



REGISTRO OFICIAL

ÓRGANO DEL GOBIERNO DEL ECUADOR

Administración del Sr. Ec. Rafael Correa Delgado
Presidente Constitucional de la República

EDICIÓN ESPECIAL

Año II - Nº 206

Quito, lunes 17 de
noviembre de 2014

Valor: US\$ 6.00 + IVA



Ministerio
de **Salud Pública**

ING. HUGO DEL POZO BARREZUETA
DIRECTOR

Quito: Avenida 12 de Octubre
N23-99 y Wilson

Edificio 12 de Octubre
Segundo Piso

Dirección: Telf. 2901 - 629
Oficinas centrales y ventas:
Telfs. 2234 - 540
3941 - 800 Ext. 2301

Distribución (Almacén):
Mañosca Nº 201 y Av. 10 de Agosto
Telf. 2430 - 110

Sucursal Guayaquil:
Malecón Nº 1606 y Av. 10 de Agosto
Telf. 2527 - 107

Suscripción anual: US\$ 400 + IVA
para la ciudad de Quito
US\$ 450 + IVA para el resto del país
Impreso en Editora Nacional

188 páginas

www.registroficial.gob.ec

Al servicio del país
desde el 1º de julio de 1895

PUBLÍQUESE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS

No 00004862

LA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA

Considerando:

Que; la Constitución de la República del Ecuador manda: “Art. 32. La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.”;

Que; la citada Constitución de la República del Ecuador ordena: “Art. 361. El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector.”;

Que; la Ley Orgánica de Salud dispone: “Art. 4. La autoridad sanitaria nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud; así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de esta Ley; y, las normas que dicte para su plena vigencia serán obligatorias.”;

Que; el artículo 6 de la citada Ley Orgánica de Salud prescribe que es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública, entre otras, “(...) 34. Cumplir y hacer cumplir esta Ley, los reglamentos y otras disposiciones legales y técnicas relacionadas con la salud. (...)”;

Que; el artículo 10 de la Ley Ibídem prescribe que quienes forman parte del Sistema Nacional de Salud aplicarán las políticas, programas y normas de atención integral y de calidad, que incluyen acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos de la salud individual y colectiva, con sujeción a los principios y enfoques establecidos en el artículo 1 de dicha Ley;

Que; el Estatuto Orgánico Sustitutivo de Gestión Organizacional por Procesos del Ministerio de Salud Pública, emitido mediante Acuerdo Ministerial No. 00004520 de 13 de noviembre de 2013, establece como misión de la Dirección Nacional de Normatización definir normas, manuales de protocolos clínicos, protocolos terapéuticos, protocolos odontológicos y guías de manejo clínico, por ciclos de vida y niveles de atención, así como de procesos de organización y gestión;

Que; mediante Nota 4-7-135/2012 de 9 de noviembre de 2012, la Embajada del Ecuador en España solicita oficialmente al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de ese país, se autorice al Ministerio de Salud Pública del Ecuador, editar y reproducir la Guía Práctica sobre Cuidados Paliativos;

Que; a través de Nota Verbal de 25 de febrero de 2013 dirigida a la Embajada del Ecuador en España, la Subdirectora General de Relaciones Internacionales del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España, remite la Resolución favorable de la Subsecretaría de ese Ministerio para la edición de la referida Guía, respetando las condiciones constantes en la Resolución;

Que; con Nota No. 4-6-53/2013 de 5 de marzo de 2013 dirigida a la magister Carina Vance, Ministra de Salud Pública, la Embajadora del Ecuador en España pone en conocimiento de esta Cartera de Estado la Resolución favorable del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad que otorga el permiso de edición de la Guía Práctica sobre Cuidados Paliativos;

Que; el documento denominado Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos contribuirá para proveer información práctica y de fácil lectura que capacite tanto a los profesionales de la salud como a los familiares de personas que presentan una enfermedad incurable, avanzada y de pronóstico de vida limitado, acerca de los cuidados paliativos para que tengan mejores condiciones, aliviando sus necesidades físicas, psicológicas y sociales; y,

Que; mediante memorando Nro. MSP-DNN-2014-0474-M de 10 de abril de 2014, la Directora Nacional de Normatización, solicita la elaboración del presente Acuerdo Ministerial.

EN EJERCICIO DE LAS ATRIBUCIONES LEGALES CONFERIDAS POR LOS ARTICULOS 151 Y 154, NUMERAL 1 DE LA CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR Y POR EL ARTÍCULO 17 DEL ESTATUTO DEL RÉGIMEN JURÍDICO Y ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN EJECUTIVA

ACUERDA:

Art. 1.- Aprobar la adopción y autorizar la publicación del documento denominado “GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS”, elaborada por las instituciones españolas: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Instituto de Salud Carlos III y Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Departamento de Salud del Gobierno Vasco.

Art. 2.- Disponer que la “GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS”, sea aplicada a nivel nacional, como una normativa del Ministerio de Salud Pública de carácter obligatorio para el Sistema Nacional de Salud (Red Pública Integral de Salud y Red Complementaria).

Art. 3.- Publicar la “GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS” en la página web del Ministerio de Salud Pública.

Art. 4.- De la ejecución del presente Acuerdo Ministerial, que entrará en vigencia a partir de la fecha de su publicación en el Registro Oficial, encárguese a la Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud a través de la Dirección Nacional de Discapacidades.

DADO EN EL DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO, a 07 de mayo de 2014.

f.) Carina Vance Mafla, Ministra de Salud Pública.

Es fiel copia del documento que consta en el archivo de la D.N. Secretaría General al que me remito en caso necesario lo certifico.- Quito a, 20 mayo 2014.- f.) Ilegible.- Secretaría General, Ministerio de Salud Pública.

Cuidados Paliativos

Guía de Práctica Clínica (GPC)

(Adopción de GPC sobre cuidados paliativos en el SNS

Ministerio de Salud y Consumo, Gobierno Español)

Ministerio de Salud Pública del Ecuador
Cuidados paliativos Guía de Práctica Clínica
(Adopción de GPC sobre cuidados paliativos en el SNS
Ministerio de Salud y Consumo, Gobierno Español)
Quito: Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional
de Normatización-MSP, 2014, 299 pag; tab

- 1.- Guía de práctica clínica
- 2.- Educación superior
- 3.- Salud pública
- 4.- Ecuador

Ministerio de Salud Pública del Ecuador
Av. República de El Salvador N36-64 y Suecia
Quito-Ecuador
Teléfono: (593) 238 14400
www.salud.gob.ec

Cuidados paliativos Guía de Práctica clínica

Edición general: Dirección Nacional de Normatización

Esta Guía de Práctica Clínica (GPC) ha sido adoptada por profesionales de las instituciones del Sistema Nacional de Salud y especialistas en la materia, bajo la coordinación de la Dirección Nacional de Normatización del MSP. En ella se reúnen recomendaciones y evidencias científicas para apoyar a médicos y pacientes en la toma de decisiones acerca de los cuidados paliativos.

Estas son de carácter general y no definen un modo único la conducta procedimental o terapéutica, sino una orientación basada en evidencia científica para la misma. La aplicación

de las recomendaciones en la práctica profesional médica deberá basarse además, en el buen juicio clínico de quien las emplea como referencia, en las necesidades específicas y preferencias de cada paciente, en los recursos disponibles al momento de la atención, así como en las normas legales existentes.

Los autores declaran no tener conflicto de interés alguno, y han procurado ofrecer información completa y actualizada. Sin embargo, en vista de la posibilidad de cambios en la ciencia y en la medicina, se recomienda revisar el prospecto de cada medicamento que se planea administrar para cerciorarse de que no se hayan producido cambios en las dosis sugeridas o en las contraindicaciones para su administración. Esta recomendación cobra especial importancia en el caso de medicamentos nuevos o de su uso frecuente.

Publicada en 2014

ISBN

Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-No Comercial-Compartir Igual 3.0 Ecuador, y puede reproducirse libremente citando la fuente sin necesidad de autorización escrita, con fines de enseñanza y capacitación no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud.

Como citar esta obra:

Ministerio de Salud Pública, Cuidados paliativos Guía de Práctica Clínica, Quito: MSP; 2014. Disponible en : <http://salud.gob.ec>

Impreso por El Telégrafo

Corrección de estilo:

Hecho en Ecuador – Printed in Ecuador

Autoridades MSP

Mgs. Carina Vance, Ministra de Salud Pública

Dr. David Acurio, Viceministro de Gobernanza y Vigilancia de la Salud

Dra. Marysol Ruilova, Viceministra de Atención Integral en Salud

Dra. Verónica Espinosa, Subsecretaria Nacional de Gobernanza de la Salud

Dr. Francisco Vallejo, Subsecretario Nacional de Vigilancia de la Salud Pública

Dra. Patricia Granja, Subsecretaria Nacional de Provisión de Servicios de Salud

Dra. Gabriela Aguinaga, Directora Nacional de Normatización

Dr. Juan Carlos Panchi, Director Nacional de Discapacidades

Edición General

Dirección Nacional de Normatización

Equipo de redacción y autores, España

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 N° 2006/08

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

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

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

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

Larraitx 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. Kuetu (Comarca Ezkerraldea-Enkarterri)

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

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

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

Colaboración experta

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Esther Espinola 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)

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 Geriátrica y Gerontología (SEGG)

Sociedad Española de Hospitalización a Domicilio

Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFYC)

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

Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI)

Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM)
Miembros de estas sociedades han participado en la autoría y colaboración experta de la GPC.

Equipo de revisión y adopción de la Guía para Ecuador

Ximena Pozo, Médica de familia, Coordinadora de Cuidados Paliativos, Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud MSP (Quito)

Rodrigo Henríquez, Médico de familia, consultor en medicina basada en la evidencia, Dirección de Normatización MSP (Quito)

Silvia Alvarez, Bioquímica farmacéutica, Dirección Nacional de Medicamentos y Dispositivos Médicos. MSP (Quito)

Friné Andrade, Psicóloga, Fundación Jersey (Quito)

Andrea Banegas, Médico residente 3er año Postgrado Medicina interna, Universidad Central del Ecuador (Quito)

Gabriela Cabrera, Médico residente 3er año Postgrado Medicina interna, Universidad Central del Ecuador (Quito)

María Cristina Cervantes, Médica internista, SOLCA (Quito)

Jacqueline Cevallos, Médico residente 2do año Postgrado Medicina familiar, Universidad Central del Ecuador (Quito)

Sandra Cevallos, Anestesióloga Hospital Carlos Andrade Marín, FECUPAL (Quito)

Viviana Dávalos, Anestesióloga Hospital Universidad Técnica Particular de Loja (Loja)

Mercedes Díaz, Médica internista, SOLCA (Quito)

María Augusta Echeverría, Trabajadora Social, SOLCA (Quito)

Verónica Egas, Médico residente 3er año Postgrado Medicina familiar, Universidad Central del Ecuador (Quito)

Bayardo Espinoza, Anestesiólogo Hospital Enrique Garcés (Quito)

Tatiana Fernández, Médica Internista Hospital Eugenio Espejo, Clínica Guadalupe (Quito)

Marinka Gallo, Médica Fundación ABEI (Quito)

Jorge Gencón, Médico Psiquiatra SOLCA (Guayaquil)

Melina González, Médico residente 3er año Postgrado Medicina interna, Universidad Central del Ecuador (Quito)

Mariana Ibarra, Licenciada en enfermería Dirección Distrital 17D02 MSP, FECUPAL (Quito)

Diego Jimbo, Médico Hospital San Sebastián de Sigüig, Fundación Familias unidas por enfermos con cáncer – FUPEC (Cuenca)

Nancy Lino, Anestesióloga, SOLCA (Guayaquil)

Andrea Lozada, Médica Pediatra, Fundación Jersey (Quito)

Lucía Maldonado, Licenciada en enfermería, FECUPAL (Quito)

María Belén Mena, Profesora de Farmacología. Universidad Central del Ecuador (Quito)

Johanna Mero, Médico residente 3er año Postgrado Medicina interna, Universidad Central del Ecuador (Quito)

Nestor Mora, Médico residente 3er año Postgrado Medicina interna, Universidad Central del Ecuador (Quito)

Rebecca Mosquera, Médico residente 3er año Postgrado Medicina interna, Universidad Central del Ecuador (Quito)

Edwin Murgueytio, Médico Emergenciólogo IESS Dispensario Central, FECUPAL (Quito)

Hector Ortega, Médico residente 3er año Postgrado Medicina interna, Universidad Central del Ecuador (Quito)

Germania Ortuño, Doctora en Psicología Dirección de Aviación Civil, FECUPAL (Quito)

Violeta Osorio, Médico residente 3er año Postgrado Medicina familiar, Universidad Central del Ecuador (Quito)

Jorge Paladines, Médico residente 3er año Postgrado Medicina interna, Universidad Central del Ecuador (Quito)

Juan Carlos Piedra, Médico residente 3er año Postgrado Medicina interna, Universidad Central del Ecuador (Quito)

Ximena Pinto, Licenciada en enfermería, Dirección Nacional de Medicamentos y Dispositivos Médicos. MSP (Quito)

Amanda Puruncajas, Licenciada en enfermería, Fundación Jersey (Quito)

Mónica Quimi, Médica Pediatra, Hospital Francisco de Icaza Bustamante (Guayaquil)

Juan Quizanga, Médico residente 3er año Postgrado Medicina familiar, Universidad Central del Ecuador (Quito)

Ximena Raza, DDS, Dirección Nacional de Normatización MSP (Quito)

Alberto Redaelli, Sacerdote, FECUPAL (Quito)

Verónica Redín, Médica de familia, Dirección Distrital 17D02 MSP (Quito)

Esteban Reyes, Anestesiólogo Especialista manejo de dolor, Hospital Metropolitano (Quito)

Carmen Rodríguez, Trabajadora Social, Clínica Guadalupe (Quito)

Giovanni Rojas, Médico familiar, Centro médico NV Salud (Quito)

Carlos Romero, Médico residente 3er año Postgrado Medicina interna, Universidad Central del Ecuador (Quito)

Juan Pablo Román, Médico residente 3er año Postgrado Medicina interna, Universidad Central del Ecuador (Quito)

Ramiro Rueda, Anestesiólogo, Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas (Quito)

Mirman Ruiz, Doctora en Trabajo Social, Fundación Campamento Esperanza (Quito)

Paulina Sáenz, Médico residente 3er año Postgrado Medicina familiar, Universidad Central del Ecuador (Quito)

Betzabe Tello, Médica de familia, Dirección de Inteligencia de la Salud MSP (Quito)

Mariana Vallejo, Algesióloga, Presidenta de la Sociedad Ecuatoriana para estudio y tratamiento del dolor, SOLCA (Guayaquil)

Carmita Villa, Anestesióloga, Hospital Pablo Arturo Suárez (Quito)

Byron Villacreses, Sacerdote, Capellán Hospital Eugenio Espejo (Quito)

Lupe Yépez, Médica de Familia, Hospital Carlos Andrade Marín, Fundación ABEI (Quito)

Xavier Zambonino, Médico residente 3er año Postgrado Medicina interna, Universidad Central del Ecuador (Quito)

Declaración de conflicto de interés

A todos los miembros del Equipo de adopción, revisión y validación de la Guía al Ecuador, se les solicito realizar la declaración de conflicto de interés, consta en el anexo 9

“Este es un producto adoptado por el Minsiterio de Salud Pública del Ecuador, con la autorización emitida por el Gobierno Español a través de su Ministerio de Sanidad y Consumo.”

Contenido	6.1.2. Valoración de síntomas. Uso de escalas
Descripción general de la Guía	6.1.3. Uso de fármacos para el tratamiento de síntomas en CP
Preguntas que responde esta Guía de Práctica Clínica	6.1.4. Vías de administración de fármacos en CP
Resumen de las recomendaciones	6.2. Tratamiento del dolor
1. Introducción	6.2.1. Introducción
2. Alcance y objetivos	6.2.2. Principios generales del tratamiento del dolor en CP
3. Metodología	6.2.3. Clasificación del dolor
4. Introducción a los cuidados paliativos	6.2.4. Eficacia de los tratamientos farmacológicos
4.1. Definición y objetivos de los cuidados paliativos	6.2.5. Dolor neuropático
4.2. Conceptos relevantes	6.2.6. Dolor irruptivo
4.2.1. Calidad de vida	6.2.7. Dolor óseo metastásico
4.2.2. Sufrimiento	6.3. Astenia, anorexia-caquexia y deshidratación
4.2.3. Autonomía	6.3.1. Astenia y anorexia-caquexia
4.3. Aspectos organizativos de los cuidados paliativos	6.3.2. Deshidratación
4.4. Predicción de la supervivencia	6.4. Síntomas respiratorios
4.4.1. Predicción de la supervivencia en enfermos oncológicos	6.4.1. Disnea
4.4.2. Predicción de la supervivencia en enfermos no oncológicos	6.4.2. Tos
5. Información, comunicación y toma de decisiones	6.4.3. Obstrucción de la vena cava superior
5.1. Principios para una información y una comunicación adecuadas en cuidados paliativos	6.5. Síntomas psicológicos y psiquiátricos
5.1.1. Necesidades de comunicación del enfermo y su familia	6.5.1. Delirium
5.1.2. Estilos de comunicación	6.5.2. Insomnio
5.1.3. Métodos de información	6.5.3. Ansiedad
5.1.4. Actitud de los profesionales sanitarios	6.5.4. Depresión
5.1.5. Efectos de una comunicación efectiva	6.6. Síntomas digestivos
5.1.6. Comunicación de malas noticias	6.6.1. Cuidados de la boca
5.2. Formación en comunicación en cuidados paliativos	6.6.2. Mucositis
5.3. Aspectos éticos y legales de la información y la comunicación en cuidados paliativos	6.6.3. Boca seca (xerostomía)
5.4. Elementos para la toma de decisiones	6.6.4. Candidiasis, otras molestias en la boca
6. Control de síntomas	6.6.5. Disfagia
6.1. Introducción	6.6.6. Náuseas y vómitos
6.1.1. Principios generales del control de síntomas	6.6.7. Estreñimiento
	6.6.8. Diarrea

6.6.9. Obstrucción intestinal	9.3.3. Aspectos sociales o familiares
6.6.10. Ascitis	9.3.4. Aspectos espirituales
6.6.11. Hipo	9.3.5. Aspectos relacionados con el entorno en el que el enfermo es atendido
6.7. Cuidados de la piel	9.3.6. Estertores premortem
6.7.1. Prevención y tratamiento de las úlceras	10. Sedación paliativa
6.7.2. Prurito	10.1. Introducción
6.8. Síntomas urinarios	10.2. Proceso de la sedación paliativa en la agonía
6.8.1. Tenesmo vesical	10.2.1. Indicación terapéutica
6.9. Urgencias	10.2.2. Consentimiento del enfermo
6.9.1. Hipercalcemia	10.2.3. Información al equipo terapéutico
6.9.2. Compresión medular	10.2.4. Administración de fármacos
6.9.3. Crisis convulsivas	10.2.5. Consideraciones éticas y legales
6.9.4. Hemorragia	11. Duelo
7. Apoyo psicosocial y espiritual a la persona en FFV	11.1. Duelo normal: definición, fases y manifestaciones
7.1. Apoyo psicosocial	11.2. Atención al duelo: organización
7.1.1. Necesidades psicosociales	11.3. Factores de riesgo de duelo complicado y su valoración
7.1.2. Intervenciones psicosociales	11.4. Duelo complicado o trastorno por duelo prolongado
7.2. Apoyo espiritual	11.5. Eficacia de las intervenciones en el duelo
7.2.1. Introducción	Anexos
7.2.2. Valoración de las necesidades espirituales	Anexo 1. Niveles de evidencia científica y grados de recomendación de SIGN
7.2.3. Influencia de los aspectos espirituales en la evolución de los pacientes	Anexo 2. Escalas
8. Apoyo psicosocial a la familia	Anexo 3. Cómo comunicar malas noticias: Protocolo de seis etapas de Buckman, otros temas de comunicación
8.1. Necesidades de apoyo psicosocial de la familia	Anexo 4. Medicamentos avalados para esta GPC según síntomas
8.2. Percepción de carga en los cuidadores	Anexo 5. Dispositivos médicos
8.3. Atención de las necesidades psicosociales y de apoyo de la familia	Anexo 6. Administración de fármacos por vía subcutánea en cuidados paliativos
9. Atención en los últimos días. Agonía	Anexo 7. Dosificación de opioides en el dolor
9.1. Introducción	Anexo 8. Glosario y abreviaturas
9.2. Diagnóstico, signos y síntomas en la fase terminal del paciente moribundo	Anexo 9. Declaración de interés
9.3. Atención del enfermo y su familia en los últimos días u horas de la vida	Bibliografía
9.3.1. Cuidados físicos	
9.3.2. Aspectos psicológicos	

Descripción general de la guía

Título de la guía	Cuidados Paliativos Guía de práctica clínica
Organización desarrolladora	Dirección Nacional de Normatización, Ministerio de Salud Pública del Ecuador.
Fecha de edición	2014
Categoría de la GPC	Diagnóstico y tratamiento Niveles de atención: prehospitario, primer nivel y acciones específicas en segundo y tercer nivel.
Profesionales a quienes va dirigida	Esta Guía está dirigida al amplio grupo de profesionales involucrados en la atención directa de pacientes con necesidades de atención paliativa tales como: médicos, psicólogos y enfermeras del primer, segundo, tercer nivel y de los equipos, servicios y unidades especializadas de cuidados paliativos.
Otros usuarios potenciales	- Quienes ejercen un nivel de responsabilidad en el planteamiento, gerencia y dirección de servicios de salud de todos los niveles de atención - Educadores sanitarios y profesionales de la salud en formación - Ciudadanía en general.
Población blanco	Personas con enfermedades crónicas, progresivas, avanzadas, incurables, con pronóstico de vida limitado, en fase terminal y sus familias.
Intervenciones y acciones consideradas	Diagnóstico y tratamiento farmacológico y no farmacológico de las Personas con enfermedades crónicas, progresivas, avanzadas, incurables, con pronóstico de vida limitado, en fase terminal y sus familias.
Metodología	La adopción de la GPC fue autorizada por el Gobierno Español a través de su Ministerio de Sanidad y Consumo a petición del Ministerio de Salud Pública de la República del Ecuador. Para el proceso de adopción se siguieron los lineamientos descritos en la metodología ADAPTE de la Guidelines International Network (G-I-N). En los acápites pertinentes los contenidos fueron actualizados a partir de la evidencia publicada en el periodo 2008-2012, con énfasis en el uso de revisiones sistemáticas y ensayos clínicos controlados aleatorizados. El proceso de adopción incluyó la revisión por pares de la guía para su adopción al contexto nacional en una serie de 5 reuniones de trabajo con expertos nacionales en cuidados paliativos que trabajan en instituciones de la Red Pública Integral de Salud y de la Red Complementaria.
Validación	Por profesionales de cuidados paliativos y por la Dirección Nacional de Normatización del Ministerio de Salud Pública.
Fuente de financiamiento	Dirección Nacional de Normatización
Conflicto de interés	A todos los miembros del Equipo de adopción, revisión y validación de la Guía al Ecuador, se les solicitó realizar la declaración de conflicto de interés, consta en el anexo 9.
Actualización	Cada 2 años a partir de la fecha de publicación, o según necesidad de acuerdo a los avances científicos en el tema.

Preguntas que responde esta Guía de Práctica Clínica**Introducción a los cuidados paliativos**

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

Información, comunicación y toma de decisiones

2. ¿Cómo tiene que ser la comunicación del equipo que atiende al paciente y su familia?
3. ¿Cómo debe ser la formación en comunicación del profesional sanitario que trabaja con pacientes en FFV?

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

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

Control de síntomas

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

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

Tratamiento del dolor

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

Astenia, anorexia-caquexia y deshidratación

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

Síntomas respiratorios

18. ¿Cuál es la eficacia de los opioides y de los tratamientos adyuvantes en el tratamiento de la disnea?
19. ¿Cuál es la eficacia del oxígeno en el tratamiento de la disnea?
20. ¿Cuál es el tratamiento más adecuado de la tos en la persona en FFV?
21. ¿Cuál es el tratamiento más adecuado de la obstrucción de la vena cava superior?

Síntomas psicológicos y psiquiátricos

22. ¿Cuál es el tratamiento más adecuado del delirium en la persona en FFV?
23. ¿Cuál es el tratamiento más adecuado del insomnio en la persona en FFV?
24. ¿Cuál es el tratamiento más adecuado de la ansiedad en la persona en FFV?
25. ¿Cuál es el tratamiento más adecuado de la depresión en la persona en FFV?

Síntomas digestivos

26. ¿Cuáles son las medidas más adecuadas para la prevención y el tratamiento de la mucositis en la persona en FFV?
27. ¿Cuál es el tratamiento más adecuado de la boca seca?
28. ¿Cuáles son las medidas más adecuadas para la prevención y el tratamiento de la candidiasis oral?
29. ¿Cuál es el tratamiento más adecuado de la disfagia?
30. ¿Cuál es el tratamiento más adecuado de las náuseas y vómitos?
31. ¿Cuál es el tratamiento más adecuado del estreñimiento?
32. ¿Cuál es el tratamiento más adecuado de la diarrea?
33. ¿Cuál es el tratamiento más adecuado de la obstrucción intestinal?
34. ¿Cuál es el tratamiento más adecuado de la ascitis?
35. ¿Cuál es el tratamiento más adecuado del hipo?

Cuidados de la piel

36. ¿Cuál es la mejor forma de prevenir úlceras en personas en FFV?
37. ¿Cuál es el tratamiento más adecuado de las úlceras en personas en FFV?
38. ¿Cuál es el tratamiento más adecuado de las úlceras neoplásicas?
39. ¿Cuál es el tratamiento más adecuado del prurito?

Síntomas urinarios

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

Urgencias

41. ¿Cuál es el tratamiento más adecuado de la hipercalcemia en la persona en FFV?
42. ¿Cuál es el tratamiento más adecuado de la compresión medular en la persona en FFV?
43. ¿Cuál es el tratamiento más adecuado de las crisis convulsivas en la persona en FFV?
45. ¿Cuál es el tratamiento más adecuado de la hemorragia en la persona en FFV?

Apoyo psicosocial y espiritual a la persona en FFV

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

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

47. ¿Cómo se identifican las necesidades espirituales?

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

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

Apoyo psicosocial a la familia

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

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

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

Atención en los últimos días. Agonía

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

Resumen de las recomendaciones

Introducción a los cuidados paliativos

Aspectos organizativos de los cuidados paliativos

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

Predicción de la supervivencia

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

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

Sedación paliativa

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

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

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

Duelo

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

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

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

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

√	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.

Información, comunicación y toma de decisiones

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

Control de síntomas

Principios generales del control de síntomas

D	La valoración de los síntomas del paciente en FFV debe ser interdisciplinaria, individualizada, adaptada al enfermo y su familia y continuada en el tiempo.
D	En el caso de optar por el uso de escalas de valoración de síntomas, se recomienda la utilización de instrumentos validados. En nuestro medio puede utilizarse la escala ESAS. La escala Rotterdam Symptom Checklist (validada en lengua española) puede ser utilizada en el contexto de la investigación o en estudios sobre evaluación del impacto de los CP.

D	Los principios de un control efectivo de síntomas incluyen una valoración individualizada y, si fuera posible, el tratamiento de la etiología o mecanismo subyacente a cada síntoma; una evaluación de los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos disponibles; la elección de la pauta de tratamiento más sencilla, efectiva y cómoda; la información al enfermo y a su familia de las opciones disponibles, y la consideración de sus preferencias.
D	La vía de administración preferente debe ser la vía oral. Cuando la vía oral no es posible, se recomienda utilizar la vía subcutánea. En algunos casos (fentanilo y buprenorfina) puede utilizarse la vía transdérmica.

Tratamiento del dolor

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

Astenia, anorexia-caquexia

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

Deshidratación

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

Síntomas respiratorios**Disnea**

D	Deben tratarse de forma específica las causas reversibles de la disnea, como la insuficiencia cardíaca, la exacerbación de la EPOC, las arritmias cardíacas, la anemia, derrame pleural o pericárdico, la infección bronquial, el embolismo pulmonar o el síndrome de la vena cava superior.
D	Medidas no farmacológicas como la rehabilitación pulmonar (con uso de incentímetro), acompañamiento emocional, y otras acorde al caso; pueden ser de utilidad como adyuvantes en el manejo de la disnea ⁽³⁶²⁾ .
D	Se recomienda valorar la intensidad del síntoma referido 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	No se recomienda el uso de benzodiazepinas para la disnea, salvo en situación de ansiedad o pánico, o en las fases muy avanzadas de la vida como terapia añadida a la morfina (midazolam).
D	Los corticoides están indicados en caso de disnea producida por asma, EPOC, obstrucción tumoral de la vía aérea o linfangitis carcinomatosa.

Tos

D	Los pacientes con tos en CP precisan una evaluación individualizada para diagnosticar y, en la medida de lo posible, tratar las causas específicas de la tos. En el caso del cáncer pulmonar debería valorarse la quimioterapia paliativa.
D	Para la elección de fármacos, se recomienda valorar otros síntomas acompañantes (dolor, disnea), el uso previo de opioides, posibles interacciones farmacológicas y la vía de administración.
B	Como fármaco inicial puede utilizarse codeína.
D	En caso de precisar tratamiento para la tos debida a la EPOC puede utilizarse codeína.

Obstrucción de la vena cava superior

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

Síntomas psicológicos y psiquiátricos**Delirium**

D	La atención inicial al paciente con delirium debería incluir la identificación y tratamiento de las causas desencadenantes, con especial atención al consumo de determinados fármacos (opioides); la información adecuada a los familiares y cuidadores, y la valoración de la necesidad del tratamiento sintomático farmacológico.
B	Haloperidol es el fármaco de elección para el tratamiento del delirium.

D	Se puede añadir alprazolam a haloperidol en caso de delirium con ansiedad o agitación.
D	En el delirium con agitación intensa no controlada se puede utilizar levomepromazina o, alternativamente midazolam.
D	La vía subcutánea puede utilizarse en caso de sospecha de delirium producido por opioides en pacientes deshidratados.
D	Se recomienda reservar la utilización de antipsicóticos atípicos para casos seleccionados en los que haloperidol está contraindicado o no se tolera. En situaciones como las demencias con cuerpos de Lewy o en enfermos de parkinson, en las que no se recomienda el uso de haloperidol o risperidona, puede ser necesario recurrir a otros antipsicóticos, como quetiapina.

Insomnio

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

Ansiedad

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

Depresión

D	La evaluación inicial del paciente deprimido en CP comprende: identificación y abordaje de causas potencialmente tratables, valoración de los efectos adversos y las interacciones de los tratamientos farmacológicos previos y estimación del posible riesgo de suicidio.
B	La terapia inicial del paciente deprimido en CP comprende intervenciones estructuradas psicosociales, incluida la psicoterapia por el personal del equipo que le atiende y, si el caso lo requiere, por personal especializado dentro de un programa estructurado.
B	En caso necesario pueden utilizarse fármacos antidepresivos (ISRS o tricíclicos), teniendo en cuenta sus propiedades farmacológicas, otros fármacos que recibe el paciente y su perfil de síntomas en cada momento.

Síntomas digestivos

Mucositis

D	La indicación del tratamiento farmacológico preventivo debe realizarse de acuerdo con el riesgo de desarrollar mucositis, riesgo basado en la situación clínica y en la modalidad y dosificación del tratamiento (radioterapia o quimioterapia).
B	La prevención mediante fármacos o medidas locales (enzimas hidrolíticas, hielo picado, sulfato de zinc) o parenterales (amifostina) puede realizarse en casos seleccionados.

B	No hay evidencia suficiente para recomendar el tratamiento de la mucositis con enjuagues de alopurinol, factores estimulantes del crecimiento de granulocitos o inmunoglobulinas, por lo que la base del tratamiento es la higiene cuidadosa de la boca y la analgesia.
A	La analgesia controlada por el paciente puede utilizarse para disminuir la dosis de morfina en el tratamiento del dolor por la mucositis.

Boca seca (xerostomía)

D	En los pacientes con xerostomía, además de la higiene de la boca, se pueden utilizar estimulantes de la salivación, hielo o saliva artificial.
√	La correcta higiene de la boca y el uso de estimuladores de la salivación como chicles, frutas (como la piña), hielo y el uso de saliva artificial (como metilcelulosa) puede ser útiles en algunos casos, aunque es escasa la evidencia sobre su eficacia ⁽²¹²⁾ .
√	Evitar los alimentos secos, las especias fuertes como pimienta, pimentón; los sabores ácidos, amargos, muy dulces o muy salados. Elegir alimentos de consistencia blanda como el puré de papa, la papaya, miel, salvia. Se recomienda el uso de sorbete para facilitar la ingesta de líquidos. Enjuagar la boca con miel diluida en agua o con infusiones de tomillo, salvia, manzanilla, bicarbonato. Ofrecer pequeños sorbos de agua frecuentemente en el día. Tabletas de vitamina C efervescente media tableta de 500 mg, 4 v/día. Un enjuague muy útil en la sequedad bucal y halitosis se hace mezclando: un litro de agua de menta, una cucharadita de bicarbonato y una de sal. Una receta magistral de saliva artificial: metilcelulosa 10 gr y esencia de limón 0,2 ml en 1 litro de agua.

Candidiasis

B	La candidiasis no relacionada directamente con radioterapia o quimioterapia puede ser tratada en primer lugar con antifúngicos tópicos y en caso necesario, con antifúngicos orales (fluconazol, itraconazol).
A	En los pacientes oncológicos con candidiasis oral tras tratamiento inmunosupresor, puede utilizarse el tratamiento con fluconazol.
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 totalmente (fluconazol, itraconazol) son el tratamiento de elección en la prevención de la candidiasis oral.

Disfagia

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

Náuseas y vómitos

√	El tratamiento de las náuseas y vómitos en el paciente en FFV requiere una valoración cuidadosa de la etiología y los factores implicados (hipertensión endocraneal por invasión tumoral, trastornos metabólicos, fármacos, afectación visceral, etc.) para poder realizar un tratamiento individualizado.
---	--

√	Se aconseja iniciar el día con alimentos secos como tostadas o galletas de sal. Preferir dieta blanda, fraccionada, con bajo contenido en grasas. Evitar la leche entera, jugos de frutas ácidas y condimentar con vinagre. No mezclar platos calientes y fríos. Evitar canela, menta, hinojo, tomillo, albahaca, laurel y jengibre. No beber durante las comidas y terminar con infusiones de manzanilla, menta, anís o hierba luisa. Enjuagar de boca para eliminar sabores y olores desagradables, inmediatamente luego del vómito, al igual que el cambio de ropa y aseo de la semiluna o recipiente que se usó para contenerlo.
D	En los pacientes que reciben quimioterapia o radioterapia, la profilaxis de la náusea y vómito 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 5HT ₃ (como ondansetrón) y corticoides.
B	En los vómitos inducidos por quimioterapia con alto riesgo de emesis se recomienda la asociación de antagonistas de 5HT ₃ , corticoides.
D	En los vómitos eruptivos tras el tratamiento con quimioterapia o radioterapia pueden utilizarse los corticoides, metoclopramida o combinaciones de corticoides con metoclopramida, dependiendo de la intensidad de los síntomas.
B	Metoclopramida es el tratamiento de elección en los pacientes con náusea y vómito sin relación con la quimioterapia o la radioterapia. Los antagonistas de 5HT ₃ pueden añadirse a la terapia convencional en caso de escaso control de síntomas.
B	En el vómito anticipatorio puede utilizarse la psicoterapia mediante técnicas conductuales. Alprazolam puede utilizarse como terapia añadida al consejo y a la psicoterapia.

Estreñimiento

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

Diarrea

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

Obstrucción intestinal

D	Los pacientes con OIM requieren una valoración individual que tenga en cuenta su situación funcional, incluidas las contraindicaciones quirúrgicas; la localización de la obstrucción; sus preferencias; la disponibilidad de las técnicas quirúrgicas o endoscópicas, y la experiencia con ellas en el medio donde se trata al paciente.
C	La cirugía y la colocación endoscópica de prótesis metálicas autoexpandibles (PMA/stents) pueden utilizarse en pacientes con OIM seleccionados.
C	El tratamiento médico de la obstrucción intestinal debe incluir analgésicos, antieméticos y antiseoretos. Pueden utilizarse, como terapia añadida, corticoides y Butilscopolamina (N-butilbromuro de hioscina).

Ascitis

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

Hipo

D	El tratamiento del paciente con hipo persistente o intratable requiere una valoración cuidadosa y el tratamiento de las posibles causas. En caso de persistir el hipo, se debe intentar un tratamiento con medidas físicas.
D	En caso necesario puede usarse un tratamiento farmacológico (metoclopramida, haloperidol, nifedipino o gabapentina), teniendo en cuenta las interacciones y efectos secundarios en cada caso.
D	En caso de hipo intratable, y tras el fracaso de la terapia por vía oral, puede utilizarse midazolam parenteral.

Cuidados de la piel**Prevención y tratamiento de las úlceras**

D	Las medidas de prevención de las UPP son: cambios posturales, adecuada nutrición, no elevar la cabecera de la cama más de 30 grados y mantener una adecuada limpieza e hidratación.
A	Se recomienda utilizar superficies especiales de apoyo en pacientes con alto riesgo de desarrollar UPP.
D	Se recomienda elegir el tipo de apósito en función del estadio y las características de la úlcera, de los objetivos y de la preferencia del paciente.
D	Puede utilizarse metronidazol por vía tópica para disminuir el olor en úlceras neoplásicas.
B	Puede utilizarse miltefosina en solución tópica al 6% para frenar la evolución de las úlceras neoplásicas.

Prurito

D	El manejo inicial de la persona con prurito consiste en identificar y, si es posible, tratar específicamente las causas subyacentes, con especial hincapié en los fármacos. Deben evitarse los factores agravantes, como el alcohol, las comidas picantes, el calor, el uso de ropa ajustada, la utilización de jabones con detergentes, etc.
D	Deben proporcionarse cuidados generales de la piel que incluyan una hidratación suficiente y prevención de lesiones de rascado.
D	En caso necesario se administrarán tratamientos farmacológicos según el origen del prurito (opioides, urémico, colestasis, paraneoplásico, piel seca). El tratamiento se podrá cambiar según la respuesta terapéutica, siguiendo el esquema propuesto en la tabla 25.

Síntomas urinarios**Tenesmo vesical**

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

Urgencias**Hipercalcemia**

√	Debe considerarse la posibilidad de hipercalcemia en pacientes en CP con empeoramiento de su estado general sin una causa clara que lo explique.
---	--

A	El tratamiento de elección de la hipercalcemia grave es la hidratación junto con fármacos hipocalcemiantes.
A	Los bisfosfonatos por vía IV son los fármacos de elección en la hipercalcemia aguda; se recomiendan dosis altas de aminobisfosfonatos potentes (como ácido zolendróico).
D	Los corticoides pueden utilizarse en tumores hematológicos o en pacientes con hipervitaminosis D debida a granulomatosis.

Compresión medular

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

Crisis convulsivas

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

Hemorragia

D	Se debe advertir y preparar a los cuidadores de los pacientes de riesgo sobre la posibilidad de un sangrado masivo.
D	Es necesario ofrecer disponibilidad de atención urgente con la mayor cobertura horaria posible, incluido un teléfono de contacto directo para el caso de sangrado masivo.
D	Se recomienda, en los pacientes de riesgo, la elaboración de un plan de acción con instrucciones a los cuidadores, incluidas las siguientes: a) Disponer en la cabecera del paciente una lavacara y toallas de color oscuro para comprimir el punto de hemorragia, 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 con midazolam para realizar una sedación de emergencia con 5-10 mg administrados por vía parenteral, preferiblemente subcutánea se facilitará el procedimiento si se tiene insertada previamente una mariposa o catlon SC, el midazolam podría repetirse en caso necesario.

Apoyo psicosocial y espiritual a la persona en FFV

B	Debe valorarse de forma regular el bienestar psicosocial de los pacientes con enfermedades amenazantes para la vida.
---	--

D	La evaluación psicosocial del paciente en CP debería incluir los siguientes campos: aspectos relativos al momento vital, significado e impacto de la enfermedad, estilo de afrontamiento, impacto en la percepción de uno mismo, relaciones (tipo de familia, amigos, etc.), fuentes de estrés (dificultades económicas, problemas familiares, etc.), recursos espirituales, circunstancias económicas, relación médico-paciente, red de recursos sociales (centros sociosanitarios, trabajadores sociales, etc.).
B	Los profesionales sanitarios que atienden a pacientes en CP deberían ofrecerles un soporte emocional básico.
D	Los pacientes con niveles significativos de sufrimiento psicológico deberían ser derivados para recibir apoyo psicológico especializado.
D	Se debería promover la formación de los profesionales sanitarios en técnicas de apoyo psicosocial.
C	El aumento de la concienciación y el establecimiento de unos objetivos comunes son el primer paso para establecer puentes entre trabajadores sanitarios y sociales de los ámbitos hospitalario y comunitario. Es necesario fortalecer las redes de apoyo y potenciar el trabajo en red de los trabajadores de la salud.
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 mejor 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.

Apoyo psicosocial a la familia

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

Atención en los últimos días. Agonía

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

D	Se recomienda tratar los estertores premortem mediante el uso de butilescopolamina (N-butilbromuro de hioscina) vía SC.
---	---

Sedación paliativa

D	El proceso de sedación paliativa o en la agonía requiere: a) Una indicación terapéutica correcta efectuada por un médico (existencia de un síntoma o sufrimiento físico o psíquico refractario en el final de la vida del enfermo) y, si fuera posible, validada por otro médico. b) Profesionales con una información clara y completa del proceso, con registro en la historia clínica. c) Administración de fármacos en las dosis y combinaciones necesarias hasta lograr el nivel de sedación adecuado. d) El consentimiento explícito del enfermo, o de la familia si el enfermo fuera incompetente.
D	La correcta prescripción de la sedación paliativa en la agonía requiere: a) Una cuidadosa evaluación del diagnóstico del final de la vida. b) La presencia de síntomas y de sufrimiento físico o psíquico refractario. c) Una evaluación de la competencia del paciente a la hora de tomar las decisiones.
D LG	El consentimiento verbal se considera suficiente, si bien en ocasiones podría realizarse por escrito. Siempre debe quedar constancia del mismo en la historia clínica. En el paciente no competente, el consentimiento se debe realizar en el siguiente orden: a) Primero, existen Decisiones Anticipadas. b) En ausencia de Decisiones Anticipadas, 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.

Duelo

D	La identificación del riesgo de duelo complicado debería realizarse en base a lo siguiente: a) Los factores de riesgo. b) El juicio clínico. c) La información acerca del entorno familiar (familiograma) o procedente de éste Se requieren estudios que valoren adecuadamente la validez de las escalas disponibles (como el Index Risk de Parkes y Weiss).
B	No se recomiendan las intervenciones formales o estructuradas en el duelo normal.
D	En el duelo normal se recomienda proporcionar información acerca del duelo y sobre los recursos disponibles, y apoyo emocional básico.
B	En el duelo de riesgo se recomienda realizar un seguimiento regular, con apoyo emocional, valorando individualmente la necesidad de psicoterapias específicas y estructuradas.
B	Se recomienda derivar a servicios especializados (psicología, psiquiatría, etc.) a la persona con duelo complicado para que reciba atención específica y estructurada.
D	Los profesionales que atienden a los pacientes en la FFV y a sus familiares deberían tener acceso a una formación elemental en duelo que les capacite para proporcionar cuidados básicos a los dolientes, comprender y explorar sus necesidades, valorar los factores de riesgo, y detectar a las personas con duelo complicado y derivarlas a un servicio especializado.

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. Muchas de estas personas, al final de su vida, padecen un sufrimiento intenso y precisan una atención sanitaria y social que implica a todos los ámbitos asistenciales.

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

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

Los cuidados paliativos (CP) tienen el objetivo de aliviar el sufrimiento y mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedades crónicas, avanzadas con pronóstico de vida limitado y sus familiares. En nuestro país, los CP se han brindado de forma privada, es uno de los retos del Modelo de Atención Integral de Salud que se ofrezcan y desarrollen en el Sistema Nacional de Salud.

2. Alcance

Esta Guía de Práctica Clínica (GPC) es de aplicación para el Sistema Nacional de Salud (SNS).

Los procesos que se indican en el documento cuentan con el respaldo de evidencia científica validada a nivel internacional. No sustituye el juicio clínico.

Aborda los siguientes aspectos de los Cuidados Paliativos (CP), comunicación con el paciente y su familia, control de síntomas, apoyo psicosocial y espiritual, atención a la familia, atención en la agonía, sedación y duelo.

No se abordan, de forma exhaustiva, todas las áreas de los CP y su alcance se ha limitado a la población adulta, sin embargo la mayoría de sus criterios se pueden utilizar en pacientes pediátricos, con el respectivo cálculo de dosis.

Nutrición o técnicas muy específicas de tratamiento (como terapias invasivas para el dolor, los distintos tipos de psicoterapia específicos, etc.), la organización y planificación de los servicios sanitarios de CP y los aspectos emocionales que afectan a los miembros de los equipos que proporcionan CP, son aspectos que no se incluyen en esta Guía.

Debido a que el país inicia la organización y provisión de los CP, no se han incluido indicadores para la implementación de la GPC. Este aspecto podrá ser abordado en futuras revisiones de la Guía.

3. Objetivos

3.1 General

Estandarizar los procedimientos de atención sanitaria de las personas con enfermedades crónicas, avanzadas, con pronóstico de vida limitado, en fase final de la vida (FFV) y de sus familias, en los distintos ámbitos familiares y los establecimientos del SNS.

3.2 Específico

- Facilitar a todos los profesionales de la salud, cuidadores y pacientes, la atención de cuidados paliativos con toma de decisiones adecuadas y respaldadas científicamente.

3. Metodología

Metodología. Niveles de evidencia y formulación de recomendaciones

La metodología empleada se recoge en el Manual de elaboración de GPC en el Sistema

Nacional de Salud¹.

Los pasos que se han seguido son:

- Constitución del grupo elaborador de la Guía, integrado por profesionales: de atención primaria (medicina, enfermería, farmacia), especialistas en cuidados paliativos adscritos a unidades hospitalarias, en oncología, medicina interna, hospitalización a domicilio y especialistas en metodología. Para incorporar la visión de las personas cuidadoras, se ha realizado un grupo focal.
- Formulación de preguntas clínicas siguiendo el formato Paciente/ Intervención/ Comparación / Outcome o Resultado.
- Búsqueda bibliográfica en: Cochrane Library, PsycINFO, DARE, Medline Pubmed, Evidence Based Review, Embase, CINAHL, Joanna Briggs Institute, IME, búsqueda manual en la revista Medicina Paliativa, búsqueda de estudios cualitativos en español.

Debido a la ausencia de estudios aleatorizados u observacionales en muchas áreas de los CP se han consultado el libro *Oxford Textbook of Palliative*

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 N° 2006/01. Disponible en: <http://www.guiasalud.es/>.

*Medicine*², el manual *Oxford Handbook of Palliative Care*³, la guía de la SECPAL⁴, un número monográfico sobre CP de la revista *Atención Primaria* y varias guías de práctica clínica (9; 10; 11; 12). Además se ha realizado una búsqueda adicional en la página web <http://www.caresearch.com.au/home/Default.aspx>.

Inclusión de estudios publicados en inglés, francés y español.

- Evaluación de la calidad de los estudios y resumen de la evidencia para cada pregunta, siguiendo las recomendaciones de SIGN-50 (Scottish Intercollegiate Guidelines Network)⁵.
- Formulación de recomendaciones, basada en la «evaluación formal» o «juicio razonado» de SIGN. La clasificación de la evidencia y la graduación de las recomendaciones se ha realizado de acuerdo a los criterios de SIGN (anexo 1). Las recomendaciones controvertidas o con ausencia de evidencia se han resuelto por consenso dentro del grupo elaborador.

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

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

Por otro lado, aspectos como la calidad de vida, la comunicación, el confort o el bienestar del enfermo y de sus cuidadores son variables de resultado difíciles de valorar a través de un ECA convencional y, sin

embargo, son probablemente las más importantes para los pacientes y cuidadores (2). La evidencia que se obtiene mediante la investigación cualitativa es muy relevante en este campo pero la metodología sobre su integración con los resultados de los estudios cuantitativos para formular recomendaciones en las GPC está actualmente en discusión y desarrollo. En esta guía hemos optado por señalar como «Q» los estudios cualitativos.

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

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

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

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

- Colaboración experta para la formulación de preguntas y revisión del primer borrador de la Guía. En este grupo han participado médicos (atención primaria, oncología, psiquiatría, hospitalización a domicilio, cuidados intensivos, unidades de cuidados paliativos, geriatría, medicina interna), psicólogos y enfermería de unidades de hospitalización a domicilio.
- La revisión se ha realizado sobre el segundo borrador.
- Se ha contactado con las distintas Sociedades Científicas implicadas (Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria (SEFAP), Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG), Sociedad Española de Hospitalización a Domicilio, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFYC), Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC), Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) y Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM)), que además están representadas a través del grupo elaborador y la colaboración experta.
- El presente documento constituye la GPC «completa» sobre Cuidados Paliativos. La GPC está estructurada por capítulos en los que se da respuesta a las preguntas que aparecen al inicio del mismo. Un resumen de la evidencia y las recomendaciones se presentan al final de cada capítulo. A lo largo del texto, en el margen

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

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

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

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

derecho se indica el tipo de estudio y la posibilidad de sesgo de la bibliografía revisada. Existe una versión «resumida» de la GPC de menor extensión y con los principales anexos de la GPC «completa».

- Esta GPC está disponible en el portal de GuíaSalud (<http://www.guiasalud.es/>).
- La actualización de la GPC está prevista cada cinco años, sin que se descarte una actualización de su versión electrónica más frecuente.

Metodología de adopción para Ecuador

La adopción de la GPC fue autorizada por el Gobierno Español a través de su Ministerio de Sanidad y Consumo a petición del Ministerio de Salud Pública de la República del Ecuador.

Para el proceso de adopción se siguieron los lineamientos descritos en la metodología ADAPTE de la Guidelines International Network (G-I-N).

En los acápites pertinentes los contenidos fueron actualizados a partir de la evidencia publicada en el periodo 2008-2012, con énfasis en el uso de revisiones sistemáticas y ensayos clínicos controlados aleatorizados.

El proceso de adopción incluyó la revisión por pares de la guía para su adopción al contexto nacional en una serie de 5 reuniones de trabajo con expertos nacionales en cuidados paliativos que trabajan en instituciones de la Red Pública Integral de Salud y de la Red Complementaria. El borrador de la guía fue validado por profesionales de cuidados paliativos y por la Dirección Nacional de Normatización del Ministerio de Salud.

4. Introducción a los cuidados paliativos

4.1. Definición y objetivos de los cuidados paliativos

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (13) define los *cuidados paliativos* (CP) como

«el enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y el alivio del sufrimiento, por medio de la identificación temprana y la impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales». Considera que el equipo sociosanitario debe aproximarse a los enfermos y a sus familiares con el objetivo de responder a sus necesidades, y enumera las siguientes características de los cuidados paliativos:

- Proporcionan el alivio del dolor y de otros síntomas que producen sufrimiento.
- Promocionan la vida y consideran la muerte como un proceso natural.
- No se proponen acelerar el proceso de morir ni retrasarlo.

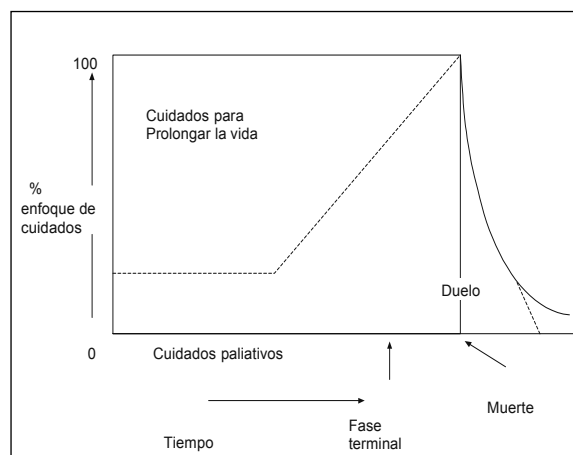
- Integran los aspectos psicosociales y espirituales en los cuidados del paciente.
- Tienen en cuenta el soporte y los recursos necesarios para ayudar a los pacientes a vivir de la manera más activa posible hasta su muerte.
- Ofrecen apoyo a los familiares y a los allegados durante la enfermedad y el duelo.
- Mejoran la calidad de vida del paciente.
- Se aplican desde las fases tempranas de la enfermedad junto con otras terapias dirigidas a prolongar la vida (como la quimioterapia, radioterapia, etc.).
- Incluyen también las investigaciones necesarias para comprender mejor y manejar situaciones clínicas complejas.

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

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

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

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



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

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

4.2. Conceptos relevantes

4.2.1. Calidad de vida

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

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

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

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

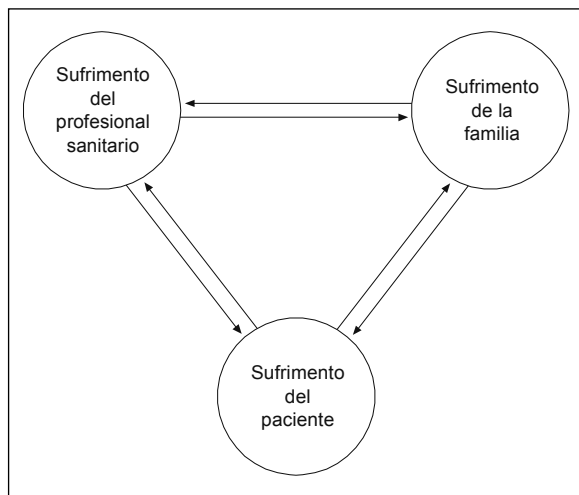
4.2.2. Sufrimiento

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

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

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

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

Figura 2. Modelo triangular del sufrimiento

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

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

— ¿Por qué?

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

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

4.2.3. Autonomía

La calidad de vida, el sufrimiento y el balance entre beneficios e inconvenientes de las intervenciones provocan juicios de valor que pueden tener significados muy diferentes entre las distintas personas. Por lo tanto, a la hora de comunicarse con el enfermo y con su familia para

informarlos o proponerles distintas alternativas terapéuticas, resulta básico conocer sus deseos.

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

El derecho de autonomía de los pacientes está recogido en la Ley Orgánica de la Salud, en el capítulo sobre los derechos y deberes de las personas y del Estado en relación con la salud, Art. 7.- e) Ser oportunamente informada sobre las alternativas de tratamiento, productos y servicios en los procesos relacionados con su salud, así como en usos, efectos, costos y calidad; a recibir consejería y asesoría de personal capacitado antes y después de los procedimientos establecidos en los protocolos médicos. Los integrantes de los pueblos indígenas, de ser el caso, serán informados en su lengua materna.

h) Ejercer la autonomía de su voluntad a través del consentimiento por escrito y tomar decisiones respecto a su estado de salud y procedimientos de diagnóstico y tratamiento, salvo en los casos de urgencia, emergencia o riesgo para la vida de la personas y para la salud pública.

4.3. Aspectos organizativos de los cuidados paliativos

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

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

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

Opinión
de
expertos
4

RS de
distintos
tipos de
estudios
1+/2

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

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

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

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

Uno de los retos del Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud Familiar Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI), es incorporar el abordaje y servicios de cuidados paliativos. Los cuidados paliativos se orientan entre otros aspectos, a ofrecer atención integral a la persona que está en fase terminal del proceso de enfermedad, atendiendo las necesidades biológicas, psicosociales y espirituales hasta el momento de morir y, a la familia y la comunidad facilitando el acompañamiento del paciente y apoyo incluso en el proceso de duelo.

Durante todo el ciclo vital de las personas se pueden presentar enfermedades que amenazan la vida, sin posibilidad de curación y por lo tanto requieren cuidados paliativos, que se deben prestar en los tres niveles de atención de acuerdo a los protocolos establecidos por la Autoridad Sanitaria Nacional, cumpliendo actividades de promoción, prevención, tratamiento activo, intervenciones interdisciplinarias en estrecha relación con la familia y la comunidad ⁽³⁵¹⁾.

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

Investi-
gación
cualita-
tiva
Q

Opinión
de
expertos
4

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

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

Nivel básico

El nivel básico debería ⁽¹²⁾:

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

Opinión
de
expertos
4

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 en CP pueden ser:

- **Equipos de soporte de cuidados paliativos:** Pueden intervenir en el ámbito domiciliario y/u hospitalario y con distintos patrones, desde asesoramiento hasta intervenciones puntuales, intermitentes o con responsabilidad compartida en la atención directa. El MAIS-FCI prevé la realización de visitas domiciliarias como parte de la provisión de servicios de salud en todos los niveles.

- **Unidades de cuidados paliativos:** Son unidades de hospitalización específicas de CP, atendidas por un equipo interdisciplinar. Pueden ubicarse en hospitales de agudos, de especialidades o de tipo sociosanitarios. Con frecuencia, las unidades realizan también labores de equipo de soporte hospitalario y consulta externa ⁽¹⁾. Opinión de expertos 4

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

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

Recomendaciones

D	Las intervenciones paliativas deberían basarse en las necesidades del enfermo y de su familia más que en un plazo de supervivencia esperado.
D	Todos los enfermos en fase final de la vida (FFV) deberían tener acceso a un nivel básico de cuidados en todos los ámbitos de atención.
B	Las organizaciones sanitarias deberían fomentar la formación de sus profesionales para proporcionar unos CP básicos, independientemente del ámbito asistencial.
D	Las organizaciones sanitarias deberían garantizar la accesibilidad de los cuidados especializados cuando sean necesarios.
B	Los CP de cualquier nivel deberían ser proporcionados, preferentemente, por un equipo interdisciplinario 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.

4.4. Predicción de la Supervivencia

Las preguntas que se van a responder son:

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

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

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

4.4.1. Predicción de la supervivencia en enfermos oncológicos

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

RS de estudios de pronóstico 2++

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

RS de estudios de pronóstico 2+

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

Reglas de predicción clínica
2+

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

Opinión de expertos
4

4.4.2. Predicción de la supervivencia en enfermos no oncológicos

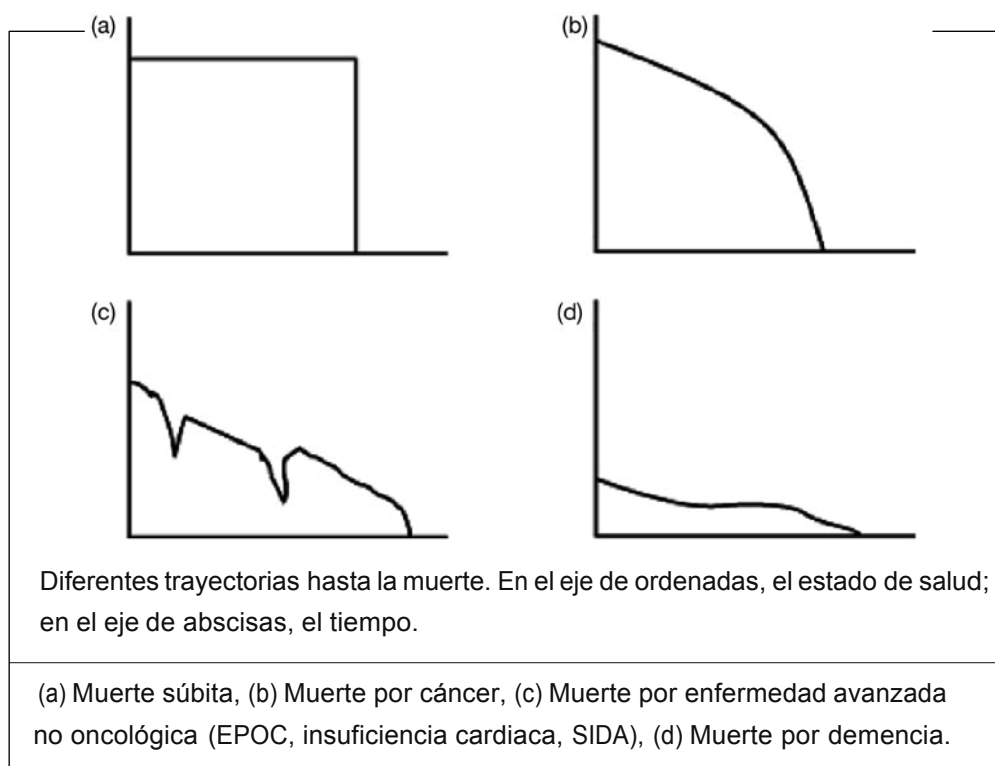
Una reciente RS (38) evaluó los estudios sobre predictores de supervivencia en pacientes mayores de 65 años con enfermedad terminal no maligna. Los modelos pronósticos genéricos para estimar la supervivencia inferior o igual a seis meses en pacientes sin cáncer tienen bajo valor predictivo, lo que refleja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

RS de estudios de pronóstico
2+

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

Reglas de predicción clínica
2+

Figura 3. Trayectorias hasta la muerte



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

El PaP está insuficientemente validado en pacientes no oncológicos.

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

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

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

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

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

Reglas de predicción clínica 2+

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

Reglas de predicción clínica 2+

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

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

Para más información, consultar el anexo 2.

Resumen de evidencia

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

2+	En pacientes con enfermedad hepática avanzada, el MELD (Model for End Liver Disease) predice la supervivencia a los tres meses de forma aceptable ⁽⁴⁷⁾ .
2+	La escala de Walter clasifica de forma aceptable el riesgo de mortalidad al año en pacientes mayores de 70 años tras hospitalización, en base a seis factores pronósticos: sexo masculino, índice Katz modificado, comorbilidad (índice Charson), cáncer, creatinina >3 mg/dl y albúmina <3-3,4 g/dl; pero requiere mayor validación ⁽³⁹⁾ .

Recomendaciones

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

5. Información, comunicación y toma de decisiones

Las preguntas que se van a responder son:

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

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

Tradicionalmente la comunicación era explicada como la emisión de un mensaje con un comunicador y un receptor; según el modelo de Watzlawick, Bateson y Jaley, la estructura es más completa y comprende un emisor, mensaje, receptor, contexto y retroalimentación (352).

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

5.1.1. Necesidades de comunicación del enfermo y su familia

En el medio anglosajón y en otros países europeos, los pacientes solicitan habitualmente información detallada sobre el diagnóstico y el pronóstico. Esto es menos frecuente en nuestro medio. Según trabajos realizados en España, alrededor del 50%-70% de los pacientes con cáncer desean que se les comunique su diagnóstico, pero una parte sustancial de los pacientes (entre el 16%-58%) y sobre todo de los familiares (61%-73%) prefieren que no se les revele

el diagnóstico. Los estudios parecen indicar un progresivo cambio de actitudes hacia una mayor demanda de información, sobre todo en los pacientes más jóvenes ⁽¹²⁾.

Una reciente RS⁽⁴⁹⁾ evaluó los estudios sobre las preferencias de los pacientes con enfermedades muy avanzadas y las de sus familiares en aspectos relacionados con la comunicación del pronóstico y con el final de la vida. Los autores concluyen que, en general, los enfermos y los cuidadores de origen anglosajón/norte de Europa demandan mayores niveles de información, tanto en lo que se refiere a la propia enfermedad como a los síntomas, su manejo y, también, acerca del pronóstico de vida y de las distintas opciones terapéuticas. La tendencia detectada en algunos estudios de países que están fuera del contexto anglosajón (como España y Grecia) revela que los enfermos prefieren una información menos detallada acerca del pronóstico o de otros aspectos relacionados con la FFV.

En un estudio comparativo realizado entre pacientes y familiares de Canadá y España en

RS de distintos tipos de estudios
3/Q

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

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

5.1.2. Estilos de comunicación

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

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

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

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

5.1.3. Métodos de información

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

RS de
ECA
1+

5.1.4. Actitud de los profesionales sanitarios

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

Estudio
descrip-
tivo
3

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

RS de
distintos
tipos de
estudios
3/Q

5.1.5. Efectos de una comunicación efectiva

Las investigaciones realizadas sugieren que una comunicación eficaz influye en la salud de los pacientes sobre diversos aspectos, como el estado emocional, la resolución de los síntomas, el estado funcional y el dolor ⁽⁵⁵⁾. El intercambio adecuado de información puede mejorar la

RS de
distintos
tipos de
estudios
2+/3

implicación de los pacientes en los cuidados y la adherencia a los tratamientos, reducir el malestar psicológico y contribuir a transmitir unas expectativas realistas ⁽⁵⁶⁾. Además, un proceso de comunicación adecuado tiene una gran influencia sobre la capacidad de adaptación de los pacientes y de sus familiares a las nuevas situaciones, la asimilación de la enfermedad y la consideración de las diferentes opciones ⁽⁵⁷⁾. Ofrecer a los enfermos la posibilidad de tomar decisiones compartidas puede reducir los síntomas de ansiedad y depresión ⁽⁵⁸⁾.

5.1.6. Comunicación de malas noticias

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

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

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

5.2. Formación en comunicación en cuidados paliativos

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

las expresiones de empatía (respuestas más apropiadas a las señales) y proporcionan un mayor dominio de la entrevista clínica.

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

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

Estudio
prospec-
tivo
2+

ECA
1+

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

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

La legislación ecuatoriana ampara los derechos y deberes de las personas y del Estado en relación con la salud. La Ley Orgánica de Salud del Ecuador, en el Capítulo III Artículo 7, e) Ser oportunamente informada sobre las alternativas de tratamiento, productos y servicios en los procesos relacionados con su salud, así como en usos, efectos, costos y calidad; a recibir consejería y asesoría de personal capacitado antes y después de los procedimientos establecidos en los protocolos médicos. Los integrantes de los pueblos indígenas, de ser el caso, serán informados en su lengua materna.

Nor-
mativa
legal
LG

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

Opinión
de ex-
pertos
4

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

RS de
ECA
1+

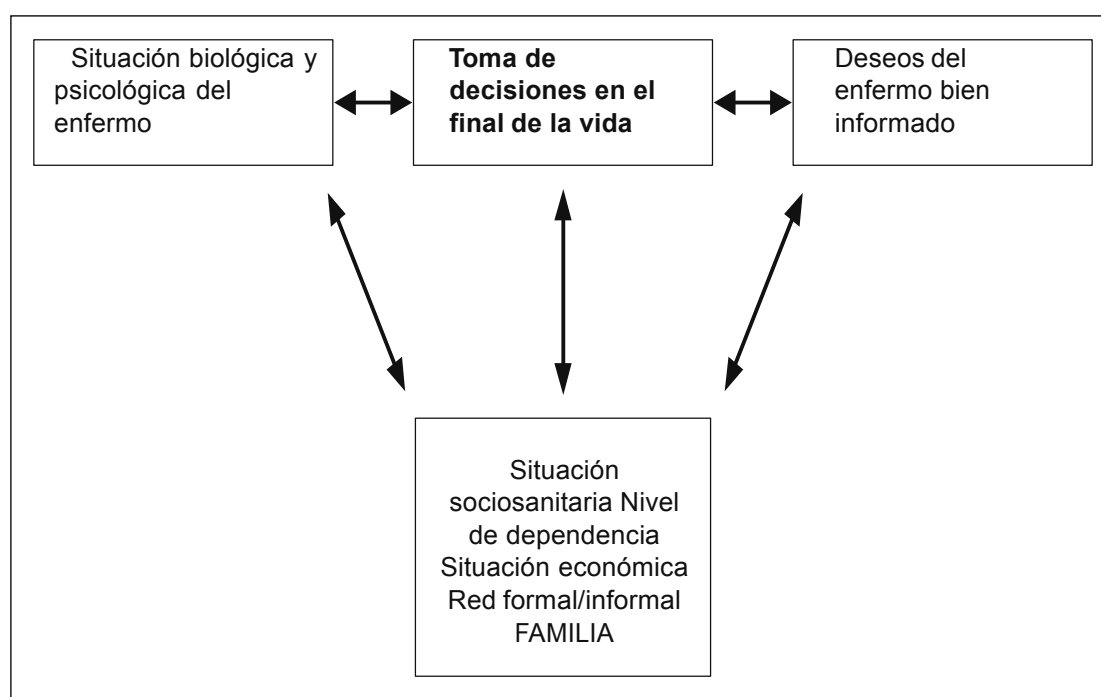
Por el contrario, ocultar el diagnóstico puede llegar a generar lo que se denomina la *conspiración del silencio* y que se define como el acuerdo implícito o explícito, por parte de familiares, amigos o profesionales, de guardar la información que se le da al paciente con el fin de ocultarle el diagnóstico o pronóstico y la gravedad de la situación ⁽⁶⁸⁾. La conspiración del silencio dificulta la adaptación del paciente a su enfermedad y le impide participar en la toma de decisiones ⁽⁶⁹⁾. Por otra parte, el paciente, que a menudo sospecha que tiene una enfermedad maligna ⁽⁷⁰⁾, puede mostrarse temeroso, ansioso y confuso cuando se le oculta la información ⁽⁵⁷⁾. El manejo de esta situación requiere proporcionar una información adecuada al cuidador principal y a la familia y una buena comunicación con ellos, intentando establecer acuerdos ⁽⁶⁹⁾.

5.4. Elementos para la toma de decisiones

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

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

Figura 4. Elementos para la toma de decisiones



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

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

A través del criterio de proporcionalidad se analizan los efectos positivos del tratamiento y los negativos, como

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

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

ocurren en un porcentaje inferior al 1%-5% de los enfermos tratados ⁽⁷³⁾.

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

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

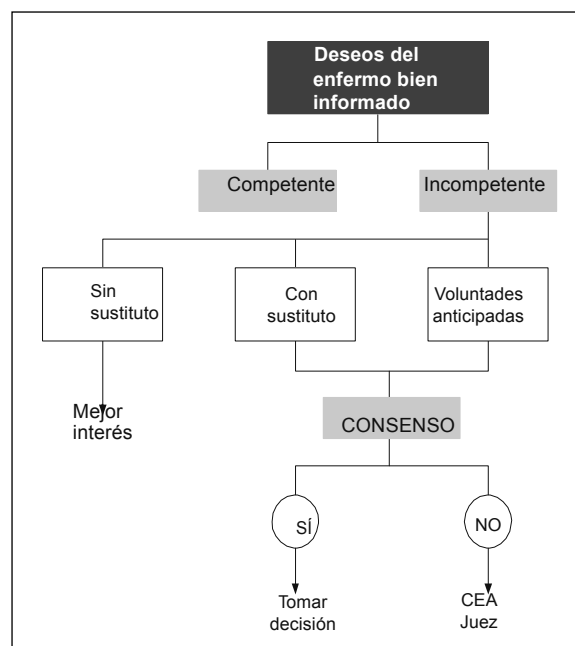
Otro aspecto que resulta básico para reconocer los deseos del enfermo es la determinación de su competencia para tomar decisiones. La evaluación de la competencia se centra normalmente en la capacidad mental del paciente, sobre todo en las habilidades psicológicas necesarias para tomar una decisión médica concreta. Los profesionales deberían comprobar si el enfermo ha comprendido lo que se le ha explicado y si puede tomar una decisión sobre el tratamiento basándose en la información que se le ha suministrado. El *consentimiento* debe ser entendido como un proceso gradual y continuado mediante el cual un paciente capaz y adecuadamente informado acepta o rechaza, en función de sus propios valores, someterse a determinados procedimientos diagnósticos y terapéuticos ⁽⁷⁴⁾. El conocimiento de los valores que han conformado la vida del paciente permite evaluar la coherencia de sus decisiones. Esta valoración no puede hacerse desde un conocimiento puntual del enfermo. Por ello, la continuidad en su atención o la aportación de información por parte del médico de familia o de la propia familia proporcionan los datos necesarios para valorar dicha coherencia.

Cuando el paciente sea incompetente deberá determinarse si la incompetencia es transitoria o permanente, así como su nivel. En cuanto a la

Legislación
LG

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

Figura 5. Toma de decisiones en el paciente incompetente



A la hora de conocer los valores del enfermo incompetente, debemos remitirnos a las *decisiones anticipadas* (DA) o *instrucciones previas* (IP).

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

unión libre o pareja de hecho, parentesco hasta el segundo grado o relación patrimonial alguna. La persona otorgante puede modificarlas, sustituirlas o revocarlas en cualquier momento, siempre que conserve la capacidad legal y que actúe libremente.

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

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

- La complejidad en la determinación de la competencia de algunos enfermos, ya que se carece de guías claras acerca de la manera de hacerlo adecuadamente ⁽⁷⁵⁾.

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

- Los deseos de los representantes o familiares próximos pueden no ser coherentes con los de las personas enfermas a quienes representan. En una revisión sistemática ⁽⁷⁷⁾ en la que se valoró la precisión de los

Estudio
de co-
hortes
2+

RS de
estudios
de
cohortes
2+

representantes designados por los pacientes o de los familiares próximos mediante escenarios hipotéticos relacionados con intervenciones para prolongar la vida, éstos no reflejaron de forma adecuada los deseos de los pacientes en una tercera parte de los casos. La predicción tampoco mejoró en los estudios que valoraban la repercusión de discutir previamente los valores y preferencias con los familiares. Los autores mencionan que, a pesar de estas limitaciones, las predicciones de los representantes o familiares son más precisas y por tanto preferibles a las de los profesionales sanitarios.

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

Tomar la decisión

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

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

Legisla-
ción
LG

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

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

6. Evaluación de la competencia del enfermo.
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.
 - 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.

Resumen de evidencia

LG	La Ley Orgánica de salud recoge el derecho del paciente a ser informado, y su autonomía para tomar decisiones acerca de su salud.
LG	El contenido de las decisiones anticipadas (DA) o directrices previas (DP) sirve para que cualquier persona pueda expresar o manifestar los objetivos vitales y valores personales que ayuden a interpretar las instrucciones y a facilitar la toma de decisiones, al dejar constancia escrita de sus deseos sobre actuaciones médicas en una situación en que las circunstancias que concurren no le permitan expresar personalmente su voluntad.
3	Los deseos de información están influidos por factores como el contexto cultural (50), la edad o la expectativa de supervivencia; pero no es posible generalizar. Las demandas de información a medida que avanza la enfermedad son menores para los pacientes, mientras que crecen en los cuidadores. Los pacientes y los familiares destacan que la información debe ser sincera, sensible y con margen de esperanza; y que desean sentirse escuchados de una manera activa por profesionales que muestren empatía, y recibir la información con un lenguaje claro y de forma gradual (49).
2+	La comunicación eficaz influye en la salud de los pacientes, actuando sobre aspectos como el estado emocional, la resolución de los síntomas, la funcionalidad y el dolor ⁽⁵⁵⁾ .
3	La comunicación puede mejorar la implicación de los pacientes en los cuidados, reducir el malestar psicológico y transmitir unas expectativas realistas ⁽⁵⁶⁾ .
3	Los profesionales sanitarios tienden a subestimar los deseos de los pacientes de ser informados y de compartir las decisiones ^(54; 57; 78) .
1+	Los métodos de información dirigidos a pacientes con cáncer de reciente diagnóstico y a sus familiares (información escrita, material en audio o video, etc.) tienen efectos positivos sobre algunas variables (el conocimiento de la enfermedad, el manejo de síntomas, la satisfacción o la utilización de servicios). Algunas intervenciones en pacientes concretos pueden tener efectos perjudiciales ⁽⁵³⁾ .
1++	Los programas de entrenamiento intensivos, con técnicas de representación de roles o pacientes simulados, son efectivos para mejorar las habilidades comunicativas de los profesionales de la salud que atienden a pacientes con cáncer ^(51; 65) .
1+	Las intervenciones formativas estructuradas sobre comunicación se benefician de sesiones de recordatorio posteriores ^(66; 67) .
2+	Las preferencias de los pacientes relacionadas con decisiones terapéuticas pueden fluctuar con el tiempo ⁽⁷⁶⁾ .
2++	Las decisiones de los representantes o los familiares cercanos pueden no coincidir con los deseos de los enfermos a quienes representan ⁽⁷⁷⁾ .

Recomendaciones

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

6. Control de síntomas**6.1. Introducción**

Las preguntas que se van a responder son:

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

6.1.1. Principios generales del control de síntomas

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

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

Los estudios sobre prevalencia de síntomas en pacientes en FFV presentan una serie de problemas que dificultan su

comparabilidad: variabilidad en la definición de síntomas, uso de diferentes definiciones y escalas (algunas no validadas), estadio de la enfermedad (situación de agonía, por ejemplo), presencia de enfermedad oncológica, tipo de profesional que recoge la información, ámbito de la atención (unidad especializada o atención primaria), etc.

Una reciente RS ⁽⁷⁹⁾ estudió la prevalencia RS de de síntomas en pacientes oncológicos y no estudios oncológicos (ver tabla 2), ordenando los 11 de pre-síntomas más frecuentes. El dolor aparece con valencia una elevada frecuencia en todos los tipos de 3 pacientes.

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

Síntomas*	Cáncer	SIDA	Insuficiencia	EPOC	Enfermedad renal
Dolor	35%-96% N =	63%-80% N	41%-77% N =	34%-77% N	47%-50% N =
Depresión	3%-77% N =	10%-82% N	9%-36% N	37%-71% N	5%-60% N
Ansiedad	13%-79% N =	8%-34% N	49% N =	51%-75% N =	39%-70% N
Confusión	6%-93% N =	30%-65% N	18%-32% N	18%-33% N	—
Astenia	32%-90% N =	54%-85% N =	69%-82% N	68%-80% N	73%-87% N
Disnea	10%-70% N =	11%-62% N	60%-88% N	90%-95% N	11%-62% N
Insomnio	9%-69% N =	74% N = 504	36%-48% N	55%-65% N	31%-71% N
Nauseas	6%-68% N =	43%-49% N	17%-48% N	—	30%-43% N
Estreñimiento	23%-65% N =	34%-35% N	38%-42% N	27%-44% N	29%-70% N =
Diarrea	3%-29% N =	30%-90% N	12% N =	—	21% N =
Anorexia	30%-92% N =	51% N = 504	12%-41% N	35%-67% N	25%-64% N

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

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

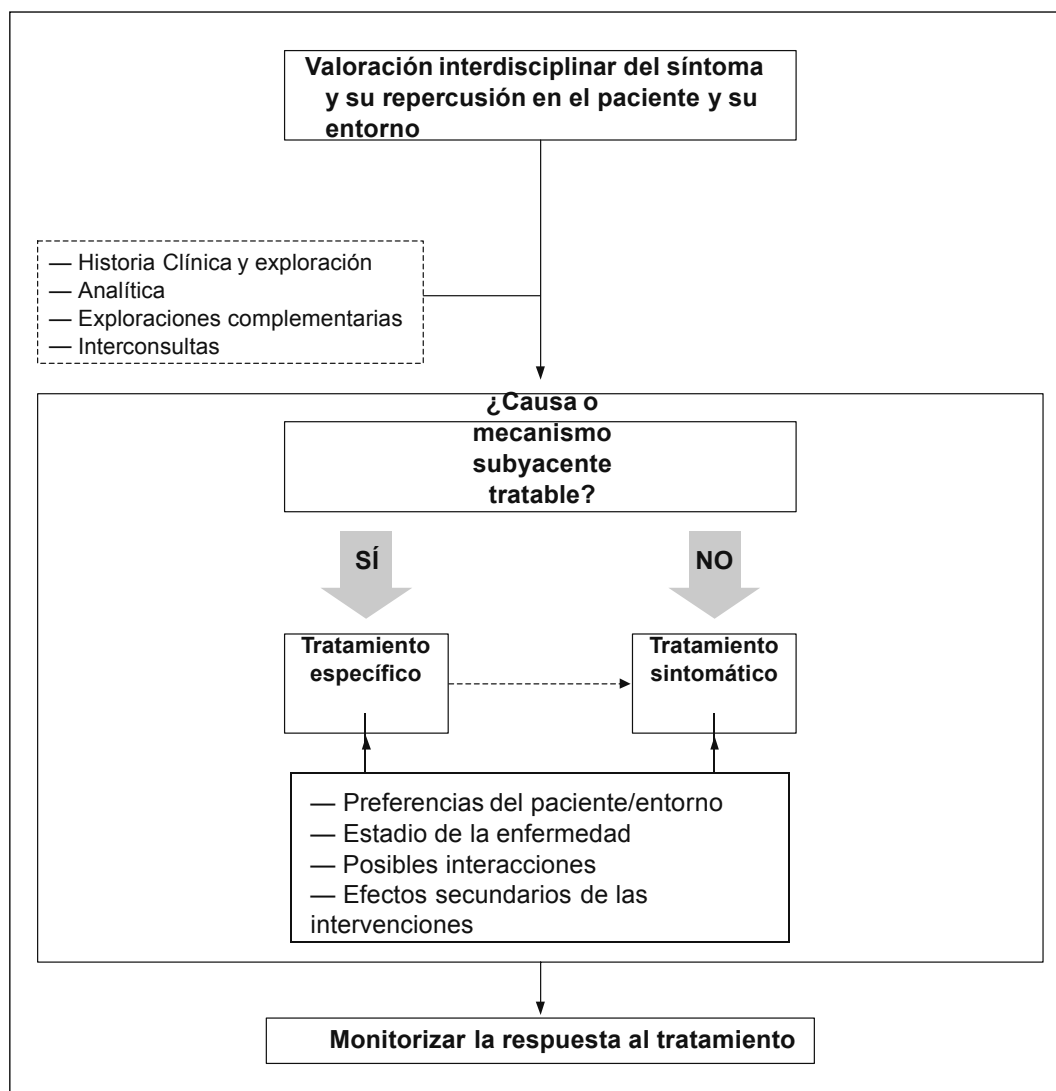
Es necesario que la valoración sea interdisciplinar. Existe abundante literatura que demuestra que los médicos (oncólogos, médicos de familia, médicos de unidades especializadas, etc.) valoran de forma más imprecisa que otros profesionales, personal de enfermería o personal auxiliar, la intensidad de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

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

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

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

Figura 6. Algoritmo de tratamiento de síntomas



6.1.2. Valoración de síntomas. Uso de escalas

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

Una reciente RS de calidad evaluó 21 instrumentos de medida de síntomas en pacientes con cáncer ⁽⁸¹⁾. La revisión no incluyó escalas que medían un único síntoma, los instrumentos de calidad de vida ni los que valoraban la repuesta tumoral. Las escalas MSAS, Rotterdam Symptom Checklist, Worthing Chemotherapy Questionnaire, Oncology Treatment Toxicity

RS de estudios de validación de cuestionarios 3

Scale y The Computerized Symptom Assessment Instrument fueron apropiadas para la valoración inicial y para el seguimiento. Otros instrumentos adecuados para el seguimiento fueron: MDASI; ESAS (Edmonton), SDS CAMPAS-R y Condensed MSAS. Entre los instrumentos con cinco o menos síntomas, HADS, Index of Nausea and Vomiting, y MANE fueron apropiados para determinados síntomas o toxicidad. Las escalas Symptom Monitor, The Camberra Symptom Score Card, Pain and Symptom Assessment Record, The Symptom Reporting Tool, y The Symptom Experience Scale requieren evaluación adicional. La valoración de los síntomas por parte de los allegados es importante en pacientes incapaces, pero la fiabilidad disminuye, especialmente cuando se trata de síntomas psicosociales. No se ha evaluado el impacto del uso de estas escalas en la práctica clínica.

La escala Rotterdam Symptom Checklist está validada al castellano y puede ser utilizada en el contexto de la investigación o en estudios sobre evaluación del impacto de los CP ⁽¹⁶⁾. La escala ESAS (Edmonton Symptom

Assessment System) ⁽⁸²⁾ resulta más apropiada para uso clínico por su sencillez. Este instrumento se encuentra actualmente en fase de validación en España ⁽⁸³⁾. Para más información, consultar el anexo 2.

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

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

- Elaborar una historia clínica y realizar una exploración detallada que permitan un diagnóstico del mecanismo o causa subyacente de cada síntoma.
- Tratamiento individualizado.
- Tratamiento de las causas reversibles.
- Informar al paciente y a su familia.
- Valorar las opciones de tratamiento, tanto farmacológicas como no farmacológicas.
- Simplificar las pautas de tratamiento.
- Monitorizar la respuesta.

Opinión
de ex-
pertos
4

En el anexo 4 (Medicamentos avalados para esta GPC según síntomas) se recogen los fármacos más utilizados en CP, su posología, e información relevante.

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

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

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

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

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

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

6.1.4. Vías de administración de fármacos en CP

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

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

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

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

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

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

Una RS examinó la evidencia de la administración de fármacos y fluidos por vía SC en adultos mayores. La mayoría de los fármacos fueron utilizados en el contexto de los CP. Morfina y la hidratación tienen la indicación aprobada y amplia evidencia que lo sustenta. Entre los fármacos no autorizados, cuentan con buena evidencia (ECA o estudios experimentales controlados no aleatorizados o cohortes) por vía

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

SC: N-butilbromuro de hioscina, ceftriaxona, clorpromazina, fentanilo e hidromorfona. Otros fármacos que cuentan con estudios observacionales (estudios controlados con posibilidad de sesgo, estudios retrospectivos o series de casos) son: amikacina, buprenorfina, gentamicina, ketorolaco, metadona y midazolam. No se encontraron estudios para atropina, haloperidol, levomepromazina, metoclopramida y diazepam, pero existen revisiones no sistemáticas que apoyaban su uso. No se encontró información sobre el uso de clonazepam, furosemda,

lorazepam y metilprednisolona. Los revisores concluyen que es necesario realizar estudios con fármacos de uso frecuente por vía SC y que los laboratorios deberían registrar esta vía en caso de contar con suficientes datos (85).

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

Resumen de evidencia

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

Recomendaciones

D	La valoración de los síntomas del paciente en FFV debe ser interdisciplinaria, 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.

6.2. Tratamiento del dolor

Las preguntas que se van a responder son:

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

6.2.1. Introducción

La International Association for the Study of Pain (IASP) define el *dolor* como «una sensación o experiencia

desagradable, sensorial y emocional que se asocia a una lesión tisular verdadera o potencial» ⁽⁸⁶⁾.

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

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

6.2.2. Principios generales del tratamiento del dolor en CP

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

La naturaleza multidimensional del dolor en CP requiere un modelo de intervención multifactorial que comprenda me-

didas farmacológicas, psicoterapéuticas y rehabilitadoras, entre otras. Los aspectos psíquicos y físicos de dolor están íntimamente relacionados. Los tratamientos psicosociales orientados a resolver variables de la esfera psicológica mejoran el dolor mientras que los tratamientos dirigidos a la nocicepción tienen efectos psicológicos benéficos⁽⁸⁷⁾.

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

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

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

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

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

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

- Evaluar detalladamente el dolor: su intensidad, causas, cronología y repercusiones en el paciente y su familia.
- Revalor continuamente la respuesta analgésica, así como la aparición de efectos secundarios de la medicación.
- Abordar a la persona con dolor y su entorno mediante técnicas psicosociales y tratamientos analgésicos adecuados.

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

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

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

6.2.3. Clasificación del dolor

Según la duración:

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

Según su fisiopatología:

- Dolor somático: se produce por la estimulación de los receptores del dolor en las estructuras musculoesqueléticas profundas y cutáneas superficiales. Por ejemplo, el dolor óseo metastático.

RS de estudios de validación de cuestionarios
3

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

6.2.4. Eficacia de los tratamientos farmacológicos

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

La escalera analgésica de la OMS ha sido aplicada universalmente, aunque sus propuestas no han sido evaluadas

mediante ECA⁽⁸⁸⁾. Sin embargo se sabe que con su uso se consigue un elevado porcentaje de alivio del dolor. Jadad ⁽⁹⁵⁾ en base a estudios prospectivos y retrospectivos sin grupo control, encontró que el alivio del dolor era adecuado entre un 69% y 100% de los casos. Otra revisión más reciente, con mayor número de estudios, situó estos porcentajes entre el 45% y 100% (96). Esta GPC propone basar el tratamiento analgésico en la escalera analgésica de la OMS (ver tabla 4).

Algunos autores proponen añadir un cuarto escalón a la escalera analgésica de la OMS ⁽⁹⁷⁾. Este último paso se añadiría en caso de persistencia del dolor a pesar del uso correcto de la escalera, incluido el uso de la vía subcutánea y de los adyuvantes, y comprendería técnicas instrumentales, como la administración epidural de opioides, bloqueos simpáticos y otras técnicas de analgesia quirúrgica.

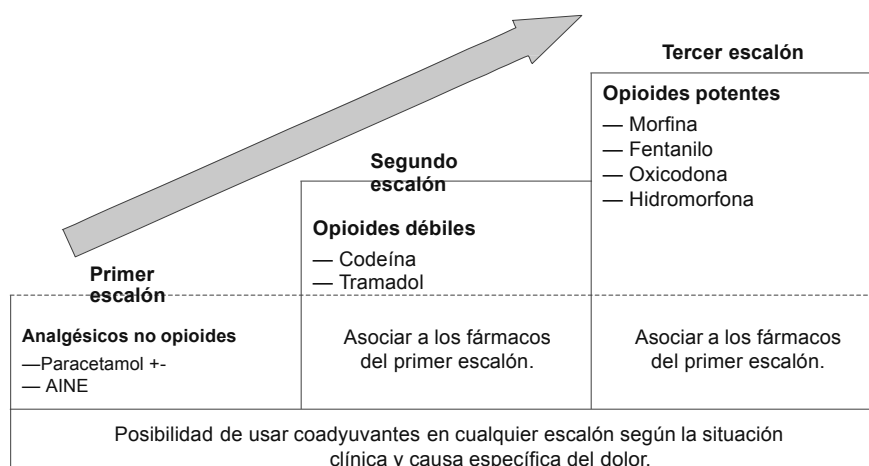
Opinión
de
expertos
4

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

ECA
1+

Estas medidas deben considerarse en pacientes seleccionados con Karnofsky mayor de 50 y requieren la participación de unidades especializadas de dolor. Como se ha señalado en la introducción, la evaluación de su efectividad no es objeto de esta GPC.

Tabla 4. Escalera analgésica de la OMS modificada



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

Segundo escalón: corresponde a los opioides débiles; en nuestro medio, codeína y tramadol (101).

Existe un amplio acuerdo sobre la posibilidad de asociar los fármacos del primer escalón con los fármacos de los

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

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

Se debe comenzar con morfina oral cada cuatro horas hasta conseguir una analgesia adecuada. Una vez alcanzada, puede cambiarse a morfina de acción retardada, la dosis total dividida en dos dosis. En caso de no conseguir una analgesia adecuada es necesario realizar incrementos de dosis del 25%50%. Una explicación más detallada sobre aspectos prácticos del uso de opioides se presenta en el anexo 7.

GPC
4

Oxicodona no aporta ventajas frente a la morfina oral como opioide de primera elección ⁽¹⁰²⁾.

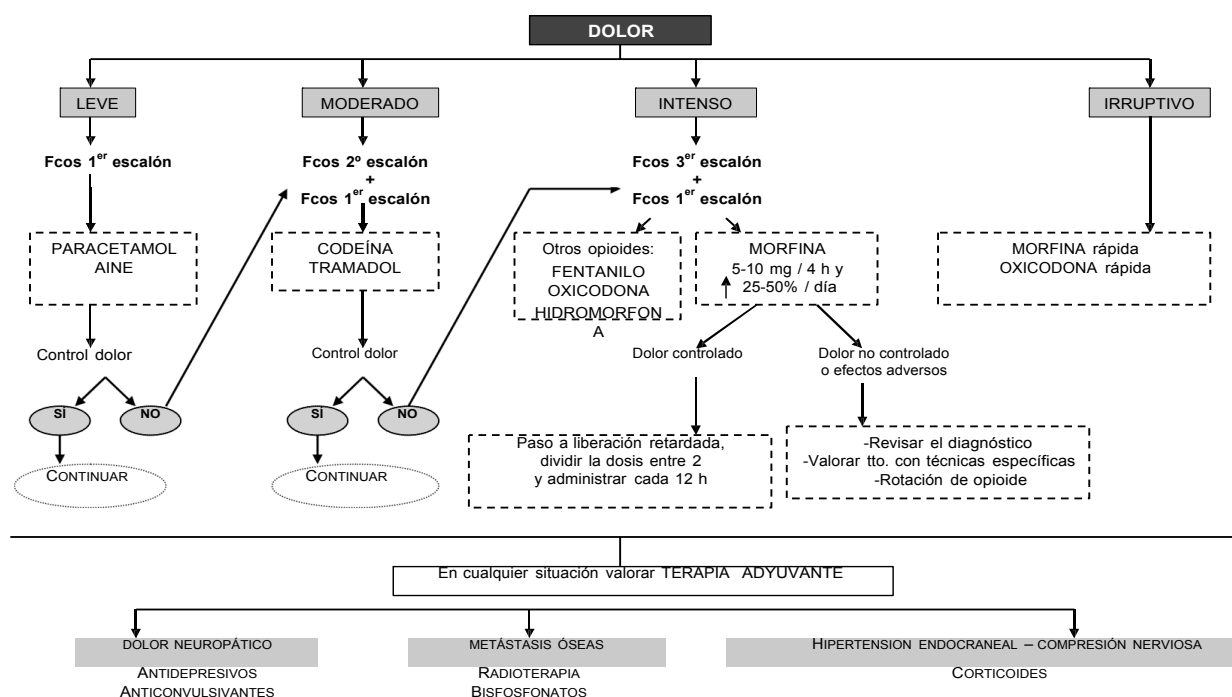
Fentanilo no es más eficaz que morfina oral ⁽⁹⁴⁾. Tiene la ventaja de la administración en forma de parches transdérmicos, lo que permite su utilización en caso de dificultades para la deglución (aunque no se ha evaluado en este caso frente a morfina por vía subcutánea), problemas de cumplimiento o por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

ECA
1+

Buprenorfina puede administrarse por vía oral, parenteral y también mediante administración transdérmica. Su efecto por esta vía también dura 84 horas. Existe menos evidencia sobre su uso y no ha sido evaluada frente a otros opioides.

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

Figura 7. Algoritmo de tratamiento del dolor en CP



Efectos secundarios de los opioides

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

En una RS ⁽¹⁰³⁾ sobre los efectos adversos de los opioides

en el dolor crónico no maligno, 25% de los pacientes presentaron boca seca; 21%, náuseas y 15%, estreñimiento. El 22% de los pacientes abandonaron el tratamiento por los efectos adversos.

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

Tabla 5. Efectos secundarios de los opioides

	Síntomas	% Incidencia
Gastrointestinales	Náuseas, vómitos	15-30
	Estreñimiento	40-87
Sistema nervioso autónomo	Xerostomía, retención urinaria, hipotensión	Sin datos
Sistema nervioso central	Sedación, deterioro cognitivo mioclonias, alucinaciones, delirium, hiperalgesia, convulsiones	20-60 Sin datos
Cutáneos	Prurito	2-10
	Hipersudoración	Sin datos

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

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

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

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

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

Rotación de opioides

En caso de no lograr una analgesia adecuada o ante la presencia de efectos secundarios que obliguen

a suspender el fármaco, se propone la estrategia de sustitución del fármaco inicial por un segundo opioide. Esta estrategia no está evaluada aún en ensayos clínicos. Existen dos revisiones de series de casos prospectivos y retrospectivos que mostraron una mejoría con el cambio de opioide ^(106; 107). Puede ser una alternativa para los efectos secundarios. Alternativas menos evaluadas pero de fácil manejo incluyen fentanilo, oxicodona e hidromorfona. Fentanilo presenta la ventaja añadida de su administración transcutánea.

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

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

Analgésicos adyuvantes

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

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

RS de
series de
casos
3

Opinión
de
expertos
4

ECA
1+

Tabla 6. Analgésicos coadyuvantes para el tratamiento del dolor

Fármacos	Indicaciones
Antidepresivos Tricíclicos: amitriptilina. Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS): fluoxetina, sertralina	- Dolor neuropático* (tricíclicos) - Dolor asociado a depresión o ansiedad
Anticonvulsivantes Carbamazepina, gabapentina	Dolor neuropático*
Corticoides Dexametasona, metilprednisolona, otros	Astenia, anorexia, compresión medular, SCS, metástasis óseas, aumento de presión intracraneal, obstrucción intestinal
Relajantes musculares	Dolor musculo esquelético. / Espasmos
Benzodiazepinas**	Ansiedad asociada al dolor**
Bisfosfonatos Acido zoledrónico	Útiles en caso de metástasis óseas ***
Radioisótopos	Útiles en caso de metástasis óseas

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

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

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

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

Terapias alternativas y complementarias

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

Musicoterapia: la RS de la Cochrane ⁽¹¹⁶⁾ que estudió el efecto analgésico de la música en el

dolor en general incluyó también estudios en pacientes con dolor oncológico. Encontró un efecto estadísticamente significativo en el alivio del dolor y en la necesidad de analgesia, pero de importancia clínica incierta.

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

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

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

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

6.2.5. Dolor neuropático

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

RS de
ECA
1+

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

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

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

6.2.6. Dolor irruptivo

El fármaco más utilizado es morfina por vía oral (líquido oral), aunque esta práctica no se ha evaluado mediante ECA. La dosis recomendada de morfina en el dolor irruptivo es 1/6 de la dosis total diaria de morfina.

6.2.7. Dolor óseo metastásico

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

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

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

profundizar en los tipos de quimioterapia o en las técnicas quirúrgicas.

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

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

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

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

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

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

La RS sobre cáncer de próstata incluyó 10 ECA (1.955 pacientes) con clodronato (siete ECA) pamidronato, etidronato y ácido zoledrónico. La tasa de respuesta al dolor fue del 27,9% con los bisfosfonatos frente al 21,1% del grupo control,

ECA
1+

ECA
1+

RS de
ECA
1+

RS de
ECA
1+

[OR 1,54 (IC 95%: 0,97 a 2,44)]; y los eventos óseos disminuyeron con el tratamiento, [OR 0,79 (IC 95%: 0,62 a 1,00)].

La duración del tratamiento tiene que ser al menos de seis meses. Este hecho es determinante para la selección de pacientes. Los bisfosfonatos orales se asociaron a efectos secundarios gastrointestinales, mientras que el pamidronato y ácido zoledrónico produjeron más reacciones agudas. Se recomienda realizar previo al uso de estos medicamentos examen odontológico clínico y radiológicamente enfatizando la necesidad de mantener una buena higiene bucal ya que están relacionados con necrosis mandibular, además control de función renal, calcio y magnesio ^(354; 355; 356; 365).

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

La revisión de Chow ⁽¹³⁸⁾ incluyó siete nuevos ECA. La tasa de respuesta, definida como el alivio de al menos el 50% del dolor, fue similar con la dosis única (58%) y con dosis múltiples (59%). La necesidad de retratamiento fue superior con radioterapia simple (20%), en comparación con la fraccionada (8%). No se observaron diferencias estadísticamente significativas en las tasa de fracturas (3,2% con radioterapia simple frente a 2,8% con la fraccionada) ni en las de compresión medular maligna (2,8% frente a 1,9%). Los efectos secundarios no

se describieron en todos los estudios. En dos estudios hubo más efectos secundarios en el grupo de la terapia fraccionada. La RS no permite identificar qué subgrupo de pacientes se beneficia más de la terapia fraccionada.

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

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

La RS canadiense utilizó unos criterios de selección más amplios e incluyó también ECA en fase II. La mayoría de los estudios se realizaron en pacientes con cáncer de próstata resistente al tratamiento hormonal (80%-90%), cáncer de mama y de pulmón con múltiples metástasis óseas. La revisión no realizó metaanálisis. El estroncio-89 y el samario-153 se mostraron moderadamente eficaces.

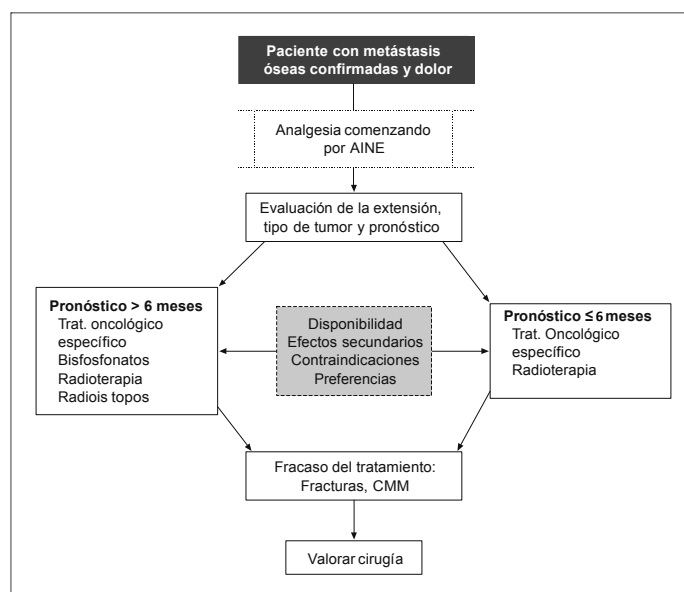
En base a estos hallazgos, se concluye que es necesaria una mayor investigación antes de proponer el uso de radioisótopos como primera línea del tratamiento de las metástasis óseas.

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

RS de
ECA
1+

RS de
ECA
1+

Figura 8. Tratamiento de los pacientes con metástasis óseas dolorosas



Resumen de evidencia

3	Con la escalera analgésica de la OMS se logra un control adecuado del dolor en un porcentaje que oscila entre el 45% y el 100 % de los pacientes oncológicos, aunque no ha sido evaluada con ECA ^(95; 96) .
1+	No existen evidencias que apoyen o desaconsejen la asociación de opioides con AINE ⁽⁹²⁾ .
1+/3	Los fármacos adyuvantes son eficaces en el tratamiento del dolor en los pacientes en CP ^(89; 110) .
1+	Existe evidencia controvertida y escasa sobre la eficacia de las terapias alternativas en el tratamiento del dolor en CP ^(89; 115-118) .
1+	Los antidepresivos tricíclicos (amitriptilina) ^(113; 120) , los antiepilépticos (carbamazepina, gabapentina) ^(121; 122) y los opioides ⁽¹²³⁻¹²⁵⁾ son eficaces en el alivio del dolor neuropático.
1+	Metadona, oxicodona o fentanilo no son más eficaces que morfina oral para el tratamiento del dolor en los pacientes en CP ^(93; 94; 102) .
1+	Existe limitada evidencia de que el tratamiento combinado de fármacos con distintos mecanismos de acción pueda mejorar la respuesta al tratamiento, aumentando también los efectos adversos ⁽¹²⁷⁾ .
1++	Calcitonina no mejora el dolor ni la morbilidad asociada a las metástasis óseas ⁽¹³⁰⁾ .
1++	La radioterapia es eficaz en el alivio del dolor y la morbilidad asociada a las metástasis cerebrales ⁽¹³⁶⁻¹³⁸⁾ .
1++	La radioterapia en dosis única es similar a la fraccionada en el alivio del dolor asociado a metástasis óseas, riesgo de fracturas y compresión medular, con un ligero aumento en la necesidad de retratamiento ⁽¹³⁸⁾ .
1++	Los bisfosfonatos son eficaces en el alivio del dolor y en la disminución de las complicaciones asociadas a las metástasis óseas ^(131; 134) . Estos hallazgos son más consistentes para el cáncer de mama ⁽¹³¹⁾ y, en menor medida, para el de próstata ⁽¹³³⁾ .
1++	Acido zoledrónico IV es más eficaz que el resto de bisfosfonatos en el alivio de la morbilidad asociada a las metástasis óseas ^(131; 133) .
1+	Los radioisótopos son moderadamente eficaces en el alivio del dolor asociado a las metástasis óseas ⁽¹³⁹⁾ .

Recomendaciones

D	En la atención al dolor en CP se recomienda realizar una evaluación integral del dolor, teniendo en cuenta su origen, etiología, intensidad y repercusión sobre el enfermo y su familia.
D	El equipo de profesionales que trata el dolor en CP debería instruir e involucrar al paciente y a su familia en el correcto uso de las medidas analgésicas propuestas.
C	En la valoración del dolor pueden utilizarse escalas validadas para la cuantificación del dolor. Se recomienda el uso de escalas visuales analógicas (EVA) o el Cuestionario Breve del Dolor (CBD).
D	Se recomienda utilizar la escalera analgésica de la OMS junto a fármacos adyuvantes, si fuera necesario, en el tratamiento farmacológico del dolor. Se deben utilizar los fármacos según la intensidad del dolor y la comorbilidad de cada paciente.
D	La administración de analgésicos debería ser pautada. Se debe monitorizar la respuesta al tratamiento y adecuar la dosis de forma individualizada.
A	Morfina oral es el tratamiento de elección en el tercer escalón de analgesia.
B	Los antidepresivos tricíclicos son los fármacos de elección en el dolor neuropático. En caso de intolerancia o contraindicación, pueden utilizarse anticonvulsivantes (gabapentina). Los opioides pueden utilizarse en el dolor neuropático, y son la primera opción a considerar en caso de dolor asociado de otra etiología que requiera un nivel de analgesia con dichos fármacos. Cuando la respuesta al tratamiento es insuficiente, se pueden asociar fármacos con distintos mecanismos de acción, monitorizando la respuesta y los efectos adversos.
B	Morfina es el fármaco de elección en el dolor irruptivo (1/6 de la dosis total diaria por dosis).
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. Considerando los efectos colaterales y comorbilidad de cada paciente.

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 bifosfonatos (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.

6.3. Astenia, anorexia-caquexia y deshidratación

Las preguntas que se van a responder son:

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

6.3.1. Astenia y anorexia-caquexia

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

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

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

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

Astenia

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

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

para el paciente y sus cuidadores.

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

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

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

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

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

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

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

ECA
1+

Opinión
de ex-
pertos
4

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

Anorexia y caquexia

La evaluación de la anorexia requiere un trabajo conjunto con el enfermo y su familia, del que la buena comunicación

es un componente esencial. El equipo tiene que tener en cuenta el significado cultural y social de la falta de apetito y de las dificultades en la alimentación. En la RS de Shargge ⁽¹⁴⁶⁾, basada sólo en artículos publicados en lengua inglesa, se examinó el significado social y cultural de la pérdida de apetito y de las dificultades en la alimentación para pacientes y cuidadores. Estos últimos los consideran de mayor importancia y trascendencia que los propios pacientes.

Los criterios diagnósticos de caquexia son ⁽³⁵⁷⁾ :	
Criterio mayor:	Pérdida de peso mayor o igual a 5% en los últimos 12 meses
Criterios menores:	Disminución de la fuerza muscular Astenia Disminución del índice de masa grasa corporal Aumento de los marcadores inflamatorios (Interleuquina-6) Anemia (Hemoglobina <12 g/dl) Hipoalbuminemia (albúmina <3,2 g/dl)
Para el diagnóstico de caquexia es necesario el criterio mayor asociado al menos a 3 criterios menores. (Adaptado de Evans W. ³⁵⁸)	

Una RS Cochrane ⁽³⁹¹⁾ mostró que acetato de megestrol (AM), mejora el apetito y se asocia con ligero aumento de peso en pacientes con cáncer, SIDA y otras patologías subyacentes. Los efectos secundarios edema, fenómenos tromboembólicos y muertes fueron más frecuentes en los pacientes tratados con AM. A pesar del hecho de que los pacientes están recibiendo cuidados paliativos deben ser informados de los riesgos inherentes a la recepción de AM. AM no se encuentra incluido en el Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos.

Los corticoides metilprednisolona (32-125 mg/día), prednisolona (10 mg/día) y dexametasona

RS de
ECA
1++

(3-8 mg/día) son también eficaces en la mejora del apetito y en el aumento de peso. Su actividad es de corta duración (menor de 4 semanas) y con efectos secundarios relevantes, motivo por el que no recomiendan su uso prolongado ⁽³⁵⁹⁾.

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

ECA
1 +

Resumen de evidencia

1+	El ejercicio aeróbico adaptado mejora la astenia en los pacientes en CP ⁽¹⁴³⁾ .
1+	Los corticoides son eficaces en el tratamiento de la astenia y anorexia en pacientes en CP ⁽¹⁴⁷⁻¹⁴⁹⁾ .
1+	Los tratamientos farmacológicos con pentoxifilina, ciproheptadina o melatonina muestran resultados contradictorios en el tratamiento de la anorexia-caquexia por lo que no pueden realizarse recomendaciones sobre su uso. ⁽¹⁴⁷⁻¹⁴⁹⁾ .
1+	Hidracina no es eficaz en el tratamiento de la anorexia-caquexia ⁽¹⁴⁷⁻¹⁴⁹⁾ .

Recomendaciones

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

6.3.2. Deshidratación

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

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

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

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

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

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

La confusión producida por los opioides se relaciona con situaciones de bajo aporte

de fluidos. La posibilidad de aumentar las secreciones pulmonares, la insuficiencia cardíaca congestiva y la necesidad de sonda urinaria que puede suponer la sobrecarga de volumen deben tenerse en cuenta en esta situación ⁽¹⁵⁴⁾.

Opinio-
nes de
expertos
4

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

RS de
estudios
observa-
cionales
3

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

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

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

La evidencia sobre el uso de la hidratación por vía subcutánea está recogida en dos RS ^(155; 156), que incluyen ECA realizados con pacientes de edad avanzada, algunos en el contexto de los CP. La eficacia de la vía SC es comparable a la intravenosa. La hidratación por vía subcutánea requiere soluciones con electrolitos y salinas. Las soluciones sin electrolitos no pueden usarse por esta vía ⁽¹⁵⁵⁾. Se puede administrar de forma continua durante 24 horas a un ritmo de 40-60 ml/hora, nocturna (80 ml/hora) o mediante infusión en bolos de 500 ml/hora 2 ó 3 veces/día.

RS de
ECA y
series de
casos
1+/3

RS de
estudios
observa-
cionales
3

Tabla 8. Ventajas e inconvenientes de la hidratación por vía subcutánea

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.	- 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.

- 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.	Falta de conocimiento y pericia de los profesionales sanitarios sobre la técnica.
--	---

Existe una tercera alternativa a la endovenosa y subcutánea, la vía rectal. Ha sido descrita sólo en series de casos y permite la administración de líquidos de forma intermitente cada 4 horas; puede ser una alternativa en caso de imposibilidad de uso de cualquier otra vía ⁽¹⁵⁴⁾. Series de casos 3

Resumen de evidencia

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

Recomendaciones

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

6.4. Síntomas respiratorios

Las preguntas que se van a responder son:

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

6.4.1. Disnea

Según la American Thoracic Society, la *disnea* se define como una experiencia subjetiva de molestia para respirar que consiste en sensaciones cualitativamente distintas que varían en intensidad, relacionada con factores fisiológicos, psíquicos, sociales y medioambientales. Para los pacientes, la disnea es tan difícil de sobrellevar como el dolor ⁽¹⁵⁷⁾. Su prevalencia en CP es elevada; puede alcanzar el 30-40% de los cánceres avanzados y terminales, en el 65-70% de los broncogénicos ^(360; 361); 85% en los pacientes con ICC y más del 90% entre los pacientes con EPOC ⁽⁷⁹⁾.

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

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

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

Valoración de la disnea

En pacientes en CP se recomienda, en general, valorar la intensidad de los síntomas relatada por el paciente. Puede utilizarse una escala visual analógica para valorar la intensidad de la disnea o la efectividad de los tratamientos. La correlación entre hipoxia y disnea es baja, y la corrección de la disnea es más compleja que la

Opinión
de ex-
pertos
4

de la hipoxia. En general no se recomienda el uso rutinario de pruebas (radiografía de tórax, gases, pulsioximetría, etc.) ⁽¹⁵⁷⁾.

Una revisión sistemática valoró la validez y fiabilidad de las escalas existentes para evaluar la disnea en CP, fundamentalmente en el contexto de la investigación ⁽¹⁶⁰⁾. Numeric Rating Scale (NRS), la escala de Borg modificada, The Chronic Respiratory Questionnaire Dyspnoea Subscale (CRQ-D) y Cancer Dyspnoea Scale (CDS) parecen las más adecuadas, pero se requiere mayor

RS de estudios observacionales 2+/3

investigación. Las escalas analógicas visuales han sido también evaluadas, aunque requieren mayor tamaño de muestra para valorarlas.

Medidas generales

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

Evaluación de la disnea: que hacer y qué no hacer ⁽³⁶²⁾:

HACER	NO HACER
Preguntar acerca de la experiencia cualitativa de la disnea (como opresión en el pecho, el trabajo de respirar)	Depender de los valores de gasometría, para asignar la severidad de la disnea.
Preguntar acerca de estados afectivos asociados: ansiedad, pánico, depresión.	Depender de órdenes como “llame al médico si saturación de O ₂ es menor de 90%” como un referente para reevaluar la disnea, o “valore la intensidad de disnea y llame al médico si en la escala es mayor a 6 (escala del 0-10)”
Tratar de cuantificar la intensidad de la disnea y el sufrimiento asociado (usando escala 0-10)	
Preguntar como la disnea afecta la vida del paciente (actividad reducida, alteración en el sueño, etc.).	
Preguntar acerca de preocupaciones del paciente al futuro (miedo a asfixia, mayor discapacidad).	

El abordaje terapéutico de la disnea en los pacientes con enfermedades de fase terminal busca resolver las causas implicadas en su aparición y tratar las condiciones potencialmente reversibles, teniendo presentes las consideraciones éticas implicadas. Debe, por lo tanto, tomarse en cuenta el estadio funcional previo al desarrollo del síntoma y determinarse la necesidad y justificación de las distintas intervenciones terapéuticas posibles ⁽³⁶¹⁾. NIVEL 3

La rehabilitación pulmonar, formalmente estudiada en EPOC (teóricamente útil para su uso en otras condiciones) es clave para evitar el círculo vicioso de desacondicionamiento físico, fomentando el ahorro de energía en el paciente ⁽³⁶²⁾. NIVEL 2+

Algunas intervenciones terapéuticas poseen menor evidencia que las apoye que otras modalidades de tratamiento; sin embargo, existen datos que sugieren que intervenciones como yoga, ejercicios de respiración y relajación, uso de ventiladores, así como asistencia con andaderas, son beneficiosas en poblaciones específicas. Otras modalidades de tratamiento, como la fisioterapia con vibración, no han demostrado beneficio en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica ⁽³⁶¹⁾. NIVEL 2+

En el siguiente cuadro se resumen varias recomendaciones no farmacológicas para el manejo de la disnea ⁽³⁶¹⁾:

Posición cómoda
Conservación de la energía (ayudas para la deambulación)
Introducir distractores
Presencia de una compañía tranquilizadora
Facilitar un ambiente abierto, tranquilo
Reforzar el entrenamiento muscular
Evitar el estrés emocional
Corrientes de aire hacia la cara, mediante abanicos, pequeños ventiladores

Oxígeno

Una RS valoró la utilidad del oxígeno para aliviar la disnea en reposo en pacientes con enfermedad avanzada de cualquier causa ⁽¹⁶¹⁾, e incluyó cinco estudios con un total de 83 pacientes. La mayoría de los pacientes tenían hipoxia; se incluyeron estudios en cáncer de ovario, de pulmón, y en

RS de ECA 1+

EPOC. La revisión concluye que hay evidencia débil de que el oxígeno puede mejorar la disnea en reposo en pacientes seleccionados, pero se desconoce qué pacientes son los que pueden beneficiarse. Un único estudio (N = 38) incluyó pacientes sin hipoxia, y tanto el oxígeno como el aire fueron eficaces, por lo que no hay evidencia concluyente que apoye el uso del oxígeno en pacientes sin hipoxia. La inclusión de pacientes con EPOC también puede influir en los resultados. Otro ensayo que incluyó 33 pacientes con cáncer sin hipoxia tampoco mostró diferencias entre oxígeno y aire en la reducción de disnea en esfuerzo (test al caminar seis minutos).

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

RS de
distintos
tipos de
estudio
1+/2+

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

Opioides

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

RS de
ECA
1+

Fármacos adyuvantes: fenotiazinas, benzodiazepinas y corticoides sistémicos

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

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

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

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

No se encontraron estudios con corticoides sistémicos.

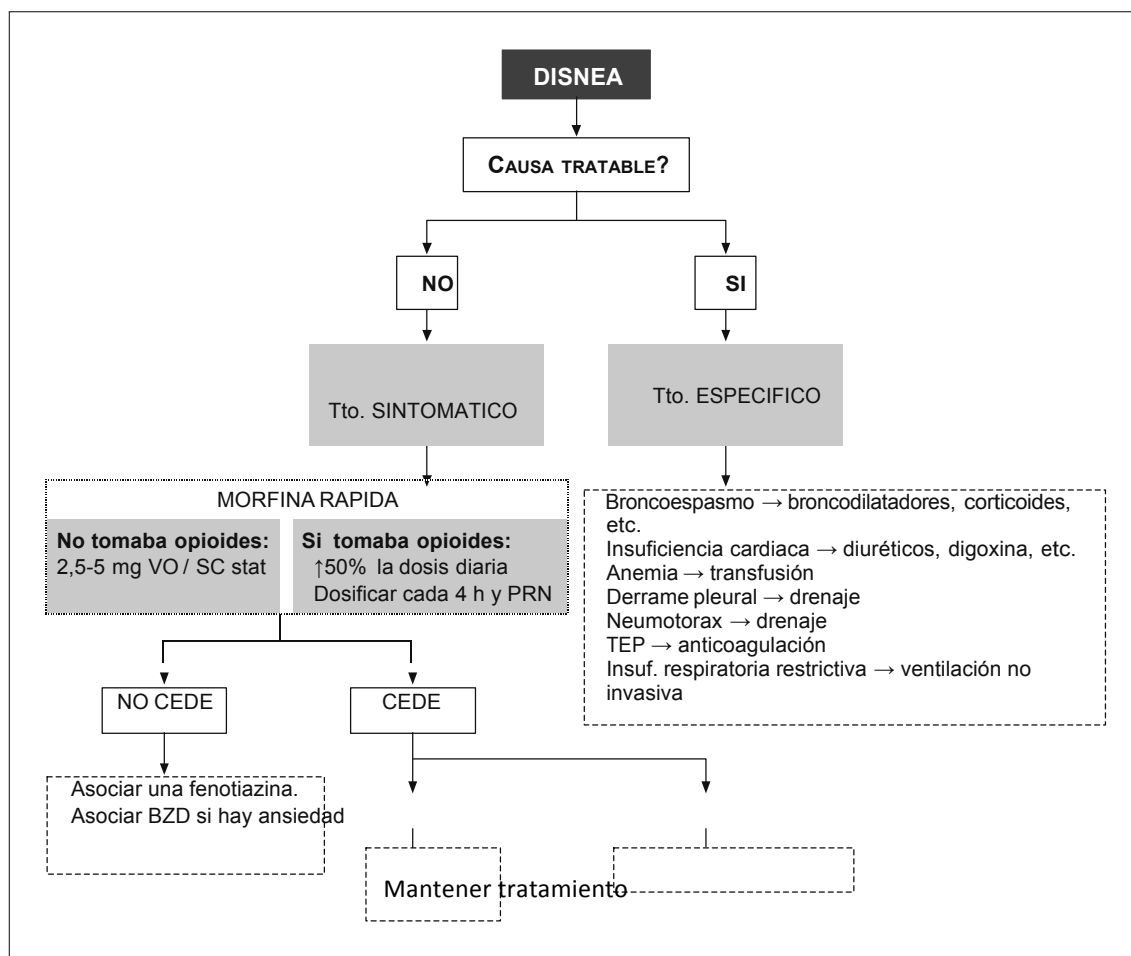
Sin embargo, los corticoides son útiles en la disnea en determinadas situaciones: EPOC, asma, enfermos oncológicos con problemas

Series
de casos
3

obstructivos de la vía aérea de causa tumoral o en la linfangitis carcinomatosa ⁽¹⁵⁸⁾. En la tabla 9 se presentan los fármacos utilizados en el tratamiento de la disnea.

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

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



Ventilación no invasiva en pacientes con enfermedades neurológicas motoras

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

Estudios observacionales y series de casos 2+/3

con capacidad pulmonar limitada y un pronóstico de vida corto). 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.

Manejo de la disnea severa en las últimas horas de vida

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

Resumen de evidencia

2+	Existen distintas escalas para evaluar la disnea en CP, utilizadas fundamentalmente en el contexto de la investigación; se requieren más estudios para seleccionar la más adecuada ⁽¹⁶⁰⁾ .
1+	Hay evidencia de que el oxígeno puede mejorar la disnea en pacientes seleccionados con cáncer y EPOC, pero se desconoce qué pacientes son los que pueden beneficiarse más. La mayoría de los estudios incluyen pacientes con hipoxia ^(161; 162) .
1+	Los opioides por vía oral o parenteral son fármacos eficaces en el tratamiento de la disnea en enfermedades avanzadas. Existe insuficiente evidencia por vía nebulizada ^(163; 164) .

1+	Las benzodiazepinas no son eficaces, salvo en la fase muy avanzada de la enfermedad (midazolam) como terapia añadida a la morfina ⁽¹⁶⁶⁾ . No se encontraron ECA para corticoides sistémicos ⁽¹⁶⁵⁾ .
2+/3	La ventilación no invasiva puede aliviar los síntomas, prolongar la supervivencia y mejorar la calidad de vida en pacientes con enfermedades neurológicas motoras en estadios avanzados. Sin embargo, no todos los pacientes la toleran ni la desean.
3	Los corticoides producen alivio de la disnea en pacientes con obstrucción tumoral de la vía aérea o linfangitis carcinomatosa, EPOC y asma ⁽¹⁵⁸⁾ .

Recomendaciones

D	Deben tratarse de forma específica las causas reversibles de la disnea, como la insuficiencia cardíaca, la exacerbación de asma o EPOC, las arritmias cardíacas, la anemia, el derrame pleural o pericárdico, la infección bronquial, el embolismo pulmonar o el síndrome de la vena cava superior.
D	Medidas no farmacológicas como la rehabilitación pulmonar (con uso de incentivómetro), acompañamiento emocional, y otras acorde al caso; pueden ser de utilidad como adyuvantes en el manejo de la disnea ⁽³⁶²⁾ .
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	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.

6.4.2. Tos

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

Al igual que en la población general, la tos en CP puede ser productiva o no productiva. El tratamiento afecta a ésta

última, ya que la tos productiva favorece la eliminación de secreciones bronquiales ⁽¹⁶⁸⁾. Además debe recordarse su papel como mecanismo de defensa ante la aspiración, ya que la inadecuada movilización de secreciones aumenta el riesgo de neumonía ⁽³⁶³⁾.

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

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

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

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

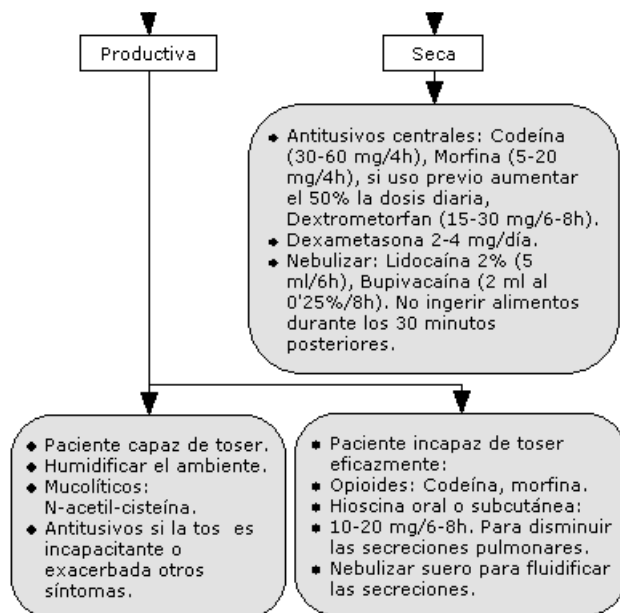
En los casos de tos primaria producida por cáncer de pulmón, el tratamiento específico con quimioterapia y sobre todo con radioterapia ⁽¹⁷¹⁾ es una medida de probada eficacia ⁽¹⁷²⁾.

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

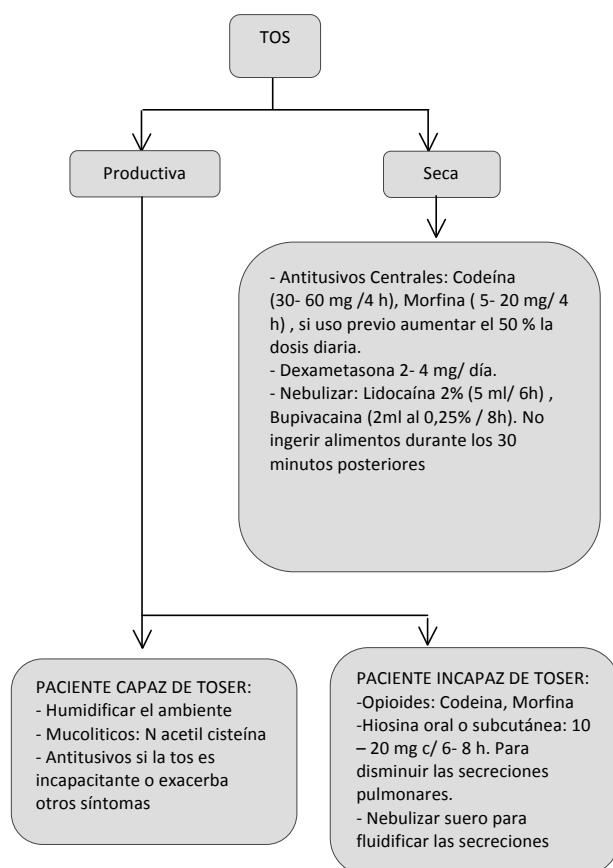
En muchas ocasiones es necesario el tratamiento farmacológico. Existen múltiples series de casos que describen la tasa de respuesta al tratamiento con diversos

antitusígenos, la mayoría pacientes con cáncer de pulmón ^(74; 172). Como en muchas otras áreas de los CP son muy pocos los ECA realizados.

Los antitusígenos pueden clasificarse, por su acción, en central (opioides: codeína, morfina) o periférica (acción indirecta: antihistamínicos, broncodilatadores) ⁽¹⁶⁹⁾.



Algoritmo manejo de la tos, NIVEL 3



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

La elección del fármaco y de las vías de administración depende de la situación individual del paciente, de los efectos secundarios o interacciones, y de la experiencia de uso en CP. En caso de precisar un opioide puede optarse por codeína ⁽¹⁷⁴⁾. Morfina es el

fármaco de elección en presencia de dolor o disnea asociados a la tos.

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

En caso de precisar tratamiento para la tos debida a la EPOC puede utilizarse codeína ⁽¹⁷⁷⁾.

Opinión
de ex-
pertos
4

Opinión
de ex-
pertos
4

Resumen de evidencia

3	Los antitusígenos centrales opioides (codeína, morfina) mejoran la tos en pacientes oncológicos en CP ^{(172; 174) (170)} .
---	---

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 fármaco inicial puede utilizarse codeína.
D	En caso de precisar tratamiento para la tos debida a la EPOC puede utilizarse codeína.

6.4.3. Obstrucción de la vena cava superior

El *síndrome de obstrucción de la vena cava superior* (OVCS) se presenta por un compromiso de espacio a nivel del mediastino debido a invasión tumoral primaria o metastásica. Habitualmente, la obstrucción se debe a adenopatías mediastínicas o a un tumor de origen bronquial (principal derecho y lóbulo superior), ya que el cáncer de pulmón es la causa más frecuente de OVCS.

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

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

La obstrucción de la vena puede ser extrínseca, intraluminal, por fibrosis o trombosis ⁽¹⁵⁸⁾. La clínica depende del ritmo de la obstrucción y refleja el efecto del aumento de la presión venosa. Habitualmente se inicia con edema facial, tos, ortopnea, cefalea y mareo. En situaciones más avanzadas aparece un cuadro

florido de edema grave en cara y brazo derecho, cianosis, ingurgitación venosa en vasos del cuello e incluso edema cerebral.

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

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

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

En la tabla 11 se muestra el porcentaje de mejoría en base a la RS Cochrane ⁽¹⁷⁹⁾ y a otra publicación reciente sobre los stents ⁽¹⁸⁰⁾.

RS de
ECA 1+
Opinión
de ex-
pertos
4

RS de
estudios
observa-
cionales
3

Tabla 11. Porcentaje medio de respuesta al tratamiento paliativo en estudios observacionales

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

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

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

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

Resumen de evidencia

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

Recomendaciones

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

6.5. Síntomas psicológicos y psiquiátricos

Las preguntas que se van a responder son:

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

6.5.1. Delirium

El *delirium* se define como un estado confusional agudo que resulta de una disfunción cerebral difusa. Clínicamente se caracteriza por la alteración simultánea de la atención, la percepción, el pensamiento, la memoria, la conducta psicomotora, la emoción y el ritmo sueño-vigilia ⁽¹⁸²⁾. En la tabla 12 se presentan los criterios diagnósticos DSM-IV para el delirium ⁽¹⁸³⁾.

El delirium es un problema frecuente en los pacientes en la FFV; lo padece entre el 28% y el 83% de estos pacientes; varía según la población estudiada y los criterios diagnósticos utilizados, y es más frecuente en los pacientes con cáncer ⁽⁷⁹⁾. Puede estar presente hasta en el 90% de los pacientes en los últimos días de vida ⁽¹⁸⁴⁾ y su aparición se asocia a un peor pronóstico ⁽³⁴⁾.

Tabla 12. Criterios DSM-IV para el diagnóstico de delirium

- | |
|--|
| <p>A) Alteración de la conciencia con disminución de la capacidad para centrar, mantener o dirigir la atención.</p> <p>B) Cambio en las funciones cognitivas (memoria, orientación, lenguaje) o alteración perceptiva que no se explica por la existencia de demencia previa o en desarrollo.</p> <p>C) Presentación en un periodo de tiempo (horas o días) y tendencia a fluctuar a lo largo del día.</p> |
|--|

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

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

Opinión
de ex-
pertos
4

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

Existen instrumentos que pueden ayudar al diagnóstico. Confusion Assessment Method (CAM), especialmente en su forma reducida de cuatro criterios, es un instrumento validado y simple de detección del delirium (ver tabla 13). Evalúa el inicio agudo, el curso fluctuante, la falta de atención y el pensamiento desorganizado o nivel alterado de conciencia ^(186; 187).

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

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

importante en los pacientes en tratamiento con opioides ⁽¹⁸⁶⁾.

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

Tabla 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)?

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

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 leptomenínea; postictus.
Tratamientos	<i>Oncológicos</i>	Quimioterapia, radioterapia.
	<i>Fármacos psicoactivos</i>	Opioides, benzodiazepinas, antidepresivos tricíclicos, anticolinérgicos (oxibutina, tolterodina), ISRS, neurolépticos, antihistamínicos, ortopramidas, anticonvulsivantes (primidona, fenobarbital, fenitoína), antiparkinsonianos.
	<i>Otros</i>	Corticoides, antihistamínicos anti-H2, ciprofloxacino.
Enfermedad sistémica	<i>Insuficiencia</i>	Cardiaca, respiratoria, hepática, renal.
	<i>Infección</i>	De cualquier localización, pero especialmente pulmonar y urinaria.
	<i>Hematológica</i>	Anemia, coagulación intravascular diseminada.
	<i>Metabólica</i>	Deshidratación, hipercalcemia, hiponatremia, hipomagnesemia, hipoglucemia.
Psicosociales		Alteración de la vista u oído, dolor, ambiente extraño.
Evacuación		Retención urinaria o fecal.

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

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

La base de su tratamiento es la corrección, si es posible, de las causas precipitantes señaladas previamente (tabla 14).

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

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

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

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

Sin embargo los neurolepticos (sobre todo el haloperidol), las benzodiazepinas (midazolam u otras como lorazepam, clonazepam o diazepam) ⁽¹⁸⁹⁾ o la hidratación artificial se han utilizado ampliamente en estos pacientes. Es necesario

tener en cuenta que las benzodiazepinas, a su vez, pueden desencadenar el delirium (tabla 14).

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

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

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

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

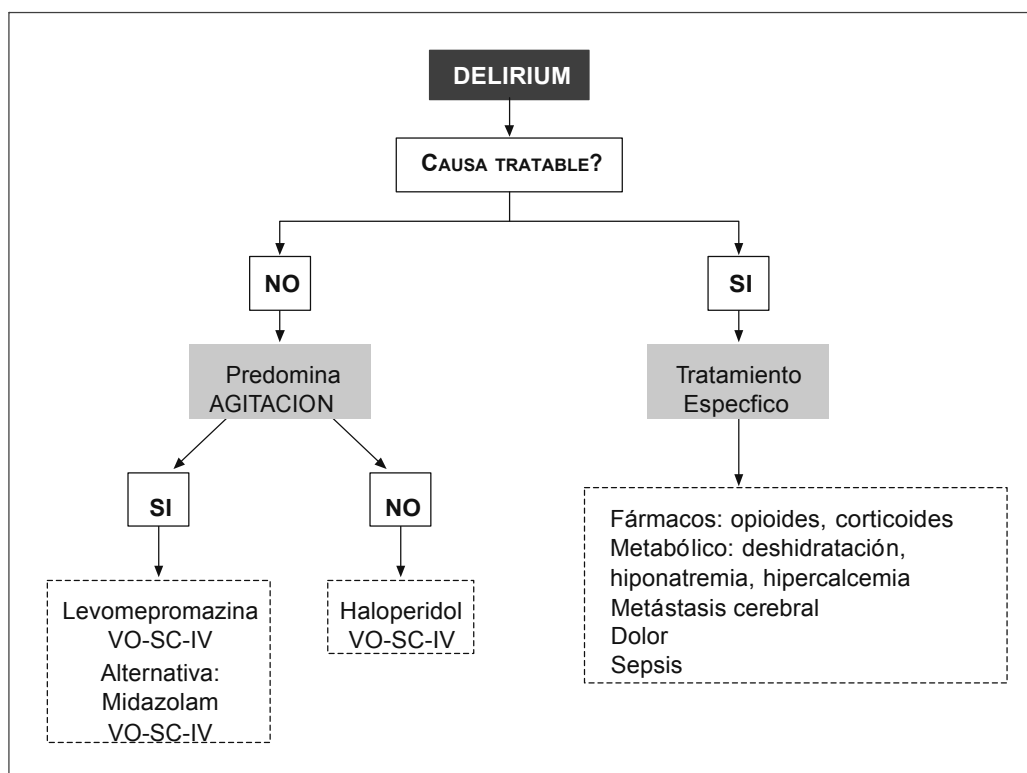
En la figura 10 se resume el tratamiento del delirium en el paciente en CP.

RS de ECA
1+

Series de casos
3

Opinión de expertos
4

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



Resumen de evidencia

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

Recomendaciones

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

6.5.2. Insomnio

El *insomnio* es un trastorno heterogéneo que incluye la dificultad en la conciliación del sueño (*insomnio inicial*), en el mantenimiento (*insomnio intermedio*), el despertar demasiado temprano (*insomnio tardío*), y el sueño no reparador. En la tabla 15 se exponen los criterios diagnósticos del insomnio ⁽¹⁹²⁾. La repercusión del insomnio del enfermo en los familiares y cuidadores es importante.

Tabla 15. Criterios diagnósticos del insomnio

A) Dificultad para dormir caracterizada por cualquiera de los siguientes criterios: a) Dificultad en la conciliación (30 minutos o más). b) Dificultad en el mantenimiento (más de 30 minutos despierto de noche) que afecta a la eficiencia del sueño (proporción de tiempo total de sueño/tiempo total en cama menor del 85%). B) La alteración del sueño se produce al menos tres noches por semana. C) La alteración del sueño ocasiona una alteración significativa del funcionamiento diurno (astenia) o un malestar notable.

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

El insomnio puede aparecer como reflejo de las complejas reacciones psicológicas que tienen lugar en personas que se encuentran en la FFV, por un control deficiente de los síntomas, o como consecuencia de los tratamientos. En la tabla 16 se resumen los factores implicados en la aparición del insomnio en CP.

Tabla 16. Factores implicados en el insomnio en CP (modificado de 192)

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

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

Cuando el paciente refiere dificultad para mantener el sueño se deben buscar los factores precipitantes de los despertares. Entre los aspectos etiológicos se debe preguntar por 1) molestias físicas que le dificulten el sueño; 2) fármacos; 3) factores psicológicos: preocupaciones, ansiedad, depresión, expectativas acerca del sueño y creencias sobre cómo le puede afectar al día siguiente; y 4) hábitos del sueño (siestas, permanencia en la cama, etc.).

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

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

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

- Mantener un adecuado alivio del dolor durante la noche, preferentemente con analgésicos de vida media larga.
- Usar la medicación adecuada tras la evaluación del insomnio.

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

Varias terapias cognitivo-conductuales se consideran el tratamiento de referencia del insomnio. Su eficacia, demostrada en varios metaanálisis en población general ^(194; 195), es comparable a la de los hipnóticos, sobre el tiempo de conciliación, calidad del sueño y duración de los despertares; y moderada sobre el tiempo total de sueño y número de despertares. Los tratamientos más eficaces son el control de estímulos, la restricción del sueño y el tratamiento multifactorial (estrategias múltiples). La educación en higiene del sueño tiene beneficios modestos. Otros tratamientos de eficacia demostrada son la relajación aunque a veces tiene un efecto paradójico— y el tratamiento cognitivo, aunque éste ha sido estudiado siempre en el contexto de una estrategia multifactorial.

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

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

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

Algunos antidepresivos sedantes (amitriptilina) también pueden utilizarse como hipnóticos, especialmente en pacientes con síntomas depresivos, aunque los efectos secundarios sedantes y anticolinérgicos también limitan su uso (ver anexo 4).

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

Opinión
de ex-
pertos
4

Resumen de evidencia

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

Recomendaciones

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

6.5.3. Ansiedad

Los pacientes con enfermedad avanzada se ven obligados a afrontar varias agresiones psicológicas en poco tiempo: la mala noticia del diagnóstico de una enfermedad grave; la posibilidad de la muerte a corto plazo; la incertidumbre de cómo se desarrollará este proceso, los síntomas de la propia enfermedad, como dolor, disnea, insomnio, etc.; los efectos secundarios de los tratamientos, como

alopecia, mutilaciones, etc. Aproximadamente la mitad de los pacientes consigue afrontar estas situaciones sin que sus reacciones psicológicas lleguen a cumplir criterios de enfermedad mental. Sin embargo, la otra mitad desarrolla síntomas constitutivos de un trastorno mental ⁽¹⁸⁹⁾.

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

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

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

Los criterios diagnósticos de la ansiedad en base al DSM-IV se recogen en la tabla 17 ⁽¹⁸³⁾.

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

Son factores de riesgo para desarrollar un trastorno de ansiedad durante el tratamiento paliativo los siguientes: haber sufrido previamente un trastorno de ansiedad, la presencia de ansiedad en el momento del diagnóstico del cáncer, el dolor intenso, la limitación funcional, la edad (más riesgo en jóvenes), una red social de apoyo pobre y el empeoramiento de la enfermedad. En el paciente en FFV, la ansiedad no suele deberse tanto al miedo a la muerte como a otros factores ya mencionados, como el dolor no controlado, el aislamiento y la dependencia ⁽¹⁹⁷⁾.

Tabla 17. Criterios DSM-IV para el diagnóstico del trastorno de ansiedad

- A) Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva).
- B) Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.
- C) La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de seis meses).
- Nota: En los niños sólo se requiere uno de estos síntomas:
1. inquietud o impaciencia
 2. fatigabilidad fácil
 3. dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco
 4. irritabilidad
 5. tensión muscular
 6. alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación de sueño no reparador al despertarse)
- D) La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- E) Estas alteraciones no aparecen en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

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

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

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

Aunque no hay evidencias científicas a favor o en contra de su eficacia, las intervenciones no farmacológicas básicas para el tratamiento de la

RS de
ECA
1+

RS de
ECA
1+

ansiedad en el paciente en la fase final de la vida son la psicoterapia de apoyo y la psicoterapia cognitivo-conductual. Deben abordar al paciente y a su familia ⁽¹⁹⁹⁻²⁰¹⁾. Tampoco hay evidencias sobre la eficacia del masaje y la meditación ⁽¹¹⁹⁾, la hipnoterapia ⁽¹⁹⁹⁾ ni la aromaterapia ⁽¹¹⁷⁾.

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

Aunque no existen ECA específicos en CP, las BZD son la base del tratamiento farmacológico. Las BZD de acción corta (como midazolam) o intermedia (como alprazolam) son las más seguras, ya que evitan la acumulación de sus metabolitos en el organismo debilitado. Su mayor inconveniente es la posibilidad de aparición de

Opinión
de ex-
pertos
4

ansiedad entre dosis o al final de la misma, en cuyo caso está indicada la administración de una BZD de acción más larga, como diazepam o clonazepam. Normalmente se administran por vía oral, pero en el paciente moribundo puede ser útil la administración de diazepam por vía rectal o midazolam por vía subcutánea ⁽²⁰²⁾.

Los neurolépticos típicos -haloperidol, clorpromazina- o atípicos -risperidona, quetiapina- pueden ser útiles cuando la ansiedad no se controla con BZD, o cuando se acompaña de alucinaciones o delirium; además, son más seguros en caso de compromiso respiratorio. Tienen el inconveniente de provocar efectos adversos extrapiramidales -especialmente

cuando el paciente está tomando otro neuroléptico, como antiemético (metoclopramida)-, o la acatisia. El síndrome neuroléptico maligno y la discinesia tardía son muy raros ⁽¹⁸⁹⁾.

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

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

Resumen de evidencia

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

Recomendaciones

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

6.5.4. Depresión

La depresión es hasta tres veces más frecuente en los enfermos en CP que en la población general. En las diferentes series oscila entre el 3% y 77% de los pacientes oncológicos, entre el 10% y 82% de los pacientes con SIDA; en los pacientes con EPOC o insuficiencia cardíaca puede llegar al 70%, y en los casos de insuficiencia renal hasta el 50% ⁽⁷⁹⁾ (ver tabla 2). La tristeza y el ánimo deprimido son respuestas habituales en pacientes que se enfrentan a la muerte. Estas emociones pueden ser manifestaciones de un duelo anticipatorio debido a la pérdida de su propia vida, su salud, los seres queridos y la autonomía ⁽¹⁸⁹⁾.

La depresión no es un estado normal en la fase final de la vida, sino una enfermedad que complica las ya existentes y que no se diagnostica ni se trata en la medida en que se debería ⁽¹⁹⁷⁾.

El diagnóstico de la depresión en CP es especialmente problemático. Las manifestaciones de la enfermedad y de sus complicaciones y los efectos secundarios de la medicación pueden dificultar el diagnóstico ⁽²⁰³⁾.

Esto puede contribuir, entre otras causas, a que muchos médicos no detecten la depresión de sus pacientes, por lo que se precisa monitorizar regularmente el estado emocional del paciente ⁽²⁰⁴⁾.

La formulación de una pregunta: « ¿Ha estado deprimido la mayor parte del tiempo en las últimas dos semanas?» se ha demostrado eficaz para detectar la depresión en la FFV ⁽²⁰⁵⁾.

La mejor herramienta para el diagnóstico de la depresión en estos pacientes es la entrevista clínica, aplicando los criterios DSM-IV modificados, basándose en los síntomas emocionales y cognitivos más que en los síntomas somáticos, que son muy frecuentes por la propia enfermedad (cansancio, pérdida de peso, etc.) ^(189; 205).

En estos pacientes es importante distinguir el trastorno depresivo verdadero del duelo normal y del trastorno adaptativo con ánimo deprimido ⁽¹⁹⁷⁾. La depresión en el paciente paliativo es importante porque empeora su calidad de vida y la de sus allegados, y porque es un factor de riesgo importante de suicidio y de petición de una muerte anticipada ⁽²⁰⁶⁾.

Los criterios DSM-IV para el diagnóstico de depresión son ⁽¹⁸³⁾:

A) Presencia, durante un período de dos semanas, de cinco o más de los siguientes síntomas⁷, que representan un

⁷ No se incluyen los síntomas claramente debidos a enfermedad médica, o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser estado de ánimo depresivo o pérdida de interés o de la capacidad para el placer.	Son factores de riesgo de padecer depresión en pacientes con cáncer los siguientes ⁽¹⁸⁹⁾ :	Opinión de expertos 4
1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día, según indica el propio sujeto (se siente triste o vacío) u observan otros (llanto).	• Determinados tipos de cáncer: cáncer de páncreas, cáncer primario o metastático del sistema nervioso central.	
2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).	• Antecedente familiar o personal de haber sufrido una depresión.	
3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (un cambio de más del 5% del peso corporal en un mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día.	• Dolor.	
4. Insomnio o hipersomnia casi cada día.	• Grado de discapacidad.	
5. Agitación o enlentecimiento psicomotor casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).	• Estadio de la enfermedad de base.	
6. Cansancio o pérdida de energía casi cada día.	• Tratamientos: corticoides, quimioterapia (vincristina, vinblastina, asparaginasa, metotrexato intratecal, interferón, interleukinas), anfotericina B, radiación cerebral total.	
7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).	• Complicaciones endocrino-metabólicas del sistema nervioso central.	
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).	• Síndromes paraneoplásicos.	
9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.	• Pérdida del sentido y bajo nivel de bienestar espiritual.	
B) Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.	Las investigaciones acerca de la depresión en la fase final de la vida se han realizado fundamentalmente en pacientes con cáncer, con SIDA y en adultos mayores. Se sabe poco acerca de su epidemiología en las fases avanzadas de enfermedades del corazón, pulmón, hígado, riñón y de las enfermedades neurodegenerativas. La mayoría de las veces se trata de estudios pequeños y con importantes defectos metodológicos. Por ello, las recomendaciones se derivan de opiniones de expertos y de extrapolaciones a partir de otros grupos de población.	
C) Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.	Se debe establecer un umbral bajo para empezar a tratar la depresión en los pacientes en CP. El primer paso es el control del dolor, cuando exista ⁽¹⁹⁷⁾ .	Opinión de expertos 4
D) Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej. después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de dos meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.	Diferentes revisiones sistemáticas han estudiado los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con cáncer ^(203; 207) . Debido a la heterogeneidad en los resultados, las publicaciones presentan los resultados sin metaanálisis.	RS de ECA 1+
	Respecto a la terapia no farmacológica, la revisión de la AHRQ se basa en tres RS previas; alguna de ellas incluye pacientes con cáncer, pero sin diagnóstico de depresión (la aparición de ésta es una de las variables de resultado evaluadas).	

Las intervenciones se basan en asesoramiento psicológico (*counselling*) y apoyo por diferentes profesionales, apoyo social, relajación y terapia grupal. En conjunto, las intervenciones muestran una eficacia moderada. Se desconoce qué tipo de profesional o de formato (grupal o individual) se asocia con mejores resultados.

La revisión de Rodin ⁽²⁰⁷⁾ se basó en cuatro estudios individuales que incluyeron pacientes con diagnóstico de depresión. Las intervenciones incluyeron psicoterapia con relajación o sin ella, programas de orientación (información con feedback participativo con expertos) e intervención estructurada por enfermería con múltiples componentes (sesiones de apoyo y coordinación con el médico de familia). Sólo los programas de asesoramiento psicológico y la intervención estructurada por enfermería se mostraron eficaces.

En resumen, las intervenciones no farmacológicas proporcionadas por el equipo que atiende al paciente (psiquiatra, psicólogo, personal de enfermería, trabajador social o médico de atención primaria) pueden ser suficientes en determinadas situaciones, dependiendo también de la disponibilidad de medios (perfil profesional, conocimientos y habilidades, tiempo disponible, etc.) y de la gravedad de la depresión ^(203; 207).

No hay estudios controlados acerca de la eficacia de las terapias complementarias o alternativas en el tratamiento de la depresión en los pacientes con cáncer ⁽²⁰³⁾.

Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y los antidepresivos tricíclicos (ADT) son eficaces en el tratamiento de la depresión de los pacientes con cáncer. RS de ECA 1+

La revisión de Rodin ⁽²⁰⁷⁾ y la de AHRQ ⁽⁸⁹⁾ no muestran diferencias entre los distintos grupos de antidepresivos. La valoración individualizada de los síntomas de cada paciente con el perfil de efectos secundarios de los antidepresivos y las posibles interacciones determina la elección del antidepresivo.

Los autores de las revisiones recomiendan los ISRS como primera elección por su mejor perfil de efectos secundarios ⁽²⁰⁷⁾. En general, los pacientes en FFV toleran mejor sertralina ⁽¹⁹⁷⁾. Trazodona tiene un efecto sedante que puede limitar su uso en estos pacientes ⁽²⁰³⁾.

Los ISRS y los ADT tardan varias semanas en comenzar su acción. En los últimos años se han introducido varios antidepresivos nuevos, pero no se han evaluado en este grupo de pacientes.

El tratamiento farmacológico de la depresión requiere una evaluación cuidadosa de los tratamientos que recibe el paciente por el riesgo de interacciones y el aumento de los efectos secundarios. Es necesario iniciar el tratamiento antidepresivo a dosis graduales en los pacientes que reciben fármacos con efectos sedantes como los opioides; la asociación de ISRS con tramadol potencia el riesgo de convulsiones.

Aunque no hay estudios controlados, la mayoría de los expertos recomienda una estrategia que combine la psicoterapia de apoyo, la educación del paciente y su familia, y la administración de antidepresivos ^(197; 209).

Evaluación y tratamiento del riesgo de suicidio

El riesgo de suicidio es en los pacientes con cáncer hasta 10 veces superior que en la población general ⁽²¹⁰⁾. Son factores de riesgo de suicidio: dolor no controlado, enfermedad avanzada, sexo masculino, depresión, desesperación, delirium, psicopatología previa y abuso de sustancias, historia familiar o personal de intento de suicidio, edad avanzada ⁽¹⁸⁹⁾ o aislamiento social.

Los pensamientos de suicidio son muy frecuentes en los pacientes con cáncer en fase avanzada (hasta el 45% de ellos los presentan), pero suelen ser fugaces y se suelen asociar con sentimientos de pérdida de control y ansiedad acerca del futuro ⁽¹⁹⁷⁾. Sin embargo, algunos pacientes (hasta el 8,5% en un pequeño estudio prospectivo) tienen pensamientos persistentes y un deseo dominante de morir rápidamente, y además tienen un plan letal: la inmensa mayoría de éstos padecen una depresión mayor y tienen un mayor riesgo de suicidio ⁽¹⁸⁹⁾. Por ello, para reducir el riesgo de suicidio es esencial identificar la depresión mayor, así como la desesperación, que es un predictor aun más fuerte que la depresión ⁽¹⁸⁹⁾.

Es importante identificar la causa de la desesperación, que con frecuencia son síntomas mal controlados (dolor) y sentimientos de abandono ⁽¹⁸⁹⁾. En la tabla 18 se resumen los pasos para evaluar los pensamientos suicidas de los pacientes en la FFV.

Opinión de expertos 4

Opinión de expertos 4

Tabla 18. Evaluación de los pensamientos suicidas en el paciente en la FFV (197)

Examine los motivos por los que el paciente desea que su vida termine ahora.

- Explore el significado de su deseo de morir.

Opinión de expertos 4

Evalúe el control de los síntomas físicos y el dolor.

- ¿Hay un dolor no tratado o tratado inadecuadamente que contribuye a su deseo de morir?
- ¿Hay un síntoma no tratado o tratado inadecuadamente que contribuye a su deseo de morir?
- ¿Hay miedos acerca del proceso de la muerte que contribuyen a su deseo de morir?
- ¿Está sufriendo efectos adversos de fármacos que se pueden aliviar?

Revise los apoyos sociales del paciente.

- ¿Ha habido una pérdida, conflicto o rechazo reciente?
- ¿Hay nuevos miedos de abandono o problemas económicos?
- ¿Con quién ha hablado acerca de su plan de suicidio?
- ¿Qué opinan estas personas acerca de ese plan?

Evalúe su estado cognitivo.

- ¿Hay déficit cognitivo?
- ¿Hay síntomas o signos neurológicos nuevos?
- ¿El paciente comprende su enfermedad, sus consecuencias y las consecuencias del suicidio?
- ¿El juicio del paciente está distorsionado por la desesperación o por otros síntomas de la depresión?

Evalúe su estado psicológico.

- ¿Padece el paciente ansiedad, depresión, delirium u otro trastorno psiquiátrico no tratado o tratado deficientemente?
- ¿Cómo está afrontando el paciente la pérdida de control, la dependencia, la incertidumbre y el duelo?

Explore sus preocupaciones religiosas, espirituales y existenciales.

- ¿Hay en estas áreas alguna cuestión o preocupación no resuelta o acuciante?

Establecer una relación terapéutica es la base del trabajo con pacientes en riesgo de suicidio. Hablar del suicidio no facilita que se produzca; todo lo contrario: legitima las preocupaciones del paciente y le permite describir sus miedos y sentimientos, lo que incrementa su sensación de control ⁽¹⁹⁷⁾.

Estrategias para prevenir el suicidio en los pacientes con cáncer ⁽²¹¹⁾:

- Controlar agresivamente los síntomas subyacentes, especialmente el dolor. Si es preciso, se puede recurrir a la sedación.
- Limitar, si es necesario, el acceso a fármacos potencialmente letales.
- Mantener frecuentes visitas de contacto en las que

se revalúe el riesgo de suicidio y el control de los síntomas, y se proporcionen los fármacos necesarios hasta la siguiente visita.

- Administrar fármacos que actúen rápidamente, aliviando el malestar psicológico (p. ej. una benzodiazepina para la ansiedad o un estimulante para la astenia).
- Evitar que el paciente permanezca solo durante mucho tiempo.
- Movilizar toda la red de apoyo familiar y social.
- Evaluar cuidadosamente la respuesta psicológica del paciente a cada crisis a lo largo de la enfermedad.
- Consultar con un psiquiatra.

Resumen de evidencia

1+	Las terapias no farmacológicas son eficaces en la depresión leve a moderada de los pacientes en CP ^(203; 207) .
1+	Los antidepresivos tricíclicos y los ISRS son eficaces en el tratamiento de la depresión en el paciente en CP ^(203; 207) .
2+	Existen grupos de pacientes en CP con mayor riesgo de suicidio ⁽¹⁸⁹⁾

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.

6.6. Síntomas digestivos

Las preguntas que se van a responder son:

- ¿Cuáles son las medidas más adecuadas para la prevención y el tratamiento de la mucositis en la persona en FFV?
- ¿Cuál es el tratamiento más adecuado de la boca seca?
- ¿Cuáles son las medidas más apropiadas para la prevención y el tratamiento de la candidiasis oral?
- ¿Cuál es el tratamiento más adecuado de la disfagia?
- ¿Cuál es el tratamiento más adecuado de las náuseas y vómitos?
- ¿Cuál es el tratamiento más adecuado del estreñimiento?
- ¿Cuál es el tratamiento más adecuado de la diarrea?
- ¿Cuál es el tratamiento más adecuado de la obstrucción intestinal?
- ¿Cuál es el tratamiento más adecuado de la ascitis?
- ¿Cuál es el tratamiento más adecuado del hipo?

6.6.1. Cuidados de la boca

Los cuidados de la boca son un aspecto de gran importancia en el paciente en FFV. Las lesiones y complicaciones son frecuentes y tienen gran influencia en el bienestar del paciente. Es importante tratar de prevenir los problemas orales por medio de una buena higiene e hidratación, ya que sus consecuencias afectan no sólo a la correcta alimentación e hidratación del paciente, sino también a aspectos relacionados con la comunicación y las relaciones sociales (212).

Opinión
de ex-
pertos
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.

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

Es preciso un examen regular de la cavidad oral por el propio paciente, y conviene instruirle sobre el cuidado e higiene de la boca (cepillado frecuente con material adecuado), incluidas las prótesis dentales. Muchos de los enjuagues comerciales contienen productos irritantes como alcohol que son perjudiciales en caso de irritación de la mucosa oral.

6.6.2. Mucositis

La mayor parte de los pacientes que reciben radioterapia o quimioterapia sufren mucositis como efecto secundario del tratamiento. La *mucositis* es una reacción inflamatoria que se manifiesta en forma de eritema o ulceraciones y puede acompañarse de xerostomía y cambios en el sentido del gusto. Es una patología que afecta a la calidad de vida de los pacientes y que puede prolongar las estancias hospitalarias e interferir con la administración de los tratamientos.

Aparece entre 5-7 días tras el tratamiento, dependiendo de la dosis y del tipo de quimioterapia. Es especialmente frecuente con 5-fluorouracilo (5-FU) y metotrexato. Es mucho más frecuente en las neoplasias hematológicas que en los tumores sólidos (212).

Existen muy pocos ECA sobre su tratamiento o su prevención. La mayoría de los estudios que evalúan intervenciones en la mucositis evalúan la mejoría a través de escalas y según la disminución del dolor. La escala más utilizada es la de OMS, que define la gravedad con una puntuación de 0 a 4:

- 0 sin signos de mucositis
- 1 eritema o irritación
- 2 ulceración y capacidad para comer
- 3 ulceración y limitación para comer
- 4 ulceración con hemorragia y necrosis

La escasa evidencia sobre la prevención y el tratamiento de este problema ha sido estudiada en dos RS Cochrane ^(213; 214) y en una reciente GPC específica sobre el tema ⁽²¹⁵⁾. Existen discrepancias en la selección y evaluación de la evidencia entre la GPC y las RS.

La RS sobre prevención evaluó 71 estudios con 5.217 pacientes. Los estudios están realizados con pacientes tratados con radioterapia (dosis de radiación entre 60-74 Gy) o altas dosis de quimioterapia. El 51% son en tumores de cabeza y cuello; 12 ECA en pacientes sometidos a trasplante de médula ósea.

La calidad de los ECA fue muy variable. De las 29 intervenciones analizadas, 10 mostraron algún beneficio.

RS de
ECA
1+

Las medidas farmacológicas que mostraron algún resultado positivo en al menos dos ECA, fueron amifostina, pasta o pastilla antibiótica y enzimas hidrolíticas. El hielo picado se mostro efectivo en pacientes que reciben quimioterapia con 5-FU.

Las enzimas hidrolíticas (papaína, tripsina, quimiotripsina) se administran por vía oral y disminuyen la mucositis moderada y grave, [RR 0,52 (IC 95%: 0,36-0,74)]. El NNT para una prevalencia de mucositis del 60% es de 4 (IC 95%: 3-6). Estas enzimas digieren proteínas, disminuyen la inflamación, estimulan la respuesta inmune y están presentes en frutas como la papaya, pina, aguacate, banano y mango.

El hielo picado previene la mucositis en todos los niveles [RR 0,63 (IC 95%: 0,44-0,91)] y un NNT de 5 (IC 95%: 3-19).

Otras intervenciones que muestran algún beneficio en un solo ECA miel, povidona y sulfato de zinc. Todos ellos en admistración local en forma de pastas o colutorios.

La decisión de utilizar tratamiento farmacológico preventivo depende del tipo de tumor y del régimen de radioterapia o quimioterapia que se utilice ⁽²¹⁵⁾.

No hay evidencia de que la analgesia controlada por el paciente sea mejor para el control del dolor que el método de infusión continua; sin embargo, la cantidad de opioides utilizados por hora y la duración de la terapia son menores en el primer caso.

Hay evidencia débil de que la analgesia basada en la farmacocinética reduce más el dolor que la analgesia controlada por el paciente, pero se utiliza mayor cantidad de opioides.

Resumen de evidencia

1+	Los tratamientos que ofrecen algún resultado positivo en la prevención de la mucositis en al menos dos ECA son amifostina, pasta antibiótica y enzimas hidrolíticas. El hielo picado es efectivo en pacientes que reciben quimioterapia con 5-FU. En un solo ECA se muestran efectivos miel, cuidados de la boca, povidona y sulfato de zinc ^{(213) (217)} .
1+	La cantidad de opioides utilizados por hora y la duración de la terapia con analgesia controlada por el paciente son menores que con la infusión continua ⁽²¹⁴⁾ .

Recomendaciones

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

6.6.3. Boca seca (xerostomía)

La *xerostomía* es la sensación subjetiva de boca seca que no siempre se acompaña de una disminución detectable de la producción de saliva.

Es un síntoma muy frecuente en los pacientes en FFV. En un estudio en pacientes con cáncer en estadios avanzados, el 88% refirieron xerostomía de intensidad media ⁽²¹⁹⁾. Sus repercusiones sobre la calidad de vida son importantes ⁽²²⁰⁾.

La ausencia de saliva aumenta las ulceraciones, candidiasis e infecciones, además de hacer más difícil la alimentación y provocar una sensación desagradable para el paciente.

Las causas son varias y pueden potenciarse entre sí: tratamiento con radioterapia en tumores de cabeza y cuello, medicación, deshidratación y causas psicológicas, como la ansiedad y la depresión.

Es importante mantener los consejos sobre los cuidados de la boca comentados anteriormente.

No hay evidencia de que la acupuntura ⁽²²³⁾ sirva para mejorar los síntomas en los pacientes con xerostomía, ni de otros tratamientos tópicos, como colutorios.

La correcta higiene de la boca y el uso de estimuladores de la salivación como chicles,

frutas (como la piña), hielo y el uso de saliva artificial (como metilcelulosa) pueden ser útiles en algunos casos, aunque es escasa la evidencia sobre su eficacia ⁽²¹²⁾. Opinión de expertos 4

Evitar los alimentos secos, las especies fuertes como pimienta, pimentón; los sabores ácidos, amargos, muy dulces o muy salados.

Eligir alimentos de consistencia blanda como el puré de papa, la papaya, miel, salvia.

Se recomienda el uso de sorbete para facilitar la ingesta de líquidos.

Enjuagar la boca con miel diluida en agua o con infusiones de tomillo, salvia, manzanilla, bicarbonato.

Ofrecer pequeños sorbos de agua frecuentemente en el día.

Tabletas de vitamina C efervescente media tableta de 500 mg, 4 v/día.

Un enjuague muy útil en la sequedad bucal y halitosis se hace mezclando: un litro de agua de menta, una cucharadita de bicarbonato y una de sal.

Una receta magistral de saliva artificial: metilcelulosa 10 gr y esencia de limón 0,2 ml en 1 litro de agua.

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.
√	La correcta higiene de la boca y el uso de estimuladores de la salivación como chicles, frutas (como la piña), hielo y el uso de saliva artificial (como metilcelulosa) puede ser útil en algunos casos, aunque es escasa la evidencia sobre su eficacia ⁽²¹²⁾ .
√	Evitar los alimentos secos, las especies fuertes como pimienta, pimentón; los sabores ácidos, amargos, muy dulces o muy salados. Elegir alimentos de consistencia blanda como el puré de papa, la papaya, miel, salvia. Se recomienda el uso de sorbete para facilitar la ingesta de líquidos. Enjuagar la boca con miel diluida en agua o con infusiones de tomillo, salvia, manzanilla, bicarbonato. Ofrecer pequeños sorbos de agua frecuentemente en el día. Tabletas de vitamina C efervescente media tableta de 500 mg, 4 v/día. Un enjuague muy útil en la sequedad bucal y halitosis se hace mezclando: un litro de agua de menta, una cucharadita de bicarbonato y una de sal. Una receta magistral de saliva artificial: metilcelulosa 10 gr y esencia de limón 0,2 ml en 1 litro de agua.

6.6.4. Candidiasis

La candidiasis es la infección micótica más frecuente en pacientes con cáncer; el 27% de los pacientes ingresados en oncología presentan candidiasis con sintomatología clínica y, en pacientes inmunodeprimidos ⁽²²⁰⁾, la candidiasis puede ser el origen de una diseminación sistémica.

La candidiasis puede aparecer, sobre todo, como consecuencia de los tratamientos inmunosupresores (quimioterapia y radioterapia) o en el SIDA; pero también es frecuente en pacientes no oncológicos como consecuencia de tratamientos antibióticos, corticoides, deficiente higiene bucal, etc. ⁽²²⁴⁾.

Fuera del contexto del tratamiento de la candidiasis producida por la quimioterapia y la radioterapia, existen pocos ECA, la mayoría realizados en pacientes con SIDA.

Existe consistencia sobre la eficacia de los tratamientos tópicos (nistatina) y orales (itraconazol y fluconazol) ^(225; 226). Fluconazol es más efectivo que nistatina; no existen comparaciones entre miconazol o clotrimazol con el tratamiento oral ^(225; 226).

En el caso de que los pacientes en CP vayan a recibir tratamiento con quimioterapia, puede plantearse la necesidad de realizar profilaxis con antifúngicos.

Una revisión Cochrane abordó la prevención de la candidiasis en pacientes con cáncer que recibían quimioterapia o radioterapia ⁽²²⁷⁾. Incluyó 28 ensayos con 4.226 pacientes.

RS de
ECA
1+

Muchos ensayos están realizados en pacientes con neutropenia o con alto riesgo de padecerla por la quimioterapia empleada, ya que 18 de los ECA eran en pacientes con leucemia.

Hay pruebas sólidas derivadas de ECA de que los antimicóticos de absorción total (fluconazol e itraconazol) en el tracto gastrointestinal (GI) previenen la candidiasis oral en pacientes que reciben tratamiento para el cáncer.

Siete ensayos con 1.153 pacientes que compararon dos fármacos de absorción total frente a placebo o no tratamiento, muestran un RR de 0,47 (IC95%: 0,29 a 0,78%), lo que implica un NNT de 9 (IC 95%: 7 a 13) en poblaciones con una incidencia del 20% en el grupo control.

Los fármacos que no se absorben en el tracto GI (anfotericina B, nistatina o clorhexidina) no se han mostrado eficaces en la prevención de la candidiasis.

La profilaxis se realiza al recibir el tratamiento con radioterapia o quimioterapia y la duración de los estudios es de entre tres y seis semanas (ver tabla 19).

Tabla 19. Fármacos para la prevención de la candidiasis

Fármaco	Dosis
Fluconazol	150 mg/semanal
Itraconazol	100 mg/12 horas

Existe otra revisión Cochrane ⁽²²⁸⁾ acerca del tratamiento de la candidiasis en pacientes tratados con quimioterapia o radioterapia. No existen muchos ECA sobre esta cuestión, y los localizados son de poca calidad y no incluyen los antifúngicos de mayor uso en nuestro medio. Fluconazol se mostró más efectivo que nistatina en uno de los ECA incluido en la RS.

RS de
ECA
1+

Resumen de evidencia

1+	Los tratamientos tópicos nistatina y los orales (fluconazol e itraconazol) son eficaces en el tratamiento de la candidiasis de los pacientes en CP.
1+	Los fármacos de absorción total en el tracto GI (fluconazol, itraconazol) son efectivos en la prevención de la candidiasis oral en los pacientes con neutropenia o alto riesgo de padecerla que van a recibir quimioterapia o radioterapia ⁽²²⁷⁾ . Los fármacos que no se absorben en el tracto gastrointestinal (anfotericina B y nistatina) no han demostrado eficacia en la prevención de la candidiasis oral ⁽²²⁷⁾ .

Recomendaciones

B	La candidiasis no relacionada directamente con radioterapia o quimioterapia puede ser tratada en primer lugar con antifúngicos tópicos y en caso necesario, con antifúngicos orales (fluconazol e itraconazol).
A	En los pacientes oncológicos con candidiasis oral tras tratamiento inmunosupresor puede utilizarse el tratamiento con fluconazol.
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 totalmente (fluconazol, itraconazol) son el tratamiento de elección en la prevención de la candidiasis oral.

Otras molestias en la boca ⁽³⁶⁷⁾:

En la **boca dolorosa** se utiliza anestésicos locales como lidocaína en gel al 2 %, 15 minutos antes de la comida (se puede tragar), o el uso de la solución de Stanford.

En la **boca sangrante**: humedecer la boca con cubitos de hielo o administrar líquidos helados. Alimentos fríos y blandos. No cepillar los dientes. Evitar enjuagues con movimientos fuertes. Se recomienda gargarismos con solución salina, povidine al 1%, agua oxigenada al 3-6% diluida en agua 1:4, clorhexidine 0,2%.

Sialorrea: se evitarán los sabores ácidos y azucarados. Amitriptilina 25-50 mg en la noche. Atropina solución oftálmica al 1% 2 gotas por vía oral o sublingual cuatro veces al día.

Alteraciones del gusto: se le proporcionará una dieta con mayor sazón y especias, con adición de sal si la comida es muy dulce o azúcar si es demasiado amarga. Puede ser de ayuda cambiar la temperatura a la que se sirve la comida. Dado que puede producirse una aversión aprendida con la comida que se toma en la época de la quimioterapia, es necesario evitar las comidas preferidas en los períodos de tratamientos. Se administrará una dosis suplementaria de zinc, éste se encuentra en los cereales que se toman en el desayuno, leche de vaca descremada en polvo, pan integral, yogur, etc.

6.6.5. Disfagia

La disfagia puede ocurrir en el paciente en FFV por diferentes causas que afectan al mecanismo de la deglución.

La mucositis y xerostomía afectan a las fases de masticación y preparación del bolo alimenticio. Los trastornos linguales interfieren en la fase de la deglución oral, mientras que las fases faríngea y esofágica se alteran por los procesos que afectan a estas zonas (invasión tumoral).

La evidencia sobre el tratamiento de la disfagia en general es escasa, ya que depende del tratamiento de la causa subyacente.

Además, la disfagia puede deberse a la afectación de las estructuras nerviosas implicadas en la deglución ya

sea por problemas vasculares, neurológicos o secuelas del tratamiento (cirugía, radioterapia, etc.) ⁽²²⁹⁾.

El tratamiento requiere una valoración individualizada dirigida a determinar y, si es posible, tratar la causa responsable (consultar secciones de mucositis y xerostomía).

Pueden emplearse algunas medidas generales destinadas a favorecer la deglución, como una hidratación adecuada, una dieta blanda adaptada a las preferencias del paciente o uso de espesantes ⁽²²⁹⁾.

En el caso de problemas obstructivos, la radioterapia puede disminuir el tamaño tumoral, y los corticoides disminuyen el edema peritumoral (esófago, faringe, laringe, etc.) (dexametasona 8 mg/día oral o 4 mg parenteral) ⁽²²⁹⁾.

En esta GPC no se aborda el tratamiento paliativo de la disfagia debida a tumores primarios esofágicos, ya que requiere técnicas especializadas, como dilatación endoscópica, braquiterapia, colocación de stents por vía endoscópica o tratamiento mediante láser endoscópico ⁽²³⁰⁾.

En caso de una disfagia por componente obstructivo que no responda a ninguna medida puede valorarse la alimentación mediante sonda nasogástrica, gastrostomía o yeyunostomía.

Opinión
de ex-
pertos
4

Series
de casos
3

Opinión
de ex-
pertos
4

Resumen de evidencia

4	La evidencia sobre el tratamiento de la disfagia como síntoma general es escasa, ya que depende de su etiología ⁽²²⁹⁾ .
---	--

Recomendaciones

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

6.6.6. Náuseas y vómitos

Las náuseas y vómitos se presentan en entre 6% y 68% de los pacientes oncológicos y los porcentajes oscilan entre 30% y 50% en pacientes con SIDA, insuficiencia cardíaca o renal ⁽⁷⁹⁾ (ver tabla 2).

El mecanismo implicado en la aparición de las náuseas y vómitos es complejo e implica los sistemas nervioso

y gastrointestinal. Puede producirse por estimulación directa del centro del vómito (alteraciones metabólicas, opioides), hipertensión endocraneal (tumores primarios o metastáticos), alteraciones gastrointestinales y vestibulares, etc. Muchos de los tratamientos utilizados en CP tienen como efectos secundarios náuseas y vómitos: analgésicos (AINE, opioides, etc), antidepresivos, neurolépticos, antibióticos y sobre todo la radioterapia y la quimioterapia. En muchas situaciones coexisten los dos mecanismos de

acción. La quimioterapia puede ser un irritante de la mucosa digestiva y actuar directamente sobre el centro del vómito, por ejemplo.

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

Dos revisiones recientes ^(231; 232) recogen la evidencia sobre náuseas y vómitos. Una de ellas ⁽²³¹⁾ se centra en estos síntomas en el contexto de los pacientes que reciben quimioterapia o radioterapia, mientras que la otra ⁽²³²⁾ los excluye. Es mucho más abundante la literatura acerca de la profilaxis y el tratamiento de las náuseas y vómitos en el primer caso.

Las GPC específicas de oncología recomiendan la selección del régimen de profilaxis y de tratamiento tras las 24 horas de su administración en función del riesgo de emesis de los fármacos administrados ⁽²³³⁾.

La quimioterapia se clasifica en cuatro categorías según su riesgo de emesis: alta (>90%), moderada (>30% ≤90%), baja (≥10% ≤30%), mínima (<10%) ⁽²³³⁾.

Las categorías de la radioterapia se corresponden con la superficie corporal irradiada: alta (>90%; todo el cuerpo), moderada (>60% ≤90%; abdomen superior), baja (≥30% ≤60%; tórax inferior, pelvis, craneoespinal), mínima (<30%; cabeza y cuello, extremidades, mama) ⁽²³³⁾.

Para la profilaxis en quimioterapia existen datos que avalan la eficacia de dexametasona (20 mg/día) ^(231; 234), antagonistas de 5HT3 ^(231; 235) (ondansetrón 16-24 mg/día) y metoclopramida (40-60 mg/día) ⁽²³¹⁾. Los antagonistas de 5HT3 y dexametasona son más eficaces que metoclopramida; la combinación de dexametasona con antagonistas 5HT3 es más eficaz que la monoterapia en los pacientes con riesgo de emesis bajo o moderado ⁽²³⁵⁾.

Los antieméticos se emplean previamente a la administración de la quimioterapia durante periodos breves de tiempo; por ejemplo, los antagonistas de 5HT3 se administran en dosis única previa a la quimioterapia.

Los cannabinoides nabilona, dronabinol (tetrahidrocannabinol) por vía oral y levonantradol por vía IM se han mostrado más eficaces que placebo y que otros fármacos como haloperidol, domperidona o metoclopramida; pero con una elevada frecuencia de múltiples efectos adversos, como alteraciones del estado de ánimo, sedación, paranoia o hipotensión ⁽²³⁷⁾. Ello obliga a seleccionar cuidadosamente

a los pacientes que pueden beneficiarse del tratamiento. Actualmente estos fármacos no están comercializados en nuestro medio, ni se encuentran en el Cuadro nacional básico de medicamentos.

Existe mucha menos evidencia sobre la profilaxis de los vómitos inducidos por la radioterapia. Además de la extensión de la zona irradiada, hay que tener en cuenta la dosis administrada por sesión.

Una RS sobre los antagonistas de 5HT3 en profilaxis de vómitos por radioterapia sólo encontró limitada evidencia a favor ⁽²³⁸⁾ con metoclopramida.

Otro ECA no incluido en la RS mostró que ondansetrón fue más eficaz que una combinación de dexametasona y clorpromazina en pacientes con una sesión de radioterapia en hemitórax inferior ⁽²³⁹⁾.

Una reciente GPC recomienda el ondansetrón, solo o combinado con corticoides, para los pacientes con alto riesgo de emesis. Para el resto de categorías, lo recomienda solo, salvo para la de riesgo mínimo, para la que no se recomienda profilaxis.

El abordaje de los vómitos que se producen a pesar de la profilaxis recomendada tras quimioterapia o radioterapia ha sido mucho menos estudiado.

En estos casos se recomienda la utilización de dexametasona (4 a 8 mg/12 horas), metoclopramida (5-10 mg/8 horas). Puede combinarse dexametasona con metoclopramida ⁽²⁴⁰⁻²⁴²⁾.

Las náuseas y vómitos no asociados a terapia específica oncológica se estudiaron en la RS de Glare ⁽²³²⁾, que recogió 22 estudios (2 RS, 7 ECA y 12 estudios no controlados). Debido a la heterogeneidad de los estudios, no se realizó metaanálisis. Metoclopramida es el fármaco más estudiado; se muestra más eficaz que placebo e igual de eficaz que clorpromazina.

Los corticoides se evalúan en los casos de obstrucción intestinal (ver sección específica).

Haloperidol ^(231; 243) no ha sido evaluado mediante ECA. Se ha mostrado eficaz en series de casos, especialmente en náuseas producidas por opioides, insuficiencia renal o hipercalcemia.

En cuanto a los antagonistas de 5 HT3, un ECA no encontró diferencias entre metoclopramida y ondansetrón.

Los antihistamínicos no están avalados por ECA. En las series de casos se muestran

RS de
ECA
1+

ECA
1+

GPC
4

Opinión
de ex-
pertos
4

ECA
1+

Series
de casos
3

ECA
1 +

GPC
4

RS de
ECA
1+

RS de
ECA
1+

respuestas positivas cuando existen alteraciones vestibulares. No existen datos sobre la eficacia de antipsicóticos atípicos.

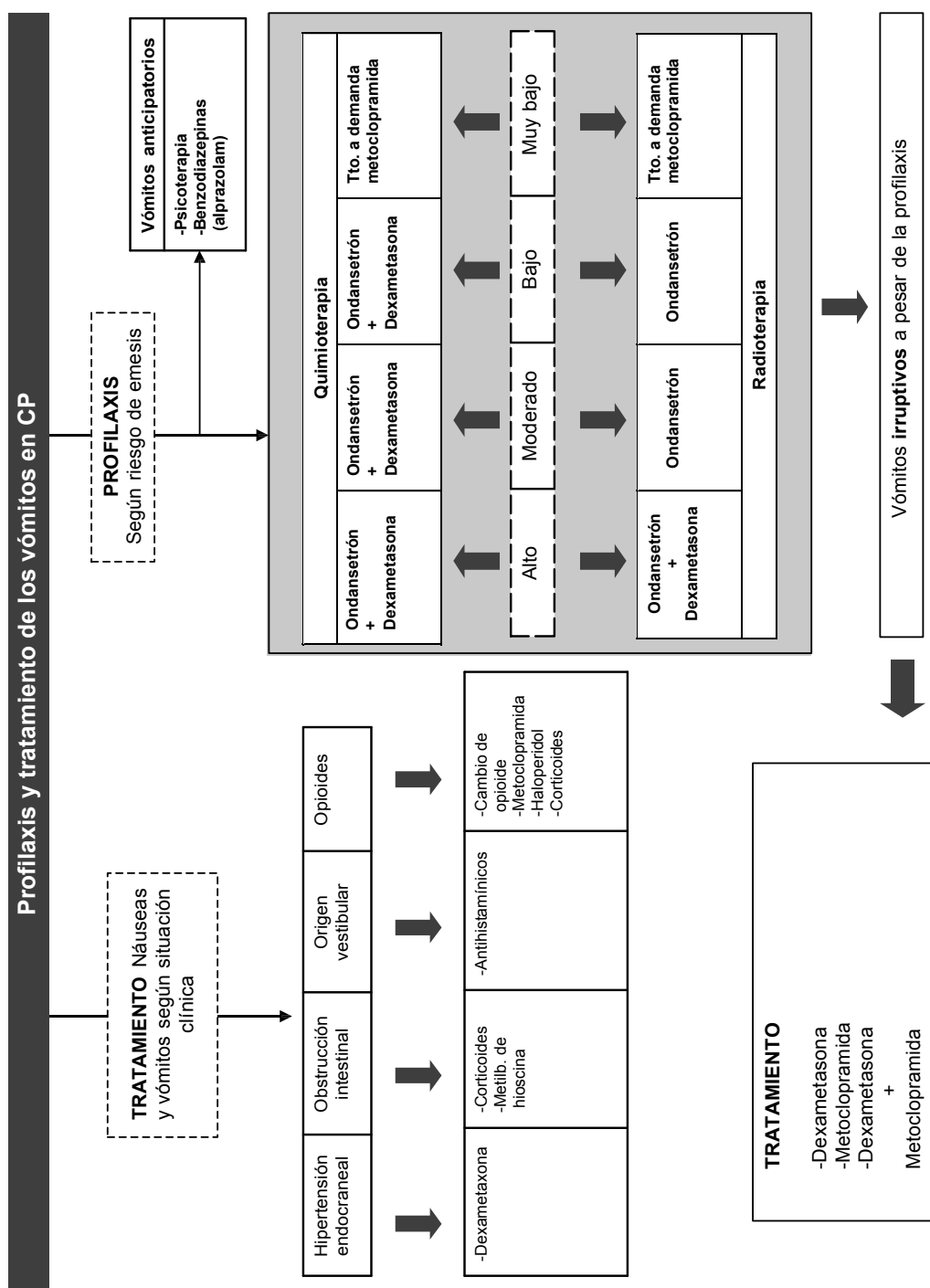
La evidencia sobre los vómitos anticipatorios es escasa. Se ha localizado una revisión reciente ⁽²⁴⁴⁾. Se sabe que la incidencia e intensidad de los vómitos en el tratamiento inicial determinan la aparición del fenómeno, por lo que una profilaxis correcta puede disminuir su aparición. Los pacientes menores de 50 años, la disfunción familiar y los trastornos emocionales previos son también factores de riesgo. Existe evidencia consistente sobre la eficacia de la psicoterapia

con técnicas conductuales (desensibilización sistemática) o de relajación, lo que obliga a disponer de personal especializado. Existen algunos ensayos clínicos con un número reducido de pacientes en los que las benzodiazepinas (alprazolam 0,5-2 mg/día), añadidas al tratamiento antiemético y al apoyo psicológico, mejoraron los vómitos anticipatorios.

ECA
1+

En la figura 11 se resume la profilaxis y el tratamiento de los vómitos en los pacientes en CP.

Figura 11. Profilaxis y tratamiento de los vómitos en los pacientes en CP



Resumen de evidencia

1+/3	Dexametasona, los antagonistas 5HT3 y metoclopramida son eficaces en la profilaxis de los vómitos en pacientes sometidos a quimioterapia o radioterapia ^(231-233; 239; 241) .
1+	Los antagonistas de 5HT3 y los corticoides son más eficaces que metoclopramida en la profilaxis de los vómitos de los pacientes sometidos a quimioterapia ^(231; 232) . La combinación de dexametasona con antagonistas 5HT3 es más eficaz que la monoterapia en pacientes con riesgo bajo a moderado de emesis ⁽²³¹⁾ .
1+	Los cannabinoides nabilona, dronabinol (tetrahidrocannabinol) por vía oral y levonantradol por vía IM se han mostrado más eficaces que placebo y que otros fármacos como haloperidol o metoclopramida, pero con una elevada frecuencia de efectos adversos (alteraciones del estado de ánimo, sedación, paranoia o hipotensión) ⁽²³⁷⁾ . No se encuentran comercializados en el país, no están en el Cuadro Nacional Básico de Medicamentos.
4	Dexametasona (4-8 mg/12 horas), metoclopramida (5-10 mg/8 horas) y la combinación de dexametasona con metoclopramida son eficaces en el tratamiento de los vómitos irruptivos tras tratamiento con quimioterapia o radioterapia ⁽²⁴⁰⁻²⁴²⁾ .
1+	Fuera del contexto de los pacientes tratados con quimioterapia o radioterapia, metoclopramida es eficaz en el tratamiento de las náuseas y vómitos en la FFV ⁽²³²⁾ .
3	Haloperidol produce mejoría de las náuseas y vómitos ⁽²⁴³⁾ .
3	Los antihistamínicos alivian las náuseas y vómitos producidos por alteraciones vestibulares ⁽²³²⁾ .
1+	Las terapias de modificación de conducta son útiles en las náuseas y vómitos anticipatorios ⁽²⁴⁴⁾ .
1+	Las benzodiazepinas (alprazolam), añadidas al tratamiento con antieméticos y al apoyo psicológico, son eficaces en las náuseas y vómitos anticipatorios ⁽²⁴⁴⁾ .

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.
√	Se aconseja iniciar el día con alimentos secos como tostadas o galletas de sal.

Preferir dieta blanda, fraccionada, con bajo contenido en grasas.

Evitar la leche entera, jugos de frutas ácidas y condimentar con vinagre.

No mezclar platos calientes y fríos.

Evitar canela, menta, hinojo, tomillo, albahaca, laurel y jengibre.

No beber durante las comidas y terminar con infusiones de manzanilla, menta, anís o hierba luisa.

Enjuague de boca para eliminar sabores y olores desagradables, inmediatamente luego del vómito, al igual que el cambio de ropa y aseo de la semiluna o recipiente que se usó para contenerlo.

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 el vómito inducido por quimioterapia con moderado o bajo riesgo de emesis se recomienda la asociación de antagonistas de 5HT3 (como ondansetrón) y corticoides.
B	En el vómito inducido por quimioterapia con alto riesgo de emesis se recomienda la asociación de antagonistas de 5HT3 y corticoides.
D	En el vómito irruptivo tras el tratamiento con quimioterapia o radioterapia pueden utilizarse los corticoides, metoclopramida o combinaciones de corticoides con metoclopramida, dependiendo de la intensidad de los síntomas.
B	Metoclopramida es el tratamiento de elección en los pacientes con náuseas y vómitos sin relación con la quimioterapia o la radioterapia. Los antagonistas de 5HT3 pueden añadirse a la terapia convencional en caso de escaso control de síntomas.
B	En el vómito anticipatorio puede utilizarse la psicoterapia mediante técnicas conductuales. Alprazolam puede utilizarse como terapia añadida al consejo y a la psicoterapia.

6.6.7. Estreñimiento

El estreñimiento afecta a una amplia proporción de pacientes en CP (ver tabla 2). En los pacientes oncológicos puede llegar hasta el 65% y en la insuficiencia renal hasta el 70%. La inmovilidad, la dieta, algunos trastornos metabólicos, como la hipercalcemia, y sobre todo el uso de fármacos, como los opioides, explican esta prevalencia. En los pacientes en FVV que reciben opioides, el estreñimiento puede estar presente hasta en el 87% de los casos ⁽²⁴⁵⁾.

Las pautas de tratamiento utilizadas en la población general referidas a la alimentación y al ejercicio físico son de difícil aplicación en los CP, por lo que la utilización de laxantes es una necesidad casi obligada ⁽²⁴⁶⁾.

No obstante, dentro del plan de cuidados generales del paciente deben incluirse la ingesta suficiente de líquidos, la dieta con aporte de fibra, la movilización adaptada a cada paciente y la anticipación ante el posible estreñimiento producido por fármacos ⁽²⁴⁷⁾.

La eficacia de los laxantes ha sido estudiada en dos revisiones recientes ^(245; 246). La revisión Cochrane examina el tratamiento en los pacientes en CP, mientras que la segunda se centra sólo en los pacientes en tratamiento con opioides.

Son muchos los laxantes empleados en CP; sin embargo, existen pocos ECA que hayan estudiado su eficacia. Ninguna de las dos revisiones encuentra ECA o estudios de cohorte que evalúen los enemas o los supositorios de glicerina, por ejemplo.

Los laxantes pueden clasificarse según su mecanismo de acción:

- Formadores de bolo (metilcelulosa, plantago ovata).
- Activadores del peristaltismo intestinal (sen, senósidos A y B, bisacodilo, picosulfato sódico).

- Lubricantes y suavizantes (docusato, aceites minerales).
- Osmóticos (lactulosa, lactitol, sales de magnesio, polietilenglicol).

La RS Cochrane ⁽²⁴⁶⁾, basada sólo en cuatro ECA (280 pacientes), encuentra moderada eficacia para lactulosa, sen, dantrón combinado con poloxámero (el último no comercializado en Ecuador), e hidróxido de magnesio combinado con parafina líquida.

RS de
ECA
1+

La segunda ⁽²⁴⁵⁾ confirma la eficacia de los mismos fármacos más la del polietilenglicol. No se han encontrado diferencias en eficacia o efectos secundarios entre lactulosa y sen o polietilenglicol. Las preferencias de los pacientes y la experiencia de uso del equipo determinan la elección del laxante.

RS de
ECA
1+

No encuentra datos suficientes que avalen la eficacia de otros laxantes usados comúnmente en CP, como las sales de magnesio solas, metilcelulosa o picosulfato sódico.

Se recomienda ⁽³⁹⁰⁾: iniciar con un laxante activador del peristaltismo:

Senna 17,2 mg HS o c/12h.

Estreñimiento severo: considerar dosis altas y combinar laxantes, senna más lactulosa 15 c/12h.

Otra situación clínica frecuente que complica el estreñimiento en los pacientes en CP es la impactación fecal (fecalomas), ya que limita la calidad de vida del paciente y su familia. Es necesario descartarlo mediante un examen rectal antes de prescribir tratamientos específicos para el estreñimiento. Para tratar la impactación fecal se realiza la extracción manual, el uso de laxantes administrados por vía rectal: supositorios (glicerina) o enemas ⁽²⁴⁷⁾. Requiere una correcta analgesia del paciente.

Opinión
de ex-
pertos
4

Resumen de evidencia

1+	Senna, lactulosa, polietilenglicol son eficaces en el tratamiento del estreñimiento en pacientes en CP que reciben o no opioides.
----	---

Recomendaciones

√	Antes de prescribir un tratamiento con laxantes es necesario descartar la presencia de fecalomas.
A	Se recomienda el uso de laxantes (senna, lactulosa sola o asociada a senna, polietilenglicol) 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.
D	En el caso de impactación fecal se realiza extracción manual y puede utilizarse laxantes por vía rectal (supositorios o enemas).

6.6.8. Diarrea

La diarrea es menos frecuente que el estreñimiento en CP, sobre todo en los de causa oncológica. En algunas series de casos se llega hasta el 30%; en el caso del SIDA puede presentarse hasta en el 90% ⁽⁷⁹⁾ (ver tabla 8).

Como en muchos de los síntomas digestivos, la etiología es multifactorial. En la tabla 20 se describen las posibles causas de diarrea en CP. Una de las causas más frecuentes es el uso de laxantes ⁽²⁴⁷⁾.

Tabla 20. Etiología de la diarrea en CP

- Laxantes
- Medicamentos: antibióticos, AINE, antiácidos
- Quimioterapia (sobre todo 5-fluorouracilo e irinotecan)
- Radioterapia
- Síndrome de malabsorción: secuelas de cirugía digestiva, carcinoma de páncreas
- Tumores: digestivos y carcinoides
- Gastroenteritis y otras infecciones
- Obstrucción intestinal
- Impactación fecal

El abordaje inicial del paciente con diarrea en CP comienza por la identificación de la etiología. Es especialmente importante conocer la causa de la diarrea, ya que algunas terapias, como el uso de opioides, están contraindicadas en las diarreas infecciosas. Otras causas, como la toxicidad inducida por la quimioterapia y radioterapia, o los síndromes de malabsorción, precisan una terapia específica.

La diarrea producida por la quimioterapia, sobre todo con algunos agentes como el 5-fluorouracilo o irinotecan,

requiere una evaluación y tratamiento específico. La toxicidad de la diarrea puede clasificarse de acuerdo con la frecuencia de deposiciones diarias y la afectación del estado general (tabla 21). Los grados 3 y 4 exceden el propósito de esta guía (consultar referencia ⁽²⁴⁸⁾). Los grados 1 y 2 pueden tratarse en el domicilio del paciente, siempre que no existan complicaciones sistémicas (fiebre, signos de infección, disminución significativa de la capacidad funcional, etc.).

Tabla 21. Clasificación de la gravedad de la diarrea producida por la quimioterapia

	Grado				
	0	1	2	3	4
Pacientes sin colostomía	Ninguno	Aumento hasta 3 dps/d	Aumento entre 4 y 6 dps/d o dps nocturnas	Aumento de 7 o más dps/d o necesidad de hidratación parenteral	Deterioro que requiere cuidados intensivos o fracaso hemodinámico
Pacientes con colostomía	Ninguno	Ligero aumento en el contenido de la colostomía	Moderado aumento que no interfiere con las actividades del paciente	Severo aumento que interfiere con las actividades del paciente	Deterioro que requiere cuidados intensivos o fracaso hemodinámico

dps/d: deposiciones/día.

Una vez identificada la causa, el tratamiento inicial se basa en una dieta apropiada con un aporte suficiente de líquidos y sales para evitar la deshidratación ⁽²⁴⁷⁾.

Los opioides son los fármacos más utilizados en el tratamiento de la diarrea en CP. Su utilización como analgésicos puede evitar el uso de antidiarreicos adicionales.

Opinión de expertos
4

Loperamida es el antidiarreico de elección. Es eficaz también en el tratamiento de la diarrea producida por quimioterapia y radioterapia. Las pautas usadas en los ECA son variables y pueden llegar hasta los 16 mg/día ⁽²⁴⁹⁻²⁵³⁾. La pauta más común consiste en una dosis inicial de 4 mg, seguida de 2 mg en cada deposición hasta la normalización del ritmo intestinal sin superar los 16 mg/día.

ECA
1+

Resumen de evidencia

1+	Loperamida es eficaz en el tratamiento de la diarrea inducida por quimioterapia y radioterapia ⁽²⁴⁹⁻²⁵³⁾ .
----	---

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.

6.6.9. Obstrucción intestinal

La obstrucción intestinal maligna (OIM) es frecuente en los pacientes en CP oncológicos, sobre todo en los casos de tumores digestivos y ginecológicos. En el cáncer colorectal puede oscilar entre el 4,4%-24%, en el de ovario entre el 5,2%-42% y en otros tumores en fase avanzada entre el 3% y 15% ⁽²⁵⁵⁾.

Aunque la presencia tumoral es la causa implicada en la mayoría de los pacientes, hay que descartar otras causas posibles, como las adherencias tras cirugía, la impactación fecal debida al estreñimiento y los efectos secundarios farmacológicos, sobre todo de los opioides.

El tratamiento paliativo de la OIM tiene los siguientes objetivos: controlar las náuseas, los vómitos y el dolor; permitir mínimas ingestas de alimentos; evitar o retirar la aspiración nasogástrica; y favorecer el alta hospitalaria bajo control domiciliario o en centros sociosanitarios. Se basa en el uso combinado de fármacos antieméticos, analgésicos

potentes, glucocorticoides y antiseoretos, utilizando la vía de administración más confortable y que permita su aplicación en el ámbito de cudadad domiciliario ⁽³⁶⁸⁾.

Las alternativas terapéuticas en la OIM son la cirugía, el tratamiento endoscópico y el tratamiento médico. Habitualmente, la cirugía consiste en la realización de una colostomía paliativa. El tratamiento endoscópico consiste en la colocación de prótesis metálicas autoexpandibles (PMA/ stents).

La decisión sobre el tratamiento quirúrgico es compleja. Se necesita valorar cuidadosamente los beneficios que se obtienen con la cirugía en términos de resolución de la obstrucción, alivio del dolor, recidiva de la obstrucción y calidad de vida. Es preciso tener en cuenta el pronóstico vital del paciente y las complicaciones de la cirugía, ya que la mortalidad operatoria y las complicaciones posteriores son mucho más elevadas en estos pacientes ⁽²⁵⁵⁾. En la tabla 22 se presenta un listado de contraindicaciones a la cirugía recogidas de una GPC sobre este tema ⁽²⁵⁶⁾.

Tabla 22. Contraindicaciones para la cirugía en la OIM

Absolutas	Relativas
• Cáncer metastático demostrado por cirugía previa • Carcinomatosis intraabdominal que produce trastornos de motilidad • Masas difusas abdominales palpables • Ascitis masiva rápidamente recurrente tras paracentesis	• Metástasis extraabdominales que producen síntomas de difícil control (p.ej. disnea) • Extensión tumoral extraabdominal no sintomática • Deterioro general grave • Estado nutricional con deterioro grave • Edad avanzada asociada a caquexia • Radioterapia previa abdominal o pélvica

Opinión de expertos
4

Existe una RS Cochrane sobre la cirugía de la OIM en el cáncer gastrointestinal y ginecológico avanzado. Esta revisión no localizó ningún ECA y se basa en 2.058 pacientes que provienen de 24 estudios retrospectivos y uno prospectivo. Se obtuvo una mejoría entre el 42% y 80% de los casos con recurrencia de la obstrucción entre el 10% y 50%. La mortalidad perioperatoria osciló entre el 5% y 32%, con una importante

RS de series de casos
3

morbilidad postoperatoria (infección de la herida, dehiscencias, sepsis, fistulas, tromboembolismo, etc.). La morbilidad postoperatoria es muy frecuente en estos pacientes, oscilando en las diferentes series entre el 9% y 90% de los casos ⁽²⁵⁵⁾.

El tratamiento mediante PMA es una técnica reciente que se utiliza tanto como paso previo a la cirugía curativa como paliativa. Consiste en la inserción endoscópica por vía

rectal de un tubo cilíndrico en forma plegada que se expande una vez colocado y logra recanalizar la obstrucción. Son escasos los estudios comparativos realizados hasta ahora con otras alternativas como la cirugía.

Una reciente RS, sin metaanálisis, ha estudiado la eficacia y las complicaciones de la técnica en ambas situaciones (curativa o paliativa) ⁽²⁵⁷⁾. Se incluyeron 88 artículos, de los cuales sólo 15 fueron comparativos frente a la cirugía, dos

RS de ECA y series de casos 1+/3

de ellos ECA. El resto fueron 73 series retrospectivas de casos.

De los 1.785 pacientes incluidos, en 762 (43%) se usó la PMA con intención paliativa.

La calidad de la información (métodos para evaluar los resultados, duración del estado funcional de PMA, necesidad de reintervención, etc.) proporcionada por los estudios fue pobre. En la tabla 23 se resumen los principales resultados en la población con intención paliativa.

Tabla 23. Resultados (% y rango) de la colocación de PMA con intención paliativa en la OIM ⁽²⁵⁷⁾

Resultados	Mediana %	Rango %
Prótesis funcionante al final de seguimiento o fallecimiento	90	53-100
Perforación	4,5	0-83
Recolocación de nueva prótesis	20	0-100
Movilización postoperatoria de la prótesis	11	0-50
Obstrucción	12	1-92

En los dos ECA incluidos en la revisión, la PMA tenía intención paliativa y se comparó frente a cirugía. Se incluyeron 52 pacientes aleatorios (pero sin especificación del método) y la evaluación de resultados no fue ciega ^(258; 259). Los resultados en cuanto a supervivencia y recuperación de la alimentación oral fueron similares en ambos grupos, pero el periodo de hospitalización fue significativamente menor en el grupo de PMA. En uno de los ECA, la obstrucción no fue completa ⁽²⁵⁹⁾.

ECA 1+/-

Opinión de expertos 4

El tratamiento médico de la OIM en los pacientes en los que no se ha considerado apropiada la cirugía va dirigido al alivio de los síntomas, como el dolor, las náuseas o los vómitos. Ello requiere un tratamiento asociado de antieméticos, analgésicos y antiseoretos ⁽²⁵⁶⁾.

La morfina es el analgésico potente de primera elección para la OMS, 5 ensayos clínicos controlados confirman que el fentanilo es

el opioide potente que provoca con menos frecuencia estreñimiento como efecto secundario ⁽³⁶⁹⁾. Algunos autores consideran que el fentanilo en infusión continua i.v., s.c. o mediante dispositivos transdérmicos podría ser el opioide potente de primera elección en la OIM, dada la menor influencia en la motilidad intestinal ⁽³⁶⁸⁾.

Los corticoides han sido ampliamente utilizados en esta indicación en base a su efecto antiinflamatorio y antisecretor. Feuer realizó una revisión sobre estos fármacos ⁽²⁶⁰⁾. Localizó 10 estudios (sólo tres ECA) con 270 pacientes en total, que utilizaron corticoides intravenosos (rango de dosis equivalente a dexametasona entre 6 y 16 mg). Se encontró una tendencia a la mejoría del cuadro obstructivo sin alcanzar una diferencia significativa y sin efectos sobre la mortalidad ni datos sobre nuevos episodios obstructivos. Los ECA presentaron algunos problemas metodológicos, como los tratamientos concomitantes utilizados y la pérdida de pacientes.

El uso de butilscopolamina (N-butilbromuro de hioscina) a dosis de 60-80mg/día, es eficaz en la obstrucción intestinal.

Resumen de evidencia

1+	La cirugía y la colocación de PMA son tratamientos eficaces en pacientes seleccionados con OIM ^(255; 260) .
1+/-	El tratamiento endoscópico con colocación de PMA requiere un menor tiempo de hospitalización que la cirugía paliativa ⁽²⁵⁷⁾ .
1+/-	Los corticoides presentan una tendencia no significativa en la resolución de los síntomas en la OIM, sin conseguir cambios en la mortalidad ⁽²⁶¹⁾ .

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 antiseoretos. Pueden utilizarse, como terapia añadida, corticoides y butilescopolamina (N-butilbromuro de hioscina).

6.6.10. Ascitis

La ascitis puede presentarse entre un 15% y un 50% de los pacientes con cáncer ⁽²⁶²⁾. Es mucho más frecuente en determinados tipos de tumores, como el de pulmón, ginecológico, de páncreas o colon. Hasta un 20% de los casos lo son por neoplasia desconocida.

Una RS reciente estudió la evidencia existente sobre las medidas utilizadas en la práctica: paracentesis, diuréticos y derivaciones peritoneovenosas ⁽²⁶³⁾.

La RS no localizó ningún ECA. A continuación se resumen sus hallazgos:

- **Paracentesis:** tres series de casos y dos estudios de cohortes. Mostraron una eficacia elevada en el alivio de síntomas, pero con efectos secundarios. Los estudios realizan evacuaciones de hasta 5 litros. No parece que la administración rutinaria de sueroterapia o albúmina sea eficaz.
- RS de distintos tipos de estudio 2+/3

- **Diuréticos:** un ensayo abierto, tres cohortes y una serie de casos. Se evaluaron furosemida IV y espironolactona, sola o combinada con furosemida. Se consigue una modesta eficacia, pero con posibles alteraciones de iones y de la función renal.

Espironolactona puede recomendarse sola o combinada, a las dosis empleadas en la ascitis de etiología no maligna.

- **Derivaciones peritoneovenosas:** se encontraron 21 series de casos y un ensayo no controlado. Se compararon dos tipos de derivaciones (Le Veen y Denver) que difieren en la presión a la que funcionan, sin que pudiera concluirse cuál es mejor. Se observó una peor respuesta para las neoplasias gastrointestinales y mejor para neoplasias de mama y ovario. La medida se mostró eficaz, pero se presentan efectos secundarios frecuentes y graves en el 6% de los casos (obstrucción, edema pulmonar, embolismo pulmonar, etc.), lo que obliga a una selección muy cuidadosa de los pacientes que pueden beneficiarse de esta medida.

Resumen de evidencia

3	La paracentesis, diuréticos y derivaciones peritoneovenosas alivian los síntomas producidos por la ascitis.
---	---

Recomendaciones

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

6.6.11. Hipo

El hipo es un reflejo respiratorio definido por la contracción espasmódica, súbita e involuntaria de una de las caras del diafragma, seguida de un cierre brusco de la glotis, lo que origina un sonido peculiar y característico.

Se clasifica como agudo (duración <48 horas), persistente (≥48 horas) o intratable (>2 meses).

No existen datos exactos sobre la prevalencia del hipo en los pacientes en CP, pero en algunos casos puede llegar a ser causa de importante sufrimiento del paciente y su familia ⁽²²⁹⁾.

El hipo puede producirse por estimulación directa de los nervios frénico y vago, y por acción del sistema nervioso central. Existen muchas causas que pueden actuar a través

de estos mecanismos; entre ellas, enfermedad tumoral abdominal o mediastínica, esclerosis múltiple, efectos de los tratamientos (dilatación gástrica, cirugía abdominal, etc.), efectos secundarios farmacológicos (corticoides, opioides, BDZ, etc.), procesos intercurrentes (neumonía, pleuritis, etc.).

Hay que tener en cuenta que pueden coexistir varios mecanismos de acción en un mismo paciente.

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

En caso de que persista el hipo con afectación importante del paciente hay que recurrir al tratamiento farmacológico.

En ausencia de ECA en pacientes en CP, la literatura recoge múltiples series de casos con experiencias con diferentes fármacos.

Series de casos
3

En la tabla 24 se recogen las pautas más recomendadas por diferentes autores ^(229; 264; 265). Algunas pueden combinarse, como por ejemplo fármacos que actúen a nivel central como metoclopramida con omeprazol.

Tabla 24. Fármacos y dosis utilizados en el tratamiento del hipo

Fármaco	Dosis
Clorpromazina	25-50 mg/6-8 horas
Metoclopramida	10 mg/6-8 horas
Gabapentina	300-600 mg/8 h
Nifedipino	10-20 mg/8 h
Haloperidol	3 mg por la noche
Omeprazol	20 mg/día

Algunos autores desaconsejan clorpromazina por los efectos adversos ⁽²²⁹⁾.

En casos de persistir un hipo que no responde a las anteriores medidas, está indicada la utilización de midazolam IV ⁽²²⁹⁾ antes de recurrir a otras técnicas quirúrgicas que se escapen del objetivo de esta GPC.

Resumen de evidencia

3	Los pacientes con hipo persistente o intratable responden en grado variable a medidas no farmacológicas y a algunos fármacos ⁽²²⁹⁾ .
---	---

Recomendaciones

D	El tratamiento del paciente con hipo persistente o intratable requiere una valoración cuidadosa y tratamiento de las posibles causas. En caso de persistir el hipo, se debe intentar un tratamiento con medidas físicas.
D	En caso necesario puede usarse un tratamiento farmacológico (metoclopramida, haloperidol, nifedipino o gabapentina), teniendo en cuenta las interacciones y efectos secundarios en cada caso.
D	En caso de hipo intratable, y tras el fracaso de la terapia por vía oral, puede usarse midazolam parenteral.

6.7. Cuidados de la piel

Las preguntas que se van a responder son:

- ¿Cuál es la mejor forma de prevenir úlceras en personas en FFV?
- ¿Cuál es el tratamiento más adecuado de las úlceras en personas en FFV?
- ¿Cuál es el tratamiento más adecuado de las úlceras neoplásicas?
- ¿Cuál es el tratamiento más adecuado del prurito?

6.7.1. Prevención y tratamiento de las úlceras

Los problemas de la piel son muy frecuentes en las personas en FFV por diversas razones: malnutrición, deshidratación, inmovilidad, además de las que puedan derivarse de los tratamientos como radioterapia o quimioterapia, o por la propia naturaleza de la enfermedad, como en el caso de las úlceras neoplásicas. En los aspectos preventivos de

las úlceras por presión, las medidas deben ser similares a las que se utilizan en cualquier paciente, si bien en el tratamiento, los objetivos han de priorizar el confort sobre la curación. Es importante tener en cuenta el impacto de la patología cutánea sobre la percepción de la propia imagen y su impacto en la vida del paciente y de sus cuidadores.

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

Las úlceras por presión (UPP) son lesiones de la piel que pueden afectar al músculo e incluso al hueso y están causadas por una combinación de factores entre los que destacan la presión, la tracción y el cizallamiento, siendo determinante la relación presión/tiempo para su aparición. Pueden darse en cualquier localización, aunque las más frecuentes son las prominencias óseas ⁽²⁶⁶⁾.

La prevención es la herramienta esencial de las UPP y en el caso de los pacientes en la FFV, si no pueden prevenirse totalmente, es importante retrasar al máximo su aparición para minimizar el impacto en la calidad de vida del paciente.

El alivio de la presión se consigue mediante cambios posturales y, cuando sea necesario, la utilización de dispositivos para este fin. La revisión Cochrane sobre este tema ⁽²⁶⁷⁾ concluye que las diferentes alternativas de espumas frente al colchón estándar pueden reducir la incidencia de las UPP. Están poco claras las ventajas relativas de los dispositivos de baja presión constante, de presión alterna, y de los diferentes sistemas de presión alterna. En general, los estudios presentan limitaciones metodológicas, por lo que es un tema que requiere más investigación.

RS de
ECA
1++

Para elegir el apósito apropiado para cada úlcera hay que tener en cuenta que no hay evidencia que demuestre la superioridad de un tipo frente a otro (266), por lo que habrá que considerar el estadio de la úlcera, los objetivos y el confort del paciente.

Las condiciones que cumple el apósito ideal son:

- Permite absorber el exceso de exudado de la superficie de la herida
- Proporciona un ambiente húmedo a la herida
- Es estéril, no permite la contaminación de la herida
- Reduce el dolor
- Es fácil de quitar y poner
- No causa reacciones alérgicas
- No produce daño a los tejidos al quitarlo
- Es impermeable a los microorganismos
- Proporciona aislamiento térmico

RS de
ECA
1+

Otra revisión (268) respecto a la prevención de las UPP concluye que los cambios posturales, las superficies especiales de apoyo, el buen estado nutricional y la hidratación de la piel son las mejores estrategias en prevención, pero la calidad de los ECA es baja en general.

RS de
ECA
1+

Por lo demás, las medidas de cuidado de la piel son: mantenerla limpia, seca e hidratada; evitar las arrugas en la ropa del paciente o de la cama, y no elevar la cabecera de la cama más de 30 grados. Si el paciente presenta incontinencia se utilizará cremas o pomadas con zinc para evitar que la piel se macere. Cambio de pañal frecuente. Valorar los puntos de presión: omóplatos, talones, codos, sacro, trocánteros dar masaje circular si la piel está intacta y no presenta cambios de color. Evitar rozamientos de las superficies cutáneas entre sí, con otros objetos y superficies. Para movilizar al paciente levantarlo con la ayuda de una media sábana, no arrastrarlo.

Opinión
de ex-
pertos
4

¿Cuál es el tratamiento más adecuado de la UPP en personas en FFV?

Si, pese a las medidas de prevención, aparecen úlceras de presión, el tratamiento debe ser realista en sus objetivos y aceptado por el paciente. El objetivo principal es minimizar el impacto de las UPP en la calidad de vida del paciente y, si las medidas implementadas no contribuyen a aumentar el confort del paciente, hay que replantearse el tratamiento.

RS de
ECA
1+

En los pacientes en la FFV son aspectos muy importantes el dolor, el control del exudado y del olor ⁽²²⁰⁾. Un estudio realizado con este tipo de pacientes ⁽²⁷⁰⁾ comprobó, con resultados positivos, la eficacia de un gel de diamorfina para disminuir el dolor producido por las UPP en pacientes de un hospice. El estudio es muy pequeño para poder generalizar los resultados. Dado que, de momento, no se comercializa el gel de diamorfina en nuestro medio, estas conclusiones no nos aportan una información de utilidad práctica inmediata; sin embargo, es importante para futuras investigaciones.

No existen datos acerca de la calidad de vida.

Cambiar apósitos, curar heridas causando el menor daño posible y si es dolorosa pautar analgesia previa.

Resumen de evidencia

1+	Las diferentes alternativas de superficies especiales ayudan a prevenir las úlceras, comparadas con el colchón tradicional ⁽²⁶⁷⁾ .
4	Los cambios posturales, higiene e hidratación de la piel son cuidados apropiados para prevenir la aparición de las UPP ⁽²⁶⁸⁾ .

Recomendaciones

D	Las medidas de prevención de las UPP son: cambios posturales, adecuada nutrición, no elevar la cabecera de la cama más de 30 grados y mantener una adecuada limpieza e hidratación.
---	---

A	Se recomienda utilizar superficies especiales de apoyo en pacientes con alto riesgo de desarrollar UPP.
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.

6.7.2. Prurito

Es un síntoma frecuente en pacientes en CP. Se estima que puede estar presente hasta en el 27% de los pacientes con tumores y hasta en el 80% si cursan con colestasis. En los pacientes con insuficiencia renal avanzada puede llegar hasta el 77% de los casos (mediana 55%) ⁽²⁷²⁾.

El *prurito* se define como la sensación desagradable que induce al rascado, y que mejora o cede al hacerlo. Su origen puede ser cutáneo (dermatitis, sarna, etc.), neuropático (debido a lesiones de las vías aferentes del sistema nervioso: neuritis periféricas), neurogénico (debido a mediadores que actúan a nivel central, como por ejemplo los opioides) y, por último, psicógeno.

La etiopatogenia del prurito es compleja y no suficientemente estudiada. Existen diferentes mediadores químicos responsables de la aparición del prurito (histamina, serotonina, citoquinas, factores del crecimiento, prostaglandinas, etc.). En algunos casos está presente más de un mediador. Su conocimiento permite la mejor selección del tratamiento farmacológico. Por ejemplo, en la colestasis existe un aumento de los opioides endógenos, mientras que en la insuficiencia renal existen múltiples mediadores involucrados, por lo que los antihistamínicos no son un tratamiento de elección en el primer caso pero sí en el segundo. Los antagonistas de los opioides pueden ser útiles en la colestasis y han mostrado resultados discordantes en la insuficiencia renal ⁽²⁷³⁾.

Los pacientes en CP pueden presentar prurito de etiología cutánea debido a dermatosis primarias, alguna de ellas producidas por radioterapia o fármacos (eczema, urticaria, micosis, piel seca, etc.), o directamente relacionadas con tumores primarios o metastásicos. Dentro del prurito generalizado destacan los síndromes paraneoplásicos, la colestasis, la insuficiencia renal avanzada, el producido por algunos tipos especiales de tumores hematológicos como la policitemia o la enfermedad de Hodgkin y el inducido por fármacos, especialmente por los opioides.

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

En estos pacientes, la higiene e hidratación de la piel mediante el uso de jabones suaves sin detergente, cremas

hidratantes y emolientes están especialmente indicadas.

El tratamiento del prurito requiere, en primer lugar, la identificación y tratamiento de la causa subyacente, con especial énfasis en los fármacos. Sin embargo, existe una serie de medidas generales sencillas de proporcionar. Entre ellas están: mantener una hidratación cutánea correcta, dar baños con agua tibia y agentes emolientes, evitar alcohol y comidas picantes, recortar las uñas, uso de guantes de algodón nocturnos, evitar el calor y la ropa ajustada, etc. ⁽²⁷⁴⁾.

La evidencia acerca de los agentes tópicos es escasa. Puede utilizarse loción de calamina o polvos con mentol al 0,25-2%. Los corticoides tópicos pueden emplearse en casos de prurito localizado ⁽²⁷⁴⁾.

En la insuficiencia renal avanzada puede utilizarse la fototerapia con rayos ultravioleta.

Cuando la etiología es la obstrucción biliar puede plantearse la derivación biliar. En el prurito inducido por opioides se debe valorar la continuidad de los mismos.

Al igual que en el tratamiento del prurito en la población general, existen pocos ECA realizados en CP. Existen varias revisiones narrativas que han examinado la eficacia de los diferentes tratamientos, con muchas conclusiones contradictorias. La mayoría de los estudios considerados son series de casos con pocos pacientes y muchos de ellos no realizados específicamente en CP; por ejemplo, los ECA realizados sobre rifampicina en la colestasis maligna ⁽²⁷⁵⁾.

Por eso, con mucha frecuencia es necesario el tratamiento con sucesivos fármacos, valorando la respuesta individual al tratamiento.

En base a las diferentes revisiones y estudios ⁽²⁷³⁻²⁸¹⁾, en la tabla 25 se resumen los tratamientos con una propuesta de inicio y orden secuencial, teniendo en cuenta el mecanismo de acción y la eficacia.

Opinión
de ex-
pertos
4

ECA,
series de
casos,
opinión
de ex-
pertos
1+3/4

Tabla 25. Propuesta de selección de tratamiento según etiología del prurito

Causa	Propuesta farmacológica
Colestasis	1. Rifampicina 2. Colestiramina 3. Sertralina

Uremia	1. Fototerapia 2. Antihistamínicos 3. Ondansetrón 4. Talidomida 5. Sertralina
Síndromes paraneoplásicos	1. Sertralina 2. Talidomida
Neoplasias hematológicas	1. Cimetidina 2. Sertralina
Piel seca	1. Hidratación tópica. Emolientes 2. Antihistamínicos
Opioides	1. Sustitución o rotación de opiodes 2. Ondansetrón
Las opciones de tratamiento están numeradas para ser utilizadas en el orden en el que aparecen.	

Resumen de evidencia

2+/3	Diferentes fármacos han mostrado aliviar el prurito en series de pacientes: antihistamínicos H1 y H2, ondansetrón, andrógenos, talidomida ^(273; 274; 276-281) .
1+	Paroxetina es eficaz en el alivio del prurito no dermatológico en población en CP ⁽²⁷⁸⁾ .
1+/-	Rifampicina es eficaz en el tratamiento del prurito de las hepatopatías crónicas ⁽²⁷⁵⁾ .

Recomendaciones

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

6.8. Síntomas urinarios

Las preguntas que se van a responder son:

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

6.8.1. Tenesmo vesical

Es el dolor que se presenta en el área hipogástrica (suprapúbica) y puede asociarse a otros síntomas como la disuria, polaquiuria, nocturia y urgencia, y también como retención o incontinencia ⁽²⁸²⁾. Sus causas más comunes se resumen en la tabla 26.

Tabla 26. Causas comunes de dolor o tenesmo vesical en CP ⁽²⁸²⁾

Infección del tracto urinario	Cuerpo extraño
• Bacteriana, incluida cistitis tuberculosa • Fúngica (pacientes inmunocomprometidos) • Uretritis • Herpes genital • Vaginitis	• Catéter uretral o suprapúbico • Cálculo vesical

Anatómic	Inestabilidad vesical
- Masa pélvica - Obstrucción uretral - Cistocele	- Espasmo vesical idiopático - Espasmo vesical secundario: contracciones en la zona del catéter coágulos sanguíneos, tumores o infección
Neoplásica	Inflamatoria
- Tumor de vejiga - Tumores uretrales	- Espasmo vesical idiopático - Radioterapia - Quimioterapia (ciclofosfamida) - Quimioterapia intravesical o inmunoterapia para cáncer vesical - Amiloide

Tratamiento del tenesmo vesical

No existe evidencia acerca de cómo tratar el tenesmo vesical, por lo que las recomendaciones se basan en consenso de expertos ⁽²⁸²⁾. Opinión de expertos 4

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

Los fármacos utilizados más habitualmente se recogen en la tabla 27.

Tabla 27. Fármacos utilizados con más frecuencia en el tenesmo vesical

Antidepresivos tricíclicos:

Amitriptilina 25-50 mg por la noche

AINE y corticoides**Anestésicos locales con o sin opioides por vía intravesical:**

Instilación de lidocaína 2% mediante catéter, durante 20 minutos-1 h

Bupivacaína 0,5% combinado con morfina 10-20 mg tres veces al día mediante catéter, 30 minutos

Anticolinérgicos vía SC en bolos o en infusión continua:

Butilescopolamina (N-butilbromuro de hioscina) 60-120 mg en 24 h

Resumen de evidencia

4	No hay evidencia acerca del tratamiento del tenesmo vesical en CP ⁽²⁸²⁾ .
---	--

Recomendaciones

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

6.9. Urgencias

Las preguntas que se van a responder son:

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

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

Son eventos que merecen atención inmediata, en ocasiones requieren acudir al segundo o tercer nivel de salud. Sin embargo se tendrá en cuenta la patología, el estado actual y pronóstico del paciente, así como la opinión de él y de su familia para decisiones de manejo y traslado. Hay que recalcar la importancia de las guías anticipatorias.

6.9.1. Hipercalcemia

La hipercalcemia ocurre en el 10%-20% de los pacientes con cáncer, tanto en tumores sólidos como en leucemia. Los cánceres que se asocian con mayor frecuencia a hipercalcemia son los de mama, pulmón, próstata y mieloma múltiple ^(283; 284).

La hipercalcemia tumoral puede darse por tres mecanismos: metástasis osteolíticas (frecuente en cáncer de mama y pulmón), hipercalcemia humoral (secreción tumoral de proteína relacionada con la hormona paratiroidea, causa frecuente en tumores sólidos no metastásicos y algunos pacientes con

linfomas no-Hodgkin) y producción tumoral de calcitriol (causa de la mayoría de las hipercalcemias en la enfermedad de Hodgkin y en un tercio de los linfomas no-Hodgkin ⁽²⁸³⁾, así como en los desórdenes granulomatosos) ⁽³⁷⁰⁾.

Los signos y síntomas más característicos se describen en la tabla 28. Los profesionales que atienden a pacientes en CP deben estar alerta y sospechar hipercalcemia ante pacientes que empeoran su estado general sin una causa clara y con clínica sugestiva, ya que existen tratamientos efectivos. El tratamiento se considera necesario cuando existen síntomas y puede no ser necesario si se prevé una muerte próxima ⁽²⁸⁴⁾.

Tabla 28. Características clínicas de la hipercalcemia maligna ⁽²⁸⁴⁾

General	Gastrointestinal	Neurológico	Cardiológico
Deshidratación Polidipsia Prurito	Anorexia Pérdida de peso Náuseas Vómitos Estreñimiento Ileo paralítico	Fatiga Letargo Confusión Miopatía Convulsiones Psicosis	Bradicardia Arritmias auriculares Arritmias ventriculares Aumento intervalo PR Disminución del intervalo QT Onda T ancha

El tratamiento consiste en la rehidratación seguida de la administración de fármacos hipocalcemiantes (bisfosfonatos, otros). Se deben retirar los fármacos que producen hipercalcemia (diuréticos tiazídicos, vitaminas A y D, litio) el tratamiento depende de los niveles séricos, los cuales deben ser corregidos según el nivel de albúmina con la siguiente fórmula ^(284; 370):

$$\text{Calcio corregido} = \text{calcio medido} + [40 - \text{albúmina sérica (g/l)} \times 0,22]$$

Se considera hipercalcemia las cifras de calcio corregido superiores a 2,6 mmol/litro (10,4 mg/dl). Los síntomas generalmente se manifiestan sólo a partir de 3,0 mmol/litro (12 mg/dl). Los niveles a partir de 4,0 mmol/litro (16 mg/dl) ⁸ pueden producir la muerte en pocos días si no se tratan.

Una hipercalcemia asintomática (calcio <12mg/dL 3mmol/L) no requiere tratamiento inmediato. Así mismo, si el calcio es de 12 a 14 mg/dL (3 a 3.5mmol/L) si es crónico puede no requerir tratamiento. Sin embargo el alza súbita de los niveles puede llevar a cambios marcados en el sensorio, y un calcio >14mg/dL debe ser tratado aunque fuera asintomático ⁽³⁷⁰⁾.

Hidratación

Se recomienda la hidratación, bien por vía oral si la situación clínica del paciente lo permite, bien por vía intravenosa en los casos más

graves. La hidratación por sí sola raramente permite normalizar los niveles de calcio y es necesario monitorizarla para evitar la sobrecarga de fluidos. La terapia estándar aceptada es de 2-3 l/día, empezando a 200-300cc/h, con monitorización diaria de electrolitos. No hay evidencia de que los diuréticos de asa sean útiles como terapia adjunta a la hidratación y pueden agravar la hipovolemia y los trastornos electrolíticos, por lo que no se recomienda su uso rutinario ^(283; 284); estarían indicados sólo en caso de sobrecarga (insuficiencia renal, insuficiencia cardíaca).

Bisfosfonatos

Los bisfosfonatos se consideran el tratamiento farmacológico de elección en la hipercalcemia maligna ^(284; 285).

Una revisión sistemática ⁽¹³²⁾ analizó la eficacia de los bisfosfonatos sobre la morbilidad ósea en el cáncer metastásico, incluyendo también el efecto sobre la hipercalcemia. Además de los beneficios a nivel óseo (disminución de fracturas y necesidad de radioterapia), los bisfosfonatos redujeron el riesgo de hipercalcemia [OR 0,54 (IC 95%: 0,36-0,81)].

Otra revisión sistemática evaluó la eficacia de los distintos bisfosfonatos, dosis y pautas; se incluyeron 26 ECA ⁽²⁸⁵⁾; la búsqueda finalizó en junio de 2001. El resultado principal fue la proporción de pacientes que alcanzaron la normocalcemia. El ácido zoledrónico fue superior a pamidronato. Los estudios que compararon distintas dosis mostraron que la eficacia aumenta con la dosis. El tiempo medio

RS de
ECA
1+

Opinión
de ex-
pertos
4

⁸ Conversión a mg/dl: dividir entre 0,2495.

requerido para alcanzar la normocalcemia osciló entre 2-6 días, sin que se observaran diferencias entre los distintos bisfosfonatos o pautas. La revisión concluye que los bisfosfonatos por vía IV son los fármacos de elección en la hipercalcemia aguda, ya que logran la normocalcemia en el 70% de los pacientes y son bien tolerados. Recomienda el uso de dosis altas de aminobisfosfonatos en especial el zoledronato 4 mg/15 minutos ⁽³⁷³⁾.

Corticoides

Se utilizan en tumores hematológicos o en pacientes con hipervitaminosis D debida a granulomatosis ^(283; 284). La pauta recomendada es prednisona 40-100 mg/día por vía oral ⁽²⁸⁴⁾, prednisona 20 a 40 mg/d, actuando en 2-5 días ⁽³⁷⁰⁾.

Opinión
de ex-
pertos
4

Resumen de evidencia

4	La hidratación es necesaria, aunque por sí sola raramente permite normalizar los niveles de calcio, y es necesario monitorizarla para evitar la sobrecarga de fluidos ^(283; 284) .
1+	Los bisfosfonatos por infusión IV consiguen la normocalcemia en el 70% de los pacientes en 2-6 días y son bien tolerados. Las dosis altas de aminobisfosfonatos potentes parecen ser más eficaces ⁽²⁸⁵⁾ .
2+	El zoledronato demostró ser mejor que el pamidronato dentro de los aminofosfonatos potentes para la hipercalcemia por malignidad ⁽³⁷³⁾ .

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).
D	Los corticoides se pueden utilizar en tumores hematológicos o en pacientes con hipervitaminosis D debida a granulomatosis.

6.9.2. Compresión medular

Se estima que la compresión medular maligna (CMM) podría afectar al 3%-5% de los pacientes con cáncer y que el 10% de los pacientes con metástasis ósea pueden desarrollarla ⁽²⁸⁷⁾. La tendencia a producir metástasis ósea y CMM depende del tipo de tumor. El más frecuente es el mieloma, seguido del cáncer de próstata, mama y pulmón. La localización más frecuente es en tórax (7%), lumbosacra (20%) y cervical (10%) ⁽²⁸⁷⁾.

La CMM se produce por la invasión tumoral del canal medular (compresión medular externa). Lo habitual es que la compresión medular sea anterior por destrucción del hueso cortical del cuerpo vertebral. Raramente, la compresión puede ser interna por metástasis intramedulares.

La supervivencia media tras el diagnóstico de CMM es de seis meses ⁽²⁸⁸⁾.

La CMM se considera una urgencia médica, por lo que resulta esencial sospecharla ante pacientes con dolor de espalda y debilidad en extremidades inferiores. Los trastornos de la función de esfínteres y de la sensibilidad aparecen en fases más avanzadas ⁽²⁸⁷⁾. Los retrasos diagnósticos se relacionan con la falta de reconocimiento de los síntomas neurológicos iniciales ⁽²⁸⁹⁾.

Además del tipo de tumor, la dificultad para caminar, el enlentecimiento de los reflejos tendinosos, la presencia de fracturas óseas radiológicas, las metástasis óseas, la

duración superior a un año de éstas y la edad, <50 años, son factores de riesgo independientes de CMM ⁽²⁹⁰⁾. En los pacientes con neoplasias de próstata, la extensión tumoral, la extensión de la metástasis ósea y la duración de la terapia hormonal también se asocian con mayor riesgo de CMM ⁽²⁸⁹⁾.

El pronóstico del tratamiento depende de la función neurológica previa, sobre todo de la motora ⁽²⁸⁹⁾.

La sospecha diagnóstica precisa confirmarse mediante la realización de una resonancia magnética ⁽²⁸⁹⁾, si se piensa que puede haber inestabilidad espinal hay que transportar como lesión de columna ⁽³⁷⁶⁾.

El objetivo del tratamiento es aliviar el dolor, prevenir las complicaciones y preservar la función neurológica mediante las técnicas disponibles, teniendo en cuenta la situación individual del paciente, sus preferencias y esperanza de vida.

Los tratamientos utilizados hasta ahora han sido los corticoides, la radioterapia y la cirugía.

El tratamiento de la CMM se ha evaluado en dos revisiones recientes. En la primera de ellas se evaluaron todos los tratamientos, así como

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

aspectos relacionados con el diagnóstico y pronóstico de la CMM (289). La segunda revisión evaluó el papel de la radioterapia y la cirugía mediante un metaanálisis de estudios prospectivos y retrospectivos sin grupo control (291).

Finalmente, un ECA (292) no enmascarado, citado en una de las revisiones (289), compara la combinación de cirugía con radioterapia frente a sólo radioterapia.

La revisión de Loblaw incluyó dos ECA, un ensayo en fase II y estudios de casos control sobre el uso de corticoides. Dexametasona, combinada con radioterapia, utilizada en bolos iniciales de 100 mg se mostró más efectiva que dosis inferiores, pero presentó un aumento significativo de efectos secundarios graves. Faltan estudios para definir la dosis óptima de dexametasona en compresión medular (375).

La variable de resultado elegida para evaluar la respuesta del tratamiento fue la capacidad de marcha autónoma de los pacientes tras el tratamiento. La radioterapia obtuvo una tasa de respuesta del 64%; la cirugía, del 85% (291).

La cirugía presentó una tasa de mortalidad de hasta el 13% en el mes siguiente y hasta un 54%

ECA
1+

RS de
distintos
tipos de
estudio
1+/2+

en los pacientes que presentaron morbilidad relacionada con la cirugía.

Un ECA (292) comparó la eficacia de la cirugía seguida de radioterapia frente a la radioterapia aislada en 101 pacientes con CMM confirmada, en una sola área vertebral y con al menos un signo neurológico presente. Ambos grupos recibieron además corticoides. Fueron criterios de exclusión los siguientes: algunos tumores radiosensibles (leucemias, linfomas, mielomas), paraparesia, metástasis cerebrales, CMM o radioterapia previa, y supervivencia esperada menor de tres meses.

La supervivencia fue mayor en el grupo quirúrgico, con una mayor capacidad para deambular, 84% frente a 57%, [NNT de 4 (IC 95%: 3 a 11)] y durante más tiempo, con menor necesidad de corticoides y opioides.

El tratamiento quirúrgico precisa una cuidadosa selección de los pacientes. En función de las características de los pacientes y la forma de presentación de la CMM, algunos autores han elaborado unos criterios que deben considerarse al tomar la decisión sobre el tratamiento más conveniente (287) (ver tabla 29).

ECA
1+

Tabla 29. Criterios para la elección de radioterapia o cirugía en la CMM

Cirugía	Radioterapia
- Compresión medular por metástasis de origen desconocido - Persistencia de síntomas a pesar de la radioterapia - Tumor resistente a la radioterapia - Inestabilidad de la columna - Compresión cervical - Metástasis en una única zona	- Tumor radiosensible - Lesiones metastásicas en múltiples niveles - Contraindicación de la cirugía - Elección del paciente

Resumen de evidencia

2+	Los corticoides, dosis elevadas de dexametasona (100 mg IV en bolos), asociados a la radioterapia, aumentan la tasa de respuesta al tratamiento (289).
2+	En pacientes seleccionados, la radioterapia y la cirugía obtienen tasas de respuesta del 64% y el 85%, respectivamente (291).
1+	La cirugía combinada con la radioterapia mejora la supervivencia, la capacidad y el tiempo de deambulación (292) en comparación con la radioterapia sola.

Recomendaciones

D	Ante la sospecha clínica de CMM debe solicitarse una RMN para confirmar el diagnóstico.
√	La sospecha de CMM requiere la derivación urgente del paciente para realizar un estudio y tratamiento apropiados.
D	Ante un paciente con CMM se debe realizar una valoración individual que incluya nivel y número de compresiones espinales, tipo de tumor y extensión, pronóstico vital y funcional, grado de afectación neurológica, preferencias del paciente y disponibilidad de tratamiento con radioterapia y cirugía.

C	El tratamiento debe llevarse a cabo lo antes posible.
B	Se recomienda administrar corticoides a dosis altas, tanto en el tratamiento con radioterapia como con cirugía.
D	La radioterapia como único tratamiento es preferible en caso de contraindicación a la cirugía, tumores radiosensibles, paraplejía 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.

6.9.3. Crisis convulsivas

Una *convulsión* es un episodio de contracciones musculares involuntarias generalizadas. El estatus epiléptico se define como una crisis que dura más de 30 minutos o la sucesión de dos o más crisis sin recuperar completamente la conciencia. Sin embargo, se debe tratar activamente una crisis a partir de cinco minutos de duración ^(293; 294).

Las convulsiones no son infrecuentes en CP, sobre todo en pacientes con neoplasias cerebrales, ya que en un tercio de ellos es el primer síntoma que lleva al diagnóstico y la mitad de ellos los sufre a lo largo de su enfermedad ⁽²⁹⁵⁾.

Las convulsiones también pueden deberse a enfermedades no oncológicas susceptibles de atención en CP: infecciones, SIDA, complicaciones cerebrovasculares, trastornos paraneoplásicos, trastornos metabólicos o efectos tóxicos de los fármacos ^(295; 379).

A su vez, en los pacientes oncológicos pueden deberse a diversos factores:

- Tumores cerebrales primarios y metástasis cerebrales (aunque éstas originan convulsiones con menos frecuencia que los tumores cerebrales primarios) especialmente de cáncer de pulmón y melanoma.
- Quimioterapia: especialmente si es a dosis altas o en insuficiencia hepática o renal, siendo uno de los factores limitantes de la dosis de quimioterapia.
- Trastornos metabólicos, muchas veces inducidos por fármacos (hiponatremia por ciclofosfamida, hipocalcemia por bisfosfonatos, hipomagnesemia por cisplatino).
- Síndromes paraneoplásicos.
- Complicaciones cerebrovasculares (trombosis de senos venosos, hemorragias cerebrales).
- Infecciones del SNC (herpéticas, sobre todo).
- Radioterapia craneal (encefalopatía aguda por radiación y necrosis diferida) ^(296; 380).

Las evidencias existentes en torno al diagnóstico y tratamiento de las crisis convulsivas en pacientes sometidos a CP son muy escasas, por lo que se deben extrapolar de la población general o de pacientes con tumor cerebral ⁽²⁹⁵⁾.

El primer paso en el diagnóstico de una convulsión es su reconocimiento como tal, debe distinguirse de otros tipos de contracciones musculares involuntarias episódicas como el mioclonus (p.ej. inducido por opioides), hipercinesias (p. ej. inducidas por haloperidol u ortopramidas) o patrones de movimientos relacionados con una elevación terminal de la presión intracraneal ^(295; 378).

Para ello es fundamental obtener una descripción minuciosa del episodio. Este paso es prácticamente simultáneo a la toma de decisiones de tratamiento.

El diagnóstico etiológico después de una crisis exige una anamnesis, exploración física y exploraciones complementarias (analítica, EEG, estudios de imagen) cuya realización se debe individualizar en función del estado del paciente y de sus preferencias.

El tratamiento de una crisis convulsiva en un paciente paliativo es igual que en otro paciente cualquiera. En la mayoría de los casos, una crisis epiléptica se resuelve espontáneamente en segundos o minutos. Sin embargo, si se prolonga, precisará atención urgente.

Ante una crisis convulsiva de comienzo reciente, el objetivo es minimizar la posibilidad de lesiones. Para ello, los allegados del paciente deben ser educados acerca de cómo actuar.

Si las convulsiones duran más de cinco minutos o se suceden una tras otra sin recuperar el conocimiento durante ese tiempo, estamos ante un estatus epiléptico: una emergencia médica. Dependiendo de la situación clínica del paciente, puede utilizarse en primer lugar diazepam IV ⁽²⁹⁷⁾. La vía IM no debe utilizarse debido a su absorción irregular. El diazepam también permite la administración rectal. En este caso, se recomienda que cualquier persona cercana al paciente le administre diazepam 5 a 10 mg por dicha vía ^(298; 299). Midazolam es una alternativa y cuenta con la ventaja de su administración por vía subcutánea. En el caso de convulsiones en la fase de agonía, estas dos opciones (diazepam rectal y midazolam subcutáneo) son especialmente útiles ⁽³⁰⁰⁾.

Opinión
de ex-
pertos
4

Opinión
de ex-
pertos
4

Si las convulsiones persisten, se debe proceder a la derivación del paciente al hospital con carácter urgente.

No se recomienda el tratamiento preventivo con anticonvulsivantes a pacientes con tumor cerebral que aún no han sufrido ninguna crisis ⁽³⁰¹⁾.

En el caso de convulsiones de repetición por neoplasias cerebrales primarias o metastásicas está indicada la profilaxis, que debe realizarse en lo posible con un solo fármaco para evitar efectos adversos (astenia, somnolencia y alteraciones cognitivas) ⁽²⁹⁶⁾.

La elección de un fármaco tiene que realizarse de forma individualizada, teniendo en cuenta el tipo de crisis, los efectos secundarios y las posibles interacciones con otros tratamientos (quimioterapia, corticoides, etc.). El uso de corticoides puede obligar a monitorizar los niveles sanguíneos de muchos antiepilépticos ⁽³⁰²⁾.

En el anexo 4 se presentan los antiepilépticos más utilizados en la profilaxis secundaria anticonvulsivante.

Opinión
de ex-
pertos
4

Resumen de evidencia

1+/4	Diazepam intravenoso o vía rectal y midazolam subcutáneo son eficaces en las crisis convulsivas ⁽²⁹⁸⁻³⁰¹⁾ .
1+	La profilaxis anticonvulsiva no es eficaz en la prevención primaria de convulsiones en los pacientes con neoplasias cerebrales ⁽³⁰¹⁾ .

Recomendaciones

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

6.9.4. Hemorragia

El 6%-10% de los pacientes con cáncer avanzado tienen episodios de sangrado clínicamente significativo, que puede manifestarse de maneras diversas: hematemesis, melena, hemoptisis, hematuria, epistaxis, sangrado vaginal o úlcera cutánea sangrante, entre otras.

Opinión
de ex-
pertos
4

Cualquier tipo de sangrado visible y persistente puede ser angustiante para el paciente, su familia y el equipo sanitario que le atiende. Es importante identificar a los pacientes con riesgo hemorrágico elevado (ver tabla 30), especialmente aquellos con posibilidad de sufrir un sangrado masivo, como los pacientes con cáncer de cabeza y cuello, y los que tienen una mala situación funcional o mal pronóstico previo ⁽³⁰³⁻³⁰⁵⁾.

Tabla 30. Pacientes con riesgo hemorrágico

• Trombocitopenia grave • Carcinoma extenso de cabeza y cuello • Carcinoma extenso de pulmón de localización central • Leucemia aguda o crónica refractaria • Mielodisplasia • Hepatopatía grave • Síndrome mieloproliferativo • Cáncer de pulmón • Cáncer de recto recidivado • Hepatocarcinoma • Tumores metastásicos (coriocarcinoma, melanoma, carcinoma de células renales) • Pacientes con cáncer avanzado que toman anticoagulantes orales • Pacientes con trasplante de médula ósea y enfermedad de injerto contra huésped • Tratamiento con altas dosis de radioterapia • Coagulación intravascular diseminada • Metástasis hepáticas

La hemorragia puede ser debida a una causa anatómica local, como el daño vascular producido por la invasión tumoral, o ser consecuencia de un proceso sistémico, como la infiltración de la médula ósea, la acción de ciertos fármacos o la insuficiencia hepática ^(303; 305) (ver tabla 31).

Tabla 31. Fisiopatología del sangrado en los pacientes oncológicos

Factores anatómicos

Invasión tumoral local

Factores sistémicos

Infiltración tumoral de la médula ósea (neoplasias hematológicas) Supresión de la médula ósea (quimioterapia y radioterapia) Coagulación intravascular diseminada

Insuficiencia hepática

Medicación (anticoagulantes, AINE, etc.)

Enfermedades concomitantes (cirrosis hepática, enfermedad de Von Willebrand, etc.)

El tratamiento de los episodios debe ser individualizado y depende de diversos factores, como la posibilidad de reversión o control de la causa del sangrado, la existencia de episodios previos y su respuesta al tratamiento recibido, la situación clínica actual y el pronóstico vital del paciente, además de sus valores y preferencias ⁽³⁰⁴⁾

No se han identificado estudios de intervención sobre este problema, por lo que las recomendaciones se apoyan en

las preferencias particulares del clínico y en los recursos disponibles ⁽³⁰³⁻³⁰⁵⁾.

En la tabla 32 se muestran las medidas terapéuticas generales y específicas. Algunas de ellas requieren la derivación del paciente a atención especializada ⁽³⁰³⁻³⁰⁵⁾.

La GPC propone una serie de medidas aplicables en los casos en que el paciente es atendido en su domicilio.

Tabla 32. Tratamiento de la hemorragia en cuidados paliativos

Medidas generales

Identificar a los pacientes con riesgo hemorrágico

Mantener una buena comunicación con los pacientes y sus cuidadores

Establecer medidas de soporte en caso de sangrado masivo

Medidas específicas

Locales

Vendajes compresivos Taponamientos (nasales, vaginales⁽³⁸¹⁾)

Agentes hemostáticos

Agentes vasoconstrictores (epinefrina, prostaglandinas, otros)

Técnicas especiales

Radioterapia

Cirugía (ligadura de vasos sanguíneos) Intervenciones endoscópicas

Radiología intervencionista (embolización)

Sistémicas

Vitamina K

Agentes antifibrinolíticos (ácido tranexámico)

Análogos de la somatostatina (octreótida)

Transfusiones de plaquetas y otros productos hemoderivados

Resumen de evidencia

4

No existen estudios de intervención sobre las medidas aplicables en los pacientes con hemorragia en FFV, por lo que las recomendaciones se realizan en base a consensos y revisiones narrativas ⁽³⁰³⁻³⁰⁵⁾.

Recomendaciones

D	Se debe advertir y preparar a los cuidadores de los pacientes de riesgo sobre la posibilidad de un sangrado masivo.
D	Es necesario ofrecer disponibilidad de atención urgente con la mayor cobertura horaria posible, incluido un teléfono de contacto directo en caso de sangrado masivo.
D	Se recomienda, en los pacientes de riesgo, la elaboración de un plan de acción con instrucciones a los cuidadores, incluidas las siguientes: - Disponer en la cabecera del paciente una lavacara y toallas de color oscuro para comprimir el punto de hemorragia y absorber y disimular la sangre. - Colocar al paciente en decúbito lateral en caso de hematemesis o hemoptisis para prevenir el ahogamiento. - Preparar una jeringa 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 mariposa o un catlón SC, que podría repetirse en caso necesario.

7. Apoyo psicosocial y espiritual a la persona en FFV

Las preguntas que se van a responder son:

- ¿Cómo se identifican las necesidades psicosociales de la persona en FFV?
- ¿Cuál es la mejor forma de atender las necesidades psicosociales?
- ¿Cómo se identifican las necesidades espirituales?
- ¿Cómo influyen las necesidades espirituales en la evolución de las personas en FFV?
- ¿Cuál es la estrategia más adecuada para atender las necesidades espirituales de las personas en FFV?

7.1. Apoyo psicosocial**7.1.1. Necesidades psicosociales**

Enfrentarse a una enfermedad amenazante para la vida ocasiona una serie de necesidades psicosociales en los pacientes —al margen de trastornos psiquiátricos—, como la ansiedad, la depresión, el abuso de sustancias, etc. Es necesario realizar una evaluación de la realidad del paciente, focalizar necesidades prioritarias, plantear objetivos de intervención, establecer factores de riesgo, contener la problemática emocional del paciente, potenciar el trabajo en red de los empleados de la salud ⁽³⁸⁶⁾. Las personas utilizan distintos recursos para responder al sufrimiento psicológico, que incluyen sus propios recursos de afrontamiento y el apoyo emocional de sus familiares y allegados. Sin embargo, en ocasiones, el nivel y naturaleza del sufrimiento es tal que pueden beneficiarse de un apoyo profesional ⁽¹²⁾.

La revisión de Block ⁽³⁰⁶⁾ trata este tema, aunque precisa que no hay mucha investigación en

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

la FFV y que a menudo las conclusiones se derivan de investigaciones en pacientes con cáncer, SIDA, o adultos mayores.

Recomiendan una evaluación de los aspectos psicosociales que considere los siguientes campos:

- **Aspectos relativos al momento vital**

Según el momento de la vida y las circunstancias, cambiará mucho la respuesta a la enfermedad. Hay que considerar si tiene hijos pequeños, si se truncan las expectativas de futuro precozmente, etc.

- **Significado e impacto de la enfermedad**

Cada enfermedad tiene un significado especial para cada paciente (cáncer, cardiopatía, SIDA).

Encontrar sentido a la vida en esos momentos se correlaciona negativamente con depresión y está asociado a la capacidad de tolerar los síntomas y a la satisfacción con la propia calidad de vida.

- **Estilo de afrontamiento**

Constituido por las estrategias que se utilizan para resolver problemas. Incluye la negación, evitación, espíritu luchador, etc. Muchas veces un mismo paciente utiliza varias estrategias: afrontar lo que se siente capaz de asumir y evitar aquello que le abruma. La negación extrema es síntoma de depresión.

- **Impacto en la percepción de uno mismo**

Hay múltiples constructos para el término dignidad, desde la autonomía y capacidad de decisión al mantenimiento de la imagen corporal, higiene o continuidad en las relaciones.

- **Relaciones**

La preocupación por los miembros de la familia suele ser un aspecto esencial en los pacientes en FFV. Según un estudio mencionado en la revisión, entre el 92% y el 97% consideran este aspecto importante o muy importante.

- **Fuentes de estrés**

Pueden ser económicas, de trabajo, legales, etc.

- **Recursos espirituales**

- **Circunstancias económicas**

La enfermedad puede tener un impacto económico muy grande en el paciente y su familia.

- **Relación médico-paciente**

El paciente debe sentirse seguro, saber que sus necesidades van a ser atendidas.

7.1.2. Intervenciones psicosociales

Existen distintas revisiones sistemáticas sobre la efectividad de la psicoterapia, la mayoría realizadas en pacientes con cáncer. La revisión sistemática de Newell ⁽³⁰⁷⁾, realizada sobre pacientes con cáncer en distintos estadios, incluyó 150 estudios. A diferencia de otras RS previas, realizó una evaluación exhaustiva de la calidad de los estudios individuales y describió los resultados en función del objetivo al que iba dirigida la terapia (efecto global, estrés o sufrimiento, funcionalidad y calidad de vida, afrontamiento, etc.) y del tipo de terapia. Como limitaciones, hay que citar que sólo se incluyeron estudios en inglés y la baja calidad de los estudios. De las intervenciones estudiadas, la terapia grupal, la educación, el consejo estructurado o no estructurado y la terapia cognitiva-conductual parecen ser las que ofrecen resultados más consistentes a medio y largo plazo. Los beneficios observados se centran fundamentalmente en aspectos psicosociales (resultados como la adaptación a la nueva situación, depresión, ansiedad, etc.). Distintos pacientes con distintos tipos o estadios de la enfermedad pueden tener necesidades diferentes. Existe evidencia de que las intervenciones individualizadas, como las proporcionadas por personal de enfermería especializado o por un equipo multidisciplinario, son eficaces. El beneficio de la psicoterapia sobre los aspectos físicos o sobre la supervivencia es más incierto.

Posteriormente, la revisión de Uitterhoeve ⁽³⁰⁸⁾ evaluó 10 ensayos clínicos que incluían 13 intervenciones con distinto contenido; la mayoría utilizaron técnicas conductuales (relajación etc.), grupos de apoyo, asesoramiento psicológico o combinaciones de varias intervenciones, en pacientes con cáncer avanzado. La mayoría de las intervenciones se realizaron por psicólogos psicoterapeutas o personal de enfermería entrenado específicamente. Todos los estudios procedían del medio anglosajón. La

RS de
distintos
tipos de
estudios
1+/2+

RS de
ECA
1+

heterogeneidad no permitió realizar metaanálisis. De los estudios, tres fueron en pacientes en fase claramente avanzada, dos de ellos con cáncer de pulmón.

Según los resultados generales de la revisión, el mayor beneficio se observa en la disminución de la tristeza y la depresión, y también se observa una mejoría en los mecanismos de afrontamiento. No se aclara qué tipo de intervención es más eficaz, quién es el profesional idóneo para llevarla a cabo ni si es mejor una intervención de carácter individual o en grupo.

Si bien los artículos citados hacen referencia a intervenciones psicosociales, se centran más en aspectos psicológicos. Una RS ⁽³⁰⁹⁾ buscó estudios acerca de la comunicación de información sobre adultos mayores entre servicios sanitarios (fundamentalmente personal de enfermería) y sociales. Los resultados muestran falta de evidencia en esta área. Los mecanismos de información fueron inadecuados (produciendo retraso e insatisfacción entre pacientes y profesionales), y se basaban fundamentalmente en la comunicación informal entre profesionales. La estrategia más adecuada fue la comunicación de información mediante *trabajadores de enlace*, que proporcionan un punto de contacto entre el nivel hospitalario y comunitario, aunque esta opción tampoco está exenta de problemas. La ausencia de objetivos comunes entre los diferentes profesionales de los distintos ámbitos de atención o el desconocimiento mutuo de los roles profesionales, son alguno de ellos.

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

La guía NICE hace las siguientes recomendaciones en este campo ⁽¹²⁾:

- Se debe evaluar el bienestar psicológico del paciente.
- Todos los profesionales responsables del cuidado del paciente deben ofrecer soporte emocional básico.
- Si es preciso, debe derivarse al paciente a atención especializada.
- El personal debe recibir formación y supervisión.

La guía australiana para aspectos psicosociales en adultos con cáncer ofrece las siguientes conclusiones:

- Las sesiones de educación pueden mejorar la adaptación y el conocimiento, y aumentar la autoimagen positiva.
- Las intervenciones psicológicas están asociadas con mejoras en calidad de vida,

estado de ánimo, afrontamiento, sensación de control y adaptación física y funcional.

- La comunicación abierta y la expresión de sentimientos promueven la adaptación.

Uno de los aspectos asociados con una buena muerte es la vida social del paciente en FFV.

En resumen, puede decirse que es necesario hacer una evaluación que contemple los diferentes aspectos psicosociales y parece que las intervenciones conductuales o de asesoramiento pueden mejorar la calidad de vida, la capacidad de afrontamiento y la depresión; pero hay menos datos para precisar qué tipo de intervención es más eficaz. Las intervenciones exigen disponer de profesionales con la preparación adecuada para llevarlas a cabo.

Resumen de evidencia

3	La evaluación psicosocial del paciente en CP incluye los siguientes campos: aspectos relativos al momento vital, significado e impacto de la enfermedad, estilo de afrontamiento, impacto en la percepción de uno mismo, relaciones, fuentes de estrés, recursos espirituales, circunstancias económicas, relación médico-paciente ⁽³⁰⁶⁾ .
1+	En pacientes con cáncer avanzado, las intervenciones psicosociales producen efectos beneficiosos, como la disminución de la tristeza y la depresión, y mejoran los mecanismos de afrontamiento ⁽³⁰⁸⁾ .
1+/2+	En pacientes con cáncer en distintos estadios de evolución, la psicoterapia mejora fundamentalmente aspectos psicosociales, tales como la adaptación a la nueva situación, depresión, ansiedad, etc. El beneficio sobre los aspectos físicos o sobre la supervivencia es más incierto. De las intervenciones estudiadas, la terapia grupal, la educación, el consejo estructurado o no estructurado, y la terapia cognitivo-conductual parecen ser las que ofrecen resultados más consistentes a medio y largo plazo. Las intervenciones individualizadas, como las proporcionadas por personal de enfermería especializado o por un equipo interdisciplinar, son eficaces. Distintos pacientes con distintos tipos o estadios de la enfermedad pueden tener necesidades diferentes ⁽³⁰⁷⁾ .
1+	Hay menos datos para precisar qué tipo de intervención es más eficaz, cuál debe ser su duración e intensidad o quién es el profesional más apropiado para llevarla a cabo ^(307; 308) .
1+/2+ /3/Q	Los mecanismos de transferencia de información entre trabajadores sanitarios y sociales son inadecuados. El método más eficaz podría ser el de <i>informadores de enlace</i> . Existe inadecuada evidencia sobre cuáles serían el perfil profesional y el ámbito (hospitalario o comunitario) más adecuados ⁽³⁰⁹⁾ .

Recomendaciones

B	Debe valorarse de forma regular el bienestar psicosocial de los pacientes con enfermedades amenazantes para la vida.
D	La evaluación psicosocial del paciente en CP debería incluir los siguientes campos: aspectos relativos al momento vital, significado e impacto de la enfermedad, estilo de afrontamiento, impacto en la percepción de uno mismo, relaciones (tipo de familia, amigos, etc.), fuentes de estrés (dificultades económicas, problemas familiares, etc.), recursos espirituales, circunstancias económicas, relación médico-paciente, red de recursos sociales (centros sociosanitarios, trabajadores sociales, etc.).
B	Los profesionales sanitarios que atienden a pacientes en CP deberían ofrecerles un soporte emocional básico.
D	Los pacientes con niveles significativos de sufrimiento psicológico deberían ser derivados para recibir apoyo psicológico especializado.
D	Se debería promover la formación de los profesionales sanitarios en técnicas de apoyo psicosocial.
C	El aumento de la concienciación y el establecimiento de unos objetivos comunes son el primer paso para establecer puentes entre trabajadores sanitarios y sociales de los ámbitos hospitalario y comunitario. Es necesario fortalecer las redes de apoyo y potenciar el trabajo en red de los trabajadores de la salud.

7.2. Apoyo Espiritual

7.2.1. Introducción

Todas las guías de CP mencionan la espiritualidad como un aspecto importante a considerar en los pacientes en la FFV; además, está presente en la propia definición de CP. La espiritualidad es un tema que presenta algunas peculiaridades que hacen imposible abordarlo de la misma

manera que parcelas más concretas, como el manejo de síntomas.

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

La revisión sistemática de Block ⁽³⁰⁶⁾ se centró en los aspectos psicológicos de los cuidados en la FFV, como son los

diferentes estilos de afrontamiento, las fuentes de estrés, las relaciones personales, etc. Algunos autores ⁽³⁰⁶⁾ hablan de *bienestar psicoespiritual*, y lo definen como una experiencia subjetiva que incorpora salud emocional y preocupaciones acerca del sentido de la vida; pero, como apuntan otros autores, no resulta relevante que los profesionales sanitarios crean o no que existe diferencia entre cuerpo, mente y espíritu para ofrecer unos buenos CP centrados en el paciente. Las necesidades que se llaman espirituales pueden deducirse de las conductas o ser explicitadas por el paciente, y pueden distinguirse de aspectos tales como los estados de ánimo o los problemas económicos, de relaciones personales, etc.

De acuerdo a la definición de *espiritualidad* que utiliza Holloway ⁽³¹⁰⁾, se trata de «una dimensión que reúne actitudes, creencias, sentimientos y prácticas que van más allá de lo estrictamente racional y material».

La espiritualidad podría ser reconocida como esa dimensión del ser humano que le permite sentirse como una unidad, un proyecto unitario de vida. También el ateo y el agnóstico pueden tener y poseer una propia espiritualidad porque también ellos perciben el sentido unitario de su realidad corpórea y la traducen en una vida, en aspiraciones, ideales, valores propios. Entonces la espiritualidad es el eje alrededor del cual gira toda la vida de una persona, es el centro integrador interior de todas las dimensiones externas de la persona. Podríamos afirmar también que la asistencia espiritual constituye un elemento integrador de la acción médica, psicológica y de la acción social ⁽³⁸²⁾.

Partiendo de esa idea de espiritualidad —no forzosamente vinculada a la religión—, debe considerarse imprescindible la valoración de esta necesidad en cualquier paciente.

7.2.2. Valoración de las necesidades espirituales

Se han desarrollado diferentes instrumentos, como escalas o cuestionarios, con este fin, tales como el System of Belief Inventory (SBI) ⁽¹⁰⁾, o el RCOPE ⁽³¹¹⁾. La Guía ICSI ⁽¹¹⁾ para CP propone un acrónimo, SPIRIT, para reconocer las necesidades espirituales, reconocimiento que debe incluir: sistema de creencias espirituales, espiritualidad personal, integración en una comunidad espiritual, rituales, restricciones, implicaciones para el cuidado médico y planificación de últimas disposiciones.

Estas son algunas de las necesidades que hay que “escuchar” ⁽³⁸³⁾:

1. Las necesidades fisiológicas. Son las necesidades más radicales a quienes hay que dar

importancia; por ejemplo la necesidad de calmar el dolor o la necesidad de dormir. El enfoque espiritual no puede desconocer en primer lugar a estas necesidades, educando la actitud de la escucha, para evitar imponer la propia presencia en momentos no oportunos.

2. La necesidad de seguridad. Esta se presenta cuando la precedente ha sido satisfecha de manera satisfactoria. El sentimiento que caracteriza este momento es la angustia. Es útil asegurar una presencia constante aunque no continuada donde la terapia más eficaz sea la escucha activa y paciente.

3. La necesidad de pertenencia. Es viva en el enfermo la necesidad de sentirse amado, de no sentirse excluido del grupo familiar o social. Acompañarle de manera adecuada es permitirle expresar también los sentimientos difíciles (odio, rabia, miedo,...) sin cargarle un sentimiento de culpa.

4. La necesidad de consideración y de estima. El enfermo es particularmente sensible a todas las “fugas” frente a su drama y a los interrogantes sobre la muerte. A pesar de la decadencia física desea ser amado y reconocido en la fase del vivir-morir, satisfacer la necesidad de sentirse comprendido y aceptado por lo que es. Evadir el drama y las preguntas incómodas significa huir también de una verdadera comunión con él, significa dejarle solo con su angustia frente a lo desconocido, con su duda y su desesperación. Respetar al enfermo en su individualidad adecuadamente como sujeto, hacerlo participe de la fase curativa, significa consideración y aumento de la estima y confianza en sí mismo.

5. La necesidad del contacto corporal. No se expresa con palabras, pero es muy evidente. La enfermedad lleva consigo vergüenza, incomodidad, frustración: el ser tocado con amor y delicadeza ayuda al enfermo a sentirse aceptado, considerado y amado a pesar de los cambios.

6. La necesidad de silencio y soledad. Es muy sentida por el enfermo terminal. En algunos momentos desea quedarse solo para escucharse o para pensar a la propia vida y a la muerte. El camino es intenso porque es el encuentro con preguntas de sentido que esperan respuestas.

7. La necesidad de volver a encontrar significado. Para el enfermo en fase terminal es muy importante conocer el significado de lo que está aconteciendo en él. El dolor sin significado es igual a desesperación. Se vuelve fuente de significado lo que por él vale y cuenta. He aquí entonces que la posibilidad de un acompañamiento espiritual positivo parte en el establecer relaciones significativas y profundas. Llenar la propia vida de significado significa también dar un significado a la propia muerte.

8. La necesidad de reconciliación está ligada a la necesidad de ser recordado. A menudo el enfermo terminal necesita reconciliarse... con la propia vida, con los otros, con el mundo, con Dios. En el corazón de la fase final de la vida, la mirada al pasado presenta la complejidad de las experiencias vividas, a veces en forma contradictoria, experiencias entretejidas de victorias y de derrotas, de luces y de tinieblas. Frente a estas experiencias el enfermo fácilmente nutre sentimientos de culpabilidad, a los cuales

Opinión
de ex-
pertos
4

se añade luego la incapacidad de aceptarse, de hacer paz con el pasado, y de reconocer lo positivo de la vida. Un enfoque apropiado de reconciliación, que el creyente católico encuentra en el sacramento su cumbre, puede ayudar al enfermo a mirar el pasado con una mirada de serena aceptación. La paz que él logra se traduce más fácilmente en gestos de reconciliación con los familiares, con los amigos o con el equipo de salud. El enfermo quiere escribir testamento, quiere ver y hablar con las personas que durante su existencia han sido significativas para él, declarar sus últimas voluntades para el funeral y la sepultura, expresar su dolor y pedir disculpas por los errores. Son los momentos más intensos y más importantes para el moribundo que pide ser escuchado y que no se le niegue su próxima separación. Claro está que el entusiasmo o la buena voluntad no son suficientes para garantizar el suceso de este acompañamiento.

Enfermeras, médicos, psicólogos, sacerdotes por cuanto conozcan bien el sufrimiento humano no están nunca preparados suficientemente para encontrarlo, escucharlo y curarlo. Instrumento importante para todos es la formación permanente que tiene como objetivo asegurar una presencia más calificada cerca del enfermo. La eficacia del enfoque no depende de la repetición de formulas o gestos impersonales. El acompañamiento de estos enfermos requiere de creatividad e innovación, una meta que se puede lograr a través de cursos de formación y lecturas.

9. La necesidad de despedirse de manera adecuada de las personas, del mundo, de la vida (384).

10. La necesidad de sentirse acompañado hasta la muerte. El hombre en este momento se choca con su propia fragilidad y la exigencia de dar un significado al nacer, al sufrir, al morir, y a la existencia del más allá. Siente el deseo de reflexionar sobre el pasado y sobre el futuro y de hacer un balance de la propia vida. La escucha atenta es el primer paso para permitir al otro expresar su humanidad e instaurar una relación de confianza con quien está cerca de él. El objetivo no es dar respuestas prefabricadas sobre el sentido de la vida, más bien permitir que cada persona encuentre dentro de sí un sentido al propio vivir y al morir.

Bayés y Borrás aconsejan establecer un instrumento sencillo de cribado y tener en cuenta que los pacientes prefieren conversar a rellenar cuestionarios ⁽³¹²⁾. El instrumento adecuado son las técnicas básicas de comunicación: preguntas abiertas, escucha activa, silencios y contacto físico.

Algunos autores han propuesto cuatro cuestiones que los equipos que atienden a pacientes en CP podían plantearse para explorar las necesidades espirituales en este contexto ⁽³¹³⁾:

- ¿Cuál es tu fe o cuáles son tus creencias?
- ¿Qué papel juegan en el cuidado de tu salud?
- ¿Formas parte de un grupo espiritual o religioso?
- ¿Cómo podrían manejarse estas cuestiones por el equipo que atiende al paciente?

En cualquier caso, no existe unanimidad respecto a la conveniencia de utilizar instrumentos y, menos todavía, acerca de cuál sería el indicado.

Es importante considerar las diferencias culturales respecto a la espiritualidad. En su artículo, Holloway ⁽³¹⁰⁾ trata de encontrar un marco transcultural que permita a los profesionales sanitarios trabajar en CP con independencia del contexto cultural. Establece una tipología de formas de entender la muerte (como una luz, como un misterio, como la oscuridad, etc.) que al final se pueden resumir en tres grupos: visión positiva, negativa y dialéctica. Concluye que hay mucho más en común frente a la muerte que lo que nos separa, y que las diferencias no justifican la falta de atención a estos aspectos en personas que pertenecen a grupos culturales distintos del nuestro.

7.2.3. Influencia de los aspectos espirituales en la evolución de los pacientes

La revisión de Puchalski ⁽³¹⁴⁾ consideró sólo cinco revistas de CP de EEUU entre 1994 y 1998, y concluyó que se necesita más investigación y que no existen estándares de cuidado espiritual o de buena atención en este campo.

RS de
distintos
tipos de
estudios
2+/3

La revisión de Lin y Bauer ⁽³¹⁵⁾ estudió el papel del estado psicoespiritual en pacientes con cáncer avanzado, evaluando estudios cuasiexperimentales y descriptivos (tanto cuantitativos como cualitativos). Sus principales hallazgos fueron los siguientes:

Sentido de la fe

Todos los estudios que hablan de fe se refieren a su aspecto religioso, mostrando que la fe otorga fuerza, se asocia a actitudes positivas con relación al diagnóstico y a la calidad de vida y sirve de apoyo a los individuos con cáncer terminal.

Empoderamiento y confianza

Este apartado incluye ausencia de problemas económicos, sentido de autonomía y control, alegría y paz interior, ganas de vivir y cumplimiento del proyecto vital. Estos aspectos están relacionados con aumento del bienestar psicoespiritual, una vida con significado, con la calidad de vida y con una buena muerte.

Vivir con sentido y esperanza

Los enfermos capaces de encontrar sentido a la vida y de tener esperanza tienen mayor bienestar psicoespiritual, mejor calidad de vida y menor sufrimiento psicológico.

A esto contribuyen varios factores: buenas relaciones personales y capacidad para mantener un sentido de normalidad en la vida cotidiana.

Los autores concluyen que estos aspectos aparecen repetidamente en diversos estudios, pero resaltan la necesidad de más investigación en este campo. La mayoría de las investigaciones se han hecho en población estadounidense blanca, y otras culturas pueden arrojar diferencias ⁽³¹⁵⁾.

No se dispone de estudios con el diseño apropiado para medir el impacto de cualquier intervención específicamente diseñada sobre el sufrimiento espiritual, pero en lo que la literatura consultada coincide es en la importancia de tener en cuenta esta dimensión del ser humano y en sus repercusiones en el bienestar general del individuo en la FFV ^(1; 10; 11; 12; 310; 315; 316).

RS de
distintos
tipos de
estudios
2+

Tampoco existe evidencia apropiada que determine cómo debería proporcionarse la atención espiritual. La guía NICE ⁽¹²⁾ recomienda escuchar las experiencias del paciente y las preguntas que le puedan surgir; afirmar su humanidad; proteger su dignidad, autoestima e identidad; y garantizar que se ofrezca apoyo espiritual como parte integral de una atención que abarque los cuidados psicológicos, espirituales, sociales y emocionales, de acuerdo a las creencias del paciente o a su filosofía de vida. Añade que es posible ofrecer muchos aspectos del apoyo espiritual en cualquier contexto; por familiares, amigos, grupos de fe, sacerdotes u otros asesores espirituales y profesionales sanitarios. Las necesidades espirituales de los pacientes pueden variar a lo largo del tiempo.

GPC y
Opinión
de ex-
pertos
4

Resumen de evidencia

4	Se entiende por <i>espiritualidad</i> una dimensión que reúne actitudes, creencias, sentimientos y prácticas que van más allá de lo estrictamente racional y material, concepción más amplia que la religiosa ⁽³¹⁰⁾ .
3	La espiritualidad repercute en el bienestar general de los pacientes en CP y en su calidad de vida ⁽³¹⁵⁾ .
3	No existe unanimidad respecto a la conveniencia de utilizar una escala o instrumento estructurado para valorar las necesidades espirituales, y menos todavía acerca de cuál sería la indicada ^(12; 311; 312) .
3	No existe evidencia apropiada que determine cuál es la mejor forma de proporcionar apoyo espiritual. En su ausencia, las guías y la literatura consultada subrayan la importancia de tener en cuenta esta dimensión ⁽¹²⁾ .

Recomendaciones

D	El equipo que atiende a una persona en CP debería tener en cuenta sus creencias y necesidades espirituales.
D	En ausencia de evidencia apropiada sobre cuál es la mejor 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.

8. Apoyo psicosocial a la familia

Las preguntas que se van a responder son:

- ¿Cómo se identifican las necesidades de apoyo psicosocial a la familia?
- ¿Cuál es la mejor forma de atender las necesidades psicosociales y de apoyo a la familia?
- ¿Cuáles son los factores de riesgo de la claudicación familiar?

redes de apoyo, bonos, ayudas técnicas), de soporte, de reorganización familiar ⁽³⁸⁷⁾.

Según la RS de Holding ⁽³¹⁷⁾, existe mucha información acerca de las necesidades de los cuidadores de pacientes que reciben atención domiciliaria de cáncer y de CP, pero poca sobre la efectividad de las intervenciones. Según los estudios, las necesidades son: ayuda domiciliaria, apoyo informal, información, ayuda económica y ayudas para el cansancio, la ansiedad y el aislamiento. Los temas prioritarios para los cuidadores son la información y el apoyo psicológico.

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

8.1. Necesidades de apoyo psicosocial de la familia

Las necesidades psicosociales de la familia son: económicas, emocionales, de comunicación, de asesoramiento (con respecto a recursos con los que cuentan públicos y privados,

Otra revisión proporciona información sobre este tema ⁽³¹⁶⁾, aunque no está referida a pacientes en CP, sino a cuidadores de adultos mayores. Los estudios que incluye son en su

RS de
distintos
tipos de
estudios
2+/Q

mayoría en pacientes con demencia, donde la distinción entre crónico y terminal no resulta tan clara.

Las necesidades y deseos que expresan los cuidadores de pacientes adultos mayores son:

- Desean satisfacer sus necesidades de formación en grupos de cuidadores
- Desean centros de CP especializados
- Experimentan emociones negativas como carga, estrés y preocupación cuando cuidan a un adulto mayor en casa
- Desean que exista una red de grupos de apoyo
- Temen el aislamiento social
- Temen la pérdida de control, los cambios de rol en las relaciones y la pérdida de reciprocidad

Estudio
cualitati-
vo Q

En la bibliografía consultada, el concepto de carga varía mucho según los individuos y las circunstancias. Tal como se ha comentado en la introducción, en esta GPC se consideró oportuno recoger la visión de los cuidadores a través de un estudio cualitativo. El análisis del trabajo proporciona claves que tienen que ver con las necesidades de apoyo de la familia. Muchas cuidadoras encuentran sentido en cuidar a un familiar en FFV, consideran aceptable asumir la mayor parte de la responsabilidad y el trabajo, e incluso encuentran un motivo de orgullo, apoyo y refuerzo que les ayuda en el proceso de duelo. Por tanto es importante encontrar un equilibrio entre la ayuda que a veces puedan necesitar y lo que no está dispuestas a delegar en otros; lo que puede llevarles a renunciar a ciertas medidas de apoyo como centros de CP, hospice, ingresos, etc.

Una petición reiterada es la de apoyo y acompañamiento. Frecuentemente, las cuidadoras manifiestan tener sensaciones de abandono y soledad relacionadas con falta de apoyo en todas las esferas.

Otro aspecto que mencionan es la falta de calidad en los servicios, entendida como dificultades de acceso, exceso de trámites burocráticos, falta de coordinación entre niveles y «vacíos» en la asistencia, que hacen que teman, por ejemplo, los problemas que puedan surgir en fin de semana.

Por último, respecto a su papel en la toma de decisiones, las cuidadoras se muestran partidarias de una participación guiada y acompañada, a medio camino entre las anteriores

actitudes paternalistas y la tendencia actual que ellas consideran como una dejación de responsabilidades por parte de los profesionales: un dejar en manos de la familia decisiones para las que no se sienten preparadas.

8.2. Percepción de carga en los cuidadores

Un estudio con 96 cuidadores de pacientes con cáncer que reciben CP domiciliarios concluye que el factor determinante para vivir el cuidado como carga es la depresión del cuidador. Otros aspectos influyen de forma indirecta; son la ansiedad y el estado de salud del cuidador, que inciden en la aparición de depresión, no directamente en la percepción de carga ⁽³¹⁶⁾.

Series
de casos
3

Un estudio cualitativo que recoge información de entrevistas en profundidad a 13 cuidadores, establece como categoría fundamental la vulnerabilidad.

Estudios
cualitati-
vos Q

Factores predisponentes a esta vulnerabilidad serían: la carga de cuidado, la disminución de las actividades propias del cuidador, el miedo, la inseguridad, la soledad, el enfrentamiento a la muerte y la falta de apoyo.

Son factores protectores: la continuación de las actividades previas, la esperanza (se refiere a esperanza realista, no a milagros), la sensación de mantener el control, la satisfacción (del cuidado que se ofrece) y el apoyo instrumental o emocional ⁽³¹⁶⁾.

8.3. Atención de las necesidades psicosociales y de apoyo de la familia

La revisión de Harding ⁽³¹⁷⁾ encontró 22 artículos, 9 de ellos específicos sobre cuidadores de los que finalmente se evaluaron 6.

RS de
distintos
tipos de
estudios

Los estudios se centraron más en describir las intervenciones que en valorar sus resultados. Los tipos de intervención que se describen son: atención domiciliaria, centros de CP - hospice, redes sociales y actividades, intervenciones individuales e intervenciones grupales. No se puede concluir qué formato de intervención es mejor, durante cuánto tiempo o hasta qué punto influyen las diferencias culturales sobre los resultados. Es posible que los ECA no sean el diseño ideal para este tipo de intervenciones.

1+/2+
/3/Q

- La atención domiciliaria (servicio general de enfermería) proporciona satisfacción a los cuidadores, pero no cubre todas sus necesidades.

2+

- Los servicios de respiro provocan sentimientos ambivalentes en los cuidadores, si bien son percibidos como importantes por éstos.

3

• Las redes sociales y de actividades para cuidadores tienen efectos positivos sobre éstos.	1+	modelo único va ser aceptable para todos los cuidadores ni va a cubrir todas las necesidades.	
• Las intervenciones individuales tienen una eficacia incierta. Son servicios con baja utilización y alto coste. En un estudio sólo se mostraron eficaces en el subgrupo de cuidadores con un grado más alto de sufrimiento.	2+	La revisión en el cuidado de adultos mayores ⁽³¹⁶⁾ concluye que existe evidencia moderada acerca de los programas de educación del cuidador y evidencia insuficiente acerca de los servicios de respiro y de las influencias étnicas sobre la percepción del rol de cuidador.	RS de distintos tipos de estudio 1+/2+/3/Q
• Las intervenciones grupales pueden no ser apropiadas para todos los cuidadores, como aquellos psicológicamente más vulnerables. La utilización es baja y son aceptables para cuidadores con perfiles demográficos concretos. Pueden mejorar el conocimiento, el afrontamiento y la satisfacción.	Varios	La guía NICE por su parte formula las siguientes recomendaciones: • Ofrecer a los cuidadores la posibilidad de expresar sus necesidades de apoyo e información, independientemente de las del paciente, teniendo en cuenta las preferencias étnicas o culturales. • Incorporar a los cuidadores a las entrevistas sobre tratamiento y cuidado cuando sea posible, siempre de acuerdo con el paciente. • Ofrecer a los cuidadores y familiares acceso a las fuentes de información, apoyo y consejo existentes.	GPC Opinión de expertos 4

La revisión de Harding⁽³¹⁷⁾ evalúa la evidencia de siete intervenciones y concluye que, más que buscar cambios espectaculares, hay que identificar los elementos útiles en las mismas. Los objetivos debe marcarlos el cuidador, no el profesional. La revisión subraya que ningún

Resumen de evidencia

3	Las necesidades de los cuidadores son: ayuda domiciliaria, apoyo, información, ayuda económica y ayudas para el cansancio, la ansiedad y el aislamiento. Los asuntos prioritarios para los cuidadores son la información y el apoyo psicológico ⁽³¹⁷⁾ .
2+	Existe mucha evidencia acerca de las necesidades no cubiertas de los cuidadores, pero poca sobre la efectividad de las intervenciones para cubrirlas. Ningún modelo único va ser aceptable para todos los cuidadores ni va a cubrir todas las necesidades ⁽³¹⁷⁾ .
1+/2+ /3/Q	La atención domiciliaria proporciona satisfacción a los cuidadores. Los servicios de respiro provocan sentimientos ambivalentes en los cuidadores y su aceptabilidad es variable. Las redes sociales y de actividades para cuidadores tienen efectos positivos sobre éstos. Las intervenciones individuales tienen una eficacia incierta, baja utilización y alto coste. Las intervenciones grupales no son apropiadas para todos los cuidadores, su utilización es baja y su aceptabilidad variable ⁽³¹⁷⁾ .
3/Q	Según distintos estudios, son factores determinantes para vivir el cuidado como carga la depresión o la vulnerabilidad del cuidador. Los factores predisponentes a esta vulnerabilidad son la carga de cuidado, disminución de las actividades propias del cuidador, miedo, inseguridad, soledad, enfrentamiento a la muerte y falta de apoyo ⁽³¹⁶⁾ .

Recomendaciones

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

9. Atención en los últimos días.**Agonía**

Las preguntas que se van a responder son:

- ¿Cómo debe ser la atención al enfermo y su familia en los últimos días de la vida?
- ¿Cuál es el tratamiento más adecuado de los estertores del moribundo?

9.1. Introducción

Los últimos días en la vida del enfermo, *fase terminal*, requieren una atención especial. En esta etapa pueden aparecer nuevas necesidades y causas de sufrimiento tanto para el enfermo como para la familia. Estas necesidades requieren un enfoque dirigido a potenciar el bienestar y el confort físico, emocional y espiritual; a fomentar la consecución de una muerte digna y en paz; y a apoyar a familiares y cuidadores para que el recuerdo de esta fase sea lo más positivo posible ⁽³¹⁸⁾.

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

La atención en los últimos días del paciente implica un diagnóstico adecuado, comprender las características del sufrimiento del enfermo, proporcionar los mejores cuidados y apoyar a la familia y a los allegados ⁽³¹⁸⁾.

9.2. Diagnóstico, signos y síntomas en la fase terminal del paciente moribundo

El primer reto que se plantea en esta fase es su reconocimiento, así como la comprensión de la multifactorialidad del sufrimiento.

Algunas de las características que identifican a la persona en esta fase final son:

- Aumento de la sensación de cansancio, debilidad y somnolencia
- Menor interés por levantarse de la cama o recibir visitas
- Menor interés por lo que sucede a su alrededor

- Mayor frecuencia de confusión, ocasionalmente acompañada de angustia y agitación

Algunos de estos aspectos pueden no ser nuevos; pero es importante, y también difícil, saber si el enfermo está en una fase terminal o se trata de una nueva recaída con remisión como ha podido suceder en el pasado, por las implicaciones que conlleva ⁽¹⁾.

Según un estudio prospectivo realizado en servicios de oncología, hospitales generales, equipos domiciliarios y centros especializados en CP de Cataluña ⁽³¹⁹⁾, los síntomas más frecuentes son anorexia, astenia, boca seca, confusión, estreñimiento, disnea, disfagia y ansiedad.

La valoración que otorgan cuidadores y médicos a los síntomas de los últimos días de la vida puede diferir de la del enfermo. En un estudio realizado en un *hospice* ⁽³²⁰⁾, los síntomas que mayor malestar producía a los pacientes durante la última semana de vida fueron la astenia, caquexia y anorexia, existiendo baja concordancia con la valoración de cuidadores y médicos. La concordancia entre enfermos y médicos fue buena sólo para el dolor, la disnea y la tos. Los médicos tendían a infravalorar síntomas relevantes para los enfermos y motivo de sufrimiento para ellos.

Los signos más claros de una muerte cercana se pueden valorar mediante una monitorización diaria del estado del enfermo ⁽³¹⁸⁾. En pacientes con cáncer, los signos que con frecuencia se asocian a la fase terminal son ⁽³²¹⁾: encamamiento del paciente, estado semicomatoso, ingesta limitada a líquidos o a pequeños sorbos, incapacidad para la administración oral de fármacos.

No obstante, el diagnóstico de la fase de agonía no está exento de dificultades, especialmente en pacientes no oncológicos (ver tabla 33), por ello es importante que los miembros del equipo estén de acuerdo, tanto en el pronóstico como en la información que se proporciona al enfermo y su familia.

Estudio
descrip-
tivo
3

Opinión
de ex-
pertos
4

Tabla 33. Superación de las barreras para el cuidado de los últimos días u horas ⁽³²¹⁾

Barreras para diagnosticar la fase terminal
1. Esperanza de que el paciente pueda mejorar
2. Ausencia de un diagnóstico definitivo
3. Conformidad con intervenciones poco realistas o fútiles
4. Desacuerdo acerca de la situación del paciente
5. Falta de reconocimiento de los signos y síntomas clave

6. Desconocimiento sobre pautas de prescripción
7. Dificultades en la comunicación con el enfermo y su familia
8. Dudas acerca de retirar o mantener los tratamientos
9. Miedo a acortar la vida
10. Dudas acerca de la resucitación cardiopulmonar
11. Barreras culturales y espirituales
12. Aspectos médico-legales

Efectos sobre el enfermo y su familia si el diagnóstico no se realiza

1. El paciente y la familia no son conscientes de que la muerte es inminente.
2. El paciente pierde la confianza en los médicos en la medida en que parecen ignorar que su condición se deteriora.
3. El paciente y sus familiares reciben mensajes contradictorios del equipo.
4. El paciente muere sin un adecuado control de síntomas, lo que produce sufrimiento e imposibilita una muerte digna.
5. El paciente y su familia se sienten insatisfechos.
6. Existe la posibilidad de iniciar de forma inapropiada la RCP en el momento de la muerte.
7. Las necesidades culturales y espirituales no se cubren.
8. Se corre el riesgo de que aparezcan complicaciones durante el duelo y de quejas formales sobre los cuidados.

Objetivos educativos para superar las barreras al diagnóstico de la fase terminal

1. Informar de forma sensible acerca de la muerte y la agonía.
2. Trabajar en equipo interdisciplinar.
3. Prescribir de forma adecuada: suspender tratamientos inapropiados, transición de la vía oral a la SC, prescribir fármacos apropiados para los síntomas en la agonía, utilizar bombas de infusión.
4. Reconocer los signos y síntomas claves en la agonía.
5. Describir un marco ético coherente con el paciente, en aspectos como la resucitación, la retirada o el mantenimiento de tratamientos, terapias que pueden acortar la vida o terapias fútiles.
6. Tener en cuenta los ritos o tradiciones culturales y religiosas.
7. Tener en cuenta aspectos médico-legales.
8. Derivar de forma apropiada a equipos especializados.

Una vez realizado el diagnóstico, el equipo puede reorientar los cuidados del enfermo y de su familia ⁽¹²⁾.

9.3. Atención del enfermo y su familia en los últimos días u horas de la vida

Aunque pueda resultar difícil para los profesionales reconocer y aceptar que el paciente ha entrado en esta fase, ello resulta imprescindible para poder atender las especiales demandas que presenta en diferentes campos ^(12; 321).

9.3.1. Cuidados físicos

- Revisar la medicación y suspender todos los tratamientos que no sean imprescindibles.
- Asegurarse de que esté disponible la medicación que pueda ser necesaria y

preparar alternativas a la vía oral (subcutánea o rectal).

- Suspender todas las pruebas e intervenciones innecesarias (exámenes de sangre, toma de signos vitales, etc.).
- Control de síntomas.

9.3.2. Aspectos psicológicos

- Explorar los temores y deseos del paciente.
- Permitir al paciente expresar su tristeza y ansiedad.
- Tranquilizarle respecto a los síntomas, asegurarle que se le ofrecerán todos los medios para aliviarlos.

9.3.3. Aspectos sociales o familiares

- Asegurarse de que la familia conoce el estado de muerte inminente del paciente.

Opinión
de ex-
pertos
4

- Utilizar un lenguaje claro, sin ambigüedades; no dar por supuesto el conocimiento sobre la agonía.
- Considerar todos los motivos de duda y preocupación que pueden surgir: cansancio, miedo a las responsabilidades, temor a no darse cuenta de que la muerte es inminente, sentimientos de culpa por momentos de distracción o descanso.
- Proporcionar un ambiente tranquilo donde pasar los últimos días con el paciente.

9.3.4. Aspectos espirituales

- Mostrarse receptivo respecto a las necesidades culturales y religiosas del paciente y de su familia.
- Facilitar el acceso del paciente a ritos, visitas de religiosos, etc. si así lo desea.

9.3.5. Aspectos relacionados con el entorno en el que el enfermo es atendido

- Intimidad.
- Higiene y facilidades para ir al baño, adecuadas a las necesidades de personas frágiles.
- Ambiente tranquilo y silencioso, libre de ruidos molestos.
- Espacio suficiente que permita a familiares y amigos sentarse de forma confortable con el paciente.
- Facilidades para que los familiares puedan pernoctar cerca del paciente, para recibir confort en momentos difíciles y para poder permanecer fuera de la habitación.

Los factores que influyen en la toma de decisiones sobre la muerte (en el domicilio, hospital, unidades de CP, etc.) varían en función

Opinión de expertos

4

de las necesidades del enfermo, los recursos disponibles y las preferencias tanto del enfermo como de la familia. En ocasiones, como resultado de la progresión de la enfermedad y del aumento de las necesidades, cambian las actitudes sobre la preferencia del lugar para morir, tanto del enfermo como de la familia. La persona enferma, en esta etapa de la vida, expresa ansiedad por el sentimiento de carga que supone para la familia y pide en ocasiones ser ingresada. Por otro lado, las organizaciones sanitarias deberían contar con sistemas y recursos flexibles para poder trasladar a pacientes que desean morir en casa y no cuentan con los necesarios medios o condiciones para ello⁽¹²⁾.

Para mayor información se recomienda consultar el protocolo de agonía de Liverpool última revisión 2010, en: LINK: <http://www.tewv.nhs.uk/Global/Polices%20and%20Procedures/Clinical/CLIN-0061-v1%20Liverpool%20Care%20Pathways%20Guidelines.pdf>

9.3.6. Estertores premortem

Los estertores del moribundo son un síntoma muy frecuente y específico en esta fase. Se refieren a los ruidos producidos por movimientos oscilatorios de las secreciones de las vías respiratorias superiores durante la inspiración y espiración. Generalmente se producen sólo en pacientes obnubilados o tan debilitados que no pueden expectorar⁽³²²⁾.

Los factores de riesgo asociados con más frecuencia a los estertores del moribundo son el cáncer de pulmón y cerebral, mientras que los estertores más refractarios al tratamiento se asocian más a patología cardiopulmonar (incluidos infección, edema pulmonar y aspiración)⁽³²²⁾.

Además de las medidas generales (posición semiprono para facilitar el drenaje postural, explicar el proceso fisiopatológico a los familiares, se recomienda utilizar fármacos antiseoretos, que deben iniciarse tan pronto como sea posible. El fármaco más utilizado en nuestro medio es butilescopolamina (N-butilbromuro de hioscina) por vía SC.

La dosis habitual de butilescopolamina (N-butilbromuro de hioscina) es en bolos SC de 20 mg/4-6 h o mediante infusor 100 mg/24h.

Resumen de evidencia

4	El reconocimiento de signos y síntomas clave del enfermo en los últimos días u horas de la vida es un proceso complejo. Los signos más claros de una muerte cercana se pueden valorar mediante una monitorización diaria del estado del enfermo ⁽³¹⁸⁾ . En pacientes con cáncer, los signos que con frecuencia se asocian a la fase terminal son ⁽³²¹⁾ : a) Encamamiento del paciente b) Estado semicomatoso c) Ingesta limitada a líquidos o sorbos d) Incapacidad para tomar fármacos por vía oral
3	Las series de casos sugieren que hasta el 75% de los pacientes con estertores del moribundo responden a fármacos antimuscarínicos (butilescopolamina/N-butilbromuro de hioscina) ⁽³²²⁾ .

Recomendaciones

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

10. Sedación paliativa

Las preguntas que se van a responder son:

- ¿Cuáles son las indicaciones para realizar una sedación paliativa?
- ¿Cómo debe ser el proceso de la toma de decisiones en la sedación paliativa?
- ¿Cuáles son los fármacos y las vías de administración recomendadas para realizar una sedación paliativa?

10.1. Introducción

El término *sedación* se ha empleado con distintos significados. En la revisión bibliográfica, se han encontrado cuatro revisiones relevantes en torno al concepto de sedación ⁽³²³⁻³²⁶⁾. La sedación puede ser *intermitente* (permite períodos de alerta) o *continua* (disminución del nivel de conciencia de forma permanente); *superficial* (permite la comunicación del paciente, verbal o no verbal) o *profunda* (mantiene al paciente en estado de inconsciencia) ^(324; 326). En los diferentes estudios existe una gran variabilidad en la frecuencia de los síntomas refractarios para cuyo alivio se utiliza la sedación.

En el marco de los CP, el objetivo de la sedación es el alivio del sufrimiento del enfermo mediante una reducción proporcionada del nivel de consciencia. Se entiende por *sedación paliativa* la administración deliberada de fármacos, en las dosis y combinaciones requeridas para reducir la consciencia de un paciente con enfermedad avanzada o terminal, tanto como sea preciso para aliviar adecuadamente uno o más síntomas refractarios y con su consentimiento explícito ⁽³²⁶⁾. La *sedación en la agonía* es un caso particular de la sedación paliativa, y se define como la administración deliberada de fármacos para lograr

el alivio, inalcanzable con otras medidas, de un sufrimiento físico o psicológico, mediante la disminución suficientemente profunda y previsiblemente irreversible de la conciencia en un paciente cuya muerte se prevé muy próxima ⁽³²⁶⁾.

10.2. Proceso de la sedación paliativa en la agonía

El proceso de sedación paliativa en la agonía tiene que cumplir una serie de requisitos ⁽³²⁴⁾:

- Una indicación terapéutica correcta.
- El consentimiento explícito del enfermo, o de la familia si el enfermo fuera incompetente.
- Información clara y completa del proceso, con registro en la historia clínica.
- Administración de fármacos en las dosis y combinaciones necesarias hasta lograr el nivel de sedación adecuado.

10.2.1. Indicación terapéutica

Una correcta prescripción de la sedación paliativa requiere:

- Una cuidadosa evaluación del diagnóstico del final de la vida.
- La presencia de síntomas y de sufrimiento físico o psíquico refractario.
- Una evaluación de la competencia del paciente a la hora de tomar las decisiones ^(324; 326).

Opinión
de ex-
pertos
4

Diagnóstico de final de la vida (terminalidad)

Además de la predicción clínica, puede ser de utilidad el empleo de instrumentos validados para estimar la supervivencia o el estado funcional, como el índice PaP o la escala funcional de Karnofsky, y la presencia de los factores pronósticos (ver capítulo 4.4).

Síntomas y sufrimiento refractario

Por *síntoma refractario* se entiende aquél que no puede ser adecuadamente controlado a pesar de los esfuerzos para hallar un tratamiento tolerable, que no comprometa la conciencia, y en un plazo de tiempo razonable. Resulta crucial distinguir entre *sufrimiento evitable* y *no evitable*, para determinar sobre qué aspectos del sufrimiento evitable es posible intervenir (a través del control de síntomas, intervenciones psicosociales, cuidado del entorno, etc.)⁽²²⁾. Cuando se agotan las posibilidades de intervención, se entiende que el sufrimiento es refractario. En caso de incertidumbre acerca de la refractariedad de un síntoma, se recomienda consultarlo con otros expertos⁽³²⁴⁾.

Es necesario asegurarse de que se han agotado las posibilidades de intervención en el control de síntomas. Esto resulta especialmente importante en el caso del dolor. Antes de decidir un procedimiento de sedación se debe garantizar un correcto tratamiento del dolor⁽³²⁷⁾.

Evaluación de la competencia del paciente a la hora de tomar las decisiones

Resulta crucial evaluar la competencia del enfermo, es decir, su capacidad para comprender la información relevante, expresar sus deseos y conocer las implicaciones de su decisión⁽³²⁴⁾. La competencia del enfermo debería ser valorada por un equipo con experiencia. En este punto se muestra clave la implicación y la coordinación con el médico de atención primaria.

10.2.2. Consentimiento del enfermo

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

Enfermo competente

El consentimiento verbal se considera suficiente⁽³²⁶⁾, si bien en ocasiones podría realizarse por escrito. Siempre debe quedar constancia del mismo en la historia clínica.

Opinión
de ex-
pertos
4

Legisla-
ción
LG

Enfermo incompetente

Verificar si existen Decisiones Anticipadas. Si el enfermo no hubiera dejado constancia escrita de sus deseos en relación a las decisiones en el final de la vida, el equipo médico debe valorar los deseos del paciente con su familia o allegados, considerando los valores y los deseos previamente expresados (se tendrá en cuenta la posibilidad de que el médico de cabecera haya podido recoger sus deseos en distintas consultas, y es recomendable que consten en su historia clínica). En este caso, el proceso de comunicación con la familia deberá reunir los mismos requisitos que se precisan para obtener el consentimiento del enfermo y que se han descrito al hablar de la evaluación de la competencia del enfermo.

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

Privilegio terapéutico

Si el paciente ha manifestado expresamente su voluntad de no ser informado se tendrá en cuenta su mejor interés, determinado por la indicación terapéutica y con el consentimiento expreso de su familia.

Información a comunicar

El equipo debe determinar y sopesar individualmente los beneficios y los posibles daños de la información que se revelará⁽³²⁴⁾, que constará de los siguientes datos:

- Situación del enfermo: situación física, incurabilidad, supervivencia esperada.
- Sufrimiento (presencia de sufrimiento refractario, causas del sufrimiento, tratamientos que se han probado, razonamiento de la decisión de la sedación).
- Objetivo de la sedación (alivio del sufrimiento).
- Método de sedación: medicación que reduce el nivel de conciencia, con opción de discontinuar la sedación.
- Efectos de la sedación: sobre el nivel de conciencia, comunicación, ingesta oral, supervivencia, posibilidad de complicaciones.
- Tratamientos y cuidados tras la sedación, para maximizar el confort.
- Resultados esperados si no se realiza la sedación: otras opciones, grado de sufrimiento, supervivencia esperada.

Los profesionales sanitarios deben considerar de manera cuidadosa las preferencias del paciente y de la familia, aclarando a la familia que su papel es el de estimar el deseo de la persona, que los familiares no son totalmente responsables de todas las decisiones del paciente y que el equipo comparte la responsabilidad de la decisión de la sedación⁽³²⁴⁾.

10.2.3. Información al equipo terapéutico

Se recomienda que los profesionales implicados en la atención del paciente conozcan el proceso de la sedación (ver figura 12).

10.2.4. Administración de fármacos

Existe poca evidencia científica con respecto a qué medicación y a qué dosis debe utilizarse para la sedación paliativa ^(323; 324; 328).

En una revisión sobre sedación terminal en medicina paliativa se describieron 11 fármacos no opioides a dosis variables. Midazolam fue el fármaco más utilizado, con una

eficacia que osciló entre el 75%-100%; ningún fármaco se mostró superior a los otros ⁽³²⁸⁾.

Los grupos farmacológicos empleados habitualmente para la sedación son las benzodiazepinas (midazolam), los neurolepticos (levomepromazina), los barbitúricos (fenobarbital) y los anestésicos (propofol) ⁽³²⁹⁾. Los opioides no están recomendados como medicación específica para la inducción de la sedación paliativa, pero se emplearán de manera concomitante si el síntoma refractario es el dolor o la disnea y también en el caso de que el paciente los estuviera tomando previamente ^(328; 329) (ver tabla 34).

RS de series de casos
3

Figura 12. Proceso de la sedación

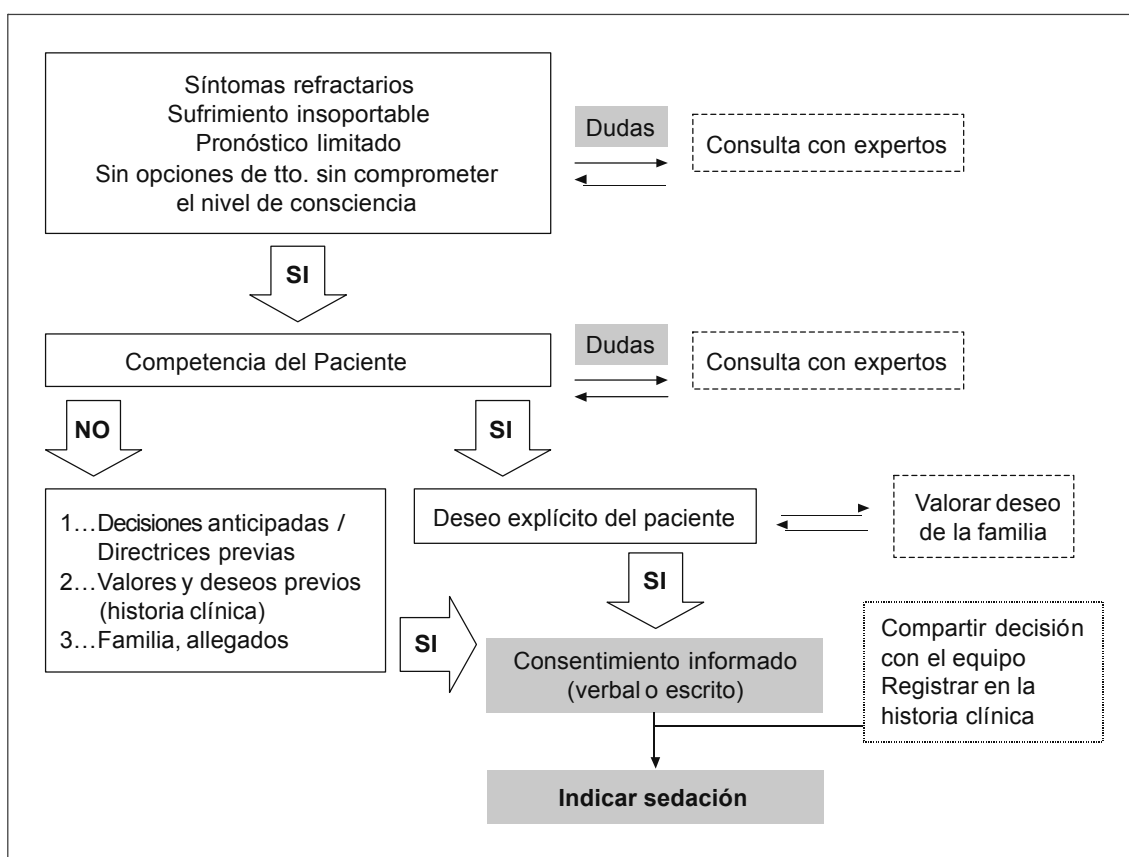


Tabla 34. Fármacos y dosis orientativas para la sedación paliativa

Fármaco	Dosis subcutáneas	Dosis intravenosas
Midazolam (ampollas 15 mg/3 ml)	Inducción (bolos): 2,5-5 mg* Inicial ICSC: 0,4-0,8 mg/h* Rescate (bolos): 2,5-5 mg* Máxima diaria: 160-200 mg	Inducción (bolos): 1,5-3 mg/ 5 minutos Inicial ICIV: inducción x 6 Rescate (bolos) = inducción
Levomepromazina (ampollas 25 mg/1 ml)	Inducción (bolos): 12,5-25 mg Inicial ICSC: 100 mg/día Rescate (bolos): 12,5 mg Máxima diaria: 300 mg	Habitualmente, la mitad de la dosis por vía SC

* Dosis doble en pacientes que ya tomaban previamente BZD.

ICSC: infusión continua subcutánea.

ICIV: infusión continua intravenosa.

Tras iniciar el tratamiento farmacológico se recomienda monitorizar el nivel de sedación del paciente, utilizando para ello instrumentos como la escala de Ramsay (ver tabla 35) y dejando constancia de ello en la historia clínica ^(326; 330).

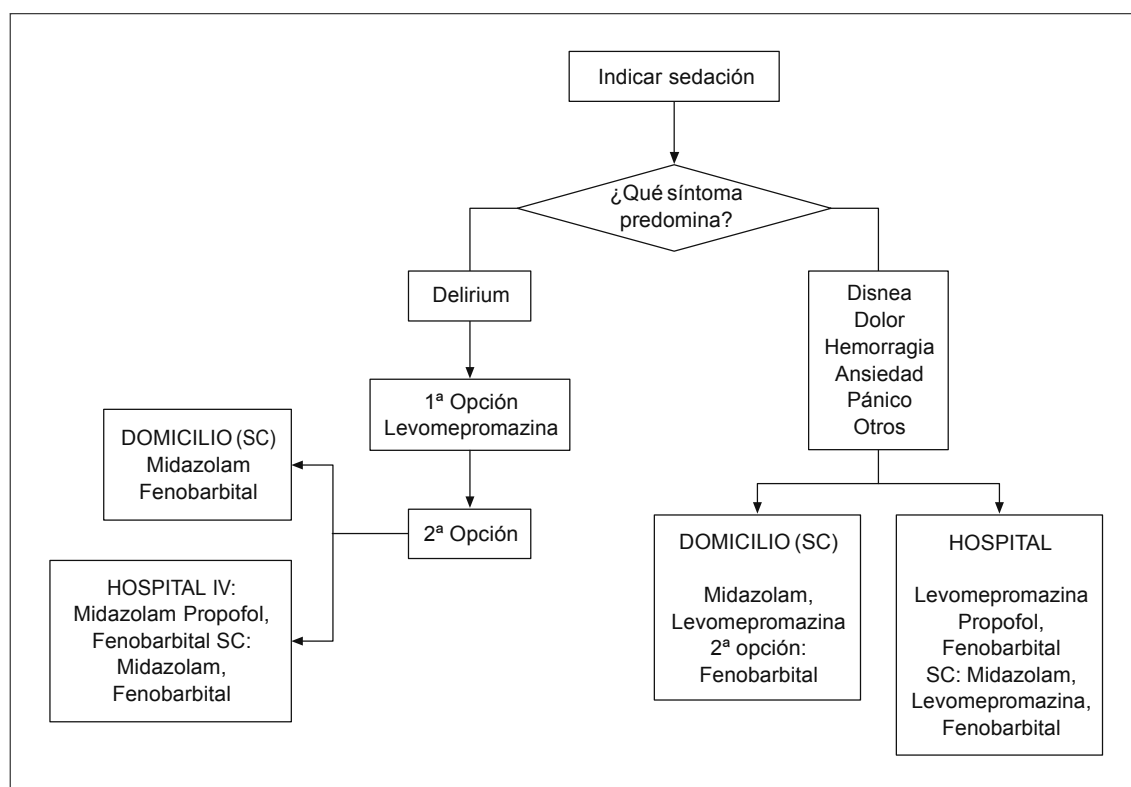
Opinión
de ex-
pertos
4

Tabla 35. 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 glabellar o estímulo doloroso
Nivel V	Paciente con respuesta perezosa a la presión glabellar o estímulo doloroso
Nivel VI	Paciente sin respuesta

En la figura 13 se propone un algoritmo para el uso de fármacos en la sedación, en función de los síntomas predominantes ^(326; 330).

Figura 13. Algoritmo para el uso de fármacos en la sedación



10.2.5. Consideraciones éticas y legales

Los principios éticos y legales de la sedación son ⁽³²⁴⁾:

- Indicación y práctica adecuada.
- Intencionalidad: el objetivo es el alivio del sufrimiento.
- Principio de proporcionalidad: considerando la situación del paciente, la intensidad del sufrimiento, la ausencia de otros métodos paliativos y la supervivencia estimada, la sedación es la opción más proporcionada

Opinión
de ex-
pertos
4

entre las posibles. Implica realizar un balance entre los beneficios (alivio del sufrimiento) y los riesgos e inconvenientes (disminución del nivel de consciencia, efecto sobre la supervivencia).

- Principio de autonomía: en la Ley Orgánica de la Salud, en el capítulo sobre los derechos y deberes de las personas y del Estado en relación con la salud, Art. 7.- h) Ejercer la autonomía de su voluntad a través del consentimiento por escrito y tomar decisiones respecto a su estado de salud y procedimientos de diagnóstico y tratamiento, salvo en los casos de urgencia, emergencia o

Legisla-
ción
LG

riesgo para la vida de la personas y para la salud pública⁽³³¹⁾.

Las excepciones son el *privilegio terapéutico* (deseo expreso del paciente de no ser informado o el convencimiento total o casi total de que la información supone un mayor perjuicio al enfermo. En el enfermo no competente, la sedación requiere el consentimiento delegado. Tanto si el paciente

es competente como si no lo es, se recomienda consensuar siempre las decisiones con su familia.

Asimismo, el equipo debe decidir sobre la cantidad de información que se comunica y la manera de comunicarla. Se debería informar del carácter voluntario de la decisión de sedación. El equipo tiene que confirmar que la decisión del paciente no está afectada por presión psicológica o social.

Resumen de evidencia

4	Se entiende por <i>sedación paliativa</i> la administración deliberada de fármacos, en las dosis y combinaciones requeridas para reducir la consciencia de un paciente con enfermedad avanzada o terminal, tanto como sea preciso para aliviar adecuadamente uno o más síntomas refractarios, y con su consentimiento explícito ⁽³²⁶⁾ .
4	La <i>sedación en la agonía</i> es un caso particular de la sedación paliativa y se define como la administración deliberada de fármacos para lograr el alivio, inalcanzable con otras medidas, de un sufrimiento físico o psicológico, mediante la disminución suficientemente profunda y previsiblemente irreversible de la conciencia en un paciente cuya muerte se prevé muy próxima ⁽³²⁶⁾ .
3	El 75%-100% de los pacientes responden a la sedación. Midazolam es el fármaco más utilizado ⁽³²⁸⁾ .

Recomendaciones

D	El proceso de sedación paliativa o en la agonía requiere: - 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. - 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.
D	La correcta prescripción de la sedación paliativa en la agonía requiere: - Una cuidadosa evaluación del diagnóstico del final de la vida. - Presencia de síntomas y de sufrimiento físico o psíquico refractario. - 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: - Primero, existen Decisiones Anticipadas. - En ausencia de decisiones anticipadas, el equipo médico debe valorar los deseos del paciente con la familia o los allegados, considerando los valores y los deseos previamente expresados. - 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.

11. Duelo

Las preguntas que se van a responder son:

- ¿Cuál es la definición de duelo normal y cuáles son sus fases y manifestaciones?
- ¿Cuál es la definición de duelo complicado y cuáles son sus manifestaciones?
- ¿Cuáles son los factores de riesgo para el duelo complicado y cómo se valoran?
- ¿Cuál es la eficacia de las intervenciones en el duelo normal, el duelo de riesgo y el duelo complicado?

11.1. Duelo normal: definición, fases y manifestaciones

Se define el *duelo* humano como la reacción natural matizada por el entorno sociocultural, normal y esperable, de adaptación a la pérdida de un ser querido ⁽³³²⁾, que sufren familiares y amigos antes, durante y después de su fallecimiento. Es una experiencia de sufrimiento total, entendiendo por tal el proceso físico, psicoemocional, sociofamiliar y espiritual por el que pasa el doliente en todos esos momentos; e incluye el conjunto de expresiones conductuales, emocionales, sociofamiliares y culturales del mismo ^(333; 334).

La reacción de duelo se caracteriza además por ser única, es una vivencia completamente personal e intransferible; dinámica, cambiante momento a momento; y con una cronología compleja, no se sabe muy bien cuándo empieza ni cuándo acaba ⁽³³²⁾.

El duelo empieza mucho antes de la muerte, *duelo anticipado*; se dispara dramáticamente en los momentos alrededor del fallecimiento (horas, días), *duelo agudo*; continúa después como *duelo temprano* (semanas, meses), *intermedio* (meses, años) y *tardío* (años). Y probablemente no se acaba nunca, siempre queda una marca indeleble en la persona, *duelo latente*, que se puede reactivar en cualquier momento ⁽³³²⁾. Al principio, predomina la incredulidad; luego, el doliente sufre y desea con vehemencia la vuelta del fallecido; vienen después el enfado y la rabia, y la enorme y profunda tristeza; finalmente, y poco a poco, se infiltra la aceptación ⁽³³⁵⁾.

El duelo humano no es una enfermedad, pero es un acontecimiento vital estresante de primera magnitud; de hecho, la muerte de un hijo o hija, o del cónyuge, son consideradas las situaciones más estresantes por las que puede pasar una persona ^(336; 337).

En el duelo se pueden presentar una gama muy amplia de manifestaciones normales:

- Físicas: pérdida de apetito, alteraciones del sueño, pérdida de energía y agotamiento y diversas quejas somáticas (algunas relacionadas con la enfermedad que tuvo el fallecido).
- Conductuales: agitación, llanto, cansancio y aislamiento.
- Cognitivas: pensamientos obsesivos acerca del fallecido, baja autoestima, autoreproches, sensación de indefensión, desesperanza, sensación de irrealidad y problemas con la memoria y la concentración.
- Afectivas: tristeza, desesperación, ansiedad, culpa, enfado y hostilidad, anhedonia y soledad ⁽³³⁸⁾.

A veces se asocia a problemas de salud, como depresión, ansiedad generalizada, crisis de angustia, abuso de alcohol o psicofármacos; y el duelo prolongado, a un aumento de la mortalidad por suicidio y eventos cardiovasculares, y a una mayor demanda de apoyo sanitario ⁽³³²⁾.

La mayoría de las personas se sobreponen a la pérdida y afrontan de forma efectiva el duelo *duelo normal*, e incluso

algunas se crecen en la adversidad *resiliencia*; pero a veces las circunstancias hacen que el proceso sea especialmente difícil *duelo de riesgo* y que en ocasiones se complique *duelo complicado* ^(332; 333).

La personalidad, la historia personal, las vivencias en relación con pérdidas previas o el momento vital de la persona son factores determinantes en la forma de manifestar el duelo y en su evolución posterior.

Se considera el *duelo complicado* una reacción de mala adaptación a la pérdida, que puede manifestarse como un trastorno por duelo prolongado, depresión, ansiedad o deterioro en la salud física ⁽³³⁹⁾.

11.2. Atención al duelo: organización

De cara a planificar y organizar la atención al duelo, el reto consiste en distinguir entre duelo normal y complicado, y en identificar a las personas de mayor riesgo ^(332; 333; 339). Ello se justifica por el hecho de que la evidencia actual no apoya la intervención profesional formal y estructurada en el duelo normal, pero aquellas personas con duelo de riesgo podrían beneficiarse de un seguimiento o de una intervención precoz, y las personas con duelo complicado requerirán un apoyo especializado ^(12; 334; 340-344).

La guía NICE establece un modelo de atención al duelo de tres componentes, para ser implementado en todos los servicios de oncología británicos:

- A la mayoría de los dolientes les basta con el apoyo de sus familiares y amigos; aquí el papel de los profesionales es proporcionar información acerca del duelo y sobre los recursos disponibles.
- Algunos dolientes necesitan una oportunidad más formal para reflexionar sobre su pérdida; esta labor la pueden desarrollar voluntarios, grupos de autoayuda, asesores espirituales, o profesionales, que estarán muy atentos al riesgo y a la detección precoz de problemas asociados al duelo por si fuera necesaria una atención más especializada.
- Una minoría de dolientes requerirá atención especializada, que será proporcionada principalmente por equipos de salud mental, psicoterapeutas o expertos en duelo.

11.3. Factores de riesgo de duelo complicado y su valoración

El riesgo de padecer un duelo complicado se refiere al grado de susceptibilidad que tiene el doliente de padecer los problemas de salud asociados al duelo (duelo prolongado, depresión, ansiedad, etc.).

Opinión
de ex-
pertos
4

Opinión
de ex-
pertos
4

La identificación del riesgo forma parte de los CP. Es un proceso en el que se valoran los factores de riesgo y las probabilidades de desarrollar un duelo complicado mediante las siguientes fuentes:

- Las mejores evidencias disponibles
- El juicio clínico
- La información obtenida acerca del entorno familiar o procedente de él. En este punto, el genograma puede ser de ayuda para conocer la estructura familiar, sus recursos y capacidades y sus posibles disfunciones, e identificar los miembros con mayor riesgo (340).

La evaluación del riesgo abarca no sólo al cuidador principal, sino también a los familiares más cercanos y a las personas que tienen una relación significativa con el enfermo, lo que permite dirigir los cuidados de duelo más intensivos a las personas que más los necesitan (340).

Existe una guía específica sobre la valoración de riesgo de duelo complicado en CP que realiza una búsqueda y evaluación exhaustiva de este aspecto (340).

De acuerdo con los resultados de dicha revisión, y en ausencia de una evidencia adecuada que permita discernir los distintos estilos de afrontamiento, la valoración del riesgo implica cuatro categorías de información:

1. Características de la enfermedad, de los cuidados terminales y de la naturaleza de la muerte:
 - Muerte repentina o inesperada, especialmente, a) si se ha producido en circunstancias traumáticas; b) si supone un estigma (suicidio, homicidio, SIDA); o c) si el doliente no ha tenido ocasión de prepararse o anticiparla.
 - Enfermedad excesivamente corta (doliente con sensación de no estar preparado).
 - Enfermedad prolongada y doliente en edad media (una larga enfermedad puede sobrepasar los mecanismos de adaptación de los familiares).
2. Características del doliente:
 - Fase del ciclo vital: especialmente cuando el doliente es un adolescente, una persona que enviuda joven o anciana, o una madre viuda o separada.

- Historia de pérdidas previas, especialmente no resueltas: infidelidad, divorcio o abortos.
- Factores estresantes concurrentes: tensiones familiares, problemas económicos o laborales, insatisfacción con los cuidados o abuso de alcohol o psicofármacos.
- Enfermedad física o mental: especialmente, problemas de salud mental que han requerido tratamiento psiquiátrico o psicológico, o historia familiar de trastornos psiquiátricos.
- Intenso sufrimiento durante la enfermedad, antes de la muerte.
- Mala adaptación inicial a la pérdida, expresada como sufrimiento emocional intenso o depresión severa.
- Incapacidad o limitación en el uso de las estrategias de afrontamiento: cuidado físico, identificación de aspectos importantes del proceso de duelo, búsqueda de un significado en la pérdida, modulación del sufrimiento del duelo, diferenciación entre *dejar ir* y *olvidar*, o acceder a las ayudas disponibles.
- Soledad. Personas solitarias o distantes.
- Poco control interno sobre las creencias; por ejemplo, sentir que no controla su propia vida.

3. Relaciones interpersonales:
 - La disponibilidad de apoyo social, especialmente si las personas que lo rodean no lo apoyan o el doliente lo percibe como tal, o son percibidas como antagónicas o poco amistosas.
 - El doliente no tiene una persona de confianza con quien compartir sus sentimientos, dudas, preocupaciones o cuestiones existenciales.
 - La experiencia del duelo altera la red de apoyo social; por ejemplo, no encontrarse con sus viejos amigos con la misma frecuencia que antes del fallecimiento.
 - El doliente no está satisfecho con la ayuda disponible durante la enfermedad.
 - El apoyo de familiares y amigos antes del fallecimiento fue bueno, pero después disminuyó.

• Relación ambivalente o dependiente con el fallecido. • Matrimonios con una relación especialmente buena, duradera y exclusivista. • Familias con bajos niveles de cohesión, comunicación y capacidad para resolver conflictos.		El duelo complicado es a menudo difícil de distinguir de la depresión, la ansiedad o el trastorno por estrés postraumático, enfermedades a veces asociadas al duelo y con cuya sintomatología se solapan, por lo que su definición es muy controvertida ^(344; 347).
4. Características del fallecido: • Niño o adolescente. • Muerte de un hijo por un problema hereditario, o de forma repentina o violenta. • Progenitores, adolescentes o adultos jóvenes; especialmente, si el padre o la madre que sobrevive tiene pocas capacidades de afrontamiento.	Estudios descriptivos 3	Para diagnosticar el duelo complicado —denominado ahora <i>Trastorno por duelo prolongado</i>— se pueden usar los siguientes criterios, propuestos por Prigerson <i>et al</i> ⁽³⁴⁷⁾ para ser incluidos en la quinta edición del <i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i> (DSM-V) de la American Psychiatric Association, en un intento de que se reconozca el duelo complicado como un trastorno mental específico y no como una subcategoría, como ocurre actualmente en el <i>DSM-IV</i>: 1. Criterio A. Presentar a diario, al menos uno de los siguientes síntomas: • Pensamientos intrusivos (que entran en la mente sin control) acerca del fallecido. • Punzadas de dolor incontrolable por la separación. • Añoranza (recordar la ausencia con una enorme y profunda tristeza) intensa del fallecido.
El peso de los diferentes factores que facilitan el duelo ha sido poco investigado. Estos factores serían los siguientes: • Cambios positivos en la autopercepción: sentirse más fuerte, sabio, maduro e independiente, y más capaz de enfrentar otras crisis; comprender mejor a los demás; sentirse más paciente, tolerante, empático y templado; y ser más capaz de expresar emociones, pensamientos y sentimientos. • Cambios positivos relacionados con el soporte social: se refuerzan los lazos familiares y con los amigos, y se tienen experiencias más positivas con la red social de apoyo. Además, el optimismo y la esperanza también facilitan el afrontamiento ⁽³⁴⁰⁾.	Estudios descriptivos, opinión de expertos 3,4	2. Criterio B. Presentar a diario, al menos cinco de los nueve síntomas siguientes: • Confusión acerca de cuál es el papel de uno en la vida o sentir que se ha muerto una parte de sí mismo. • Dificultad para aceptar la realidad de la pérdida. • Intento de evitar todo lo que recuerde que su ser querido ha muerto. • Sensación de incapacidad de confiar en los demás desde el fallecimiento. • Amargura o enfado en relación con el fallecimiento. • Sentirse mal por seguir adelante con su vida (p. ej. hacer nuevas amistades o interesarse por cosas nuevas). • Sentirse frío e insensible (emocionalmente plano) desde el fallecimiento. • Sentir que la vida es frustrante, que sin el fallecido está vacía y que no tiene sentido. • Sentirse como «atontado», aturdido o conmocionado.
Se han realizado algunos intentos de cara a construir instrumentos para medir el riesgo de duelo complicado, tales como el Index Risk de Parkes y Weiss ⁽³⁴⁵⁾ (ver anexo 2), adaptado al castellano por García <i>et al.</i> ⁽³⁴⁶⁾; pero todavía es preciso investigar más en este área. La guía de Aranda & Milne recomienda el juicio clínico del profesional, como elemento pronóstico principal, y la revisión de un listado que recoja los factores de riesgo referidos anteriormente ⁽³⁴⁰⁾.	Estudios de prueba diagnósticos	
11.4. 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 ⁽³⁴⁴⁾.	Opinión de expertos 4	3. Criterio C. La duración de estos síntomas es al menos de seis meses. 4. Criterio D. Estos síntomas causan un malestar clínicamente significativo o un importante deterioro de la vida social, laboral u otras actividades significativas

(p. ej. responsabilidades domésticas) de la persona en duelo.

11.5. Eficacia de las intervenciones en el duelo

Existen varias revisiones sistemáticas acerca de la eficacia de las intervenciones en duelo; la mayoría de ellas incluyen estudios con problemas metodológicos (pocos sujetos, sin asignación aleatoria, factores de confusión, etc.), y tienen una enorme heterogeneidad en las poblaciones a estudio (se incluyen personas en duelo normal, de riesgo y complicado) y en intervenciones.

RS de
ECA
estudios
de inter-
vención
1+/2+

Sin embargo, hay que destacar que los resultados obtenidos en las distintas revisiones sistemáticas son bastante consistentes.

En el metaanálisis de Allumbaugh & Hoyt⁽³⁴⁸⁾ se incluyeron 35 estudios (13 sin grupo control y 22 con grupo control y asignación aleatoria), 2.284 sujetos, el 84% mujeres, y la media del tiempo transcurrido desde el fallecimiento era de 27 meses. El tamaño de efecto de las intervenciones (individuales, grupales, etc.) fue moderado, con una diferencia estandarizada de medias de 0,43 (IC 95%: 0,33-0,52). Los autores concluyeron en su revisión lo siguiente:

El tamaño de efecto de las intervenciones en duelo es pequeño si se compara con otras técnicas psicoterapéuticas.

Los mejores resultados se obtienen en los estudios de intervención en los que es el propio doliente quien demanda la ayuda y en los que la intervención comienza unos pocos meses después de la pérdida.

La tesis doctoral de Von Fortner⁽³⁴²⁾, en base a la limitada eficacia encontrada, concluye lo siguiente:

RS de
ECA
estudios
de inter-
vención
1+/2+

El asesoramiento psicológico (*counselling*) u otras formas de terapia psicosocial no tienen ninguna justificación en personas con duelo normal; incluso pueden llegar a ser perjudiciales. Parecen ser de ayuda en personas con duelo de riesgo o duelo complicado.

Las RS posteriores muestran resultados en la misma línea. La revisión de Genevro *et al.*⁽³³³⁾ concluye lo siguiente:

RS de
ECA
estudios
de inter-
vención
1+/2+

Las intervenciones en adultos con duelo normal «no pueden considerarse beneficiosas en términos de disminuir los síntomas relacionados con el duelo», pudiendo ser incluso perjudiciales.

Las intervenciones en adultos con duelo de riesgo aportan algún beneficio, por lo menos a corto plazo.

En adultos con duelo complicado no hay mucha evidencia, pero el análisis de los datos refleja un efecto positivo con terapias de orientación psicodinámica o cognitivo-conductual; y, en el caso de depresión asociada al duelo, con antidepresivos tricíclicos (nortriptilina) y psicoterapia.

En niños y adolescentes, estrategias como la de proporcionar información y educación en duelo, oportunidades para expresar los sentimientos y entenderlos, recordar y conmemorar el aniversario de la muerte, y facilitar y mejorar la comunicación en la familia parecen ser eficaces, especialmente en las niñas.

La revisión de Forte *et al.*⁽³⁴¹⁾ concluye lo siguiente:

Hay una buena evidencia a favor del tratamiento farmacológico de la depresión en el duelo.

Para otras formas de intervención no hay unos patrones consistentes de tratamiento que disminuyan el duelo *per se*.

La revisión de Wimpenny *et al.*⁽³³⁴⁾ concluye lo siguiente:

La mayoría de las personas en duelo no requieren asesoramiento psicológico profesional.

Éste puede ser beneficioso en muertes inesperadas, traumáticas o con poco apoyo sociofamiliar.

Las intervenciones evaluadas en los diferentes estudios son muy variables:

RS de
ECA
estudios
de inter-
vención
1+/2+

Intervenciones de apoyo: grupos de autoayuda, programas individuales, (*widow to widow*), voluntarios, asesoramiento psicológico (*counselling*) individual, familiar, de pareja y grupal, etc.

Intervenciones psicoterapéuticas: terapias cognitivo-conductuales (reestructuración cognitiva, solución de problemas, desensibilización, etc.), psico-dinámicas, psicoanalíticas, interpersonales, grupales, etc.

Intervenciones psicofarmacológicas: antidepresivos tricíclicos y benzodiazepinas.

Sin embargo, la evidencia disponible no permite obtener conclusiones claras acerca de cuál es la intervención más eficaz en duelo, con las excepciones del asesoramiento psicoemocional en el duelo en niños o adolescentes y el duelo de riesgo en adultos, la psicoterapia psicodinámica o cognitivo-conductual en el duelo complicado en adultos, o los antidepresivos combinados con psicoterapia en la depresión asociada al duelo

(333; 334; 341; 344).

Hay un reciente ensayo clínico ⁽³⁴⁹⁾, realizado en varias unidades de cuidados intensivos de Francia, en el que se comprueba la eficacia de una reunión estructurada del personal de la UCI adiestrado, con apoyo de psicólogos,

ECA
1+

con familiares de un paciente en FFV (de aproximadamente 30 minutos de duración) y la entrega de un folleto informativo sobre el duelo, y en el que se obtienen resultados positivos a los 60 días del fallecimiento.

Resumen de evidencia

2+	La mayoría de las personas afrontan de forma efectiva el duelo, pero un 10%-20% de las personas tienen dificultades importantes en su proceso de adaptación ^(333; 334; 344) .
2+	La valoración de los factores de riesgo implica cuatro categorías de información (340): a) Características de la enfermedad, de los CP y de la naturaleza de la muerte b) Características del doliente c) Relaciones interpersonales d) Características del fallecido
1+/2+	Las intervenciones en duelo normal no son eficaces, incluso pueden ser perjudiciales; en duelo de riesgo puede haber un cierto beneficio; y en duelo complicado son eficaces ^(333; 334; 342; 344; 348) .
1+/2+	Las intervenciones evaluadas en los distintos estudios son muy variables, pero la evidencia disponible no permite concluir cuál es la terapia más eficaz, exceptuando el asesoramiento psicológico en el duelo en niños y adolescentes y en el duelo de riesgo, las terapias de orientación psicodinámicas y cognitivo-conductuales en el duelo complicado, y la psicoterapia junto con antidepresivos en la depresión asociada al duelo ^(333; 334; 342; 344; 348) .

Recomendaciones

D	La identificación del riesgo de duelo complicado debería realizarse en base a lo siguiente: a) Los factores de riesgo b) El juicio clínico c) La información acerca del entorno familiar (genograma) o procedente de éste Se requieren estudios que valoren adecuadamente la validez de las escalas disponibles (como el Index Risk de Parkes y Weiss).
B	No se recomiendan las intervenciones formales o estructuradas en el duelo normal.
D	En el duelo normal se recomienda proporcionar información acerca del duelo y sobre los recursos disponibles, y apoyo emocional básico.
B	En el duelo de riesgo se recomienda realizar un seguimiento regular, con apoyo emocional, valorando individualmente la necesidad de psicoterapias específicas y estructuradas.
B	Se recomienda derivar a servicios especializados (psicología, psiquiatría, etc.) a la persona con duelo complicado para que reciba atención específica y estructurada.
D	Los profesionales que atienden a los pacientes en la FFV y a sus familiares deberían tener acceso a una formación elemental en duelo que les capacite para proporcionar cuidados básicos a los dolientes, comprender y explorar sus necesidades, valorar los factores de riesgo, y detectar a las personas con duelo complicado y derivarlas a un servicio especializado.

Anexos

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
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
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
D	Evidencia científica de nivel 3 ó 4; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2+

Los estudios clasificados como 1- y 2- no deben usarse en el proceso de elaboración de recomendaciones por su alta posibilidad de sesgo.

Buena práctica clínica

√1	Práctica recomendada, basada en la experiencia clínica y el consenso del equipo redactor.
----	---

¹ En ocasiones, el grupo elaborador encuentra aspectos prácticos importantes que es necesario destacar y para los cuales no se ha encontrado ninguna evidencia científica. En general, estos casos están relacionados con algún aspecto del tratamiento que nadie cuestionaría habitualmente y son valorados como puntos de buena práctica clínica. No son una alternativa a las recomendaciones basadas en la evidencia científica, sino que deben considerarse únicamente cuando no existe otra manera de destacar dicho aspecto.

Anexo 2. Escalas

INSTRUMENTO NECPAL CCOMS-ICO©*/**

(Necesidades Paliativas)

INSTRUMENTO PARA LA IDENTIFICACIÓN DE PERSONAS EN SITUACIÓN DE ENFERMEDAD AVANZADA – TERMINAL Y NECESIDAD DE ATENCIÓN PALIATIVA EN SERVICIOS DE SALUD Y SOCIALES

¿Para qué sirve el instrumento NECPAL CCOMS-ICO©?

- Se trata de una estrategia de identificación de enfermos que requieren medidas paliativas, especialmente en servicios generales (Atención Primaria, servicios hospitalarios convencionales, etc.)
- La intención del instrumento NECPAL CCOMS-ICO© es identificar enfermos que requieren medidas paliativas de cualquier tipo

- Una vez identificado el paciente, hay que iniciar un enfoque paliativo consistente en la aplicación de las recomendaciones que se explicitan en los 6 Pasos para una Atención Paliativa (ver más adelante)
- La identificación de esta situación **no contraindica ni limita medidas de tratamiento específico de la enfermedad** si están indicadas o pueden mejorar el estado o la calidad de vida de los enfermos
- Las medidas paliativas pueden ser implementadas por cualquier equipo en cualquier servicio de salud

¿Para qué NO sirve el instrumento NECPAL CCOMS-ICO®?

- Para determinar el pronóstico ni la supervivencia
- Para contraindicar, necesariamente, la adopción de medidas de control de la enfermedad ni el tratamiento de procesos intercurrentes
- Para definir el criterio de intervención de equipos específicos de cuidados paliativos, intervención que, en todo caso vendrá determinada por la complejidad del caso y de la intervención propuesta
- Para rechazar medidas terapéuticas curativas proporcionadas que puedan mejorar la calidad de vida

¿A quién hay que administrar el instrumento NECPAL CCOMS-ICO®?

A personas con **enfermedades crónicas evolutivas avanzadas**, con los diagnósticos y situaciones que a continuación se relacionan:

- Paciente **oncológico** especialmente afectado por la enfermedad
- Paciente con **enfermedad pulmonar crónica** especialmente afectado por la enfermedad
- Paciente con **enfermedad cardíaca crónica** especialmente afectado por la enfermedad
- Paciente con **enfermedad neurológica crónica** (incluyendo AVC, ELA, EM, Parkinson, enfermedad de motoneurona) especialmente afectado por la enfermedad
- Paciente con **enfermedad hepática crónica grave** especialmente afectado por la enfermedad
- Paciente con **enfermedad renal crónica grave** especialmente afectado por la enfermedad
- Paciente con **demencia** especialmente afectado por la enfermedad

- Paciente **geriátrico** que, a pesar de no padecer ninguna de las enfermedades antes citadas, está en situación de **fragilidad particularmente avanzada**
- Paciente que, a pesar de no ser geriátrico ni sufrir ninguna de las enfermedades antes citadas, padece **alguna otra enfermedad crónica, particularmente grave y avanzada**
- Paciente, que sin estar incluido en los grupos anteriores, últimamente ha precisado ser **ingresado o atendido domiciliariamente con más intensidad de la esperable**

¿Qué se considera una identificación positiva?

Cualquier paciente con:

- **Pregunta Sorpresa** (pregunta 1) con respuesta **NEGATIVA**, y
- Al menos **otra pregunta** (2, 3 ó 4) con respuesta **POSITIVA**, de acuerdo con los criterios establecidos

¿Qué son los 6 Pasos para una Atención Paliativa?

Son las recomendaciones básicas para la atención paliativa de los enfermos identificados, que se resumen en:

1. Identificar Necesidades Multidimensionales
2. Practicar un Modelo de Atención impecable
3. Elaborar un Plan Terapéutico Multidimensional y Sistemático (Cuadro de Cuidados)
4. Identificar valores y preferencias del enfermo: Ética Clínica y Planificación de Decisiones Anticipadas (Advance Care Planning)
5. Involucrar a la familia y al cuidador principal
6. Realizar gestión de caso, seguimiento, atenciones continuada y urgente, coordinación y acciones integradas de servicios

***Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L, Costa X, Espauella J, Espinosa J, Figuerola M, Esperalba J. Instrumento NECPAL CCOMS-ICO®: Identificación de Pacientes con Enfermedades Crónicas Evolutivas y Necesidades de Atenciones y Medidas Paliativas en Servicios de Salud y Sociales. Centro Colaborador de la OMS para Programas Públicos de Cuidados Paliativos. Instituto Catalán de Oncología. Accesible en: <http://ico.gencat.cat>**

****Autorización del uso del Instrumento NECPAL CCOMS-ICO® para el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, por los autores en Octubre 2013**

INSTRUMENTO NECPAL CCOMS-ICO[®]

(Necesidades Paliativas)

INSTRUMENTO PARA LA IDENTIFICACIÓN DE PERSONAS EN SITUACIÓN DE ENFERMEDAD AVANZADA – TERMINAL Y NECESIDAD DE ATENCIÓN PALIATIVA EN SERVICIOS DE SALUD Y SOCIALES

1. LA PREGUNTA SORPRESA – una pregunta intuitiva que integra comorbilidad, aspectos sociales y otros factores

¿Le sorprendería que este paciente muriese en los próximos 12 meses?

☐ No ☐ Sí

2. ELECCIÓN / DEMANDA O NECESIDAD¹ – explore si alguna de las siguientes dos preguntas es afirmativa

Elección / demanda: ¿el paciente con enfermedad avanzada o su cuidador principal **han solicitado**, explícita o implícitamente, la realización de tratamientos paliativos / de confort de forma exclusiva, proponen limitación del esfuerzo terapéutico o rechazan tratamientos específicos o con finalidad curativa?

☐ Sí ☐ No

Necesidad: ¿considera que este paciente **requiere actualmente** medidas paliativas o tratamientos paliativos?

☐ Sí ☐ No

3. INDICADORES CLÍNICOS GENERALES DE SEVERIDAD Y PROGRESIÓN – explore la presencia de cualquier de los siguientes criterios de severidad y fragilidad extrema

Marcadores nutricionales, cualquiera de los siguientes, en los **últimos 6 meses**:

- ☐ Severidad: albúmina sérica < 2.5 g/dl, no relacionada con descompensación aguda
- ☐ Progresión: pérdida de peso > 10%
- ☐ Impresión clínica de deterioro nutricional o ponderal sostenido, intenso / severo, progresivo, irreversible y no relacionado con proceso intercurrente

☐ Sí ☐ No

Marcadores funcionales, cualquiera de los siguientes, en los **últimos 6 meses**:

- ☐ Severidad: dependencia funcional grave establecida (Barthel < 25, ECOG > 2 ó Karnofsky < 50%)
- ☐ Progresión: pérdida de 2 o más ABVD (actividades básicas de la vida diaria) a pesar de intervención terapéutica adecuada
- ☐ Impresión clínica de deterioro funcional sostenido, intenso / severo, progresivo, irreversible y no relacionado con proceso intercurrente

☐ Sí ☐ No

Otros marcadores de severidad y fragilidad extrema, al menos 2 de los siguientes, en los **últimos 6 meses**:

- ☐ Úlceras por decúbito persistentes (estadio III – IV)
- ☐ Infecciones con repercusión sistémica de repetición (> 1)
- ☐ Síndrome confusional agudo
- ☐ Disfagia persistente
- ☐ Caídas (> 2)

☐ Sí ☐ No

Presencia de **distress emocional** con síntomas psicológicos sostenidos, intensos/severos, progresivos y no relacionados con proceso intercurrente agudo

☐ Sí ☐ No

Factores adicionales de uso de recursos, cualquiera de los siguientes:

- ☐ 2 ó más ingresos urgentes (no programados) en centros hospitalarios o sociosanitarios por enfermedad crónica en el último año
- Necesidad de cuidados complejos / intensos continuados, bien sea en una institución o en domicilio

☐ Sí ☐ No

Comorbilidad: ≥ 2 patologías concomitantes

Sí **No**

¹ En el contexto mediterráneo/latino, donde la autonomía del propio enfermo es menos manifiesta que en el anglosajón/norte-europeo, es frecuente que sea la familia o miembros del equipo los que pueden solicitar limitación del esfuerzo terapéutico o medidas paliativas, o ambas

4. INDICADORES CLÍNICOS ESPECÍFICOS DE SEVERIDAD Y PROGRESIÓN POR PATOLOGÍAS – explore la presencia de criterios objetivos de mal pronóstico para las siguientes patologías seleccionadas**ENFERMEDAD ONCOLÓGICA** (sólo requiere la presencia de un criterio)☐ **Sí** ☐ No

- ☐ Diagnóstico confirmado de cáncer metastásico (estadio IV) y en algunos casos –como en las neoplasias de pulmón, páncreas, gástrica y esofágica- también en estadio III, que presenten: escasa respuesta o contraindicación de tratamiento específico, brote evolutivo en transcurso de tratamiento o afectación metastásica de órganos vitales (SNC, hígado, pulmonar masiva, etc.)
- ☐ Deterioro funcional significativo (Palliative Performance Status (PPS) < 50%)
- ☐ Síntomas persistentes mal controlados o refractarios, a pesar de optimizar tratamiento específico

ENFERMEDAD PULMONAR CRÓNICA (presencia de dos o más de los siguientes criterios)☐ **Sí** ☐ No

- ☐ Disnea de reposo o de mínimos esfuerzos entre exacerbaciones
- ☐ Síntomas físicos o psicológicos de difícil manejo, a pesar de tratamiento óptimo bien tolerado
- ☐ En caso de disponer de pruebas funcionales respiratorias (con advertencia sobre la calidad de las pruebas), criterios de obstrucción severa: FEV1 < 30% o criterios de déficit restrictivo severo: CV forzada < 40% / DLCO < 40%
- ☐ En caso de disponer de gasometría arterial basal, cumplimiento de criterios de oxigenoterapia domiciliaria o estar actualmente realizando este tratamiento en casa
- ☐ Insuficiencia cardíaca sintomática asociada
- ☐ Ingresos hospitalarios recurrentes (> 3 ingresos en 12 meses por exacerbaciones de EPOC)

ENFERMEDAD CARDÍACA CRÓNICA (presencia de dos o más de los siguientes criterios)☐ **Sí** ☐ No

- ☐ Insuficiencia cardíaca NYHA estadio III ó IV, enfermedad valvular severa o enfermedad coronaria extensa no revascularizable
- ☐ Disnea o angina de reposo o a mínimos esfuerzos
- ☐ Síntomas físicos o psicológicos de difícil manejo, a pesar de tratamiento óptimo bien tolerado
- ☐ En caso de disponer de ecocardiografía: fracción de eyección severamente deprimida (< 30%) o HTAP severa (PAPs > 60 mmHg)
- ☐ Insuficiencia renal asociada (FG < 30 l/min)
- ☐ Ingresos hospitalarios con síntomas de insuficiencia cardíaca /cardiopatía isquémica, recurrentes (> 3 último año)

ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS CRÓNICAS (1): AVC (sólo requiere la presencia de un criterio)☐ **Sí** ☐ No

- ☐ Durante la fase aguda y subaguda (< 3 meses post-AVC): estado vegetativo persistente o de mínima consciencia > 3 días
- ☐ Durante la fase crónica (> 3 meses post-AVC): complicaciones médicas repetidas (neumonía por aspiración, a pesar de medidas antidisfagia), infección urinaria de vías altas (pielonefritis) de repetición (> 1), fiebre recurrente a pesar de antibióticos (fiebre persistente post > 1 semana de ATB), úlceras per decúbito estadio 3-4 refractarias o demencia con criterios de severidad post-AVC

ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS CRÓNICAS (2): ELA Y ENFERMEDADES DE MOTONEURONA,**ESCLEROSIS MÚLTIPLE Y PARKINSON** (presencia de dos o más de los siguientes criterios)☐ **Sí** ☐ No

- ☐ Deterioro progresivo de la función física y / o cognitiva, a pesar de tratamiento óptimo
- ☐ Síntomas complejos y difíciles de controlar
- ☐ Problemas en el habla / aumento de dificultad para comunicarse
- ☐ Disfagia progresiva
- ☐ Neumonía por aspiración recurrente, disnea o insuficiencia respiratoria

ENFERMEDAD HEPÁTICA CRÓNICA GRAVE (sólo requiere la presencia de un criterio)☐ **Sí** ☐ No

- ☐ Cirrosis avanzada: estadio Child C (determinado en ausencia de complicaciones o habiéndolas tratado y optimizado el tratamiento), puntuación de MELD-Na > 30 o con una o más de las siguientes complicaciones médicas: ascitis refractaria, síndrome hepato-renal o hemorragia digestiva alta por hipertensión portal persistente con fracaso al tratamiento farmacológico y endoscópico y no candidato a TIPS, en pacientes no candidatos a trasplante
- ☐ Carcinoma hepatocelular: presente, en estadio C o D (BCLC)

ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA GRAVE (sólo requiere la presencia de un criterio)☐ **Sí** ☐ No

- ☐ Insuficiencia renal grave (FG < 15) en pacientes no candidatos a tratamiento sustitutivo y / o trasplante

DEMENCIA (presencia de dos o más de los siguientes criterios)☐ **Sí** ☐ No

- ☐ Criterios de severidad: incapacidad para vestirse, lavarse o comer sin asistencia (GDS/FAST 6c), aparición de incontinencia doble (GDS/FAST 6d-e) o incapacidad de hablar o comunicarse con sentido -6 o menos palabras inteligibles- (GDS/FAST 7)
- ☐ Criterios de progresión: pérdida de 2 o más ABVD (actividades básicas de la vida diaria) en los últimos 6 meses, a pesar de intervención terapéutica adecuada (no valorable en situación hiperaguda por proceso intercurrente) o aparición de dificultad para tragar, o negativa a comer, en pacientes que no recibirán nutrición enteral o parenteral
- ☐ Criterio de uso de recursos: múltiples ingresos (> 3 en 12 meses, por procesos intercurrentes -neumonía aspirativa, pielonefritis, septicemia, etc.- que condicionen deterioro funcional y/o cognitivo)

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 periodo 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 nausea	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima nausea
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

Palliative Prognostic Score (PaP Score)

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

Escala de valoración funcional de Karnofsky

en patologías oncológicas y no oncológicas.

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,

- 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
- 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

Puntuación total

100	≥60	55/40	35/20	<20
Independiente	Dependiente leve	Dependiente moderado	Dependiente severo	Dependiente total

Puntuación: Se puntúa cada actividad de 5 en 5 (0, 5, 10, 15). La puntuación máxima será de 100, e indica independencia para los cuidados personales; pero no quiere decir que el paciente pueda vivir solo.

Actividades de la vida diaria**Comer:**

- Independiente: capaz de utilizar cualquier instrumento necesario, capaz de desmenuzar la comida, extender la mantequilla, usar condimentos, etc., por sí solo. Come en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona. (10)
- Necesita ayuda: para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc., pero es capaz de comer solo. (5)
- Dependiente: necesita ser alimentado por otra persona. (0)

Lavarse (bañarse):

- Independiente: capaz de lavarse entero, puede ser utilizando la ducha, la bañera o permaneciendo de pie y aplicando la esponja sobre todo el cuerpo. Incluye entrar y salir del baño. Puede realizarlo todo sin estar una persona presente. (5)
- Dependiente: Necesita alguna ayuda o supervisión. (0)

Arreglarse:

- Independiente: realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Incluye lavarse la cara y las manos, peinarse, maquillarse, afeitarse y lavarse los dientes. Los complementos necesarios para hacerlo los puede proveer otra persona. (5)
- Dependiente: Necesita alguna ayuda. (0)

Vestirse:

- Independiente: capaz de ponerse y quitarse la ropa, atarse los zapatos, abrocharse los botones y colocarse otros complementos que necesite sin ayuda. (10)
- Necesita ayuda: pero realiza solo, al menos, la mitad de las tareas en un tiempo razonable. (5)
- Dependiente. (0)

Micción:

- Continente: ningún episodio de incontinencia (seco día y noche). Capaz de utilizar cualquier dispositivo. En paciente sondado incluye poder cambiar la bolsa solo. (10)
- Accidente ocasional: Máximo uno en 24 horas, incluye la necesidad de ayuda en la manipulación de sondas o dispositivos. (5)

- Incontinente: incluye pacientes con sonda incapaces de manejarse. (0)

Deposición:

- Continente: ningún episodio de incontinencia. Si necesita algún enema o supositorio es capaz de administrárselos por sí solo. (10)
- Accidente ocasional: menos de una vez por semana o necesita ayuda para ponerse enemas o supositorios. (5)
- Incontinente: Incluye que otra persona le administre enemas o supositorios. (0)

Ir al WC:

- Independiente: entra y sale solo. Capaz de ponerse y quitarse la ropa, limpiarse, prevenir las manchas en la ropa y tirar de la cadena. Capaz de sentarse y levantarse de la taza sin ayuda (puede utilizar barras para soportarse). Si utiliza bacinilla (orinal, botella, etc.), es capaz de utilizarla y vaciarla completamente sin ayuda y sin manchar. (10)
- Necesita ayuda: capaz de manejarse con una pequeña ayuda en el equilibrio, quitarse y ponerse la ropa, pero puede limpiarse solo. Aún es capaz de utilizar el WC. (5)
- Dependiente: incapaz de manejarse sin asistencia mayor. (0)

Trasladarse sillón/cama:

- Independiente: sin ayuda en todas las fases. Si utiliza silla de ruedas se aproxima a la cama, frena, desplaza el reposapiés, cierra la silla, se coloca en posición de sentado en un lado de la cama, se mete y se tumba, y puede volver a la silla sin ayuda. (15)
- Mínima ayuda: incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física, tal como la que ofrece una persona no demasiado fuerte o sin entrenamiento. (10)

- Gran ayuda: capaz de estar sentado sin ayuda, pero necesita mucha asistencia (persona fuerte y entrenada) para salir / ponerse en la cama o desplazarse. (5)

- Dependiente: necesita grúa o que le levanten por completo dos personas. Incapaz de permanecer sentado. (0)

Deambulación:

- Independiente: puede caminar al menos 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda o supervisión. La velocidad no es importante. Puede usar cualquier ayuda (bastones, muletas, etc.) excepto caminador. Si utiliza prótesis es capaz de ponérsela y quitársela solo. (15)
- Necesita ayuda: supervisión o pequeña ayuda física (persona no demasiado fuerte) para caminar 50 metros. Incluye instrumentos o ayudas para permanecer de pie (caminador). (10)
- Independiente en silla de ruedas en 50 metros: tiene que ser capaz de desplazarse, atravesar puertas y doblar esquinas solo. (5)
- Dependiente: si utiliza silla de ruedas necesita que otra persona lo lleve. (0)

Subir y bajar escaleras:

- Independiente: capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión. Puede utilizar el soporte que necesite para caminar (bastón, muletas, etc.) y el pasamanos. ⁽¹⁰⁾
- Necesita ayuda: supervisión física o verbal. (5)
- Dependiente: incapaz de salvar escalones. Necesita alzamiento (ascensor). (0)

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..... N° de valoración.....

Por favor, responda a las siguientes preguntas marcando con una cruz la respuesta que considere que mejor describe cómo se ha encontrado el/la paciente. Muchas gracias.

1. Durante los últimos tres días, ¿el/la paciente ha padecido dolor?

- ☐ 0 No, ninguno.
- ☐ 1 Leve, pero no lo suficientemente molesto para tener que aliviarlo.
- ☐ 2 Moderado, el dolor limita algunas actividades.
- ☐ 3 Grave, el dolor limita mucho la realización de actividades o la concentración.
- ☐ 4 Insoportable, el paciente no puede pensar en otra cosa.

2. Durante los últimos tres días, ¿ha habido otros síntomas, como náuseas, tos o estreñimiento, que aparentemente hayan afectado al estado del/de la paciente?

- ☐ 0 No, ninguno.
- ☐ 1 Leves.
- ☐ 2 Moderados.
- ☐ 3 Graves.
- ☐ 4 Insoportables.

3. Durante los últimos tres días, ¿el/la paciente ha estado angustiado por su enfermedad o por el tratamiento?
 - ® 0 No, en ningún momento.
 - ® 1 Casi nunca.
 - ® 2 A veces, en algunas ocasiones afecta a su concentración.
 - ® 3 Casi siempre; a menudo afecta a su concentración.
 - ® 4 Sí, están angustiados en todo momento.
4. Durante los últimos tres días, ¿algún familiar o allegado ha estado angustiado por el/la paciente?
 - ® 0 No, en ningún momento.
 - ® 1 Casi nunca.
 - ® 2 A veces, en algunas ocasiones afecta a su concentración.
 - ® 3 Casi siempre; a menudo afecta a su concentración.
 - ® 4 Sí, están angustiados en todo momento.
5. Durante los últimos tres días, ¿qué información se le ha dado al/a la paciente y a sus familiares o allegados?
 - ® 0 Información completa, el paciente puede preguntar todo lo que desee.
 - ® 1 Se ha dado información, aunque no siempre ha sido comprendida por el paciente.
 - ® 2 Se ha dado información que el paciente ha pedido, aunque hubiera deseado más.
 - ® 3 Muy poca, e incluso se ha evitado ciertos aspectos.
 - ® 4 Ninguna.
6. Durante los últimos tres días, ¿el/la paciente ha podido comentar cómo se siente con sus familiares o amigos?
 - ® 0 Sí, tanto como ha querido.
 - ® 1 Casi siempre.
 - ® 2 A veces.
 - ® 3 Casi nunca.
 - ® 4 No, en ningún momento.
7. Durante los últimos tres días, ¿cree que el/la paciente ha sentido que merece la pena vivir?
 - ® 0 Sí, tanto como ha querido.
 - ® 1 Casi siempre.
 - ® 2 A veces.
 - ® 3 Casi nunca.
 - ® 4 No, en ningún momento.
8. Durante los últimos tres días, ¿cree que el/la paciente se ha sentido bien consigo mismo/a?
 - ® 0 Sí, tanto como ha querido.
 - ® 1 Casi siempre.
 - ® 2 A veces.
 - ® 3 Casi nunca.
 - ® 4 No, en ningún momento.
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

La **Escala categórica (EC)** se utiliza cuando el paciente no es capaz de cuantificar sus síntomas con las escalas anteriores, expresando la intensidad de los síntomas en categorías, lo que resulta mucho más simple. Se suele establecer una relación entre categorías y un equivalente numérico.

0	4	6	10
Nada	Poco	Bastante	Mucho

La **Escala visual analógica de intensidad** consiste en una línea recta horizontal, de 10 cm de longitud, donde los extremos marcan la severidad del dolor. En el extremo izquierdo aparece la ausencia de dolor y en el derecho se refleja el mayor dolor imaginable.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada										Insoportable

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

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

Cuestionario Breve del Dolor (CBD)

1. Indique en el diagrama las zonas donde siente dolor sombreando la parte afectada. Marque una cruz en la zona que más le duele.

	Delante				Detrás		
Derecha			Izquierda	Izquierda			Derecha

2. Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad *máxima* de su dolor en la última semana.

Ningún dolor	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	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	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	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	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	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	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	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

Palpitante ☐ Sí ☐ No

Irradiante ☐ Sí ☐ No

Punzante ☐ Sí ☐ No

Fatigoso (pesado) ☐ Sí ☐ No

Penetrante ☐ Sí ☐ No

Persistente ☐ Sí ☐ No

Mortificante (calambre)

☐ Sí ☐ No

Agudo ☐ Sí ☐ No

Sensible ☐ Sí ☐ No

Quemante ☐ Sí ☐ No

Agotador ☐ Sí ☐ No

Entumecido (adormecido) ☐ Sí ☐ No

Penoso ☐ Sí ☐ No

Insoportable ☐ Sí ☐ No

13. Rodee con un círculo el número que mejor describa hasta qué punto el dolor le ha afectado en los siguientes aspectos de la vida, durante la última semana.

A. Actividades en general

No me ha afectado 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Me ha afectado por completo

B. Estado de ánimo

No me ha afectado 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Me ha afectado por completo

C. Capacidad de caminar

No me ha afectado 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 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Me ha afectado por completo

E. Relaciones con otras personas

No me ha afectado 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Me ha afectado por completo

F. Sueño

No me ha afectado 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Me ha afectado por completo

G. Disfrutar de la vida

No me ha afectado 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:

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 glabellar o estímulo doloroso
Nivel V	Paciente con respuesta perezosa a la presión glabellar o estímulo doloroso
Nivel VI	Paciente sin respuesta

Menten y Hufkens, criterios de agonía:

1. Nariz fría blanca
2. Extremidades frías
3. Livideces
4. Labios cianóticos
5. Somnolencia > 15h/d
6. Estertores
7. Pausas de Apnea > 15"
8. Anuria < 300 ml/d

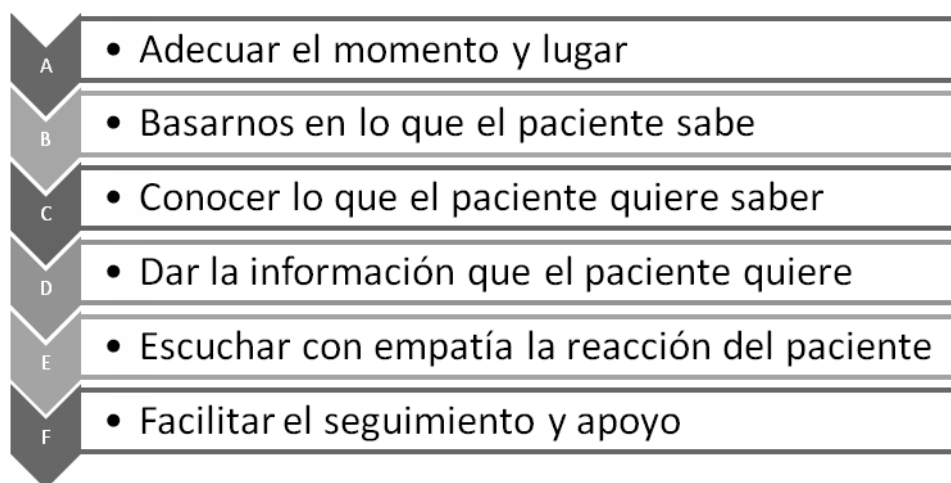
Preagonía: 1 a 3 criterios

Mayor a 4: 90% de los pacientes fallecen en los próximos 4 días.

Sin embargo, los autores mencionan que 10 % de pacientes incluidos en áreas de cuidados paliativos no presentan signos premonitorios.

Anexo 3. Cómo comunicar malas noticias:

Protocolo de seis etapas de Buckman

**Primera etapa.****ADECUAR EL MOMENTO Y LUGAR**

En esta etapa se incluirían todos los aspectos relacionados con el momento más adecuado, lugar, profesional, paciente, etc., así como una pequeña evaluación del estado emocional del paciente para averiguar si es el momento más adecuado para dar la mala noticia; por ejemplo, *¿Cómo se encuentra hoy?*, o *¿Qué tal, cómo se siente?*, o *¿Se siente hoy lo suficientemente bien para hablar un rato?* (dependiendo de la situación se elegirá una de estas preguntas o alguna similar).

Segunda etapa.**BASARNOS EN LO QUE EL PACIENTE SABE**

Esta fase es muy importante, ya que el paciente a menudo presenta ideas o al menos sospechas que pueden ahorrar mucho camino al profesional (imagínense un paciente fumador que ha estado ingresado porque le vieron «algo» en un pulmón y le han hecho mil pruebas en el hospital incluida una broncoscopia). El aporte de la información y el impacto que puede producir dependerán en gran medida de la correcta ejecución de esta fase.

Se realiza mediante preguntas indirectas abiertas y escucha activa con técnicas de apoyo narrativo, concentrando la atención no sólo en la narración del enfermo, sino también en su comunicación no verbal. Interesa particularmente saber cómo de grave cree el paciente que es su proceso y cómo puede afectar a su futuro. Estos aspectos interesan mucho más que el hecho de si conoce el nombre de su enfermedad o su patofisiología. No conviene por supuesto «recrearse» en aspectos sin trascendencia en la evolución del paciente o familiar o que no sean necesarios para la comprensión del proceso.

Podrían utilizarse preguntas como:

— *¿Qué piensa usted sobre este problema, su dolor en el pecho, su tos, etc.?*

— *¿Qué le han dicho sobre su enfermedad?*

(Esta pregunta es muy positiva de cara a evitar malos entendidos o mensajes contradictorios o con matices diferentes, problema relativamente frecuente en pacientes que son atendidos por distintos profesionales en diferentes ámbitos: pacientes oncológicos, etc.):

— *¿A qué cree que puede ser debido su problema?*

— *¿Cómo ve usted esto de grave?*

Incluso estas preguntas conviene hacerlas de forma escalonada, dejando por ejemplo la última de las descritas para al final de esta fase, cuando ya hayamos captado parte de las creencias del paciente.

Con este tipo de preguntas podremos obtener información del paciente en diferentes aspectos:

- Cuál es su opinión de lo que le está pasando.
- Características del paciente: nivel educacional, capacidad de expresión, preparación, etc.
- Estado emocional en relación a su proceso. Es necesario estar atento a lo que el paciente dice y a lo que no dice o evita decir, así como a su lenguaje no verbal que seamos capaces de captar. Es interesante advertir la falta de concordancia entre comunicación no verbal y verbal.

Por otro lado, este tipo de preguntas en una persona que no sospeche nada pueden ayudar a aclimatarlo a la nueva situación.

Una vez que hemos explorado lo que ya sabe, debemos saber lo que sospecha. Si no ha salido con alguna de las preguntas anteriores se puede añadir alguna de las siguientes:

— *¿Y usted por qué cree que le han hecho todas estas pruebas?*

— *¿Y qué es lo que le tiene preocupado?*

— *¿Está usted preocupado por...?*

— *¿Hay alguna cosa que le preocupe?*

En una segunda fase podemos introducir preguntas sobre el futuro, sobre todo en el tipo de pacientes que sospechemos no saben nada de la naturaleza de su problema. Por ejemplo: *¿Qué planes tiene usted con respecto a su futuro?* Esta fase pretende minimizar la incomodidad en la medida de lo posible y transmitir al paciente que nos interesamos por lo que piensa y siente, estando dispuestos a escucharle.

Hay que tener en cuenta que el profesional no es la única fuente de información. El paciente recibe información a través de otros enfermos, de medios diagnósticos o terapéuticos, de otros profesionales o de los medios de comunicación.

Otra ventaja añadida de una correcta ejecución de esta fase es evitar los mensajes más o menos contradictorios que entre distintos profesionales se producen a menudo, ya sea por distinto criterio, por miedo a decir la verdad, por inseguridad o desconocimiento.

Tercera etapa.

CONOCER LO QUE EL PACIENTE QUIERE SABER

Esta fase es fundamental a la hora de compartir información posterior con los pacientes. A veces es difícil conocer si el enfermo quiere saber y si la información que se está aportando es mucha o escasa. O sea, que es difícil saber cuánta información es capaz de asimilar en cada entrevista.

Aconsejamos preguntar directamente qué nivel de información puede asimilar. Por ejemplo: *Si esto se convirtiera por casualidad en algo grave, ¿le gustaría saber más acerca de lo que le está sucediendo? ¿quisiera que yo le explicara todos los detalles del diagnóstico? ¿Quisiera que yo le explicara todos los detalles del diagnóstico o preferiría sólo conocer el tratamiento a seguir? ¿Quiere que alguien sepa lo que le está pasando?*

Este tipo de preguntas puede causar más estrés en los propios pacientes, pero la realidad es que si se realiza bien, puede clarificar muchas cosas al profesional sin perjudicar al paciente.

En cualquier caso, como ya se ha expresado anteriormente, no es necesario preguntar tan abiertamente para conocer si quiere y cuánto quiere saber un paciente. Una sensibilidad adecuada en el profesional puede obtener la misma información. En nuestra cultura, una opción puede ser

la de esperar a que el enfermo sea el que nos pida más información, muy pendiente de la comunicación no verbal, esperando a que el paciente asimile cada «parte» de la información que se le haya dado con silencios y escucha activa, y que nos pida más mirando al profesional en actitud de espera o pidiendo más información con preguntas directamente. Un símil útil podría ser el de darle un trozo de tarta (pequeño para que no se le haga difícil de digerir), y esperar a que lo asimile y nos pida más porciones según su propio ritmo de asimilación.

En caso de que el paciente exprese su preferencia por no discutir el tema o lo dé a entender, debemos dejar siempre abierta la puerta, ya que un porcentaje de ellos pueden cambiar de opinión posteriormente. Pero el respeto a la decisión del paciente debe ser obvio.

Cuarta etapa.

DAR LA INFORMACION QUE EL PACIENTE QUIERE

Si el paciente en la anterior fase ha expresado su deseo de compartir toda la información procederemos a ello. Si el paciente lo negó, pasaremos a discutir el plan terapéutico.

El aporte de la información aquí tiene un doble papel: que el paciente conozca su proceso y realizar un diálogo terapéutico.

Lo primero es «sintonizarnos» con el paciente, partiendo del nivel de información que ya tiene. A continuación se deciden los objetivos de la entrevista: qué aspectos informativos y educativos van a ser tratados. Es esencial tener una agenda clara, siempre muy abierta a la agenda del propio paciente. A partir de aquí empezaremos a abordar elementos del diagnóstico, tratamiento, pronóstico o apoyo del paciente en función de las necesidades.

En esta fase es importante ser consciente del derecho del paciente a tomar sus propias decisiones, en relación al tratamiento principalmente, y que ello no genere frustración en el profesional si no coincide con su visión de la situación.

Como ya se ha dado a entender, esta fase puede ser simultánea a la etapa anterior, siendo la petición del paciente de más información la que nos detalla su capacidad de asimilación y la que nos permite decidir cuánta información debemos darle.

Quinta etapa.

ESCUCHAR LA REACCION DEL PACIENTE Responder a los sentimientos del paciente

Se debe tener el tiempo suficiente para observar, identificar y reconocer las reacciones de los pacientes. Unas malas noticias bien comunicadas pueden fracasar si el profesional no desarrolla adecuadamente esta fase. Como elementos importantes hay que destacar aquí el papel de los silencios, la empatía, la escucha activa, la comunicación no verbal y el respeto al paciente.

Sexta etapa.**FACILITAR SEGUIMIENTO** Planificación y seguimiento del proceso

El seguimiento debe ser consensuado por ambos. El profesional debe dejar claro al paciente que siempre estará a su disposición para lo que necesite. Debe estar continuamente atento a los problemas o preocupaciones del enfermo, y movilizar también todas las fuentes de apoyo familiar o social que sean necesarias en cada momento. En este sentido, hay que tener en cuenta que este tipo de enfermos generan verdaderos núcleos de soledad al no compartir sus preocupaciones y miedos con otros familiares o amigos para no hacerlos sufrir. Debe aclararse la continuidad de nuestra atención en estos aspectos comunicacionales tanto como en el proceso físico.

La actitud debe ser positiva, sin falsas esperanzas y con información clara y real.

Debe planificarse una determinada estrategia en relación al número de visitas, fases del tratamiento, etc. El paciente debe sentir seguridad y confianza en el equipo.

Evaluación de las estrategias utilizadas

Este apartado es sumamente importante, ya que un análisis de las entrevistas realizadas con ventajas y defectos ayuda al profesional a conocerse mejor y a reafirmar su confianza, y puede aportar instrumentos para mejorar aquellos aspectos necesarios.

Una buena manera de evaluar la estrategia utilizada es valorar nuestras emociones, ideas o acciones tras la entrevista mediante una reflexión personal. Se debe valorar qué hemos sentido, nuestra seguridad y «confortabilidad», el impacto que hemos producido y las reacciones que se han suscitado, si la información que el paciente ha asimilado era la esperada y si se tienen claros los objetivos del paciente de cara al futuro.

En este sentido, puede ser muy útil comprobar la asimilación con relativa frecuencia durante la entrevista y pedir al paciente un resumen final y su estado emocional tras la entrevista; un sencillo *¿Cómo se siente?* Los comentarios a esta pregunta pueden darnos una valoración bastante real de la calidad de la entrevista y del cumplimiento de objetivos. La información aportada por los allegados del estado de ánimo posterior del paciente y de su actitud puede igualmente ayudar a valorar nuestra intervención a la vez que nos aporta información importante de cara al seguimiento del paciente.

Esta información ha sido elaborada a partir de las siguientes referencias:

1. Prados Castillejo JA, Quesada Jiménez F. Guía práctica sobre cómo dar malas noticias. FMC. 1998; 5(4): 238-50
2. Buckman R How to break bad news. A guide for health care professionals. Baltimore: Ed. John Hopkins, 1992.
3. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist*. 2000;5(4):302-11.

OTROS TEMAS EN RELACIÓN A LA COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS¹:**Conspiración de silencio**

Es frecuente que los familiares digan: “Por favor no le diga a él, que tiene cáncer”. Mientras exploramos las razones que están detrás de este pedido, es importante manifestar la necesidad del paciente de una explicación de lo que está pasando.

La conspiración de silencio es generalmente un acto de amor o una necesidad de proteger a otro del dolor. Quienes piden la conspiración de silencio a menudo argumentan que ellos conocen al paciente mejor que los profesionales de salud y conocen “lo que ellos pueden soportar”. Además pueden argumentar que diciéndole la verdad se le quitara toda esperanza.

Negociar, reconociendo el costo emocional de la conspiración de silencio para los cuidadores, generalmente asegura el acceso al paciente para identificar su nivel de conocimiento y entendimiento. Es muy común encontrar que el paciente sabe y también oculta, o al menos sospecha la verdad, pero está listo para hablar del tema.

Hablar honestamente permite a los pacientes estar tranquilos acerca de asuntos que les preocupa, y les ayuda a estar calmados para planear y reajustar esperanzas y objetivos. Si se rompe la conspiración de silencio se puede mejorar mucho la calidad de vida de los pacientes y ayudar al paciente y familiares a desahogar sentimientos y regresar a una relación más abierta.

Manejando la conspiración de silencio

- Explore las razones
- Evalúe el costo emocional para el que lo hace
- Negocie el acceso al paciente para evaluar su conocimiento de la situación
- Prometa no dar información no querida
- Programe hablar otra vez y planee la posibilidad de ver a la familia juntos si ambos conocen la realidad

Negación

La negación puede ser un mecanismo válido de enfrentamiento para quienes no pueden o aún no están listos a adaptarse a la realidad de una enfermedad terminal. Esto puede ser examinado con una pregunta de prueba, por ejemplo: “usted dice que vencerá esta enfermedad. ¿Hay algún momento, por unos pocos instantes cuando usted no está seguro?”.

Esta pregunta puede ser contestada en una forma que sugiere algo de ambivalencia, como: “No realmente, bien,

¹ Faulkner Ann, Communication with patients, families, and other professionals. ABC of palliative care. *BMJ* Volume 316 10 January 1998

a veces, yo me despierto temprano y empiezo a pensar.... las cosas no mejoran.... pero más tarde me doy cuenta que he sido tonto. Las horas de la mañana son un mal tiempo”. Muy rara vez la negación es completa, aunque así parezca.

Los pacientes también pueden mostrar una creencia total sobre la posibilidad de recuperación, aunque esto también puede cambiar de acuerdo a como la enfermedad progresa. Es importante monitorear las percepciones de cambio y explorar las inconsistencias.

Los familiares están a menudo felices con un paciente que está en negación, porque esto aplaza el día en el cual el tema doloroso tiene que ser enfrentado. Ellos pueden argumentar que hay “bastante tiempo” para encarar la realidad cuando el paciente empieza a debilitarse.

Muchos pacientes cambian hacia la realidad y dan claras indicaciones cuando están listos para hablar. En ese tiempo, los familiares pueden tratar de bloquear que el paciente exprese sentimientos a través de la conspiración de silencio, ocultando la verdad al paciente. Mientras reconocemos las preocupaciones de los familiares, los profesionales de salud debemos trabajar con el paciente. Debemos recordar que los adultos mentalmente competentes tienen derecho a hacer decisiones acerca de su propio cuidado, y no es ético ocultar la verdad a los pacientes cuando ellos están listos para encarar la realidad.

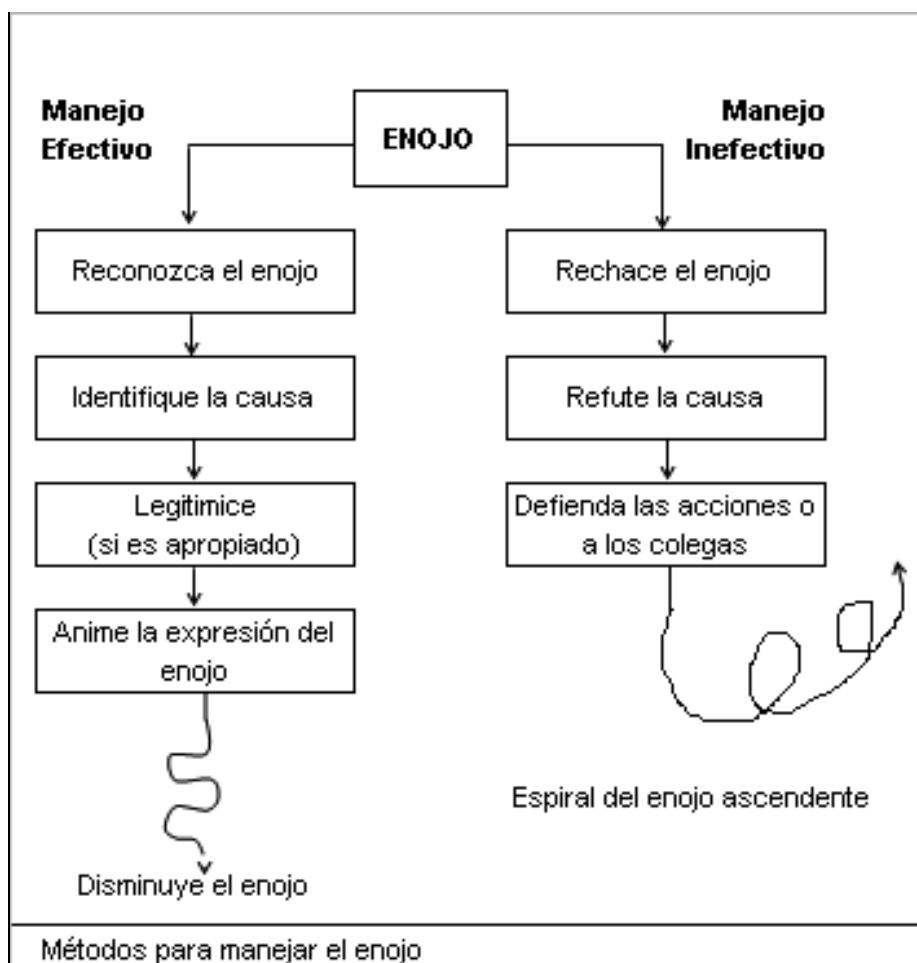
Negación

- Puede ser un fuerte mecanismo de defensa
- Puede ser alentado por los familiares
- Puede ser total (raro)
- Puede ser ambivalente
- El nivel puede cambiar en el tiempo

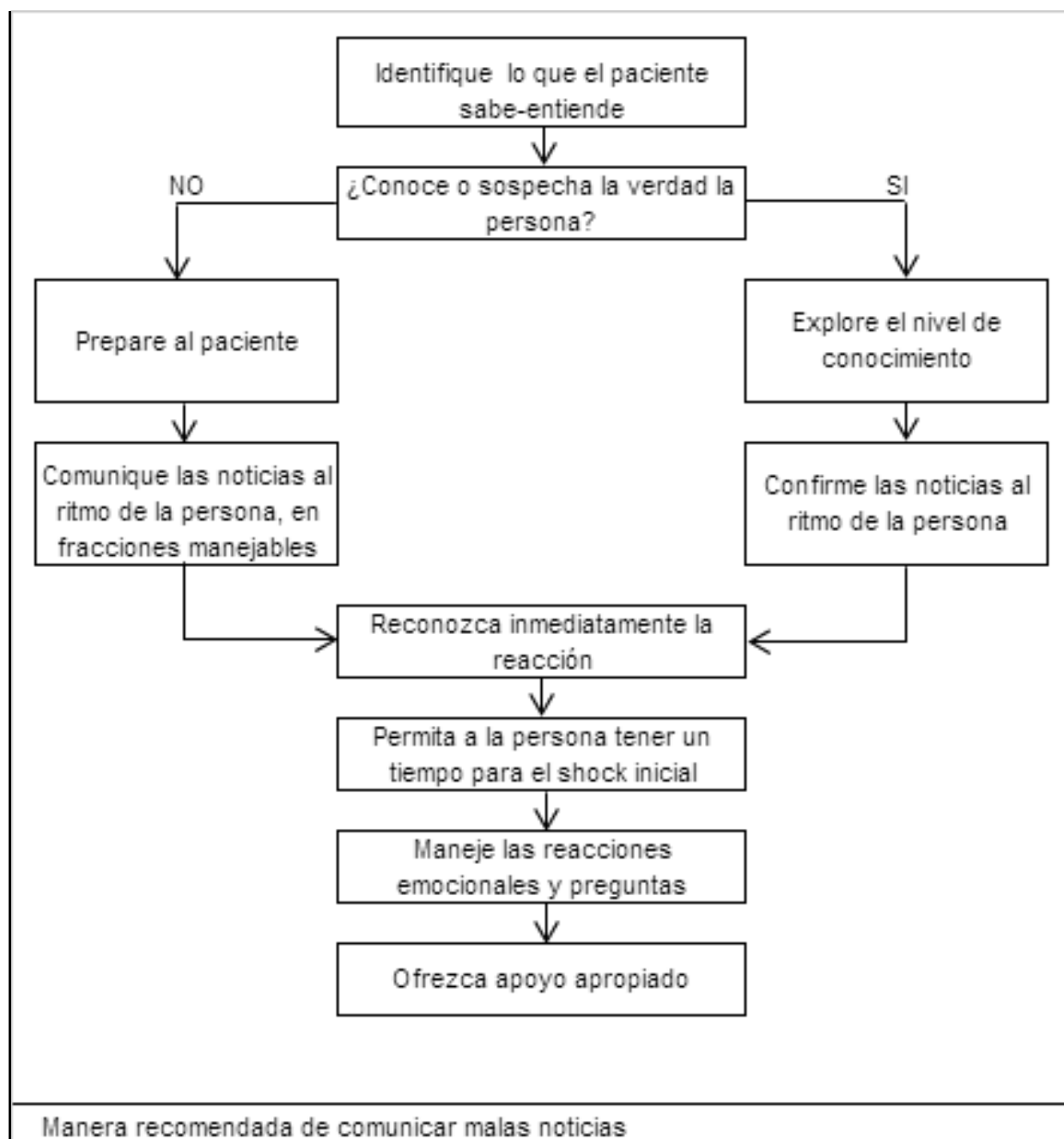
El enojo

Al tratar el enojo, los profesionales de salud deben establecer la causa, si este es justificado y dónde está enfocado. Una persona puede ser animada a localizar la verdadera causa del enojo más que permitir desplazar los sentimientos hacia los profesionales. Esto puede terminar en una descarga saludable de sentimientos más que en continuar con el enojo mal enfocado.

Reconocer la emoción y de ese modo legitimizarla, demostrando preocupación y permaneciendo calmado usualmente disminuirá la crisis inmediata. Esta manifestación de emociones no debe ser vista como un ataque personal. Quienes probablemente verán a los familiares en el futuro deben ser informados.



Para finalizar un algoritmo de la comunicación de malas noticias:



Anexo 4. Medicamentos avalados para esta GPC según síntomas

ANOREXIA Y CAQUEXIA

DEXAMETASONA (ver compresión medular)

ANSIEDAD

ALPRAZOLAM

MIDAZOLAM (ver en sedación)

DIAZEPAM (ver en mioclonías por opioides)

CLONAZEPAM (ver en mioclonías por opioides)

HALOPERIDOL (ver en delirium)

LEVOMEPRIMAZINA (ver en náusea y vómito)

ALPRAZOLAM	
ATC	N05BA12
Indicación avalada en esta guía	Disnea, náusea y vómito, ansiedad, síntomas psicóticos, delirium con agitación, hipo intratable. Crisis de pánico
Forma farmacéutica y concentración	Sólido oral 0,25 - 0,5 mg
Dosis	Ansiedad: 0,25 - 0,5 mg/8 h o a demanda Disnea con ansiedad: 0,25 - 0,5 mg PRN o en horario 0,25 - 0,5 mg c/8 h Depresión: 0,5 - 4 mg/día Vómito anticipatorios: 0,5 - 2 mg/día
Precauciones	Con uso de alcohol. En adultos mayores
Contraindicaciones	Hipersensibilidad al fármaco o a sus componentes. En niños y adolescentes.
Efectos adversos	Somnolencia, confusión, ataxia, amnesia, dependencia, debilidad muscular, hipotensión, disartria, incontinencia urinaria
Interacciones	Aumenta los efectos adversos el uso concomitante de otras benzodiazepinas, haloperidol, carbamazepina, opioides.

ASCITIS**FUROSEMIDA****ESPIRONOLACTONA**

FUROSEMIDA	
ATC	C03CA01
Indicación avalada en esta guía	Edema, ascitis maligna (asociar con espironolactona), hipercalcemia maligna.
Forma farmacéutica y concentración	Sólido oral 40 mg Líquido parenteral 10 mg/ml
Dosis	Administrar en la mañana Edema: dosis inicial 40 mg/día, dosis de mantenimiento: 20 - 40 mg/día dosis máxima 120 mg/día Ascitis: generalmente se usa asociado a espironolactona: dosis inicial 40 mg/día, dosis de mantenimiento: 20 - 40 mg/día, dosis máxima 80 mg/día Insuficiencia cardíaca congestiva: dosis inicial 40 mg/día, dosis de mantenimiento: 40 - 80 mg/día, dosis máxima 160 mg/día Hipercalcemia maligna: previa hiperhidratación con solución salina al 0,9%, administrar 40 mg IV c/8/12 h de acuerdo a respuesta.
Precauciones	Deshidratación e hipopotasemia
Contraindicaciones	Encefalopatía hepática. Insuficiencia renal en anuria. Agonía.
Efectos adversos	Hiponatremia, hipopotasemia, hipotensión, náuseas, gota, hiperglucemia, retención urinaria (en hipertrofia prostática), depresión de la médula ósea, tinitus y sordera, hipocalcemia, pancreatitis aguda.
Interacciones	Incrementa el riesgo de hipopotasemia con corticoides, agonistas beta2 adrenérgicos, teofilina, anfotericina y carbenoxolona. Incrementa el riesgo de hiponatremia con carbamazepina, aminoglutetimida. Incrementa el riesgo hipotensión con inhibidores ECA y antidepresivos tricíclicos.

ESPIRONOLACTONA	
ATC	C03DA01
Indicación avalada en esta guía	Edema, ascitis maligna
Forma farmacéutica y concentración	Sólido oral 25-100 mg
Dosis	Iniciar con 100 - 200 mg/día, incrementar 100 mg cada 3-7 días. Dosis de mantenimiento usual 300 mg/día Dosis máxima 400 - 600 mg/día
Precauciones	En adultos mayores, insuficiencia hepática, insuficiencia renal.
Contraindicaciones	Hiperpotasemia, hiponatremia.
Efectos adversos	Náusea, vómito, impotencia, ginecomastia, letargia, cefalea, confusión, rash, hiperpotasemia, hiponatremia, hepatotoxicidad, hipoacusia.
Interacciones	Riesgo de hiperpotasemia, particularmente si esta prescrito concomitantemente con AINES, IECAs o ARA II. Espironolactona incrementa la concentración plasmática de digoxina hasta un 25%.

ASTENIA
PREDNISONA

PREDNISONA	
ATC	H02AB07
Indicación avalada en esta guía	Astenia, algunas causas de disnea. En ausencia de dexametasona.
Forma farmacéutica y concentración	Sólido oral 5 -20 mg
Dosis	Astenia: 20 - 40 mg/día Disnea en pacientes con asma, EPOC, linfangitis carcinomatosa, o tumores obstructivos de la vía aérea: VO 20 - 40 mg/día
Precauciones	En diabetes. Evaluar riesgo-beneficio. Discutir los potenciales beneficios y efectos adversos con el paciente. Prescribir en una o dos dosis en la mañana para evitar alteraciones en el sueño. Administrar 5-7 días de prueba y suspender si no hay beneficio. Tener claro el objetivo para el que se usa y mantenerlo en evaluación. Si el objetivo es alcanzado, reducir a la dosis efectiva más baja, entonces mantener en evaluación permanente. Considerar realizar glicemias. Añadir un protector gástrico en uso prolongado o si usa además AINES. Incrementar la (duplicar) la dosis si usa fenitoína o carbamazepina.
Contraindicaciones	Sangrado digestivo activo.
Efectos adversos	Usualmente relacionadas con dosis altas y uso prolongado. Tempranos: candidiasis oral, hiperglucemia, acidez, insomnio, manía Tardíos: miopatía proximal, atrofia de la piel, síndrome Cushing. Otros: necrosis avascular ósea, trastornos psíquicos (depresión, psicosis paranoica), infecciones, pérdida de potasio, hipertensión, acné, úlcera péptica.
Interacciones	Incrementa el riesgo cuatro veces de úlcera péptica si se administra conjuntamente con AINES (pero no incrementa el riesgo si se usa solo). Los corticoides antagonizan los hipoglicemiantes orales y la insulina (efecto glucocorticoide), antihipertensivos y diuréticos (efecto mineralocorticoide), incrementan el riesgo de hipopotasemia si se administra altas dosis de corticoides con β 2-simpaticomiméticos (ej. salbutamol, terbutalina) o carbenoxolona. El metabolismo de los corticoides es acelerado por los aminogluthimide, antiepilépticos (carbamazepina, fenobarbital, fenitoína, primidone) y rifampicina.

CANDIDIASIS
FLUCONAZOL
ITRACONAZOL

FLUCONAZOL	
ATC	J02AC01
Indicación avalada en esta guía	Candidiasis
Forma farmacéutica y concentración	Sólido oral 150 mg
Dosis	Candidiasis oral: 150 mg VO semanal
Precauciones	En hepatopatía. En pacientes que presenten intolerancia a la galactosa, deficiencia de lactosa o mala absorción de glucosa-galactosa, no es recomendable entre sus componentes se encuentra lactosa. En adultos mayores más riesgo de toxicidad.
Contraindicaciones	Hipersensibilidad al fluconazol. Hepatopatía crónica y encefalopatía hepática. Uso concomitante con fármacos que prolonga el intervalo QT (cisaprida, pimozida, quinidina). Uso con otros antimicóticos del grupo de los azoles
Efectos adversos	Náuseas, vómitos, dolor abdominal, cefalea, prurito, fotofobia, mareos, hepatopatía, síndrome de Stevens Johnson
Interacciones	Reduce en metabolismo del celecoxib por lo hay que disminuir a la mitad la dosis del celecoxib. Aumenta la concentración plasmática de teofilina. Inhibe el clearance de diazepam, lo que lleva a un aumento y efecto más prolongado del diazepam. Aumenta el efecto del midazolam.

ITRACONAZOL	
ATC	J02AC02
Indicación avalada en esta guía	Candidiasis
Forma farmacéutica y concentración	Sólido oral 100 mg
Dosis	Candidiasis oral: 100 mg/12 h por 7 días
Precauciones	En hepatopatía e insuficiencia renal. Adultos mayores. Arritmias cardíacas con prolongación del QT
Contraindicaciones	Uso con otros antimicóticos del grupo de los azoles
Efectos adversos	Náuseas, vómitos, dolor abdominal, cefalea, prurito, mareos, hipersensibilidad, fiebre, exantemas, incremento de las aminotransferasas, prolongación del QT.
Interacciones	Antiácidos interfieren con la absorción del antimicótico, administrar itraconazol 1 hora antes. Aumentan los efectos adversos del itraconazol: alprazolam, midazolam, amlodipino, diclofenaco, omeprazol.

COMPRESION MEDULAR
DEXAMETASONA

DEXAMETASONA	
ATC	H02AB02
Indicación avalada en esta guía	Náusea, vómito, compresión medular, compresión de nervio, disnea (pneumonitis luego de radioterapia, linfangitis carcinomatosa, compresión traqueal/estridor) obstrucción de vena cava superior, obstrucción de víscera hueca (bronquio, uréter, intestino), inflamación inducida por la radiación, secreción rectal, dolor óseo, mejorar el apetito, mejorar la sensación bienestar, tumor cerebral, fatiga, hipercalcemia maligna.

Forma farmacéutica y concentración	Sólido oral 4 y 8 mg Líquido parenteral 4 mg/ml
Dosis	Anorexia/caquexia, fatiga: VO, SC: 2 - 4 mg/día. Disfagia (si existe inflamación) VO,SC,IV: 4 - 8 mg/día Náusea y vómito: VO,SC,IV: 8 - 20 mg/día Obstrucción intestinal: IV,SC: 4 - 16 mg/día Compresión medular, tumor cerebral, obstrucción de vena cava superior: VO,SC,IV 8 -16 mg Linfangitis carcinomatosa: VO, SC 4 - 8 mg/día
Precauciones	En diabetes. Evaluar riesgo-beneficio. Discutir los potenciales beneficios y efectos adversos con el paciente. Prescribir en una o dos dosis en la mañana para evitar alteraciones en el sueño. Administrar 5-7 días de prueba y suspender si no hay beneficio. Tener claro el objetivo para el que se usa y mantenerlo en evaluación. Si el objetivo es alcanzado, reducir a la dosis efectiva más baja, entonces mantener en evaluación permanente. Considerar realizar glicemias. Añadir un protector gástrico en uso prolongado o si usa además AINES. Incrementar (duplicar) la dosis si usa fenitoína o carbamazepida. Retirar corticoides: Se puede retirar inmediatamente si ha usado menos de 3 semanas y menos de 6 mg de dexametasona. De lo contrario disminuir 2 mg cada 5-7 días hasta llegar a 2 mg, entonces 0,5 mg cada 5-7 días. Después de irradiación craneal comenzar a reducir 2 semanas después de terminado el tratamiento, ej. 16 – 12 – 8 – 6 – 4 – 2 mg a intervalos de 3 días, si los síntomas reaparecen, regresar a la dosis previa efectiva.
Contraindicaciones	Sangrado digestivo activo, agonía.
Efectos adversos	Usualmente relacionadas con dosis altas y uso prolongado. Tempranos: candidiasis oral, hiperglucemia, acidez, insomnio, manía Tardíos: miopatía proximal, atrofia de la piel, síndrome Cushing. Otros: osteoporosis, necrosis avascular ósea, trastornos psíquicos (depresión, psicosis paranoica), infecciones, pérdida de potasio, hipertensión, acné, úlcera péptica.
Interacciones	Incrementa el riesgo cuatro veces de úlcera péptica si se administra conjuntamente con AINES (pero no incrementa el riesgo si se usa solo). Los corticoides antagonizan los hipoglicemiantes orales y la insulina (efecto glucocorticoide), antihipertensivos y diuréticos (efecto mineralocorticoide). Incrementan el riesgo de hipopotasemia si altas dosis de corticoides son administradas con β 2-simpaticomiméticos (ej, salbutamol, terbutalina) o carbenoxolona. El metabolismo de los corticoides es acelerado por los aminoglutethimide, antiepilépticos (carbamazepina, fenobarbital, fenitoína, primidone) y rifampicina. Fenitoína puede reducir la biodisponibilidad de dexametasona en un 25-50% y se necesitarán dosis más altas cuando se prescriben al mismo tiempo. Dexametasona puede afectar las concentraciones plasmáticas de fenitoína (pueden subir o bajar) el efecto del uso concomitante debe vigilarse.

CONVULSIONES

MIDAZOLAM (ver sedación)

FENITOINA

FENOBARBITAL

CARBAMAZEPINA (ver dolor neuropático)

CLONAZEPAM (ver en mioclonías por opioides)

GABAPENTINA (ver dolor neuropático)

VALPROICO ACIDO

DIAZEPAM (ver en mioclonías por opioides)

FENITOINA	
ATC	N03AB02
Indicación avalada en esta guía	Convulsiones. Lesiones ulceradas limpias (uso tópico 1 aplicación/8 h del polvo de la capsula, luego de limpieza con solución salina).
Forma farmacéutica y concentración	Sólido oral 100 mg Líquido oral 125 mg/5ml Líquido parenteral 50 mg/ml
Dosis	Convulsiones: Dosis de impregnación: 15 – 20 mg/kg IV Dosis de mantenimiento: 5 – 7 mg/kg repartido en 2 – 3 tomas VO.
Precauciones	Margen terapéutico estrecho. Niveles plasmáticos terapéuticos: 10 – 20 mcg/ml. Suspender el medicamento gradualmente 50mg/mes
Contraindicaciones	Hipersensibilidad a las hidantoínas
Efectos adversos	Náuseas, vómitos, delirio, mareo, dificultad para hablar, ataxia, nistagmo, acné, hirsutismo, hipertrofia gingival
Interacciones	A menudo disminuye la concentración plasmática de carbamazepina, clonazepam, lamotrigina, topiramato y ácido valproico; aumenta la concentración plasmática de fenobarbital.

FENOBARBITAL	
ATC	N03AA02
Indicación avalada en esta guía	Epilepsia, angustia terminal
Forma farmacéutica y concentración	Líquido parenteral 60 mg/ml Se puede administrar vía SC
Dosis	En raras ocasiones se usa en angustia terminal cuando no hay respuesta a la infusión SC continua de midazolam 60 mg más ya sea haloperidol 30 mg/día o levomepromazina 200 mg/día: -diluir 200 mg en 10 ml de agua para preparaciones inyectables -administrar una dosis inicial de 100-200 mg IV -continuar con 200 - 600 mg SC en infusión continua, usando una vía SC solo para el fenobarbital. Máxima dosis 24h: 600 mg También es usado como antiepiléptico en pacientes que no pueden deglutir, o en quienes la sedación con midazolam es inapropiada: -si esta indicado una dosis stat, administrar 100 mg SC -continuar con 200 – 400 mg/día en infusión SC continua
Precauciones	Suspender el medicamento gradualmente 15 mg/mes
Contraindicaciones	Hipersensibilidad a fenobarbital o barbitúricos.
Efectos adversos	Somnolencia, letargia, ataxia, reacciones cutáneas; excitación paradójica, inquietud y delirio en el anciano.
Interacciones	A menudo disminuye la concentración plasmática de carbamazepina, clonazepam, lamotrigina y ácido valproico; puede aumentar o disminuir la concentración plasmática de fenitoína.

ACIDO VALPROICO	
ATC	N03AG01
Indicación avalada en esta guía	Convulsiones, dolor neuropático como 2da o 3ra línea, dolor de miembro fantasma, profilaxis de migraña.

Forma farmacéutica y concentración	Sólido oral 500 mg Líquido oral: 200 mg/ml, 375 mg/ml, 250 mg/5ml
Dosis	Prevención secundaria de crisis convulsivas: VO 20 - 30 mg/kg/día repartido en 2-3 tomas Dolor neuropático: 250 mg VO c/12h Dolor de miembro fantasma: iniciar con 250 mg VO c/12 h, subir la dosis progresivamente de acuerdo a la respuesta hasta 1 g/día. Profilaxis de migraña: 250 mg VO c/12h
Precauciones	En niños menores de tres años, trastornos metabólicos congénitos, degenerativos, convulsiones severas asociadas a retardo mental y lupus eritematoso sistémico. Función hepática debe ser monitorizada durante los 6 primeros meses de terapia.
Contraindicaciones	Hipersensibilidad al fármaco. Insuficiencia hepática severa. Porfiria.
Efectos adversos	Náusea, diarrea, aumento de peso, trombopenia, hiperactividad, agresividad, ataxia, temblor, hepatopatía, pancreatitis
Interacciones	Disminuye el clearance de amitriptilina por lo que se requiere ajustar su dosis. Incrementa las concentraciones plasmáticas de fenobarbital por lo que potencia sus efectos adversos principalmente los neurológicos. Inhibe el metabolismo de lamotrigina. Disminuye o incrementa la concentración plasmática de fenitoína. Incrementa la fracción libre del diazepam.

DELIRIUM

HALOPERIDOL

LEVOMEPRIMAZINA (ver en náusea y vómito)

MIDAZOLAM (ver en sedación)

HALOPERIDOL	
ATC	N05AD01
Indicación avalada en esta guía	Náusea y vómito, síntomas psicóticos, delirium con agitación, hipo intratable
Forma farmacéutica y concentración	Líquido oral 2 mg/ml Líquido parenteral 5 mg/ml Sólido oral 5-10 mg
Dosis	Delirium: VO, SC: 0,5 – 5 mg/12h Náusea, vómito, hipo intratable: VO, SC: 1,5 mg stat. Dosis usual 1,5 - 2,5 mg c//12 h. Dosis máxima 10 -20 mg Ansiedad: VO 1,5 - 5 mg PRN o 3 – 10 mg/8h Antipsicótico: 1,5 - 3 mg stat y en la noche en adultos mayores. 5mg stat y en la noche en adultos jóvenes.
Precauciones	Uso concomitante de carbamazepina y otros sedantes.
Contraindicaciones	Hipersensibilidad al medicamento. Enfermedad de Parkinson.
Efectos adversos	Síntomas extrapiramidales (disonias, acatisia, parkinsonismo), discinesia tardía, sedación, hipotensión ortostática, arritmias, síndrome neuroléptico maligno.
Interacciones	Potencian el efecto sedante de otros medicamentos (ansiolíticos, antihistamínicos) y del alcohol. Incrementan el riesgo de efectos extrapiramidales y posible toxicidad del litio. La concentración plasmática de haloperidol es aproximadamente la mitad al usar concomitantemente con carbamazepina.

DEPRESION

FLUOXETINA

SERTRALINA

AMITRIPTILINA (ver dolor neuropático)

ALPRAZOLAM (ver en ansiedad)

FLUOXETINA	
ATC	N06AB03
Indicación avalada en esta guía	Depresión
Forma farmacéutica y concentración	Sólido oral 20 mg
Dosis	20 - 40 mg/día Dosis habitual: 20 mg
Precauciones	En pacientes diabéticos, insuficiencia renal y epilepsia. Larga vida media (5 semanas) Comenzar con dosis bajas en adultos mayores (10 mg)
Contraindicaciones	Hipersensibilidad al medicamento. No asociar con inhibidores de la MAO por incremento del riesgo de “síndrome serotonina” y “síndrome neuroléptico maligno”.
Efectos adversos	Náuseas, vómitos, diarrea, dispepsia, (síntomas gastrointestinales se resuelven en pocos días), anorexia, ansiedad, insomnio, astenia, nerviosismo, somnolencia.
Interacciones	Incrementa la actividad anticoagulante de la warfarina. Asociado con antidiabéticos altera las concentraciones de glucosa. Empeora los efectos adversos de los antipsicóticos. Riesgo elevado de hemorragia gastrointestinal con el uso de AINEs. Incrementa las concentraciones plasmáticas de carbamazepina, fenitoína, haloperidol, clozapina, risperidona, trazodona, diazepam y alprazolam por lo que se recomienda en caso de asociación llevar estricta vigilancia terapéutica.

SERTRALINA	
ATC	N06AB06
Indicación avalada en esta guía	Depresión, prurito por colestasis, uremia, neoplasias.
Forma farmacéutica y concentración	Sólido oral 50 y 100 mg
Dosis	Depresión: 50 mg dosis estándar, ocasionalmente se puede incrementar a 100 – 200 mg Prurito por colestasis, uremia, neoplasias: 50 – 100 mg/día
Precauciones	Epilepsia, insuficiencia hepática, insuficiencia renal. Todos los IRSS incrementan el riesgo de sangrado gastrointestinal en adultos mayores, particularmente mayores de 80 años. Sertralina (u otros IRSS) no debe ser iniciado hasta 2 semanas después de suspender inhibidores de la MAO. Considerar la vida media prolongada al momento de suspender la terapia, se requieren 2 semanas para ser eliminado totalmente del organismo.
Contraindicaciones	No asociar con inhibidores de la MAO por incremento de riesgo de “síndrome serotonina” y “síndrome neuroléptico maligno”, manía.
Efectos adversos	Disfunción sexual (disminución de la libido, orgasmo retardado), anorexia, náusea, vómito, diarrea, dispepsia, erupción cutánea, inquietud, cefalea.
Interacciones	Incrementa la actividad anticoagulante de la warfarina. Asociado con antidiabéticos altera las concentraciones de glucosa. Empeora los efectos adversos de los antipsicóticos. Riesgo elevado de hemorragia gastrointestinal con el uso de AINEs. Incrementa las concentraciones plasmáticas de carbamazepina, fenitoína, haloperidol, clozapina, risperidona, trazodona, diazepam y alprazolam por lo que se recomienda en caso de asociación llevar estricta vigilancia terapéutica.

DIARREA

LOPERAMIDA

CODEINA (ver en dolor)

LOPERAMIDA	
ATC	A07DA03
Indicación avalada en esta guía	Diarrea aguda o crónica no infecciosa, ileostomía (para mejorar la consistencia fecal)
Forma farmacéutica y concentración	Sólido oral 2 mg
Dosis	Dosis inicial 4 mg, seguido de 2 mg luego de cada deposición hasta un máximo de 16 mg/día
Precauciones	Asegurar que la diarrea no es secundaria a impactación fecal o proceso infeccioso.
Contraindicaciones	Hipersensibilidad al medicamento.
Efectos adversos	Estreñimiento, mareo, somnolencia, náusea, íleo paralítico, dolor abdominal.
Interacciones	Opioides, anticolinérgicos aumentan los efectos colaterales.

DISFAGIA

DEXAMETASONA (ver en compresión medular)

DISNEA

MORFINA (ver dolor)

DEXAMETASONA (ver en compresión medular)

ALPRAZOLAM (ver en ansiedad)

MIDAZOLAM (ver en sedación)

DIAZEPAM (ver en mioclonías por opioides)

CLORPROMAZINA (ver en náusea y vómito)

SALBUTAMOL

PREDNISONA (ver en astenia)

SALBUTAMOL	
ATC	R03AC02
Indicación avalada en esta guía	Asma y otras condiciones asociadas con obstrucción de las vías respiratorias reversible. Hipercalcemia.
Forma farmacéutica y concentración	Líquido para inhalación 0,1 mg/dosis Líquido para nebulización 5 mg/ml
Dosis	1-2 inhalaciones a demanda Hipercalcemia: 2 ml en nebulización c/8h.
Precauciones	Grave interacción con medicamentos: incrementa el riesgo de hipopotasemia con corticoides, diuréticos, teofilina. Hipertiroidismo, insuficiencia cardíaca, hipertensión, diabetes mellitus, adultos mayores.
Contraindicaciones	Hipersensibilidad al fármaco. Taquicardia secundaria a enfermedad cardíaca.
Efectos adversos	Taquicardia, palpitaciones, cefalea, temblor, ansiedad, nerviosismo,
Interacciones	Fentanilo, alprazolam, amitriptilina, barbitúricos, cafeína: salbutamol disminuye el efecto sedante de estos fármacos.

DOLOR:

PARACETAMOL

IBUPROFENO

DICLOFENACO

KETOROLACO

CODEINA

TRAMADOL

MORFINA

FENTANILO

OXICODONA

BUPRENORFINA

PARACETAMOL	
ATC	N02BE01
Indicación avalada en esta guía	Dolor leve a moderado. Fiebre.
Forma farmacéutica y concentración	Sólido oral 500 mg Sólido rectal: 100 - 300 mg Líquido oral 120 mg/5 ml, 150 mg/5 ml, 160 mg/5 ml, gotas: 100 mg/ml Líquido parenteral 10 mg/ml
Dosis	500 – 1000 mg c/4-6 h. Dosis máxima: 4 g/día
Precauciones	Insuficiencia hepática severa, particularmente asociado a alcoholismo o desnutrición.
Contraindicaciones	Hipersensibilidad al medicamento. Hepatopatía crónica, encefalopatía hepática.
Efectos adversos	En sobredosis toxicidad hepática. Náusea. Raro: rash, ictericia colestática, pancreatitis aguda en uso prolongado, trombocitopenia, agranulocitosis, anafilaxia.
Interacciones	Incrementa el riesgo de sangrado de warfarina y heparina. Gabapentina, ácido valproico disminuye los niveles de paracetamol al aumentar el metabolismo.

IBUPROFENO	
ATC	M01AE01
Indicación avalada en esta guía	Dolor e inflamación, dismenorrea, migraña, fiebre, dolor oncológico, fiebre neoplásica, tenesmo vesical
Forma farmacéutica y concentración	Sólido oral 400 mg Líquido oral 200 mg/5 ml
Dosis	Dolor, fiebre, tenesmo vesical: 400 - 600 mg/6-8h Dosis máxima: 3.2 g/día
Precauciones	Ajustar dosis en adultos mayores e insuficiencia renal. No utilizar más de 10 días.
Contraindicaciones	Úlcera péptica activa. Hipersensibilidad a aspirina u otros AINEs (urticaria, rinitis, asma, angioedema). Enfermedad isquémica cardíaca.
Efectos adversos	Dispepsia, úlcera péptica, sangrado digestivo, perforación, nefritis intersticial, edema, disminución de la agregación plaquetaria, broncoespasmo.
Interacciones	Aumenta el efecto anticoagulante de la warfarina.

DICLOFENACO	
ATC	M01AB05
Indicación avalada en esta guía	Dolor, inflamación en artritis reumatoidea y otros trastornos musculoesqueléticos, fiebre neoplásica
Forma farmacéutica y concentración	Sólido oral 50 mg Líquido parenteral 25 mg/ml Dosis máxima: 150 mg/día
Dosis	Oral: 50 mg/8h SC: 75 – 150 mg/24h

Precauciones	Ajustar dosis en adultos mayores. No mezclar con otros medicamentos en infusión subcutánea. Relación riesgo/beneficio debe considerarse siempre. Utilizar máximo 10 días.
Contraindicaciones	Úlcera péptica activa, sangrado digestivo, insuficiencia renal, hipersensibilidad a aspirina u otros AINES (urticaria, rinitis, asma, angioedema)
Efectos adversos	Dispepsia, úlcera péptica, sangrado digestivo, perforación, nefritis intersticial, edema, disminución de la agregación plaquetaria, broncoespasmo.
Interacciones	Puede aumentar el efecto anticoagulante de la warfarina. Con inhibidores ECA y ARA II, diuréticos, ciclosporina aumenta el riesgo de insuficiencia renal.

KETOROLACO	
ATC	M01AB15
Indicación avalada en esta guía	Dolor óseo, inflamación, fiebre neoplásica
Forma farmacéutica y concentración	Líquido parenteral 30 mg/ml
Dosis	Dolor: SC: 10 - 30 mg/6-8h Dosis máxima VO: 40 mg/día Dosis máxima SC, IV: 90 mg/día
Precauciones	Insuficiencia hepática, adultos mayores, Ajustar dosis en adultos mayores. No mezclar con otros medicamentos en infusión subcutánea. Relación riesgo/beneficio debe considerarse siempre. Utilizar máximo IV, SC 48 h; VO,SL 5 días.
Contraindicaciones	Úlcera péptica activa o antecedentes de úlcera péptica, sangrado gastrointestinal, sospecha o confirmación de sangrado cerebrovascular, diátesis hemorrágica, asma, hipersensibilidad a la acido acetilsalicílico u otros AINES. No administrar conjuntamente con warfarina, litio u otros AINES.
Efectos adversos	Dispepsia, úlcera péptica, sangrado digestivo, perforación, nefritis intersticial, edema, disminución de la agregación plaquetaria, broncoespasmo.
Interacciones	Aumenta el efecto anticoagulante de la warfarina. Con inhibidores ECA y ARA II, diuréticos, ciclosporina aumenta el riesgo de insuficiencia renal.

CODEINA	
ATC	R02DA04
Indicación avalada en esta guía	Dolor moderado, tos no productiva, diarrea
Forma farmacéutica y concentración	Sólido oral 10 - 30 mg Líquido oral 10 mg/5 ml
Dosis	Dolor: 30 - 60 mg/4-6 h Tos: 10 - 20 mg/4-6 h Diarrea: 30 mg/6 h Dosis máxima 360 mg/día
Precauciones	Uso de laxante
Contraindicaciones	Hipersensibilidad al fármaco. diarrea asociada a toxinas, colitis pseudomembranosa.

Efectos adversos	Comunes al inicio del uso: náusea, vómito, somnolencia, inestabilidad, delirio. Comunes permanentes: estreñimiento, náusea y vómito. Ocasionales: boca seca, diaforesis, prurito, alucinaciones, mioclonias. Raro: depresión respiratoria, dependencia psicológica.
Interacciones	Similares a las de morfina: el efecto analgésico de la morfina disminuye con la administración concomitante de pentazocina

TRAMADOL	
ATC	N02AX02
Indicación avalada en esta guía	Dolor moderado a severo, dolor nociceptivo y neuropático.
Forma farmacéutica y concentración	Sólido oral 50 mg Líquido oral 100 mg/ml (considerar el número de gotas que corresponde a 1 ml según la presentación del medicamento) Líquido parenteral 50 mg/ml
Dosis	Dolor: 50 – 100 mg/4-6h, disminuir la dosis en adultos mayores. Vía oral: Tramadol 50 mg equivale a 10 mg de morfina. Vía parenteral: Tramadol 200 mg equivale a 20 mg de Morfina Dosis máxima: 800 mg/día VO
Precauciones	Epilepsia, presión intracraneal elevada, insuficiencia hepática o renal severa. Pacientes que toman medicamentos que disminuyen el umbral convulsivo, antidepresivos tricíclicos e IRSS. Carbamazepina disminuye el efecto de tramadol. Se ha reportado convulsiones en pacientes que reciben tramadol intravenoso de forma rápida. Se ha reportado convulsiones en pacientes con epilepsia o patología metabólica.
Contraindicaciones	Hipersensibilidad a tramadol u opioides. Alcoholismo o intoxicación aguda. Menores de 14 años. Epilepsia no controlada.
Efectos adversos	Causa menos estreñimiento que codeína. Comunes al inicio del uso: náusea, vómito, somnolencia, inestabilidad, delirio. Comunes permanentes: estreñimiento, náusea y vómito. Ocasionales: boca seca, diaforesis, prurito, alucinaciones, agitación Raro: depresión respiratoria, dependencia psicológica.
Interacciones	En asociación con medicamentos que poseen un efecto serotoninérgico (ej. IMAOs, IRSS) puede generar un “síndrome de serotonina”. Tramadol potencia el efecto de los anticoagulantes derivados de la warfarina. El riesgo de convulsiones se incrementa en pacientes que utilizan tramadol simultáneamente con antidepresivos o antipsicóticos. Tramadol es un sustrato de CYP2D6 y CYP3A4, por lo tanto la posibilidad de interacción con inhibidores o inductores de estas isoenzimas esta siempre latente. Carbamazepina disminuye el efecto de tramadol.

MORFINA	
ATC	N02AA01
Indicación avalada en esta guía	Dolor moderado a severo, disnea, tos.
Forma farmacéutica y concentración	Sólido oral 10-30-60 mg (liberación prolongada) Sólido oral 10 mg (liberación rápida) Líquido oral 2 mg/ml, 20mg/ml (liberación rápida) Líquido parenteral 10 mg/ml - 20 mg/ml

Dosis	Dolor: Individualizar el tratamiento para obtener la mayor eficacia y minimizar los efectos adversos, reconociendo que no existe dosis máxima o techo para el control de dolor. La presentación de liberación prolongada debe ser ingerida de forma íntegra, sin masticar o producir alguna deformidad de la misma, se administran cada 12 horas. Las presentaciones de liberación rápida se administran cada 4 horas. Dolor agudo: Adultos: Administración subcutánea, intravenosa: Titular: Dosis: 0.1 mg/kg IV o subcutánea. Luego de 15 minutos reevaluar la efectividad de la dosis administrada, repetir la dosis hasta controlar el dolor, entonces pautar la dosis efectiva alcanzada cada 4 horas y PRN o de rescate. Niños: Administración subcutánea: • Neonatos: 100mcg/ kg cada 6 horas. • 1 – 6 meses: 100-200mcg/ kg cada 6 horas, ajustar según la respuesta. • 6 meses – 2 años: 100-200mcg/ kg cada 4 horas, ajustar según la respuesta. • 2 – 12 años: 200mcg/ kg cada 4 horas, ajustar según la respuesta. • 12 – 18 años: 2,5 – 10mcg/ kg cada 4 horas, ajustar según la respuesta. Administración intravenosa: • Neonatos: 50mcg/ kg cada 6 horas. • 1 – 6 meses: 100mcg/ kg cada 6 horas, ajustar según la respuesta. • 6 meses – 12 años: 100mcg/ kg cada 4 horas, ajustar según la respuesta. Administración oral posterior a la titulación: A las 48 horas continuar con medicación vía oral (si es factible), la dosis total de 24 horas se debe duplicar y dividir para 2 tomas, utilizar presentaciones de liberación prolongada. Indicar dosis PRN o de rescate que corresponde a 1/6 de la dosis total en presentación jarabe. Ejemplo: se controla el dolor con 30 mg de morfina por vía parenteral, al pasar a vía oral se duplica la dosis es decir 60 mg, corresponde a 30mg cada 12 horas en presentación de liberación prolongada. Los PRN o rescates son de 10 mg en jarabe. Dolor irruptivo: 1/6 de la dosis total diaria (uso de jarabe) Disnea: Si no está usando morfina: VO, SC: 2,5 – 5 mg/4h, si usa morfina aumentar el 25% de la dosis total. Tos: VO: 2,5 – 5 mg/4-6h
Precauciones	Uso concomitante de medidas laxativas o un laxante, un antiemético Antídoto: Naloxona (uso según la ficha del medicamento, se encuentra al final en Antagonista opioides)
Contraindicaciones	Ninguna si se titula la dosis cuidadosamente en pacientes con dolor
Efectos adversos	Comunes al inicio del uso: náusea, vómito, somnolencia, inestabilidad, delirio. Comunes permanentes: estreñimiento, náusea y vómito. Ocasionales: boca seca, diaforesis, prurito, alucinaciones, mioclonías. Raro: depresión respiratoria, dependencia psicológica.
Interacciones	El efecto analgésico de la morfina disminuye con la administración concomitante de pentazocina

FENTANILO	
ATC	N01AH01
Indicación avalada en esta guía	-Dolor severo crónico, -Intolerancia a los efectos secundarios de la morfina (náusea, vómito, estreñimiento, alucinaciones), -insuficiencia renal -disfagia -“fobia a las tabletas” o mal cumplimiento con la medicación oral

Forma farmacéutica y concentración	Sólido cutáneo (parche transdérmico) 4,2 mg (25 mcg/h) Dura 72 horas
Dosis	- Pacientes cuyo dolor no esta controlado con 240 mg de codeína iniciar con parches de 25 mcg/h -Si usa morfina aplicar la tabla de conversión: Morfina oral 90 mg/día = parche de fentanilo de 25 mcg Morfina oral 180 mg/día = parche de fentanilo de 50 mcg Morfina oral 270 mg/día = parche de fentanilo de 75 mcg Morfina oral 360 mg/día = parche de fentanilo de 100 mcg Nota: El parche tarda 12 horas en hacer efecto, por lo que es necesario continuar con el analgésico que usaba las 12 primeras horas -La dosis de rescate es aproximadamente la mitad de la concentración del parche en mg de morfina de liberación rápida, ej. fentanilo de 50 mcg/h usar morfina 20 - 30 mg VO -Aplicar el parche en piel seca, no inflamada, no irradiada, sin vello, en la parte superior del brazo o en el tronco; el vello puede ser cortado pero no afeitado. Cambiar los sitios de colocación del parche. -Después de 48 horas si el paciente continua necesitando 2 o más rescates de morfina/día, se debe incrementar un parche de 25 mcg/h. Cuando se usa las dosis iniciales que los fabricantes recomiendan, casi el 50% de pacientes necesitan incrementar al parche más potente después de los primeros 3 días. -Aproximadamente el 10% de pacientes experimentan síntomas de retirada de opioides cuando se cambia de morfina a parches de fentanilo, manifestado por síntomas de gastroenteritis que dura pocos días, dosis PRN de morfina pueden ser usadas para aliviar estos molestos síntomas. -Después de retirar el parche una cantidad de fentanilo permanece acumulado en la piel donde estaba el parche y niveles sanguíneos importantes persisten por 24 horas, a veces más, es importante conocer si se descontinúa el uso de fentanilo. -Los parches de fentanilo son insatisfactorios en menos del 5% de pacientes, generalmente porque se despegan o tienen alergia a la silicona del adhesivo. -Los parches usados aún contienen fentanilo, después de retirarlos doble el parche con el adhesivo hacia dentro y deséchelo en un recipiente de cortopunzantes, lávese las manos.
Precauciones	La velocidad de absorción del parche de fentanilo puede incrementarse con la fiebre o si la piel bajo el parche presenta vasodilatación por una fuente de calor externa como una manta o cojín eléctrico.
Contraindicaciones	En pacientes que necesitan una rápida titulación de la medicación para dolor severo no controlado. Dolor no aliviado por morfina no será aliviado por fentanilo. En caso de duda, consulte con un especialista antes de prescribir parches de fentanilo.
Efectos adversos	Menos estreñimiento que con dosis equivalentes de morfina, puede causar menos náusea y vómito. Comunes al inicio del uso: náusea, vómito, somnolencia, inestabilidad, delirio. Comunes permanentes: estreñimiento, náusea y vómito. Ocasionales: boca seca, diaforesis, prurito, alucinaciones, mioclonías. Raro: depresión respiratoria, dependencia psicológica.
Interacciones	Ninguna

Oxycodona	
ATC	N02AA05
Indicación avalada en esta guía	Dolor moderado a severo, incluye dolor en cáncer y post operatorio. Alternativa en casos de intolerancia a otros opioides.
Forma farmacéutica y concentración	Sólido oral 10-20-40 mg (liberación prolongada) Sólido oral 5 mg (liberación rápida)
Dosis	Dolor: se debe reservar para los pacientes que no pueden tolerar morfina o rotación de opioides 20 mg de morfina por vía oral equivale a 10 mg de oxycodona.

Precauciones	Ajustar dosis en insuficiencia renal y hepática. Asociar medidas laxativas o laxante. Valorar costo beneficio por precio, con respecto a otros opioides
Contraindicaciones	Hipersensibilidad al medicamento.
Efectos adversos	Comunes al inicio del uso: náusea, vómito, somnolencia, inestabilidad, delirio. Comunes permanentes: estreñimiento, náusea y vómito. Ocasionales: boca seca, diaforesis, prurito, alucinaciones, mioclonías. Raro: depresión respiratoria, dependencia psicológica.
Interacciones	Similares a morfina: El efecto analgésico de la morfina disminuye con la administración concomitante de pentazocina.

BUPRENORFINA	
ATC	N02AE01
Indicación avalada en esta guía	Dolor moderado a severo Pacientes con insuficiencia renal en diálisis
Forma farmacéutica y concentración	Sólido cutáneo (parche transdérmico) 20 mg (35 mcg/h) Sólido oral (sublingual) 0,2 mg Líquido parenteral 0,3 mg/ml Tiene techo: 140 mcg/h
Dosis	Dolor: no es de primera elección Dosis inicial SL: 0,2 mg/8h Transdérmica: cambiar el parche cada 84 horas.
Precauciones	Es un agonista parcial. El parche debe ser utilizado en dolor crónico estable. Uso concomitante de medidas laxativas o un laxante, un antiemético
Contraindicaciones	En pacientes que necesitan una rápida titulación de la medicación para dolor.
Efectos adversos	Erupción local por el parche Comunes al inicio del uso: náusea, vómito, somnolencia, inestabilidad, delirio. Comunes permanentes: estreñimiento, náusea y vómito. Ocasionales: boca seca, diaforesis, prurito, alucinaciones, mioclonías. Raro: depresión respiratoria, dependencia psicológica.
Interacciones	Similares al resto de opioides: El efecto analgésico de la morfina disminuye con la administración concomitante de pentazocina.

DOLOR NEUROPATICO

AMITRIPTILINA

CARBAMAZEPINA

GABAPENTINA

CLONAZEPAM (ver en mioclonías por opioides)

MORFINA (ver en dolor)

TRAMADOL (ver en dolor)

ACIDO VALPROICO (ver en convulsiones)

AMITRIPTILINA	
ATC	N06AA09
Indicación avalada en esta guía	Dolor neuropático, insomnio asociado a depresión o dolor neuropático, depresión, tenesmo vesical, espasmos de vejiga, sialorrea, trastorno de pánico.
Forma farmacéutica y concentración	Sólido oral 10-25 mg

Dosis	Dolor neuropático: Dosis inicial: 10 – 25 mg/día en dosis única por la noche Dosis habitual: 50 - 150 mg/día Dosis máxima: 150 mg/día Insomnio asociado a depresión o dolor neuropático: 25 – 100 mg al acostarse Depresión: 50 – 100 mg/día Tenesmo vesical: 25 – 50 mg por la noche
Precauciones	En adultos mayores, pacientes con arritmia o cardiopatía isquémica, epilepsia, insuficiencia hepática, manía, psicosis (puede agravar), glaucoma de ángulo cerrado, dificultad para orinar, historia de retención urinaria. La somnolencia puede afectar el desempeño de tareas especializadas ej. conducir. El tratamiento debe retirarse gradualmente después del uso prolongado.
Contraindicaciones	Co-administración con inhibidores de la MAO, infarto de miocardio reciente, arritmias (especialmente bloqueo cardíaco de cualquier grado), manía, insuficiencia hepática grave
Efectos adversos	Efectos antimuscarínicos, sequedad de boca, sedación, delirio, retención urinaria, hipotensión ortostática, hiponatremia, alteraciones cardiovasculares, en adultos mayores riesgo de caídas.
Interacciones	Los principios activos que inhiben la isoenzima CYP2D6 del citocromo P450 pueden producir reducciones significativas en el metabolismo de la amitriptilina produciendo por lo tanto incremento en su concentración plasmática.

CARBAMAZEPINA

ATC	N03AF01
Indicación avalada en esta guía	Convulsiones, dolor neuropático
Forma farmacéutica y concentración	Sólido oral 200 mg Sólido oral 400 mg (liberación controlada) Líquido oral 100 mg/5ml
Dosis	Dolor neuropático: Dosis inicial: 100 - 200 mg/12h Incrementar 100 – 200 mg cada semana Dosis máxima: 1200 mg/día Convulsiones: 200 – 400 mg c/8-12h
Precauciones	En insuficiencia hepática. Requiere vigilancia hematológica. Suspender el medicamento gradualmente 100 mg/mes
Contraindicaciones	Ninguna
Efectos adversos	Somnolencia, diplopía, nistagmus, mareo, inestabilidad, ataxia, náusea, toxicidad cutánea, hematológica y hepática. Las reacciones pueden ser reducidas al administrar dosis más pequeñas con mayor frecuencia, ej: 50-100mg cada 6 horas
Interacciones	Fluoxetina, fluvoxamina, claritromicina, eritromicina incrementan la concentración plasmática de carbamazepina, Acelera el metabolismo de los antidepresivos tricíclicos. Disminuye el efecto del tramadol.

GABAPENTINA

ATC	N03AX12
Indicación avalada en esta guía	Dolor neuropático, anticonvulsivante. Hipo
Forma farmacéutica y concentración	Sólido oral 300 mg

Dosis	Dolor neuropático: Dosis inicial: 300 mg 1 ^{er} día en la noche, 300 mg/12h 2 ^o día, 300 mg/8h 3 ^{er} día. Incrementar dosis a escalones de 300 mg/día hasta 1800 mg/día El retiro debe ser gradual en 7 o más días Convulsiones: 100 – 400 mg/8 h Hipo: 300 – 600 mg/8 h
Precauciones	Reducir la dosis en insuficiencia renal y en adultos mayores El retiro debe ser gradual en 7 o más días
Contraindicaciones	Crisis de ausencia (pueden empeorar)
Efectos adversos	Comunes: somnolencia, mareo, ataxia, fatiga Poco común: cefalea, nistagmus, diplopía, ansiedad
Interacciones	Los antiácidos que contienen aluminio o magnesio reducen la biodisponibilidad de gabapentina en un 10-25%, por ello debe administrarse gabapentina al menos 2 horas después de la toma del antiácido.

DOLOR COLICO

BUTILESCOPOLAMINA (N-BUTILBROMURO DE HIOSCINA) (ver estertores premortem)

DOLOR OSEO

ACIDO ZOLEDRONICO (ver hipercalcemia)

ESTERTORES PREMORTEM

BUTILESCOPOLAMINA (N-BUTILBROMURO DE HIOSCINA)

BUTILESCOPOLAMINA (N-BUTILBROMURO DE HIOSCINA)	
ATC	A03BB01
Indicación avalada en esta guía	Dolor cólico intestinal, dolor cólico genito urinario, dismenorrea, obstrucción intestinal maligna inoperable, estertores premortem, sialorrea, tenesmo vesical
Forma farmacéutica y concentración	Líquido parenteral 20 mg/ml
Dosis	Obstrucción intestinal: IV, SC: 60 – 80 mg/día en 3-4 dosis Infusión SC: 60 – 80 mg/día Incrementar a 120 mg/día si la respuesta es inadecuada Dosis máxima 300 mg/día Estertores premortem: IV, SC: 20 mg/4-6 h o infusión de 60 -120 mg/día Tenesmo vesical: VO, IV, SC: 20 – 30 mg/6-8 h
Precauciones	Los antimuscarínicos bloquean la vía final común (colinérgica) a través de la cual actúan los procinéticos: los dos tipos de medicamentos no deben ser prescritos al mismo tiempo.
Contraindicaciones	Glaucoma de ángulo cerrado (menos en la agonía)
Efectos adversos	Sequedad de boca, visión borrosa, taquicardia, hipotensión, retención urinaria
Interacciones	Butil bromuro de hioscina contraresta el efecto de fármacos procinéticos ej. metoclopramida, domperidina.

ESTREÑIMIENTO

SENNÁ

GLICEROL

LACTULOSA

SENNÁ	
ATC	A06AB06
Indicación avalada en esta guía	Prevención y tratamiento del estreñimiento

Forma farmacéutica y concentración	Sólido oral, senósidos A y B 8,6 mg
Dosis	Senna 17,2 mg HS, c/12 h
Precauciones	Cuando se usa conjuntamente con diuréticos posibles alteraciones electrolíticas.
Contraindicaciones	Obstrucción del intestino grueso
Efectos adversos	Cólico, diarrea, náusea.
Interacciones	Cuando se usa conjuntamente con diuréticos posibles alteraciones electrolíticas.

GLICEROL

ATC	A06AG04
Indicación avalada en esta guía	Estreñimiento (si los laxantes orales no son efectivos)
Forma farmacéutica y concentración	Sólido rectal 0,92 g - 3 g
Dosis	Estreñimiento: 4 g en una aplicación/día
Precauciones	Explicar al paciente y familia que un tercio de pacientes que reciben morfina de forma continua, a pesar del uso de laxantes orales necesitan de forma regular o intermitente realizar procedimientos en el recto como son: usos de supositorios laxantes, enemas o evacuación manual.
Contraindicaciones	Hipersensibilidad al componente
Efectos adversos	Irritación de la mucosa rectal, escozor anal
Interacciones	Ninguna

LACTULOSA

ATC	A06AD11
Indicación avalada en esta guía	Estreñimiento, particularmente en pacientes que presentan cólicos intestinales al usar laxantes de contacto (estimulantes) o en quienes no hay respuesta a los laxantes de contacto; encefalopatía hepática.
Forma farmacéutica y concentración	Solución oral 65%
Dosis	Estreñimiento: puede tardar más de 48 horas en actuar 15 ml/12 h, ajustar la dosis según respuesta Encefalopatía hepática: 30-50 ml/día TID, ajustar la dosis para producir 2-3 evacuaciones suaves al día
Precauciones	En pacientes con intolerancia a la lactosa.
Contraindicaciones	Obstrucción intestinal, galactosemia.
Efectos adversos	Distensión abdominal, náusea, vómito, flatulencia, cólicos, sensación urente en el recto.
Interacciones	Podría afectarse la absorción de otros fármacos, al cambiar el tiempo de permanencia en el tránsito intestinal.

HEMORRAGIA
ACIDO TRANEXAMICO

ÁCIDO TRANEXÁMICO	
ATC	B02AA02
Indicación avalada en esta guía	Prevención de sangrado postoperatorio en hemofilia, menorragia, angioedema hereditario, epistaxis, superficie sangrante de tumores ulcerados, cavidad nasal y otros órganos (vejiga, utero, recto, estomago y pulmones)
Forma farmacéutica y concentración	Sólido oral 250 – 500 mg Líquido parenteral 100 mg/ml
Dosis	1,5 g VO stat y 1 g /8 h Máxima dosis 2 g c/6 h Suspenda 1 semana después del cese de la hemorragia. Reinicie si se presenta sangrado. Solución tópica para superficie sangrante de tumores fungoides en la piel: 500 mg en 5 ml empapado en gasa y aplicar con presión por 10 minutos. Solución tópica para superficie sangrante de tumores fungoides en cavidades corporales: Generalmente utilizado sólo si ácido tranexámico VO ha fallado. QD o BID 5 g diluido en 50 ml de agua (a temperatura corporal para instilación vesical/rectal)
Precauciones	Grave interacción con medicamentos: incrementa el riesgo de trombosis con otros medicamentos trombogénicos. Insuficiencia renal. En pacientes con hematuria hay riesgo de obstrucción de la uretra y retención.
Contraindicaciones	Enfermedad tromboembólica activa. Coagulación intravascular diseminada activa.
Efectos adversos	Náuseas, vómito, dolor abdominal, diarrea, mialgias, debilidad. Raro: trombo-embolismo, alteraciones visuales incluyendo daño en la percepción de los colores.
Interacciones	Estrógenos, progestágenos, tamoxifeno, tretinoína: incrementan riesgo de eventos trombóticos por efecto aditivo. Activadores del plasminógeno, estreptoquinasa, urokinasa disminuyen la eficacia de ácido tranexámico.

HIPERCALCEMIA
ACIDO ZOLEDRONICO

ÁCIDO ZOLEDRONICO	
ATC	M05BA08
Indicación avalada en esta guía	Hipercalcemia maligna. Uso profiláctico para reducir la incidencia de eventos óseos en pacientes con cáncer que involucra los huesos. Dolor óseo.
Forma farmacéutica y concentración	Líquido parenteral o sólido parenteral 4 mg
Dosis	Hipercalcemia: los pacientes deben estar bien hidratados. Administrar 4 - 8 mg IV diluido en 100 ml de cloruro de sodio al 0.9% o glucosado 5%, pasar en 15 minutos. La dosis más alta es reservada para pacientes con hipercalcemia refractaria. Uso profiláctico para reducir la incidencia de eventos óseos en pacientes con cáncer que involucra los huesos: los pacientes deben estar bien hidratados. Administrar 4 mg IV diluido en 100 ml de cloruro de sodio al 0.9% o glucosado 5%, pasar en 15 minutos, cada 3-4 semanas. Se recomienda suplemento diario de calcio 500 mg y vitamina D 400 UI.
Precauciones	Realizar control de la función renal antes y después del tratamiento. Se ha descrito osteonecrosis maxilar (se recomienda revisión dental previa al tratamiento). Uso hospitalario.

Contraindicaciones	Insuficiencia renal grave. Hipocalcemia.
Efectos adversos	Muy frecuente: fiebre transitoria dentro del 1-2 día en un tercio de los pacientes. Frecuentes: confusión, bradicardia, náusea, insuficiencia renal, fatiga, artralgias, mialgias, cambios en el gusto, sed, hipocalcemia, hipofosfatemia. Raros: (<0.1%) pancitopenia.
Interacciones	Aminoglucósidos, furosemida, ácido etacrínico, foscarnet incrementan el riesgo de hipocalcemia por efecto sinérgico. Amfotericina B, aciclovir, valaciclovir, ganciclovir, ciclosporina, penicilamina, vancomicina, talidomida: pueden potenciar los efectos nefrotóxicos.

HIPO**OMEPRAZOL**

METOCLOPRAMIDA (ver en náusea y vómito)

CLORPROMAZINA (ver en náusea y vómito)

GABAPENTINA (ver dolor neuropático)

HALOPERIDOL (ver delirium)

MIDAZOLAM (ver sedación)

OMEPRAZOL	
ATC	A02BC01
Indicación avalada en esta guía	Úlcera gástrica y duodenal. Esofagitis por reflujo. Hipo.
Forma farmacéutica y concentración	Sólido oral 20 mg Sólido oral 10 mg/5ml (polvo) Líquido parenteral 40 mg
Dosis	20 mg/día
Precauciones	En adultos mayores, en pacientes con enfermedades hepáticas crónicas.
Contraindicaciones	Hipersensibilidad al medicamento.
Efectos adversos	Náusea, vómito, dolor abdominal, cólicos, flatulencia, diarrea, cefalea, mareo.
Interacciones	Puede retrasar el metabolismo de ciertos fármacos como fenitoína, y warfarina por la inhibición de CYP2C19.

INSOMNIO

ALPRAZOLAM (ver en ansiedad)

DIAZEPAM (ver en mioclonías por opioides)

AMITRIPTILINA (ver en dolor neuropático)

MIOCLONIAS POR OPIOIDES

MIDAZOLAM (ver en sedación)

CLONAZEPAM

DIAZEPAM

CLONAZEPAM	
ATC	N03AE01
Indicación avalada en esta guía	Ansiedad, dolor neuropático, crisis convulsivas, mioclonías, agitación terminal, desordenes de pánico, síndrome de piernas inquietas.
Forma farmacéutica y concentración	Sólido oral 0,5 – 1 – 2 mg Líquido oral 2,5 mg/ml

Dosis	Ansiedad: 4 – 8 mg/día en 3 ó 4 tomas o 0,5-1 mg a demanda Dolor neuropático: 2 – 8 mg/día, VO Crisis convulsivas: 4 – 8 mg/día repartidos en 3 dosis Mioclónicas por opioides: VO, dosis habitual: 3 – 5 mg/día Desordenes de pánico: 1 – 4 mg/día VO Piernas inquietas: 1 – 2 mg en la noche, VO
Precauciones	Insuficiencia hepática y renal
Contraindicaciones	Insuficiencia hepática grave, síndrome de apneas del sueño, miastenia gravis
Efectos adversos	Somnolencia, sedación, fatiga, hipotonía muscular e incoordinación. Estos efectos son generalmente transitorios y pueden ser minimizados al iniciar con dosis bajas en la noche. En los niños, clonazepam ha sido asociado con aumento de la salivación y sialorrea.
Interacciones	Sedación excesiva con el uso simultáneo de otros fármacos con efecto sedante ej barbitúricos, antihistamínicos.

DIAZEPAM	
ATC	N05BA01
Indicación avalada en esta guía	Ansiedad, insomnio, espasmo muscular, mioclónicas, epilepsia, delirium tremens por alcohol, ansiedad por disnea.
Forma farmacéutica y concentración	Sólido oral 5 - 10 mg Líquido oral 2 mg/5ml Líquido parenteral 5 mg/ml
Dosis	Ansiedad: 2 – 10 mg VO, intervalo según respuesta. Espasmos musculares, mioclónicas: 5 mg VO Insomnio: 5 – 10 mg VO Crisis convulsivas: 5 – 10 mg vía rectal – IV. Ansiedad por disnea: 2 – 10 mg VO, intervalo según respuesta
Precauciones	Tiene larga vida media (20-100 horas) y varios metabolitos activos, uno de los cuales (nordiazepam) tiene una vida media plasmática de hasta 200horas en los adultos mayores. No se puede aplicar por vía subcutánea. Precaución: - al administrar con otros medicamentos sedantes, incluyendo opioides potentes, - en adultos mayores, - insuficiencia hepática. Si se administra IV puede causa hipotensión y apneas transitorias. La acumulación de metabolitos activos puede requerir una reducción de la dosis después de varios días.
Contraindicaciones	Hipersensibilidad al medicamento.
Efectos adversos	Somnolencia, flacidez muscular, inestabilidad (ataxia). Reacciones paradójicas: insomnio, ansiedad, agitación, furor, alucinaciones, aumento de la espasticidad muscular.
Interacciones	Diazepam es metabolizado en el hígado vía citocromo P450 lo que da lugar a varias interacciones farmacológicas potencialmente importantes; amiodarona, cimetidina, fluconazol, metronidazol, omeprazol, valproato sódico inhiben la eliminación de diazepam, lo que resulta en un efecto mayor y más prolongado.

NAUSEA Y VOMITO

DEXAMETASONA (ver en compresión medular)

METOCLOPRAMIDA

ONDANSETRON

HALOPERIDOL (ver en delirium)

CLORPROMAZINA

ALPRAZOLAM (ver en ansiedad)

LEVOMEPRMAZINA

METOCLOPRAMIDA	
ATC	A03FA01
Indicación avalada en esta guía	Náusea y vómito particularmente en trastornos gastrointestinales (irritación gástrica, retraso del vaciamiento gástrico), quimioterapia, radioterapia, medicamentos, anorexia relacionado al cáncer, hipo.
Forma farmacéutica y concentración	Sólido oral 10 mg Líquido parenteral 5 mg/ml
Dosis	Náusea y vómito: Dosis habitual VO, SC, IV: 15-60mg/día en 2-4 tomas Infusión SC: 30 – 90 mg/día Náusea y vómito elacionado con quimioterapia (vía parenteral): 40 – 60 mg/día Irritación gástrica: 10 mg/6h o 40 – 60 mg/24horas en infusión SC y 10 mg VO o SC PRN, además reducir o eliminar la causa de la gastritis y prescribir un medicamento gastroprotector apropiado Retraso del vaciamiento gástrico: como el anterior, considerar incrementar hasta 100 mg/24h en infusión SC Hipo: VO, SC: 10 mg/6-8h
Precauciones	Adultos mayores, niños, jóvenes, Parkinson, epilepsia,
Contraindicaciones	La administración simultanea de antimuscarínicos (bloquean la vía final común colinérgica procinética). Administración simultánea IV de antagonistas de los receptores 5HT3 (riesgo de arritmia cardiaca).
Efectos adversos	Efectos extrapiramidales, somnolencia ,agitación, diarrea, depresión, arritmias por vía IV
Interacciones	Disminución de la velocidad de absorción de ciertos fármacos ej. digoxina; enlentecimiento de la absorción de otros ej. ácido acetilsalicílico, paracetamol y ciclosporina. Disminución del efecto de los medicamentos antiparkinsonianos. Aumento de los efectos indeseables de los antipsicóticos.

ONDANSETRON	
ATC	A04AA01
Indicación avalada en esta guía	Náusea, vómito después de intervención quirúrgica o quimio o radioterapia. Vómito por causas químicas, abdominales o craneales cuando el manejo usual ha fallado. Prurito causado por colestasis u opioides.
Forma farmacéutica y concentración	Sólido oral 4 – 8 mg Líquido parenteral 2 mg/ml
Dosis	Náusea y vómito: VO,SC,IV: 12 – 24 mg/día Vía y dosis variable según riesgo de emesis. Prurito por colestasis y por opioides: VO,SC: 4 – 8 mg/8h
Precauciones	Trastornos del ritmo cardiaco. Insuficiencia hepática.
Contraindicaciones	Administración conjunta con metoclopramida IV.
Efectos adversos	Estreñimiento, cefalea, rubefacción, hipo, alteraciones visuales, mareo.
Interacciones	Inductores del CYP3A4 como fenitoina, carbamazepina, rifampicina reducen las concentraciones plasmáticas de ondansetrón. Puede reducir el efecto analgésico de tramadol. Mayor riesgo de arritmias con fármacos cardiotóxicos. Prolongación adicional del QT con fármacos que prolongan el QT.

CLORPROMAZINA	
ATC	N05AA01
Indicación avalada en esta guía	Disnea, hipo, náusea/vómito, agitación severa, tenesmo
Forma farmacéutica y concentración	Sólido oral 25 - 100 mg Líquido parenteral 25 mg/2ml
Dosis	Disnea: VO: 7,5 – 25 mg/6-8h o a demanda Hipo: VO,IV: 25 mg/6-8h Náuseas/Vómitos: VO,IV: 25 – 50 mg/6-8h
Precauciones	En adultos mayores administrar la mitad de la dosis. Suspender el tratamiento si el recuento absoluto de neutrófilos es <1000.
Contraindicaciones	Hipersensibilidad al fármaco o a las fenotiazinas.
Efectos adversos	Síntomas extrapiramidales, hipotensión, fiebre, síndrome neuroléptico maligno, somnolencia, agitación, insomnio, congestión nasal, arritmias, retención urinaria, sequedad de boca, visión borrosa
Interacciones	Los antiácidos disminuyen la absorción de la fenotiazinas por lo que se debe administrar una hora antes del antiácido. Los antihistamínicos, haloperidol, opioides, hipnóticos, sedantes, metoclopramida, jugo de toronja aumentan los efectos adversos. Fenitoína por inhibición del metabolismo hepático aumenta la toxicidad de clorpromazina.

LEVOMEPRIMAZINA	
ATC	N05AA02
Indicación avalada en esta guía	Náusea, vómito, agitación terminal, dolor visceral intratable
Forma farmacéutica y concentración	Sólido oral 25 - 100 mg Líquido oral 40 mg/ml Líquido parenteral 25 mg/ml
Dosis	Náusea, vómito: generalmente usado como antiemético de 2da o 3ra línea Dosis de inicio: 6 - 12.5 mg VO, SC Stat, HS y PRN Si se usa como 1ra línea una dosis menor puede ser adecuada. Agitación terminal +/- delirium: Dosis de inicio: 25 mg SC y 50 – 75 mg/24horas Ajustar la dosis de acuerdo a la respuesta, Dosis máxima 300 mg/24horas, ocasionalmente más. Dolor visceral intratable: Puede ser beneficioso en pacientes con severo dolor que no cede a otras medidas, se lo usa como adyuvante a los medicamentos pautados: Dosis de inicio: 25 mg VO/SC HS Titular la dosis de acuerdo a la respuesta, Dosis máxima 100 mg Sc, 200 mg VO
Precauciones	Parkinson, hipotensión postural, epilepsia, hipotiroidismo, miastenia gravis
Contraindicaciones	Hipersensibilidad al medicamento.
Efectos adversos	Somnolencia, sedación, sequedad de boca, estreñimiento, retención urinaria, síntomas extrapiramidales, hipotensión.
Interacciones	Aumentan los efectos adversos los antihistamínicos, antidepresivos ISRS, carbamazepina, alcohol, opioides, diuréticos tiazídicos solos o asociados a IECA o beta bloqueadores.

OBSTRUCCION INTESTINAL

BUTILESCOPOLAMINA (N-BUTILBROMURO DE HOSCINA) (ver estertores premortem)

DEXAMETASONA (ver compresión medular)

PRURITO

LORATADINA

SERTRALINA (ver depression)

ONDANSETRON (ver náusea y vómito)

LORATADINA	
ATC	R06AX13
Indicación avalada en esta guía	Prurito por uremia y piel seca
Forma farmacéutica y concentración	Sólido oral 10 mg Líquido oral 5 mg/5 ml
Dosis	Prurito por uremia y piel seca: VO: 10 mg/día
Precauciones	En insuficiencia hepática y renal.
Contraindicaciones	Hipersensibilidad al medicamento.
Efectos adversos	Menos sedante que los antihistamínicos tradicionales.
Interacciones	Disminuye la eficacia de loratadina: carbamazepina, fenitoina, corticoides.

SEDACIÓN

MIDAZOLAM

LEVOMEPROMAZINA (ver náusea y vómito)

FENOBARBITAL (ver convulsiones)

MIDAZOLAM	
ATC	N05CD08
Indicación avalada en esta guía	Disnea con ansiedad. Ansiedad. Dosis únicas útiles para procedimientos rápidos incómodos. Agitación, como sustituto de anticonvulsivantes y sedantes en la fase terminal. Mioclonias por opioides, hipo intractable.
Forma farmacéutica y concentración	Líquido parenteral 1 mg/ml – 5 mg/ml
Dosis	Disnea con ansiedad: 2,5 mg a demanda o pautado 2,5 mg/8 h Sedación vía SC: 2,5 – 5 mg cada 20 min hasta que esté sedado, continuar con esta dosis en horario cada 4 horas y como rescate. Sedación vía IV: 1,5 – 3 mg cada 5 min hasta que esté sedado, continuar con esta dosis en horario cada 4 horas y como rescate. Crisis convulsiva: IV,SC: 10 – 15 mg Mioclonias por opioides: IV,SC: 5 - 10 mg Hipo intratable: Bolos de 5 – 10 mg IV, SC y continuar con perfusión de 30 – 60 mg/día, hasta 120 mg. Delirium con agitación intensa: Bolos SC, IV: 2,5 – 5 mg y repetir hasta que ceda. Mantenimiento en perfusión IV, SC: 20 - 100 mg/día Dosis máxima: 200 mg/día
Precauciones	Administrado IV puede causar hipotensión y apnea transitoria. Considerar disminuir la dosis en adultos mayores e insuficiencia renal. Doble dosis si tomaba previamente benzodiazepinas
Contraindicaciones	Hipersensibilidad al medicamento.

Efectos adversos	Somnolencia, confusión, hipotensión, depresión respiratoria, amnesia, alucinaciones, reacciones paradójicas.
Interacciones	Mayor efecto si se administra simultáneamente con diltiazem, eritromicina, fluconazol, itraconazol, ketoconazol. Sedación excesiva con el uso simultáneo de alcohol u otros medicamentos con un efecto sedante (barbitúricos, antihistamínicos)

TENESMO VESICAL

AMITRIPTILINA (ver dolor neuropático)

BUTILESCOPOLAMINA (N-BUTILBROMURO DE HIOSCINA) (ver estertores premortem)

IBUPROFENO (ver dolor)

TOS

CODEINA (ver dolor)

MORFINA (ver dolor)

BUPIVACAÍNA

BUPIVACAÍNA (sin epinefrina)	
ATC	N01BB01
Indicación avalada en esta guía	Tos seca persistente, en casos seleccionados, no esta recomendado de rutina
Forma farmacéutica y concentración	Líquido parenteral: ampollas al 0,5% (5 mg/ml ampollas de 20 ml)
Dosis	Tos: 2,5 ml c/6-8 h nebulizado
Precauciones	Cuidado con broncoespasmo reflejo, tratamiento previo con salbutamol nebulizado
Contraindicaciones	Hipersensibilidad al fármaco o sus componentes.
Efectos adversos	Riesgo de aspiración por la anestesia faríngea causada, no alimentar al paciente durante una hora después del tratamiento
Interacciones	Ninguna

ÚLCERA NEOPLÁSICA

METRONIDAZOL

METRONIDAZOL	
ATC	P01AB01
Indicación avalada en esta guía	Uso tópico para úlceras cutáneas neoplásicas con mal olor
Forma farmacéutica y concentración	Sólido oral 250 – 500 mg
Dosis	Úlcera cutánea neoplásica: 1 aplicación/8 h de la tableta molida, luego de limpieza con solución salina.
Precauciones	Evitar la exposición solar
Contraindicaciones	Hipersensibilidad al fármaco
Efectos adversos	Irritación cutánea
Interacciones	No

ANTAGONISTA OPIOIDES**NALOXONA**

NALOXONA	
ATC	V03AB15
Indicación avalada en esta guía	Revertir la depresión respiratoria inducida por opioides
Forma farmacéutica y concentración	Líquido parenteral 0,4 mg/ml
Dosis	Si la frecuencia respiratoria es igual o mayor a 8/min, al paciente se le despierta fácilmente y no esta cianótico, adopte la política de “esperar y ver”; considere reducir u omitir la próxima dosis en horario de morfina. Si la frecuencia respiratoria es menor de 8/min, el paciente apenas despertable/inconsciente y/o cianótico: -diluir una ampolla de 0,4 mg de naloxona en 10 ml de solución salina -administrar 0,5 ml (20 mcg) IV cada 2 minutos hasta que la función respiratoria del paciente sea satisfactoria -Puede ser necesario más bolos porque la acción de la naloxona es más corta que la morfina (y otros opioides)
Precauciones	No debe ser utilizada para la somnolencia y/o delirio que no amenaza la vida a causa del peligro de revertir el efecto analgésico de los opioides, lo que precipita el dolor severo y el síndrome de abstinencia física importante
Contraindicaciones	Hipersensibilidad al medicamento
Efectos adversos	Náusea y vómito. Ocasionalmente severa hipertensión, edema pulmonar, taquicardia, arritmias, paro cardíaco; dosis tan pequeñas como 100-400 mcg de naloxona han sido implicados.
Interacciones	Buprenorfina, alfentanilo, codeína, morfina, fentanilo, meperidina, metadona, oxicodona: disminuye sus efectos por antagonismo farmacodinámica. Tramadol puede interferir en la reversión de los síntomas de sobredosis, puede desencadenar convulsiones.

Características farmacológicas de los corticoides más utilizados

	Vida media (h)	Dosis equivalente (mg)	Potencia glucocorticoide (antiinflamatoria)	Potencia mineralocorticoide
Acción corta				
Cortisona	8-12	25	0,8	0,8
Hidrocortisona	8-12	20	1	1
Acción intermedia				
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

Anexo 5. Dispositivos Médicos

LISTA DE DISPOSITIVOS MÉDICOS ESENCIALES PARA CUIDADOS PALIATIVOS		
CÓDIGO	NOMBRE DEL DISPOSITIVO MÉDICO	ESPECIFICACIONES TÉCNICAS
18-331-5	CATÉTER INTRAVENOSO CON Y SIN ALETAS No. 22	1 1/4", 1.1 x 32 mm, teflón o poliuretano, radiopaco, con bisel biangulado y trifacetado, con mandril, con y sin cámara de flujo con alta transparencia, con flujo igual o mayor a 60 ml/min, con dispositivo antipinchazos, estéril, descartable
10-727-4	PERICRANEAL N° 25	Con alas, con prolongador de 30 cm mínimo, aguja tribicelada, con protección, conector Luer Lock, estéril, descartable
11-883-2	GUANTE QUIRÚRGICO N° 7	De látex, espesor de 0.2-0.3 mm, antideslizante, con polvo absorbente, 270 mm de longitud, estéril, descartable
11-883-4	GUANTE QUIRÚRGICO N° 8	De látex, espesor de 0.2-0.3 mm, antideslizante, con polvo absorbente, 270 mm de longitud, estéril, descartable
11-883-3	GUANTE QUIRÚRGICO N° 7.5	De látex, espesor de 0.2-0.3 mm, antideslizante, con polvo absorbente, 270 mm de longitud, estéril, descartable
18-737-7	CATÉTERES URINARIOS URETRALES N° 18 dos vías	Recubierto con elastómero de silicón, bag 5-15 ml, orificios laterales, punta atraumática, estéril, descartable
18-737-6	CATÉTERES URINARIOS URETRALES N° 16 dos vías	Recubierto con elastómero de silicón, bag 5-15 ml, orificios laterales, punta atraumática, estéril, descartable
18-737-12	CATÉTERES URINARIOS URETRALES N° 18 tres vías	Recubierto con elastómero de silicón, bag 30-50 ml, orificios laterales, punta atraumática, estéril, descartable
18-763-2	BOLSA PARA DRENAJE URINARIO, ADULTO	Con válvula antireflujo, válvula para drenaje, PVC flexible, con escala graduada cada 100 ml, área para identificación de datos, sujetador universal, válvula de drenaje tipo T, ventilación, conector de toma de muestra sin aguja, 2000cc, estéril, descartable.
14-221-8	SONDA NASOGÁSTRICA N° 14	PVC médico, 85 cm de longitud, señal radiopaca, extremo proximal redondeado, marcada a intervalos, estéril, descartable
17-683-8	SONDA NELATON N° 16	De polivinil, 50 cm, alta flexibilidad, extremo proximal redondeado, extremo distal con conector flexible, estéril, descartable.
17-683-7	SONDA NELATON N° 14	De polivinil, 40cm, alta flexibilidad, extremo proximal redondeado, extremo distal con conector flexible, estéril, descartable.
10-749-7	CATÉTER PARA ASPIRACIÓN DE SECRECIONES N° 14	PVC suave, con válvula de control manual con/sin tapa, extremidad abierta, punta roma, con fenestraciones laterales atraumática flexible, transparente, 40-60 cm, estéril, descartable
13-941-2	JERINGA 1 ml	Con aguja N° 26-30 G, 1/21" - 5/16", aguja fija, émbolo distal de goma que no permita filtraciones, estéril, descartable
13-940-2	JERINGA 3 ml	Con aguja N° 22 G, 1 1/4", desmontable con rosca, émbolo extremo distal de goma que no permita filtraciones, graduado cada ml, estéril, descartable
13-940-3	JERINGA 5 ml	Con aguja N° 21G, 1 1/4", desmontable con rosca, émbolo extremo distal de goma que no permita filtraciones, graduado cada ml, estéril, descartable
13-940-4	JERINGA 10 ml	Con aguja N° 21G, 1 1/2", desmontable con rosca, émbolo extremo distal de goma que no permita filtraciones, graduado cada ml, estéril, descartable
13-940-5	JERINGA 20 ml	Con aguja N° 21G, 1 1/2", desmontable con rosca, émbolo extremo distal de goma que no permita filtraciones, graduado cada ml, estéril, descartable
13-940-8	JERINGA 50 ml	Con aguja N° 18, 1", desmontable con rosca, émbolo extremo distal de goma que no permita filtraciones, graduado cada ml, estéril, descartable
20-270-1	JERINGA 50 ml	Con pico, sin aguja, sin rosca, émbolo externo distal de goma que no permite filtraciones, graduado cada ml, adaptable a sondas de irrigación estéril, descartable
16-649-1	EQUIPO DE VENOCISIS	Cámara de goteo transparente, 20 gotas/ml, válvula dosificadora de presión, filtro de 15 micras, línea de 180 cm, conector Luer Lock, libre de látex y DEHP (PHTalatos), regulador de flujo roller, puerto de acceso en Y, conector Luer Lock, punzón ISO universal, estéril, descartable
11-859-2	GASA DE ALGODÓN	Hidrófilo de algodón al 100%, 90 cm x 100 m, de 16 hebras como mínimo por cm ² , absorbente con terminaciones laterales, no estéril, descartable
13-882-1	GORRO QUIRÚRGICO, MUJER	De tela no tejida, polipropileno, con elástico en los bordes, plegable, resistente a fluidos, tamaño estándar, no estéril, descartable
13-882-2	GORRO QUIRÚRGICO, HOMBRE	De tela no tejida, polipropileno, con filtro de papel absorbente en la frente, tiras para amarre, resistente a fluidos, tamaño estándar, no estéril, descartable
12-458-1	MASCARILLA QUIRÚRGICA	Tela no tejida de polipropileno, con filtro de tres pliegues, sujeción con tiras o elástico, con barra nasal de aluminio cubierta, resistente a fluidos, antiestática, hipoalergénico, no estéril, descartable

11-901-1	BATA QUIRÚRGICA MANGA LARGA	Tela no tejida, celulosa impermeable, resistente a fluidos corporales, mangas con puños reforzados elásticos de 5-10 cm de ancho, barrera bacteriana del 90% como mínimo, estéril, descartable
10-440-1	LANCETAS	Recubierta de plástico, punta de acero inoxidable, punta tribiselada, estéril, descartable
17-419-2	TIRAS REACTIVAS PARA GLUCOSA	Para determinación de glucosa en sangre capilar, que cumplen dos tipos de lectura: por equipo y visual, mediante una escala cromática
17-428-22	APÓSITO ADHESIVO TRANSPARENTE, 5,0 cm x 7,2 cm	Semipermeable, poliuretano, adhesivo hipoalergénico, estéril, descartable
24-847-1	APÓSITO HIDROCOLOIDE, GRUESO, 10 cm x 10 cm	Carboximetilcelulosa sódica, cubierta de poliuretano, matriz de celulosa, gelatina y pectina, estéril, descartable
24-847-2	APÓSITO HIDROCOLOIDE, GRUESO, 15 cm x 15 cm	Carboximetilcelulosa sódica, cubierta de poliuretano, matriz de celulosa, gelatina y pectina, estéril, descartable
24-847-3	APÓSITO HIDROCOLOIDE, GRUESO, 20 cm x 20 cm	Carboximetilcelulosa sódica, cubierta de poliuretano, matriz de celulosa, gelatina y pectina, estéril, descartable
24-829-5	APÓSITO DE ALGINATO DE CALCIO Y SOCIO 7.5 cm x 12 cm	Polisacárido natural derivado de la sales de calcio del ácido alginico y sodio, estéril, descartable
24-829-4	APÓSITO DE ALGINATO DE CALCIO Y SOCIO 10 cm x 20 cm	Polisacárido natural derivado de la sales de calcio del ácido alginico y sodio, estéril, descartable
13-414-1	ALGODÓN HIDRÓFILO 450 GM	100% con gran capacidad de absorción, de fibra larga formado por superposición de capas, de estructura compacta, uniforme en su peso, hipoalergénico
11-882-1	GUANTES DE EXAMINACIÓN TALLA GRANDE	De látex/nitrilo, ambidiestro, hipoalergénico, 105 mm de largo, con polvo absorbente, con reborde, no estéril, descartable
11-882-2	GUANTES DE EXAMINACIÓN TALLA MEDIANO	De látex/nitrilo, ambidiestro, hipoalergénico, 105 mm de largo, con polvo absorbente, con reborde, no estéril, descartable
11-882-3	GUANTES DE EXAMINACIÓN TALLA PEQUEÑO	De látex/nitrilo, ambidiestro, hipoalergénico, 105 mm de largo, con polvo absorbente, con reborde, no estéril, descartable
12-712-2	MICRONEBULIZADOR ADULTO	PVC flexible grado médico, libre de látex, orificios laterales, arnés de aluminio, tubuladura 2 m, recipiente con tapa de rosca, conector universal, tira elástica para sujeción, estéril, descartable
12-047-2	HUMIDIFICADOR TIPO VENTURI	Recipiente transparente de polipropileno, concentraciones de oxígeno entre 28% - 98 %, anillo amarillo incremental tipo Venturi, manguera corrugada, mascarilla con cintas elásticas, estéril, descartable
12-459-1	MASCARILLA PARA TRAQUEOSTOMÍA, ADULTO	PVC flexible grado médico, libre de látex, conector de entubado giro de 360°, conector 22 mm para tubo corrugado, banda elástica ajustable, estéril, descartable
12-448-2	MASCARILLA DE OXÍGENO, ADULTO	PVC flexible grado médico, libre de látex, orificios laterales, arnés de aluminio, bolsa reservorio, tubuladura 2 m, tira elástica para sujeción, estéril, descartable
12-448-4	MASCARILLA DE OXÍGENO, PEDIÁTRICA	PVC flexible grado médico, libre de látex, orificios laterales, extensión de tubo 2 m, tira elástica para sujeción, estéril, descartable
12-700-1	CÁNULA NASAL DE OXÍGENO, PEDIÁTRICO	Bigotera con diámetro externo 4.00 mm, silicona 100%, libre de látex y PVC, tubuladura de PVC transparente, longitud mínima de 100-200 cm, estéril descartable
12-700-2	CÁNULA NASAL DE OXÍGENO, ADULTO	Bigotera con diámetro externo 3.00 mm, silicona 100%, libre de látex y PVC, tubuladura de PVC transparente, longitud mínima 100-200 cm estéril, descartable
10-030-13	ESPARADRAPO COMÚN	De tela fuerte, impermeable, de color blanco, óxido de zinc, resinas, lanolina, plastificante, antioxidante, 5 cm x 5 m, con adhesivo de acrilato hipoalergénico, de fácil rasgado en ambos sentidos
10-030-14	ESPARADRAPO MICROPOROSO	2.5 cm x 5 m, con adhesivo hipoalergénico distribuido uniformemente, transpirable, resistente a la humedad, de fácil rasgado.
11-239-1	PAÑAL PARA ADULTO GRANDE, MEDIANO, PEQUEÑO	Celulosa, polietileno, de alta capacidad de absorción, tela exterior impermeable, cierre adhesivo a la altura de la cintura, descartable
12-401-1	GEL LUBRICANTE	A base de agua, glicerina, prolilenglicol, hidroxietilcelulosa, hipoalergénico, incoloro
15-277-1	MANGUERA PARA SUCCIÓN	PVC siliconizado, 1/4" x 1.8 m, hipoalergénico, con conectores en los extremos, estéril, descartable
12-042-1	BOLSA PARA AGUA CALIENTE	Hule de alta resistencia, con tapa para evitar derramamiento, capacidad 2000-2500ml
12-082-1	BOLSA PARA HIELO	De caucho o tela impermeabilizada, boca ancha, empaque de caucho, diámetro 23 cm, capacidad 1500ml
11-675-1	BOLSA PARA NUTRICIÓN ENTERAL	Cloruro de Polivinilo, bolsa impresa, capacidad 1000ml, abertura con dispositivo para llenarla y cerrarla, graduaciones cada 100ml, con cámara y tubo de conexión integrados, dispositivo controlador de flujo y obturador, libre de látex estéril, descartable
15-003-5	MANGUERA CORRUGADA	PVC, 2.5 - 3 cm diámetro interno, 100 - 120 cm largo, descartable
10-029-1	TIRAS ADHESIVAS ALARGADAS	Cinta adhesiva de corta extensión, con apósito estéril en el centro, hipoalergénico, descartable
10-967-1	COMPRESA QUÍMICA CALIENTE	Bolsa de algodón rellena de bentonita
10-967-2	COMPRESA QUÍMICA CALIENTE LUMBAR	Bolsa de algodón rellena de bentonita
10-967-3	COMPRESA QUÍMICA DORSO LUMBAR	Bolsa de algodón rellena de bentonita
25-799-1	COMPRESA/EMPAQUETADURA FRÍA	Relleno de gel de sílice no tóxico, no contiene látex
18-066-1	CONECTORES DE SEGURIDAD	Transparente para inyección o aspiración de fluidos para sistemas de infusión y/o jeringuilla, conexión Luer Lock, con tasa de infusión de 400ml/min y resistencia a presión de 3.1 bar, estéril, descartable. Incluye Tapón.

Anexo 6. Administración de fármacos por vía subcutánea en cuidados paliativos**Indicaciones de uso de la vía subcutánea**

La utilización de la vía subcutánea está indicada en aquellas circunstancias en las que el paciente no puede tomar la medicación por vía oral o cuando los síntomas no están suficientemente controlados por esta vía. En la práctica, las situaciones en las que la vía subcutánea se considera como la opción de primera elección son: náuseas y vómitos incontrolados, disfagia grave, síndrome de oclusión intestinal no candidato a tratamiento quirúrgico, sedación paliativa, agitación, convulsiones y atención en la agonía. Aunque poco frecuentes en la práctica diaria, las situaciones que desaconsejan la utilización de la vía subcutánea para la administración de fármacos son la anasarca, los estados de shock y las coagulopatías severas.

Esta vía tiene ventajas, es: cómoda, económica, menos dolorosa para el paciente, menos agresiva, de fácil manejo, tanto en la colocación como en el mantenimiento por los familiares y cuidadores, pocos efectos secundarios y complicaciones (hematoma, induración, infección), favorece el cuidado del paciente en su domicilio, mejora la autonomía y calidad de vida del paciente, permite un buen control sintomático, posibilita administrar diferentes fármacos.

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). En nuestro medio contamos con bombas de infusión elastoméricas desechables.

Material necesario

- Catlhon No. 22 o mariposa (pericraneal) No. 23-25
- Tiras adhesivas y apósitos transparentes
- Jeringas
- Bionector si coloca un catlhon
- Solución antiséptica (alcohol, povidona yodada)
- Solución salina si usa una mariposa o una bomba de infusión
- Guantes no esteriles

- Bomba de infusión si es posible (tome en cuenta el costo)

El procedimiento comienza con la explicación al paciente y/o familiar. Se procede al lavado de manos y a la inserción del catlhon o la mariposa en el tejido celular subcutáneo y su fijación con un apósito adhesivo transparente que permita visualizar la zona de punción. Se coloca el bionector en el caso de usar un catlhon. En caso de no contar con bionector se debe dejar el tapón del catlhon fijado con esparadrapo, de fácil acceso para el cuidador y/o paciente.

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), en el sitio de inserción la piel debe estar intacta, evitar: la cintura del paciente, la piel previamente irradiada, lugares cerca de articulaciones y miembros edematosos. Elegir una zona con más tejido subcutáneo en caso de paciente caquético.

En el caso de colocar la vía en el brazo, el bionector o el extremo del tapón del catlhon molesta en el decúbito lateral, por lo que se aconseja colocar ligeramente hacia la zona axilar para evitar la presión cuando la persona está en decúbito lateral.

Es conveniente revisar periódicamente la zona de inserción del catlhon o la mariposa para la detección de problemas locales (induración o edema, enrojecimiento, infección, hematoma) que comprometan la absorción de la medicación o la salida accidental del catlhon o la mariposa, cambiar el punto de inserción del catlhon o la mariposa cuando aparezcan problemas locales que dificulten la absorción y evitar la administración en bolos de volúmenes de medicación mayores de 2 ml, pues es más dolorosa y favorece la aparición de induración y eritema, sobre todo en el caso de inyecciones repetidas.

Figura 1. Zonas de punción recomendadas para la vía subcutánea (modificada y reproducida con el permiso de Fisterra <http://www.fisterra.com/material/tecnicas/parenteral/subcutanea.asp>)

1. Infraclavicular
2. Deltoidea
3. Abdomen
4. Muslo



Medicación administrada por vía subcutánea

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

Tabla 1. Medicamentos más utilizados por vía SC en CP

Medicamentos	Forma farmacéutica y concentración	Indicaciones
Morfina	Amp 1 ml= 10 mg Amp 1 ml= 20 mg	Dolor, disnea
Butilescopolamina (N -Butilbromuro de hioscina)	Amp 1 ml = 20 mg	Estertores premortem, sialorrea, secreciones respiratorias, obstrucción intestinal
Midazolam	Amp 3 ml = 15 mg Amp 5 ml = 5 mg	Convulsiones, sedación paliativa
Metoclopramida	Amp 2 ml = 10 mg	Nausea y vómito
Haloperidol	Amp 1 ml = 5 mg	Nausea y vómito por opiodes, vómito en la obstrucción intestinal, delirium
Levomepromazina	Amp 1 ml = 25 mg	Ansiedad/agitación
Dexametasona	Amp 1 ml = 4 mg	Múltiples indicaciones en CP
Ketorolaco	Amp 1 ml = 30 mg	Dolor, fiebre
Octreótida	Amp 1 ml = 0,1 mg	Obstrucción intestinal
Tramadol	Amp 1 ml = 50 mg Amp 2 ml = 100mg	Dolor

Otros fármacos que han sido utilizados por vía SC son: bupivacaína, buprenorfina, calcitonina, ceftriaxona, clonazepam, escopolamina, fentanilo, furosemida, granisetron, 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 siguientes **variables**:

- El flujo de salida medido en ml/h

- El tiempo de autonomía: un día, 5 días o 7 días, habitualmente
- El volumen total de llenado medido en ml, que está en relación con los dos parámetros anteriores. Así, el volumen total de llenado de un infusor de un día con un flujo de salida de 2,1 ml/h es de 50 ml (2,1 ml/h x 24 h).

Con estas variables de referencia se calcula el volumen acumulado de los fármacos a administrar en función de sus presentaciones, completando la capacidad total del dispositivo con suero fisiológico o agua para inyección.

Ejemplo: un paciente precisa 50 mg de morfina, 5 mg de haloperidol y 30 mg de metoclopramida al día para el control de náusea 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 morfina de 10 mg en 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).

Compatibilidad de mezclas

- En nuestro medio la dilución se realiza generalmente en suero fisiológico, por su tonicidad más próxima a la fisiológica, salvo para fármacos como diamorfina o ciclicina en los que se recomienda la dilución en agua para inyección (diamorfina es un fármaco ampliamente utilizado en países anglosajones pero no está disponible en nuestro medio). El agua para inyección presenta menor riesgo de precipitación, por lo que algunas fuentes recomiendan su uso cuando se realizan mezclas de varios fármacos (salvo cuando se utiliza octreótida 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, butilbromuro de hioscina y midazolam, empleada habitualmente en la situación de agonía, y la compuesta por morfina, haloperidol y N-butilbromuro de hioscina, utilizada para el tratamiento paliativo del síndrome de obstrucción intestinal maligna.

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 medicamentos que incluyen morfina

Morfina	Haloperidol	N-Butilbromuro de hioscina
Morfina	Haloperidol	N-Butilbromuro de hioscina
Morfina	Haloperidol	Midazolam
Morfina	Haloperidol	Octreótida
Morfina	N-Butilbromuro de hioscina	Midazolam
Morfina	N-Butilbromuro de hioscina	Midazolam
Morfina	Metoclopramida	Midazolam
Morfina	Levomepromazina	Midazolam
Morfina	Levomepromazina	N-Butilbromuro de hioscina

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.nzhp.org.nz/SDAdCompProj.pdf>
4. Dickman A, Scheneider J, Varga J: The Syringe Driver. Continuous subcutaneous infusions in palliative care. Oxford University Press. Second edition. 2005.

Anexo 7. Dosificación de opioides en el dolor**Equivalencia aproximada entre opioides**

El factor de conversión 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 a 3
Oxicodona	15 mg	2
Metadona**	variable	variable
Codeína***	300-360 mg	10 a 12
Dihidrocodeína***	300-360 mg	10 a 12
Tramadol	300	5

(*) 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 7.

Ejemplo: en un paciente que toma tramadol a dosis de 100 mg cada 6 horas (=400 mg/día), para pasar a morfina se le aplica el factor de conversión $400 \text{ mg}/5 = 80 \text{ mg}$ de morfina oral al día.

Dosificación con morfina oral

- Es el opioide 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.

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.

Vía transdérmica

Indicaciones:

- 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.

Contraindicaciones:

Los parches no son adecuados en pacientes con dolor agudo, inestable o con marcado componente irruptivo.

Anasarca.

Enfermedades dermatológicas generalizadas.

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 opiode 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 estaban tratadas con morfina de liberación inmediata.

- EJEMPLO: en un paciente que toma 60 mg de morfina diarios (con morfina oral retardada administrada en dos tomas), el equivalente sería un parche de fentanilo «25», que se administraría junto con la última dosis de 30 mg de morfina oral retardada.

Manejo del dolor irruptivo con fentanilo oral transmucosa (OT):

- Indicado sólo en el dolor irruptivo en pacientes que reciben opioides.
- Su acción es rápida y corta (15 minutos-4 horas).
- No existe correlación entre la dosis de mantenimiento empleada y la dosis eficaz de fentanilo OT.
- Rango de dosis: 200-1600 mcg.
- La dosis adecuada para cada paciente se determina de forma individual y no puede predecirse a partir de la dosis de mantenimiento del opioide. Generalmente se comienza con 200 mcg. Se recomienda controlar al paciente hasta una dosis que ofrezca analgesia adecuada y utilizar después una unidad de dosis por episodio de dolor irruptivo («dosis eficaz»). Si requiere más de 4 unidades (dosis máxima): ajustar el tratamiento de fondo.

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 ($105/2 = 52,5\text{mg/día}$).

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.

Tabla de conversión de morfina oral a fentanilo transdérmico

Morfina oral 24-horas	Dosis de fentanilo transdérmico (microgramos/hora)
<135	25
135-224	50

225-314	75
315-404	100
405-494	125
495-584	150
585-674	175
675-764	200
765-854	225
855-944	250
945-1034	275
1035-1124	300

Fuente: Ficha Técnica.

Dosificación con buprenorfina 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 previamente tratados con morfina:

- Calcular las necesidades analgésicas de las 24 horas previas.
- Convertir estas cantidades a la dosis de buprenorfina equianalgésica utilizando la tabla de conversión de morfina a buprenorfina.
- Pautar medicación de rescate, utilizando buprenorfina sublingual (1 o 2 comprimidos sublinguales de 0,2 mg cada 24 horas además del parche).

Tabla de conversión de morfina oral a buprenorfina transdérmica

Morfina oral 30-60 mg/día = parche buprenorfina de 35 mcg/h
Morfina oral 90 mg/día = parche buprenorfina de 52,5 mcg/h
Morfina oral 120 mg/día = parche buprenorfina de 70 mcg/h
Morfina oral 240 mg/día = 2 parches buprenorfina de 70 mcg/h

Para la elaboración de este anexo, además de la bibliografía del capítulo correspondiente de la GPC, se han usado las siguientes referencias:

1. Kirsten Aret. Pain management in palliative care. An update. Australian Family Physician. 2006; 35(10):762.
2. Hanks GW, Conno F, Cherny N, Hanna M, Kalso E, McQuay HJ, Mercadante S, Meynadier J, Poulain P,

Ripamonti C, Radbruch L, Casas JR, Sawe J, Twycross RG, Ventafridda V; Expert Working Group of the Research Network of the European Association for Palliative Care. Morphine and alternative opioids in cancer pain: the EAPC recommendations. Br J Cancer. 2001;84(5):587-93.

3. Guía de Prescripción Terapéutica. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2006.

Anexo 8. Glosario y abreviaturas

Glosario

AGREE:

(Appraisal of Guidelines, Research and Evaluation for Europe): Iniciativa internacional para facilitar el diseño y evaluación de guías de práctica clínica

Agonia:

Estado que precede a la muerte en aquellas enfermedades en que la vida se extingue gradualmente. Se caracteriza por la aparición de un deterioro físico general, que suele ser rápidamente progresivo, evidenciándose un incremento de la debilidad, postración y disminución del nivel de alerta, con el consecuente aumento del número de horas de cama, disminución de la ingesta y alteración de las constantes vitales; tendencia progresiva a la hipotensión, taquicardia y oliguria, con percepción de muerte inminente por parte del paciente, familia y equipo de profesionales sanitarios.

Autonomía (principio de):

Considera que toda persona tiene el derecho a disponer libremente y a actuar conforme a los principios que han regido su vida.

Calidad de vida:

La percepción subjetiva de un individuo de vivir en condiciones dignas. Responde a las aspiraciones y a los máximos que una persona se quiere dar para sí.

CAMPAS-R:

Instrumento utilizado para monitorizar en forma prospectiva síntomas en pacientes bajo cuidados paliativos domiciliarios. Utilizando escalas visuales análogas mide la severidad e interferencia de: dolor, náuseas, vómitos, estreñimiento, fatiga, disnea, ansiedad y depresión.

Cochrane Library:

Base de datos sobre efectividad producida por la Colaboración Cochrane, compuesta entre otras por las revisiones sistemáticas originales de esta organización.

Comité de ética:

Toda comisión consultiva e interdisciplinar, al servicio de los profesionales y usuarios de una institución sanitaria, creada para analizar y asesorar en la resolución de los posibles conflictos éticos que se producen a consecuencia de la labor asistencial, y cuyo objetivo es mejorar la calidad de dicha asistencia sanitaria.

Ensayo clínico aleatorizado:

Es un diseño de estudio en el que los sujetos son aleatoriamente asignados a dos grupos: uno (grupo experimental) recibe el tratamiento que se está probando y el otro (grupo de comparación o control) recibe un tratamiento estándar (o a veces un placebo). Los dos grupos son seguidos para observar cualquier diferencia en los resultados. Así se evalúa la eficacia del tratamiento.

Estudio de cohortes:

Consiste en el seguimiento de una o más cohortes de individuos que presenta diferentes grados de exposición a un factor de riesgo, en quienes se mide la aparición de la enfermedad o condición en estudio.

Estudio de casos-control:

Estudio que identifica a personas con una enfermedad (casos), por ejemplo cáncer de pulmón, y los compara con un grupo sin la enfermedad (control) La relación entre uno o varios factores (por ejemplo el tabaco) relacionados con la enfermedad se examina comparando la frecuencia de exposición a éste u otros factores entre los casos y los controles.

Estudio Transversal-Descriptivo:

Es aquél que describe la frecuencia de un evento o de una exposición en un momento determinado (medición única). Permite examinar la relación entre un factor de riesgo (o exposición) y un efecto (o resultado) en una población definida y en un momento determinado (un corte). Llamados también estudios de prevalencia.

Eutanasia:

El acto que tiene por objeto terminar deliberadamente con la vida de un paciente con enfermedad terminal o irreversible, que padece sufrimientos que él vive como intolerables, y a petición expresa de éste.

Eutanasia activa, positiva u occisiva:

Son acciones encaminadas a producir deliberadamente la muerte de un paciente que sufre de manera intolerable.

Eutanasia pasiva, negativa o lenitiva:

Consiste en la omisión o suspensión de actitudes terapéuticas que prolonguen la vida de un paciente que se encuentra en situación de enfermedad terminal o irreversible. Es lo que hoy se denomina limitación del esfuerzo terapéutico.

Embase:

Base de datos europea (holandesa) producida por Excerpta Médica con contenido de medicina clínica y farmacología.

Especificidad:

Es la proporción (o porcentaje) de personas realmente sanas que tienen un resultado del test negativo. Es decir, la proporción de verdaderos negativos.

Futilidad:

Característica atribuida a un tratamiento médico que se considera inútil porque su objetivo para proveer un beneficio al paciente tiene altas probabilidades de fracasar y porque sus raras excepciones se valoran como azarosas y, por tanto, no pueden considerarse como argumento para tomar una decisión clínica. Se ha considerado que esta definición atiende a dos aspectos: uno, las altas probabilidades de fracasar (cuantitativo); otro, el beneficio del paciente (cualitativo). Otra definición: aquel tratamiento que no satisface las expectativas puestas en él o que simplemente resulta ineficaz.

Grupo focal:

Es una técnica conversacional para la obtención de información en la investigación cualitativa, y como tal responde a los criterios de muestreo intencionado, flexibilidad y circularidad propios de dicha metodología. Consiste en una entrevista grupal en la que los participantes entre 5 y 10 exponen y discuten sus valoraciones en torno a un tema propuesto por el investigador-moderador. El guión es abierto o semiestructurado y lo tratado en el grupo se graba y se transcribe para su posterior análisis.

Heterogeneidad:

Ver «Homogeneidad».

Homogeneidad:

Significa «similitud». 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).

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.

SIGN:

Agencia escocesa multidisciplinaria 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/homecaspe.asp>.

Abreviaturas

ADT	Antidepresivos tricíclicos
AECC	Asociación Española contra el Cáncer AHRQ Agency for Healthcare Research and Quality
AINE	Antiinflamatorios no esteroideos
AP	Atención primaria
BPI	Brief Pain Inventory
BZD	Benzodiazepinas
CAM	Confusion Assessment Method
CAM-ICU	Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit
CBD	Cuestionario Breve del Dolor
CCOMS-ICO	Centro colaborador de la Organización Mundial de Salud - Instituto Catalán de oncología
CDS	Cancer Dyspnea Scale
CEA	Comité de ética asistencial
CM	Compresión medular
CMM	Compresión medular maligna
CP	Cuidados paliativos
CRQ-D	Chronic Respiratory Questionnaire Dyspnea Subscale
SGRQ	Sant George's Respiratory Questionnaire
DA	Decisiones anticipadas
DP	Directrices previas
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ECA	Ensayo clínico aleatorizado
EGG	Electrocardiograma
EORTC QLQ-C15-PAL	European Organisation for Research and Treatment of Cancer questionnaire for cancer patients in palliative care
EPOC	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
ESAD	Equipos de soporte de atención domiciliaria
ESAS	Edmonton Symptom Assessment System Escala ADL Activities of Daily Living
Escala CARING	Cancer, Admissions, Residence in a nursing home, Intensive care unit, Noncancer hospice Guidelines
Escala ECOG	Eastern Cooperative Oncology Group
Escala FAST	Functional Assessment Staging
Escala MSAS	Memorial Symptom Assessment Scale
Escala PACSLAC	Pain Assessment Checklist for Senior with Limited Ability to Communicate.
EVA	Escala visual analógica
FEV	Volumen espiratorio forzado
FFV	Fase final de la vida
GI	Gastrointestinal
GPC	Guía de práctica clínica
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale

IASP	International Association for the Study of Pain
ICC	Insuficiencia cardiaca congestiva
ICSI	Institute for Clinical Systems Improvement
IECA	Inhibidor del enzima conversor de la angiotensina
IM	Intramuscular
IMC	Índice de masa corporal
INR	International Normalised Ratio
IP	Instrucciones previas
ISR N	Inhibidores de la recaptación de serotonina noradrenalina
ISRS	Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina
IV	Intravenoso
MANE	Morrow Assessment of Nausea and Emesis
MDAS	Memorial Delirium Assessment Tool
MELD	Model for End Liver Disease
NECPAL	Necesidades paliativas
NHPCO	US National Hospice Palliative Care Organization
NRS	Numeric Rating Scale.
NYHA	New York Heart Association
OIM	Obstrucción intestinal maligna
OMS	Organización Mundial de la Salud
OVCS	Obstrucción de la vena cava superior
PADES	Programa de atención domiciliaria y equipos de soporte
PaP Score	Palliative Prognostic Score
PMA	Prótesis metálicas autoexpandibles
PPI	Palliative Prognostic Index
RCOPE	Brief Measure of Religious Coping
RCP	Respiratory compensation point
RMN	Resonancia magnética nuclear
RS	Revisión sistemática
SBI	System of Belief Inventory
SC	Subcutáneo
SCS	Síndrome de compresión medular
SDS	Symptom Distress Scale
SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
SIGN	Scottish Intercollegiate Guidelines Network
SNC	Sistema nervioso central
TAC	Tomografía axial computarizada
TIPS	Transjugular intrahepatic portosystemic shunt
UCI	Unidad de cuidados intensivos
UPP	Úlceras por presión
VA	Voluntades anticipadas

Anexo 9. Declaración de intereses

Mila Arrieta, Laura Balagué, Eduardo Clavé, Larraitz Egaña, Arritxu Etxeberria, Jesús García, Juan Luis Merino, Manuel Millet, Rafael Rotaeché 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, María José Arrizabalaga, Wilson Astudillo, Miguel Ángel Berdún, Jaime Boceta, María Ángeles Campo, Esther Espínola, Marcos Gómez, Montserrat Gómez, Manuel González, Emilio Herrera, Josune Iribar, Guillermo López, Maite Olaizola, Begoña Ortega, Javier Rocafort, María José Valderrama y Francisco José Vinuesa han declarado ausencia de conflictos de interés. Javier Barbero ha recibido apoyo de la industria farmacéutica para asistir al Congreso AEHH y ha recibido honorarios como ponente en diversos cursos y congresos. Carlos Centeno ha recibido honorarios de NORGINE y Mundipharma por su participación como ponente en un congreso, honorarios de Cephalon por su participación como consultor y ayuda económica de Mundipharma para la financiación de una investigación. Tomás Muñoz ha recibido honorarios de GSK por su participación como ponente. Juan Manuel Núñez ha recibido financiación por parte de Mundipharma para el Congreso de dolor Asia y el Congreso SECPAL, así como honorarios por su participación como ponente en los mismos. Angela Palao ha recibido honorarios de Pfizer por su participación como ponente y ha recibido apoyo de Pfizer, Almirall, Astra Zeneca, Glaxo SB y Lundbeck para asistir a congresos y jornadas. Beatriz Rodríguez ha recibido financiación de la industria farmacéutica para asistir a congresos, así como ayuda económica por parte de la Fundación Lundbeck para la financiación de una investigación y de varias casas farmacéuticas para la organización de Jornadas sobre Psicoterapia.

Jose Manuel Agud, Xavier Gómez-Batiste, Socorro Lizarraga y Jaime Sanz no han cumplimentado la declaración sobre conflictos de interés.

Grupo de trabajo para la adopción de la Guía al Ecuador:

Silvia Alvarez, Friné Andrade, Andrea Banegas, Gabriela Cabrera, Jacqueline Cevallos, Sandra Cevallos, Verónica Egas, Tatiana Fernández, Marinka Gallo, Jorge Gencón, Melina González, Marina Ibarra, Diego Jimbo, Nancy Lino, Andrea Lozada, Lucía Maldonado, María Belén Mena, Johanna Mero, Rebecca Mosquera, Nestor Mora, Edwin Murgueytio, Hector Ortega, Germanía Ortuño, Jorge Paladines, Juan Carlos Piedra, Ximena Pozo, Amanda Puruncajas, Juan Quizanga, Ximena Raza, Alberto Redaelli, Verónica Redín, Juan Pablo Román, Carlos Romero, Ramiro Rueda, Mirman Ruiz, Mariana Vallejo, Carmen Villa, Byron Villacreses, Betzabe Tello, Xavier Zambonino han declarado ausencia de conflictos de interés.

María Cristina Cervantes, Mercedes Díaz, Giovanni Rojas han declarado ser miembro de un board o sociedad

científica, consultor de una empresa privada, empleado de una empresa privada, testimonio expert, pero no recibió compensación alguna.

Viviana Dávalos, María Augusta Echeverría han declarado ser empleadas de una empresa privada, pero no recibieron compensación alguna.

Esteban Reyes ha declarado haber recibido apoyo para viajes a eventos nacionales o internacionales, pagos por escribir o revisar documentos científicos, pagos por proveer servicios en salud especializados, pago por presentar conferencias, pago por consultor en una empresa privada, miembro de un board o sociedad científica.

Bayardo Espinoza, Violeta Osorio, Mónica Quimi, Carmen Rodríguez, Paulina Sáenz, Lupe Yépez no han cumplimentado la declaración sobre conflictos de interés.

Bibliografía

1. Estrategia en Cuidados Paliativos. Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
2. Higginson IJ. Evidence based palliative care. There is some evidence-and there needs to be more. *BMJ*. 1999;319(7208):462-3.
3. Villard ML, Carlin N, Laval G, Schaerer R. [Patients hospitalized in advanced or terminal phase of a serious life-threatening disease]. *Presse Med*. 2003;32(5):203-11.
4. Salomon L, Belouet C, Vinant-Binam P, Sicard D, Vidal-Trecan G. A terminal care support team in a Paris university hospital: care providers' views. *J Palliat Care*. 2001;17(2):109-16.
5. Callahan D. Death and the Research Imperative. *N Engl J Med*. 2000;342(9):654-6.
6. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE n.º 128, p. 20567-88 (29 mayo, 2003). ed. 2002.
7. Grupo de trabajo de Tratamientos del Programa Regional de Cuidados Paliativos del Servicio Extremeño de Salud. Sedación en Cuidados Paliativos. Consejería de Sanidad y Consumo. Junta de Extremadura; 2004.
8. Grupo de trabajo de Tratamientos del Programa Regional de Cuidados Paliativos del Servicio Extremeño de Salud. Seguimiento del duelo en cuidados paliativos. Consejería de Sanidad y Consumo. Junta de Extremadura; 2004.
9. Pascual A, Subirana M. Guia de pràctica clínica per a l'atenció paliativa al malat en fase terminal a l'hospital de la Santa creu i Sant Pau. Barcelona; 2005.

10. Guidelines for a Palliative Approach in Residential Aged care. Canberra: The National Palliative Care Program. National Health and Medical Research Council; 2006.
11. Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Heath Care Guideline: Palliative Care. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); 2007.
12. Improving Supportive and Palliative Care for Adults with Cancer. London: National Institute for Clinical Evidence; 2004.
13. World Health Organization. WHO definition of palliative care. Disponible en: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> [Acceso marzo 2007].
14. Jocham HR, Dassen T, Widdershoven G, Halfens R. Quality of life in palliative care cancer patients: a literature review. *J Clin Nurs*. 2006;15(9):1188-95.
15. Gill TM, Feinstein AR. A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. *JAMA*. 1994;272(8):619-26.
16. Agra Y, Badia X. Evaluación de las propiedades psicométricas de la versión española del Rotterdam Symptom Checklist para medir calidad de vida en personas con cáncer. *Rev Esp Salud Publica*. 1999;73(1):35-44.
17. Serra-Prat M, Nabal M, Santacruz V, Picaza JM, Trelis J. Traducción, adaptación y validación de la Palliative Care Outcome Scale al español. *Med Clin (Barc)*. 2004;123(11):406-12.
18. Groenvold M, Petersen MA, Aaronson NK, Arraras JI, Blazeby JM, Bottomley A, et al. The development of the EORTC QLQ-C15-PAL: a shortened questionnaire for cancer patients in palliative care. *Eur J Cancer*. 2006;42(1):55-64.
19. Cherby N. The challenge of palliative medicine. In: Doyle D, Hanks G, Chrenney N, Calman K, editors. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Third ed. Oxford: Oxford University Press; 2004.
20. Chapman CR, Gavrin J. Suffering and its relationship to pain. *J Palliat Care*. 1993;9(2):5-13.
21. Bayés R. Una estrategia para la detección del sufrimiento en la práctica clínica. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*. 2000;(7):70-4.
22. Barbero J. Sufrimiento, cuidados paliativos y responsabilidad moral. In: Couceiro A, editor. *Ética en Cuidados Paliativos*. Madrid: Editorial Triacastela; 2004. p. 426-7.
23. Couceiro A. Las voluntades anticipadas en España: contenido, límites y aplicaciones clínicas. *Revista Española de Calidad Asistencial*. 2007;22(4):213-22.
24. Babarro 44. ¿Deben contar los programas de cuidados paliativos con equipos de soporte en atención primaria? *Aten Primaria*. 2006;38(6):323-4.
25. Finlay IG, Higginson IJ, Goodwin DM, Cook AM, Edwards AGK, Hood K, et al. Palliative care in hospital, hospice, at home: Results from a systematic review. *Annals of Oncology*. 2002;13(SUPPL. 4):257-64.
26. Higginson IJ, Finlay I, Goodwin DM, Cook AM, Hood K, Edwards AGK, et al. Do hospital- based palliative teams improve care for patients or families at the end of life? *Journal of Pain & Symptom Management*. 2002;23(2):96-106.
27. Smeenk FW, van Haastregt JC, de Witte LP, Crebolder HF. Effectiveness of home care programmes for patients with incurable cancer on their quality of life and time spent in hospital: systematic review. *BMJ*. 1998;316(7149):1939-44.
28. Higginson IJ, Finlay IG, Goodwin DM, Hood K, Edwards AGK, Cook A, et al. Is there evidence that palliative care teams alter end-of-life experiences of patients and their caregivers? *Journal of Pain & Symptom Management*. 2003;25(2):150-68.
29. Rocafort GJ, Herrera ME, Fernandez BF, Grajera Paredes Maria ME, Redondo Moralo MJ, Diaz DF, et al. Equipos de soporte de cuidados paliativos y dedicación de los equipos de atención primaria a pacientes en situación terminal en sus domicilios. *Aten Primaria*. 2006;38(6):316-23.
30. Herrera E, Rocafort J, Cuervo Pinna MA, Redondo Moralo MJ. Primer nivel asistencial en cuidados paliativos: evolución del contenido de la cartera de servicios de atención primaria y criterios de derivación al nivel de soporte. *Aten Primaria*. 2006;38 Suppl 2:85-92.
31. Glare P, Christakis N. Predicting survival in patients with advanced disease. In: Doyle D, Hanks G, Chrenney N, Calman K, editors. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Third ed. Oxford: Oxford University Press; 2004.
32. Maltoni M, Caraceni A, Brunelli C, Broeckaert B, Christakis N, Eychmueller S, et al. Prognostic Factors in Advanced Cancer Patients: Evidence-Based Clinical Recommendations--A Study by the Steering Committee of the European Association for Palliative Care. *J Clin Oncol*. 2005;23(25):6240-8.
33. Glare P, Virik K, Jones M, Hudson M, Eychmuller S, Simes J, et al. A systematic review of physicians' survival predictions in terminally ill cancer patients. *BMJ*. 2003;327(7408):195.
34. Viganò A, Dorgan M, Buckingham J, Bruera E, Suarez-Almazor ME. Survival prediction in terminal cancer patients: A systematic review of the medical literature. *Palliative Medicine*. 2000;14(5):363-74.

35. Maltoni M, Nanni O, Pirovano M, Scarpi E, Indelli M, Martini C, et al. Successful Validation of the Palliative Prognostic Score in Terminally Ill Cancer Patients. *Journal of Pain and Symptom Management*. 1999;17(4):240-7.
36. Pirovano M, Maltoni M, Nanni O, Marinari M, Indelli M, Zaninetta G, et al. A new palliative prognostic score: a first step for the staging of terminally ill cancer patients. Italian Multicenter and Study Group on Palliative Care. *J Pain Symptom Manage*. 1999;17(4):231-9.
37. Morita T, Tsunoda J, Inoue S, Chihara S. The Palliative Prognostic Index: a scoring system for survival prediction of terminally ill cancer patients. *Support Care Cancer*. 1999;7(3):128-33.
38. Coventry PA, Grande GE, Richards DA, Todd CJ. Prediction of appropriate timing of palliative care for older adults with non-malignant life-threatening disease: A systematic review. *Age & Ageing*. 2005;34(3):218-27.
39. Walter LC, Brand RJ, Counsell SR, Palmer RM, Landefeld CS, Fortinsky RH, et al. Development and Validation of a Prognostic Index for 1-Year Mortality in Older Adults After Hospitalization. *JAMA*. 2001;285(23):2987-94.
40. Katz S, Ford A, Moskowitz RW, Jackson B, Jaffe M. Studies of illness in the aged. the index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*. 1963;185:914-9.
41. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: Development and validation. *Journal of Chronic Diseases*. 1987;40(5):373-83.
42. Fischer SM, Gozansky WS, Sauaia A, Min SJ, Kutner JS, Kramer A. A practical tool to identify patients who may benefit from a palliative approach: the CARING criteria. *J Pain Symptom Manage*. 2006;31(4):285-92.
43. Knaus WA, Harrell FE, Lynn J, Goldman L, Phillips RS, Connors AF, et al. The SUPPORT Prognostic Model: Objective Estimates of Survival for Seriously Ill Hospitalized Adults. *Ann Intern Med*. 1995;122(3):191-203.
44. Stuart B, Alexander C, Arenella C. Medical guidelines for determining prognosis in selected non-cancer diseases, 2nd edition. Arlington, VA: National Hospice Organization; 1996.
45. Celli BR, Cote CG, Marin JM, Casanova C, Montes de Oca M, Mendez RA, et al. The Body- Mass Index, Airflow Obstruction, Dyspnea, and Exercise Capacity Index in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *N Engl J Med*. 2004;350(10):1005-12.
46. Levy WC, Mozaffarian D, Linker DT, Sutradhar SC, Anker SD, Cropp AB, et al. The Seattle Heart Failure Model: Prediction of Survival in Heart Failure. *Circulation*. 2006;113(11):1424-33.
47. Kamath PS, Wiesner RH, Malinchoc M, Kremers W, Therneau TM, Kosberg CL, et al. A model to predict survival in patients with end-stage liver disease. *Hepatology*. 2001;33(2):464-70.
48. Glare PA, Eychmueller S, McMahon P. Diagnostic Accuracy of the Palliative Prognostic Score in Hospitalized Patients With Advanced Cancer. *J Clin Oncol*. 2004;22(23):4823-8.
49. Parker SM, Clayton JM, Hancock K, Walder S, Butow PN, Carrick S, et al. A Systematic Review of Prognostic/End-of-Life Communication with Adults in the Advanced Stages of a Life-Limiting Illness: Patient/Caregiver Preferences for the Content, Style, and Timing of Information. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2007;34(1):81-93.
50. Fainsinger RL, Nunez-Olarte JM, Demoissac DM. The cultural differences in perceived value of disclosure and cognition: Spain and Canada. *J Palliat Care*. 2003;19(1):43-8.
51. Fellowes D, Wilkinson S, Moore P. Communication skills training for health care professionals working with cancer patients, their families and/or carers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004;(2):CD003751.
52. Kirk P, Kirk I, Kristjanson LJ. What do patients receiving palliative care for cancer and their families want to be told? A Canadian and Australian qualitative study. *BMJ*. 2004;328(7452):1343.
53. McPherson CJ, Higginson IJ, Hearn J. Effective methods of giving information in cancer: a systematic literature review of randomized controlled trials. *J Public Health Med*. 2001;23(3):227-34.
54. Bruera E, Neumann CM, Mazzocato C, Stiefel F, Sala R. Attitudes and beliefs of palliative care physicians regarding communication with terminally ill cancer patients. *Palliat Med*. 2000;14(4):287-98.
55. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ*. 1995;152(9):1423-33.
56. Mills ME, Sullivan K. The importance of information giving for patients newly diagnosed with cancer: a review of the literature. *J Clin Nurs*. 1999;8(6):631-42.
57. Fallowfield L. Communication with the patient and family in palliative medicine. In: Doyle D, Hanks G, Chrenney N, Calman K, editors. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Third ed. Oxford: Oxford University Press; 2004.

58. Fallowfield LJ, Hall A, Maguire GP, Baum M. Psychological outcomes of different treatment policies in women with early breast cancer outside a clinical trial. *BMJ*. 1990;301(6752):575-80.
59. Buckman R. Breaking bad news: why is it still so difficult? *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1984;288(6430):1597-9.
60. Bugge E, Higginson IJ. Palliative care and the need for education - Do we know what makes a difference? A limited systematic review. *Health Education Journal*. 2006;65(2):101-25.
61. Lizarraga MS, Ayarra EM, Cabodevilla E, I. La comunicación como piedra angular de la atención al paciente oncológico avanzado. Bases para mejorar nuestras habilidades. *Aten Primaria*. 2006;38 Suppl 2:7-13.
62. VandeKieft GK. Breaking bad news. *Am Fam Physician*. 2001;64(12):1975-8.
63. Rabow MW, McPhee SJ. Beyond breaking bad news: how to help patients who suffer. *West J Med*. 1999;171(4):260-3.
64. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist*. 2000;5(4):302-11.
65. Back AL, Arnold RM, Baile WF, Fryer-Edwards KA, Alexander SC, Barley GE, et al. Efficacy of communication skills training for giving bad news and discussing transitions to palliative care. *Arch Intern Med*. 2007;167(5):453-60.
66. Delvaux N, Merckaert I, Marchal S, Libert Y, Conrard S, Boniver J, et al. Physicians' communication with a cancer patient and a relative: a randomized study assessing the efficacy of consolidation workshops. *Cancer*. 2005;103(11):2397-411.
67. Razavi D, Merckaert I, Marchal S, Libert Y, Conrard 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.
68. Barbero J. El derecho del paciente a la información: el arte de comunicar. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra Suplementos*. 2006;29(Supl.3):19-27.
69. Alonso BA. Atención a la familia. *Aten Primaria*. 2006;38 Suppl 2:14-20.
70. Centeno CC, Nuñez Olarte JM. Estudios sobre la comunicación del diagnóstico de cáncer en España. *Med Clin (Barc)*. 1998;110(19):744-50.
71. Astudillo W, Clavé E, Urdaneta E. Necesidades psicosociales en la terminalidad. 1ª edición. En: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos, editor. San Sebastián: 2001.
72. Couceiro A. El enfermo terminal y las decisiones en torno al final de la vida. In: Couceiro A, editor. *Ética en Cuidados Paliativos*. Madrid: Editorial Triacastela; 2004. p. 426-7.
73. Medical futility in end-of-life care: report of the Council on Ethical and Judicial Affairs. *JAMA*. 1999;281(10):937-41.
74. Arce Garcia MC. Problemas éticos en cuidados paliativos. *Aten Primaria*. 2006;38 Suppl 2:79-84.
75. Lorda S. El consentimiento informado: alianza y contrato, deliberación y decisión. In: Couceiro A, editor. *Ética en Cuidados Paliativos*. Madrid: Editorial Triacastela; 2004. p. 426-7.
76. Fried TR, O'leary J, Van NP, Fraenkel L. Inconsistency over time in the preferences of older persons with advanced illness for life-sustaining treatment. *J Am Geriatr Soc*. 2007;55(7):1007-14.
77. Shalowitz DI, Garrett-Mayer E, Wendler D. The accuracy of surrogate decision makers: a systematic review. *Arch Intern Med*. 2006;166(5):493-7.
78. Bruera E, Sweeney C, Calder K, Palmer L, isch-Tolley S. Patient preferences versus physician perceptions of treatment decisions in cancer care. *J Clin Oncol*. 2001;19(11):2883-5.
79. Solano JP, Gomes B, Higginson IJ. A comparison of symptom prevalence in far advanced cancer, AIDS, heart disease, chronic obstructive pulmonary disease and renal disease. *J Pain Symptom Manage*. 2006;31(1):58-69.
80. Verger E, Conill C, Pedro A, Chicote S, Salamero M, de AP, et al. Cuidados paliativos en pacientes oncológicos. Frecuencia y prioridad de síntomas. *Med Clin (Barc)*. 1992;99(15):565-7.
81. Kirkova J, Davis MP, Walsh D, Tiernan E, O'leary N, LeGrand SB, et al. Cancer symptom assessment instruments: a systematic review. *J Clin Oncol*. 2006;24(9):1459-73.
82. Bruera E, Kuehn N, Miller MJ, Selmser P, Macmillan K. The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. *J Palliat Care*. 1991;7(2):6-9.
83. Carvajal A, Centeno C, Urdiroz J, Martínez M, Noguera A, Portela MA. Cross Cultural Adaptation of the Spanish Version of the Edmonton Symptom Assessment (ESAS). *European Journal of Palliative Care* 2007, 10th Congress of the European Association for Palliative Care, Budapest (Book of Abstract, Poster abstracts):

84. Hanks G, Robers C, Davoes A. Principles of drug use in palliative medicine. In: Doyle D, Hanks G, Chrenney N, Calman K, editors. Oxford Textbook of Palliative Medicine. Third ed. Oxford: Oxford University Press; 2004.
85. Fonzo-Christe C, Vukasovic C, Wasilewski-Rasca AF, Bonnabry P. Subcutaneous administration of drugs in the elderly: survey of practice and systematic literature review. *Palliat Med.* 2005;19(3):208-19.
86. Vervest AC, Schimmel GH. Taxonomy of pain of the IASP. *Pain.* 1988;34(3):318-21.
87. Breitbart W, Payne D, Passik SD. Psychological and psychiatric interventions in pain control. In: Doyle D, Hanks G, Chrenney N, Calman K, editors. Oxford Textbook of Palliative Medicine. Third ed. Oxford: Oxford University Press; 2004.
88. Control of pain in patients with cancer. Draft Guideline. Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN); 2007.
89. Carr DB, Goudas LC, Balk EM, Bloch R, Ioannidis JP, Lau J. Evidence report on the treatment of pain in cancer patients. *J Natl Cancer Inst Monogr.* 2004;(32):23-31.
90. Caraceni A, Cherny N, Fainsinger R, Kaasa S, Poulain P, Radbruch L, et al. Pain measurement tools and methods in clinical research in palliative care: recommendations of an Expert Working Group of the European Association of Palliative Care. *J Pain Symptom Manage.* 2002;23(3):239-55.
91. Zwakhalen SM, Hamers JP, bu-Saad HH, Berger MP. Pain in elderly people with severe dementia: a systematic review of behavioural pain assessment tools. *BMC Geriatr.* 2006;6:3.
92. McNicol E, Strassels SA, Goudas L, Lau J, Carr DB. NSAIDs or paracetamol, alone or combined with opioids, for cancer pain. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005;(1):CD005180.
93. Nicholson AB. Methadone for cancer pain. *Cochrane Database Syst Rev.* 2004;(2): CD003971.
94. Wiffen PJ, Edwards JE, Barden J, McQuay HJ. Oral morphine for cancer pain. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003;(4):CD003868.
95. Jadad AR, Browman GP. The WHO analgesic ladder for cancer pain management. Stepping up the quality of its evaluation. *JAMA.* 1995;274(23):1870-3.
96. Azevedo Sao Leao FK, Kimura M, Jacobsen TM. The WHO analgesic ladder for cancer pain control, twenty years of use. How much pain relief does one get from using it? *Support Care Cancer.* 2006;14(11):1086-93.
97. Miguel R. Interventional treatment of cancer Pain: The Fourth Step in the World Health Organization Analgesic Ladder? *Cancer Control.* 2000;7(2):149-56.
98. Williams JE, Louw G, Towler G. Intrathecal pumps for giving opioids in chronic pain: a systematic review. *Health Technol Assess.* 2000;4(32):iii-65.
99. Smith TJ, Staats PS, Deer T, Stearns LJ, Rauck RL, Boortz-Marx RL, et al. Randomized clinical trial of an implantable drug delivery system compared with comprehensive medical management for refractory cancer pain: impact on pain, drug-related toxicity, and survival. *J Clin Oncol.* 2002;20(19):4040-9.
100. Stearns L, Boortz-Marx R, Du PS, Friehs G, Gordon M, Halyard M, et al. Intrathecal drug delivery for the management of cancer pain: a multidisciplinary consensus of best clinical practices. *J Support Oncol.* 2005;3(6):399-408.
101. Leppert W, Luczak J. The role of tramadol in cancer pain treatment--a review. *Support Care Cancer.* 2005;13(1):5-17.
102. Reid CM, Martin RM, Sterne JAC, Davies AN, Hanks GW. Oxycodone for cancer-related pain: Meta-analysis of randomized controlled trials. *Archives of Internal Medicine.* 2006;166(8):837-43.
103. Moore RA, McQuay HJ. Prevalence of opioid adverse events in chronic non-malignant pain: systematic review of randomised trials of oral opioids. *Arthritis Res Ther.* 2005;7(5):R1046- R1051.
104. McNicol E, Horowicz-Mehler N, Fisk RA, Bennett K, Gialeli-Goudas M, Chew PW, et al. Management of opioid side effects in cancer-related and chronic noncancer pain: a systematic review. *J Pain.* 2003;4(5):231-56.
105. Cherny N, Ripamonti C, Pereira J, Davis C, Fallon M, McQuay H, et al. Strategies to manage the adverse effects of oral morphine: an evidence-based report. *J Clin Oncol.* 2001;19(9):2542-54.
106. Quigley C. Opioid switching to improve pain relief and drug tolerability. *Cochrane Database Syst Rev.* 2004;CD004847.
107. Mercadante S, Bruera E. Opioid switching: a systematic and critical review. *Cancer Treat Rev.* 2006;32(4):304-15.
108. Allan L, Hays H, Jensen NH, de-Waroux BL, Bolt M, Donald R, et al. Randomised crossover trial of transdermal fentanyl and sustained release oral morphine for treating chronic non- cancer pain. *BMJ.* 2001;322:1154-8.
109. Ahmedzai S, Brooks D. Transdermal fentanyl versus sustained-release oral morphine in cancer pain:

- preference, efficacy, and quality of life. The TTS-Fentanyl Comparative Trial Group. *Journal of pain and symptom management*. 1997;13:254-61.
110. Lussier D, Portenoy RK. Adjuvant analgesics in pain management. In: Doyle D, Hanks G, Chrenney N, Calman K, editors. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Third ed. Oxford: Oxford University Press; 2004.
111. Mercadante SL, Berchovich M, Casuccio A, Fulfaro F, Mangione S. A prospective randomized study of corticosteroids as adjuvant drugs to opioids in advanced cancer patients. *Am J Hosp Palliat Care*. 2007;24(1):13-9.
112. Bell R, Eccleston C, Kalso E. Ketamine as an adjuvant to opioids for cancer pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003;(1):CD003351.
113. Saarto T, Wiffen PJ. Antidepressants for neuropathic pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005;(3):CD005454.
114. Lee H, Schmidt K, Ernst E. Acupuncture for the relief of cancer-related pain--a systematic review. *Eur J Pain*. 2005;9(4):437-44.
115. Martínez Pecino M, Sola I, Nishishinya M. Eficacia de la acupuntura en el dolor crónico y cuidados paliativos. *Consejería de Salud de la Junta de Andalucía*; 2006.
116. Cepeda MS, Carr DB, Lau J, Alvarez H. Music for pain relief. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006;(2):CD004843.
117. Fellowes D, Barnes K, Wilkinson S. Aromatherapy and massage for symptom relief in patients with cancer. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004;(2):CD002287.
118. 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.
119. Lafferty WE, Downey L, McCarty RL, Standish LJ, Patrick DL. Evaluating CAM treatment at the end of life: a review of clinical trials for massage and meditation. *Complement Ther Med*. 2006;14(2):100-12.
120. Wareham D. Postherpetic neuralgia. *Clin Evid*. 2005;(14):1017-25.
121. Wiffen P, Collins S, McQuay H, Carroll D, Jadad A, Moore A. Anticonvulsant drugs for acute and chronic pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005;(3):CD001133.
122. Wiffen PJ, McQuay HJ, Edwards JE, Moore RA. Gabapentin for acute and chronic pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005;(3):CD005452.
123. Duhmke RM, Cornblath DD, Hollingshead JR. Tramadol for neuropathic pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004;(2):CD003726.
124. Eisenberg E, McNicol E, Carr DB. Opioids for neuropathic pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006;3:CD006146.
125. Wong Mc, Chung JWY, Wong TKS. Effects of treatments for symptoms of painful diabetic neuropathy: systematic review. *BMJ*. 2007;335(7610):87.
126. Mason L, Moore RA, Derry S, Edwards JE, McQuay HJ. Systematic review of topical capsaicin for the treatment of chronic pain. *BMJ*. 2004;328(7446):991.
127. Gilron I, Bailey JM, Tu D, Holden RR, Weaver DF, Houlden RL. Morphine, gabapentin, or their combination for neuropathic pain. *N Engl J Med*. 2005;352(13):1324-34.
128. Zeppetella G, Ribeiro MD. Opioids for the management of breakthrough (episodic) pain in cancer patients. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006;(1):CD004311.
129. Coluzzi PH, Schwartzberg L, Conroy JD, Charapata S, Gay M, Busch MA, et al. Breakthrough cancer pain: a randomized trial comparing oral transmucosal fentanyl citrate (OTFC) and morphine sulfate immediate release (MSIR). *Pain*. 2001;91(1-2):123-30.
130. Martinez-Zapata MJ, Roque M,onso-Coello P, Catala E. Calcitonin for metastatic bone pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006;3:CD003223.
131. Wong R, Wiffen PJ. Bisphosphonates for the relief of pain secondary to bone metastases. *Cochrane Database Syst Rev*. 2002;(2):CD002068.
132. Ross JR, Saunders Y, Edmonds PM, Patel S, Broadley KE, Johnston SRD. Systematic review of role of bisphosphonates on skeletal morbidity in metastatic cancer. *BMJ*. 2003;327(7413):469.
133. Yuen KK, Shelley M, Sze WM, Wilt T, Mason MD. Bisphosphonates for advanced prostate cancer. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006;(4):CD006250.
134. Pavlakakis N, Schmidt R, Stockler M. Bisphosphonates for breast cancer. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005;(3):CD003474.
135. Rosen LS, Gordon DH, Dugan W, Jr., Major P, Eisenberg PD, Provencher L, et al. Zoledronic acid is superior to pamidronate for the treatment of bone metastases in breast carcinoma patients with at least one osteolytic lesion. *Cancer*. 2004;100(1):36-43.

136. McQuay HJ, Collins SL, Carroll D, Moore RA. Radiotherapy for the palliation of painful bone metastases. *Cochrane Database Syst Rev.* 2000;(2):CD001793.
137. Wai MS, Mike S, Ines H, Malcolm M. Palliation of metastatic bone pain: single fraction versus multifraction radiotherapy - a systematic review of the randomised trials. *Cochrane Database Syst Rev.* 2004;(2):CD004721.
138. Chow E, Harris K, Fan G, Tsao M, Sze WM. Palliative Radiotherapy Trials for Bone Metastases: A Systematic Review. *J Clin Oncol.* 2007;25(11):1423-36.
139. Roque M, Martinez MJ, Alonso P, Catala E, Garcia JL, Ferrandiz M. Radioisotopes for metastatic bone pain. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003;(4):CD003347.
140. Finlay IG, Mason MD, Shelley M. Radioisotopes for the palliation of metastatic bone cancer: a systematic review. *The Lancet Oncology.* 2005;6(6):392-400.
141. Sweeney C, Neuenschwander H, Bruera E. Fatigue and asthenia. In: Doyle D, Hanks G, Chrenney N, Calman K, editors. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Third ed. Oxford: Oxford University Press; 2004.
142. Strasser F. Pathophysiology of the anorexia/caquexia syndrome. In: Doyle D, Hanks G, Chrenney N, Calman K, editors. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Third ed. Oxford: Oxford University Press; 2004.
143. Mock V. Evidence-based treatment for cancer-related fatigue. *J Natl Cancer Inst Monogr.* 2004;(32):112-8.
144. Bohlius J, Wilson J, Seidenfeld J, Piper M, Schwarzer G, Sandercock J, et al. Erythropoietin or darbepoetin for patients with cancer. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006;3:CD003407.
145. Del Fabbro E, Dalal S, Bruera E. Symptom control in palliative care--Part II: cachexia/anorexia and fatigue. *J Palliat Med.* 2006;9(2):409-21.
146. Shragge JE, Wismer WV, Olson KL, Baracos VE. The management of anorexia by patients with advanced cancer: a critical review of the literature. *Palliat Med.* 2006;20(6):623-9.
147. Berenstein EG, Ortiz Z. Megestrol acetate for the treatment of anorexia-cachexia syndrome. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005;(2):CD004310.
148. Yavuzsen T, Davis MP, Walsh D, LeGrand S, Lagman R. Systematic review of the treatment of cancer-associated anorexia and weight loss. *J Clin Oncol.* 2005;23(33):8500-11.
149. Brown JK. A systematic review of the evidence on symptom management of cancer-related anorexia and cachexia. *Oncol Nurs Forum.* 2002;29(3):517-32.
150. Bruera E, Valero V, Driver L, Shen L, Willey J, Zhang T, et al. Patient-controlled methylphenidate for cancer fatigue: a double-blind, randomized, placebo-controlled trial. *J Clin Oncol.* 2006;24(13):2073-8.
151. Fainsinger RL, Bruera E. When to treat dehydration in a terminally ill patient? *Support Care Cancer.* 1997;5(3):205-11.
152. Viola RA, Wells GA, Peterson J. The effects of fluid status and fluid therapy on the dying: a systematic review. *J Palliat Care.* 1997;13(4):41-52.
153. Burge FI. Dehydration and provision of fluids in palliative care. What is the evidence? *Can Fam Physician.* 1996;42:2383-8.
154. Dalal S, Bruera E. Dehydration in cancer patients: to treat or not to treat. *J Support Oncol.* 2004;2(6):467-79, 483.
155. Rochon PA, Gill SS, Litner J, Fischbach M, Goodison AJ, Gordon M. A systematic review of the evidence for hypodermoclysis to treat dehydration in older people. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 1997;52(3):M169-M176.
156. Turner T, Cassano AM. Subcutaneous dextrose for rehydration of elderly patients--an evidence-based review. *BMC Geriatr.* 2004;4:2.
157. Gallagher R. An approach to dyspnea in advanced disease. *Can Fam Physician.* 2003;49:1611-6.
158. Chan K, Sham M, Tse D, Thorsen A. Palliative medicine in malignant respiratory disease. In: Doyle D, Hanks G, Chrenney N, Calman K, editors. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Third ed. Oxford: Oxford University Press; 2004.
159. Congleton J, Muers MF. The incidence of airflow obstruction in bronchial carcinoma, its relation to breathlessness, and response to bronchodilator therapy. *Respiratory Medicine.* 1995;89(4):291-6.
160. Dorman S, Byrne A, Edwards A. Which measurement scales should we use to measure breathlessness in palliative care? A systematic review. *Palliat Med.* 2007;21(3):177-91.
161. Gallagher R, Roberts D. A systematic review of oxygen and airflow effect on relief of dyspnea at rest in patients with advanced disease of any cause. *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy.* 2004;18(4):3-15.
162. Booth S, Wade R, Johnson M, Kite S, Swannick M, Anderson H. The use of oxygen in the palliation of breathlessness. A report of the expert working group of the Scientific Committee of the Association of Palliative Medicine. *Respir Med* 2004;98(1):66-77.

163. Jennings A-L, Davies AN, Higgins JPT, Gibbs JSR, Broadley KE. A systematic review of the use of opioids in the management of dyspnoea. *Thorax*. 2002;57(11):939-44.
164. Abernethy AP, Currow DC, Frith P, Fazekas BS, McHugh A, Bui C. Randomised, double blind, placebo controlled crossover trial of sustained release morphine for the management of refractory dyspnoea. *BMJ*. 2003;327(7414):523-8.
165. Viola R, Kiteley C, Lloyd N, Mackay JA, Wilson R, and the Supportive Care Guidelines Group. The Management of Dyspnea in Cancer Patients: A Clinical Practice Guideline. A Quality Initiative of the Program in Evidence-based Care (PEBC). Disponible en: [www.cancercare on ca/](http://www.cancercare.on.ca/) [accedido en: septiembre 2007] 2007
166. Navigante AH, Cerchietti LCA, Castro MA, Lutteral MA, Cabalar ME. Midazolam as Adjunct Therapy to Morphine in the Alleviation of Severe Dyspnea Perception in Patients with Advanced Cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2006;31(1):38-47.
167. Eng D. Management guidelines for motor neurone disease patients on non-invasive ventilation at home. *Palliat Med*. 2006;20(2):69-79.
168. Watson MS, Lucas C.F, Hoy AM, Back IN. Respiratory symptoms. *Oxford Handbook of Palliative Care*. New York: Oxford University press; 2005. p. 295-307.
169. Homsí J, Walsh D, Nelson KA. Important drugs for cough in advanced cancer. *Support Care Cancer*. 2001;9(8):565-74.
170. Estfan B, LeGrand S. Management of cough in advanced cancer. *J Support Oncol*. 2004;2(6):523-7.
171. Lester JF, Macbeth FR, Toy E, Coles B. Palliative radiotherapy regimens for non-small cell lung cancer. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006;(4):CD002143.
172. Kvale PA. Chronic cough due to lung tumors: ACCP evidence-based clinical practice guidelines. *Chest*. 2006;129(1 Suppl):147S-53S.
173. Ung YC, Yu E, Falkson C, Haynes AE, Stys-Norman D, Evans WK, et al. The role of high-dose-rate brachytherapy in the palliation of symptoms in patients with non-small-cell lung cancer: A systematic review. *Brachytherapy*. 2006;5(3):189-202.
174. Homsí J, Walsh D, Nelson KA, Sarhill N, Rybicki L, LeGrand SB, et al. A phase II study of hydrocodone for cough in advanced cancer. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*. 2002;19(1):49-56.
175. Luporini G, Barni S, Marchi E, Daffonchio L. Efficacy and safety of levodropropizine and dihydrocodeine on nonproductive cough in primary and metastatic lung cancer. *Eur Respir J*. 1998;12(1):97-101.
176. Moroni M, Porta C, Gualtieri G, Nastasi G, Tinelli C. Inhaled sodium cromoglycate to treat cough in advanced lung cancer patients. *British Journal of Cancer*. 1996;74:309-11.
177. Braman SS. Chronic Cough Due to Chronic Bronchitis: ACCP Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest*. 2006;129(1_suppl):104S-115.
178. Drews RE. Superior vena cava syndrome. In: UpToDate RB, editor. *UpToDate*. Waltham, MA: UpToDate; 2007.
179. Rowell NP, Gleeson FV. Steroids, radiotherapy, chemotherapy and stents for superior vena caval obstruction in carcinoma of the bronchus. *Cochrane Database Syst Rev*. 2001;(4): CD001316.
180. Uberoi R. Quality assurance guidelines for superior vena cava stenting in malignant disease. *Cardiovasc Intervent Radiol*. 2006;29(3):319-22.
181. Wilson P, Bezjak A, Asch M, Barton R, Wong R, Levin W, et al. The difficulties of a randomized study in superior vena caval obstruction. *J Thorac Oncol*. 2007;2(6):514-9.
182. Centeno C, Sanz A, Bruera E. Delirium in advanced cancer patients. *Palliat Med*. 2004;18(3): 184-94.
183. American Psychiatric Association. *American Psychiatric Association diagnostic and statistical manual of mental disorders 4 th edition (DSM-IV)*. Washington DC: American Psychiatric Association; 2004.
184. Keeley PW. Delirium at the end of the life. In: BMJ Publishing Group, editor. *Clinical evidence*. London: 2007. p. 2405.
185. Centeno C, Vara F, Pérez P, Sanz A, Bruera E. Presentación clínica e identificación del delirium en el cáncer avanzado. *Medicina Paliativa*. 2003;10:24-35.
186. Casarett DJ, Inouye SK, for the American College of Physicians-American Society of Internal Medicine End-of-Life Care Consensus Panel*. Diagnosis and Management of Delirium near the End of Life. *Ann Intern Med*. 2001;135(1):32-40.
187. Inouye SK, van Dyck CH, Alessi CA, Balkin S, Siegel AP, Horwitz RI. Clarifying confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of delirium. *Ann Intern Med*. 1990;113(12):941-8.
188. National Guidelines for seniors' mental health. The assessment and treatment of delirium. Toronto: Canadian coalition for seniors' mental health; 2006.

189. Breitbart W, Chochinov HM, Passik SD. Psychiatric symptoms in palliative medicine. In: Doyle D, Hanks G, Chrenney N, Calman K, editors. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Third ed. Oxford: Oxford University Press; 2004.
190. Jackson KC, Lipman AG. Drug therapy for delirium in terminally ill patients. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004;(2):CD004770.
191. Breitbart W, Strout D. Delirium in the terminally ill. *Clin Geriatr Med*. 2000;16(2):357-72.
192. Savard J, Morin CM. Insomnia in the Context of Cancer: A Review of a Neglected Problem. *J Clin Oncol*. 2001;19(3):895-908.
193. Santaeia MJ, Santulli RB. Sleep in palliative care. In: Doyle D, Hanks G, Chrenney N, Calman K, editors. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Third ed. Oxford: Oxford University Press; 2004.
194. Smith MT, Perlis ML, Park A, Smith MS, Pennington J, Giles DE, et al. Comparative metaanalysis of pharmacotherapy and behavior therapy for persistent insomnia. *Am J Psychiatry*. 2002;159(1):5-11.
195. Morgan K, Dixon S, Mathers N, Thompson J, Tomeny M. Psychological treatment for insomnia in the regulation of long-term hypnotic drug use. *Health Technol Assess*. 2004;8(8):iii-68.
196. Hirst A, Sloan R. Benzodiazepines and related drugs for insomnia in palliative care. *Cochrane Database Syst Rev*. 2002;(4):CD003346.
197. Block SD. Assessing and managing depression in the terminally ill patient. ACP-ASIM End-of-Life Care Consensus Panel. American College of Physicians - American Society of Internal Medicine. *Ann Intern Med*. 2000;132(3):209-18.
198. Jackson KC, Lipman AG. Drug therapy for anxiety in palliative care. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004;(1):CD004596.
199. Osborn RL, Demoncada AC, Feuerstein M. Psychosocial interventions for depression, anxiety, and quality of life in cancer survivors: meta-analyses. *Int J Psychiatry Med*. 2006;36(1):13-34.
200. Edwards AG, Hailey S, Maxwell M. Psychological interventions for women with metastatic breast cancer. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004;(2):CD004253.
201. Chochinov HM, Holland JC. Handbook of psycho-oncology: Psychological care of the patient with cancer. In: JC Holland and JH Rowland, editor. New York: Oxford University Press; 1998.
202. de SE, Jepson BA. Midazolam in terminal care. *Lancet*. 1988;1(8575-6):67-8.
203. Carr DB, Goudas L, Lawrence D, et al. Management of cancer symptoms: pain, depression and fatigue. Evidence Report/technology Assessment Number 61. Prepared by the New England Medical Center Evidence-Based Practice Center under Contract No 290-97-0019). AHRQ Publication No. 02-E032. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2002.
204. Ford S, Fallowfield L, Lewis S. Can oncologists detect distress in their out-patients and how satisfied are they with their performance during bad news consultations? *Br J Cancer*. 1994;70(4):767-70.
205. Chochinov HM, Wilson KG, Enns M, Lander S. «Are you depressed?» Screening for depression in the terminally ill. *Am J Psychiatry*. 1997;154(5):674-6.
206. Chochinov HM, Wilson KG, Enns M, Mowchun N, Lander S, Levitt M, et al. Desire for death in the terminally ill. *Am J Psychiatry*. 1995;152(8):1185-91.
207. Rodin G, Lloyd N, Katz M, Green E, Mackay JA, Wong RK. The treatment of depression in cancer patients: a systematic review. *Support Care Cancer*. 2007;15(2):123-36.
208. Sood A, Barton DL, Loprinzi CL. Use of methylphenidate in patients with cancer. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*. 2006;23(1):35-40.
209. Wilson KG. Diagnosis and management of depression in Palliative care. In: Chochinov HM, Breitbart W, editors. *Handbook of psychiatry in palliative medicine*. New York: Oxford University Press; 2000. p. 25-44.
210. Hem E, Loge JH, Haldorsen T, Ekeberg O. Suicide risk in cancer patients from 1960 to 1999. *J Clin Oncol*. 2004;22(20):4209-16.
211. Assessment, Evaluation, and Management of Suicidal Patients. Disponible en <http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/supportivecare/depression/HealthProfessional/page5>. PDQ® Cancer Information Summaries: Supportive Care. Depression (PDQ®). National Cancer Institute.; 2007.
212. De Conno F, Sbanotto A, Ripamonti C, Ventafrida V. Mouth care. In: Doyle D, Hanks G, Chrenney N, Calman K, editors. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Third ed. Oxford: Oxford University Press; 2004. p. 1117-33.
213. Worthington H, Clarkson J, Eden O. Interventions for preventing oral mucositis for patients with cancer receiving treatment. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2007;2.

214. Clarkson J, Worthington H, Eden O. Interventions for treating oral mucositis for patients with cancer receiving treatment. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2007;2, 2007.
215. Keefe DM, Schubert MM, Elting LS, Sonis ST, Epstein JB, Raber-Durlacher JE, et al. Updated clinical practice guidelines for the prevention and treatment of mucositis. *Cancer*. 2007;109(5):820-31.
216. Barasch A, Elad S, Altman A, Damato K, Epstein J. Antimicrobials, mucosal coating agents, anesthetics, analgesics, and nutritional supplements for alimentary tract mucositis. *Support Care Cancer*. 2006;14(6):528-32.
217. Peterson DE, Jones JB, Petit RG. Randomized, placebo-controlled trial of Saforis for prevention and treatment of oral mucositis in breast cancer patients receiving anthracycline-based chemotherapy. *Cancer*. 2007;109(2):322-31.
218. Rosen LS, Abdi E, Davis ID, Gutheil J, Schnell FM, Zalberg J, et al. Palifermin reduces the incidence of oral mucositis in patients with metastatic colorectal cancer treated with fluorouracil-based chemotherapy. *J Clin Oncol*. 2006;24(33):5194-200.
219. Oneschuk D, Hanson J, Bruera E, Oneschuk D, Hanson J, Bruera E. A survey of mouth pain and dryness in patients with advanced cancer.[see comment]. *Supportive Care in Cancer*. 2000;8(5):372-6.
220. Dirix P, Nuyts S, Vander Poorten V, Delaere P, Van den Bogaert W. The influence of xerostomia after radiotherapy on quality of life: results of a Support Care Cancer. 2008;16(2):171-9.
221. Symptomatic Treatment of Radiation-Induced Xerostomia in Head and Neck Cancer Patients. Practice Guideline Report # 5-5. Head & Neck Cancer Evidence-based Series and Practice Guidelines 2004http://www.cancercare.on.ca/pdf/full5_1.pdf [Acceso Junio 2007]
222. Davies A, Shorthose K. Parasympathomimetic drugs for the treatment of salivary gland dysfunction due to radiotherapy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;(3):CD003782.
223. von B, I, Sollecito TP, Fox PC, Daniels T, Jonsson R, Lockhart PB, et al. Salivary dysfunction associated with systemic diseases: systematic review and clinical management recommendations. [Review] [163 refs]. *Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology Oral Radiology & Endodontics*. 2007;103 Suppl:S57-15.
224. Watson MS, Lucas C.F, Hoy AM, Back IN. Gastrointestinal symptoms. *Oxford Handbook of Palliative Care*. New York: Oxford University press; 2005. p. 237-82.
225. Pappas PG, Rex JH, Sobel JD, Filler SG, Dismukes WE, Walsh TJ, et al. Guidelines for treatment of candidiasis. *Clin Infect Dis*. 2004;38(2):161-89.
226. Pankhurst CL. Candidiasis (oropharyngeal). *Clin Evid*. 2006;(15):1849-63.
227. Clarkson J, Worthington H, Eden O. Interventions for preventing oral candidiasis for patients with cancer receiving treatment. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2007;2.
228. Worthington H, Clarkson J, Eden O. Interventions for treating oral candidiasis for patients with cancer receiving treatment. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2007;2.
229. Regnard C. Dysphagia, dyspepsia, and hiccup. In: Doyle D, Hanks G, Chrenney N, Calman K, editors. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Third ed. Oxford: Oxford University Press; 2004. p. 459-68.
230. Javle M, Ailawadhi S, Yang GY, Nwogu CE, Schiff MD, Nava HR. Palliation of malignant dysphagia in esophageal cancer: a literature-based review. *J Support Oncol*. 2006;4(8):365-73, 379.
231. Keeley PW. Nausea and vomiting in people with cancer and other chronic diseases. *Clinical Evidence*. London: BMJ Publishing Group; 2007. p. 1-12.
232. Glare P, Pereira G, Kristjanson LJ, Stockler M, Tattersall M. Systematic review of the efficacy of antiemetics in the treatment of nausea in patients with far-advanced cancer 2. *Support Care Cancer*. 2004;12(6):432-40.
233. Kris MG, Hesketh PJ, Somerfield MR, Feyer P, Clark-Snow R, Koeller JM, et al. American Society of Clinical Oncology Guideline for Antiemetics in Oncology: Update 2006. *J Clin Oncol*. 2006;24(18):2932-47.
234. Ioannidis JP, Hesketh PJ, Lau J. Contribution of dexamethasone to control of chemotherapy-induced nausea and vomiting: a meta-analysis of randomized evidence. *J Clin Oncol*. 2000;18(19):3409-22.
235. Jantunen IT, Kataja VV, Muhonen TT. An overview of randomised studies comparing 5-HT3 receptor antagonists to conventional anti-emetics in the prophylaxis of acute chemotherapy-induced vomiting. *Eur J Cancer*. 1997;33(1):66-74.
236. Poli-Bigelli S, Rodrigues-Pereira J, Carides AD, Julie MG, Eldridge K, Hipple A, et al. Addition of the neurokinin 1 receptor antagonist aprepitant to standard antiemetic therapy improves control of chemotherapy-induced nausea and vomiting. Results from a randomized, double-blind, placebo-controlled trial in Latin America. *Cancer*. 2003;97(12):3090-8.

237. Tramer MR, Carroll D, Campbell FA, Reynolds DJ, Moore RA, McQuay HJ. Cannabinoids for control of chemotherapy induced nausea and vomiting: quantitative systematic review. *BMJ*. 2001;323(7303):16-21.
238. Tramer MR, Reynolds DJ, Stoner NS, Moore RA, McQuay HJ. Efficacy of 5-HT₃ receptor antagonists in radiotherapy-induced nausea and vomiting: a quantitative systematic review. *Eur J Cancer*. 1998;34(12):1836-44.
239. Sykes AJ, Kiltie AE, Stewart AL. Ondansetron versus a chlorpromazine and dexamethasone combination for the prevention of nausea and vomiting: a prospective, randomised study to assess efficacy, cost effectiveness and quality of life following single-fraction radiotherapy. *Support Care Cancer*. 1997;5(6):500-3.
240. Supportive Care & Symptom Control Regimens. Management of Chemotherapy-induced Nausea and Vomiting. Disponible en <http://www.cancercare.ca/pdfchemo/NVguidelines.pdf> [accedido en: septiembre 2007]
241. Hoskin P. Radiotherapy in symptom management. In: Doyle D, Hanks G, Chrenney N, Calman K, editors. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Third ed. Oxford: Oxford University Press; 2004. p. 239-59.
242. Cancer care Ontario Practice Guidelines Initiative. Use of 5-HT₃ receptor antagonists in patients receiving moderately or highly emetogenic chemotherapy. Disponible en: www.cancer-care.on.ca/ [accedido en: septiembre 2007]
243. Critchley P, Plach N, Grantham M, Marshall D, Taniguchi A, Latimer E, et al. Efficacy of haloperidol in the treatment of nausea and vomiting in the palliative patient: A systematic review [3]. *Journal of Pain & Symptom Management*. 2001;22(2):631-4.
244. Aapro MS, Molassiotis A, Olver I. Anticipatory nausea and vomiting. *Support Care Cancer*. 2005;13(2):117-21.
245. Ahmedzai SH, Boland J. Constipation in people prescribed opioids. In: BMJ Publishing Group, editor. *Clinical Evidence*. London: 2007. p. 2407.
246. Miles CL, Fellowes D, Goodman ML, Wilkinson S. Laxatives for the management of constipation in palliative care patients. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006;(4):CD003448.
247. Sykes N. Constipation and diarrhoea. In: Doyle D, Hanks G, Chrenney N, Calman K, editors. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Third ed. Oxford: Oxford University Press; 2004. p. 483-96.
248. Benson AB, III, Ajani JA, Catalano RB, Engelking C, Kornblau SM, Martenson JA, Jr., et al. Recommended guidelines for the treatment of cancer treatment-induced diarrhea. *J Clin Oncol*. 2004;22(14):2918-26.
249. Cascinu S, Bichisao E, Amadori D, Silingardi V, Giordani P, Sansoni E, et al. High-dose loperamide in the treatment of 5-fluorouracil-induced diarrhea in colorectal cancer patients. *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*. 2000;8:65-7.
250. Geller RB, Gilmore CE, Dix SP, Lin LS, Topping DL, Davidson TG, et al. Randomized trial of loperamide versus dose escalation of octreotide acetate for chemotherapy-induced diarrhea in bone marrow transplant and leukemia patients. *American journal of hematology*. 1995;50:167-72.
251. Pezzella G, Pisconti S. Octreotide versus loperamide in controlling chemotherapy-induced diarrhoea. *Giornale Italiano di Oncologia*. 1994;14:79-82.
252. Cascinu S, Fedeli A, Fedeli SL, Catalano G. Octreotide versus loperamide in the treatment of fluorouracil-induced diarrhea: a randomized trial. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*. 1993;11:148-51.
253. Sherman DM, Mangini L, Poirier P, Kadish SP. Double-blind comparison of loperamide and placebo in the treatment of radiation-induced diarrhea. *ADV THER*. 1989;6:103-11.
254. Szilagyi A, Shrier I. Systematic review: the use of somatostatin or octreotide in refractory diarrhoea. *Aliment Pharmacol Ther*. 2001;15(12):1889-97.
255. Ripamonti C, Mercadante S. Pathophysiology and management of malignant bowel obstruction. In: Doyle D, Hanks G, Chrenney N, Calman K, editors. *Third ed. Oxford: Oxford University Press; 2004. p. 496-507.*
256. Ripamonti C, Twycross R, Baines M, Bozzetti F, Capri S, De Conno F, et al. Clinical-practice recommendations for the management of bowel obstruction in patients with end-stage cancer. *Supportive Care in Cancer*. 2001;9(4):223-33.
257. Watt AMB, Faragher IGF, Griffin TTP, Rieger NAM, Maddern GJP. Self-expanding Metallic Stents for Relieving Malignant Colorectal Obstruction: A Systematic Review. [Review]. *Annals of Surgery*. 2007;246(1):24-30.
258. Fiori E, Lamazza A, De CA, Bononi M, Volpino P, Schillaci A, et al. Palliative management of malignant rectosigmoidal obstruction. Colostomy vs. endoscopic stenting. A randomized prospective trial. *Anticancer Res*. 2004;24(1):265-8.
259. Xinopoulos D, Dimitroulopoulos D, Theodosopoulos T, Tsamakidis K, Bitsakou G, Plataniotis G, et al. Stenting or stoma creation for patients with

- inoperable malignant colonic obstructions? Results of a study and cost-effectiveness analysis. *Surg Endosc.* 2004;18(3):421-6.
260. Feuer DJ, Broadley KE. Corticosteroids for the resolution of malignant bowel obstruction in advanced gynaecological and gastrointestinal cancer. *Cochrane Database Syst Rev.* 2000;(2): CD001219.
261. Mercadante S, Casuccio A, Mangione S. Medical Treatment for Inoperable Malignant Bowel Obstruction: A Qualitative Systematic Review. *Journal of Pain and Symptom Management.* 2007;33(2):217-23.
262. Kichian K, Vain BG. Jaundice, ascites, and hepatic encephalopathy. In: Doyle D, Hanks G, Chrenney N, Calman K, editors. *Oxford Textbook of Palliative Medicine.* Third ed. Oxford: Oxford University Press; 2004.
263. Becker G, Galandi D, Blum HE. Malignant ascites: systematic review and guideline for treatment. *Eur J Cancer.* 2006;42(5):589-97.
264. Smith HS, Busracamwongs A. Management of hiccups in the palliative care population. *Am J Hosp Palliat Care.* 2003;20(2):149-54.
265. Fishman M. Overview of hiccups. In: UpToDate RB, editor. Waltham, MA: UpToDate; 2007.
266. Royal College of Nursing and National Institute for Health and Clinical Excellence. The management of pressure ulcers in primary and secondary care A Clinical Practice Guideline. London: Royal College of Nursing; 2005.
267. Cullum N, McInnes E, Bell-Syer SE, Legood R, Cullum N, McInnes E, et al. Support surfaces for pressure ulcer prevention.[see comment] [update of *Cochrane Database Syst Rev.* 2000;(2): CD001735; PMID: 10796662]. [Review] [101 refs]. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2004;(3):CD001735.
268. Reddy M, Gill SS, Rochon PA, Reddy M, Gill SS, Rochon PA. Preventing pressure ulcers: a systematic review. *JAMA.* 2006;296(8):974-84.
269. Gallart E, Fuentelsaz C, Vivas G, Garnacho I, Font L, Aran R. Estudio experimental para comprobar la efectividad de los ácidos grasos hiperoxigenados en la prevención de las úlceras por presión en pacientes ingresados. *ENFERM CLIN.* 1928;2001;11(5):179-83.
270. Flock P. Pilot study to determine the effectiveness of diamorphine gel to control pressure ulcer pain. *J PAIN SYMPTOM MANAGE.* 2003;25(6):547-54.
271. Adderley U. Topical agents and dressings for fungating wounds. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2007;2, 2007.
272. Murtagh FE, ddington-Hall J, Higginson IJ. The prevalence of symptoms in end-stage renal disease: a systematic review. *Adv Chronic Kidney Dis.* 2007;14(1):82-99.
273. Heinrich WL. Uremic pruritus. In: UpToDate RB, editor. UpToDate. Waltham, MA: UpTo- Date; 2007.
274. Lidstone V, Thorns A. Pruritus in cancer patients. *Cancer Treat Rev.* 2001;27(5):305-12.
275. Khurana S, Singh P. Rifampin is safe for treatment of pruritus due to chronic cholestasis: a meta-analysis of prospective randomized-controlled trials. *Liver Int.* 2006;26(8):943-8.
276. Kaplan M, Chopra S. Pruritus associated with cholestasis. In: UpToDate RB, editor. UpTo- Date. Waltham, MA: UpToDate; 2007.
277. Twycross R, Greaves MW, Handwerker H, Jones EA, Libretto SE, Szepietowski JC, et al. Itch: scratching more than the surface. *QJM.* 2003;96(1):7-26.
278. Zylicz Z, Krajnik M, Sorge AA, Costantini M. Paroxetine in the treatment of severe non-dermatological pruritus: a randomized, controlled trial. *J Pain Symptom Manage.* 2003;26(6):1105-12.
279. Zylicz Z, Stork N, Krajnik M. Severe pruritus of cholestasis in disseminated cancer: developing a rational treatment strategy. A case report. *J Pain Symptom Manage.* 2005;29(1):100-3.
280. Watson MS, Lucas C.F, Hoy AM, Back IN. Skin problems in palliative care. *Oxford Hand- book of Palliative Care.* New York: Oxford University press; 2005.
281. Davis MP, Frandsen JL, Walsh D, Andresen S, Taylor S. Mirtazapine for pruritus. *J Pain Symptom Manage.* 2003;25(3):288-91.
282. Norman R, Bailly G. Genito-urinary problems in palliative medicine. In: Doyle D, Hanks G, Chrenney N, Calman K, editors. *Oxford Textbook of Palliative Medicine.* Third ed. Oxford: Oxford University Press; 2004.
283. Agus Z.S, Berenson J.R. Treatment of hypercalcemia. In: UpToDate RB, editor. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate; 2007.
284. Bower M, Cox S. Endocrine and metabolic complications of advanced cancer. In: Doyle D, Hanks G, Chrenney N, Calman K, editors. *Oxford Textbook of Palliative Medicine.* Third ed. Oxford: Oxford University Press; 2004.
285. Saunders Y, Ross JR, Broadley KE, Edmonds PM, Patel S. Systematic review of bisphosphonates for hypercalcaemia of malignancy. *Palliat Med.* 2004;18(5):418-31.

286. GPT I. Guía de Prescripción Terapéutica. Información de medicamentos autorizados en España. Adaptación española del BNF (British National Formulary). Barcelona: Agencia Española de Medicamento y Productos SanitariosPharma Editores,S.L.; 2006.
287. Watson MS, Lucas C.F, Hoy AM, Back IN. Emergencies in palliative care. Oxford Handbook of Palliative Care. New York: Oxford University press; 2005.
288. Schiff D. Treatment and prognosis of epidural spinal cord compresión, including cauda equina syndrome. In: UpToDate RB, editor. UpToDate.Waltham,MA: UpToDate; 2007.
289. Loblaw DA, Perry J, Chambers A, Laperriere NJ. Systematic review of the diagnosis and management of malignant extradural spinal cord compression: the Cancer Care Ontario Practice Guidelines Initiative's Neuro-Oncology Disease Site Group. J Clin Oncol. 2005;23(9):2028-37.
290. Talcott JA, Stomper PC, Drislane FW, Wen PY, Block CC, Humphrey CC, et al. Assessing suspected spinal cord compression: a multidisciplinary outcomes analysis of 342 episodes. Support Care Cancer. 1999;7(1):31-8.
291. Klimo P, Jr., Thompson CJ, Kestle JRW, Schmidt MH. A meta-analysis of surgery versus conventional radiotherapy for the treatment of metastatic spinal epidural disease. Neuro-oncol. 2005;7(1):64-76.
292. Patchell RA, Tibbs PA, Regine WF, Payne R, Saris S, Kryscio RJ, et al. Direct decompressive surgical resection in the treatment of spinal cord compression caused by metastatic cancer: a randomised trial. Lancet. 2005;366(9486):643-8.
293. Alldredge BK, Gelb AM, Isaacs SM, Corry MD, Allen F, Ulrich S, et al. A comparison of lorazepam, diazepam, and placebo for the treatment of out-of-hospital status epilepticus. N Engl J Med. 2001;345(9):631-7.
294. Cock HR, Schapira AH. A comparison of lorazepam and diazepam as initial therapy in convulsive status epilepticus. QJM. 2002;95(4):225-31.
295. Bausewein C, Borasio GD. Symptom management. Brain tumours. In: Doyle D, Hanks G, Chrenney N, Calman K, editors. Oxford Textbook of Palliative Medicine. Third ed. Oxford: Oxford University Press; 2004.
296. Singh G, Rees JH, Sander JW. Seizures and epilepsy in oncological practice: causes, course, mechanisms and treatment. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2007;78(4):342-9.
297. Caraceni A, Martini C, Simonetti F. Neurological problems in advanced cancer. In: Doyle D, Hanks G, Chrenney N, Calman K, editors. Oxford Textbook of Palliative Medicine. Third ed. Oxford: Oxford University Press; 2004. p. 703-26.
298. Dreifuss FE, Rosman NP, Cloyd JC, Pellock JM, Kuzniecky RI, Lo WD, et al. A comparison of rectal diazepam gel and placebo for acute repetitive seizures. N Engl J Med. 1998;338(26):1869-75.
299. Milligan NM, Dhillon S, Griffiths A, Oxley J, Richens A. A clinical trial of single dose rectal and oral administration of diazepam for the prevention of serial seizures in adult epileptic patients. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 1984;47(3):235-40.
300. Rees J. Fits. In: Sykes N, Edmonds P, Wiles J, editors. Management of advanced disease. Fourth ed. London: Arnold; 2004. p. 240-9.
301. Sirven JI, Wingerchuk DM, Drazkowski JF, Lyons MK, Zimmerman RS. Seizure prophylaxis in patients with brain tumors: a meta-analysis. Mayo Clin Proc. 2004;79(12):1489-94.
302. Taillibert S, Delattre JY. Palliative care in patients with brain metastases. Curr Opin Oncol. 2005;17(6):588-92.
303. Gagnon B, Mancini I, Pereira J, Bruera E. Palliative management of bleeding events in advanced cancer patients. J Palliat Care. 1998;14(4):50-4.
304. Pereira J, Phan T. Management of bleeding in patients with advanced cancer. Oncologist. 2004;9(5):561-70.
305. Prommer E. Management of bleeding in the terminally ill patient. Hematology. 2005;10(3):167-75.
306. Block SD. Psychological issues in end-of-life care. J Palliat Med. 2006;9(3):751-72.
307. Newell SA, Sanson-Fisher RW, Savolainen NJ. Systematic Review of Psychological Therapies for Cancer Patients: Overview and Recommendations for Future Research. J Natl Cancer Inst. 2002;94(8):558-84.
308. Uitterhoeve RJ, Vernooij M, Litjens M, Potting K, Bensing J, De MP, et al. Psychosocial interventions for patients with advanced cancer - A systematic review of the literature. British Journal of Cancer. 2004;91(6):1050-62.
309. Payne S, Kerr C, Hawker S, Hardey M, Powell J. The communication of information about older people between health and social care practitioners. Age Ageing. 2002;31(2):107-17.
310. Holloway M. Death the great leveller? Towards a transcultural spirituality of dying and bereavement. J Clin Nurs. 2006;15(7):833-9.

311. Pargament KI, Koenig HG, Perez LM. The many methods of religious coping: development and initial validation of the RCOPE. *J Clin Psychol.* 2000;56(4):519-43.
312. Bayés Sopena R, Borràs Hernández FX. ¿Qué son las necesidades espirituales? *Medicina Paliativa.* 2005;12(2):99-107.
313. Post SG, Puchalski CM, Larson DB. Physicians and Patient Spirituality: Professional Boundaries, Competency, and Ethics. *Ann Intern Med.* 2000;132(7):578-83.
314. Puchalski CM, Kilpatrick SD, McCullough ME, Larson DB. A systematic review of spiritual and religious variables in Palliative Medicine, *American Journal of Hospice and Palliative Care*, *Hospice Journal*, *Journal of Palliative Care*, and *Journal of Pain and Symptom Management*. *Palliat Support Care.* 2003;1(1):7-13.
315. Lin HR, Bauer-Wu SM. Psycho-spiritual well-being in patients with advanced cancer: an integrative review of the literature. *J Adv Nurs.* 2003;44(1):69-80.
316. Proot IM, bu-Saad HH, Crebolder HF, Goldsteen M, Luker KA, Widdershoven GA, et al. Vulnerability of family caregivers in terminal palliative care at home; balancing between burden and capacity. *Scand J Caring Sci.* 2003;17(2):113-21.
317. Harding R, Higginson IJ. What is the best way to help caregivers in cancer and palliative care? A systematic literature review of interventions and their effectiveness. *Palliat Med.* 2003;17(1):63-74.
318. Fürst CJ, Doyle D. The terminal phase. In: Doyle D, Hanks G, Chrenney N, Calman K, editors. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Third ed. Oxford: Oxford University Press; 2004. p. 1117-33.
319. Conill C, Verger E, Henriquez I, Saiz N, Espier M, Lugo F, et al. Symptom prevalence in the last week of life. *J Pain Symptom Manage.* 1997;14(6):328-31.
320. Oi-Ling K, Man-Wah DT, Kam-Hung DN. Symptom distress as rated by advanced cancer patients, caregivers and physicians in the last week of life. *Palliat Med.* 2005;19(3):228-33.
321. Ellershaw J, Ward C. Care of the dying patient: the last hours or days of life. *BMJ.* 2003;326(7379):30-4.
322. Wildiers H, Menten J. Death Rattle: Prevalence, Prevention and Treatment. *Journal of Pain and Symptom Management.* 2002;23(4):310-7.
323. Morita T, Tsuneto S, Shima Y. Definition of sedation for symptom relief: A systematic literature review and a proposal of operational criteria. *Journal of Pain & Symptom Management.* 2002;24(4):447-53.
324. Morita T, Bito S, Kurihara Y, Uchitomi Y. Development of a clinical guideline for palliative sedation therapy using the Delphi method. *J Palliat Med.* 2005;8(4):716-29.
325. Engstrom J, Bruno E, Holm B, Hellzen O. Palliative sedation at end of life - a systematic literature review. *Eur J Oncol Nurs.* 2007;11(1):26-35.
326. Sedación en cuidados paliativos. Grupo de trabajo de Tratamientos del Programa Regional de Cuidados Paliativos del Servicio Extremeño de Salud 2006 http://www.secpal.com/guiasm/index.php?acc=see_guia&id_guia=8
327. Mattia C, Savoia G, Paoletti F, Piazza O, Albanese D, Amantea B, et al. SIAARTI recommendations for analgo-sedation in intensive care unit. *Minerva Anesthesiol.* 2006;72(10):769-805.
328. Cowan JD, Walsh D. Terminal sedation in palliative medicine--definition and review of the literature. *Support Care Cancer.* 2001;9(6):403-7.
329. Krakauer EL, Penson RT, Truog RD, King LA, Chabner BA, Lynch TJ, Jr. Sedation for intractable distress of a dying patient: acute palliative care and the principle of double effect. *Oncologist.* 2000;5(1):53-62.
330. Porta-Sales J. Sedación paliativa. In: Porta-Sales J, Gomez-Batiste X, Tuca A, editors. *Manual de control de síntomas en pacientes con cáncer avanzado y terminal*. Madrid: Editorial Arán; 2004. p. 259-70.
331. Ley Orgánica de la Salud Ecuador, Capítulo sobre los derechos y deberes de las personas y del Estado en relación con la salud, Art. 7.
332. Landa V, García-García J. Duelo. *Fisterra. Guías Clínicas.* 2007;7 (26). Disponible en <http://www.fisterra.com> [Acceso Julio 2007].
333. Genevro JI, Marshall T, Miller T. Report on Bereavement and Grief Research. Washington DC: Center for the Advancement of Health. Disponible en: <http://www.cfah.org/pdfs/griefreport.pdf> [Acceso Julio 2007].
334. Wimpenny P, Unwin R, Dempster P, Grundy M, Work F, Brown A, et al. Literature review on bereavement and bereavement care [Internet]. Aberdeen; 2006.
335. Maciejewski PK, Zhang B, Block SD, Prigerson HG. An empirical examination of the stage theory of grief. *JAMA.* 2007;297(7):716-23.
336. Dohrenwend BS, Krasnoff L, Askenasy AR, Dohrenwend BP. The Psychiatric Epidemiology Research Interview Life Events Scale. In: Mezzich JE, Jorge MR, Salloum IM, editors. *Psychiatric Epidemiology*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 1994. p. 401-36.

337. Holmes TH, Rahe TH. The Social Readjustment Rating Scale. *J Psychosom Res.* 2007;11:213-8.
338. Stroebe MS, Hansson RO, Stroebe W, Schut H. Introduction: concepts and issues in contemporary research on bereavement. In: Stroebe M, Hansson RO, Stroebe W, Schut H, editors. *Handbook of Bereavement Research: Consequences, coping, and care.* Washington DC: American Psychological Association Press; 2001. p. 3-22.
339. Genevro JL, Marshall T, Miller T. Report on Bereavement and Grief Research. Washington DC: Center for the Advancement of Health. Disponible en: <http://www.cfah.org/pdfs/griefreport.pdf> [Acceso Julio 2007].
340. Genevro JL, Marshall T, Miller T. Report on Bereavement and Grief Research. Washington DC: Center for the Advancement of Health. Disponible en: <http://www.cfah.org/pdfs/griefreport.pdf> [Acceso Julio 2007].
341. Aranda S, Milne D. Guidelines for the assessment of bereavement risk in family members of people receiving palliative care. Melbourne: Centre for Palliative Care; 2000.
342. Forte AL, Hill M, Pazder R, Feudtner C. Bereavement care interventions: a systematic review. *BMC Palliat Care.* 2004;3(1):3.
343. Fortner B. The effectiveness of grief counseling and therapy: a quantitative review [Tesis doctoral] Memphis University; 1999.
344. Kato PM, Mann T. A synthesis of psychological interventions for the bereaved. *Clinical Psychology Review.* 1999;19(3):275-96.
345. Kristjanson L, Lobb E, Aoun S. A systematic review of the literature on complicated grief. Disponible en [http://www.health.gov.au/ Australia: Australian Government, Department of Health and Ageing](http://www.health.gov.au/Australia: Australian Government, Department of Health and Ageing) [Acceso Julio 2007]
346. Parkes CM, Weiss RS. Recovery from bereavement. New York: Basic Books; 1983.
347. García JA, Landa V, Grandes G, Mauriz A, Andollo I. Adaptación al español del Cuestionario de Riesgo de Duelo Complicado (CRDC). *Medicina Paliativa.* 2002;9(2):11.
348. Prigerson HG, Vanderwerker LC, Maciejewski PK. Prolonged Grief Disorder: a case for inclusion 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 Psychological Association Press; 2007.
349. Allumbaugh DL, Hoyt W. Effectiveness of grief therapy: a meta-analysis. *J Couns Psychol.* 1999;46:370-80.
350. Lautrette AF, Darmon MF, Megarbane BF, Joly LM FAU - Chevret S, Chevret S FAU - Adrie C, Adrie CF, et al. A communication strategy and brochure for relatives of patients dying in the ICU. *N Engl J Med.* 2007;356:469-78.
351. Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud Familiar Comunitario e Intercultural. Ecuador: Ministerio de Salud Pública. Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública. Dirección Nacional de Articulación del Sistema Nacional de Salud y Red de Salud Pública y Complementaria. 2012: 39
352. Armas N, Díaz. Entre voces y silencios las familias por dentro. Quito, Ediciones América. 2007
353. Die Trill M, López Imedio E. Aspectos psicológicos en Cuidados Paliativos: La comunicación con el enfermo y familia. España, 2000: 36
354. Vasudevaand N, Brown J. Medical management of metastatic bone disease. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care* 2010, 4:189-194
355. American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons. Association of Oral and Maxillofacial Surgeons position paper on bisphosphonate – related osteonecrosis of the jaws. Advisory Task Force on Bisphosphonate – Related Osteonecrosis of the Jaws. *J.OralMaxillofac. Surg.*, 65(3): 369-76,2007.
356. Chaves Netto J, H.D. M.; Olate, S.; Chaves, M.M.G.A. & Barbosa, A.J.R. Bisphosphonate and Jaws osteonecrosis. Consideration about of treatment. *Int. J.Morphol.*, 26(3); 681 – 688, 2008
357. Tuca Rodríguez et al. Caquexia en cáncer. *Med Clin (Barc).* 2010; 135(12):568-572
358. Evans WJ, Morley JE, Argilés J, Bales C, Baracos V, Guttridge D, et al. Cachexia: A new definition. *Clin Nutr.* 2008;27:793-9.
359. Mantovani G, Madeddu C. Cancer cachexia: Medical management. *Support Care Cancer.* 2010; 18:1-9.
360. SECPAL. Guía de cuidados paliativos. <http://www.secpal.com/guiacp/guiacp.pdf>
361. Carvajal-Valdy G, Ferrandino-Carballo M, Salas-Herrera I. Manejo paliativo de la disnea en el paciente terminal. *Acta méd. costarric.* Vol 53 (2), abril-junio 2011. Disponible en <http://www.scielo.sa.cr/pdf/amc/v53n2/art05.pdf>
362. Hallenbeck J. The Pathophysiology and Treatment of Dyspnea. <http://www.chestnet.org/accp/pccsu/pathophysiology-and-treatment-dyspnea?page=0,3>
363. Gilman S, Banzett R. Physiologic changes and clinical correlates of advanced dyspnea. *Curr Opin Support Palliat Care.* 2009 June ; 3(2): 93-97. doi:10.1097/SPC.0b013e32832b42ba.

364. Control de síntomas en cuidados paliativos. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/control-sintomas-cuidados-paliativos/> [Acceso Julio 25, 2012]
365. Vidal M. A, Medina C, Torres L. M. Seguridad de los bifosfonatos. Rev. Soc. Esp. Dolor vol.18 no.1 Narón (La Coruña) ene.-feb. 2011
366. Gencon J. Enfrentamiento con la muerte. Rev oncológica SOLCA, Guayaquil. Dic 2011
367. Astudillo W, Mendinueta C, Astudillo E. Cuidados del enfermo en el final de la vida y atención a su familia. Quinta edición, 2008. Pag. 161-162
368. Tuca A, et al. Obstrucción intestinal maligna. Med Clin (Barc).2010;135(8): 375–381
369. Tassinari D, Sartori S, Tamburini E, Scarpi E, Tombesi P, Santelmo C, et al. Transdermal fentanyl as a front-line approach to moderate-severe pain: a meta-analysis of randomized clinical trials. J Palliat Care. 2009; 25: 172–180.
370. Shane S, Berenson J.R. Treatment of hypercalcemia. In: UpToDate RB, editor. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate; 2011.
371. Ross J R, Saunders Y, Edmonds P M, Patel S, Broadley K E, Johnston S R,. Systematic review of role of bisphosphonates on skeletal morbidity in metastatic cancer. BMJ 2003;327(): 469-.
372. Ross J R, Saunders Y, Edmonds P M, Patel S, Wonderling D, Normand C, Broadley K, . A systematic review of the role of bisphosphonates in metastatic disease. : Health Technology Assessment 2004:1. Health Technology Assessment
373. Zoledronic acid is superior to pamidronate in the treatment of hypercalcemia of malignancy: a pooled analysis of two randomized, controlled clinical trials. Major P, Lortholary A, Hon J, Abdi E, Mills G, Menssen HD, Yunus F, Bell R, Body J, Quebe-Fehling E, Seaman J. J Clin Oncol. 2001;19(2):558.
374. Walker P. Hipercalcemia. En: Walsh D. et al. Medicina Paliativa. Primera edición. Elsevier Espana, S. L. 2010. Pag: 1282 – 1285
375. Jarjan N, et al. Metastasis cerebrales y compresión medular. En: Walsh D. et al. Medicina Paliativa. Primera edición. Elsevier Espana, S. L. 2010. Pag: 1247 – 1259
376. Schiff D. Treatment and prognosis of epidural spinal cord compression, including cauda equina syndrome. In: UpToDate RB, editor. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate; 2012.
377. Silbergeit R, et al. Intramuscular versus Intravenous Therapy for Prehospital Status Epilepticus. N Engl J Med 2012; 366:591-600
378. Karcerski S, et al. Initial treatment of epilepsy in adults. In: Uptodate, Wolters Kluwer Health. 2012.
379. Schachter S. Evaluation of the first seizure in adults. In: Uptodate, Wolters Kluwer Health. 2011.
380. Groninger H. Convulsiones y trastornos del movimiento. En: Walsh D. et al. Medicina Paliativa. Primera edición. Elsevier Espana, S. L. 2010. Pag: 961 – 164
381. Bennani-Baiti N. Trastornos hemorrágicos y de la coagulación en el cáncer. En: Walsh D. et al. Medicina Paliativa. Primera edición. Elsevier Espana, S. L. 2010. Pag: 1293 – 1304
382. Petrini M. La cura alla fine della vita. Linee assistenziali, etiche, pastorali, Aracne Editrice, Roma 2004, pp. 455ss.
383. Redaelli A. La asistencia espiritual con los enfermos terminales. 2012
384. Brusco A. L'accompagnamento spirituale del morente, en "Camillianum" 13 (1996), pp. 33-35.
385. <http://www.tewv.nhs.uk/Global/Polices%20and%20Procedures/Clinical/CLIN-0061-v1%20Liverpool%20Care%20Pathways%20Guidelines.pdf> pag 24. <http://www.update-software.com/BCP/BCPGet-Documents.asp?DocumentID=CD005177#O-6>
386. Intervención emocional en cuidados Paliativos, Modelo y Protocolos. Ed. Ariel, Ciencias Médicas, Barcelona, 2003, p.119
387. Vanzino L. El trabajo social en el ambito de los cuidados paliativos, Una profundizacion sobre el rol profesional. pag. 192
388. www.elsevier.es/medicinaclinica. A. Tuca Rodríguez et al./Med Clin (Barc).2010;135(12):568–572 Cuidados paliativos Caquexia en cáncer
389. www.aecc.es Asociación española contra el cáncer (aecc) publicación actualizada el 13 / 5 / 2013
390. Twycross R, Sykes N, Mihalyo M, Wilcock A. Therapeutic Reviews: Stimulant Laxatives and Opioid-Induced Constipation. Journal of Pain and Symptom Management. Vol. 43 No. 2 Feb 2012
391. Ruiz Garcia V, López-Briz E, Carbonell Sanchis R, Gonzalez Perales JL, Bort-Martí S. Megestrol acetate for treatment of anorexia-cachexia syndrome. Cochrane Database Syst Rev 2013; 3:CD004310.



REGISTRO OFICIAL

ÓRGANO DEL GOBIERNO DEL ECUADOR

119 años

de servicio al país

