4.2.7. Dolor óseo metastásico

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.

Además de la analgesia (según la escalera analgésica, con énfasis en la utilización de AINE), los tratamientos disponibles

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

para las metástasis óseas son los bisfosfonatos, la radioterapia, la quimioterapia, los radioisótopos y las técnicas quirúrgicas.

Calcitonina no mejora el dolor ni la morbilidad asociada a las metástasis óseas (81). **RS de ECA 1++**

Los bisfosfonatos son eficaces en el alivio del dolor y la disminución de las complicaciones asociadas a las metástasis óseas (fracturas, necesidad de radioterapia e hipercalcemia), fundamentalmente en cáncer de mama, mieloma múltiple, próstata y población mixta (82-85). Pamidronato intravenoso (IV) y acido zoledrónico IV son más eficaces que el resto de bisfosfonatos en el alivio de la morbilidad asociada a las metástasis óseas (82; 84). La duración del tratamiento tiene que ser al menos de seis meses, lo que resulta determinante para la selección de pacientes.

La radioterapia es eficaz en el alivio del dolor y la morbilidad asociada a las metástasis cerebrales (86-88). **RS de ECA 1++**

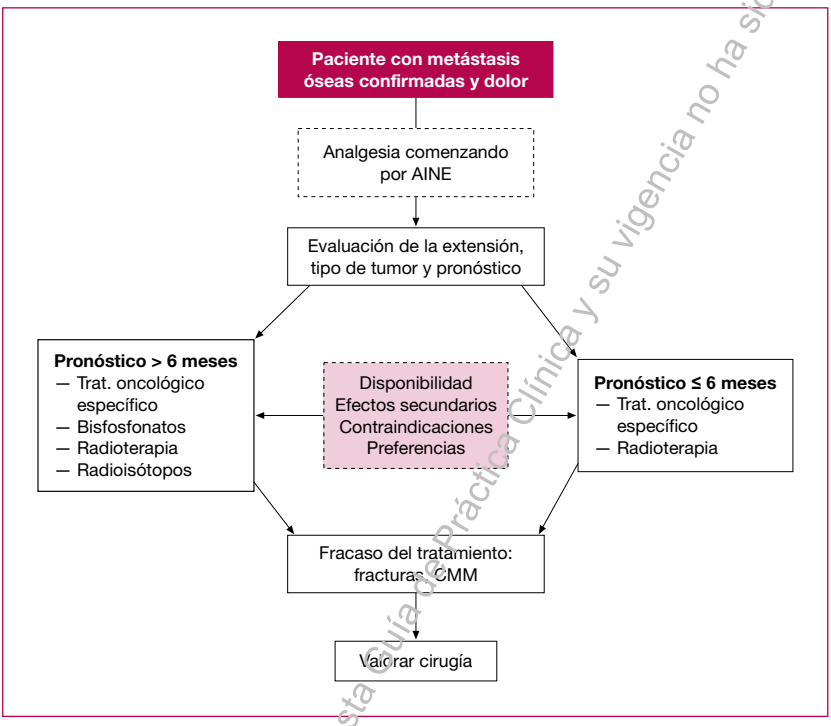
La radioterapia en dosis única es similar a la fraccionada en el alivio del dolor asociado a metástasis óseas, el riesgo de fracturas y la compresión medular, con un ligero aumento en la necesidad de retratamiento (88).

Los radioisótopos son moderadamente eficaces en el alivio del dolor asociado a las metástasis óseas, pero no en el resto de eventos (86; 89; 90). Los efectos secundarios más frecuentes fueron la trombocitopenia y sobre todo leucopenia. Se requiere una mayor investigación antes de proponer el uso de radioisótopos como primera línea del tratamiento de las metástasis óseas. **RS de ECA 1+**

En la figura 6 se resume el tratamiento de los pacientes con metástasis óseas dolorosas.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Figura 6. **Tratamiento de los pacientes con metástasis óseas dolorosas**



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.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

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 su vigencia no ha sido revisada.

4.3. Astenia, anorexia-caquexia y deshidratación

Preguntas para responder:

- ¿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?

4.3.1. Astenia y anorexia-caquexia

Se entiende por *astenia* el estado que incluye cansancio ante mínimos esfuerzos, disminución de la capacidad funcional, 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 (91).

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 cuidados paliativos.

Astenia

La astenia es el síntoma más frecuente en CP; puede presentarse hasta en el 90% de los casos (42). Son muchos los factores implicados en su aparición y pueden presentarse en diferentes momentos en un mismo paciente (tabla 8).

Tabla 8. Factores relacionados con la astenia en los pacientes en CP

• 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 su vigencia no ha sido revisada.

En muchos casos no se identifica ninguna causa tratable y es necesario emplear tratamientos sintomáticos farmacológicos o no farmacológicos (92).

El ejercicio físico, sobre todo el de intensidad aeróbica, mejora la astenia (92). Esta medida 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. Eritropoyetina y darbepoetina se han utilizado en los pacientes con insuficiencia renal y en los pacientes oncológicos con anemia (sobre todo en la producida por quimioterapia). En estos últimos (93) se mostraron eficaces para reducir las necesidades de transfusión y mejorar parámetros 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 equivalente) han sido utilizados ampliamente, aunque son muy pocos los ECA sobre su eficacia (94).

Anorexia y caquexia

Acetato de megestrol fue eficaz para mejorar el apetito y el peso en pacientes con enfermedad avanzada y diagnóstico clínico de anorexia y caquexia, sin efecto sobre la calidad de vida. Produce los siguientes efectos secundarios: impotencia, edema en miembros inferiores, trombosis venosa profunda e intolerancia gastrointestinal (95). **RS de ECA 1++**

Los corticoides metilprednisolona, prednisolona y dexametasona son eficaces en la mejora del apetito y en el peso.

No parecen existir diferencias en la mejoría del apetito y en el peso entre acetato de megestrol y corticoides (95).

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. El sulfato de hidracina no es eficaz (95). **ECA 1 +**

Los psicoestimulantes como metilfenidato o modafinilo requieren una mayor evaluación en esta indicación (94). En un **ECA 1+**

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

ECA, tanto metilfenidato como placebo se asociaron a una mejora en la astenia, sin diferencias significativas entre ambos tras una semana de tratamiento. 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 (96).

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.

4.3.2. Deshidratación

En las fases muy avanzadas de la enfermedad puede plantearse la necesidad de aporte de fluidos por vía parenteral, y habitualmente es una decisión difícil de tomar (97).

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 de la rehidratación parenteral. Existe amplio consenso sobre la necesidad de una buena comunicación del equipo con la persona y su familia que permita explicarles la evidencia existente sobre las ventajas e inconvenientes (98). Hay que tener en cuenta que esta medida puede suponer el ingreso hospitalario.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

La mejoría en algunos de los síntomas comúnmente atribuidos a la deshidratación (como la sed, la sequedad de boca o la confusión) mediante el aporte de líquidos no puede demostrarse de forma consistente (99). Una de las razones es que estos síntomas tienen una etiología multifactorial en CP y la hidratación del paciente es sólo una de ellas.

RS de estudios observacionales 3

La confusión producida por los opioides se relaciona con situaciones de bajo aporte de fluidos y puede justificar esta medida (97).

Opiniones de expertos 4

En CP puede utilizarse la administración endovenosa de líquidos o la subcutánea (hipodermoclisis). En la tabla 9 se resumen las ventajas e inconvenientes del método (98).

Tabla 9. 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.

La eficacia de la hipodermoclisis (100; 101) es comparable a la intravenosa. La hipodermoclisis requiere soluciones con electrolitos y sales (101). Se puede administrar de forma continua en 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.

RS de ECA y series de casos 1+/3

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.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

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.
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.

4.4. Síntomas respiratorios

Preguntas para responder:

- ¿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 FFV?
- ¿Cuál es el tratamiento más adecuado de la obstrucción de la vena cava superior?

4.4.1. Disnea

La *disnea* se define como una experiencia subjetiva de molestia para respirar.

Se deben tratar las causas reversibles de la disnea, 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 (102).

El uso de broncodilatadores mejora la disnea del paciente con obstrucción reversible de la vía aérea (103). La radioterapia

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

y la quimioterapia pueden ser útiles en la disnea producida por afectación neoplásica pulmonar primaria o metastásica.

Valoración de la disnea

Para evaluar la disnea en CP existen distintas escalas, utilizadas fundamentalmente en el contexto de la investigación; pero se requieren más estudios para seleccionar la más adecuada (104).

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 (105).

Oxígeno

Existe evidencia de que el oxígeno puede mejorar la disnea en reposo en pacientes seleccionados, pero se desconoce qué pacientes son los que más pueden beneficiarse de esta medida (106).

RS de ECA 1+

En una revisión (107) se analizaron los estudios sobre la eficacia de oxígeno para tratar la disnea en pacientes en diferentes situaciones clínicas:

RS de disntintos tipos de estudio 1+/2+

- Pacientes con EPOC: el oxígeno muestra resultados contradictorios en la disnea en reposo, y mejora en la disnea de esfuerzo en comparación con aire. La respuesta entre distintos pacientes es muy variable.
- Pacientes con cáncer: 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 realizar recomendaciones.

Opioides

Estos fármacos son efectivos por vía oral y parenteral. Existe insuficiente evidencia acerca de su utilidad por vía nebulizada. Los opioides estudiados son morfina, dihidrocodeína y diamorfina. Los efectos adversos descritos son los habituales (somnolencia, náuseas, vómitos, mareo y estreñimiento) (108; 109).

RS de ECA 1+

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Fármacos adyuvantes: fenotiazinas, benzodiazepinas y corticoides sistémicos

En pacientes con cáncer, prometazina es eficaz para el alivio de la disnea. La evidencia para otras fenotiazinas es contradictoria o no existe (110). Las benzodiazepinas no son eficaces salvo en la fase muy avanzada de la enfermedad (midazolam) como terapia añadida a la morfina (111). No se encontraron ECA con corticoides sistémicos.

RS de ECA 1+

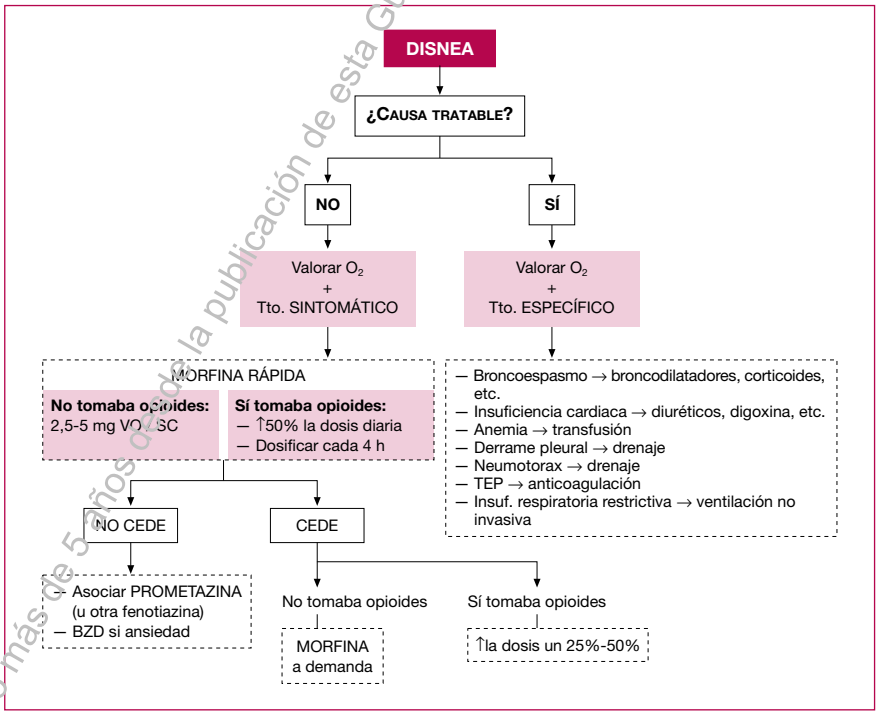
Los corticoides pueden ser útiles en determinadas situaciones: EPOC, asma, enfermos con problemas obstructivos de la vía aérea de causa tumoral o en la linfangitis carcinomatosa (102).

Series de casos 3

Consultar vademécum (anexo 4).

En la figura 7 se resume el tratamiento de la disnea en el paciente en CP.

Figura 7. 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 su vigencia no ha sido revisada.

Ventilación no invasiva en pacientes con enfermedades neurológicas motoras

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 (112). Sin embargo, no todos los pacientes 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.

Estudios observacionales y series de casos 2+/3

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 (105). La asociación del midazolam con morfina puede ser de utilidad (111).

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 su vigencia no ha sido revisada.

4.4.2. Tos

La tos está presente en el 4%-86% de los pacientes con cáncer de pulmón y en el 23%-37% en otros cánceres (102).

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

Tabla 10. Causas de tos en el paciente con cáncer avanzado (modificado de 113; 114)

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 esófago o 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

En tos primaria producida por cáncer de pulmón, el tratamiento específico con quimioterapia, y sobre todo con radioterapia, es una medida de probada eficacia (115).

Los antitusígenos pueden clasificarse, por su acción, en central (opioides y no opioides) o periférica (acción directa o indirecta) (113) (tabla 11).

Dihidrocodeína y levodropropizina se han mostrado igualmente eficaces en el alivio de la tos en pacientes oncológicos en CP. Levodropirizina produce menos somnolencia (116). **ECA 1+**

Los antitusígenos centrales opioides (folcodina, codeína, morfina, hicrocodona) y no opioides (clobutinol y cloperastina) mejoran la tos en pacientes oncológicos en CP (113-115). **Series de casos 3**

Cromoglicato sódico se ha mostrado eficaz en la tos en pacientes con cáncer de pulmón resistentes a tratamiento convencional (117). **ECA 1+**

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

En caso de precisar tratamiento para la tos debida a la EPOC puede utilizarse codeína, dihidrocodeína o dextrometorfano (118).

Opinión de expertos 4

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.

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 su vigencia no ha sido revisada.

4.4.3. 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. Entre el 2% y el 4% de los pacientes con carcinoma broncogénico presenta un OVCS a lo largo de su evolución (102).

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 (102).

Los tratamientos más utilizados son la radioterapia (sobre todo para el carcinoma de células no pequeñas), la quimioterapia (carcinoma de células pequeñas), los corticoides y la colocación de stents. 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 (119; 120). La colocación de stents consigue un alivio más rápido de los síntomas.

Series de casos 3

Aunque no hay ECA sobre la eficacia de corticoides en pacientes con cáncer de pulmón y OVCS (119), existe un amplio consenso sobre su utilización (dexametasona a dosis diaria de 16 mg) (102).

RS de ECA 1+
Opinión de expertos 4

En la tabla 12 se muestra el porcentaje de mejoría con diferentes tratamientos (119; 120).

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 cánceres pulmonares	60	19
Stent (Todo tipo de tumores incluidos pulmón)		80-95	13

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

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

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.

4.5. Síntomas psicológicos y psiquiátricos

Preguntas para responder:

- ¿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?

4.5.1. 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 (121).

Existen instrumentos que pueden ayudar a su diagnóstico. El Confusion Assessment Method (CAM), especialmente en su forma reducida de 4 items, es un instrumento validado y simple de detección del delirium. Evalúa el inicio agudo, el curso fluctuante, la falta de atención y el pensamiento desorganizado o el nivel alterado de conciencia (122; 123) (tabla 13).

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Tabla 13. **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)?

Es importante identificar los factores causantes o precipitantes del delirium, ya que determinan la necesidad de usar alguna prueba complementaria y el correcto tratamiento. A menudo la etiología es multifactorial.

En la tabla 14 se resumen las principales causas de delirium en CP oncológicos.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Tabla 14. 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	Corticoide, 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.

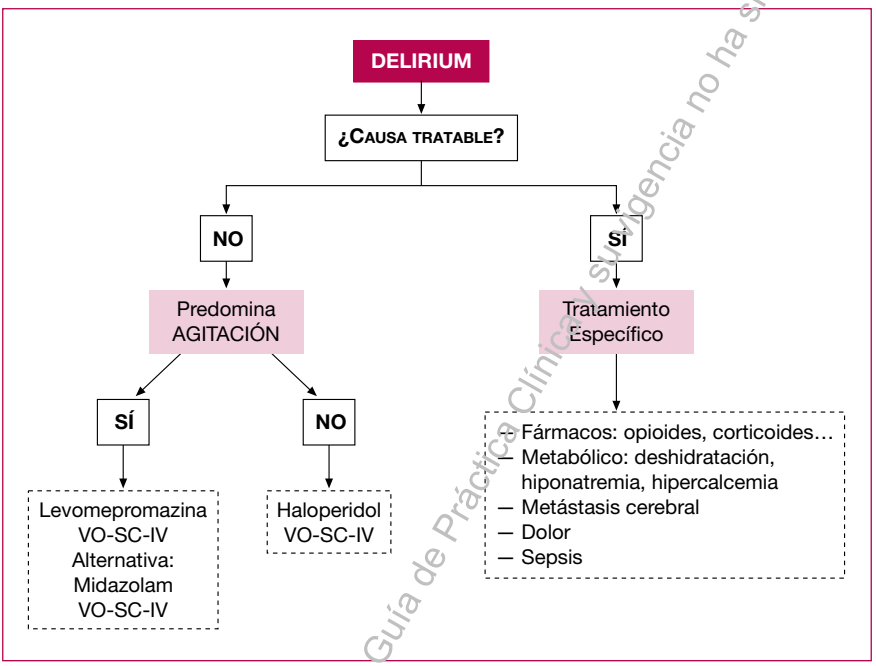
Existe una RS Cochrane sobre el delirium en CP (124), pero se basa en un solo ECA en pacientes con SIDA. Haloperidol por vía oral o IM se ha mostrado eficaz con una buena tolerancia. **RS de ECA 1+**

La hipodermoclisis puede ser útil en el caso de que la deshidratación por opioides sea la causa del delirium (97). **Opinión de expertos 4**

En la figura 8 se resume el tratamiento del delirium en el paciente en CP.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Figura 8. **Algoritmo de tratamiento del delirium en el paciente en CP**



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.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

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.

4.5.2. 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. Es un síntoma muy frecuente en los pacientes con cáncer avanzado. No se han realizado ECA sobre el insomnio en pacientes en CP (125).

Varios tratamientos cognitivo-conductuales se consideran el tratamiento de referencia del insomnio. Su eficacia, demostrada en varios metaanálisis en población general (126; 127) es comparable a la de los hipnóticos. **RS de ECA 1+**

El tratamiento farmacológico debe individualizarse en función del paciente (pronóstico de vida, riesgo de acumulación o interacción farmacológica, etc.). Ver vademécum (anexo 4). **Opinión de expertos 4**

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.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

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.

4.5.3. Ansiedad

La ansiedad es muy frecuente en CP debido al impacto de la enfermedad y a sus consecuencias personales, familiares y sociales (128).

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 (128). **RS de ECA 1+**

No existen ECA específicos sobre le tratamiento de la ansiedad en CP (68; 71; 129; 130).

Las intervenciones no farmacológicas básicas para el tratamiento de la ansiedad en el paciente en FFV son la psicoterapia de apoyo y la psicoterapia cognitivo-conductual. Estas medidas deben abordar al paciente y a su familia (130-132). **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 (128). **Opinión de expertos 4**

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 por su menor riesgo de acumulación. Cuando aparecen síntomas de ansiedad entre dosis o al final de la misma pueden utilizarse BZD de acción más larga como diazepam, clorazepato dipotásico o clonazepam.

Los neurolépticos típicos —haloperidol, clorpromazina— o atípicos —olanzapina, risperidona, quetiapina— pueden ser útiles cuando la ansiedad no se controla con BZD o cuando se

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

acompaña de alucinaciones o delirium. Pueden provocar efectos adversos extrapiramidales (128).

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.

Los opioides son útiles para el alivio de la ansiedad asociada a la disnea o al dolor (108).

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.

4.5.4. Depresión

La depresión es hasta tres veces más frecuente en los enfermos en CP que en la población general (42). 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 (128).

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 (133).

Han transcurrido más de 4 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

La mejor herramienta para el diagnóstico de la depresión en CP es la entrevista clínica, aplicando los criterios DSM-IV modificados, basándose en los síntomas emocionales y cognitivos más que en los síntomas somáticos, que están influidos por la enfermedad subyacente (128; 134).

Tratamiento

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 (133). **Opinión de expertos 4**

Las intervenciones no farmacológicas proporcionadas por el equipo que atiende al paciente (psiquiatra, psicólogo, enfermera, 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 (135; 136). **RS de ECA 1+**

Los antidepresivos tricíclicos y los ISRS son eficaces en el paciente en CP (135; 136). **RS de ECA 1+**

Los psicoestimulantes como dextroanfetamina, metilfenidato, modafinilo y pemolina pueden producir una respuesta más rápida (incluso en las primeras 24 horas) y son bien tolerados (137). **RS de distintos tipos de estudio 2+/3**

Suicidio

La tasa de suicidios es mayor en los pacientes con cáncer que en la población general (128).

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 (133).

Estrategias para prevenir el suicidio en los pacientes con cáncer (138):

- Controlar agresivamente los síntomas subyacentes, especialmente el dolor. Si es preciso, se puede recurrir a la sedación.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

- 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.

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 su vigencia no ha sido revisada.

4.6. Síntomas digestivos

Preguntas a responder:

- ¿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 adecuadas 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?

4.6.1. Cuidados de la boca

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.

Opinión de expertos 4

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.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

- Minimizar el malestar psicológico y el aislamiento y fomentar la implicación familiar.
- Mantener la dignidad del paciente, también en los últimos momentos.

4.6.2. 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. Su aparición depende del tipo de radioterapia o quimioterapia empleada y de su dosis. Es más frecuente el los tumores de cabeza y cuello, con altas dosis de quimioterapia o cuando ésta se combina con radioterapia. Existe escasa y contradictoria evidencia sobre las medidas que pueden usarse tanto para prevenirla como para tratarla (139; 140).

Prevención

Los tratamientos que ofrecen mejores resultados en la prevención de la mucositis son amifostina (sólo recomendable en caso de tratamiento combinado de quimioterapia a altas dosis y radioterapia en los pacientes que van a recibir trasplante de médula ósea) (139), pasta o pastilla antibiótica y enzimas hidrolíticas. Las astillas de hielo pueden ser efectivas en pacientes que reciben quimioterapia con 5-fluorouracilo (5-FU) (140). **RS de ECA 1+**

Otras intervenciones que muestran algún beneficio en la prevención de la mucositis son bencidamina, fosfato de calcio, miel, cuidados de la boca, povidona y sulfato de zinc (140). **RS de ECA 1+**

Tratamiento

Existe evidencia débil y contradictoria de que los enjuagues de alopurinol, factores estimulantes del crecimiento de granulocitos, inmunoglobulinas y extractos de placenta pueden ser beneficiosos en mejorar o curar la mucositis (141). La cantidad de opioides **RS de ECA 1+**

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

utilizados por hora y la duración de la terapia son menores si se utiliza analgesia controlada por el paciente que con la infusión continua (141).

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.

4.6.3. 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% reportaron xerostomía de intensidad media (142).

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 (143).

Pilocarpina oral (5-10 mg/8 horas) es eficaz en el tratamiento de la xerostomía (144-146); aunque produce efectos secundarios debido a su acción colinérgica (sudoración, rinitis, molestias urinarias). **RS de ECA 1+**

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

No hay evidencia de que la acupuntura (145) o los colutorios sirvan para mejorar los síntomas en los pacientes con xerostomía. **RS de ECA 1+**

La correcta higiene de la boca y el uso de estimuladores de la salivación, como chicles, frutas (piña) o hielo, y el uso de saliva artificial (como metilcelulosa) pueden ser útiles aunque, son escasas las evidencias sobre su eficacia (147). **Opinión de expertos 4**

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.

4.6.4. 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; en pacientes inmunodeprimidos es el origen de una diseminación sistémica (143).

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. (148).

Tratamiento

Existe consistencia sobre la eficacia de los tratamientos tópicos (nistatina, miconazol y clotrimazol) y orales (itraconazol y fluconazol) (149;150). Fluconazol es más efectivo que nistatina; no existen comparaciones entre miconazol o clotrimazol con el tratamiento oral (149; 150). **RS de ECA 1+**

En el caso particular del tratamiento de la candidiasis establecida tras la terapia inmunosupresora existe evidencia débil que **demuestra la eficacia de ketoconazol y clotrimazol a dosis** de 50 mg (151).

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Prevención

Una situación especial es la prevención de la candidiasis en los pacientes en CP con neutropenia o riesgo elevado de padecerla. Los fármacos de absorción total (fluconazol, ketoconazol, itraconazol) o parcial (clotrimazol y miconazol) en el tracto gastrointestinal son efectivos en la prevención de la candidiasis oral en los pacientes que han recibido quimioterapia o radioterapia (151).

RS de ECA 1+

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.

4.6.5. Disfagia

La disfagia puede ocurrir en el paciente en FFV por causas que interfieren con el mecanismo de la deglución, como la mucositis, la xerostomía o los tumores locales, incluidos los esofágicos.

También puede producirse por la afectación de las estructuras nerviosas implicadas en la deglución, ya sea por problemas vasculares, neurológicos (ACV, enfermedades degenerativas), o secuelas del tratamiento de cirugía o radioterapia (152).

Pueden emplearse algunas medidas generales destinadas a favorecer la deglución: hidratación adecuada, dieta blanda adaptada a las preferencias del paciente o el uso de espesantes (152).

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de práctica clínica y su vigencia no ha sido revisada.

En el caso de problemas obstructivos por edema peritumoral (esófago, faringe, laringe, etc.), el uso de corticoides se ha mostrado efectivo (152) (dexametasona 8 mg/día oral o 4 mg parenteral).

Series de casos 3

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.

4.6.6. Náuseas y vómitos

Las náuseas y vómitos se presentan entre 30% y 50% en pacientes con SIDA, insuficiencia cardiaca o renal y entre 6% y 68% de los pacientes oncológicos (ver tabla 2).

En estos últimos pacientes las náuseas y vómitos son muy frecuentes como consecuencia de la radioterapia o la quimioterapia, lo que obliga a la profilaxis de estos síntomas.

Un caso particular es el de los pacientes que sufren vómitos anticipatorios producidos ante situaciones que les recuerdan su experiencia tras un primer ciclo de radioterapia o quimioterapia.

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 la quimioterapia administrada (153).

GPC 4

Han transcurrido más de 4 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Para el caso de pacientes sometidos a quimioterapia, existen datos que avalan la eficacia de la profilaxis con dexametasona (20 mg/día) (154; 155), antagonistas de 5HT3 (155; 156) (ondansetrón 16-24*mg/día) y metoclopramida (40-60 mg/día) (155). 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 a moderado (156). **RS de ECA 1+**

Aprepitant, añadido a dexametasona y a un antagonista de 5HT3 aumenta la eficacia de la combinación de los dos últimos en pacientes con un régimen de quimioterapia con alto riesgo de emesis (157). **ECA 1+**

Los cannabinoides nabilona y dronabinol (tetrahidrocannabinol), por vía oral, y levonantradol 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, como alteraciones del estado de ánimo, sedación, paranoia o hipotensión (158). **RS de ECA 1+**

Existe mucha menos evidencia sobre la profilaxis de los vómitos inducidos por la radioterapia. Una RS sobre los antagonistas 5HT3 sólo encontró limitada evidencia a favor de este grupo (159) respecto a metoclopramida. **RS de ECA 1+**

En el abordaje de los vómitos irruptivos a pesar de la profilaxis, se recomienda la utilización de dexametasona, metoclopramida o domperidona (160-162). **Opinión de expertos 4**

En las náuseas y vómitos no asociados a terapia específica oncológica (radioterapia o quimioterapia), metoclopramida es el fármaco más estudiado; es más eficaz que placebo e igual de eficaz que clorpromazina (163). **ECA 1+**

Haloperidol (155; 164) 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 5HT3, un ECA no encontró diferencias entre metoclopramida y ondansetrón y, en un segundo ECA, tropisetrón, solo o añadido a corticoides, se mostró eficaz para controlar las náuseas y vómitos en los casos resistentes al tratamiento convencional con metoclopramida o clorpromazina (163). **ECA 1 +**

Los antihistamínicos no están avalados por ECA. En las series de casos se muestran respuestas positivas cuando existen alteraciones vestibulares.

*** 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 su vigencia no ha sido revisada.

En los casos de vómitos anticipatorios, existe evidencia consistente sobre la eficacia de la psicoterapia mediante técnicas conductuales (desensibilización sistemática) o de relajación, lo que exige personal especializado. Las benzodiazepinas (alprazolam y lorazepam), añadidas a tratamiento antiemético y apoyo psicológico, mejoran los vómitos anticipatorios (165). ECA 1+

En el la figura 9 se resume la profilaxis y el tratamiento de los vómitos en CP

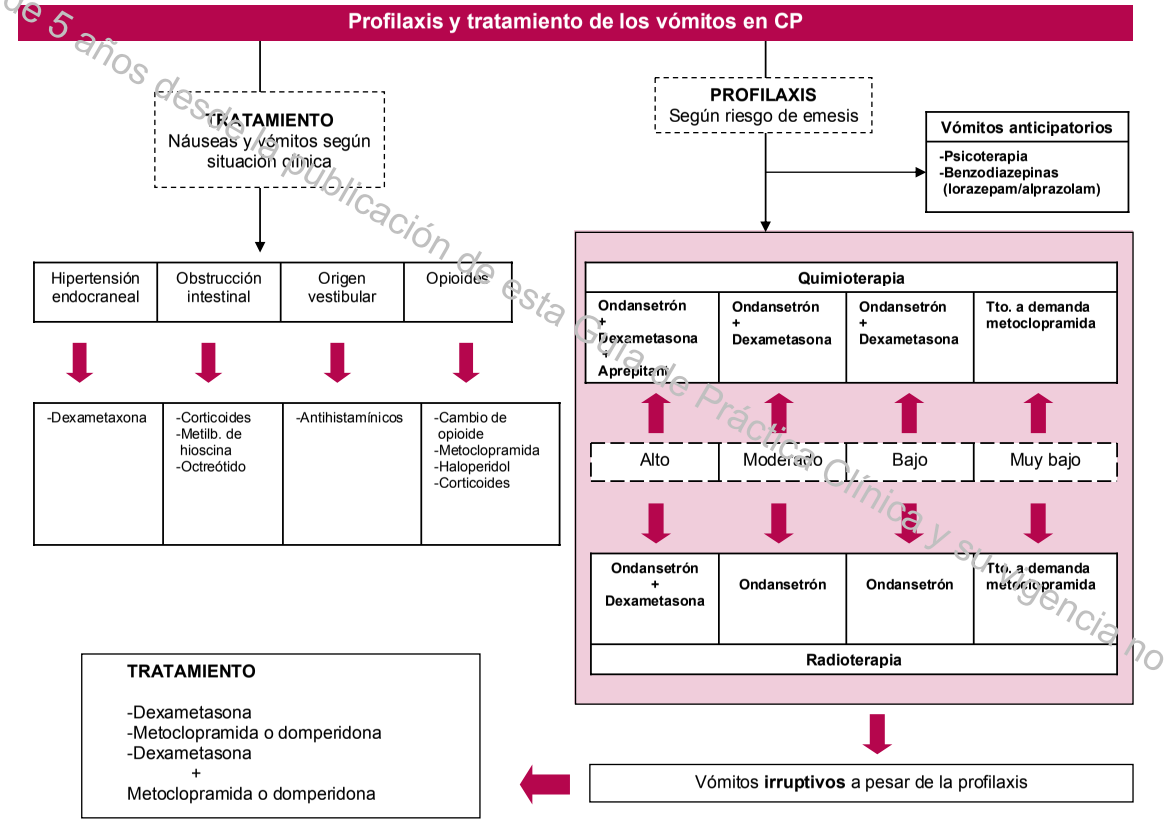
Recomendaciones

√	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 su vigencia no ha sido revisada.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Figura 9. Algoritmo de la profilaxis y tratamiento de los vómitos en CP



4.6.7. Estreñimiento

El estreñimiento afecta a una amplia proporción de pacientes en CP (tabla 3). 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 (166).

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 al posible estreñimiento producido por fármacos (167). **Opinión de expertos 4**

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, reciban o no opioides (166; 168). **RS de ECA 1+**

Las combinaciones de hidróxido de magnesio y parafina líquida, sen y lactulosa, y dantrón con poloxámero son también eficaces (168). **RS de ECA 1+**

Otra situación clínica frecuente que complica el estreñimiento es la impactación fecal (fecalomas), que a menudo determina la calidad de vida del paciente y su familia. Es necesario descartarla mediante un examen rectal antes de prescribir ningún tratamiento específico para el estreñimiento. En este caso, se recomienda el uso de laxantes administrados por vía rectal: supositorios (glicerina) o enemas (fosfatos, citrato sódico) (167). Su uso requiere la correcta analgesia del paciente. **Opinión de expertos 4**

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.
B	La prescripción de opioides debe acompañarse de medidas preventivas, incluidos los laxantes.

Han transcurrido más de cinco años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

D	En el caso de impactación fecal pueden utilizarse laxantes por vía rectal (supositorios o enemas).

4.6.8. Diarrea

La diarrea es menos frecuente que el estreñimiento en CP, sobre todo en los pacientes oncológicos. En algunas series se llega hasta el 30% de los casos; sin embargo, en el caso del SIDA puede presentarse hasta en el 90% (42).

Como ocurre con muchos de los síntomas digestivos, su etiología es multifactorial. Una de las causas más frecuentes es el uso de laxantes (167). 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 (167).

Los opioides son los fármacos más empleados en el tratamiento de la diarrea en CP. Su utilización como analgésicos puede evitar el uso de antidiarreicos adicionales. Loperamida es el antidiarréico de elección. Es eficaz también en el tratamiento de la diarrea producida por quimioterapia y radioterapia. **RS de ECA 1+**

Octreótido es eficaz en el tratamiento de la diarrea refractaria (169). En cuesto país no tiene esta indicación aprobada.

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 su vigencia no ha sido revisada.

4.6.9. 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 presentarse en el 4,4%-24% de los casos; en el de ovario, en el 5,2%-42%; y en otros tumores en fase avanzada, entre el 3% y 15% (170).

Las opciones 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 cirugía y la colocación de PMA son tratamientos eficaces en pacientes seleccionados con OIM (170, 171). El tratamiento endoscópico con colocación de PMA requiere un menor tiempo de hospitalización que la cirugía paliativa (172). **RS de ECA 1+/-**

Los corticoides presentan una tendencia no significativa en la resolución de los síntomas en la OIM, sin conseguir cambios en la mortalidad (173). **RS de ECA 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. (173). **RS de ECA 1+/-**

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 actualmente no ha sido revisada.

4.6.10. Ascitis

La ascitis puede presentarse entre un 15% y un 50 % de los pacientes con cáncer (174). 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.

Los tratamientos utilizados son la paracentésis, los diuréticos y las derivaciones peritoneovenosas. **RS de distintos tipos de estudio 2+/3**

La paracentésis muestra una eficacia elevada en síntomas, pero presenta efectos secundarios.

Los diuréticos consiguen una modesta eficacia, pero pueden producir alteraciones de iones y de la función renal.

Las derivaciones peritoneovenosas son eficaces pero presentan efectos secundarios frecuentes y graves en el 6% de los casos, lo que obliga a una selección muy cuidadosa de los pacientes que pueden beneficiarse de esta medida.

Recomendaciones

D	En caso de ascitis maligna que precise tratamiento sintomático puede utilizarse la paracentésis.
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.

4.6.11. 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).

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

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 o su familia (152).

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

Series de casos 3

Los fármacos más utilizados en el tratamiento del hipo son clorpromazina, metoclopramida, baclofeno, gabapentina, nifedipino, haloperidol y omeprazol.

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.

4.7. Cuidados de la piel

Preguntas a responder:

- ¿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?

Los problemas de la piel son muy frecuentes en las personas en FFV por diversas razones: malnutrición, deshidratación e in-

Han transcurrido más de 4 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

movilidad, además de las que puedan derivarse de los tratamientos como radioterapia o quimioterapia, o de la propia naturaleza de la enfermedad, como en el caso de las úlceras neoplásicas. En los aspectos preventivos de las úlceras por presión (UPP), 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 en la percepción de la propia imagen, y en la vida del paciente y de sus cuidadores.

4.7.1. Prevención y tratamiento de las úlceras

Prevención

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 (175). **RS de ECA 1+**

Las diferentes alternativas de superficies especiales ayudan a prevenir las úlceras, comparadas con el colchón tradicional (176).

Los ácidos grasos hiperoxigenados son eficaces en la prevención de las UPP (273). **ECA 1+**

Tratamiento

No hay evidencia de la superioridad de un tipo de apósito para el tratamiento de las UPP (177). **RS de ECA 1+**

En el caso de las úlceras neoplásicas, la aplicación tópica de una solución de miltefosina al 6% puede frenar su evolución (177). Parece que del metronidazol puede disminuir el olor, pero se necesitan más estudios.

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.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

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.

4.7.2. Prurito

Es un síntoma frecuente en pacientes en CP. Puede presentarse hasta en el 27% de los pacientes con tumores, y en el 80% si cursan con colestasis. En los pacientes con insuficiencia renal avanzada puede llegar hasta el 77% de los casos (178).

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 psicógeno.

La causa más frecuente del prurito es la piel seca. Por tanto, resulta especialmente importante su prevención mediante cuidados generales de la piel. 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.

ECA, series de casos, opinión de expertos 1+/3/4

En base a las diferentes revisiones y estudios (179-187), en la tabla 45 se resumen los tratamientos, con una propuesta de inicio y orden secuencial, teniendo en cuenta el mecanismo de acción y la eficacia.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta GUÍA de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Tabla 15. **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 que aparecen.	

Recomendaciones

D	El manejo inicial de la persona con prurito consiste en identificar y, si es posible, tratar específicamente las posibles 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 15.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

4.8. Síntomas urinarios

Preguntas para responder:

- ¿Cuál es el tratamiento más adecuado del tenesmo vesical?

4.8.1. 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, o como retención o incontinencia (188).

Las causas pueden ser infecciosas, neoplásicas, inflamatorias, por cuerpo extraño, anatómicas y por inestabilidad vesical.

El tratamiento no farmacológico consiste en insistir sobre hábitos regulares de micción, ingesta adecuada de líquidos y evitación de cafeína y alcohol. **Opinión de expertos 4**

Los fármacos más habitualmente utilizados son: oxibutinina, tolterodina, cloruro de trospio, antidepresivos tricíclicos (amitriptilinia, imipramina, etc.), AINE, corticoides, anestésicos locales con o sin opioides por vía intravesical (lidocaína 2%, bupivacaína combinada con morfina), butilescopolamina, entre otros (188). Ver anexo 4 (vademécum).

Recomendaciones

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

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

4.9. Urgencias

Preguntas para responder:

- ¿Cuál es el tratamiento más adecuado de la hipercalcemia en la persona en la FFV?
- ¿Cuál es el tratamiento más adecuado de la compresión medular en la persona en la 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?

4.9.1. Hipercalcemia

La hipercalcemia ocurre en el 10% 20% de los pacientes con cáncer. Los cánceres que se asocian con mayor frecuencia a hipercalcemia son los de mama, pulmón, próstata y mieloma múltiple (189; 190).

Los signos y síntomas más característicos se describen la tabla 16.

Tabla 16. Características clínicas de la hipercalcemia maligna (190)

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

Tratamiento

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 (189; 190). **Opinión de expertos 4**

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

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 las más eficaces (191). **RS de ECA**

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 (189). **Opinión de expertos 4**

Los corticoides se utilizan en tumores hematológicos o en pacientes con hipervitaminosis D debida a granulomatosis (189; 190). La pauta recomendada es prednisolona 40-100 mg/día por vía oral (190).

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.

4.9.2. 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 (192). 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%) (192). **Opinión de expertos 4**

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

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 (192). Los retrasos diagnósticos se relacionan con la falta de reconocimiento de los síntomas neurológicos iniciales (193). La sospecha diagnóstica precisa confirmarse mediante la realización de una resonancia magnética (193).

Opinión de expertos 4

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 corticoides, dosis elevadas de dexametasona (100 mg IV en bolos), asociados a la radioterapia aumentan la tasa de respuesta al tratamiento (193).

RS de distintos tipos de estudio 1+/2+

La radioterapia y la cirugía, en pacientes seleccionados, obtienen tasas de respuesta del 64% y el 85%, respectivamente (194).

RS de distintos tipos de estudio 2+/3

La cirugía combinada con la radioterapia mejora la supervivencia, la capacidad y el tiempo de deambulación (195) en comparación con la radioterapia sola.

ECA 1+

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.
C	El tratamiento debe llevarse a cabo lo antes posible.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica, su vigencia no ha sido revisada.

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.

4.9.3. 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 (196; 197).

En los pacientes oncológicos pueden deberse a diversos factores: tumores cerebrales primarios y metástasis cerebrales, quimioterapia, trastornos metabólicos, síndromes paraneoplásicos, complicaciones cerebrovasculares, infecciones del SNC y radioterapia craneal.

Dependiendo de la situación clínica del paciente puede utilizarse en primer lugar diazepam IV (198). La vía IM no debe utilizarse, debido a su absorción irregular. El diazepam también permite la administarción rectal (199; 200). Midazolam es una alternativa y cuenta con la ventaja de su administración por vía subcutánea. **ECA 1+**

En el caso de convulsiones en la fase de agonía, además de la opción del diazepam rectal, puede utilizarse midazolam vía subcutánea (201). **Opinión de expertos 4**

La profilaxis anticonvulsiva no es eficaz en la prevención primaria de convulsiones en los pacientes con neoplasias cerebrales (202). **RS de ECA 1+**

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

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.

4.9.4. 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, 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 (203-205).

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, el pronóstico vital del paciente, además de sus valores y preferencias.

Opinión de expertos 4

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

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 su vigencia no ha sido revisada.

Han transcurrido más de cinco años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

5. Apoyo psicosocial y espiritual a la persona en FFV

Preguntas para responder:

- ¿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?

5.1. Apoyo psicosocial

5.1.1. Necesidades psicosociales

Enfrentarse a una enfermedad amenazante para la vida ocasiona una serie de necesidades psicosociales en los pacientes —al margen de los 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 (5).

Se recomienda una evaluación de los aspectos psicosociales que considere 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, y relación médico-paciente.

RS de distintos tipos de estudios 1+/2+/3/Q

En pacientes con cáncer avanzado, las intervenciones psicosociales producen efectos beneficiosos, como la disminución de tristeza y depresión, y mejoran los mecanismos de afrontamiento (206).

RS de ECA 1+

En pacientes con cáncer en distintos estadios de evolución, la psicoterapia mejora aspectos psicosociales, tales como la adaptación a la nueva situación, depresión, ansiedad, etc. De las intervenciones estudiadas, la terapia grupal, la educación, el consejo estructurado o no estructurado, y terapia cognitiva-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 (207).

RS de distintos tipos de estudios 1+/2+

Hay menos datos para precisar qué tipo de intervención es más eficaz, cuál debe ser la duración e intensidad o quién es el profesional más apropiado para llevarla a cabo (206; 207).

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 acerca de cuáles serían el perfil profesional y el ámbito (hospitalario o comunitario) más adecuados (208).

RS de distintos tipos de estudios 1+/2+/3/Q

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.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

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.

5.2. Apoyo espiritual

En primer lugar, es necesario definir qué entendemos por *espiritualidad* y en qué se diferencia de otros aspectos psicológicos.

Opinión de expertos 4

Algunos autores (209) 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 (210), no resulta relevante que los profesionales sanitarios creamos o no que existe diferencia entre cuerpo, mente y espíritu para ofrecer unos buenos CP centrados en el paciente.

Las necesidades que llamaremos espirituales pueden deducirse de las conductas o ser explicitadas por el paciente.

De acuerdo a la definición de *espiritualidad* que utiliza Holloway (211), 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 ligada a la religión—, se debe considerar imprescindible la valoración de esta necesidad en cualquier paciente.

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 el indicado. Se aconseja establecer un instrumento sencillo de cribado y tener en cuenta que los pacientes prefieren conversar a rellenar cuestionarios (210). La valoración debería basarse en las técnicas básicas de comunicación: preguntas abiertas, escucha activa y silencios (4; 5; 210).

Opinión de expertos 4

Han transcurrido más de cinco años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

La espiritualidad repercute en el bienestar general de los pacientes en CP y en su calidad de vida (209). Se han establecido una serie de categorías que sintetizan los hallazgos acerca de la relación de la espiritualidad con el bienestar de los pacientes:

RS de distintos tipos de estudios 2+/3

- Sentido de la fe
- Empoderamiento y confianza
- Vivir con sentido y esperanza

Tampoco existe evidencia apropiada que determine cómo debería proporcionarse la atención espiritual. La guía NICE (5) recomienda escuchar las experiencias del paciente y de las preguntas que 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 y 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.

GPC y opinión de expertos 4

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 su vigencia no ha sido revisada.

6. Apoyo psicosocial a la familia

Preguntas para responder:

- ¿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?

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 (212).

RS de distintos tipos de estudios 1+/2+/3/Q

En el caso de los cuidadores de ancianos o pacientes con demencia, un campo en el que resulta más difícil establecer las diferencia entre paciente crónico y paciente en FFV, los cuidadores expresan estas inquietudes y deseos (213):

RS de distintos tipos de estudios 2+/Q

- 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.

Respecto al concepto de carga**,** son factores determinantes para percibir el cuidado como tal la depresión (214) y la vulnerabilidad del cuidador (215). Los factores que predisponen 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 (215).

Series de casos 3

Estudios Cualitativos Q

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

No existe un único modelo de atención a las necesidades de los ciudadanos que pueda resultar aceptable para todos los cuidadores y que cubra todas sus necesidades (212). Una RS sobre esta cuestión concluye lo siguiente:

RS de distintos tipos de estudios 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.

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 su vigencia no ha sido revisada.

7. Atención en los últimos días. Agonía

Preguntas para responder:

- ¿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?

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 allegados del paciente (216).

Opinión de expertos 4

El sufrimiento pobremente aliviado en los días previos a la muerte del enfermo se recuerda siempre por los familiares, puede causar un gran sufrimiento durante meses e incluso años y en ocasiones hace que se olviden los cuidados recibidos en etapas anteriores.

El primer reto que se plantea en esta fase es su reconocimiento y la comprensión de la multifactorialidad del sufrimiento. Es importante, y también difícil, distinguir una fase terminal de una recaída con remisión.

Los signos más claros de una muerte cercana se pueden valorar mediante una monitorización diaria del estado del enfermo (216).

En pacientes con cáncer, los signos que con frecuencia se asocian a la fase terminal son los siguientes (217): encamamiento del paciente, estado semicomatoso, ingesta limitada a líquidos o a pequeños sorbos e incapacidad para la administración oral de fármacos.

La valoración que otorgan los cuidadores y médicos a los síntomas de los últimos días de la vida puede diferir de la del enfermo (218).

Estudio descriptivo 3

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

7.1. Atención al enfermo y su familia en los últimos días u horas de la vida

Es importante atender las especiales demandas que presenta en diferentes esferas (217; 143; 5):

7.1.1. 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).
- Suspender todas las pruebas e intervenciones innecesarias (analíticas, toma de constantes, etc.).
- Mantener la observación para obtener el mejor control de síntomas posible.

7.1.2. 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.
- Valorar las necesidades religiosas y espirituales.

7.1.3. 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.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

- 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.

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 (5).

Opinión de expertos
4

7.1.4. Estertores premortem

Es 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 (219).

Las series de casos sugieren que hasta el 75% de los pacientes con estertores del moribundo responden a fármacos antimuscarínicos (butilescopolamina, bromhidrato de escopolamina) (219).

Series de casos
3

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

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 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica a su vigencia ha sido revisada.

8. Sedación paliativa

Preguntas para responder:

- ¿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 la vías de administración recomendadas para realizar una sedación paliativa?

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 (220). 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 consciencia en un paciente cuya muerte se prevé muy próxima (220).

8.1. Proceso de la sedación paliativa en la agonía

El proceso de sedación paliativa en la agonía tiene que cumplir una serie de requisitos (221):

Opinión de expertos 4

- 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.
- Consentimiento explícito del enfermo, o de la familia si el enfermo fuera incompetente.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

- Los profesionales implicados deben tener una información clara y completa del proceso y efectuar el registro en la historia clínica.

- Administración de fármacos en las dosis y combinaciones necesarias hasta lograr el nivel de sedación adecuado.

Una prescripción correcta de la sedación paliativa, a su vez, requiere: la cuidadosa evaluación del diagnóstico del final de la vida; la presencia de síntomas y de sufrimiento físico o psíquico refractario, y una evaluación de la competencia del paciente a la hora de tomar la decisión acerca de la sedación (su capacidad para comprender la información relevante, de expresar sus deseos y de conocer las implicaciones de la su decisión). La competencia de enfermo debería ser valorada por un equipo con experiencia.

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, tratamiento del dolor, intervenciones psicosociales, cuidado del entorno, etc.) (222). 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 o de la competencia del enfermo, se recomienda consultarlo con otros expertos (221).

El consentimiento implica que el paciente es competente para tomar decisiones y que, adecuadamente informado, expresa su deseo explícito de sedación.

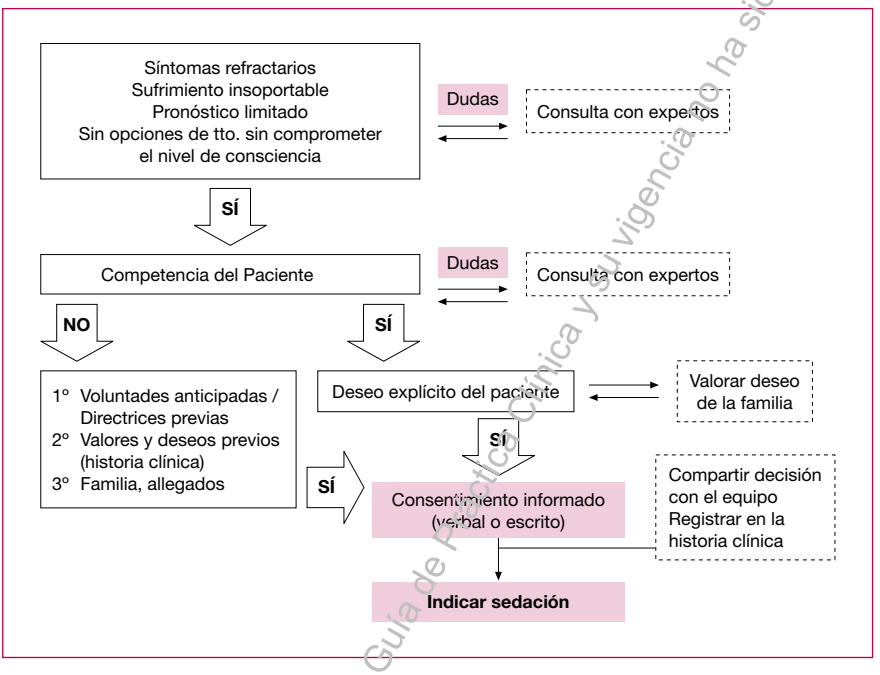
Debido a la complejidad en la toma de decisiones sobre la sedación, cuando esta situación sea previsible, es importante trabajar con el paciente sobre su opinión al respecto de forma anticipada o preventiva, antes de que llegue a la agonía.

Se debe registrar el proceso de sedación en la historia clínica.

En la figura 10 se resume el proceso de la sedación

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Figura 10. Proceso de la sedación paliativa



Existe poca evidencia científica con respecto a qué medicación y a qué dosis debe utilizarse para la sedación paliativa (221; 223; 224). **RS de series de casos 3**

Entre los fármacos empleados para la sedación en medicina paliativa, midazolam es el fármaco más utilizado y con una eficacia que oscila entre el 75%-100% (224).

Tras iniciar el tratamiento farmacológico se recomienda monitorizar el nivel de sedación mediante la escala de Ramsay (anexo 2), dejando constancia de ello en la historia clínica (220; 225). **Opinión de expertos 4**

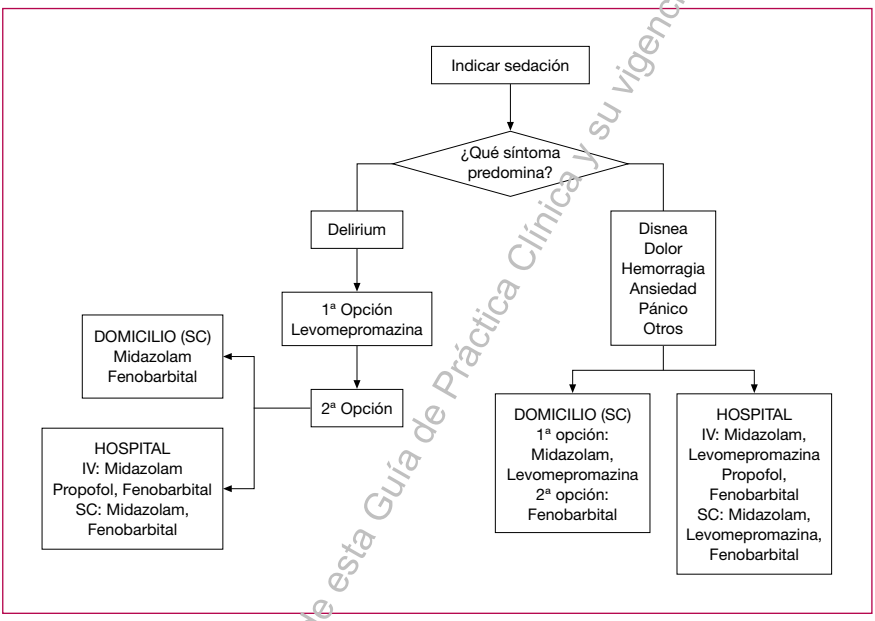
Los principios éticos de la sedación son: **Opinión de expertos 4**

- Indicación y práctica adecuada
- Intencionalidad: el objetivo es el alivio del sufrimiento **Legislación LG**
- Principio de proporcionalidad
- Principio de autonomía (221)

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

En la figura 11 se propone un algoritmo para el uso de fármacos en la sedación en función de los síntomas predominantes (220; 225).

Figura 11. Algoritmo para el tratamiento farmacológico de la sedación



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.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

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 su vigencia no ha sido revisada.

9. Duelo

Preguntas para responder:

- ¿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?

Opinión de expertos 4

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 (226), que sufren familiares y amigos antes, durante y después de su fallecimiento.

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 (226).

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 (226).

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 las situaciones más estresantes por las que puede pasar una persona (227; 228).

La mayoría de las personas se sobreponen a su 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*— (226; 229).

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

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.

9.1. Factores de riesgo de duelo complicado y su valoración

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 (226; 229; 230).

Opinión de expertos 4

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.).

La valoración del duelo de riesgo se realiza en base a las siguientes fuentes:

1. Las mejores evidencias disponibles acerca de los factores de riesgo de duelo complicado
2. El juicio clínico
3. 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.

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 (230).

La evaluación del riesgo de duelo complicado implica cuatro categorías de información (230):

1. Características de la enfermedad, de los cuidados en la FFV 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.
   - Enfermedad prolongada y doliente en edad media.

RS de distintos tipos de estudio 2+/3

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

2. Características del doliente:

RS de distintos tipos de estudio 2+/3

   - Fase del ciclo vital (adolescentes, viudos, etc.).
   - Historia de pérdidas previas, especialmente no resueltas, como infidelidad, divorcio o abortos.
   - Factores estresantes concurrentes: tensiones familiares, problemas económicos o laborales, insatisfacción con los cuidados y/o abuso de alcohol o psicofármacos.
   - Enfermedad física o mental.
   - Intenso sufrimiento durante la enfermedad.
   - Mala adaptación inicial a la pérdida, expresada como sufrimiento emocional intenso o depresión grave.
   - Incapacidad o limitación en el uso de las estrategias de afrontamiento: cuidarse físicamente, modulación del sufrimiento del duelo, acceder a las ayudas disponibles, etc.
   - Personas solitarias y/o distantes.
   - Tener poco control interno sobre las creencias, p. ej. sentir que no controla su propia vida.

3. Relaciones interpersonales:

RS de distintos tipos de estudio 2+/3

   - La percepción de apoyo social insuficiente.
   - El doliente no tiene una persona de confianza con quien compartir sus sentimientos, dudas o preocupaciones.
   - La experiencia del duelo altera la red de apoyo social, p. ej. 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.
   - Relación ambivalente o dependiente con el fallecido.
   - Matrimonios con una relación especialmente buena, duradera y exclusivista.
   - Familias con bajos niveles de cohesión, comunicación y de capacidad para resolver conflictos.

4. Características del fallecido:

Estudios descriptivos, 3

   - Niños, adolescentes, adultos jóvenes, progenitores (especialmente si el padre o la madre que sobrevive tiene pocas capacidades de afrontamiento).

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

9.2. Duelo complicado o trastorno por duelo prolongado

Aproximadamente un 10%-20% de los dolientes tienen importantes dificultades en su proceso de adaptación a la pérdida (231).

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 (231; 232).

9.3. Eficacia de las intervenciones en el duelo

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 (229; 231; 233-235).

RS de ECA y estudios de intervención 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 (229; 231; 233-235).

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.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

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, su vigencia no ha sido revisada.

Anexos

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

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.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

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 nunguna evidencia. En general, estos casos están relacionados con algún aspecto del tratamiento que nadie cuestionaría habitualmente y son valorados como puntos de «buena práctica clínica».*

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

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 su vigencia no ha sido revisada.

Palliative Prognostic Score (PaP Score)

Variable	Puntos
Disnea	
Presente	1
Ausente	0
Anorexia	
Presente	1,5
Ausente	0
Estimación Clínica (semanas)	
>12	0
11-12	2
9-10	2,5
7-8	2,5
5-6	4,5
3-4	6
1-2	8,5
Índice de Karnofsky	
≥30	0
10-20	2,5
Leucocitos totales por mm^3	
≤8.500	0
8.501-11.000	0,5
>11.000	1,5
Porcentaje de linfocitos	
<12	2,5
12-19,9	1
≥20	0
Grupos de riesgo	**Total de puntos**
A (probabilidad de sobrevivir a 30 días >70%)	0 - 5,5
B (probabilidad de sobrevivir a 30 días 30-70%)	5,6 - 11
C (probabilidad de sobrevivir a 30 días <30%)	11,1 - 17,5

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.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

- 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

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

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

- 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 su vigencia no ha sido revisada.

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)

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

- 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)

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 sentarse 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)

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

- 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 su vigencia no ha sido revisada.

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.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

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.

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)

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

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

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

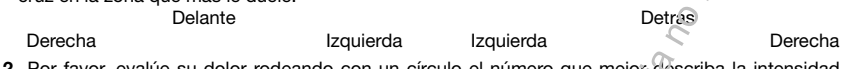
La Escala visual analógica de mejora consiste en la misma línea recta donde en el extremo izquierdo aparece la no mejora y en el derecho la mejora completa.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No mejora										Mejora completa

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

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.



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

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

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

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 su vigencia no ha sido revisada.

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 su vigencia no ha sido revisada.

Anexo 3. 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[2].

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.

[2] 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.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

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.

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[2]

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.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

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.

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 su vigencia no ha sido revisada.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Anexo 4. 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 su vigencia no ha sido revisada.

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 su vigencia no ha sido revisada.

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 o 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/12h 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 o 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

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

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 y su vigencia no ha sido revisada.

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 su vigencia no ha sido revisada.

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 DIPOTÁSICO	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 y su vigencia no ha sido revisada.

Síntoma	Fármaco	Dosis recomendada	Observaciones
TOS	**SUPIVACAÍNA**	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 su vigencia no ha sido revisada.

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

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

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 su vigencia no ha sido revisada.

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
NAUSEAS 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 su vigencia no ha sido revisada.

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 su vigencia no ha sido revisada.

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	

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

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 vía 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 • Medicamento de diagnóstico hospitalario
ÚLCERA NEOPLÁSICA	MILTEFOSINA	Vía tópica: 1 -2 aplicaciones/día	
	METRONIDAZOL	Vía tópica: 1 aplicación/8 h	

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

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 su vigencia no ha sido revisada.

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 bromhidrato 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 su vigencia no ha sido revisada.

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 su vigencia no ha sido revisada.

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 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

El Vademécum por principio activo está disponible en la versión completa de esta GPC (http://www.guiasalud.es/).

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Anexo 5. Administración de fármacos por vía subcutánea en CP

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

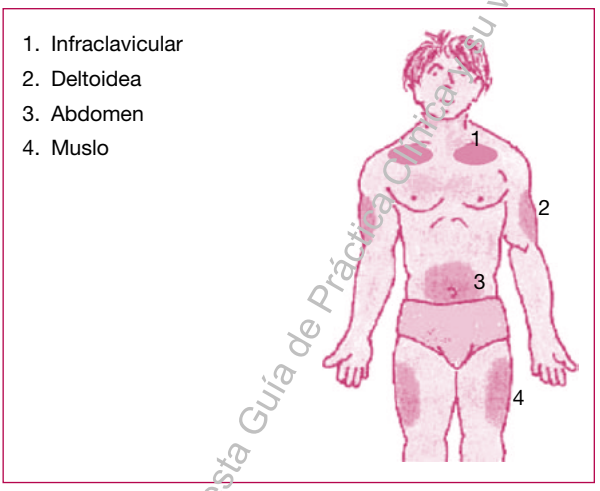
- Bomba de infusión
- Jeringas
- Aguja tipo palomilla 25 G
- Tiras adhesivas y apósitos transparentes
- Suero fisiológico o agua para inyección
- Solución antiséptica (clorhexidina, povidona yodada)
- Guantes

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.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

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).

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)



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 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 caso de inyecciones repetidas.

Medicación administrada por vía subcutánea

Pueden administrarse varios fármacos simultáneamente aunque su compatibilidad en un mismo dispositivo no está bien establecida en muchas ocasiones

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

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.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

- 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, podría utilizarse un infusor de varios días. En el caso anterior, si disponemos 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).

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 fárma-

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

cos (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)

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.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Anexo 6. 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 su vigencia no ha sido revisada.

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.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

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.

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.

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.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta GUÍA de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Tabla de conversión de morfina oral a fentanilo transdérmico

Morfina oral 24-horas (mg/día)	Dosis de Fentanilo transdermico (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 ó 2 comprimidos sublinguales de 0,2 mg cada 24 horas además del parche).

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

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 su vigencia no ha sido revisada.

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.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Anexo 7. 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 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.

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 va-

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

loran 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.

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).

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica (GPC) sin que haya sido revisada.

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 4 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

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 no ha sido revisada. Valore la vigencia antes de su uso.

Abreviaturas

ACV	Accidente cerebrovascular
ADT	Antidepresivos tricíclicos
AECC	Asociación Española contra el Cáncer
AINE	Antiinflamatorios no esteroideos
BPI	Brief Pain Inventory
BZD	Benzodiazepinas
CAM	Confussion Assessment Method
CBD	Cuestionario Breve del Dolor
CEA	Comité de ética asistencial
CMM	Compresión medular maligna
CP	Cuidados paliativos
SGRQ	Sant George's Respiratory Questionnaire
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ECA	Ensayo clínico aleatorizado
EPOC	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
ESAD	Equipos de soporte de atención domiciliaria
ESAS	Edmonton Symptom Assessment System
Escala ADL	Activities of Daily Living
Escala ECOG	Eastern Cooperative Oncology Group
Escala FAST	Functional Assessment Staging
Escala MSAS	Memorial Symptom Assessment Scale
EVA	Escala visual analógica
FEV	Volumen espiratorio forzado
FFV	Fase final de la vida
FU	Fluorouracilo
GI	Gastrointestinal
GPC	Guía de práctica clínica
IASP	International Association for the Study of Pain
ICC	Insuficiencia cardiaca congestiva
IECA	Inhibidor del enzima conversor de la angiotensina
IM	Intramuscular
IP	Instrucciones previas
ISRS	Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina
IV	Intravenoso
MDAS	Memorial Delirium Assessment Tool
MELD	Model for End Liver Disease
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

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

PaP Score	Palliative Prognostic Score
PMA	Prótesis metálicas autoexpandibles
RMN	Resonancia magnética nuclear
RS	Revisión sistemática
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
UPP	Úlceras por presión
VA	Voluntades anticipadas

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Anexo 8. 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, Socorro Lizarraga, 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 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 es vigente, no ha sido revisada.

Bibliografía

1. Estrategia en Cuidados Paliativos. Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
2. World Health Organization. WHO definition of palliative care. Disponible en: http://www who int/cancer/palliative/definition/en/ [Acceso marzo 2007].
3. Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Heath Care Guideline: Palliative Care. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); 2007.
4. Guidelines for a Palliative Approach in Residential Aged care. Canberra: The National Palliative Care Program. National Health and Medical Research Council; 2006.
5. Improving Supportive and Palliative Care for Adults with Cancer. London: National Institute for Clinical Evidence; 2004.
6. 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.
7. 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.
8. 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.
9. 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.
10. 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.
11. 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.
12. 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 su vigencia no ha sido revisada.

13. 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.

14. 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.

15. 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.

16. 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.

17. 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.

18. 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.

19. 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.

20. 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.

21. 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.

22. 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.

23. 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.

24. Centeno CC, Nuñez Olarte JM. Estudios sobre la comunicación del diagnóstico de cáncer en España. Med Clin (Barc). 1998;110(19):744-50.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

25. 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.

26. 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.

27. 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.

28. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. CMAJ. 1995;152(9):1423-33.

29. 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.

30. 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.

31. Buckman R. Breaking bad news: why is it still so difficult? Br Med J (Clin Res Ed). 1984;288(6430):1597-9.

32. Rabow MW, McPhee SJ. Beyond breaking bad news: how to help patients who suffer. West J Med. 1999;171(4):260-3.

33. 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.

34. 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.

35. 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.

36. 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.

37. Alonso BA. Atención a la familia. Aten Primaria. 2006;38 Suppl 2:14-20.

38. Astudillo W, Clavé E, Urdaneta E. Necesidades psicosociales en la terminalidad. 1ª edición. En: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos, editor. San Sebastián; 2001.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

39. Arce Garcia MC. Problemas éticos en cuidados paliativos. Aten Primaria. 2006;38 Suppl 2:79-84.

40. 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.

41. Shalowitz DI, Garrett-Mayer E, Wendler D. The accuracy of surrogate decision makers: a systematic review. Arch Intern Med. 2006;166(5):493-7.

42. 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.

43. 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.

44. 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.

45. 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.

46. 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.

47. Vervest AC, Schimmel GH. Taxonomy of pain of the IASP. Pain. 1998;34(3):318-21.

48. 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.

49. Control of pain in patients with cancer. Draft Guideline. Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN); 2007.

50. 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.

51. 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.

52. Miguel R. Interventional treatmente of cancer Pain:The Fourth Step in the World Health Organization Analgesic Ladder? Cancer Control. 2000;7(2):149-56.

53. 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.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y se vigencia no ha sido revisada.

54. Nicholson AB. Methadone for cancer pain. Cochrane Database Syst Rev. 2004;(2):CD003971.

55. 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.

56. Wiffen PJ, Edwards JE, Barden J, McQuay HJ. Oral morphine for cancer pain. Cochrane Database Syst Rev. 2003;(4):CD003868.

57. 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.

58. 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.

59. 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.

60. Mercadante S, Bruera E. Opioid switching: a systematic and critical review. Cancer Treat Rev. 2006;32(4):304-15.

61. Quigley C. Opioid switching to improve pain relief and drug tolerability. Cochrane Database Syst Rev. 2004;CD004847.

62. 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.

63. 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.

64. 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.

65. Saarto T, Wiffen PJ. Antidepressants for neuropathic pain. Cochrane Database Syst Rev. 2005;(3):CD005454.

66. 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.

67. Cepeda MS, Carr DB, Lau J, Alvarez H. Music for pain relief. Cochrane Database Syst Rev. 2006;(2):CD004843.

68. Fellowes D, Barnes K, Wilkinson S. Aromatherapy and massage for symptom relief in patients with cancer. Cochrane Database Syst Rev. 2004;(2): CD002287.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

69. 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.

70. Pan 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.

71. 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.

72. Wareham D. Postherpetic neuralgia. Clin Evid. 2005;(14):1017-25.

73. 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.

74. Wiffen PJ, McQuay HJ, Edwards JE, Moore RA. Gabapentin for acute and chronic pain. Cochrane Database Syst Rev. 2005;(3):CD005452.

75. Duhmke RM, Cornblath DD, Hollingshead JR. Tramadol for neuropathic pain. Cochrane Database Syst Rev. 2004;(2):CD003726.

76. Eisenberg E, McNicol E, Carr DB. Opioids for neuropathic pain. Cochrane Database Syst Rev. 2006;3:CD006146.

77. Wong Mc, Chung JWY, Wong TKS. Effects of treatments for symptoms of painful diabetic neuropathy: systematic review. BMJ. 2007;335(7610):87.

78. 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.

79. Zeppetella G, Ribeiro MD. Opioids for the management of breakthrough (episodic) pain in cancer patients. Cochrane Database Syst Rev. 2006;(1): CD004311.

80. 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.

81. Martinez-Zapata MJ, Roque M, onso-Coello P, Catala E. Calcitonin for metastatic bone pain. Cochrane Database Syst Rev. 2006;3:CD003223.

82. Wong R, Wiffen PJ. Bisphosphonates for the relief of pain secondary to bone metastases. Cochrane Database Syst Rev. 2002;(2):CD002068.

83. 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.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

84. Yuen KK, Shelley M, Sze WM, Wilt T, Mason MD. Bisphosphonates for advanced prostate cancer. Cochrane Database Syst Rev. 2006;(4):CD006250.

85. Pavlakis N, Schmidt R, Stockler M. Bisphosphonates for breast cancer. Cochrane Database Syst Rev. 2005;(3):CD003474.

86. McQuay HJ, Collins SL, Carroll D, Moore RA. Radiotherapy for the palliation of painful bone metastases. Cochrane Database Syst Rev. 2000;(2): CD001793.

87. 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.

88. 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.

89. Roque M, Martinez MJ, Alonso P, Catala E, Garcia JL, Ferrandiz M. Radioisotopes for metastatic bone pain. Cochrane Database Syst Rev. 2003;(4): CD003347.

90. 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.

91. 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.

92. Mock V. Evidence-based treatment for cancer-related fatigue. J Natl Cancer Inst Monogr. 2004;(32):112-8.

93. 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.

94. 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.

95. 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.

96. 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.

97. Fainsinger RL, Bruera E. When to treat dehydration in a terminally ill patient? Support Care Cancer. 1997;5(3):205-11.

98. Dalal S, Bruera E. Dehydration in cancer patients: to treat or not to treat. J Support Oncol. 2004;2(6):467-79, 483.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

99. 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.

100. Turner T, Cassano AM. Subcutaneous dextrose for rehydration of elderly patients--an evidence-based review. BMC Geriatr. 2004;4:2.

101. 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.

102. Chan K, Sham M, Tse D, Thorsen A. Palliative medicine in malignant respiratory disease. En: Doyle D, Hanks G, Chreney N, Calman K, editors. Oxford Textbook of Palliative Medicine. Third ed. Oxford: Oxford University Press; 2004.

103. 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.

104. 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.

105. Gallagher R. An approach to dyspnea in advanced disease. Can Fam Physician. 2003;49:1611-6.

106. 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.

107. 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.

108. 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.

109. 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.

110. 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]

111. 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.

Han transcurrido más de cinco años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y ésta vigente aún no ha sido revisada.

112. Eng D. Management guidelines for motor neurone disease patients on non-invasive ventilation at home. Palliat Med. 2006;20(2):69-79.

113. Homsi J, Walsh D, Nelson KA. Important drugs for cough in advanced cancer. Support Care Cancer. 2001;9(8):565-74.

114. Estfan B, LeGrand S. Management of cough in advanced cancer. J Support Oncol. 2004;2(6):523-7.

115. Kvale PA. Chronic cough due to lung tumors: ACCP evidence-based clinical practice guidelines. Chest. 2006;129(1 Suppl):147S-53S.

116. 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.

117. Moroni M, Porta C, Gualtieri G, Nastasi G, Finelli C. Inhaled sodium cromoglycate to treat cough in advanced lung cancer patients. British Journal of Cancer. 1996;74:309-11.

118. Braman SS. Chronic Cough Due to Chronic Bronchitis: ACCP Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. Chest. 2006;129(1_suppl):104S-115.

119. 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.

120. Uberoi R. Quality assurance guidelines for superior vena cava stenting in malignant disease. Cardiovasc Intervent Radiol. 2006;29(3):319-22.

121. Centeno C, Sanz A, Bruera E. Delirium in advanced cancer patients. Palliat Med. 2004;18(3):184-94.

122. 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.

123. 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.

124. Jackson KC, Lipman AG. Drug therapy for delirium in terminally ill patients. Cochrane Database Syst Rev. 2004;(2):CD004770.

125. Hirst A, Sloan R. Benzodiazepines and related drugs for insomnia in palliative care. Cochrane Database Syst Rev. 2002;(4):CD003346.

126. 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.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esa Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

127. 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.

128. 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.

129. Jackson KC, Lipman AG. Drug therapy for anxiety in palliative care. Cochrane Database Syst Rev. 2004;(1):CD004596.

130. 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.

131. Edwards AG, Hailey S, Maxwell M. Psychological interventions for women with metastatic breast cancer. Cochrane Database Syst Rev. 2004;(2): CD004253.

132. Chochinov HM, Holland JC. Handbook of psycho-oncolgy:Psycological care of the patient with cancer. En: JC Holland and JH Rowland, editor.New York: Oxford University Press; 1998.

133. 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.

134. 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.

135. 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.

136. 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.

137. 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.

138. 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.

139. 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.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y sus vigencias no ha sido revisada.

140. Worthington H, Clarkson J, Eden O. Interventions for preventing oral mucositis for patients with cancer receiving treatment. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2007;2.

141. 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.

142. 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.

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

144. 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]

145. 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.

146. Davies A, Shorthose K. Parasympathomimetic drugs for the treatment of salivary gland dysfunction due to radiotherapy. Cochrane Database Syst Rev. 2007;(3):CD003782.

147. 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.

148. 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.

149. 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.

150. Pankhurst CL. Candidiasis (oropharyngeal). Clin Evid. 2006;(15):1849-63.

151. Clarkson J, Worthington H, Eden O. Interventions for preventing oral candidiasis for patients with cancer receiving treatment. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2007;2, 2007.

152. 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.

153. 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.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

154. 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.

155. Keeley PW. Nausea and vomiting in people with cancer and other chronic diseases. Clinical Evidence. London: BMJ Publishing Group; 2007. p. 1-12.

156. 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.

157. 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.

158. 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.

159. 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.

160. 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]

161. 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.

162. 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] 2003

163. 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. Support Care Cancer. 2004;12(6):432-40.

164. 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.

165. Aapro MS, Molassiotis A, Olver I. Anticipatory nausea and vomiting. Support Care Cancer. 2005;13(2):117-21.

166. Ahmedzai SH, Boland j. Constipation in people prescribed opioids. In: BMJ Publishing Group, editor. Clinical Evidence. London: 2007. p. 2407.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia podría estar revisada.

167. 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.

168. 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.

169. Szilagyi A, Shrier I. Systematic review: the use of somatostatin or octreotide in refractory diarrhoea. Aliment Pharmacol Ther. 2001;15(12):1889-97.

170. 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.

171. 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.

172. 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.

173. 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.

174. 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.

175. Reddy M, Gill SS, Rochon PA, Reddy M, Gill SS, Rochon PA. Preventing pressure ulcers: a systematic review. JAMA. 2006;296(8):974-84.

176. 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.

177. 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.

178. 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.

179. Heinrich WL. Uremic pruritus. In: UpToDate RB, editor. UpToDate. Waltham,MA: UpToDate; 2007.

180. Kaplan M, Chopra S. Pruritus associated with cholestasis. In: UpToDate RB, editor. UpToDate.Waltham,MA: UpToDate; 2007.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica (GPC) y su vigencia no ha sido revisada.

181. 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.

182. 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.

183. 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.

184. Lidstone V, Thorns A. Pruritus in cancer patients. Cancer Treat Rev. 2001;27(5):305-12.

185. 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.

186. 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.

187. Davis MP, Frandsen JL, Walsh D, Andresen S, Taylor S. Mirtazapine for pruritus. J Pain Symptom Manage. 2003;25(3):288-91.

188. 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.

189. Agus Z.S, Berenson J.R. Treatment of hypercalcemia. In: UpToDate RB, editor. UpToDate.Waltham,MA: UpToDate; 2007.

190. 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.

191. 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.

192. Watson MS, Lucas C.F, Hoy AM, Back IN. Emergencies in palliative care. Oxford Handbook of Palliative Care. New York: Oxford University press; 2005.

193. 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.

194. 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 su vigencia no ha sido revisada.

195. 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.

196. Cock HR, Schapira AH. A comparison of lorazepam and diazepam as initial therapy in convulsive status epilepticus. QJM. 2002;95(4):225-31.

197. 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.

198. 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.

199. 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.

200. 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.

201. Rees J. Fits. In: Sykes N, Edmonds P, Wiles J, editors. Management of advanced disease. Fourth ed. London: Arnold; 2004. p. 240-9.

202. 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.

203. 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.

204. Pereira J, Phan T. Management of bleeding in patients with advanced cancer. Oncologist. 2004;9(5):561-70.

205. Prommer E. Management of bleeding in the terminally ill patient. Hematology. 2005;10(3):167-75.

206. 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.

207. 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.

208. 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 su vigencia ha sido revisada.

209. 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.

210. Bayés Sopena R, Borràs Hernández FX. ¿Qué son las necesidades espirituales? Medicina Paliativa. 2005;12(2):99-107.

211. Holloway M. Death the great leveller? Towards a transcultural spirituality of dying and bereavement. J Clin Nurs. 2006;15(7):833-9.

212. 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.

213. Stoltz P, Uden G, Willman A. Support for family carers who care for an elderly person at home - A systematic literature review 10. Scand J Caring Sci. 2004; 18(2).

214. Grov EK, Dahl AA, Moum T, Fossa SD, Grov EK, Dahl AA, et al. Anxiety, depression, and quality of life in caregivers of patients with cancer in late palliative phase. Annals of Oncology. 2005;16(7):1185-91.

215. 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.

216. 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.

217. Ellershaw J, Ward C. Care of the dying patient: the last hours or days of life. BMJ. 2003;326(7379):30-4.

218. 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.

219. Wildiers H, Menten J. Death Rattle: Prevalence, Prevention and Treatment. Journal of Pain and Symptom Management. 2002;23(4):310-7.

220. 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

221. 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.

222. Barbero J. Sufrimiento, cuidados paliativos y responsabilidad moral. In: Couceiro A, editor. Ética en Cuidados Paliativos.Madrid: Editorial Triacastela; 2004. p. 426-7.

223. 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.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de práctica clínica y su vigencia no ha sido revisada.

224. Cowan JD, Walsh D. Terminal sedation in palliative medicine--definition and review of the literature. Support Care Cancer. 2001;9(6):403-7.

225. 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.

226. Landa V, García-García J. Duelo.Fisterra.Guias Clínicas. 2007;7 (26). Disponible en http://www fisterra com [Acceso Julio 2007].

227. Dohrenwend BS, Krasnoff L, Askenasy AR, Dohrenwend BP. The Psychiatric Epidemiology Research Interview Life Events Scale. En: Mezzich JE, Jorge MR, Salloum IM, editors. Psychiatric Epidemiology.Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 1994. p. 401-36.

228. Holmes TH, Rahe TH. The Social Readjustment Rating Scale. J Psychosom Res. 2007;11:213-8.

229. 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].

230. 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.

231. 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].

232. 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.

233. Allumbaugh DL, Hoyt W. Effectiveness of grief therapy:a meta-analysis. J Couns Psychol. 1999;46:370-80.

234. Fortner B. The effectiveness of grief counseling and therapy: a quantitative review [Tesis doctoral] Memphis University; 1999.

235. Wimpenny P, Unwin R, Dempster P, Grundy M, Work F, Brown A, et al. Literature review on bereavement and bereavement care [Internet]. Aberdeen; 2006.

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

237. 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.

238. Sanz Ortiz J, Gomez-Batiste X, Gómez Sancho M, Nuñez-Olarte JM. Manual de cuidados paliativos. Recomendaciones de la Sociedad española de Cuidados Pa-

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y aún vigente no ha sido revisada.

liativos (SECPAL). Madrid: Guías y Manuales del Ministerio de Sanidad y Consumo. Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaria General Técnica; 1993.

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

240. Oxford Centre for Evidence-based Medicine. Levels of Evidence and Grades of Recommendation. Disponible en http://www cebm net/levels_of_evidence asp [Acceso Octubre 2005].

241. Higginson IJ. Evidence based palliative care. There is some evidence-and there needs to be more. BMJ. 1999;319(7208):462-3.

242. Aoun SM, Kristjanson LJ. Evidence in palliative care research: How should it be gathered? Med J Aust. 2005;183(5):264-6.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

9 788445 727348
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