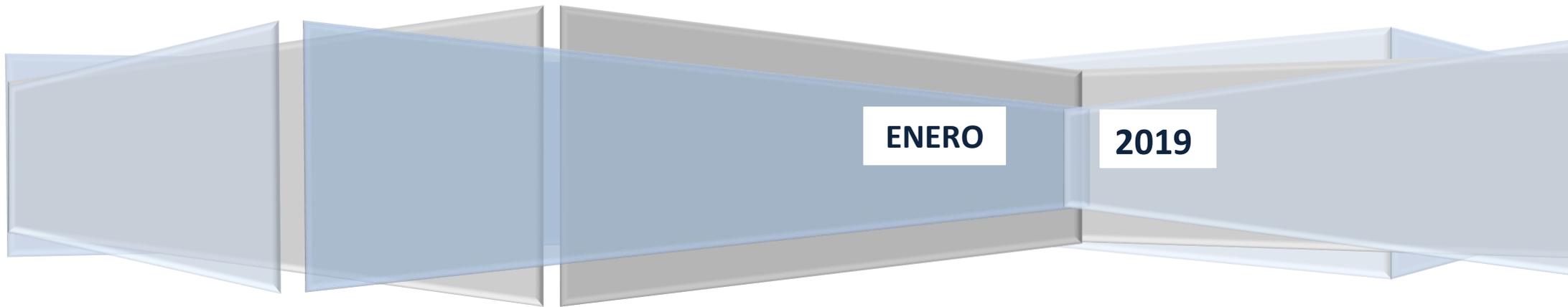


# FÁRMACOS PARA CONTROL DE SÍNTOMAS EN CUIDADOS PALIATIVOS

M<sup>a</sup> José Martínez Ruiz. UGC Pozoblanco



ENERO

2019

# ÍNDICE

	Página			
① SÍNTOMAS GENERALES.....	2	④ SÍNTOMAS GENITOURINARIOS.....	10	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sudoración y fiebre</li> <li>• Anorexia, caquexia tumoral</li> <li>• Astenia</li> <li>• Prurito generalizado</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incontinencia urinaria</li> <li>• Retención urinaria</li> <li>• Espasmo vesical</li> <li>• Hematuria</li> <li>• Infección urinaria</li> <li>• Tenesmo vesical</li> </ul>		
② SÍNTOMAS RESPIRATORIOS.....	3	⑤ SÍNTOMAS NEUROPSIQUIÁTRICOS.....	12	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disnea</li> <li>• Tos</li> <li>• Hipo</li> <li>• Hemoptisis</li> <li>• Estertores premortem</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Metástasis cerebral</li> <li>• Sdr. compresión medular</li> <li>• Delirium o sdr. confusional agudo</li> <li>• Demencia</li> <li>• Insomnio</li> <li>• Depresión</li> <li>• Ansiedad</li> <li>• Crisis Agitación</li> <li>• Convulsiones</li> </ul>		
③ SÍNTOMAS DIGESTIVOS.....	7	⑥ OTROS SÍNTOMAS.....	15	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alteración de boca (seca y dolorosa)</li> <li>• Náuseas y vómitos</li> <li>• Estreñimiento</li> <li>• Diarrea</li> <li>• Ascitis</li> <li>• Tenesmo rectal</li> <li>• Disfagia</li> <li>• Obstrucción intestinal</li> <li>• Compresión gástrica</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Piel seca</li> <li>• Piel húmeda</li> <li>• Úlcera cancerosa maligna</li> <li>• Úlcera por presión</li> <li>• Deshidratación</li> </ul>		
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Linfedema</li> <li>• Traqueostomía</li> <li>• Gastrostomía</li> <li>• Ileostomía y colostomía</li> <li>• Ureterostomía</li> </ul>	
			⑥ CONTROL DEL DOLOR.....	18
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escalera analgésica OMS</li> <li>• Primer escalón</li> <li>• Segundo escalón</li> <li>• Tercer escalón</li> </ul>	
			⑦ URGENCIAS EN CUIDADOS PALIATIVOS .....	23
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hemorragia masiva</li> <li>• Hipercalcemia</li> <li>• Sdr. Vena cava superior</li> <li>• Compresión medular</li> <li>• Sdr. Hipertensión endocraneal</li> <li>• Crisis de pánico</li> <li>• Crisis de agitación</li> <li>• Neutropenia febril</li> <li>• Sedación paliativa</li> </ul>	
			⑧ RESUMEN DE LOS FÁRMACOS MÁS USADOS EN CUIDADOS PALIATIVOS.....	26

# SÍNTOMAS GENERALES

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO DE ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO	CIRCUNSTANCIAS MODIFICADORAS	MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS
<b>SUDORACIÓN Y FIEBRE</b>	<b>Paracetamol</b> 1g vo/vr cada 6 horas	<b>AAS, metamizol, ibuprofeno, indometacina</b>	-Sepsis: valorar antibióticos. -Fiebre neoplásica: .Naproxeno 500/12 h vo 10-14 días. .Dexametasona: iniciar 1-2 mg/día y ajustar según resultados y/o efectos secundarios. (efecto independiente de aines)	-Tratar causas reversibles. -ambiente fresco. -hidratación. -compresas tibias en zonas vascularizadas
<b>ANOREXIA. CAQUEXIA TUMORAL</b>	<b>Acetato de Megestrol</b> (si supervivencia más de 3 meses) inicio 160mg/d Dosis media 400-700 mg/d. <b>Corticoides</b> (si supervivencia menos de un mes o coanalgésico): dexametasona 2-4 mg/d vo Prednisolona 10-30 mg /d	<b>Metoclopramida</b> si asocia nauseas <b>Ciproheptadina</b>	-tratar causas evitables (micosis, aftas, alteraciones dentarias...) -Nutrición enteral: tumores cabeza, cuello, esófago y estómago. -Nutrición parenteral normalmente desaconsejada (aunque pueden haber excepciones).	-consejos dietéticos (aumentar ingesta con productos calóricos agradables para el paciente). -no culpabilizar
<b>ASTENIA</b>	<b>Antidepresivos</b> tipo ISRS (Bupropion 100-300 mg/d) <b>Esteroides</b> en pacientes con corta expectativa de vida. <b>Psicoestimulantes tipo Metilfenidato</b> 5-10 mg por la mañana y mediodía ( más tarde no por insomnio) Max 1mg/kg/d	<b>Acetato de megestrol</b> inicio a las 2 semanas. <b>Amantadina</b> , en esclerosis múltiple.	-Tratamiento de anemia (hierro, eritropoyetina, retrasar transfusiones)	-evitar esfuerzos innecesarios -favorecer descanso nocturno -Técnicas de relajación
<b>PRURITO GENERALIZADO</b>	-Tratamiento de la enfermedad subyacente, si es posible. -Tratamiento sintomático: .Hidroxicina 25 mg/8h, .clorpromazina 25-50mg/12h .Loratadina 10 mg/24h .Dexclorferinamina 2-6mg/6-8h -ADTC (amitriptilina, doxepina) -Corticoides, en casos severos.	-Cimetidina, en linfoma y policitemia vera. -Paroxetina: paraneoplásico e inducido por opiáceos. -Naltrexona: por opiáceos (cuidado: sdr abstinencia) -Ondasentrón en picor por opiáceos (a dosis antiemética). -Benzodiazepinas si ansiedad.	-En prurito inducido por opiáceos: se suspenden si es posible. Puede aliviarse al cambiar a otro opiáceo. -Si piel inflamada:hidrocortisona1% 2-3d -Si infección: antifúngicos/antibióticos. -Resincolestiramina 4 g/8h si coléctasis incompleta. -VIH: indometacina -Insuficiencia renal: gabapentina, capsaicina, sertralina.	-piel seca, evitar baños con agua caliente e irritantes, no frotar, hidratar piel no excesivamente para no macerar, evitar rascado (uñas cortas, guantes) -evitar alcohol, comidas picantes, calor, deshidratación. -Evitar polvos con talco, óxido de zinc.

## SÍNTOMAS RESPIRATORIOS

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO DE ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO	CIRCUNSTANCIAS MODIFICADORAS	MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS
DISNEA	<p><b>-Tratamiento etiológico</b> (anemia, neumonía, embolia, obstrucción, insuficiencia cardiaca, hipoxemia)</p> <p><b>-Tratamiento sintomático:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Opioides<sup>1</sup></b></li> <li>• <b>Benzodiazepinas<sup>2</sup></b> si ansiedad</li> <li>• <b>Corticoides<sup>3</sup></b> si linfangitis, neumonitis postRT, estridor, broncoespasmo, sdr vena cava superior.</li> </ul>	<p><b>-Radioterapia</b></p> <p><b>-Quimioterapia</b></p> <p><b>-Cirugía</b></p> <p><b>-Técnica endoscópica desobstructiva o tratamiento de hemoptisis.</b></p> <p><b>-Hormonoterapia.</b></p> <p><b>-Ventilación Mecánica no invasiva</b></p> <p><b>-Fentanilo nasal (50-100 µg)</b></p>	<p><b>Aerosolterapia:</b></p> <p>-Suero salino (fluidificar secreciones)</p> <p>-Broncodilatadores<sup>4</sup> (broncoespasmo)</p> <p><b>Oxigenoterapia :</b></p> <p>-Si hipoxemia severa (sat O<sub>2</sub> &lt; 90%) de forma intermitente (por esfuerzo) o continua (si disnea en reposo).</p> <p>-Con gafas nasales (2-6 L/m)</p> <p>-Vigilar boca.</p> <p>-Evaluación respuesta individualizada en cada paciente.</p> <p><b>-Anticolinérgicos<sup>5</sup></b> si secreciones.</p> <p><b>-Crisis de disnea<sup>6</sup></b></p>	<p>-Psicoterapia al paciente y familia.</p> <p>-Prevenir desencadenantes (estreñimiento, esfuerzo, estrés, fiebre, irritantes. Cuidados de boca y piel).</p> <p>-Posición cómoda, ambiente fresco, fisioterapia respiratoria</p>

### (1) OPIOIDES: MORFINA DE LIBERACIÓN RÁPIDA ES EL OPIOIDE DE ELECCIÓN

- NO TRATAMIENTO PREVIO CON MÓRFICOS:
  - Empezar a demanda con 5 mg vo/4-6 h (2.5 mg si caquexia o insuficiencia renal).
  - Después pautar la dosis total diaria/4 h vo (entre 5-10 mg/4h) con rescates de 2.5-5mg/1 h vo
- SI TRATAMIENTO PREVIO CON MÓRFICOS:
  - Primero dosis a demanda, 50% incremento dosis de morfina previa (↑100% dosis /4 h vo o sc si es severa; ↑25% dosis cada 4 h vo o sc si es leve)
  - Después pautar cada 4 horas según dosis total diaria precisada + rescates.

<p><b>(2) BENZODIAZEPINAS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Diazepam</b> 2-10 mg inmediato vo/5-10 mg por la noche VO /2-5 mg a demanda VO.</li> <li>• <b>Lorazepam</b> 0.5-2 mg vo o sl, cada 12 horas o por la noche.</li> <li>• <b>Midazolam</b> 5-10 mg sc (al igual que con morfina, indicar dosis de rescate ante posibles crisis de disnea)</li> </ul>	<p><b>(3) CORTICOIDES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>6-metilprednisolona</b> 40-250 mg/d</li> <li>• <b>Dexametasona</b> 2-8 mg/d</li> <li>• <b>Prednisona</b> 20-40 mg/d</li> </ul>
<p><b>(4) BRONCODILADORES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Salbutamol</b> 2.5-5 mg/6h en aerosoles o 2 puf (4 al día) con cámara.</li> <li>• <b>Bromuro de ipatropio</b> 250-500 mcg/6h en aerosoles o 2 puf (4 al día) con cámara.</li> </ul>	<p><b>(5) ANTICOLINÉRGICOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Hioscina</b> 10-20 mg/6-8 h vo, sc.</li> </ul>
<p><b>(6) CRISIS DE DISNEA:</b> Tratamiento farmacológico de acción rápida:</p> <p>-Dosis de rescate de morfina (de liberación rápida o subcutánea) equivalente al 50% de la dosis diaria. Se puede repetir cada 4 horas. Alternativa: fentanilo transmucoso 200-600 µg. -Con/sin dosis de benzodiazepina sl o sc</p>	

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO DE ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO	CIRCUNSTANCIAS MODIFICADORAS	MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS
TOS	<p><b>-Tratamiento etiológico</b> (goteo postnasal, asma, reflujo, EPOC, infección, IECAS)</p> <p><b>-Tratamiento sintomático:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>.aerosoles de cloruro sódico 0.9% 2.5 ml (4 veces al día).</li> <li>.carbocisteína en EPOC.</li> <li>.broncodilatadores si broncoespasmo.</li> <li>.antisecretores (hioscina 10-20 mg/6-8 h vo, sc).</li> <li>.Dexametasona 2-4 mg/d</li> <li>.<b>antitusígenos</b><sup>1</sup> por la noche o si paciente débil para toser; y en tos seca.</li> </ul>	<p><b>Si resistencia a tratamientos previos</b> (en tumor endobronquial)→ Nebulizaciones con anestésicos locales (no ingerir alimentos 30 min posteriores):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>.Lidocaína 2% 5ml/8-6 h</li> <li>.Bupivacaína 0.25% 5 ml/8-6h</li> </ul> <p><b>Técnicas especiales</b> (broncoscopia para solucionar obstrucción): láser endobronquial, electrocauterización, crioterapia, braquiterapia.</p>	<p>Haloperidol disminuye efecto antitusivo de dextrometorfano (probar otro antiemético si tos persistente que no responde).</p> <p>Tratar la ansiedad y angustia asociada a la tos.</p>	<p>-Evitar desencadenantes: cambios bruscos de temperatura, olores, humos.</p> <p>-Posición cómoda, evitar prendas que compriman.</p> <p>-Higiene bucal, hidratación. Humidificación ambiental</p>

**(1) ANTITUSÍGENOS CENTRALES****OPIOIDES:**

- codeína 15-60mg/4-6 h
- Dihidrocodeína 10 mg/4-6 h
- Morfina 2.5-5 mg/4-6 h
- Metadona 3-5 mg/8h (Más potente y eficaz que la morfina. Empezar con dosis baja y única si el paciente no tolera dosis baja de morfina.
- Otros mórnicos no tienen demostrado efecto antitusivo.

**NO OPIOIDES**

- Dextrometorfano 15-30 mg/4-8 h
- Cloperastina 10-20 mg/4-8 h

**OTROS**

- Levodropropicina 75mh/8h

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO DE ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO	CIRCUNSTANCIAS MODIFICADORAS	MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS
<b>HIPO</b>	<p><b>Tratamiento causa reversible:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>.Distensión gástrica</li> <li>-metoclopramida 10 mg/6h</li> <li>.Tumor cerebral</li> <li>-dexametasona dosis altas de 16 mg/d</li> <li>-Fenitoína 200-300 mg /noche</li> <li>.Relajar musculatura lisa</li> <li>-nifedipino 5 mg a demanda o pautado cada 8 h.</li> </ul> <p><b>Suprimir reflejo central hipo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Clorpromazina 10-25 mg VO cada 4-6 horas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-domperidona 10 mg/6 h</li> <li>-Antiácidos</li> <li>-Valproato sódico 500-1000 mg al acostarse</li> <li>-baclofeno 5 m/8h vo</li> <li>-Midazolam sc 2mg inicio seguido de 1-2 mg/3-5 min</li> <li>-haloperidol</li> <li>-Gabapentina 300/8h</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>-Tomar comidas escasas y frecuentes.</li> <li>-medidas caseras para provocar estimulación faríngea (contener respiración, vaso de agua fría, respirar repetidamente en una bolsa)</li> </ul>

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO DE ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO	CIRCUNSTANCIAS MODIFICADORAS	MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS
<b>HEMOPTISIS</b>	<p><b>Tratamiento etiológico:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Sustituir AINES.</li> <li>-Tratamiento de la tos con antitusígenos.</li> <li>-Tratamiento infección con antibióticos.</li> <li>-Tratamiento de la obstrucción: broncodilatadores</li> </ul> <p><b>Tratamiento sintomático:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-nebulizaciones de adrenalina(1:1000→1mg/1ml) 5ml/4h. Diluir en SF</li> <li>-Antifibrinolíticos (Anchafibrim) 1.5 mg inicio VO o IM 1 g/8h VO, 0.5-1 g/8-12 h IV en perfusión lenta.</li> <li>-Hemostático (Etamsilato) 500 mg/8-6 h VO</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Corticoides Dexametasona 2-4 mg/ 24h VO o SC</li> <li>Prednisona 15-30 mg/ 24h VO</li> <li>-Radioterapia externa.</li> <li>-Braquiterapia.</li> <li>-Crioterapia</li> <li>-Láserterapia.</li> <li>-Electrocoagulación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-oxigenoterapia si alivia la sintomatología.</li> <li>-Hemorragia masiva (&gt;100-200 ml/24 h): <ul style="list-style-type: none"> <li>. Es una urgencia paliativa→ muerte por asfixia.</li> <li>.Mayor riesgo en pacientes con crisis previas de hemoptisis leves o moderadas que presentan aumento de tos, sobreinfección respiratoria, o alteraciones de la coagulación.</li> <li>.Tratamiento: sedación rápida (se prefiere IV; aunque también sirve vía SC) con midazolam 2.5 mg IV o 5-10 mg SC +morfina 5-10 mg IV o SC. Repetir dosis hasta conseguir sedación.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Colocar en postura cómoda y adecuada (sentado o en decúbito lateral del lado afecto).</li> <li>-ropa de cama y toallas oscuras.</li> </ul>
<b>ESTERTORES PREMORTEM</b>	<p><b>Butilbromuro de hioscina</b> (no sedante) 20-40 mg/6-8 h vo, sc o rectal (techo 240 mg/d)</p>	<p><b>Clorhidrato de escopolamina</b> (sedante) 0.5-1 mg/4h SC en bolos o infusión continua</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>-colocar en decúbito lateral o si no es posible cabeza elevada y de lado.</li> <li>-Cuidados boca. Evitar sobrehidratación.</li> <li>-Aspirar solo de forma puntual (medida agresiva que causa gran disconfort).</li> </ul>

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO DE ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO	CIRCUNSTANCIAS MODIFICADORAS	MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS
<b>ALTERACIONES EN LA BOCA</b> (SECA Y DOLOROSA)	<p><b>-Mantener adecuada humedad:</b> Alternar enjuagues de povidona yodada al 50% con agua oxigenada al 50%.</p> <p><b>-Mantener adecuada limpieza con:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Solución desdridante (1/4 de agua oxigenada + 3/4 de bicarbonato o 1/4 de agua oxigenada + 3/4 de suero fisiológico o sidra-soda 50%).</li> <li>•Antiséptico: clorhexidina, povidona yodada (sin alcohol).</li> </ul> <p><b>-Solución anestésica:</b> lidocaína viscosa al 2% antes comidas, enjuagar y tragar. Hidróxido aluminio + lidocaína 2% al 50%.</p>	<p><b>.Pilocarpina</b> 5mg/8h vo o 2 gotas de colirio al 4% (hiperhidrosis como efecto secundario)</p> <p><b>.Difenhidramina</b> en enjuagues (cápsulas disueltas en agua)</p> <p><b>.Analgésicos</b></p>	<p><b>Tratamiento de las infecciones</b>, más frecuentes <b>micóticas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-tópico: nistatina 10 ml enjuagues /4 -6 h (congelar en forma de cubitos).</li> <li>-sistémico vo: Fluconazol 200 mg inicio y 100 mg/d 2 semanas. Ketoconazol 200 mg/d 7-14 d Itraconazol 200 mg/d 7-14 d</li> </ul> <p><b>Aftas dolorosas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-sucalfato (URBAL<sup>®</sup>) tópico/8-12 h</li> </ul> <p><b>Mucositis secundaria a RT y/o QT:</b> Fórmula magistral →Difenhidramina 0.25% + hidróxido de aluminio + solución lidocaína 2% + carboximetilcelulosa 2% a partes iguales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Ingesta adecuada de líquidos.</li> <li>-Alimentos blandos o triturados.</li> <li>-productos fríos (trozos piña natural, trozos de hielo, cubitos de manzanilla con limón).</li> <li>-Saliva artificial (comercializada o fórmula magistral→ 12 mg metilcelulosa + 0.2 ml esencia de limón + 600 ml de agua)</li> <li>-bastoncillos vaselina-limón</li> <li>-caramelos y chicles sin azúcar...</li> <li>-Hidratación labios (cacao, no vaselina)</li> <li>-cepillo dental suave o torunda conforme avance la enfermedad que impida la colaboración del paciente.</li> </ul>
<b>NÁUSEAS Y VÓMITOS</b>	<p><b>-Tratamiento de las causas reversibles</b> (estreñimiento, hiperclacemia, fármacos...)</p> <p><b>-Prescribir antiemético adecuado<sup>1</sup> según causa</b> (puede ser necesario combinar varios fármacos)</p>	<p><b>-Anticolinérgicos:</b> .escopolamina/hioscina</p> <p><b>-Antihistamínicos:</b> .Dimenhidrinato(BIODRAMINA<sup>®</sup>) .Hidroxicina (ATARAX<sup>®</sup>)</p> <p><b>-Corticoides:</b> .Dexametasona (FORTECORTIN<sup>®</sup>)</p> <p><b>-Benzodiacepinas</b></p>	<p>Dar profilácticamente cuando se comienzan opioides (haloperidol, metoclopramida, levomepromacina), y QT (ondasentrón +dexametaxona±lorazepam)</p> <p>Vía parenteral: -si más de un vómito cada 8 h -vómitos postprandiales. -obstrucción intestinal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-medidas ambientales, postura, dieta, hidratación.</li> <li>-evitar factores desencadenantes: dolor, infecciones, tos, ansiedad...</li> </ul>

**(1)ANTIEMÉTICOS QUE ACTÚAN A NIVEL CENTRAL, EN ZONA TRIGGER QUIMIORRECEPTORA:**

- .Neurolépticos:** -Clorpromacina (LARGACTIL<sup>®</sup>) 10-50 mg/8h (vo, im)  
-Haloperidol 2.5-10 mg/12-24 h (vo, sc). Es el más antiemético, produce más reacciones extrapiramidales, menos sedante y menos efectos anticolinérgicos y cardiovasculares.
- Levomepromazina (SINOGAN<sup>®</sup>) 6.25 mg por la noche.
- Otros: risperidona (1 mg/d), olanzapina.

**ANTIEMÉTICOS QUE ACTÚAN A NIVEL PERIFÉRICO (procinéticos):**

- .Ortopramidas:**-Metoclopramida (PRIMPERAN<sup>®</sup>) 5-10 mg/6h (vo , sc)  
-Domperidona (MOTILIUM<sup>®</sup>) 5-10mg/6h (vo ,vr)
- .Antagonistas 5HT<sub>3</sub>** (también efecto central):  
-Ondasentrón (ZOFRÁN<sup>®</sup>) 8-16 mg/24h,  
- Granisentrón.

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO DE ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO	CIRCUNSTANCIAS MODIFICADORAS	MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS
<b>ESTREÑIMIENTO</b>	<p><b>LAXANTES</b></p> <p><b>-Osmóticos:</b> lactulosa, lactitol, macrogol, polietilenglicol (DUPHALAC<sup>R</sup>, OPONAF<sup>R</sup> MOLAXOLE<sup>R</sup>)</p> <p><b>-Lubricantes:</b> parafina líquida vo (HODERNAL G<sup>R</sup>), supositorios glicerina, aceite oliva en enema.</p> <p><b>-Estimulantes:</b> senósidos (no si existe obstrucción intestinal) (X-PREP<sup>R</sup>, PURSENID<sup>R</sup>, DULCOLAXO<sup>R</sup>)</p> <p><b>ENEMA DE LIMPIEZA</b></p>	<p>-Si persiste a pesar de los laxantes se puede asociar procinéticos (metoclopramida , domperidona)</p> <p>-Desimpactación fecal farmacológica: macrogol 8 sobres en un litro de agua y tomar en 6 horas</p>	<p>-mejor laxantes orales que rectales.</p> <p>-Si es preciso usar una combinación (estimulante± osmótico o lubricante).</p> <p>-Los laxantes formadores de volumen o reguladores (salvado, metilcelulosa, plántago) son poco útiles, necesitan mucha agua, son más lentos, y el aumento de volumen fecal puede dificultar su expulsión.</p>	<p>-Evitar más de 3 días sin defecar.</p> <p>-descartar obstrucción intestinal.</p> <p>-Aumentar ingesta de líquidos y fibra.</p> <p>-Ejercicio físico dentro de lo posible.</p> <p>-Anticiparse al problema antes de que aparezca (profilaxis si tratamiento opioide).</p> <p>-Extracción fecaloma si existe.</p>
<b>DIARREA</b>	<p><b>-Tratamiento de la causa</b> (si fiebre o heces con sangre).</p> <p><b>-Loperamida</b> (FORTASEC<sup>R</sup>) 4mg/8-6 h</p> <p><b>-Codeína</b> (CODEISÁN<sup>R</sup>) 30-60 mg/6-8 h / <b>dihidrocodeína</b> (CONTUGESIC<sup>R</sup>).</p> <p><b>-Morfina</b>, ajuste dosis según dolor.</p> <p><b>-Octreótida</b> (en la diarrea secretora de tumores gastrointestinales): 0.05 a 0.5 mg/8-12 h subcutáneo o en infusión continua.</p>	<p><b>-inhibidores prostaglandinas</b> (aspirina y naproxeno) efectos en diarrea por radioterapia</p> <p><b>-enzimas pancreáticas</b> (PANKREON<sup>R</sup>) si es por esteatorrea.</p> <p><b>-Colestiramina</b> (LISMOL<sup>R</sup>) en diarrea biliar.</p>	<p>Descartar:</p> <p>-desajuste uso de laxantes.</p> <p>-impactación fecal (diarrea por rebosamiento).</p> <p>-Obstrucción intestinal incompleta.</p>	<p>-Higiene de la piel.</p> <p>-Aumentar la hidratación.</p>
<b>ASCITIS</b>	<p><b>-Ascitis neoplásica:</b> tratamiento de la causa con quimioterapia</p> <p><b>-Diuréticos:</b></p> <p>.De asa, Furosemida 20-80 mg/d</p> <p>.Distales, Espironolactona 100-400 mg/d</p> <p>¡Cuidado con desencadenar sdr hepatorenal!</p>	<p><b>Paracentesis evacuadoras</b></p>		<p>-analgesia y buen control del resto de síntomas.</p>

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO DE ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO	CIRCUNSTANCIAS MODIFICADORAS	MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS
<b>TENESMO RECTAL</b>	<p><b>-Tratamiento según escala analgésica de la OMS</b>→dolor mixto (somático, visceral y neuropático)→<b>usar coadyuvantes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>.anestésicos locales vía rectal (lubricantes urológicos, lidocaína viscosa).</li> <li>.Corticoides y antidepresivos tricíclicos si componente neuropático.</li> <li>.Neurolépticos, calcioantagonistas y/o anticolinérgicos si dolor por espasmos músculo rectal, esfínteres o suelo pélvico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-crioterapia en sonda rectal</li> <li>-radioterapia analgésica.</li> <li>-Neurolisis del plexo sacro, bloqueo simpático lumbar u otras técnicas anestésicas propias de unidades del dolor.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>-revisar área anal</li> <li>-tratar el estreñimiento</li> </ul>
<b>DISFAGIA</b>	<p><b>-Tratamiento de las causas reversibles</b> (infecciones bucales, esofagitis, candidiasis,...)</p> <p><b>-Tratamiento de las causas irreversibles:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>.Dexametasona 2-4 mg/8 h vo o sc</li> <li>.Si sialorrea→amitriptilina, hioscina, atropina bucal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>-Cirugía</b>, si neoplasia obstructiva parcialmente resecable.</li> <li><b>-Radioterapia</b>, enfermedad avanzada no candidatos a cirugía.</li> <li><b>-Técnicas endoscópicas</b> (laserterapia, prótesis, dilataciones)</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>-dieta blanda, pequeñas tomas y frecuentes.</li> <li>-cuidados de la boca.</li> <li>-suplementos dietéticos.</li> </ul>
<b>OBSTRUCCIÓN INTESTINAL</b>	<p><b>-Tratamiento quirúrgico</b> si causa reversible y paciente con buenas condiciones</p> <p><b>-Tratamiento médico:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>.dolor</b></li> <li>-suspender laxantes y procinéticos,</li> <li>-hioscina 20-40 mg/8h en ICSC (cólico)</li> <li>- morfina.</li> <li><b>.Náuseas y vómitos:</b></li> <li>-Haloperidol 2.5-5 mg/8h sc <b>ELECCIÓN</b></li> <li><b>.Disminución peristaltismo/secreciones</b></li> <li>-Octeótrido (SANDOSTATIN<sup>®</sup>) 100 -200 mcg/8h sc</li> </ul>	<p>Alternativo para náuseas y vómitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Clorpromazina IM (LARGACTIL<sup>®</sup>)50-150 mg</li> <li>-Dexametasona</li> <li>-Levomopromazina (SINOGAN<sup>®</sup>) 6.25 -25 mg/24h ICSC.</li> </ul>	<p><b>Si obstrucción incompleta o funcional</b>→se puede resolver:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-dexametasona (FORTECORTIN<sup>®</sup>) 8-16 mg/mañana sc (disminuir edema de pared)</li> <li>-metoclopramida (PRIMPERAM<sup>®</sup>) 30-120 mg/24h sc (procinético, para vencer la obstrucción)→<u>Retirar si dolor cólico o no se resuelve.</u></li> </ul> <p><b>Si obstrucción completa o no se resuelve con lo anterior en 24-48 horas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-tratamiento de los síntomas como se menciona en el "tratamiento médico".</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Sonda nasogástrica en circunstancias excepcionales (vómitos que no ceden o son fecaloideos) →consensuar con paciente y familia.</li> <li>-gastrostomía de descarga + hipodermoclis→pacientes clínicamente estables, con pronósticos de más de 4 semanas.</li> <li>-Enema de limpieza si la causa es un fecaloma.</li> </ul>
<b>COMPRESIÓN GÁSTRICA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-<b>Dexametasona</b>, 4-6 mg/d</li> <li>-<b>Procinéticos</b> (cisaprida, domperidona, metoclopramida)</li> <li>-<b>Antiácidos</b></li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>-Alimentación en pequeñas y frecuentes tomas.</li> <li>-Control del dolor con morfina</li> </ul>

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO DE ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO	CIRCUNSTANCIAS MODIFICADORAS	MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS
<b>INCONTINENCIA URINARIA</b>	<p><b>-Tratar causa reversible</b> (ITU, ↓ diurético, ↓ sedación, impactación fecal, hiperglucemia, hipercalcemia).</p> <p><b>-Tratamiento definitivo de la causa.</b></p>	<p><b>-Tratamiento médico</b>  <u>.IU esfuerzo:</u> imipramina, amitriptilina.  <u>.IU por urgencia:</u>                      oxibutinina 5 mg/8-12h                      Flavoxato 100-200 mg/8-12h                      Bromuro propantelina 15-30 mg/4-6 h.  <u>.IU rebosamiento</u> sin deseo miccional por causa obstructiva→sonda vesical</p>	<p><b>Si es completa:</b>                      -sonda vesical en mujeres                      -colector en hombres</p>	<p>-Facilitar movilidad y accesibilidad al servicio o similares.</p>
<b>RETENCIÓN URINARIA</b>	<p><b>-Tratar causa reversible</b> (estreñimiento, cambio sonda, fármacos*, ITU).  <b>-Sondaje vesical</b> transitorio o permanente.                      *neurolepticos, ADTC,opioides</p>	<p><b>-Nefrostomía</b></p>		
<b>ESPASMO VESICAL</b>	<p><b>-Tratar causa reversible</b> (ITU, estreñimiento, cambio sonda vesical, ansiedad).  <b>-Fármacos:</b>                      Anticolinérgicos (amitriptilina, imipramina)                      Antiespasmódicos (hioscina, oxibutinina, flavoxato)                      AINES (naproxeno)</p>			<p>-Instilar en vejiga 20 ml de lidocaína al 2% diluída en SF.</p>

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO DE ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO	CIRCUNSTANCIAS MODIFICADORAS	MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS
<b>HEMATURIA</b>	<p><b>-Sonda vesical de tres vías</b>, lavado continuo con suero frío. Si obstrucción por coágulos→ lavados y aspiración con jeringa.</p> <p><b>-Fármacos antifibrinolíticos:</b> Ac. Tranexámico 500 mg/8h vo o iv.</p>	<p><b>-Radioterapia hemostática</b></p> <p><b>-Instilación solución nitrato de plata o formalina 1%</b> (con anestesia general)</p> <p><b>-Tratamiento quirúrgico</b></p>	<p>-Descartar que sea secundaria a ITU, RT/QT.</p>	<p>Adecuada hidratación</p>
<b>INFECCIÓN URINARIA</b>	<p><b>ANTIBIÓTICOS</b>, según mapa de resistencias de la zona:</p> <p><b>-Infecciones bajas no complicadas</b>→ pautas cortas.</p> <p><b>-Infecciones altas, recidivas*, sospecha de cepas resistentes**</b>→ pautas largas</p> <p>*ITU a las 2 semanas de terminar antibiótico: reinfecciones por la misma cepa.</p> <p>**ITUs repetición, manipulaciones instrumentales vía urinaria, hospitalización reciente.</p>		<p>-Confirmar diagnóstico mediante urocultivo y antibiograma (el alivio de los síntomas no implica desaparición de la enfermedad).</p> <p>-Detectar y corregir factores predisponentes (cálculos, obstrucción...)</p>	<p>Adecuada hidratación y frecuencia miccional.</p>
<b>TENESMO URINARIO</b>	<p><b>-Tratar causa reversible</b> (fármacos, ITU,...)</p>	<p><b>Fármacos:</b> αbloqueantes, alfuzosina, anticolinesterásicos (piridostigmina)</p>		

# SÍNTOMAS NEURO-PSIQUIÁTRICOS

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO DE ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO	CIRCUNSTANCIAS MODIFICADORAS	MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS
<b>METÁSTASIS CEREBRALES</b>	- <b>Dexametasona</b> 16-24 mg/d -manitol 20% -Anticomieles si crisis convulsiva o cirugía previa: Fenitoína 300-400 mg/d, carbamazepina, fenobarbital, ácido valproico.	-Radioterapia. -Cirugía si lesión única.		
<b>SÍNDROME COMPRESIÓN MEDULAR</b>	<b>Dexametasona</b> 12-20 mg en bolo: ¡URGENCIA! Administrar con diagnóstico de sospecha. Continuar con 4-6 mg/ 6 h	-Radioterapia. -Laminectomía.		
<b>DELIRUM</b>  Sdr. confusional agudo: -hipoactivo -hiperactivo -mixto	- <b>Tratamiento de las posibles causas</b> (infección, alteración metabólica, hipoxemia, RAO, fcaloma, fármacos*,...). - <b>Tratamiento sintomático:</b> .Haloperidol → comenzar con dosis bajas 2.5-5 mg/8-12 h vo o sc e ir titulando. .Quetiapina 25-50 mg/d .Risperidona 0.25-3mg/12-24h .Olanzapina 2.5-10 mg/12h	- <u>delirio hipoactivo:</u> Metilfenidato 5-10 mg en desayuno y almuerzo.  - <b>En crisis aguda:</b> haloperidol 5-20 mg, repetir si no es eficaz en 20-30 min o asociar midazolam 5-15 mg sc o iv. -Levomepromazina → sedación terminal por delirium irreversible 12.5-25 mg/8-6h sc	<u>Sospechar neurotoxicidad inducida por opioides</u> si el delirium se acompaña de sudoración/mioclónias → rotar opioides e hidratar + eliminar uso concomitante de fármacos* que lo empeoran.	(*). Eliminar fármacos prescindibles (anticolinérgicos, ADTC, benzodiazepinas, corticoides, opioides).  -Atención familiar (explicar curso fluctuante, que empeora por las noches, ...)
<b>DEMENCIA</b>	- <b>NEUROLÉPTICOS a bajas dosis:</b> .Haloperidol (mejor tolerado) 0.5-5 mg/2-12 h vo, sc, iv o im	.Clorpromacina ( +sedante ) 12.5-50 mg/4-12 h vo, iv, im, <b>no sc</b> .Levomepromazina (+++ sedante) 12.5-50 mg /4-12 h vo, sc, im o iv .Risperdal 0.5-3 mg/12-24 h vo	Evitar fármacos sedantes (benzodiazepinas, antihistamínicos y anticolinérgicos) → delirium	-asegurar el entorno, vigilancia estrecha, contención física si se requiere.

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO DE ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO	CIRCUNSTANCIAS MODIFICADORAS	MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS
<b>INSOMNIO</b>	<b>-Buen control de síntomas.</b>  <b>-Fármacos:</b> .Benzodiazepinas ¡ELECCIÓN! .Zolpidem (inductor no BZD)	.Neurolépticos sedantes (clorpromacina, levomepromazina, haloperidol, risperidona, quetiapina, olanzapina) .Antidepresivos sedantes (amitriptilina, trazodona, mirtazapina)	Según tipo de insomnio o patología asociada (1)  Vigilar la aparición de delirium con benzodiazepinas.	-Ambiente relajado y tranquilo. -Evitar dormir de día y bebidas estimulantes.
<p>(1) TRATAMIENTO SEGÚN TIPO DE INSOMNIO Y PATOLOGÍA ASOCIADA:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Insomnio de conciliación (inductores antes de acostarse): Zolpidem 10 mg, alprazolam 0.25-1 mg, lormetazepam 1-2 mg.</li> <li>-Insomnio de despertar precoz (prolongadores del sueño): Lormetazepam 1-2 mg, lorazepam 1-2 mg</li> <li>-Insomnio de frecuente despertar: Flurazepam 15-30 mg/noche (DORMODOR<sup>R</sup>), Flunitrazepam (ROHYNOL<sup>R</sup>) 0.5-1 mg/noche</li> <li>-Insomnio + ansiedad: clorazepato dipotásico 5-10 mg /noche vo, Im, IV (TRANXILIUM<sup>R</sup>), Ketazolam 15-45 mg/noche VO (SEDOTIME<sup>R</sup>).</li> <li>-Insomnio + insuficiencia hepática: Lorazepam 0.5-1 mg/noche (si evita primer paso hepático), Lormetazepam 0.5-1 mg/noche.</li> <li>-Insomnio + insuficiencia respiratoria: zolpidem 10 mg/noche vo.</li> <li>-Insomnio + ancianos: clormetiazol 192-384 mg /noche vo (DISTRANEURINE<sup>R</sup>).</li> <li>-Insomnio en fase terminal avanzada, resistente a tratamiento oral: midazolam 2.5-5 mg sc</li> </ul>				
<b>DEPRESIÓN</b>	<b>-Tratamiento etiológico si causa secundaria</b> <b>-Fármacos:</b> .ISRS (fluoxetina, paroxetina, citalopram, sertralina,..)→ Buena tolerancia y pocos efectos secundarios, latencia de 3-6 sem. .Inhibidores recaptación serotonina y noradrenalina: venlafaxina y duloxetina (dolor neuropático).	.Antidepresivos tricíclicos (muchos efectos secundarios) .Trazodona (sedativo→insomnio) .Psicoestimulantes como metilfenidato →muy sintomático y corta esperanza de vida.	-Los ISRS que menos interacciones tiene son sertralina y citalopram.  .ISRS con tramadol y dextrometorfano pueden dar sdr serotoninérgico.	Al principio es adaptativa, no hay que tratarla a no ser que se prolongue en el tiempo (según DSM-IV síntomas más de 2 semanas continuas) .  Diagnóstico diferencial con causas secundarias (tumor cerebral, alt. Tiroidea, déficit vit B 12, hiperglucemia, BZD, B-bloqueantes,...)

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO DE ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO	CIRCUNSTANCIAS MODIFICADORAS	MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS
<b>ANSIEDAD</b>	<p><b>-Tratamiento de causas reversibles.</b></p> <p><b>-Fármacos:</b>            .Benzodiacepinas  <b>¡ELECCIÓN!</b>            (MEJOR VIDA CORTA O INTERMEDIA)            Alprazolam 0.25-1 mg/8h sl,vo            Lorazepam 0.5-2 mg/8h sl, vo            Midazolam 2.5 mg/4h vo, sc            Diazepam (VIDA LARGA) 5-10 mg/8 h vo, sl, vr</p>	<p><b>.Ansiedad con síntomas psicóticos:</b>            Levomepromazina, clorpromazina, haloperidol (de más a menos sedante).  <b>.Ansiedad con alteración del estado de ánimo:</b>            Antidepresivos.            .Betabloqueantes si muchos síntomas.            .Opioides en fase final</p>	Vigilar aparición de delirium secundario a benzodiacepinas.	<p>-Psicoterapia de apoyo.            -Técnicas de relajación.</p>
<b>CRISIS AGITACIÓN</b>	<p>TRATAMIENTO RÁPIDO:  <b>-Haloperidol</b> 10 mg/hora hasta control de síntomas vo, sc o im. (si predomina delirium)  <b>-Midazolam</b> 2.5-7.5 mg/4 h sc (si predomina ansiedad)</p>		Tratamiento de la causa desencadenante si existe (fecaloma, retención urinaria, dolor,...)	
<b>CONVULSIONES</b>	<p>-Diazepam 10-20 mg rectal o iv.            -Midazolam 5-10 mg sc, intranasal.            -Fenobarbital 100-200 mg sc o im.</p>	<p>Tras la crisis ajustar tratamiento anticomicial:            - Clonazepam 1mg/24h ajustar hasta 4-8 mg /d.            -Fenobarbital 50-100 mg/noche, y ajustar.            -Ác.Valproico, Levetiracetam</p>	Tratar causa secundaria si existe: hipoglucemia, hiponatremia, alteración calcio...	Educar a la familia para administrar medicación y evitar lesiones (mordeduras de lengua, roturas musculares, aspiraciones)

# OTROS SÍNTOMAS

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO DE ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO	CIRCUNSTANCIAS MODIFICADORAS	MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS
<b>PIEL SECA</b>				-Jabones pH neutro. -secar con toallas suaves -Compresas húmedas en zonas muy descamadas unos minutos. -Cremas hidratantes (más parte grasa).
<b>PIEL HÚMEDA</b>	Tratamiento hiperhidrosis: -Aines o dexametasona 1-2 mg/d -Anticolinérgicos: amitriptilina, oxibutinina. -Cimetidina 400-800 mg/d -Mirtazapina si sudoración nocturna.		Si sofocos: -Venlafaxina, paroxetina (no si tamoxifeno) -Gabapentina -Acetato megestrol dosis bajas (20 mg/d)	-Jabones neutros. -Baños corta duración. -Secar bien la piel. -No usar absorbentes urinarios cerrados si es posible. -cremas protectoras (con óxido de zinc)
<b>ÚLCERA CANCEROSA MALIGNA</b>	<b>.Alivio dolor</b> Analgésicos antes de cura (a veces sedación) Gasas impregnadas de anestésicos tópicos (lidocaína en gel o crema al 2% o pomada 5%). <b>.Alivio sangrado</b> Apósitos o gasas impregnadas en ácido tranexámico. Antihemotáticos sistémicos. Compresión, frío local, Cauterización con nitrato plata. Radioterapia. <b>.Alivio del olor</b> Apósitos de carbón activado y plata. Anaerobicidas tópicos tipo metronidazol*		(*) Lesiones cutáneas: metronidazol en gel 0.75% o fórmula magistral al 1-2 %. Lesiones vulvovaginales: Metronidazol comp vaginales o gel. Lesiones orofaríngeas (halitosis): Metronidazol sol 5 mg/ml o suspensión 40 mg/ml en enjuagues que se pueden tragar. Lesiones respiratorias altas no candidatas a enjuagues: Aerosol de metronidazol en solución iv 1ml + 1-2 ml de SF con o sin oxígeno.	

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO DE ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO	CIRCUNSTANCIAS MODIFICADORAS	MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS
<b>ÚLCERA POR PRESIÓN</b>	<p><b>-Medidas de prevención*</b></p> <p><b>-Protección zonas de presión</b> Ácidos grasos hiperoxidados. Apósitos de espuma de poliuretano (mejor que vendajes almohadillados)</p>		Conforme el paciente se va deteriorando espaciar cambios posturales y curas paliativas.	<p>(*)</p> <p>-Prevenir malnutrición. -Higiene piel correcta -Ropa sin arrugas. -Cambios posturales -Colchón antiescaras.</p>
<b>DESHIDRATACIÓN</b>	<p><b>Rehidratación:</b></p> <p>-vía oral -subcutánea si hay pérdida de la vía oral.</p>	Por SNG sólo en los que ya son portadores de ella previamente	En fase agónica es un mecanismo de fallecimiento iniciado por la evolución de la enfermedad por lo que no se debe rehidratar (excepto si la sensación de sed no se alivia con los cuidados de la boca).	<p>-cuidados y humidificación de boca. -Atención a la familia en fase agónica: .informar de los riesgos de la sobrehidratación (aumento necesidad de orinar, secreciones respiratorias, gastrointestinales, edema, ascitis, derrame...)</p>
<b>LINFEDEMA</b>	<p><b>-Analgésicos</b></p> <p><b>-Dexametasona</b> 4-8 mg/d</p> <p><b>-Diuréticos</b> en insuficiencia cardiaca y renal.</p> <p><b>-Benzopironas</b> (troxerutina, diosmina, rutósidos...). No estudios que demuestren su eficacia.</p> <p><b>-Antibióticos</b> si asocia linfangitis.</p> <p><b>-Métodos mecánicos</b> (drenaje linfático manual, ejercicios de rehabilitación, medidas de compresión extrínsecas)</p>	Cirugía según la fase del proceso y el estado general del paciente.		<p>-Cuidados generales de la piel: evitar calor, irritantes y ropa ajustada, prevenir heridas, hidratación y limpieza. -Ejercicio físico que tolere. -Drenaje postural. -Dieta equilibrada y baja en sal.</p>

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO DE ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO	CIRCUNSTANCIAS MODIFICADORAS	MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS
TRAQUEOSTOMÍA	<p><b>-Prevenir ulceraciones sangrantes:</b>            .disminuir los cambios de cánula.            .apósitos lubricados o hemostáticos en zonas de riesgo.  <b>-Antibiótico</b> en los procesos infecciosos.</p>			Cuidados generales de la piel
GASTROSTOMÍA	<p><b>-Tratar irritación y dolor debido a dilatación del estoma y salida de jugo gástrico:</b>            .limpieza sin antisépticos ni otros productos irritantes.            .Apósito seco y limpio.            .pomadas barrera (óxido zinc)</p>			Cuidados generales de la piel
ILEOSTOMÍA Y COLOSTOMÍA	<p><b>-Dieta adecuada</b>            Alimentos variados, restricción de los que producen meteorismo.            Ingesta de salvado en las colostomías            →deposiciones formadas.</p>		Pueden usarse irrigaciones, microenemas y sondas rectales lubricadas (sin introducir toda la cánula)	Cuidados generales de la piel
URETEROSTOMÍA	<p><b>-Protectores</b> para prevenir excoriaciones o reacciones alérgicas a los dispositivos que se pegan en la piel (sin impedir la adherencia de los mismos).  <b>-Prevenir formación de cristales:</b>            Adecuada ingesta de líquidos.            Ácido acético al 5% para lavar estoma o añadido al depósito</p>			Cuidados generales de la piel

# DOLOR

## ESCALERA ANALGÉSICA DEL DOLOR DE LA OMS

<b>PRIMER ESCALÓN</b> (dolor leve)	AINES	.En dolor nociceptivo (somático y visceral). No sirven para dolor neuropático. Tienen techo analgésico. .No producen tolerancia ni adicción (empezar a dosis máximas). .Complicaciones gastrointestinales. .Efecto analgésico sinérgico con los opiáceos y reductor de dosis de mórficos (por eso se deben de mantener en los demás escalones si se toleran)	<b>C O A D Y U V A N T E S</b>	.Antidepresivos
<b>SEGUNDO ESCALÓN</b> (dolor moderado)	Opioides menores ± AINES	-Dolor nociceptivo y dolor neuropático. -Codeína, tramadol, fentanilo transdérmico dosis 12.5 µg, buprenorfina transdérmica 1/4 del parche de 35pg/h.		.Ansiolíticos
<b>TERCER ESCALÓN</b> (dolor intenso)	Opioides mayores ± AINES	-Dolor nociceptivo y neuropático. Sin techo analgésico. -Morfina, fentanilo, buprenorfina, oxicodona, hidromorfona, tapentadol.		.Neurolépticos
<b>CUARTO ESCALÓN</b> (dolor severo)	Técnicas invasivas	-Dolor severo difícil de controlar con dosis altas de mórficos o por toxicidad farmacológica. -Bloqueos nerviosos, estimulación eléctrica medular, vía espinal, técnicas neuroquirúrgicas, vía subcutánea.		.Anticonvulsionantes
				.Corticoides
				.Otros: protectores gástricos, laxantes, bifosfonatos.

## ESCALERA ANALGÉSICA DOLOR NEUROPÁTICO

<b>PRIMER ESCALÓN</b>	Antiepilépticos (FAE) ± Antidepresivos (AD)	-Asociar AINES si componente nociceptivo. -Asociar corticoides si componente compresivo: Dexametaxona 2-12 mg/24h Metilprednisona 125 mg/24h -FAE: Pregabalina 150-600 mg Gabapentina 900-1800 mg Carbamazepina 200-1600 mg/24h Clonacepam 0.5-4 mg/24 h -AD: Amitriptilina 10-75 mg/2 Clorimipramina 20-75/24h Venlafaxina 75/24 h Duloxetina 60-120 mg/24h
<b>SEGUNDO ESCALÓN</b>	FAE ± AD + opioides menores	
<b>TERCER ESCALÓN</b>	FAE ± AD + opioides mayores	
<b>CUARTO ESCALÓN</b>	Técnicas invasivas	

**PRIMER ESCALÓN: AINES (dolor leve)**

<b>PARACETAMOL</b>	500-1000 mg 6-8 h vo, rectal, iv
<b>METAMIZOL</b>	1000-2000 mg/6-8 h vo, rectal, iv en perfusión lenta
<b>KETOROLACO</b>	30 mg/6-8 h iv, im, sc (uso hospitalario)
<b>DEXKETOPROFENO</b>	12.5-25 mg/6-8 h vo, 50 mg/8h iv, im, sc
<b>IBUPROFENO</b>	400-600 mg/6-8 h vo
<b>NAPROXENO</b>	500/12 h vo o rectal
<b>ACECLOFENACO</b>	100 mg/12h vo, rectal
<b>DICLOFENACO</b>	50-100 mg 8-12 h vo, im,rectal
<b>INDOMETACINA</b>	100 mg/24h vo, rectal

**SEGUNDO ESCALÓN: OPIOIDES DÉBILES (dolor moderado)**

<b>CODEÍNA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-10-15 veces menos potente que morfina.</li> <li>-Mejor mórfico antitusígeno.</li> <li>-Estreñimiento principal efecto secundario.</li> <li>-Dosis: 15-30 mg/4-6 h, dosis techo 120 mg.</li> </ul>
<b>TRAMADOL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-opioide intermedio→dolor moderado-intenso.</li> <li>-Inicio progresivo de dosis y titulación posterior para disminuir efectos secundarios, aunque también se puede asociar antieméticos.</li> <li>-Dosis: inicio 25 mg/8h hasta máximo 400-600 mg/24h; o cada 12 h en liberación prolongada.</li> <li>-Presentaciones: gotas, solución, cápsulas, supositorios, ampolla, preparados retardados.</li> <li>-Doble mecanismo: central y periférico (dolor nociceptivo y neuropático).</li> </ul>

**TERCER ESCALÓN: OPIOIDES MAYORES** (dolor severo)

<p align="center"><b>BUPRENORFINA</b></p>	<p>-Agonista parcial de receptores mu con gran actividad intrínseca→dificulta su desplazamiento por otros opioides (se precisaría administrar altas dosis de otro mórfico→no se recomienda usar con otro opioide).                  -Tiene techo analgésico reducido, con efectos adversos si se supera.                  -Dosis 35µg/h hasta dosis techo 140µg/h en forma de parches transdérmicos cada 72 horas (TRANSTEC<sup>R</sup>, FELIBEN<sup>R</sup>). También comprimidos sublinguales e inyectables (difícil de conseguir en farmacias) BUPREX<sup>R</sup>, SUBOXONE<sup>R</sup>.                  -En dolor moderado se puede comenzar con ¼ de parche de 35 µg/h e ir subiendo según tolerancia y analgesia (2º escalón OMS).</p>
<p align="center"><b>METADONA</b></p>	<p>-Agonista puro de receptores mu. Antagonista receptores NMDA.                  -Presentaciones: Solución oral (EPTADONE<sup>R</sup>), comprimidos (METASEDIN<sup>R</sup> 5, 40,30 mg), inyectable Im-sc (METASEDIN<sup>R</sup> 10 mg).                  -Dosis: 0.1 mg/kg/dosis.                  -En dolor oncológico con componente neuropático.                  -En rotación de opioides: 5 mg/8 h hasta 30 mg/8h.                  -Produce menos síndrome de abstinencia.</p>
<p align="center"><b>MORFINA</b></p>	<p>-Agonista puro por excelencia→potente analgésico.                  -Presentaciones:                  .Forma oral soluble, ORAMORPH<sup>R</sup> cada 4 horas (2mg/ml 100 ml; 20mg/ml 20 ml)                  .Forma oral liberación inmediata, SEVREDOL<sup>R</sup> 10 Y 20 mg cada 4 horas (se pueden machacar).                  .Forma oral liberación controlada: MST CONTINUS<sup>R</sup> 5,10,15,30,60,100 y 200 mg cada 12 horas (no se pueden machacar).                  .Forma parenteral cada 4 horas: morfina 1% (1 amp/1ml/10 mg)→1ml/10mg                  (IV, sc,Im ) morfina 2% (1 amp/2ml/40mg; 1amp/20 ml/400 mg)→1ml/20 mg</p> <div data-bbox="1227 837 1601 895" style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: fit-content;"> <p align="center">Tabla de conversión según vía</p> </div> <div data-bbox="1032 900 1883 1043" style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: fit-content;"> <p>ORAL→SUBCUTÁNEA..... :2    SUBCUTÁNEA→ORAL.....x2                  ORAL→INTRAVENOSA..... : 3    INTRAVENOSA→ORAL.....x3                  ORAL→RECTAL.....1:1    SUBCUTÁNEA→INTRAVENOSA.....x 2/3                  INTRAVENOSA→SUBCUTÁNEA.....x 3/2</p> </div>

**Manejo práctico:**

-Comenzar con 10 mg /4 h de liberación inmediata, a las 48-72 horas si sigue el mismo dolor subir dosis 50%, si somnolencia se reduce 50%. Tras conseguir la dosis en la que el dolor está controlado, se pasa a morfina de liberación controlada (la dosis total diaria se reparte cada 12 horas) y se dejan los comprimidos de liberación inmediata o la forma soluble de rescate.

-Si se decide cambiar vía oral a otra vía tener en cuenta la tabla de conversión .

-Si se decide cambiar a otro opiáceo tener en cuenta las dosis equianalgésicas \*

(si el paciente está con otro opioide oral→calcular la dosis equivalente en morfina y está se pasa a la nueva vía que se quiere usar).

\*Aplicación para Android: ORTHODOSE<sup>R</sup>.

### TERCER ESCALÓN: OPIOIDES MAYORES (dolor severo)

#### FENTANILO

-Agonista puro de superior potencia analgésica que la morfina.

**-Presentación transdérmica:**

.Alternativa cuando dificultades con la vía oral. Tardan 10-15 horas en alcanzar nivel de analgesia y si se retira continua su efecto 17 horas más (indicado para pacientes estables).

*-Dosis equianalgésica:* 25µg/h de fentanilo transdérmico equivalen a 60-40 mg de morfina vo.

-Inicio 25µg/72 h (o 60 h) hasta dosis máxima recomendable 400-500µg/h: DUROGESIC<sup>®</sup>, MATRIFEN<sup>®</sup>, FENDIVIA<sup>®</sup> 12, 25, 50, 75, 100 µg/h.

-Dosis 12.5 µg/72h en dolor moderado (2º escalón OMS).

-Puede asociarse con morfina inmediata (titular dosis y rescates).

-Descartar mala absorción por mala adherencia si no control del dolor a pesar de subir dosis.

**-Presentación transmucosa oral:**

.Acción rápida, 8 a 15 minutos, ideal en crisis de dolor episódico e irruptivo.

.Dosis de 400-600 hasta 800-1600 µg.

.Presentaciones ABSTRAL<sup>®</sup> (100, 200, 300, 400, 600, 800)

ACTIQ<sup>®</sup> (200, 400, 600, 800, 1200, 1600)

AVARIC<sup>®</sup> (67, 133, 267, 400, 533, 800)

BREAKYL<sup>®</sup> (200, 400, 600, 800, 1200)

EFFENTORA<sup>®</sup> (100, 200, 400, 600, 800)

**-Presentación nasal:**

.Acción rápida, en 10 min. No más de 4 episodios diarios de dolor irruptivo (según ficha técnica).

.INSTANYL<sup>®</sup> 50, 100, 200 → inicialmente 50 µg en una fosa nasal. Si no analgesia en 10 minutos se puede repetir otra dosis. Se deberá de esperar 4 horas para volver a administrar. Si tras varios episodios consecutivos durante varios días no se puede controlar el dolor con 50 µg se aumentará a la siguiente concentración, y así sucesivamente.

.PECFENT<sup>®</sup> 100, 400 → inicialmente 100 µg en una fosa nasal, si no analgesia en el siguiente episodio irruptivo se administran 2 pulverizaciones, de 100 µg, 1 en cada fosa nasal. Si tampoco es eficaz aumentar a 1 de 400 y si tampoco a 2 de 400 (1 en cada fosa). Esperar 4 horas para volver a administrar. La dosis se ajusta según respuesta a 2 episodios de dolor irruptivo tratados consecutivamente.

**No son intercambiables las diferentes presentaciones de fentanilo de acción rápida por diferente perfil farmacocinético.**

#### Manejo práctico

.Paciente **SIN** tratamiento previo con opioides potentes → iniciar con parche de 25 y administrar para las crisis de dolor morfina de liberación inmediata cada 4 horas o presentaciones rápidas de fentanilo (nasal o transmucoso). Reajustar a los 3 día: si no analgesia (ha precisado dosis de rescate cada 4 horas) incrementar parche en 25 µg/h y así sucesivamente.

.Paciente **CON** tratamiento previo con opioides potentes → Calcular la dosis equianalgésica del opioide en relación a la morfina, luego convertir la morfina a fentanilo.

**TERCER ESCALÓN: OPIOIDES MAYORES (dolor severo)**

<b>OXICODONA</b>	<p>-Agonista puro.          -Efectivo en dolor neuropático.          -Menor liberación de histamina que la morfina (menos prurito).          -Rotación opioides. <u>Dosis equianalgésica</u>: 5 mg de oxycodona vo equivalen a 10 mg de morfina oral          -Presentaciones:          .OXYCOTIN<sup>®</sup> 5, 10, 20, 40, 80mg comprimidos de liberación prolongada cada 12 horas          .OXYNORM<sup>®</sup> 5, 10, 20 mg cápsulas cada 4- 6 horas          .OXYNORM<sup>®</sup> SOL 10 mg/ml cada 4-6 horas          .OXYNORM<sup>®</sup> AMP de 1 y 2ml con 10 mg/ml cada 4-6 horas.          .TARGIN<sup>®</sup> (oxycodona/naloxona menos estreñimiento) 5/2.5, 10/5, 20/10, 40/20 comprimidos liberación prolongada cada 12 horas.</p> <p><b>-Manejo práctico:</b>          -Dosis inicio 5 mg/4-6 horas de las cápsulas o solución oral con incrementos del 25-50% si no control o más de dos dosis de rescate. Tras conseguir el ajuste pasar a comprimidos de liberación prolongada.          -También se puede iniciar con 5-10 mg /12h de los comprimidos de liberación prolongada, rescates con presentaciones de acción rápida. Reajustar cada 2-3 días en función de control de dolor y rescates usados (pasar dosis de liberación inmediata a prolongada).</p>
<b>HIDROMORFONA</b>	<p>-Agonista puro potente.          -Alternativa en los que no toleran morfina o si prurito.  <u>Dosis equianalgésica</u>: 4 mg de hidromorfona vo equivalen a 30 mg de morfina vo.          -Administración cada 24 horas.          -Presentaciones:          .EDUNIX<sup>®</sup> y JURNISTA<sup>®</sup> 4, 8, 16, 32 mg comprimidos de liberación prolongada.          .PALLADONE CONTINUS<sup>®</sup> 4, 8, 16, 24 mg comprimidos de liberación prolongada</p> <p><b>-Manejo práctico</b>          Inicio: con 4-8 mg/24 horas si no toma previa de opioides. Si toma opioides previamente, calcular la dosis equianalgésica del otro opioide con morfina, y después pasar morfina a dosis equianalgésica de hidromorfona.</p>
<b>TAPENTADOL</b>	<p>-Agonista sobre receptores mu (efecto en dolor nociceptivo)+ efecto noradrenérgico (efecto en dolor neuropático). Este mecanismo dual está relacionado con menos efectos adversos gastrointestinales y mejor tolerabilidad.          -Eficacia demostrada en dolor nociceptivo con componente neuropático. No se ha evaluado completamente su eficacia en dolor oncológico.          -Presentaciones: PALEXIA<sup>®</sup> Y YANTIL<sup>®</sup> 25, 50, 100, 150, 200, 250 mg comprimidos de liberación prolongada.  <u>Dosis equianalgésica</u>: 50 mg tapentadol vo equivalen a 20 mg de morfina vo.  <b>-Manejo práctico</b>          Dosis de inicio en pacientes no tratados previamente con opioides 25-50 mg/12h; en los tratados calcular dosis equianalgésica. Dosis máxima 500 mg/24h. Reajustar dosis cada 3 días, con incrementos de 50 mg/12h hasta conseguir la dosis mínima que controle el dolor.</p>

# URGENCIAS EN CUIDADOS PALIATIVOS

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO DE ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO	CIRCUNSTANCIAS MODIFICADORAS	MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS
<b>HEMORRAGIA MASIVA</b>	-Midazolam 5-10 mg iv o sc cada 5 minutos hasta sedación profunda. -Se puede asociar 5-10 mg IV o SC de cloruro mórfico		Si alto riesgo: -mantener acceso vascular. -dejar cargada medicación	-Toallas o paños de color verde, gris o azul, para mitigar el impacto del color de la sangre. -Retirar a los familiares en prevención del “recuerdo doloroso”. -¡Nunca dejar sólo al paciente!
<b>HIPERCALCEMIA</b>	-Rehidratación: 3-4 litros de salino al día, hasta diuresis de 3-4 litros. -Diuréticos: furosemida 20-40 mg/6-8 h	-Bifosfonatos Pamidronato 60-90 mg en 500 ml de SF en 4 horas. Zolendronato (ZOMETA <sup>®</sup> ) 4 mg iv en 100 ml en 15 min/ 4 sem -Calcitonina 4 UI/kg/12h Im o sc	Corticoides en lesiones osteolíticas: -Dexametasona 4-10 mg/6 h -Prednisona 40-100 mg/d (dos dosis).	Mantener adecuada ingesta de líquidos.
<b>SDR. VENA CAVA SUPERIOR</b>	-Cloruro mórfico a la dosis necesaria para controlar dolor, tos, disnea y ansiedad. -Corticoides: Dexametasona 4-10 mg/6 h (sobre todo en linfomas) -Furosemida para disminuir precarga.	Radioterapia Quimioterapia	-Oxigenoterapia en función de valores gasométricos. -Anticoagulación con HBPM si alto riesgo de tromboembolismo o si existe trombosis establecida. -Retirada de catéter central si es la causa de la obstrucción, seguido de anticoagulación	-Postura confortable, semincorporado.  -Evitar esfuerzos que aumenten presión intratorácica (tos, estreñimiento).  -Soporte emocional
<b>COMPRESIÓN MEDULAR</b>	Dexametasona 10-20 mg en bolo. Continuar con 4-6 mg/6h.  Radioterapia	Laminectomía (según situación clínica, estadio de la enfermedad y disponibilidad de equipo neuroquirúrgico)		
<b>SDR. HIPERTENSIÓN ENDOCRANEAL</b>	-Hiperventilación -Dexametasona iv 4-60 mg/d cada 6 h (también subcutánea). -Manitol iv (efecto rápido →puede aumentar flujo y ser contraproducente)	RT paliativa	-Tratamiento de las crisis convulsivas. -Protección gastroduodenal. -Tratamiento de las náuseas y vómitos (metoclopramida, haloperidol, ondansetrón).	-Posición de la cabeza en ángulo de 20° para facilitar retorno venoso.

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO DE ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO	CIRCUNSTANCIAS MODIFICADORAS	MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS
<b>CRISIS PÁNICO</b>	-Benzodiazepinas de vida media corta: lorazepam 1-2 mg sl			-acompañar al paciente. -ambiente tranquilo -técnicas de relajación.
<b>ESTADO CONFUSIONAL AGUDO</b> (agitación)	-Tratamiento etiológico siempre que sea posible.  -Haloperidol (antipsicótico con escaso efecto sedativo) vo, sc o iv: 2.5-5 mg. Repetir cada 30 minutos, en 3 ocasiones, si fuera necesario. -Levomepromazina (neuroléptico con más efecto sedativo) vo, sc, im, iv: 12.5.25 mg, también se pueden repetir en 3 ocasiones hasta conseguir sedar.	Si no hay efecto con los neurolépticos: Midazolam sc, iv 5 mg cada 10 min hasta 3 dosis.	Sedación paliativa si no cede con todo la anterior.	Ambiente tranquilo
<b>NEUTROPENIA FEBRIL</b> (neutrófilos < 500 + fiebre >38°C)	Antibióticos IV a altas dosis (aminoglucósidos + penicilinas amplio espectro o cefalosporinas ± anforetica)	Factores estimulantes de colonias de granulocitos (utilidad controvertida)		

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO DE ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO	CIRCUNSTANCIAS MODIFICADORAS	MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS
<b>SEDACIÓN PALIATIVA*</b> (síntoma refractario y/o situación de agonía)	<p><b>1ª opción:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Midazolam iv o sc</li> <li>Levomepromazina iv o sc si el síntoma refractario es el delirium.</li> </ul> <p><b>2ª opción (fracasa lo anterior):</b> Levomepromazina sola o asociada a midazolam</p>	<p><b>3ª opción:</b> (retirar BZD, neurolépticos y ↓opiáceos 50%):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>fenobarbital</i> (1amp/200mg/1ml)</li> <li><b>.sc o im.:</b> inducción 100-200 mg IM (pico 2 horas). Rescates de 100mg. Infusión continua: 600 mg/24h.</li> <li><b>.iv:</b> inducción 2 mg/kg lenta, mantenimiento 1mg/kg/h.</li> <li>- <i>propofol IV</i> (10mg/ml): inducción 1-1.5 mg/kg en 1-3 min. Inicio en 30", dura 5-40 min. Rescates 50% dosis inducción. Riesgo de convulsiones (mejor en hospital)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Descartar causas que puedan dificultar sedación: globo vesical, fecaloma, tóxicos...</li> <li>-Pueden mantenerse otros fármacos prescritos previamente (opioides, antieméticos, neurolépticos no sedantes, antiseoretos)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Transmitir a la familia que el enfermo adecuadamente sedado no sufre.</li> <li>-Continuar con los cuidados básicos y de higiene corporal.</li> </ul>

**(\*)SEDACIÓN PALIATIVA:** Disminución del nivel de conciencia con fármacos, de forma superficial o profunda, para aliviar el síntoma refractario o la agonía. Requiere consentimiento informado, no escrito, debe de recogerse en historia clínica.

**SÍNTOMA REFRACTARIO:** recoger en historia las pruebas y tratamientos previos, el tiempo que se han usado y si no se puede usar algún procedimiento o tratamiento.

**DOSIS DE INDUCCIÓN:** es la dosis total con la que llegamos al nivel de sedación necesario para controlar el síntoma

**DOSIS DE RESCATE:** "dosis extra" en caso de crisis o reagudización del síntoma. Es igual a la dosis de inducción y equivale a 1/6 de la dosis diaria.

#### DETERMINAR AGONÍA

##### ESCALA DE MENTEN

- |                         |                                  |
|-------------------------|----------------------------------|
| 1.-Nariz fría y blanca. | 5. -Estertores premortem.        |
| 2.-Extremidades frías.  | 6.- Apneas de más de 15seg/1min. |
| 3.-Livideces.           | 7.- Oliguria < 300 ml/d          |
| 4.-Labios cianóticos.   | 8.-Somnolencia > 15 horas /d     |

>4 criterios→situación agónica (90% fallece en 4 días)

<4 criterios→situación preagónica

#### DETERMINAR NIVEL DE SEDACIÓN: ESCALA RAMSAY-ICO

- |                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| 1.-Agitado                           | 4.-Respuesta a estímulos dolorosos /presión glabellar |
| 2.-Tranquilo, orientado, colaborador | a) rápida y agitada                                   |
|                                      | b) rápida y tranquila.                                |
| 3.-Respuesta a estímulos verbales:   | 5.-Respuesta perezosa a estímulos dolorosos/presión   |
| a) agitada                           | 6.-No respuesta                                       |
| b)tranquila                          |   |

**MIDAZOLAM SUBCUTÁNEO (elección en domicilio):**-dosis de inducción: 2.5-5 mg (no toma previa de BZD); 5-10 mg (toma previa de BZD); doblar dosis anteriores si se pretende sedación urgente y profunda (Ramsay V o VI). Repetir cada 10-15 minutos si se precisa hasta conseguir la sedación. La suma de todas las dosis empleadas es la dosis de inducción y la de rescate.

-dosis de mantenimiento en 24 h: dosis de inducción pautados cada 4 horas en forma de bolos o infusión continua (infusor con las 6 dosis de inducción/24 h). En ambos casos dejar instrucciones para administrar dosis de rescate. Reajuste cada 24 h (dosis diaria + dosis rescate).

**MIDAZOLAM INTRAVENOSO (en urgencias, si tiene vía venosa o vía subcutánea inadecuada):** -dosis de inducción: 1.5 mg en bolo lento cada 5 minutos (7ml de suero a una ampolla de 15 mg/3ml se obtiene dilución 1.5 mg/ml). -dosis de mantenimiento: se calcula igual que vía subcutánea.

**LEVOMEPRIMAZINA SUBCUTÁNEA:**-dosis de inducción: 12.5-25 mg repetibles cada 6-8 h. -dosis de mantenimiento 24h: suma de todas las dosis en 24h en infusión continua (no mezclar con haloperidol, ondansetrón, metoclopramida).Dosis de rescate de 12.5 mg. Si intento previo de sedación con midazolam, reducir al 50% dosis de midazolam primeras 24h. **LEVOMEPRIMAZINA INTRAVENOSA:** dosis la mitad que vía subcutánea.

# RESUMEN FÁRMACOS MÁS USADOS EN CUIDADOS PALIATIVOS

PRINCIPIO ACTIVO	INDICACIONES Y DOSIS
<b>ACETATO MEGESTROL</b> (MAYGACE <sup>®</sup> ,BOREA <sup>®</sup> , MEGEFREN <sup>®</sup> )	.Síndrome anorexia-caquexia y astenia→ Inicio 160mg/d. Dosis media 400-700 mg/d.
<b>BROMURO DE HIOSCINA</b> (BUSCAPINA <sup>®</sup> )	.Disnea y tos con secreciones→10-20 mg/6-8 h vo, sc. .Estertores premortem→20-40 mg/6-8 h vo, sc o rectal (techo 240 mg/d). .Dolor cólico por obstrucción intestinal irreversible: 20-40 mg/8h sc o en ICSC. .Otras: náuseas, vómitos, sialorrea, tenesmo rectal por espasmo muscular, espasmos vesicales.
<b>CODEÍNA</b>	.Tos→ 15-60 mg/4-6 .Analgésico segundo escalón→15-30 mg/4-6 horas. Dosis techo como analgésico en 120 mg/d.
<b>CLORPROMACINA</b> (LARGACTIL <sup>®</sup> )	.Prurito→ clorpromazina 25-50mg/12h .Hipo→ 10-25 mg VO cada 4-6 horas .Náuseas y vómitos (antiémético central)→ 10-50 mg/8h (vo, im). .Insomnio/ansiedad que no responden a BZD o asocian síntomas psicóticos→12.5-50 mg/4-12 h vo,iv, im, no sc. .Alternativa en sedación paliativa a levomepromazina,: 12.5-50 mg/6-8h iv (dosis techo 300 mg/d)
<b>DEXAMETASONA</b> (FORTECORTIN <sup>®</sup> )	.Sdr anorexia-caquexia y astenia (supervivencia corta)→ dexametasona 2-4 mg/d vo. .Fiebre neoplásica→ iniciar 1-2 mg/día y ajustar según resultados y/o efectos secundarios. .Hipo por tumor cerebral→ dexametasona dosis altas de 16 mg/d. .Hemoptisis→ Dexametasona 2-4 mg/ 24h vo o sc. .Disfagia tumoral→ Dexametasona 2-4 mg/8 h vo o sc .Obstrucción intestinal→ dexametasona 8-16 mg/mañana sc .Compresión gástrica→dexametasona 4-6 mg/d .Metástasis cerebrales→ Dexametasona 16-24 mg/d .Hipertensión endocraneal→ Dexametasona iv 4-60 mg/d cada 6 h (también subcutánea). .Sdr compresión medular→12-20 mg en bolo: <b>¡URGENCIA!</b> Administrar con diagnóstico de sospecha. Continuar con 4-6 mg/ 6 h. .Linfedema→ Dexametasona 4-8 mg/d. .Hipercalcemia por lesiones osteolíticas y Sdr vena cava superior → Dexametasona 4-10 mg/6 h. .Otras: prurito, disnea con componente obstructivo o inflamatorio, náuseas y vómitos por QT, coadyuvante en dolor (componente neuropático y/o inflamatorio).

PRINCIPIO ACTIVO	INDICACIONES Y DOSIS
<p><b>HALOPERIDOL</b></p>	<p>.Vómitos (antiemético central)→2.5-10 mg/12-24 h (vo, sc) . Si son por obstrucción intestinal→ <b>ELECCIÓN</b> 2.5-5 mg/8h sc o iv.          .Delirium→ comenzar con dosis bajas 2.5-5 mg/8-12 h vo o sc e ir titulando. <b>En crisis aguda de agitación o sdr confusional agudo:</b> haloperidol 5-20 mg (inicio 2.5-5 mg), repetir si no es eficaz en 20-30 min vo, sc, o iv hasta en 3 ocasiones.          .Otras: ansiedad e insomnio con síntomas psicóticos.</p>
<p><b>LEVOMEPRMACINA</b> (Sinogan<sup>®</sup>)</p>	<p>.Vómitos (antiemético central)→ 6.25 mg por la noche. Alternativa al haloperidol en obstrucción intestinal→6.25 -25 mg/24h sc o iv.          .En crisis aguda de agitación o sdr confusional agudo que no responde a haloperidol→ vo, sc, im, iv: 12.5.25 mg, también se pueden repetir en 3 ocasiones hasta conseguir sedar.          .Sedación paliativa por delirium irreversible o como 2ª elección a midazolam en sedación paliativa por otro síntoma diferente al delirium→<u>dosis de inducción</u>: 12.5-25 mg sc repetibles cada 6-8 h. <u>-dosis de mantenimiento 24h</u>: suma de todas las dosis en 24h en infusión continua (no mezclar con haloperidol, ondasetrón, metoclopramida).Dosis de rescate de 12.5 mg. Reducir dosis a la mitad si iv.          .Otras: ansiedad e insomnio con síntomas psicóticos que no responde a otros tratamientos</p>
<p><b>METOCLOPRAMIDA</b> (Primperam<sup>®</sup>)</p>	<p>.Náuseas y vómitos (antiemético periférico)→5-10 mg/6h vo, sc, iv.          .Otras: Hipo, compresión gástrica, hipertensión endocraneal, obstrucción intestinal incompleta.</p>
<p><b>MIDAZOLAM</b> (Dormicum<sup>®</sup>)</p>	<p>.Disnea con ansiedad→5-10 mg/6h (vo , sc).          .Hipo→Midazolam 2mg sc seguido de 1-2 mg/3-5 min.          .Insomnio en fase terminal avanzada, resistente a tratamiento oral→ midazolam 2.5-5 mg sc          .Alternativa a neurolépticos en crisis aguda de agitación→ midazolam 5-15 mg sc o iv cada 10 min, 3 dosis (si predomina ansiedad) o en sdr confusional agudo→ midazolam 2.5-7.5 mg/4h sc.          . SEDACIÓN PALIATIVA (síntoma refractario y/o situación de agonía)→ <i>MIDAZOLAM SUBCUTÁNEO</i> (elección en domicilio):<u>-dosis de inducción</u>: 2.5-5 mg (no toma previa de BZD); 5-10 mg (toma previa de BZD); doblar dosis anteriores si se pretende sedación urgente y profunda (Ramsay V o VI). Repetir cada 10-15 minutos si se precisa hasta conseguir la sedación. La suma de todas las dosis empleadas es la dosis de inducción y la de rescate. <u>-dosis de mantenimiento en 24 h</u>: dosis de inducción pautados cada 4 horas en forma de bolos o infusión continua (infusor con las 6 dosis de inducción/24 h). En ambos casos dejar instrucciones para administrar dosis de rescate. Reajuste cada 24 h (dosis diaria + dosis rescate).  <i>MIDAZOLAM INTRAVENOSO</i> (en urgencias, si tiene vía venosa o vía subcutánea inadecuada): <u>-dosis de inducción</u>: 1.5 mg en bolo lento cada 5 minutos (7ml de suero a una ampolla de 15 mg/3ml se obtiene dilución 1.5 mg/ml). <u>-dosis de mantenimiento</u>:se calcula igual que sc.          .Convulsiones→ Midazolam 5-10 mg sc, intranasal.</p>

PRINCIPIO ACTIVO	INDICACIONES Y DOSIS
MORFINA	<p><b>.Disnea</b>→MORFINA DE LIBERACIÓN RÁPIDA</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>NO TRATAMIENTO PREVIO CON MÓRFICOS:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Empezar a demanda con 5 mg vo/4-6 h (2.5 mg si caquexia o insuficiencia renal).</li> <li>- Después pautar la dosis total diaria/4 h vo (entre 5-10 mg/4h) con rescates de 2.5-5mg/1 h vo</li> </ul> </li> <li>• <u>SI TRATAMIENTO PREVIO CON MÓRFICOS:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Primero dosis a demanda, 50% incremento dosis de morfina previa (↑100% dosis /4 h vo o sc si es severa; ↑25% dosis cada 4 h vo o sc si es leve)</li> <li>- Después pautar cada 4 horas según dosis total diaria precisada + rescates.</li> </ul> </li> </ul> <p><b>.Antitusígeno</b> central→Morfina 2.5-5 mg/4-6 h.</p> <p><b>.Dolor</b> nociceptivo y neuropático (severo)→3º escalón de la OMS. Comenzar con 10 mg /4 h de liberación inmediata, a las 48-72 horas si sigue el mismo dolor subir dosis 50%, si somnolencia se reduce 50%. Tras conseguir la dosis en la que el dolor está controlado, se pasa a morfina de liberación controlada (la dosis total diaria se reparte cada 12 horas) y se dejan los comprimidos de liberación inmediata o la forma soluble de rescate. -Si se decide cambiar vía oral a otra vía tener en cuenta la tabla de conversión . -Si se decide cambiar a otro opiáceo tener en cuenta las <u>dosis equianalgésicas</u> (si el paciente está con otro opioide oral→calcular la dosis equivalente en morfina y está se pasa a la nueva vía que se quiere usar).</p> <p><b>.Otros:</b> diarrea,</p>
ONDASENTRÓN (Zofrán <sup>R</sup> , Yatrox <sup>R</sup> )	<p>.Náuseas y vómitos (antiemético central y periférico)→) 8-16 mg/24h. .Picor por opiáceos.</p>

## BIBLIOGRAFÍA

1. Cía Ramos R, Fernández López A, Sanz Amores R, et al. Entrenamiento iavante. Formación básica en cuidados paliativos. Málaga: Fundación iavante; 2010. 366p.
2. Gómez Sancho M, Ojeda Martín M. Cuidados paliativos. Control de síntomas. Las Palmas de Gran Canarias: Laboratorio Meda; 2014. 175p.
3. Cuidados paliativos [recurso electrónico]: proceso asistencial integrado/[autores/as: Fernández López Auxiliadora ...et al.]--3ª ed-- [Sevilla]:Consejería de Salud y Familias, 2019.  
[https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/PAI%20PALIATIVOS\\_4\\_DEFINITIVO\\_WEB.pdf](https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/PAI%20PALIATIVOS_4_DEFINITIVO_WEB.pdf)
4. Guía Cuidados Paliativos de la Comunidad de Madrid. [https://paliativossinfronteras.org/wp-content/uploads/GUIACPDELACOMUNIDADDEMADRID\\_1.pdf](https://paliativossinfronteras.org/wp-content/uploads/GUIACPDELACOMUNIDADDEMADRID_1.pdf).
5. Guía Fisterra. Control síntomas paliativos. Actualización 2019. [https://www.fisterra.com/guias\\_clinicas/control-sintomas-cuidadospaliativos/](https://www.fisterra.com/guias_clinicas/control-sintomas-cuidadospaliativos/)
6. 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 tecnología Sanitaria del País Vasco; 2008. Guías de práctica clínica en el SNS: OSTEBA nº 2006/08.  
[http://www.ffis.es/ups/Guia\\_de\\_practica\\_clinica\\_sobre\\_Cuidados\\_Paliativos\\_del\\_SNS\\_2008.pdf](http://www.ffis.es/ups/Guia_de_practica_clinica_sobre_Cuidados_Paliativos_del_SNS_2008.pdf)
7. Guía Cuidados Paliativos SECPAL. <https://www.secpal.com/guia-cuidados-paliativos-1>
8. Guía Cuidados paliativos de la comunidad de Madrid. [https://www.bioeticaweb.com/wp-content/uploads/2014/07/guia\\_paliativos.pdf](https://www.bioeticaweb.com/wp-content/uploads/2014/07/guia_paliativos.pdf)
9. Control de síntomas en cuidados paliativos. SEMFYC 20016 <https://www.semfyc.es/grupos/control-del-sintoma-en-cuidados-paliativos-2/>
10. Manual de Bolsillo de Cuidados Paliativos para enfermos oncológicos y no oncológicos.  
<http://www.secpal.com/Documentos/Blog/Manual%20bolsillo%20cuidados%20paliativos%20ONLINE.pdf>

## ABREVIATURAS

-AAS.....ácido acetilsalicílico.  
-ADTC.....antidepresivos tricíclicos.  
-AINES.....antinflamatorios no esteroideos.  
-BZD.....benzodiazepinas.  
-d.....día.  
-g.....gramos.  
-h.....hora.  
-HBPM....heparina bajo peso molecular.  
- ICSC.....infusión continua subcutánea.  
-IM.....intramuscular.  
- ISRS.....inhibidores recaptación de serotonina.  
-ITU.....infección tracto urinario.  
-IU.....incontinencia urinaria.  
-IV.....intravenoso.

Kg.....Kilogramos.  
-ml.....mililitros.  
-mg.....miligramos.  
-min.....minutos.  
-pg.....picogramos.  
-QT.....quimioterapia.  
-RT.....radioterapia.  
-sc.....subcutánea.  
-sdr.....síndrome.  
-sem.....semana.  
-SF.....suero fisiológico.  
-sl.....sublingual.  
-µg.....microgramos  
-vo.....vía oral.  
.vr.....vía rectal