

# DOCUMENTOS DE RECOMENDACIÓNS PARA COIDADOS PALIATIVOS

**Comité de Cuidados Paliativos da Área Sanitaria de Santiago de Compostela e Pontevedra Norte.**

**Grupo de Referentes en Cuidados Paliativos da Área de Santiago**

**Outubro 2011**

## ÍNDICE DE AUTORES

Aldonza Torres, M	Lafuente Taboada, R	Puíme Montero, P
Barón Duarte, FJ	Laya García, J	Rodríguez Campos, J
Bugarín González, R	León Mateos, L	Rodríguez García, JM
Crujeiras Sampedro, JA	Lires Rodríguez, C	Rojo Grandío, Y
Cuesta Ibáñez, C	López Abuín, E	Santaló Ríos, I
De la Fuente Mariño, R	López Fernández, MD	Sueiro Justel, J
Durán Parrondo, C	Martínez Vilar, G	Teixeira Vila, JR
Fabeiro Romero, D	Masa Vázquez, LA	Valdés Bermejo, R
Fernández Merino, C	Mirás Bello, C	Vázquez Vilas, C
Ferro Castaño, R	Paz Rial, C	Villanueva Otero, C
Fiaño Ronquete, C	Pazo Labrador, C	Zugaza Gurruchaga, L
Guzmán Sáez, MJ	Periscal Martínez, H	
Iglesias Gallego, M	Portela Romero, M	

Coa colaboración na revisión de todos os temas dos farmacéuticos:

Eduardo Carracedo Martínez

Mercedes Fernández Álvarez

Rosana Castelo Domínguez

Beatriz Martínez Miranda

## INDICE DE MATERIAS

### 1. Criterios de terminalidade oncológica (pág. 12):

Predición Clínica Supervivencia

Parámetros de fragilidad (S Declive)

Índice de Karnofsky e Performance Status (ECOG)

Parámetros Clínicos e analíticos

### 2. Criterios de terminalidade non oncológica (pág. 25):

Predición Clínica de Supervivencia

Valoración Multidimensional Individualizada

Parámetros de Fragilidad

Directrices Xerais para determinar o Prognóstico

(National Hospice Organization)

Criterios Específicos de diferentes procesos non Oncológicos

(Insuficiencia de órgano)

3. Xeneralidades no manexo da dor (páx. 55):

Escala Analxésica OMS

Fármacos 3º escalón (morfina, oxicodona, fentanilo,..)

Rotación Opioide

4. Dor por metástases óseas (páx. 80):

Tratamento Farmacolóxico, Radioterápico e Radiofármacos

5. Dor neuropática (páx. 93):

Escala Analxésica para a Dor Neuropática

Tratamento da dor neuropática

6. Fármacos coadxuvantes (páx. 104):

Glucocorticoides

Neurolepticos

Anticonvulsivantes

Ansiolíticos/Antidepresivos

Anestésicos Tópicos

Outros

7. Demencia e outras enfermidades neurodegenerativas (pág. 134):

Criterios Demencia Terminal (GDS-FAST, I. Barthel, datos Comorbilidade, Documentación Clínica Progresión)

Tratamento diferentes Trastornos asociados a Demencia (Insomnio, Depresión, Dor...)

Criterios prognósticos enfermidade de Parkinson

Criterios prognósticos ELA

8. Síntomas respiratorios (pág. 161) :

Disnea

Derrame Pleural

Hemoptisis

Tos

Estertores premortem

9. Síntomas cardíacos (pág. 170): Insuficiencia cardíaca

## 10. Síntomas Digestivos (pág. 181):

Anorexia

Mucosite

Xerostomía

Candidiase

Disfagia

Náuseas e vómitos

Estrinximento

Diarrea

Ascite

Hipo

Síndrome aplastamento gástrico

Obstrucción intestinal

11. Síntomas urológicos (pág. 199):

- Disuria
- Tenesmo vesical
- Incontinencia urinaria
- Espasmo vesical
- Retención urinaria
- Hematuria macroscópica
- Uropatía obstructiva

12. Delirium, agonía, sedación (pág. 209).

13. Urgencias (pág. 231):

- Sofocación
- Hemorragias masivas
- Convulsiones
- Síndrome compresión medular
- Síndrome vena cava superior
- Hipercalcemia
- Oclusión intestinal
- Hipertensión intracraneal

14. Ulceras neoplásicas (páx. 247).
15. Vía subcutánea (páx. 255).
16. O papel da enfermaría nos Coidados Paliativos (páx. 270):
  - Alimentación
  - Eliminación fecal e urinaria
  - Hixiene
  - Coidados da boca
  - Síntomas respiratorios
  - Dor
  - Actividade física, Recreo-Ocio
  - Síntomas neuropsicolóxicos
  - Sufrimento espiritual
  - Atención na agonía
  - Atención á familia
17. Anexos: táboas e escalas en coidados paliativos (páx. 299).



## INTRODUCCIÓN

O Plan Galego de Coidados Paliativos (2006) conseguiu, a modo de detonante, que a medicina especializada e a medicina de Atención Primaria (AP) se achegaran para lograr un obxectivo común, o control dos síntomas na enfermidade avanzada, ou na fase terminal ou na agonía, así como para establecer as bases dos coidados e atención aos seus familiares.

A posta en marcha da Unidade de Coidados Paliativos Hospitalaria (UPAL), xunto coa labor que dende fai mais de 17 anos veñen realizando, en relación a os devanditos coidados, as Unidades de Hospitalización Domiciliaria (HADO) do área sanitaria e a recente incorporación da figura do referente nestes coidados en AP, así como a formación teórico-práctica neste campo mediante cursos de iniciación e intermedios destes profesionais, levounos a elaborar, de forma conxunta, unha serie de recomendacións que poden ser de utilidade para todos e que, tanto na medicina especializada como na AP, sirvan de guía para o tratamento dos nosos pacientes.

Estas recomendacións deben ser revisadas periodicamente e modificadas en función dos posibles cambios que vaian xurdindo ao longo do tempo e en función dos novos coñecementos que a medicina nos depare. Non son nin mellor nin peor que outras guías xa existentes, nin pretenden substituílas, pero teñen a peculiaridade de que foron deseñados por unha serie de profesionais, absolutamente implicados neste tipo de coidados, co fin de manter unhas bases e estratexias comúns que permitan manter criterios terapéuticos similares.

Non debemos esquecer que estas recomendacións teñen que ser orientativas, que non deben seguirse de forma estrita ante determinado síntoma senón que deben ser flexibles e adaptables a cada situación e a cada paciente. O lema "*non hai enfermidades, hai doentes*" é igual de útil na medicina paliativa que en calquera outro ámbito da medicina. Os coidados paliativos requiren, do mesmo xeito que calquera outra disciplina médica, dunha metodoloxía clínica e dunha valoración "exquisita" de cada paciente e de cada situación clínica á que nos enfrontemos. Cada enfermo, en si mesmo, é unha realidade e como tal diferente á dos demais o que obriga a individualizar as medidas terapéuticas ante un mesmo síntoma e ante un mesmo diagnóstico.

Confiamos que estas recomendacións, que hoxe ven a luz, poidan ser unha ferramenta útil ante os diferentes síntomas e diferentes situacións clínicas ás que, en Coidados Paliativos, non imos a enfrontar no día a día da nosa profesión.

Para rematar dar as grazas, polo seu esforzo e traballo desinteresado, a todos os profesionais que fixeron posible que estas recomendacións de Coidados Paliativos chegasen a bo fin, e non podo deixar de mencionar, dun xeito moi especial ás Doctoras Fernández Merino de AP, Durán Parrondo farmacéutica da Xerencia de AP de Santiago, Iglesias Gallego médica de HADO do H. do Barbanza e á Diplomada en Enfermaría de AP Santaló Rios polo enorme esforzo e especial dedicación á hora de sintetizar, reordenar e corrixir os diferentes temas incluídos neste documento.

Tamén agradecer as facilidades que en todo momento nos brindou a Dra. Dolores López Fernández, Directora Asistencial da Xerencia de AP de Santiago, que mostrou un gran interese e unha especial sensibilidade cara aos Coidados Paliativos na nosa Área Sanitaria.

Luis Masa Vázquez

# CRITERIOS DE TERMINALIDADE EN ENFERMI DADES ONCOLÓXICAS

Barón Duarte, Francisco J. (Oncólogo CHUS)  
Periscal Martínez, Huggette (Medico de Atención Primaria Vite)  
Masa Vázquez, Luis A (Médico UHD-UPAL CHUS)

## Criterios de terminalidade oncológicos

- Predicción Clínica Supervivencia
- Parámetros de fragilidad (S Declive)
- Índice de Karnofsky e Performance Status (ECOG)
- Parámetros Clínicos e analíticos

Os criterios de terminalidade, oncolóxicos e non oncolóxicos son orientativos.

É moi importante individualizar os casos antes de tomar decisións.

Predicir o final da vida é moi difícil. Soamente na fase de AGONIA podemos ter “algunha certeza” do mesmo.

Todos os criterios de terminalidade deben ser revisados permanentemente e deben adaptarse a cada caso concreto.

A definición de Enfermidade Terminal da SECPAL pode orientarnos á hora de decidir que un paciente se atopa en situación final da vida. Así:

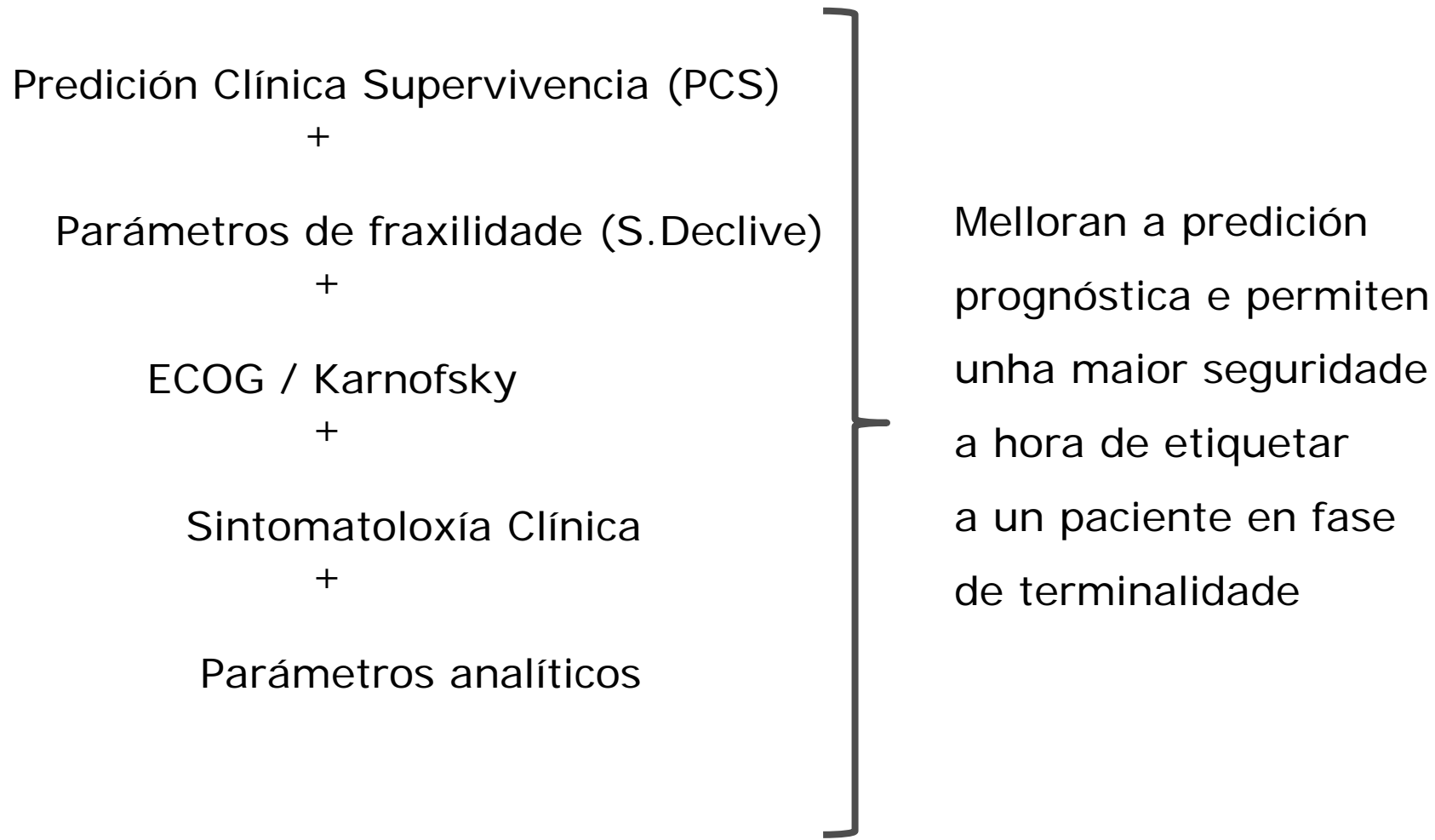
A presenza de enfermidade avanzada, progresiva e incurable, con diagnóstico histolóxico demostrado, tras haber recibido tratamento estándar eficaz.

Escasa ou nula resposta ao tratamento específico da enfermidade

Presenza de problemas ou síntomas intensos, múltiples, cambiantes e multifactoriais

Impacto emocional no paciente, familia e equipo terapéutico e un pronóstico vital limitado

Para poder considerar a un paciente en Situación Clínica de Fase Final da Vida (SCFFV) cantos mais datos podamos aportar maior seguridade teremos de non equivocarnos :





Predición Clínica de Supervivencia (PCS): depende directamente da experiencia clínica do profesional. É unha ferramenta moi útil pero INEXACTA, exposta a erros e relacionase cos anos de traballo en Coidados Paliativos.

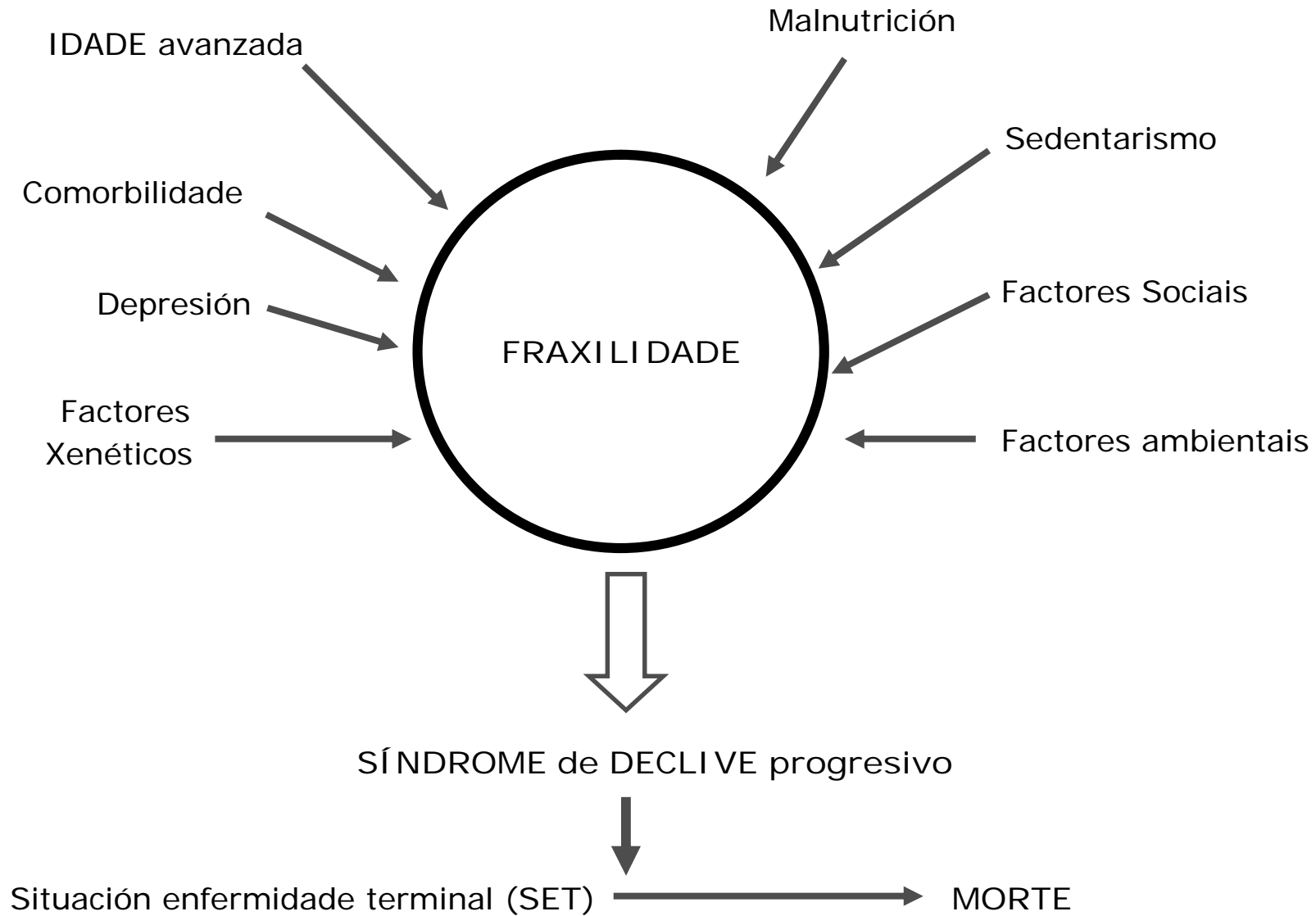
Síndrome de DECLIVE : valora situación clínica en función de múltiples parámetros non directamente relacionados coa enfermidade actual do paciente e que valoran a súa FRAXILIDADE.

KARNOFSKY (Anexo Táboas 1 e 3)

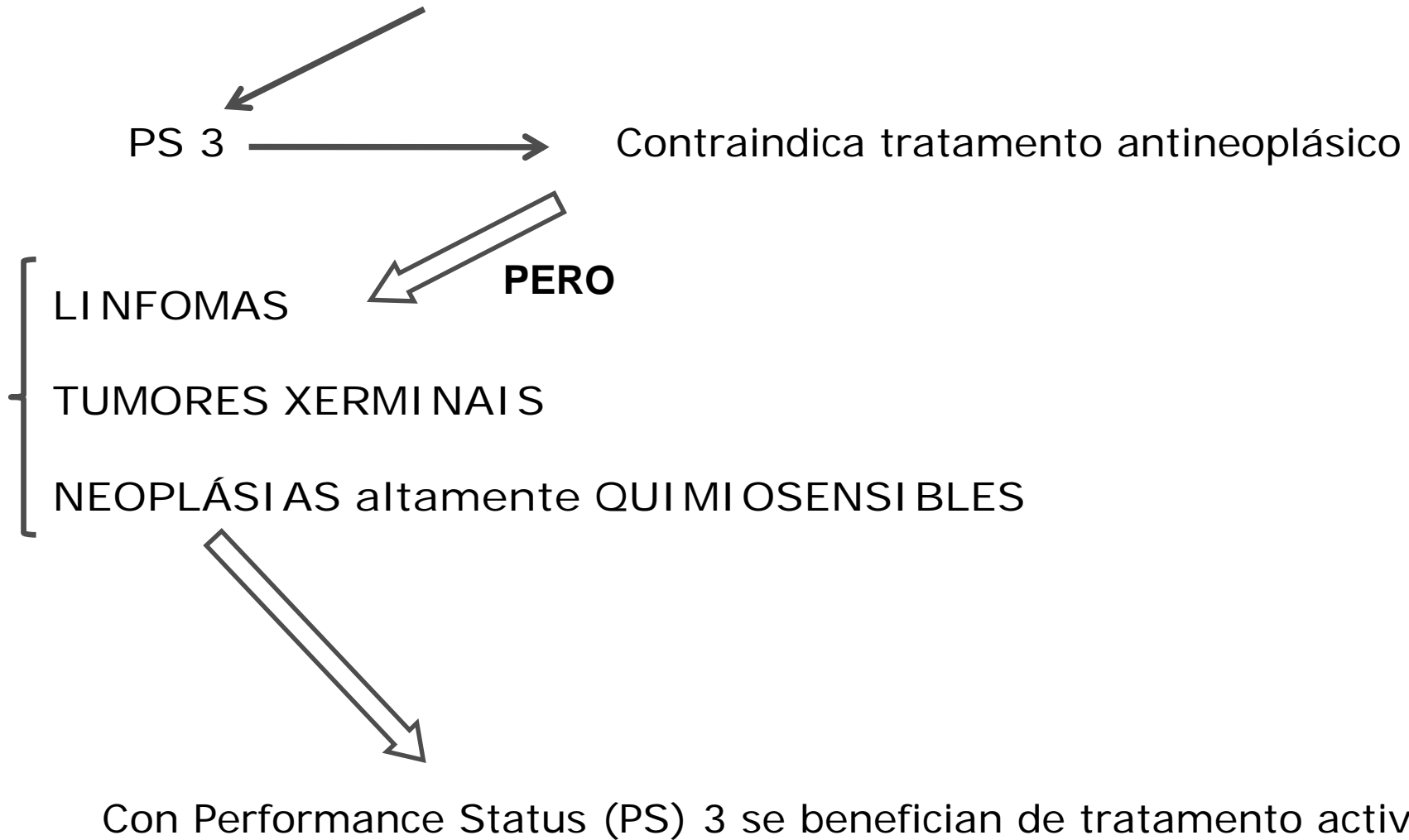
ECOG Performance Status (PS) (Anexo Táboas 2 e 3)

*Estas escalas e criterios son utilizados polos médicos e investigadores para avaliar cómo a enfermidade dun paciente está progresando, avaliar cómo a enfermidade afecta ás habilidades da vida diaria do paciente e determinar o tratamento adecuado e o prognóstico*

# SITUACIÓN DO ENFERMO "FRAXIL"



Na maioria de Neoplasias Avanzadas



Hormonoterapia

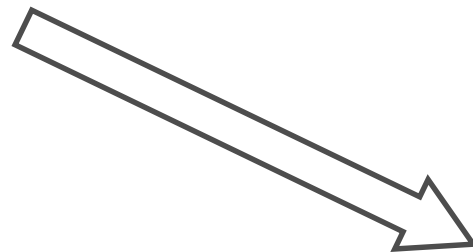
Inhibidores de Tirosin Kinasa

Radioterapia hipofraccionada

Medicina Nuclear

Poden ser adecuados e  
beneficiosos en pacientes  
con PS 3

O paradigma PS 3 en Neoplasia Avanzada = contraindicación tratamiento  
antineoplásico



cada vez ten MAIS EXCEPCIÓNS

Debilidade

Anorexia

Disnea de Reposo

Delirium

Deterioro cognitivo

Percepción subxectiva do  
paciente de peor calidade  
de vida



Ensombrecen o PROGNÓSTICO



axudan a definir TERMINALIDADE

Algúns PARÁMETROS ANALÍTICOS como :

Hipoalbuminemia de 2,8 ou menos → desnutrición

Hiponatremia

Hipercalcemia

Datos de Insuficiencia Renal

Leucocitoses e Linfopenia



tamén ENSOMBRECEN o prognóstico e axudan a catalogar ao paciente en situación de Enfermidade Terminal

Outras Escalas úteis para PROGNÓSTICO em CP Oncológicos:

PaP Score (Anexo Táboa 4)

PPS (Anexo Táboa 5)

PPI (Anexo Táboa 6)

## BIBLIOGRAFÍA:

1. Plan Galego de Coidados Paliativos , pax 10-11. Xunta de Galicia. Consellería de Sanidade. Servizo Galego de Saúde. 2007
2. Gómez Sancho M. Enfermedad Terminal y Medicina Paliativa en la Cultura Latina. Aran Ediciones. Madrid 1999. Pags 153-171
3. *Oken, MM, Creech RH, Tormey, DC, Horton, J., Davis, TE, McFadden, ET, Carbone, PP: toxicidad y respuesta Criterios de la Eastern Cooperative OncologyGroup. Am J Clin Oncol 5:649-655, 1982*
4. Anderson F, Downing GM, Hill J, et al. Palliative performance scale (PPS): A new tool. J. Palliat Care 1996, 12(1): 5-11



## CRITERIOS DE TERMINALIDADE EN ENFERMI D A D E S N O N O N C O L Ó X I C A S

Zugaza Gurruchaga, Lucrecia (Médico Atención Primaria UAP Negreira)  
Cuesta Ibañez, Constantino (Médico Atención Primaria UAP Oroso)  
Masa Vázquez, Luis A. (UHD-UPAL. CHUS)

## Criterios de terminalidade non oncológicos:

- Predición Clínica de Supervivencia
- Valoración Multidimensional Individualizada
- Parámetros de Fraxilidade
- Directrices Xerais para determinar o Prognóstico  
(National Hospice Organización)
- Criterios Específicos de diferentes procesos non Oncolóxicos  
(Insuficiencia de órgano)

## ¿QUÉ ENTENDEMOS POR PACIENTE NON ONCOLÓXICO TERMINAL?

Presenza dunha enfermidade avanzada, progresiva e incurable

Tratamento específico da enfermidade de base foi optimizado ao máximo posible:

en xeral, o tratamento específico, se existe, debe manterse na fase final da enfermidade. Só se retirará en fases próximas ao falecemento.

Presenza de síntomas intensos, múltiples e cambiantes a pesar de tratamento específico adecuado.

Impacto emocional en paciente, familia e equipo terapéutico.

Prognóstico de vida limitado

# CRITERIOS PARA UNHA APROXIMACIÓN Á TERMINALIDADE NON ONCOLÓXICA

## I. Predición Clínica de Supervivencia (PCS):

Depende directamente da experiencia clínica do profesional.

É unha ferramenta moi útil pero INEXACTA, exposta a erros e relacionase cos anos de traballo en Coidados Paliativos.

# CRITERIOS PARA UNHA APROXIMACIÓN Á TERMINALIDADE NON ONCOLÓXICA

## II . VALORACIÓN MULTIDIMENSIONAL INDIVIDUALIZADA (VMI)

Emprego de Escalas e Test:

Valoración das Actividades Básicas Vida Diaria (ABVD) :

- Escala de BARTHEL (Anexo Táboa 7)

Exames Cognitivos :

- Escala de Deterioro Global de Reisberg (GDS-FAST)  
(Anexo Táboa 8)
- Miniexame cognoscitivo de Lobo (Anexo Táboa 9)

Escalas de Depresión

### III. Outros Parámetros: Fraxilidade/Síndrome de declive

Idade como indicador de comorbilidade

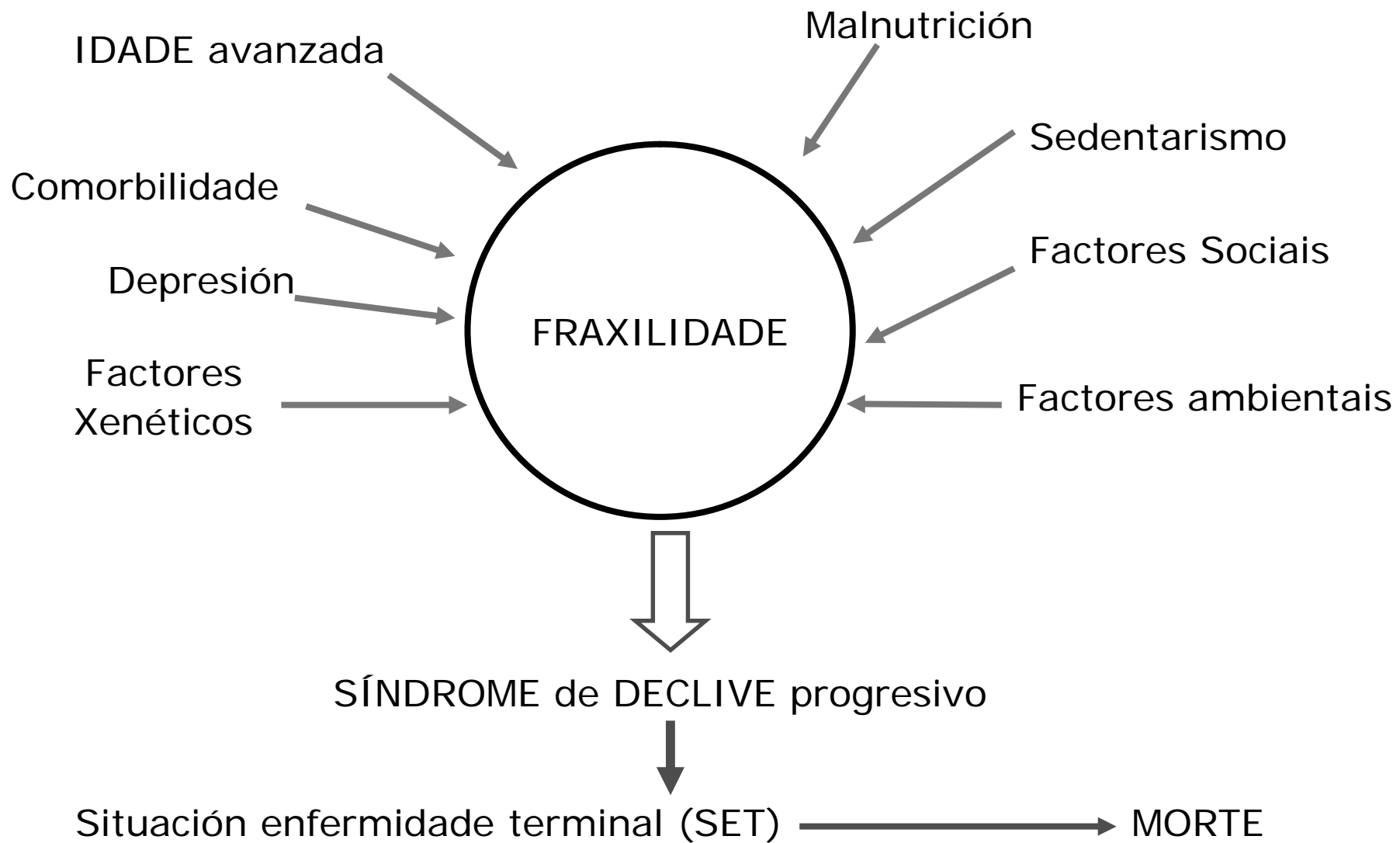
Tempo de evolución do proceso causante de discapacidade

Estado nutricional

Deterioro cognitivo

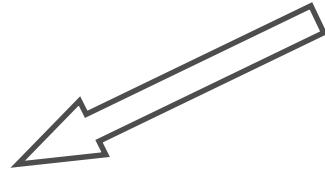
Depresión

Falta de axeitado soporte sociofamiliar



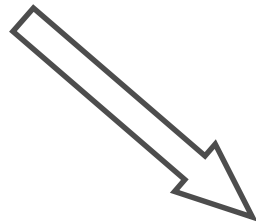
Cando Monitoricemos INDICADORES Prognósticos e OBXECTIVEMOS un DECLIVE PROGRESIVO e IRREVERSIBLE

¿QUÉ NOS TEMOS QUE PREGUNTAR?



¿sorprenderíame se o meu paciente morrera nos próximos 12 meses?

Se a resposta es NON



daremos ao paciente e familia a oportunidade de planificar unha boa morte, cando lle corresponda, poñendo en marcha uns coidados axeitados ao final de la vida.



## DIRECTRICES XERAIS PARA DETERMINAR O PROGNÓSTICO

*(National Hospice Organization)*

### CRITERIOS:

I

Paciente moi maior con vida limitada debido a diagnóstico específico, varios diagnósticos ou sen diagnóstico claramente definido. O paciente e/ou a familia están informados da situación.

II

Paciente e/ou familia, previa información-comunicación escolleron tratamento de control de síntomas sobre tratamento "curativo"

### III

Paciente presenta algún dos seguintes (1):

#### A) Documentación Clínica de Progresión da Enfermidade:

1. Progresión demostrada por medio de sucesivas valoracións, estudos complementarios...
2. Varias visitas a urxencias, hospitalizacións...nos últimos 6 meses.
3. Numerosas demandas de atención en domicilio, residencias...
4. Obxectivación dun declive funcional recente:
  - a) declive recente en pacientes con redución previa da funcionalidade por enf. Crónica (p. ex. Demencia + diagnóstico recente de cancro)
  - b) diminución funcional documentada por:
    - Karnofsky 50
    - dependencia en a lo menos 3 ABVD

III

Paciente presenta algún dos siguientes (2):

B) documentación de alteración nutricional reciente relacionada con proceso terminal:

1. pérdida de > 10% del peso de forma no intencionada en los últimos 6 meses.
2. albúmina < 2,5 g/dL

## CRITERIOS ESPECÍFICOS DE DIFERENTES PROCESOS NON ONCOLÓGICOS : Insuficiencia de órgano

Demencia e outras enfermidades neurodegenerativas

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (OCFA)


Insuficiencia cardiaca avanzada

Hepatopatía avanzada

Insuficiencia renal crónica avanzada

## DEMENCIA: FACTORES QUE CONTRIBÚEN AO PROGNÓSTICO A MEDIO PRAZO

1. Idade > 70 anos
2. FAST  $\geq 7c$
3. Deterioro Cognitivo Grave (Mini-Mental < 14)
4. Dependencia absoluta (Barthel < 20)
5. Presenza de complicacións. Comorbilidade, infeccións de repetición, febre a pesar de antibiótico...
6. Disfagia
7. Desnutrición
8. Úlceras de presión refractarias grado III-IV

SEMPRE  Factores prognósticos citados apoiados en opinións e desexos do paciente e/ou familia e do equipo multidisciplinar.

# ENFERMI DADE PULMONAR AVANZADA

## CLASIFICACIÓN DA GRAVIDADE DA EPOC\*

Clasificación da gravidade da enfermidade pulmonar obstructiva crónica

		GOLD	SEPAR	
0	En risco	Síntomas de EPOC sen alteracións na función pulmonar		
I	EPOC leve	FEV1/FVC < 70% FEV1 > 80% Con ou sen síntomas	FEV1/FVC < 70% FEV1 60-80%	EPOC leve
II	EPOC moderada	FEV1/FVC < 70% FEV1 50-80% Con ou sin síntomas	FEV1/FVC < 70% FEV1 40-59%	EPOC moderada
III	EPOC grave	FEV1/FVC < 70% FEV1 30-50% Con ou sen síntomas	FEV1/FVC < 70% FEV1 < 40%	EPOC grave
IV	EPOC moi grave	FEV1/FVC < 70% FEV1 < 30% Síntomas de EPOC		

\* de SOGAPAR (Sociedade Galega Patoloxía Respiratoria)

## ENFERMIDADE PULMONAR AVANZADA: CRITERIOS DE TERMINALIDADE

1. Enf. Pulmonar Crónica Severa con disnea de reposo (Anexo Táboa 10), con escasa ou nula resposta a broncodilatadores.

2. Progresión da Enfermidade obxectivada por:

\* Incremento de Hospitalizacións ou visitas domiciliarias por infeccións respiratorias e/ou insuficiencias respiratorias.

3. Hipoxemia :  $pO_2 \leq 55$  mg Hg en reposo e aire ambiente ou  $Sat O_2 \leq 88\%$  con  $O_2$  suplementario ou hipercapnia  $pCO_2 \geq 50$

4. Insuficiencia Cardíaca Dereita secundaria a Enf. Pulmonar.
5. Perda de peso non intencionada de  $> 10\%$  durante os últimos seis meses.
6. Taquicardia, en reposo, de  $> 100$  l/m.

Os Criterios 1 , 2 e 3 deben estar presentes para poder falar de  
Enfermidade Pulmonar Avanzada  $\longrightarrow$  TERMINALIDADE

A maioría de autores consideran que  $FEV1 < 30$  con tratamento correcto pode considerarse CRITERIO DE TERMINALIDADE suficiente

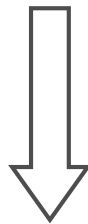


## ENFERMIDADE PULMONAR AVANZADA: CONDICIÓN DE TERMINALIDADE

Moi difícil determinar dita condición.

Moi difícil decidir ventilación mecánica ou non.

A IDADE + COMORBILIDADE + SITUACIÓN BASAL  
+ SEVERIDADE ENFERMIDADE AGUDA (reagudización) +  
REINGRESOS HOSPITALARIOS FRECUENTES.....



### FUNDAMENTAIS para TOMA DE DECISIONS

Ainda en fases avanzadas/terminais debemos manter:  
broncodilatadores, oxigenoterapia, corticoides, antibióticos (valorar)

Asociar como antidisneizante: morfina 5 mg c/ 4 h, ou Benzodiazepinas

# INSUFICIENCIA CARDIACA AVANZADA

## Clasificación Insuficiencia Cardiaca segundo a NYHA

(New York Heart Association)

clase funcional I : actividade ordinaria sen síntomas. Non limitación da actividade física

clase funcional II : o paciente tolera a actividade ordinaria pero xa existe limitación de actividade física aparecendo disnea con esforzos intensos

clase funcional III : a actividade física que o paciente pode realizar é inferior á ordinaria, está moi limitado pola disnea

clase funcional IV : o paciente ten disnea ao menor esforzo ou en reposo e é incapaz de realizar calquera actividade física

## Clasificación Insuficiencia Cardíaca segundo a ACC/AHA

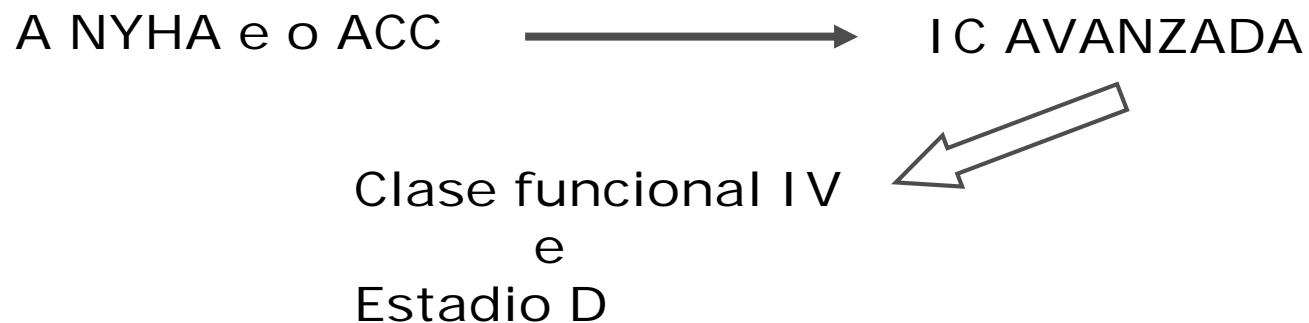
American College of Cardiology e American Heart Association

etapa A : pacientes en alto risco de desenvolver IC, sen anormalidade estrutural aparente

etapa B : pacientes asintomáticos, con anormalidade estrutural (antecedentes de IAM, baixa fracción de ejección, hipertrófia ventricular esquerda, valvulopatía asintomática)

etapa C : pacientes sintomáticos con anormalidade estrutural

etapa D : pacientes sintomáticos, con anormalidade estrutural, refractarios ao tratamento estándar



## INSUFICIENCIA CARDÍACA: CONDICIÓN DE TERMINALIDADE

1. Disnea grado IV da NYHA
2. Fracción de Exección  $\leq 20\%$
3. Persistencia sintomatoloxía de IC a pesar de tratamento adecuado con:
  - Diuréticos
  - Vasodilatadores
  - IECAs
4. IC refractaria e arritmias supraventriculares ou ventriculares resistentes a tratamento antiarrítmico.

*Enfermidade refractaria a tratamento farmacolóxico e non subsidiaria de transplante cardíaco*

## ENFERMIDADE HEPÁTICA AVANZADA : CIRROSE HEPÁTICA

### ESTADIOS DE CHILD-PUGH.

	<u>1 ponto</u>	<u>2 pontos</u>	<u>3 pontos</u>
Grao encefalopatía	Non	I-II	III-IV
Ascite	Non	Boa*	Nula*
Bilirrubina	$\leq 2$	2-3	$\geq 3$
Albúmina	$\leq 3,5$	3,5-2,8	$< 2,8$
Protrombina	$\geq 50\%$	50-30%	$< 30\%$

ESTADIO A : 5-6 pontos

ESTADIO B: 7-9 pontos

ESTADIO C: 10-15 pontos

\* Resposta ascite ao tratamento

## ENFERMI DADE HEPATICA: CONDICIÓN DE TERMINALIDADE

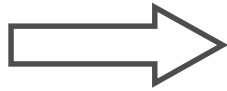
### 1. Insuficiencia hepática grao C da clasificación Child-Pugh :

- encefalopatía grao III-IV
- ascite masiva
- bilirrubina  $> 3$  mg/dL
- albúmina  $< 2,8$  g/dL
- T protrombina  $< 30\%$

Sempre que se teña descartado o transplante hepático

### 2. O Síndrome hepatorenal debido a que carece de tratamento médico eficaz adoita ser un indicador de SET

MELD



Modelo de predición supervivencia en pacientes con enfermedad hepática que naceu co obxectivo de predecir supervivencia ós 3 meses de colocación de TIPS\*

Manexa variables obxectivas sendo considerado mais preciso que o Child-Pugh

Actualmente recoñécese o seu uso para:

colocación TIPS

localización órganos para transplante

predición mortalidade

outras

Model for End Stage Liver Disease

\* TIPS : Shunt Portosistémico Intrahepático Transxugular

$$\text{MELD Score} = 9,57 \text{ Ln (creat)} + 3,78 \text{ Ln (Bilir T)} + 11,2 \text{ Ln (INR)} + 6,43$$

Consideracións . A menor puntuación mellor prognóstico

1. o rango de valores vai de 6 a 40
2. o valor mínimo é 1 para cada unha das variables
3. usase en pacientes maiores de 12 anos
4. o valor é redondeado ao enteiro mais próximo
5. se o paciente foi sometido a diálise (polo menos 2 veces na semana anterior) o valor de creatinina será de 4 mg/dL
6. a pesar de unha baixa puntuación, se existe hiponatremia e ascite persistentemente, tamén implican aumento da taxa de mortalidade

Cálculo de MELD moi complicado  Facer vía INTERNET

[www.hepatitis.cl/meld.htm](http://www.hepatitis.cl/meld.htm) 

Poñendo en Google MELD hai varias páxinas que fan o cálculo



## INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA AVANZADA

**Tabla 4. Clasificación de los estadios de la enfermedad renal crónica (ERC) según las guías K/DOQI 2002 de la National Kidney Foundation.**

Estadio	Descripción	FG (ml/min/1,73 m <sup>2</sup> )
----	Riesgo aumentado de ERC	≥ 60 con factores de riesgo*
1	Daño renal † con FG normal	≥ 90
2	Daño renal † con FG ligeramente disminuido	60-89
3	FG moderadamente disminuido	30-59
4	FG gravemente disminuido	15-29
5	Fallo renal	< 15 ó diálisis

FG, filtrado glomerular.

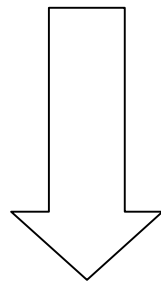
\* **Factores de riesgo de ERC:** edad avanzada, historia familiar de ERC, hipertensión arterial, diabetes, reducción de masa renal, bajo peso al nacer, enfermedades autoinmunes y sistémicas, infecciones urinarias, litiasis, enfermedades obstructivas de las vías urinarias bajas, uso de fármacos nefrotóxicos, razas afroamericana y otras minoritarias en Estados Unidos y bajo nivel educativo o social.

† **Daño renal:** alteraciones patológicas o marcadores de daño, fundamentalmente una proteinuria/albuminuria persistente (índice albúmina/creatinina > 30 mg/g aunque se han propuesto cortes sexo-específicos en > 17 mg/g en varones y 25 mg/g en mujeres); otros marcadores pueden ser las alteraciones en el sedimento urinario y alteraciones morfológicas en las pruebas de imagen.

## ENFERMI DADE RENAL: CONDICIÓN DE TERMINALIDADE

1. Exclusión de programas de DIALISIS.
2. Manifestacións clínicas Uremia : confusión, náuseas, vómitos, prurito...
3. Diuresis  $< 400$  ml/día
4. Hiperkalemia  $>7$  e con mala resposta a tratamento
5. Pericardite urémica
6. Síndrome hepatorenal
7. Sobrecarga hídrica intratable

## Situación CRÍTICA en Pacientes NON subsidiarios de DIALISE



Aclaramento Creatinina  $< 10$  ml/min  $\longrightarrow$   $< 15$  en diabéticos

Creatinina  $> 8$  mg/dl  $\longrightarrow$   $> 6$  en diabéticos

## ENDERMIDADE TERMINAL NON ONCOLÓXICA

*CONCLUSIÓN: cantos mais parámetros empreguemos maior seguridade na toma de decisións*

PCS (predición clínica supervivencia)

+

VMI (valoración multidimensional individualizada)

+

Parámetros de Fraxilidade e Síndrome de Declive

+

Crterios específicos por grupos de patoloxía  
(parámetros Clínicos insuficiencia de órgano)



MELLOR INFORMACIÓN

TOMA DECISIONS MAIS PRECISA



MAIOR SEGURIDADE

## BIBLIOGRAFÍA:

1. Stuart B, Alexander C, Arenella C, Connor S et al. Medical Guidelines for determining prognosis in selected non-cancer diseases. National Hospice Organization. Second Edition. Arlington. 1996
2. Arriola E, González R, Ibarzabal X y Buiza C. Criterios para la inclusión de un Paciente con síndrome demencial en la fase asistencial de cuidados paliativos. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2002, 37 (4): 225-30
3. Hoehn MM, Yahr MD. Parkinsonism: onset, progression and mortality. *Neurology* 1967; 17: 427-42
4. Shee C.D. Palliation in chronic respiratory disease. *Palliative Medicine*. 1995; 9: 3-12
5. Abrahm J.L and Hansen-Flaschen J. Hospice care for patients with Advanced lung disease. *Chest* 2002; 121 (1): 220-29

6. Millane T, Jackson G, Gibbs CR, Lip GYH. ABC of heart failure acute And Chronic management strategies. BMJ 2000; 320: 559-62
7. Quaglietti SE, Atwood E, Ackerman L, Froelicher V. Management of The Patient with congestive Heart failure using outpatient home and Palliative Care. Progress in Cardiovascular Diseases 2000; 43 (3): 259-74
8. Kamath PS, Wiesner RH, Malinchoc M, et al. A model to predict survival in patients with end-stage liver disease. Hepatology 2001; 33:464-70
9. K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease : evaluation, classification, and stratification. Kidney Disease Outcome Quality Initiative. Am J Kidney Dis 39 (suppl 1): S1-266, 2002.
10. Levey AS, Coresh J, Balk E, Kausz AT, Levin A et al: National Kidney Foundation practice guidelines for chronic kidney disease : evaluation, classification, and stratification. Ann Intern Med. 2003; 139: 137-147

## XENERALIDADES NO MANEXO DA DOR

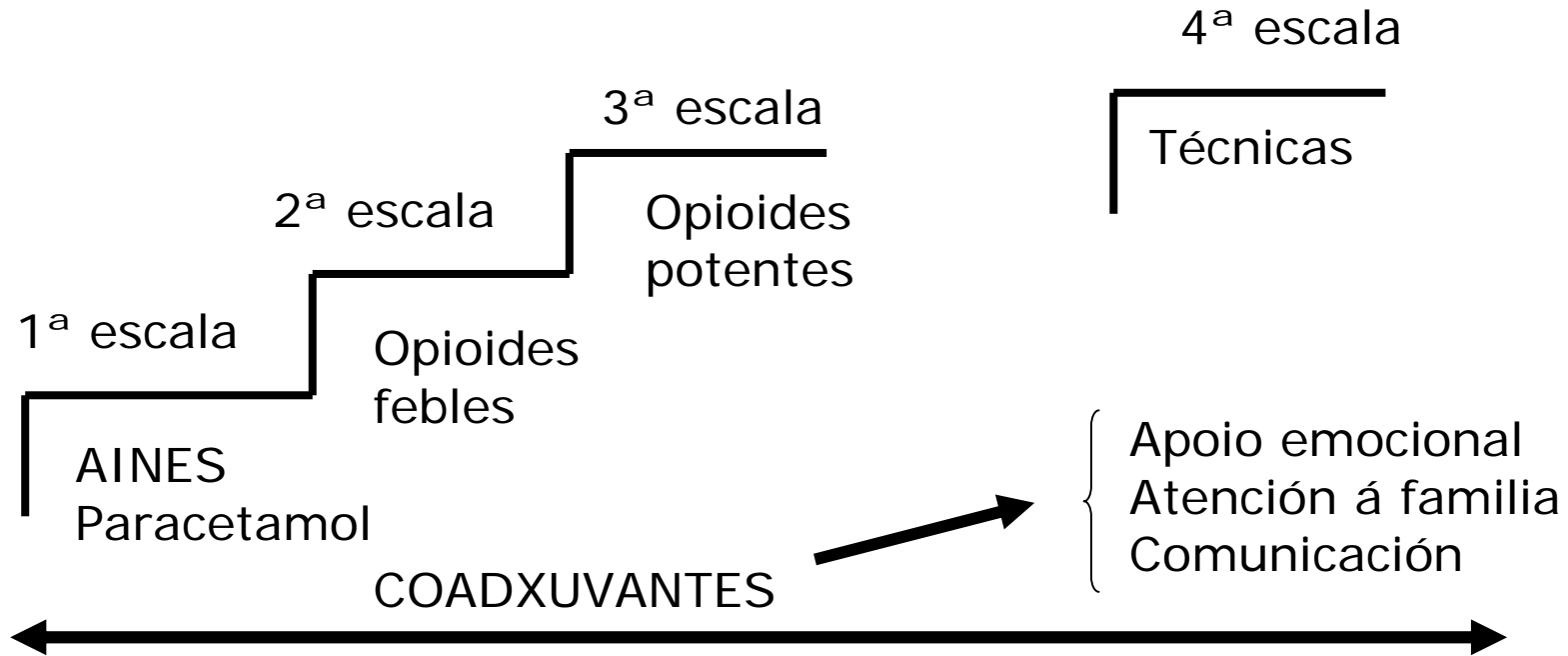
De la Fuente Mariño, Rosa (Médica Atención Primara SAP Rianxo)  
Pazo Labrador, César (Médico Atención Primaria SAP Melide)  
Valdés Bermejo, Ricardo (Médico UHD-UPAL CHUS)

## Xeneralidades no manexo da dor

- Escala Analxésica OMS
- Fármacos 3º escalón (morfina, oxicodona, fentanilo,..)
- Rotación Opioide



# ESCALA ANALXÉSICA DA OMS (modificada)



EVA 1-3      1ª escala OMS  
EVA 4-6      2ª escala OMS  
EVA 7-10    3ª escala OMS

Situacións especiais

4ª escala

## PRINCIPALES FÁRMACOS PRIMERA ESCALA

Fármaco	Dose habitual	Dose Máxima
Paracetamol*	500 mg / 4-6 h	1 gr / 6 h
Naproxeno	500 mg / 12 h	1500 mg / 24h
Metamizol	500 mg / 4- 6 h	8 gr / 24 h
Ibuprofeno	400 mg / 6 h	2.400 mg / 24 h
Aspirina	500 mg / 4-6 h	1 gr / 4 h.
Ketorolaco	10 mg / 4-6 h	40-60 mg / día

\* Analgésico 1ª escala sin efecto antiinflamatorio

## PRINCIPAIS FÁRMACOS DA 2ª ESCALA

Fármaco	Dose habitual	Dose Máxima
Codeína	30 mg c/ 6 h	60 mg c/ 4 h
Tramadol	50 mg c/ 8 h	400 mg c/ 24 h
Codeína (30 mg) + Paracetamol (500 mg)	30 mg c/ 6	180 mg c/24 h
Tramadol + Paracetamol (37,5 mg/325 mg)	2 cp c/6 h	8-10 cp/día

## PRINCIPAIS FÁRMACOS DA 3ª ESCALA

Cloruro Mórfico

Oxicodona

Fentanilo

Metadona

Hidromorfona

Buprenorfina

## MORFINA: FORMAS GALENICAS

### Vía oral:

Liberación rápida (efecto dura 4 h)

Solución oral: unidoses (5ml) de 2 e 6 mg/ml  
sol. de 2 mg/ml e 20 mg/ml

Comprimidos de 10 e 20 mgr

Liberación retardada (cada 12 h)

Comprimidos de 5, 10, 15, 30, 60, 100 y 200 mgr

### Vía parenteral:

ampolas 1%, de 1ml= 10 mg

ampolas 2 % de 1 ml= 20 mg,

ampolas 2% de 2 ml = 40 mg

solución a2% de 20 ml = 400 mg

## RELACIONES DE POTENCIA PARA A MORFINA SEGÚN VÍA DE ADMINISTRACIÓN

Vía oral a Vía Subcutánea

2:1 (ejemplo: 60 mg morfina V.O. → 30 mg morfina vía SC)

Vía oral a Vía intravenosa

3:1 (ejemplo: 60 mg morfina V.O. → 20 mg morfina vía IV)

## MORFINA: ¿CANDO INICIAR O TRATAMENTO?

Cando teñamos unha dor que non controlemos con outros fármacos que o doente estea tomando correctamente, ou na dor moderada-intensa dende o inicio

O seu uso non depende do estado evolutivo da enfermidade, nin debemos consideralo como o derradeiro recurso o final da vida.

Si decidimos comezar o tratamento deberemos:

- Informar das razóns para o seu uso e os efectos secundarios.

- Adminístrala a intervalos fixos (nunca a demanda)

- Deixar rescates de morfina de liberación rápida

- Asociar antieméticos (os primeiros días)

- Laxantes (sempre)

- En ocasións, o cambio da vía de administración pode mellorar a dor

MORFINA: INICIO TRATAMIENTO PACIENTES CON DOR MODERADO SEVERO (Que no toman opioides débiles)

1º Día: 20 mg morfina liberación retardada. 10 mg c/ 12 horas

*5-10 mg morfina liberación rápida c/ 4 horas como rescate*

2º Día: si mal control da dor aumentar morfina retardada a dose de 40 mg cada 24 h (20 mg c/12h).

*manter 10 mg de morfina rápida c/4 h como rescate*

3º Día: si dor non controlada:

Morfina liberación retardada 60 mg c/24 h (30 mg c/12)

*manter rescates con morfina liberación rápida de 10 mg c/4 h*

A partires do 4º día si non control da dor:

Aumentar entre un 30-50% da dose total diaria

## MORFINA: INICIO TRATAMIENTO PACIENTES CON DOR MODERADA SEVERA (que toman opioides débiles)

1º Día: Retirar Opioides Débiles.

Morfina liberación retardada 40 mg c/24 h (20 c/12 h)

Rescates con morfina liberación rápida 10 mg c/4 h

2º Día : aumentar dose de morfina retardada entre un 30-50% da dose total diaria

*Manter rescates para correcto axuste da dose*



## MORFINA: RESCATES EN CASO DE MAL CONTROL DA DOR

Os rescates faranse con morfina de liberación rápida

A dose de cada rescate é o 15% da dose total diaria de morfina.

*Exemplos:*

*1. Si a dose total diaria de morfina é 60 mg, cada rescate será de 10 mg de morfina de liberación inmediata*

*2. Si a dose total diaria de morfina é 400 mg, cada rescate será de 60 mg de morfina de liberación inmediata*

## OXICODONA:

Relación EQUIANALXÉSICA

MORFINA / OXICODONA VO 2:1

MORFINA / OXICODONA VIA PARENTERAL 1:1

Principais vías de Administración:

- ORAL:

Liberación retardada

comprimidos de 10, 20, 40 e 80mgr, cada 12 h  
asociación: oxicodona/ naloxona cp (2:1)

Liberación inmediata:

comprimidos 5, 10 e 20 mgr cada 4-6h/dose

- SOLUCION PARENTERAL (SC/IV)

Ampolas 10 mg/ml

Os rescates da dor en pacientes con oxicodona retardada poden facerse con morfina de LI : 20 mg Oxicodona LR  $\longrightarrow$  5 mg morfina LI

## FENTANILO: PRESENTACIÓNS MÁIS UTILIZADAS

### 1. F. TRANSDÉRMICO (12, 25, 50 e 100 mcg/h)

- INDICACIÓNS: Control prolongado da dor basal

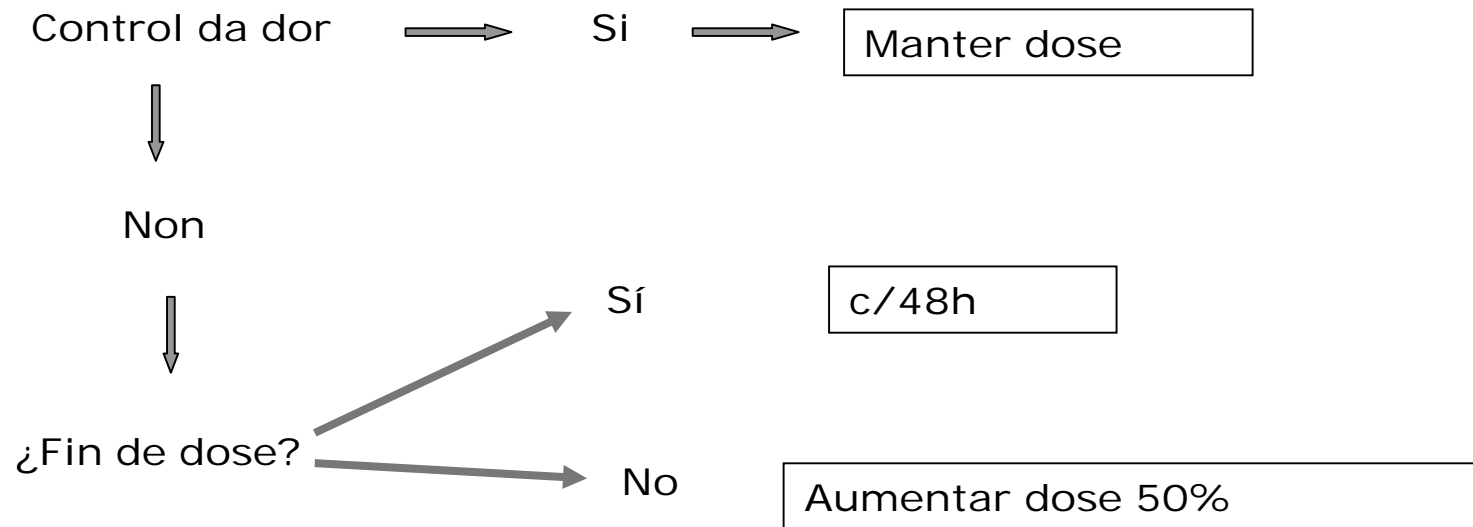
- XENERALIDADES:



1. Os niveis estables de fentanilo transdérmico alcánzanse ás 18 horas, polo que ao inicio é preciso pautar tamén opioide liberación inmediata
2. Valorar a dor cada 72 horas e titular dose según resposta
3. Eliminación do fentanilo transdérmico unha vez retirado: 17 horas

- SEN TRATAMENTO PREVIO CON OPIOIDES

- Inicio a dose baixa: Fentanilo 25 mcg/h (12 mcg/h en moi ancians)
- Rescates: 5-10 mg morfina LI/4h ou fentanilo bucal
- Titulación de dose



-SE TRATAMENTO PREVIO CON OPIOIDE: táboa equianalxésica

## 2. FENTANILO BUCAL

- INDICACIONES: Rescates da dor irruptiva
  
- XENERALIDADES:
  - Inicio acción rápido (5-10 min)
  - Iniciar ca dose máis baixa, repetir dose aos 15-30 min se é preciso
  - Non utilizar máis de 2 unidades para tratar o mesmo episodio
  - Se con 2 unidades non é suficiente, no seguinte episodio utilizar dose maior
  - Non mastigar nin tragar
  
- FORMAS GALÉNICAS:
  - a) comp chupar (200, 400, 600, 800, 1200 e 1600 mcg)
  - b) comp sublingual (100, 200, 300, 400, 600 e 800 mcg)
  - c) comp bucal (100, 200, 400, 600 e 800 mcg)

## METADONA:

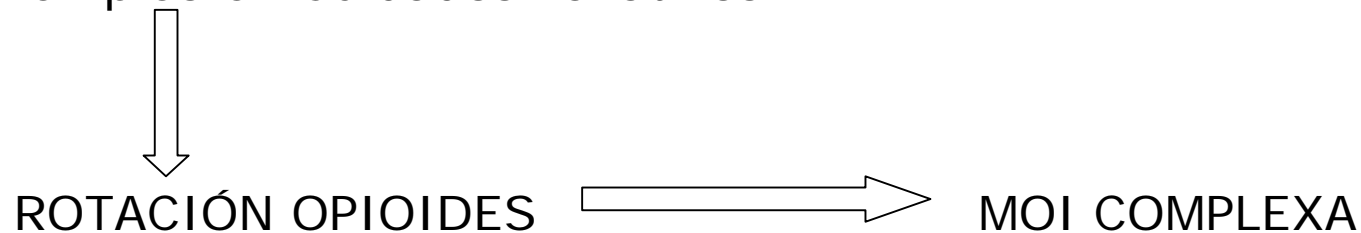
Vida media moi longa (13-47 h)

Potencia oral- parenteral 1:2

I. Renal e Hepática non alteran o seu aclaramento

Dose equianalxésica fronte a Morfina non sempre é a mesma, está mal definida

Principal emprego en Cuidados Paliativos:



HIDROMORFONA (HI) ( cp de 4, 8, 16, 32 e 64 mg)

Derivado semisintético da morfina

Fármaco liberación prolongada

(Liberación rápida non comercializada en España)

Equianalxesia coa morfina  $\longrightarrow$  1:5 e decir 1 mg HI = 5 mg MO

Dose: 1 comprimido c/ 24 horas

BUPRENORFINA

Agonista parcial. Mais uso en dor crónica estable

## ROTACIÓN DE OPIOIDES

### INDICACIONES:

1. Dor controlada pero os efectos secundarios son intolerables
2. Dor non controlada pero non se pode aumentar dose por efectos adversos
3. Dor non controlada ainda que se aumente rápidamente a dose de opioide e non existen efectos adversos

### INSTRUCCIONES PARA A CORRECTA ROTACIÓN:

1. Calcular dose equianalxésica do novo opioide
2. Reducir dose equianalxésica (25-30%) excepto con fentanilo transdérmico (non reducir dose por que xa está reducida na táboa equianalxésica)
3. A dose de rescate será dun 5-15% da dose total diaria do opioide cada 4 horas
4. Reevaluar e titular o novo opioide



## ROTACIÓN: MORFINA-FENTANILO

Segundo táboa de conversión: (orientativa)

Morfina oral (mg/día)

Fentanilo TTS (µg/hora)

30-90	25
91-150	50
151-210	75
211-270	100
271-330	125
331-390	150
391-450	175
451-510	200
511-570	225
571-630	250

## ROTACIÓN: FENTANILO-MORFINA

O paso de Fentanilo a Morfina require unha posterior redución da dose de Morfina para evitar excesiva impregnación. Unha vez pasado a morfina oral dividiremos por 3 para vía sc e por 4 para iv en lugar de por 2 para sc e 3 para iv (ver seguinte diap)

## PASO DE FENTANILO TTS a MORFINA SC

Pasamos dose de Fentanilo TTS a equivalente Morfina vía Oral e posteriormente reducimos a dose total Morfina/día a 1/3 del total

Exemplo: 125 µg FTTS  $\longrightarrow$  271-330 mg Morfina Oral  
 $\downarrow$   
1/3  $\longrightarrow$  80-100 mg sc c/24 h

## PASO FENTANILO TTS a MORFINA IV

Mesma operación que antes pero unha vez pasado a vía oral reduciremos a dose a 1/4

Exemplo: 200 µg FTTS  $\longrightarrow$  451-510 mg Morfina Oral  
 $\downarrow$   
1/4  $\longrightarrow$  125 mg Morfina iv C/24 h

## ROTACIÓN: MORFINA - METADONA

1. Dose equianalxésica en relación a dose previa de Morfina Oral en 24 horas:

Dose Morfina menor 200 mg: relación CLM vo/Metadona vo 3:1

200-300 mg: relación morfina oral/Metadona oral 5:1

Mayor 300 : relación morfina oral/metadona 10:1

2. Redución do 25-30% dose metadona resultante
3. Redución gradual en 3 días reduciendo cada día 1/3 opioide previo e engadindo cada día 1/3 da dose total de metadona.
4. Nos días 1 e 2, dose de rescate con opioide vida media curta. O día 3 administrar como dose extra un 10% da dose total diaria de metadona oral.
5. Aumentar dose de metadona según control da dor

## Exemplo Rotación MORFINA a METADONA

1. Paciente toma : 400 mg CLM retardado + 160 CLM LI  $\longrightarrow$  560 mg

2. Calcular Dose equianalxésica Metadona  $\longrightarrow$  aprox 10:1

560  $\longrightarrow$  56 mg metadona

3. Diminuir 25-30%  $\longrightarrow$  56 mg  $\longrightarrow$  45 mg aprox metadona

4. Realizamos a Rotación en tres días:

Día 0 : Morfina 560 mg 24 h.

Día 1 : 2/3 morfina total (375 mg) + 1/3 metadona (15 mg) en 3 tomas ( 5 mg c/ 8 h)

Día 2 : Morfina 1/3 dose total (185 mg) + metadona 2/3 dose total (30mg) en 3 tomas (10 mg c/8 h)

Día 3: Suspender morfina. Dose total metadona (45 mg) en 3 tomas (15 mg c/ 8 h)

Dose RESCATE: 5 mg aprox metadona

## EQUIANALGESIA HIDROMORFONA

- $\text{mg morfina} \times 0.2 = \text{mg hidromorfona 24h}$ 
  - Ex:  $5 \text{ mg morfina} \times 0.2 = 1 \text{ mg hidromorfona}$
- $\text{mg oxicodona} \times 0.4 = \text{mg hidromorfona 24h}$ 
  - Ex:  $10 \text{ mg oxicodona} = 4 \text{ mg hidromorfona}$
- $100 \text{ mg/día Tramadol} = 4 \text{ mg hidromorfona}$
- $12 \text{ mcg/hora fentanilo} = 4 \text{ mg hidromorfona}$

EQUI ANALGESIA TRAMADOL / MORFINA VO: 150:30

EQUI ANALGESIA CODEINA / MORFINA VO: 200:10

EQUI ANALGESIA BUPRENORFINA/MORFINA/FENTANILO

**35 mcg/h**

**30-60 mg MFN vo**

**25 mcg/h FNTL TTS**

**52,5 mcg/h**

**90 mg MFN vo**

**25 mcg/h FNTL TTS**

**70 mcg/h**

**120 mg MFN vo**

**50 mcg/h FNTL TTS**

## BIBLIOGRAFÍA:

1. IASP Pain terms. A current list with definitions and notes on usage. Pain 1986; (suppl 3) : S 215-S221
2. Bonica JJ. The management of pain. 2<sup>a</sup> ed. Philadelphia: Lea & Febiger 1990
3. Gómez Sancho M. Analgésicos no opioides en Medicina Paliativa en la Cultura Latina. Edt Arán 1999; cap 30 (pag 523 – 533)
4. Sanz Ortiz J. El control del sufrimiento evitable. Terapia analgésica, cps 7,8,9. Ed You&Us, Madrid 2001
5. UPAL/HADO Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. Protocolos del dolor.
6. González Barón M, Ordóñez Gallego A. Dolor y Cáncer. Hacia una oncología sin dolor. Ed. Panamericana 2003

## DOR POR METÁSTASES ÓSEAS

León Mateos, Luis (Oncólogo CHUS)

Aldonza Torres, Marta (Médica Atención Primaria SAP Fontiñas)

Guzmán Saez, M<sup>a</sup> José (Médica Atención Primaria SAP C.Arenal)

Masa Vázquez, Luis A (Médico UHD-UPAL CHUS)



## Dor por metástases óseas

- Tratamiento Farmacológico
- Tratamiento Radioterápico
- Tratamiento con Radiofármacos

## ANALGÉXICOS NA DOR POR METÁSTASES ÓSEAS\*

Recoméndase seguir os criterios da OMS para a dor

Os AINEs desempeñan un papel importante no tratamento deste tipo de dor

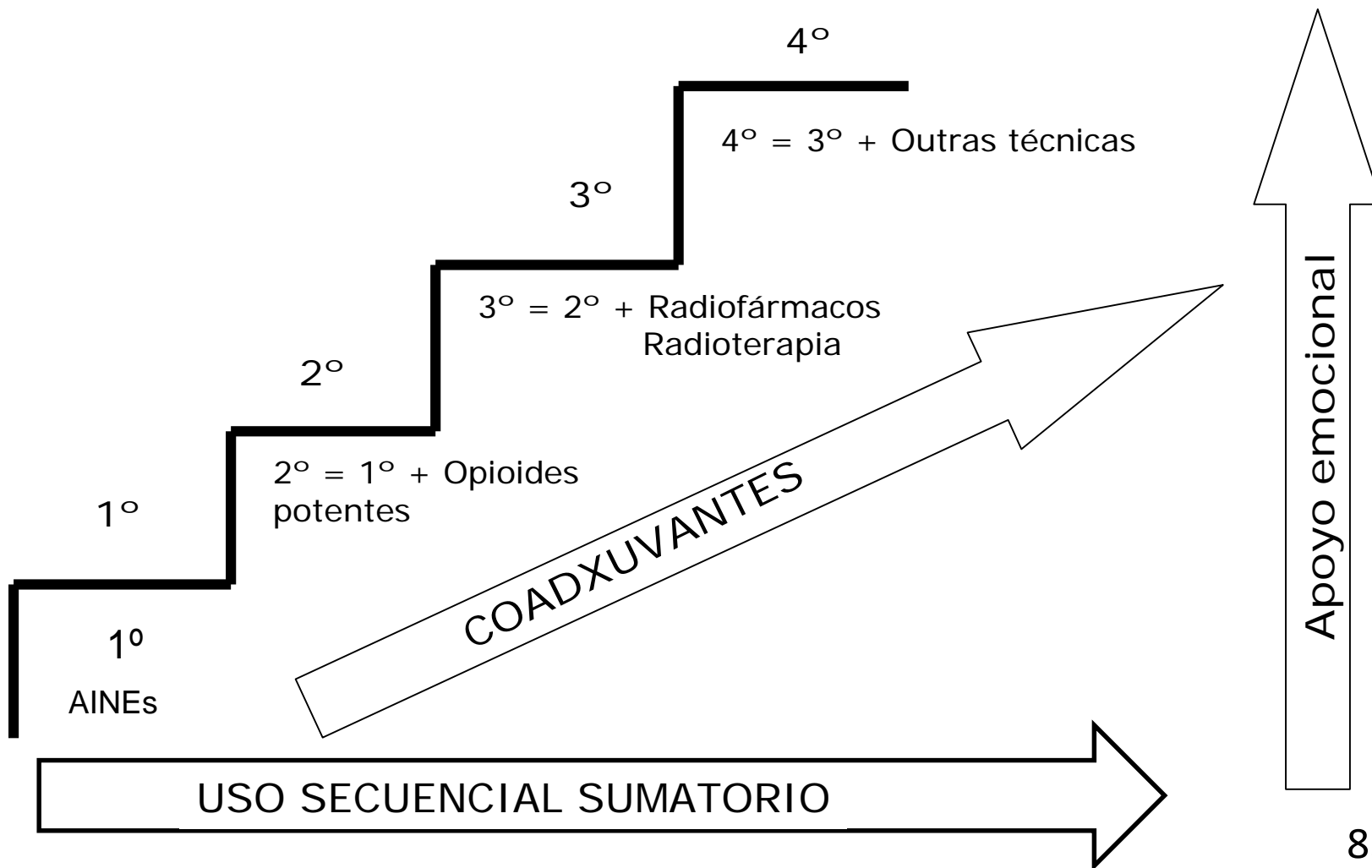
A asociación AINE + Opiode potente (morfina / Oxycodona) soe ser efectiva para a dor por metástases óseas

Os Opioides débiles xogan un papel pouco importante neste tipo de dor

Non é inusual que se requiran, xunto co anterior, fármacos coadxuvantes (Bifosfonatos, Glucocorticoides...)

\* Ver Tema 3 "Xeneralidades no manexo da dor "

# ESCALEIRA ANALXÉSICA PARA A DOR POR METÁSTASES ÓSEAS



1. AINES + Opioides Maiores
2. COADXUVANTES: Esteroides, Bifosfonatos, Anticomiciais, Antidepressivos, Calcitonina \*
3. RADIOTERAPIA
4. RADIOFÁRMACOS
5. CIRUXÍA

\* Non hai ningunha evidencia clara de que a calcitonina mellore a dor en metástases óseas

BIFOSFONATOS → Reducen dor metástases óseas  
Diminúen hipercalcemia

↓

Útiles en metástases líticas de mieloma e Ca mama

ZOLEDRONATO → 4 mg en 15 min c/28 días  
(50 ml SSF ou SG 5%)

É o mais empregado pola súa facilidade de administración.

En situacións excepcionais emprégase Pamidronato en lugar de Zoledrónico:

PAMIDRONATO → 90 mg iv en 2-4 h c/ 28 días  
(250 cc SSF ou SG 5%)

Asociado a analxesia 1º + 3º escalón parece mellorar a sintomatoloxía

Control periódico de CALCEMIA se procede

## RADIOTERAPIA ANTIÁLXICA EN METÁSTASES ÓSEAS

A radioterapia mellora a dor por metástases óseas en cerca do 90% dos casos.

Ata un 15 % de pacientes, sobre todo con cancro de próstata requiren reirradiación.

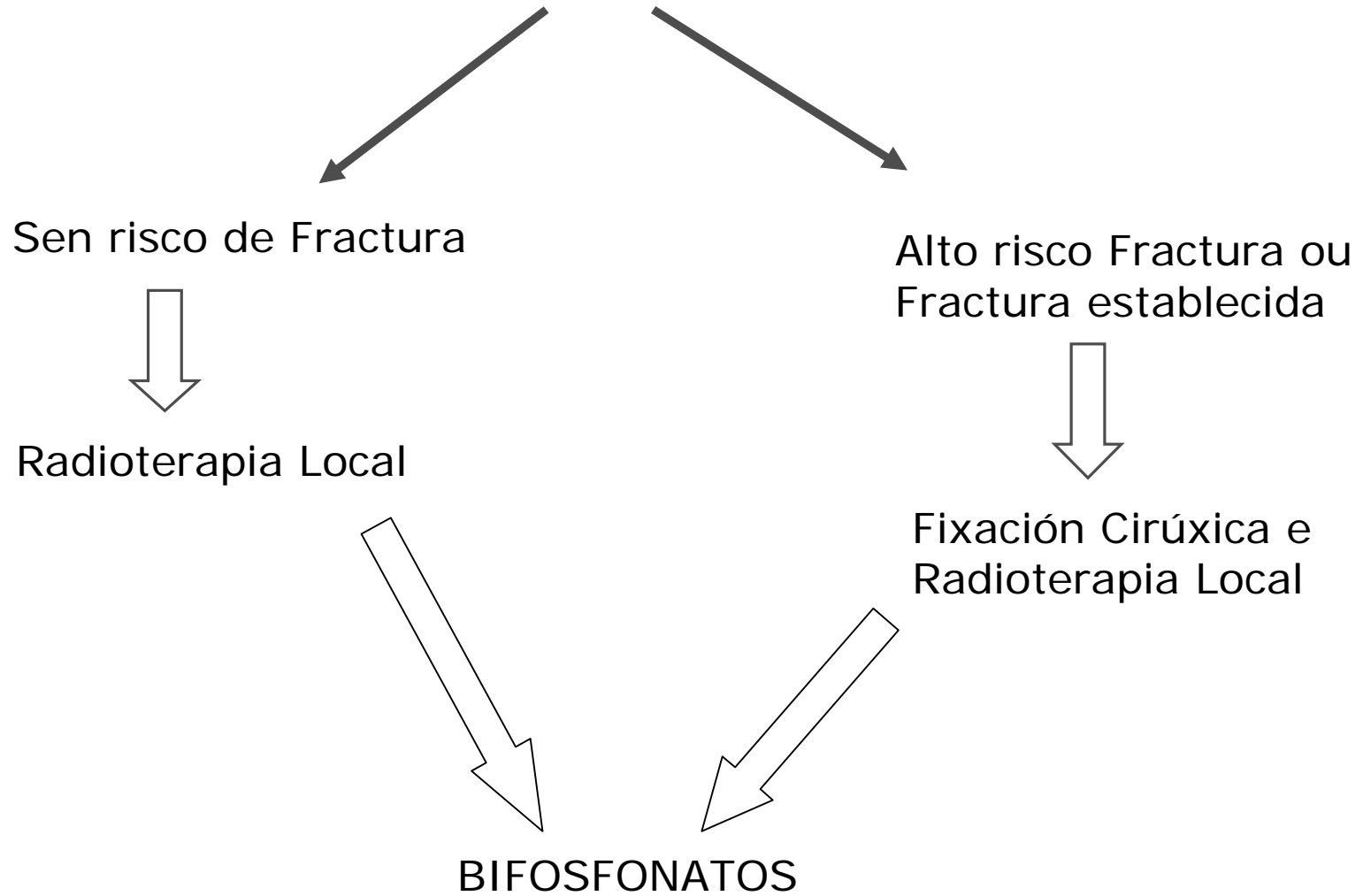
Dose única de radiación paliativa antiálxica resultou ser igual de efectiva que doses fraccionadas.

Cancro de mama, próstata e microcítico de pulmón son máis respondedores a radioterapia que outros tumores sólidos.

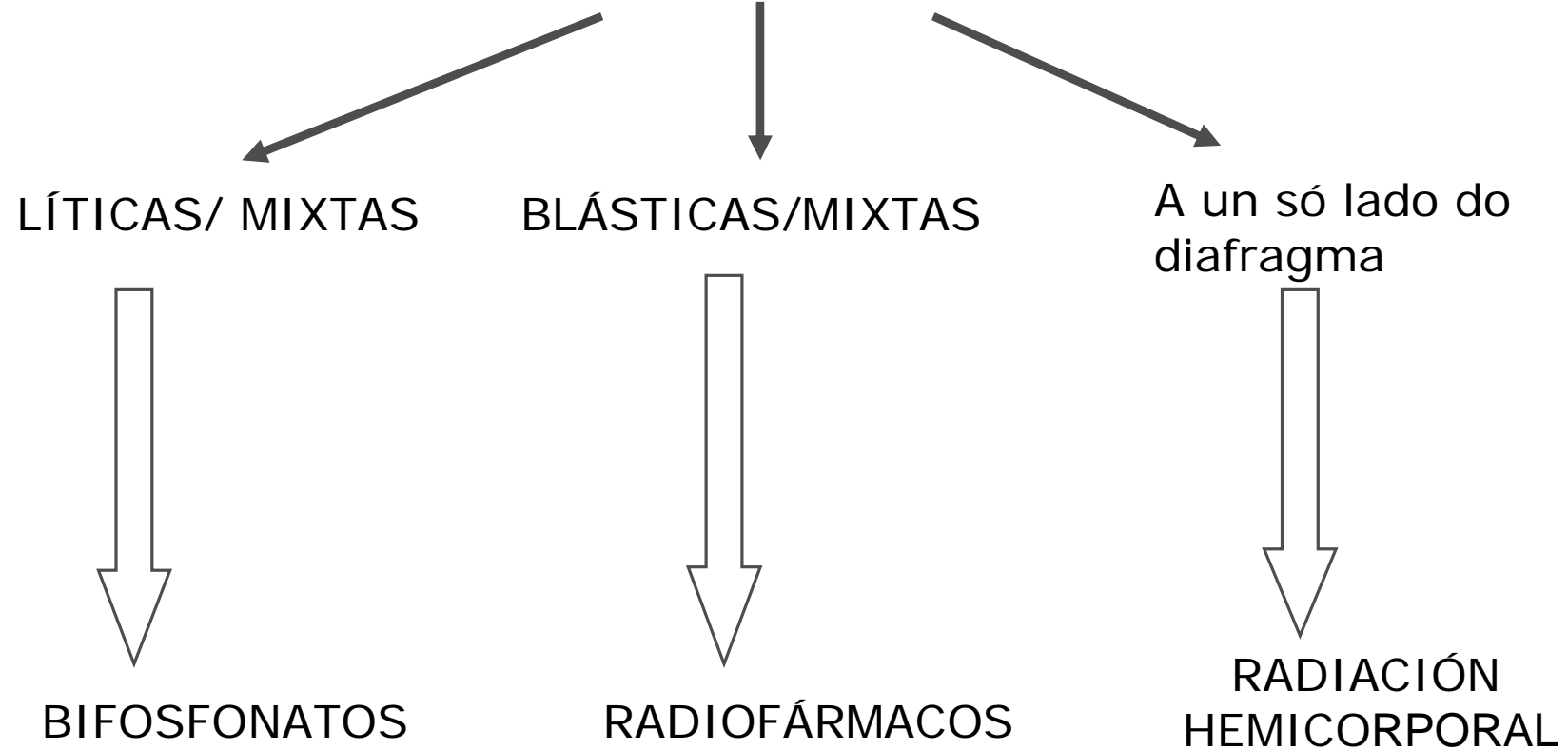
A radiosensibilidade da enfermidade tumoral primitiva manténese nas metástases óseas.

Radioterapia antiálxica de metástases óseas de tumores como hepatocarcinoma, carcinoma de cervix ou metástases de tumor primario descoñecido é efectiva en cerca do 70% dos casos.

# Enfermidade Ósea Localizada



# Enfermedad Ósea Extensa





## RADIOFÁRMACOS (1):

Uso: metástases óseas BLASTICAS ou MIXTAS, difusas, sintomáticas e refractarias a outros tratamentos.

Indicacións mellor establecidas:

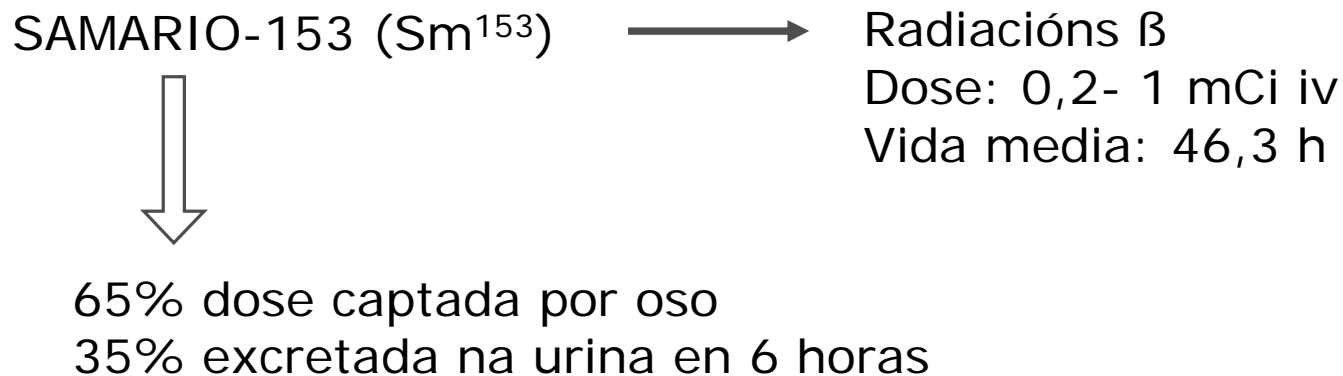
- Enfermidade ósea metastásica Ca próstata hormonorresistente.
- Metástases osteoblásticas Ca mama.

As lesións teñen que ser captadoras na gammagrafía ósea con Tc 99.

Antes de iniciar tratamento, descartar CID subclínica e comprobar parámetros sanguíneos dentro da normalidade.

No caso de recidiva pode repetirse dose a intervalo de 8-12 semanas.

## RADIOFÁRMACOS (2)



Alivio da dor en 65-80% Ca. próstata e mama  
Remisión completa da dor 20% pacientes

Inicio acción analxésica: 7 días  
Duración efecto: 8-12 semanas  
Pode repetirse tratamento as: 8 semanas

## RADIOFÁRMACOS (3)

ESTRONCIO 89- Cloruro  $\longrightarrow$  radiación  $\beta$ , dose %: 4 mCi iv  
vida media: 50,5 días

Efectos secundarios: Hematolóxicos, trombopenia fundamentalmente.

Xeralmente leves:

Náuseas e vómitos

Pode aparecer agravación transitoria da dor  
("flare") ata nun 23% dos tratados con Sr 89

Complicación grave: CID.

## BIBLIOGRAFÍA:

1. González Barón M. Tratado de Medicina Paliativa y tratamiento de soporte del paciente con cáncer. Cap 58 603-611, Ed. Médica Panamericana 2007
2. Guía práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Guías de práctica Clínica en el SNS. OSTEBA N° 2006/08.
3. UPAL/HADO. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. Protocolos del dolor.

## DOR NEUROPÁTICA

León Mateos , Luis (Oncólogo CHUS)

Aldonza Torres, Marta (Médica Atención Primaria SAP Fontiñas)

Guzmán Saez, M<sup>a</sup> José (Médica Atención Primaria SAP C.Arenal)

Masa Vázquez, Luis A. (Médico UHD-UPAL CHUS)

## Dor neuropática

- Escala Analxésica para a Dor Neuropática
- Tratamento farmacológico
- Tratamento farmacológico tópico
- Outros tratamentos: Bloqueos, tens.

## ESCALEIRA ANALXÉSICA DA DOR NEUROPÁTICA

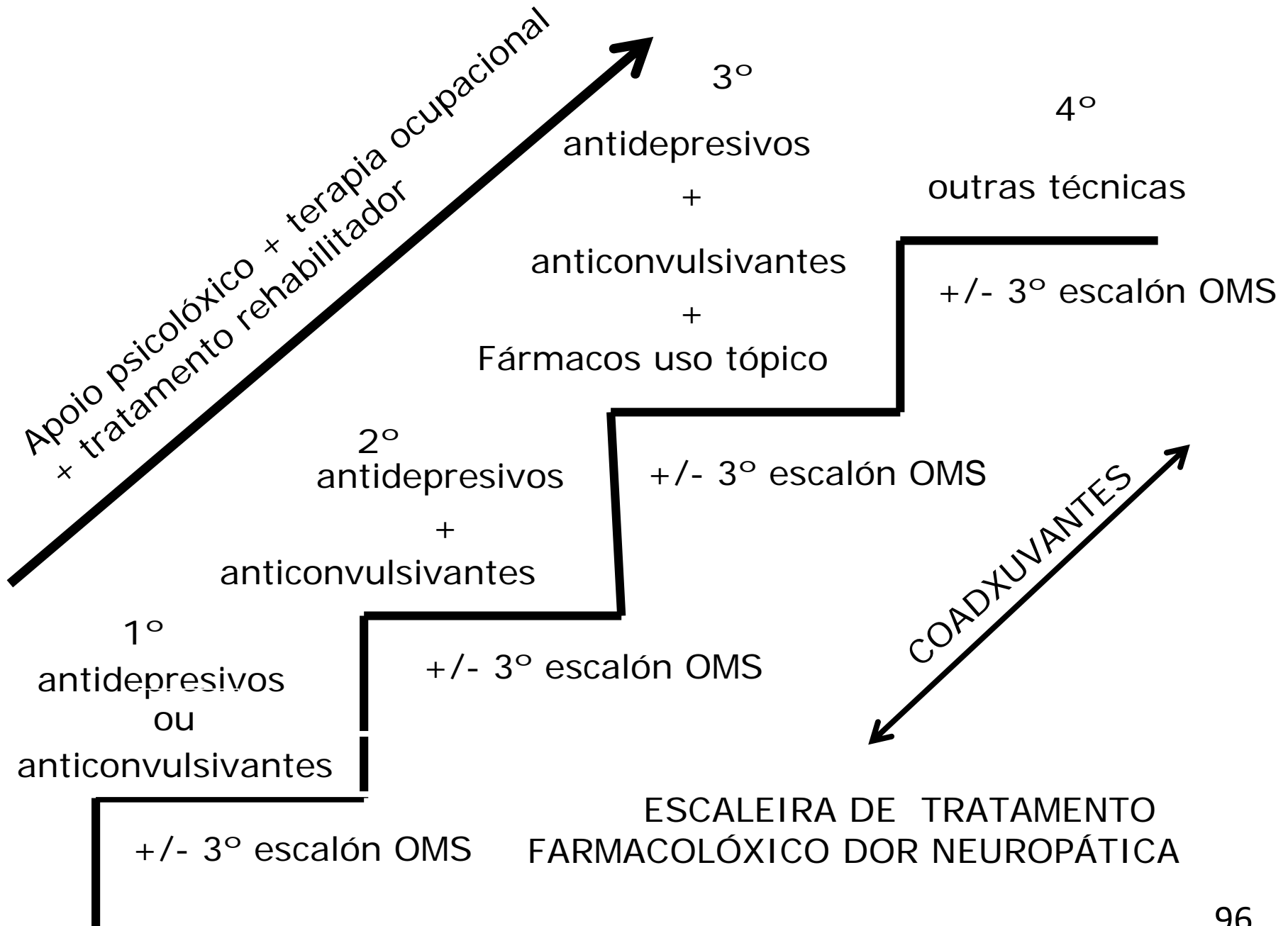
Non incluimos AINES pola mala resposta da dor a estes fármacos, pero se se asocia outro tipo de dor recoméndase engadir AINEs ao tratamento (dores mixtos) como indica a OMS.

Os opioides son fármacos de primeira liña no tratamento da dor neuropática en pacientes con cancro e, en situacións de dor neuropática severa non maligna mentras non actuen os coanalxésicos.

Os fármacos de uso tópico, en CP, teñen relativamente pouca utilidade.

As técnicas do 4º escalón son de utilidade ante dores resistentes e non deben retrasarse no seu uso podendo constituir a primeira liña en pacientes seleccionados (ex: supervivencia maior a 3 meses).

Os coadxuvantes (ex. corticoesteroides) xunto co apoiopsicolóxico, terapia ocupacional e rehabilitación contribúen a un mellor control.





## DOR NEUROPÁTICA :

O tratamento pode ser moi complexo:

Asociación       $\longrightarrow$       Antidepressivos Tricíclicos + Morfina

$\longrightarrow$       Morfina + Anticomociais : Gabapentina  
Pregabalina

$\longrightarrow$       Morfina + Anticomociais + Antidepressivos

Técnicas invasivas tipo bloqueos nerviosos ou neurolisis

Se é preciso : asociar       $\longrightarrow$       CORTICOIDES

Radioterapia en caso de compresión nerviosa

Se hai compoñente de axitación e ou ansiedade intensa pódense asociar neurolépticos

ANTIDEPRESIVOS

TRICÍCLICOS → 1ª línea tratamiento dor neuropática.

**AMITRIPTILINA** → de elección en dor neuropática

↓  
post-ictus  
neuralgia postherpética  
polineuropatía diabética

dose inicio → 10-25mg/día

posteriormente → aumento semanal progresivo de  
10-25 mg ata máximo 300 mg/día

## ANTI CONVULSIVANTES:

CARBAMAZEPINA (200 y 400 mg)

Dose inicial → 100-200 mg/día e aumento progresivo de  
100 mg cada 3 días ata 600 mg/día  
(dose mínima efectiva)

Dose máxima → 1600 mg /día repartido en tres tomas

\* Indicado en ficha técnica en Neurálxia Trixeminal

**OXCARBAZEPINA** → Análogo de Carbamazepina  
Mellor tolerado  
Moito mais caro que Carbamazepina  
Menos experiencia de uso

Dose Inicial: 150-300 mg/día pola noite e ir subindo ata dose de  
entre 900-1200 mg/día

GABAPENTINA (300, 400, 600 y 800 mg)

Dose Inicio: 300 mg/día toma única nocturna

Incrementos de 300 mg cada semana con doses repartidas c/ 8 horas

Dose media/día 900-2400 mg/día

Dose máxima 3.600 mg/día

Efectos 2<sup>os</sup>: somnolencia, ataxia, ganancia de peso

PREGABALINA (25, 75, 150 e 300 mg)

Dose inicial 50 mg c/ 8 h ou 75 mg c/ 12 h

RANGO DOSE → 150-600 mg/día

1<sup>o</sup> fármaco indicado

en tratamiento → dor neuropático central

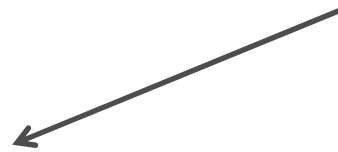
En Insuficiencia Renal 50% da dose

TRATAMIENTOS TÓPICOS → ausencia interacciones  
poucos efectos secundarios  
sistémicos  
non precisan titulación

Parches Lidocaina 5% → útil en: neuralxia postherpética  
polineuropatía diabética  
alodinia  
Efectos secundarios: rash cutáneo  
eritema local

Capsaicina crema → útil en: neuralxia postherpética  
neuropatía diabética  
Efectos secundarios: dolor local urente

TRATAMENTOS INVASIVOS → UNIDADES DA DOR  
NEUROCIRUXÍA



Bloqueos nerviosos

Estimulación (TENS)

Sistemas Infusión Implantables (catéteres tunelizados

Subaracnoideos asociados a anestésicos ou baclofeno  
se espasticidade)

Neurociruxía : técnicas ablativas

## BIBLIOGRAFIA:

1. Sanz Ortiz J. Dolor Neuropático, en El control del sufrimiento evitable. Terapia analgésica, cp 6, pag 67-77. Ed You&Us, Madrid 2001
2. Rivera Canudas M V, Barutell Farinós C, Mora Miquel L et al. Empleo de los fármacos antiepilépticos y antidepresivos en el dolor neuropático. en Manual práctico de dolor neuropático, cap10, pags 121-140 Liberdúplex S. L., Elsevier España 2009.
3. UPAL/HADO Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. Protocolos del dolor en CP.
4. Benítez Rosario MA, Gonzalez Guillermo T. Tratamientos protocolizados en Cuidados paliativos. CANPAL. Ed YOU & US, S.A. Madrid 2010

## FÁRMACOS COADXUVANTES

Durán Parrondo, Carmen (Farmaceútica A Primaria XAP Santiago)

Martínez Vilar, Galo (Médico de Atención Primaria XAP Arzúa)



Fármacos coadjuvantes na dor: aqueles cuxa acción principal non é a analxesia, utilízanse de xeito complementario na dor.

Empréganse para potenciar o efecto dos analxésicos, para diminuír a dose dos mesmos, ou en cadros de dor complexos.

O seu uso é case obrigado na dor neuropática ou nas metástases óseas dolorosas.

Tamén se empregan para tratar a comorbilidade (antidepresivos, ansiolíticos...)

## PRINCIPALES FÁRMACOS COADJUVANTES

- GLUCOCORTICOIDES
- NEUROLÉPTICOS
- ANTICONVULSIVANTES
- ANSIOLÍTICOS / ANTIDEPRESIVOS
- ANESTÉSICOS TÓPICOS
- OUTROS : CALCITONINA, BIFOSFONATOS

## FÁRMACOS COADJUVANTES

Fármacos	Indicaciones
<p>Antidepresivos  <b>Tricíclicos: amitriptilina, imipramina</b>  <b>Inhibidores de la recaptación de serotonina-noradrenalina (IRSN): duloxetina, venlafaxina</b>  <b>Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS): fluoxetina, paroxetina, sertralina, citalopram</b>  <b>Otros: trazodona</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolor neuropático* (tricíclicos, duloxetina)</li> <li>• Dolor asociado a depresión o ansiedad</li> </ul>
<p>Anticonvulsivantes  <b>Carbamazepina, gabapentina, pregabalina</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolor neuropático*</li> </ul>
<p>Anestésicos locales  <b>Lidocaína, capsaicina</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolor neuropático*</li> <li>• Dolor musculoesquelético (capsaicina)</li> </ul>
<p>Antagonistas de N-metil-D aspártico  <b>Ketamina</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disminución dosis de opioides</li> <li>• Dolor neuropático refractario</li> </ul>
<p>Corticoides  <b>Dexametasona, metilprednisolona, otros</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Astenia, anorexia, compresión medular, SCS, metástasis óseas, aumento de presión intracraneal, obstrucción intestinal</li> </ul>
<p>Relajantes musculares  <b>Ciclobenzapirina, metocarbamol, baclofeno</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolor musculoesquelético</li> <li>• Espasmos musculares</li> </ul>
<p>Benzodiazepinas**</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ansiedad asociada al dolor**</li> </ul>
<p>Bisfosfonatos  <b>Pamidronato, ácido zoledrónico</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Útiles en caso de metástasis óseas ***</li> </ul>
<p>Radioisótopos  <b>Estroncio-89, lexidronam, samario-153</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Útiles en caso de metástasis óseas ***</li> </ul>

## CORTICOIDES (1):

Empréganse fundamentalmente polos seus efectos:

- antiinflamatorio
  - antianoréxico
  - euforizante
- } Potencian a acción de antieméticos e analxésicos

## CORTICOIDES (2)

DEXAMETASONA é o máis utilizado por:

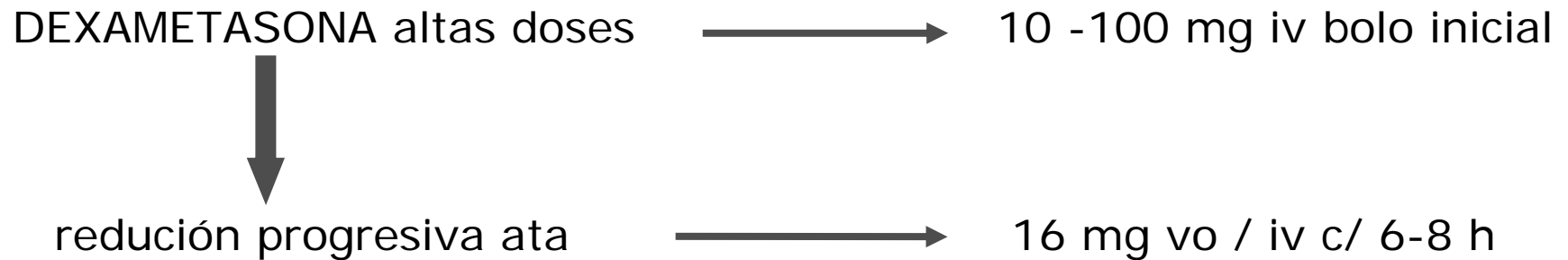
- é o corticoide máis potente
- non ten actividade mineralocorticoide
- é de elección nas metástases cerebrais (antiedema)

Presentacións de dexametasona:

- comprimidos 1 mg VO
- ampolas de 4 e 40 mg IV / SC / VO

## SÍNDROME COMPRESIÓN MEDULAR\*

Ante a sospeita de Compresión Medular actuarase de forma URXENTE :



## HIPERTENSIÓN INTRACRANEAL\*:

DEXAMETASONA	10-50 mg iv bolo inicial
	4 mg VO/IV/SC c/6 h mantemento

\* Ver Tema Urgencias

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL\* :

DEXAMETASONA : 24 mg/día (dende 8 ata 60 mg/día) IV / SC

ANOREXIA\*\* :

DEXAMETASONA: 4-10 mg vo ó sc c/24 h (3-4 semanas)

Ocasionalmente pódese utilizar para:

aumentar apetito

aumentar peso corporal

sensación de benestar

\* Ver Tema Urgencias

\*\* Ver Tema Síntomas dixestivos

## SÍNDROME VENA CAVA SUPERIOR \*

DEXAMETASONA  $\longrightarrow$  40 mg iv en bolo

Posteriormente: 4 mg c/ 6 h vía oral, SC o IV

## DEXAMETASONA: OUTRAS INDICACIONES

- Eficaz como coadjuvante en tratamiento de:
  - Dor neuropática
  - Dor metástases óseas
- En vómitos non secundarios á quimioterapia e na prevención dos vómitos inducidos pola quimioterapia

\* Ver Tema Urxencias



## NEUROLÉPTICOS (1)

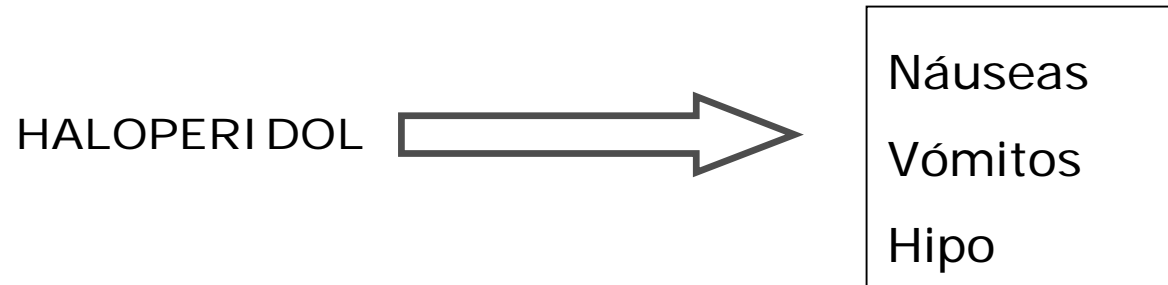
Utilización más frecuente:

- DELIRIUM
- SEDACIÓN
- VÓMITOS e HIPO de difícil control
- Ocasionalmente nalgún tipo de DOR (p.ex. Neuropática)  
asociado a antidepresivos

## NEUROLÉPTICOS (2)

HALOPERIDOL	→ presentación	Comprimidos 10 mg Gotas 2 mg/ml Ampolas 5, 50 y 100 mg
LEVOMEPRMAZINA	→ presentación	Comprimidos 25-100 mg Gotas 40 mg/ml Ampolas 25 mg
CLORPROMAZINA	→ presentación	Comprimidos 25-100 mg Gotas 40 mg/ml Ampolas 25 mg

## NEUROLÉPTICOS (3)



- Efecto menos sedante que Levomepromazina e Clorpromazina
- Útil como antiemético
- Pouco útil como adxuvante para a dor
- Non é de elección para sedación paliativa

DOSE habitual: 5-20 mg /día en 3-4 tomas e aumentar progresivamente según resposta.

10 gotas = 1 mg

## NEUROLÉPTICOS (4)

LEVOMEPRMAZINA



Disnea  
Delirium  
Ansiedade  
Sedación

- Efecto más sedativo
- Potencia AINE e Opioides

Dose habitual:

Disnea → 2,5-10 mg VO, SC

Delirium → 12,5-50 mg c/ 4-12 h VO, SC

Infusión SC → 50-200 mg/día

Bolos rescate → 12,5 mg 3-4 veces/día

## NEUROLÉPTICOS (5)

CLORPROMAZINA



Disnea  
Hipo  
Náuseas  
Vómitos

- Máis sedativo que Haloperidol
- Menos efecto analxésico como coadxuvante

Dose habitual:

Disnea → 7,5 – 25 mg c/6-8 h ou á demanda VO

Hipo → 25 mg c/ 6-8 h VO

Náuseas/vómitos → 25-50 mg c/ 6-8 h VO ou IV

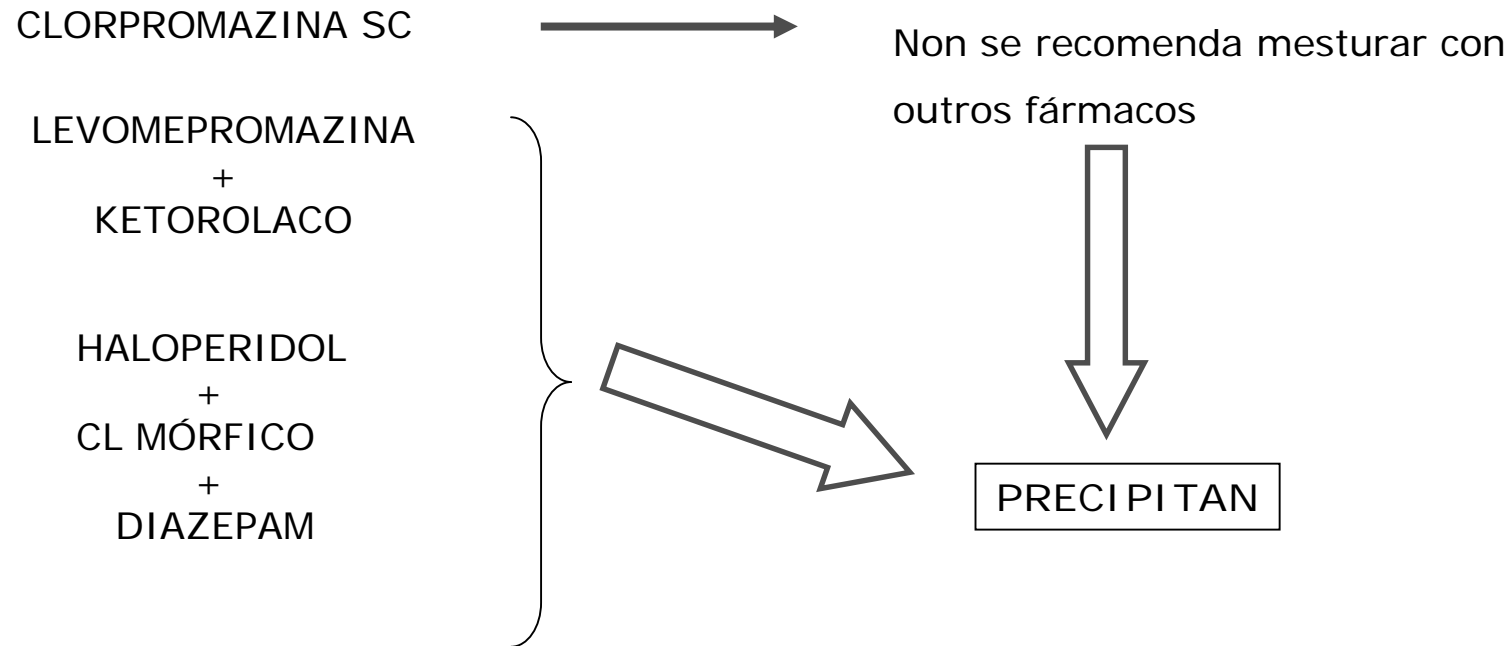
1 Gota = 1 mg

# NEUROLÉPTICOS (6)

## EN SEDACIÓN\*

LEVOMEPRMAZINA 1ª alternativa se predomina DELIRIUM

LEVOMEPRMAZINA 2ª alternativa se fracasa Midazolam en sedación por otros síntomas



\* Ver Tema Sedación

ANTI CONVULSIVANTES: na dor neuropática (1)

CARBAMAZEPINA  dose inicial : 100-200 mg pola noite



Incremento paulatino da dose. Máximo 1600 mg/día

Início acción ás 2-3 semanas

VALPROATO SÓDICO  Dose inicial 200-400 mg pola noite

Incrementos paulatinos ata dose máxima de 1.200 mg repartidos en tres tomas diarias.

## ANTI CONVULSIVANTES: na dor neuropática (2)

GABAPENTINA → Dose inicial 300 mg/24h en toma única nocturna

Incrementos paulatinos ata dose máxima de 3.600 mg repartidos en tres tomas.

PREGABALINA → Dose inicial 50 mg c/ 8 h  
ou 75 mg c/ 12 h



Incremento a 300 mg /día aos 3-5 días.  
Dose máxima 600 mg /24 horas.



## ANSIOLÍTICOS (1)

### BENZODIACEPINAS

Utilización máis frecuente en Coidados Paliativos:

- ANSIEDADE (tamén a asociada á disnea)
- INSOMNIO (non hai ensaios clínicos que valoren esta indicación)
- ANTICONVULSIVANTE: son de primeira elección
- SEDACIÓN

## ANSIOLÍTICOS (2)

### BENZODIACEPINAS EN ANSIEDADE

Os máis empregados:

- Acción curta:
  - MIDAZOLAM sc: 7.5 mg/8 horas
  - ALPRAZOLAM vo: 0.25-0.5 mg/8 horas
- Acción intermedia :
  - LORAZEPAM vo: 1-2 mg/8-12 horas
- Acción longa (se ansiedade entre dose ou final de dose)
  - DIAZEPAM vo 5-20 mg/2-4 veces ó día
- Ansiedade ou crise de pánico asociada a disnea (conxuntamente a haloperidol):
  - LORAZEPAM (vo 0.5-1 mg cada 4-12 horas)
  - ALPRAZOLAM (vo 0.25-0.5 mg/8 horas)
  - MIDAZOLAM (sc 7.5 mg/8 horas)
  - DIAZEPAM (vo 5-20 mg/12-24 horas)

## UTILIZACIÓN DE BENZODIACEPINAS EN INSOMNIO

Fármaco	Dose	Observaciones
Lorazepam	0.5-2 mg	Duración intermedia. Pouca sedación diurna
Lormetazepam	0.5-2 mg	
Diazepam	5-10 mg	Ansiedade diurna Disponibile en enema
Zolpidem	5-10 mg	Acción rápida e duración curta Precaución en hepatopatía
Zopiclona	7.5 mg	

## BENZODIACEPINAS COMO ANTI CONVULSIVANTES

De primeira elección:

- DIAZEPAM IV : 2.5-5 mg/min
- Pódese utilizar diazepam enema: 5-10 min

De Segunda elección e convulsións na fase de agonía:

- MIDAZOLAM sc: 10-15 mg

## ANTI DEPRESIVOS

Utilización más frecuente en Cuidados Paliativos:

- DOR NEUROPÁTICA
- DEPRESIÓN FASE FINAL DA VIDA
- ANSIEDADE E INSOMNIO ASOCIADO Á DEPRESIÓN

## ANTI DEPRESIVOS NA DOR NEUROPÁTICA

### ANTI DEPRESIVOS TRICÍCLICOS

- Amitriptilina → dor crónica neuropática  
50-150 mg /día. Dose Máxima 300 mg/día  
Pódese administrar en dose única nocturna
- Imipramina → 75-100 mg /día repartido en 3 tomas.  
Dose máxima 300 mg/día

Menos sedante que Amitriptilina.

Certo efecto euforizante que fai que se evite a toma nocturna.

## DEPRESIÓN

De elección  ISRS

- FLUOXETINA vía oral : 20 mg/día
- PAROXETINA vía oral: 20 mg/día
- SERTRALINA vía oral: 50-100 mg/día
- CITALOPRAM vía oral: 20 mg/día
- AMITRIPTILINA vía oral: 50-100 mg/día
- MIANSERINA vía oral: 20-60 mg/día
- TRAZODONA vía oral: 100-300 mg/día

Especial precaución ao asociar ISRS con tramadol por aumentar o risco de convulsións

## ANTI DEPRESIVOS E INSOMNIO

FÁRMACO	DOSE ORAL	OBSERVACIÓNS
AMITRIPTILINA	25-100 mg ó deitarse	Precaución en arritmias e cardiopatía isquémica
TRAZODONA	25-100 mg ó deitarse	
MIRTAZAPINA	15-30 mg ó deitarse	

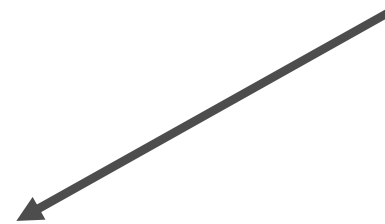


## ANESTÉSICOS TÓPICOS

Útiles na dor de áreas concretas

Aftas bucales dolorosas → Lidocaína viscosa

Dor Neuropática post-quirúrxica → Crema de Capsaicina  
( ej. Post-mastectomía)



A 1ª aplicación pode xerar aumento da dor que desaparece coas seguintes aplicacións.

## OUTROS FÁRMACOS (1)

### BACLOFENO

Mioclonías por opioides → 10-15 mg/8 horas vo  
Dose máxima: 100 mg/día

Hipo → 5-20 mg/8 horas vo

A retirada de baclofeno é gradual para evitar abstinencia

## OUTROS FÁRMACOS (2)

BIFOSFONATOS → Dor por metástases óseas  
Hipercalcemia maligna  
Útiles en Metástases líticas, Mieloma e cancro de mama

PAMIDRONATO → 90 mg iv en 2-4 h c/ 28 días  
(250 cc SSF ou SG 5%)

ZOLEDRONATO → 4 mg en 15 min c/28 días  
(50 ml SSF ou SG 5%)

Actualmente é o máis empregado pola súa facilidade de administración.

NOTA: control periódico de CALCEMIA se procede

## OUTROS FÁRMACOS (3)

CALCITONINA



Dor en metástases óseas

Hipercalcemia maligna

SALCATONINA (calcitonina salmón)



100-200 UI sc c/ 24 h

NOTA: Eficacia controvertida. Control de CALCEMIA periódico se procede

## BIBLIOGRAFÍA

1. John P. A. Ioannidis, Paul J. Hesketh, Joseph Lau . Contribution of dexamethasone to control of chemotherapy-induced nausea and vomiting: a meta-analysis of randomised evidence. *Journal of Clinical Oncology* 2000; 18: 3409-3422.
2. 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.
3. Cuidados Paliativos Domiciliarios. Atención Integral al paciente y su familia. Consejería de Salud Junta de Andalucía; 2003.

## DEMENCIA E OUTRAS ENFERMI DADES NEURODEXENERATIVAS

Fabeiro Romero, Domingo (Médico Atención Primaria SAP Muros)  
Fernández Merino, Carmen (Médico Atención Primaria SAP A Estrada)  
Lafuente Taboada, Ramón (Médico Atención Primaria UAP Serra de Outes)  
Villanueva Otero, Cristina (Médico de Atención Primaria SAP Muros)  
Masa Vázquez, Luis A. (Médico UHD-UPAL CHUS)

## Demencia e outras enfermidades neurodexenerativas:

- Criterios Demencia Terminal (GDS-FAST, I. Barthel, datos Comorbilidade, Documentación Clínica Progresión)
- Tratamento diferentes Trastornos asociados a Demencia (Insomnio, Depresión, Dor...)
- Criterios prognósticos enfermidade de Parkinson
- Criterios prognósticos ELA

## CRITERIOS DEMENCIA TERMINAL (1)

1- GDS/FAST(da clasificación de REISBERG)  $\geq 7c$  (Anexo Táboa 7)

2- Índice de Barthel  $\leq 20$  (Anexo Táboa 8)

3- Presenza de complicacións médicas:

a) Comorbilidade severa que requira tratamento médico

b) Comorbilidade asociada á propia demencia:

- Neumonía aspirativa
- Pielonefrite ou outra infección tracto urinario superior
- Septicemia
- Úlceras decúbito múltiples grao III-IV
- Febre recorrente tras antibioticoterapia.

c) Disfagia ou rechazo alimentación sólida e líquida que poida comprometer a vida do paciente, cunha perda de peso  $>10\%$  durante os seis meses previos ou unha albúmina  $< 2,5$  mg/dl



## CRITERIOS DEMENCIA TERMINAL (2)

4- Documentación clínica que indique progresión da enfermidade primaria:

- a) Sucesivas valoracións, estudos complementarios.
- b) Valorar visitas a urxencias e/ou hospitalizacións nos derradeiros 6 meses
- c) Múltiples demandas de atención sanitaria a domicilio

## CRITERIOS DEMENCIA TERMINAL (3)

Malnutrición  
Diabetes  
Enf. Cardiovascular  
Idade avanzada  
Neumonías de repetición  
Pielonefritis repetición  
Úlceras presión III-IV



COMORBILIDADE  
Empeoran o prognóstico vital

Solicitaremos aos cuidadores



ACTITUD TERAPÉUTICA  
DESEXADA

E INFORMAREMOS sobre



Limitación Esfuerzo Terapéutico

# MEDIDAS XERAIS NAS DEMENCIAS

## 1-Intervencións sobre o ámbito:

- Favorecer a orientación temporo-espacial:
  - Manter unha rutina (horarios, visitas,...)
- Adaptación sensorial do medio físico:
  - Ambiente agradable, non ruidoso, luz tenue pola noite...

## 2-Intervencións sobre enfermo, familia e cuidador:

- Favorecer comunicación entre cuidador e enfermo (simplificar mensaxes, comunicación non verbal, contacto físico...)
- Achegar información sobre o cuidado, evolución da enfermidade e os recursos sociosanitarios de apoio dispoñibles na zona
- Detección da sobrecarga do cuidador
- Atención ao do, axuda na elaboración do do, e acompañamento.

## TRASTORNO DO COMPORTAMENTO E SINTOMAS PSICOTICOS (1)

### AVALIACION DA SITUACIÓN:

E imprescindible avaliar se existe causa desencadente do comportamento:

- Carencias do paciente: fame, frío, incapacidade de comunicación...
- Causas médicas tratables
- ¿Trastorno psiquiátrico?: depresión, ansiedade, delirium...
- Factores ambientais que poden ser causa de axitación

## TRASTORNO DO COMPORTAMENTO E SINTOMAS PSICOTICOS (2)

- Se existe causa subxacente → tratala.
- Medidas non farmacolóxicas → base do tratamento
- Tratamento farmacolóxico
  - Debe acompañarse sempre de medidas non farmacolóxicas
  - A eficacia dos neurolépticos é limitada no tratamento das alteraciones conductuales

## TRASTORNO DO COMPORTAMENTO E SINTOMAS PSICOTICOS (3)

### ANTI PSICÓTICOS (1)

- Comezarse coa menor dose posible.
- Os incrementos da dose deben ser pequenos e lentos.
- Monitorizar efectos secundarios.
- Esperar algunhas semanas antes de valorar a eficacia total.
- O tratamento debe ser revisado periódicamente
- Na demencia por Parkinson evitaráanse neurolepticos típicos

Neurolépticos típicos:

Haloperidol

- Dose de inicio : 0,5-1mg/1-3 veces/día. Dose media: 1-5 mg/día.
- Efecto sedante inmediato, o antipsicótico completo tarda 3-6 días.
- Dose rescate: 2 mg vo ou sc/4h
- Efectos secundarios: Parkinsonismo, distonia aguda, disquinesias tardías)

## TRASTORNO DO COMPORTAMENTO E SINTOMAS PSICOTICOS (4)

### ANTI PSICÓTICOS (2)

Neurolépticos atípicos:

Risperidona: único antipsicótico atípico aprobado endemencias

- O efecto antipsicótico no é inmediato (tarda varias semanas)

-Dose: Aumentar lentamente:

Inicio: 0,5 mg ou 0,25 mg nos moi anciáns.

Aumentar na mesma proporción c/ 5-7 días ata dose axeitada.

Dose media 1 mg/día cun rango que oscila entre 0,25 e 2 g/día

Recoméndase non pasar de 2 mg/día na demencia.

Ao inicio fraccionar en dúas tomas /día, máis adiante 1 / 24h

Outros neurolépticos atípicos:

Olanzapina, Quetiapina (non aprobados en ficha tecnica para este uso)

## TRASTORNO DO COMPORTAMENTO E SINTOMAS PSICOTICOS (5)

### BENZODIAZEPINAS

- Útiles nos estados de ansiedade e no insomnio
- Poden producir ansiedade por un efecto paradoxal.
- Potencian os efectos da medicación antipsicótica
- Indicacións: alteracións transitorias do sono, estados de ansiedade, ou como premedicación ante situacións que provocan ansiedade (coidados podolóxicos, dentais, ...)
- De elección lorazepam 0,5-2 mg/día



## DEPRESIÓN

- Se existe sospeita de depresión, un tempo de proba cun antidepressivo (8 semanas ás doses terapéuticas) é una intervención razoable.
- Recoméndase o uso de ISRS: Fluoxetina, Paroxetina e Citalopram
- Se hai insomnio asociado, é útil a Trazodona a doses baixas (25-50 mg) como ansiolítico e indutor do sono.
- Evitar os antidepressivos Tricíclicos polos seus efectos secundarios

# INSOMNIO

1- Medidas non farmacolóxicas de insomnio

2- Medidas farmacolóxicas

Hipnóticos non benzodiazepínicos:

Zolpidem, (inicio 5-10mg/día), Zaleplon ( inicio 5-10mg/día),  
Zolpiclona (inicio 5 mg/día).

Benzodiazepinas vida media curta ou intermedia:

Lorazepam, Lormetazepam (empezando con 0,5 ata 1 - 2 mg/día)

Outros fármacos:

Clometiazol: (1 a 4 cápsulas/noite)

Antidepresivos sedantes:

- En insomnio asociado á depresión.

- Os que posúen máis claramente este perfil son:

mianserina, fluvoxamina, trazodona, mirtazapina

Antipsicóticos:

- De elección en insomnio asociado a psicose ou delirium.

- Preferiblemente usar nunha sola dose nocturna

## DOR

- Síntoma frecuente e difícil de detectar por:

Dificultade para comunicalo: afasia, deterioro cognitivo grave...

- O tratamento da dor na demencia é similar ao resto das patoloxías
- A causa da dor debe determinar o tratamento.
- Dor pola propia demencia: Inmobilidade, rixidez, espasticidade...
- Preguntarlle de forma rutinaria ao paciente /cuidadores se ten dor
- Debe implicar medidas farmacolóxicas e NON farmacolóxicas.
- Utilizar a escala analxésica da OMS
- Elexir o opioide apropiado.

Fentanilo e metadona teñen máis efectos <sup>2</sup>arios no ancián que a morfina.

- Dar o tratamento pautado, nunca a demanda.
- Se non estamos seguros da existencia da dor, está indicado facer unha proba terapéutica para avaliar a resposta

## TOMA DE DECISIONS EN PACIENTES CON DEMENCIA AVANZADA (1)

### 1- ¿Beneficiarse de ingreso hospitalario?

- Nivel de cobertura: ¿existen cuidadores, apoio equipos AP, HADO...?
- Situación Cuidador Principal : datos claudicación...
- Posibilidade de control sintomático no domicilio
- Grao de disrupción que poida causar o traslado ao hospital

### 2- Empleo de Antibióticos:

- En casos concretos, o seu uso pode ser paliativo: baixar febre, diminuir secrecións e malestar xeral.
- Na fase final non afectan á mortalidade.
- O uso parenteral pode supoñer mais riscos : flebitis, canalizacións repetidas, restricións físicas....

## TOMA DE DECISIONS EN PACIENTES CON DEMENCIA AVANZADA (2)

### 3- Problemas de Hidratación y Nutrición:

- Antes de decidir Nutrición Enteral (NE) ter en conta:
  - a) Obxectivo que se pretende: superar unha crise trala cal o enfermo volverá a súa situación basal ou manter NE a longo prazo.
  - b) A NE a longo prazo non supón melloría no estado nutricional destes pacientes e non modifica o pronóstico.
  - c) A NE xera molestias, tendencia a arrancar a sonda, con frecuencia hai que inmovilizar e/ou sedar ao paciente , o que xera mais complicacións
- Sempre que se poida utilizar vía oral: comida triturada, espesantes, xelatinas.
- É posible hidratación parenteral por vía subcutánea como parte do tratamento dun proceso agudo (soro fisiolóxico, glucosalino ou glucosado 5%), pero non está indicada de forma continuada e indefinida

## ENFERMI DADE DE PARKINSON

Clasificación por Estadíos de Hoehn y Yahr  
( Neurology ; 17:427-442.1967)

- 0 – non signos de enfermidade
- 1.0 – afectación exclusivamente unilateral
- 1.5 – afectación unilateral e axial
- 2.0 – afectación bilateral sen alteración do equilibrio
- 2.5 – afectación bilateral leve con recuperación na proba de retropulsión
- 3.0 – afectación bilateral leve a moderada, certa inestabilidade postural pero físicamente independente
- 4.0 – incapacidade grave, aínda capaz de camiñar ou de permanecer en pe sen axuda
- 5.0 – permanece nunha cadeira de rodas ou encamado e precisa axuda para todas as ABVD (Barthel)

estadio 5 de Hoehn e Yahr → Parkinson moi avanzado



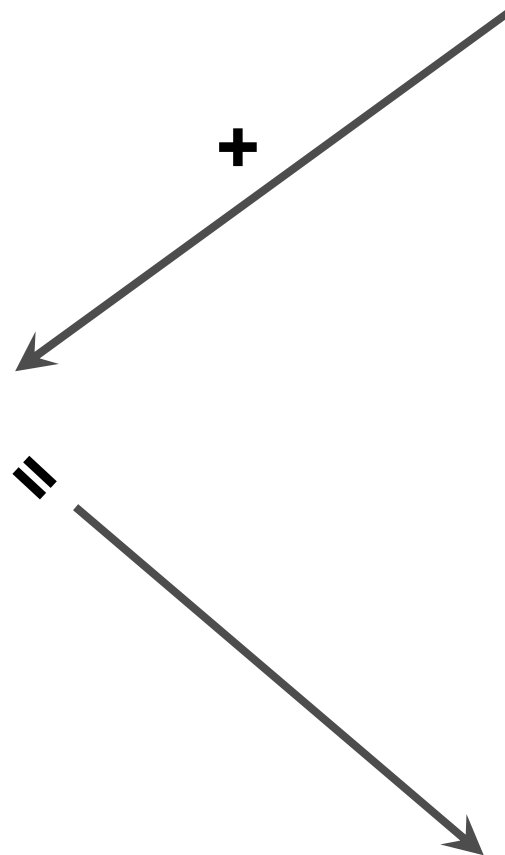
ineficacia total tratamento farmacolóxico  
invalidez total con perda de autonomía  
prácticamente o 100% do tempo na cama ou  
cadeira de rodas

COIDADOS PALIATIVOS →

control síntomas  
prevención úlceras decúbito  
mantemento postural extremidades  
coidados hixiánicos totais...

PARKINSON AVANZADO → estadio 5 de Hoehn e Yahr

- inmovilidade
- caídas frecuentes
- infecciones respiratorias
- infecciones urinarias
- agotamiento
- perda de peso
- disfagia



ensombrecen pronóstico vital



## TRATAMIENTO DE SINTOMAS ASOCIADOS A PARKINSON no estadio 5 de Hoehn e Yahr

1. Siempre que se pueda manter tratamiento específico
2. Fisioterapia pasiva : evitar anquilosis
3. Vixiar problemas deglutorios: espesantes para líquidos, comida triturada
4. Se axitación evitar neurolépticos típicos.  
útil : RISPERIDONA, OLANZAPINA
5. Se depresión + Insomnio : TRAZODONA. Evitar uso Tricíclicos

## CRITERIOS TERMINALIDADE ELA

- I Diminución crítica capacidade respiratoria :  $CV < 30\%$  do previsto  
Disnea significativa durante o descanso (sen actividade que produza fatiga)  
Requiren osixenoterapia durante o descanso.  
Enfermos que rexeitan intubación, traqueostomía ou respiración asistida.
  
- II Cando existen dificultades de alimentación críticas  
Non desexan someterse a alimentación artificial si a inxesta de nutrientes e fluídos e insuficiente para manter a vida.  
Continua perda de peso, deshidratación e hipovolemia.
  
- III Complicacións médicas que supoñan ameaza vital:
  - Neumonía por broncoaspiración recorrente, úlceras presión III-IV sobre todo se están infectadas.
  - Infeccións urinarias de repetición. Sepsis.
  - Febre recorrente tras antibioticoterapia.

## ELA : Medidas de Soporte

### Cuidados Nutrición :

Fases iniciais

enfermidade → suplementos nutritivos , diferentes texturas e sabores + espesantes

Se o paciente o desexa → PEG : antes de que CV Forzada inferior a 50%

Sonda gastrostomía

con control Rx → mellor tolerada dende punto de vista respiratorio.  
máis complicacións que PEG

En fases Avanzadas → VONTADE do PACIENTE

## ELA : Outras Medidas de Soporte

### Control Secrecións Respiratorias

Boa hidratación e fisioterapia respiratoria.

Uso de fármacos Betabloqueantes

Hioscina

Aspiración e limpeza vía aérea se é necesario.

Técnicas de tos manualmente asistidas

Nos momentos finais da enfermidade a “angustia” respiratoria pode controlarse con:

Benzodiazepinas e Cloruro Mórfico

## ELA : Outras Medidas de Soporte

Cambios posturais:

Preveñen escaras de presión.

Minimizan dor das articulacións.

Nas 1<sup>as</sup> Fases Enfermidade: Tratamento Rehabilitador

Uso de férulas pés equinos

Férulas extensión dedos ....

Se calambres musculares

y/ou Fasciculacions → Baclofen ou Tizanidina

Fenitoína: 300 mg/día

Carbamazepina: 20 mg/día

## ELA : Outras Medidas de Soporte

- Se espasticidade → Baclofeno 5-10 mg  
Ciclobenzaprina 10 mg
- Se risa  
ou llanto espasmódico → Amitriptilina 10-150 mg  
Carbonato de Litio 400-800 mg  
Levodopa 500-600 mg
- Se sialorrea → Amitriptilina 10-150 mg  
Atropina 0,3-0,6 mg  
Irradiación parótidas
- Alteracións do sono → Hidrato de cloral 500-1000 mg  
Difenhidramina 25-50 mg  
Hipnóticos vida curta

Ante situacións de terminalidade en ELA VALORAR:

1. Existencia de vontades anticipadas  $\longrightarrow$  desexo do paciente
2. Sintomatoloxía predominante:
  - Tratamento sintomático

Temos que recordar que as enfermidades neurodexenerativas (tipo ELA) o prognóstico é máis incierto polo que se aconsella ter unha actitude mixta activa/paliativa

## BIBLIOGRAFIA:

1. Grupo de trabajo de Cuidados Paliativos de la semFYC. Guia de atención al paciente al final de la vida. Barcelona semFYC Ediciones. 2008
2. Grupo de trabajo de Demencias de la semFYC. Demencias desde la Atención Primaria. Barcelona semFYC Ediciones. 2005.
3. Guia Practica sobre cuidados paliativos. Guias de Practica Clínica del SNS. Ministério de Sanidad y Consumo. Victoria- Gasteiz. 2008
4. NCGC. National Clinical Guideline Centre. DELIRIUM: diagnosis, prevention, and management. Clinica Guideline 103. July 2010
5. DEMENTIA. A NICE-SCIE Guideline on Supportin people with dementia and their carers in health and social care. November 2006.
6. Hoehn MM, Yahr MD. Parkinsonism: onset, progresion and mortality. *Neurology*; 17: 427-442. 1967
7. Stuart B, Alexander C, Arenella C, Connnor S, et al. Medical Guidlines for determining prognosis in selected non-cancer diseases. National Hospice Organization. Second Edition. Arlington. 1996.
8. Borasio GD, Voltz R, Miller RG. Palliative care in amyotrhc lateral sclerosis. *Neurol Clin* 19: 829-47, 2001
9. Pardo Fernández J. Cuidados Paliativos en ELA, en: 7º Congreso Nacional Federación Española de Hospitalización a Domicilio, 3-4junio Vigo; 2004



*DOCUMENTOS DE RECOMENDACIÓNS DE COIDADOS PALIATIVOS  
DA AREA DE SANTIAGO E PONTEVEDRA NORTE*

## SÍNTOMAS RESPIRATORIOS

Masa Vázquez, Luis A. (Médico UHD-UPAL CHUS)

## Síntomas respiratorios

- Disnea
- Derrame pleural maligno
- Hemoptise
- Tose
- Estertores premortem

DISNEA  50% pacientes con cancro e 95% EPOC grave

## Medidas TERAPÉUTICAS

Se causa disnea coñecida  Tratamento específico

Infección  Antibiótico...

Edema Pulmón  Diuréticos ...



Se ten relación co seu proceso:

Humedificación ambiente, Osixeno, elevar cabeceira

Diazepam : 5-10 mg c/ 6-8 horas

Lorazepam sublingual: 0,5-2 mg c/ 12 h

Clorpromazina : 25- 100 mg / 24 h

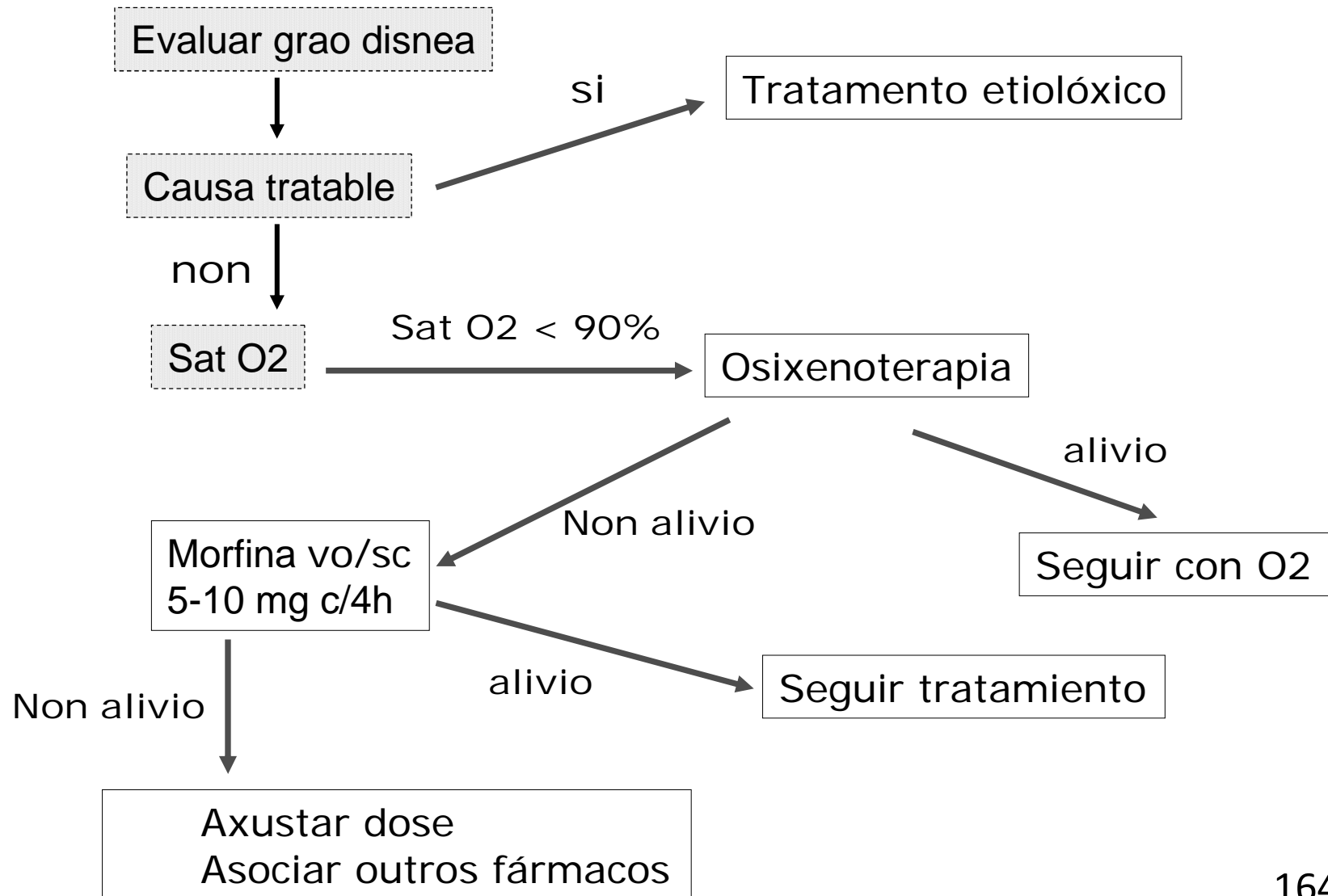
Midazolam sc: 2,5-5 mg c/ 4 h ou infusión sc contínua

Morfina: 5 mg c/ 4 h liberación rápida +/- 10-20 c/ 12 h retardada

se tomaba morfina aumentar 35-50 % a dose

Se linfanxite ou neumonite  Dexametasona 20-40 mg c/12h

## ACTITUDE ante NEOPLASIA + DISNEA



## DISNEA e DERRAME PLEURAL MALIGNO

Se o estado xeral do paciente o permite

Pleurodesis → Instilación Talco, Bleomicina, Tetraciclinas..

Pode repetirse a técnica se “fracasa” nunha 1ª ocasión

Se situación clínica do paciente non permite pleurodesis



Toracocentesis evacuadoras

Asociar medidas farmacolóxicas da disnea e si se precisa Osixenoterapia

Na cama deitar ao paciente en decúbito lateral do lado afecto

## HEMOPTISE

Hemoptise masiva en paciente terminal  SEDACIÓN\*

Hemoptise Leve:

Antitusíxenos\*

Hemostáticos: Ac. Tranexámico : 1g c/8 h vo  
1g c/8 h iv

Ac. Aminocaproico : 4 g c/6-8 h vo

\* Ver Temas sedación e tratamento da Tose

## TOSE

Nestes pacientes a tose non supón mecanismo de defensa e pode aumentar a dor e o debilitamento.

Antes de tratamento descartar que se deba a:

- Fármacos (IECAs)
  - Insuficiencia cardiaca
  - Infección respiratoria
  - Refluxo gastroesofáxico
- } Tratar causa, retirar fármacos

### TOSE Productiva:

se moviliza secrecións → Mucolíticos  
Antitusixenos se tose incapacitante

se non moviliza secrecións → Opioides: codeína, dextrometorfano  
Hioscina oral ou sc

### TOSE Seca (non productiva):

Antitusixenos centrais: → Codeína 30-60 mg c/4h  
Dextrometorfan 15-30 mg c/ 6 h  
Nebulizacións Lidocaina 2%: 5 ml c/ 6h

## ESTERTORES PREMORTEM

- Pódense confundir co edema agudo do pulmón
- É un síntoma que angustia moito as familias
- Débense ao movemento das secrecións na hipofaringe

### Tratamento:

1. Evitar aspiracións e explicar aos familiares que as secrecións non lle fan dano ao paciente
2. Butilbromuro de Hioscina 20-60 mg infusión sc  
dose máxima 240 mg/día  
(ampolas de 20 mg)



## BIBLIOGRAFÍA

1. Ahmedzai S. Palliation of respiratory symptoms. En: derek Doyle et al, Oxford texbook of Palliative Medicine, 2<sup>a</sup> edition. Oxford Medical Publications. Oxford, 1998
2. Ojeda Martín M, Navarro Marreiro MA. Síntomas respiratorios. En: Gómez Sancho et al. Cuidados Paliativos en la Cultura Latina. Arán ediciones, 1999
3. Grupo de traballo da Guía de Práctica Clínica sobre Coidados Paliativos. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Madrid: Plan Nacional para o SNS do MSC. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias do País Vasco; 2008. Guías de Práctica Clínica no SNS.

*DOCUMENTOS DE RECOMENDACIÓNS DE COIDADOS PALIATIVOS  
DA AREA DE SANTIAGO E PONTEVEDRA NORTE*

## SÍNTOMAS CARDÍACOS

Masa Vázquez, Luis A. ( Médico UHD-UPAL. CHUS)

INSUFICIENCIA CARDÍACA → Síndrome clínico caracterizado por:

- Disfunción ventricular
- Disfunción neurohormonal cardíaca.

### SÍNTOMAS CARDINAIS

- Diminución capacidad funcional
- Retención de Líquidos

## CLASIFICACIÓN FUNCIONAL SEGUNDO A NYHA

(New York Heart Association)

clase funcional I : actividade ordinaria sen síntomas. Non limitación da actividade física

clase funcional II : o paciente tolera a actividade ordinaria pero xa existe limitación de actividade física aparecendo disnea con esforzos intensos

clase funcional III : a actividade física que o paciente pode realizar é inferior á ordinaria, está moi limitado pola disnea

clase funcional IV : o paciente ten disnea ao menor esforzo ou en reposo e é incapaz de realizar calquera actividade física

# Clasificación Insuficiencia Cardiaca segundo a ACC/AHA

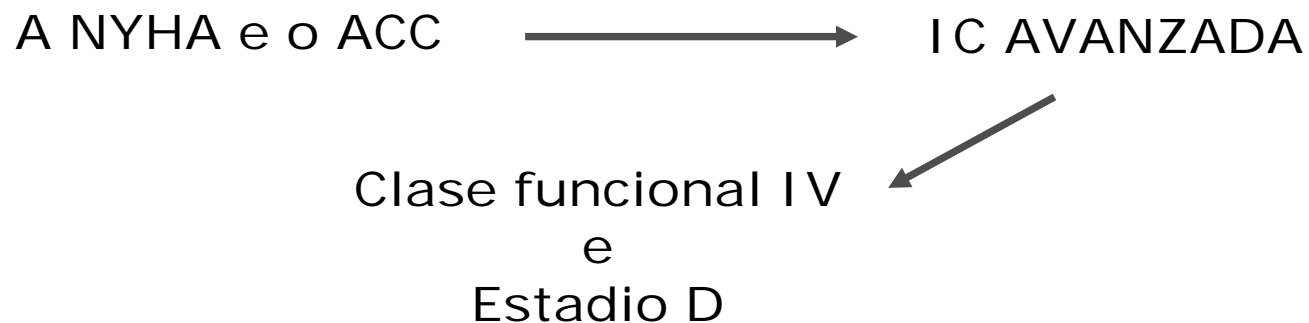
American College of Cardiology / American Heart Association

etapa A : pacientes en alto risco de desenvolver IC, sen anormalidade estrutural aparente

etapa B : pacientes asintomáticos, con anormalidade estrutural (antecedentes de IAM, baixa fracción exección, hipertrófia ventricular esquerda, valvulopatía asintomática)

etapa C : pacientes sintomáticos con anormalidade estrutural

etapa D : pacientes sintomáticos, con anormalidade estrutural, refractarios ao tratamento estándar



## **¿CÁNDO IC FASE AVANZADA/TERMINAL → CUIDADOS PALIATIVOS?**

A situación clínica de terminalidade ven dada cando a insuficiencia cardíaca avanzada é refractaria ao tratamento médico e non é subsidiaria de trasplante cardíaco.

Dispoñemos de factores prognósticos orientativos que nos permiten sospeitar da situación de enfermidade terminal.

O tratamento activo da IC debemos mantelo ata as fases avanzadas/terminais nas que as medidas de control de síntomas adquiren relevancia.

## FACTORES PROGNÓSTICOS RELACIONADOS COA SITUACIÓN DE TERMINALIDADE EN IC:

- Disnea grado IV da NYHA
- Fracción de exacción < 20%
- Persistencia síntomas IC a pesar de tratamento correcto
- Enfermidade refractaria ao tratamento farmacolóxico e non subsidiaria de trasplante cardíaco.

IC Avanzada Terminal  Estadio D da ACC e IV da NYHA :

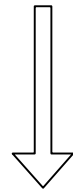
“Mala resposta a todo tipo de tratamento, deterioro importante da calidade de vida, tanto física como emocional, hospitalización frecuentes e unha esperanza de vida corta”.

## ABORDAXE TERAPÉUTICO

- Aliviar Síntomas
- Maior calidade de vida
- Evitar progresión da enfermidade
- Prolongar supervivencia

### EVITAR:

- Infeccións intercurrentes
- Incumprimento Terapéutico



- I. MEDIDAS XERAIS
- II. MEDIDAS TERAPÉUTICAS



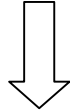
## IC : MEDIDAS XERAIS

- Dieta hiposódica : 2-3 g Na/día
- Control de peso 2 veces á semana
- Exercicio físico adaptado á situación clínica
- Reducir o estrés
- Evitar tóxicos: alcohol, tabaco, bebidas excitantes
- Evitar fármacos inadecuados: AINEs, Corticoides, ...
- Educación sanitaria a paciente e familia
- Facilitar a aceptación do tratamento
- Tratamento precoz de infeccións e prevención das mesmas

## ABORDAXE TERAPÉUTICO 1

1. IECAs : indicados en todos os estadios NYHA.

Se mala tolerancia a IECAs



ARA-II



melloran prognóstico IC

vixiar función renal e K, tose seca, edema anxioneurótico

2. DIURÉTICOS :

a) Espironolactona a doses baixas

b) se mala resposta asociar Furosemida

vixiar función renal e electrolitos

## ABORDAXE TERAPÉUTICO 2

3. Se mala resposta a IECAs + Diuréticos poden asociarse

BETA-Bloqueantes: Bisoprolol  
Metoprolol  
Carvedilol

Si pacientes estables (non hipotensión, non bradicardia..)  
Contraindicados en Bloqueo AV, IC inestable, arteriopatía grave,  
Asma e EPOC severo

4. En IC avanzada – Refractaria e Terminal:

- a) MORFINA : efecto vasodilatador, ansiolítico,  
reduce traballo respiratorio e dor de isquemia
- b) DIAZEPAM: Diminúe ansiedade
- c) OSIXENO : efecto psicológico moi importante

## BIBLIOGRAFÍA:

1. Stuart B, Alexander C, Arenella C, Connor S et al. Medical Guidelines for determining prognosis in selected non-cancer diseases. National Hospice Organization. Second Edition. Arlington. 1996
2. Millane T, Jackson G, Gibbs CR, Lip GYH. ABC of heart failure acute And Chronic management strategies. BMJ 2000; 320: 559-62

*DOCUMENTOS DE RECOMENDACIONES DE CUIDADOS PALIATIVOS  
DA AREA DE SANTIAGO E PONTEVEDRA NORTE*

## **SÍNTOMAS DIXESTIVOS**

Fiaño Ronquete, Caridad (Médica Central Coordinación 061)

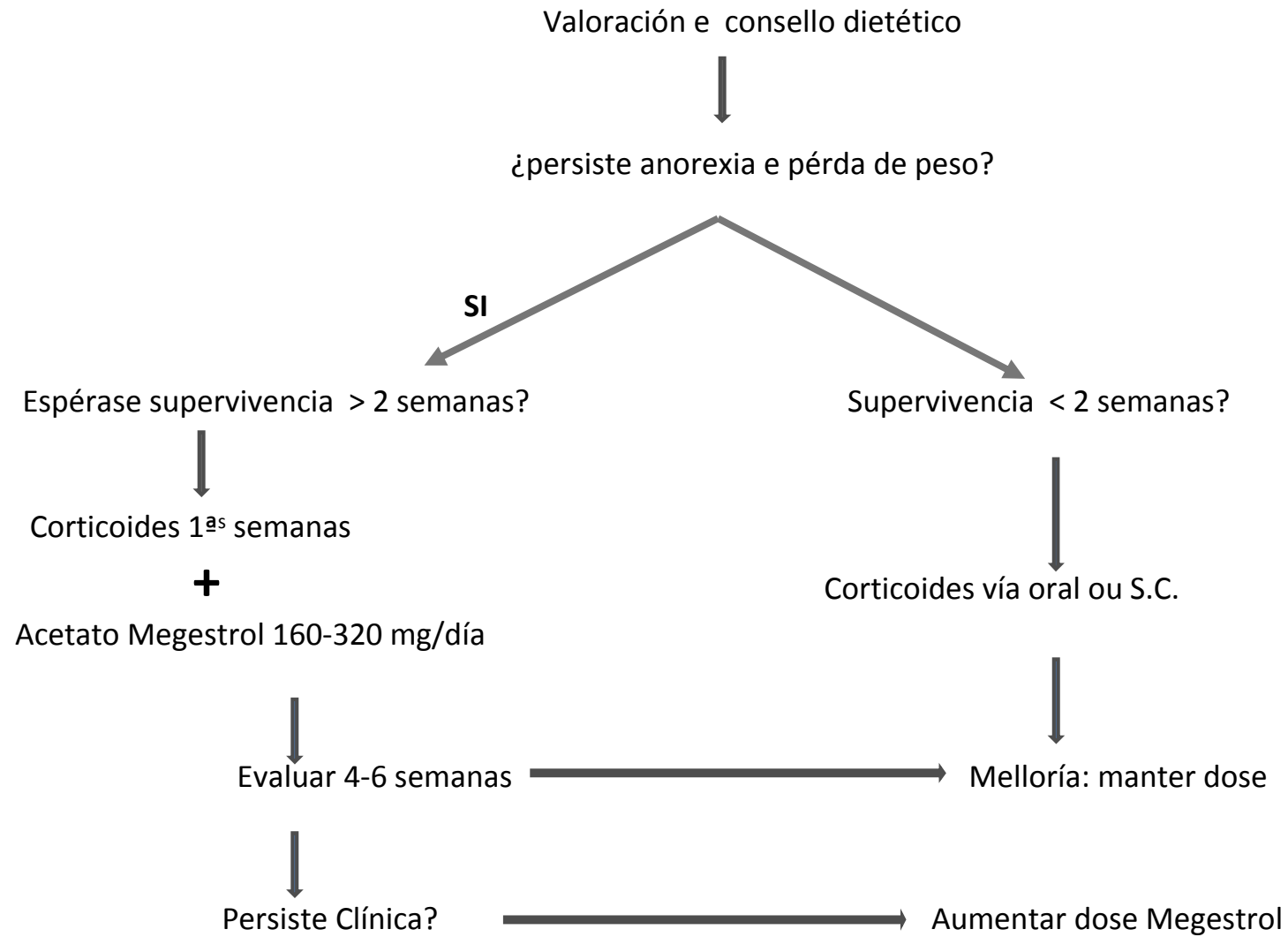
Puime Montero, Paloma (Médica Atención Primaria UAP Os Tilos)

Rojo Grandío, Yolanda (Médica Atención Primaria UAP Brión)

## Síntomas Digestivos

- Anorexia
- Mucosite
- Xerostomía
- Candidiase
- Disfagia
- Náuseas e vómitos
- Estrinximento
- Diarrea
- Ascite
- Hipo
- Síndrome aplastamento gástrico
- Obstrucción intestinal

# ANOREXIA (1)



## ANOREXIA (2)

- Corticosteroides : dexametasona 4-10 mg vo ou sc c/24 h  
3-4 semanas.

- Acetato de Megestrol: 160 mg / día



altas doses : 800-1200 mg/ día

Comenzo de acción entre 10 e 14 días.

- AINE : Ibuprofeno + Acetato Megestrol



400 mg c/8 h



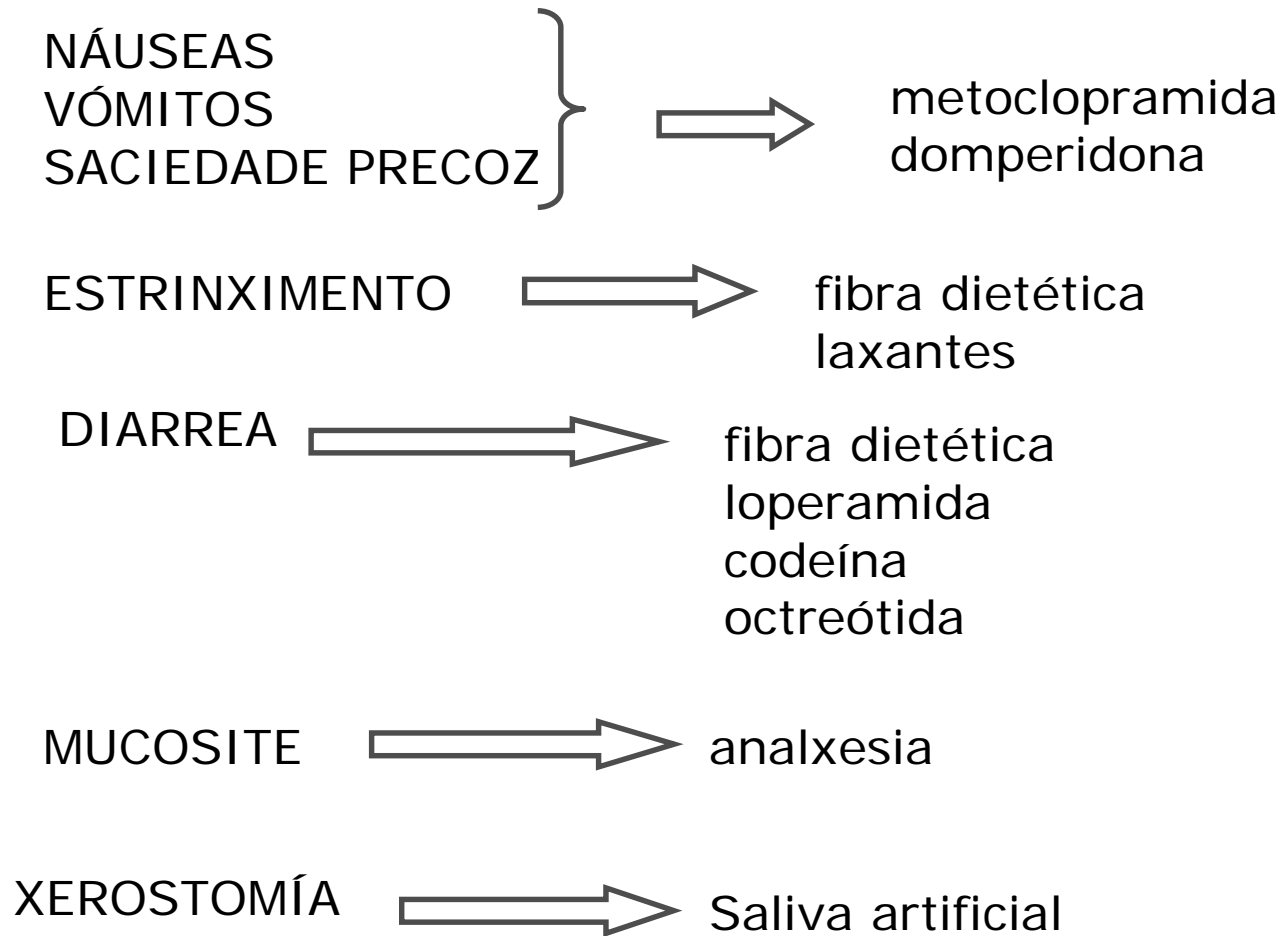
160 c/8 h

- ANTI DEPRESIVOS: Amitriptilina: 25-75 mg c/ 24 h.



## ANOREXIA (3)

Tratamento dos sintomas que poden interferir coa inxesta:



# MUCOSITE

## **Hixiene coidadosa da boca :**

- Astillas de xeo
- Solución de mucosite: difenhidramina ao 0,25%, hidróxido de aluminio e lidocaína clorhidrato (2%), mesturar a partes iguais
- Sucralfato: enxaugar e tragar
- Enzimas hidrolíticas (papaína, tripsina, quimiotripsina) en mucosite moderada ou grave
- Se dor intensa analxesia vía oral, sc, ou parental, podéndose chegar ao emprego de opioides
- Outros tratamentos menos apoiados pola evidencia:
  - Povidona iodada: enxaugaduras 10ml/8-12h
  - Benzidamina: 15ml/6, cp. ou enxaugaduras

## XEROSTOMÍA

-Hixiene coidadosa da cavidade oral

-Estimulantes da saliva: gomas de mascar, froita fría (piña), astilla de xeo

-Saliva artificial (metilcelulosa, esencia de limón e auga)

-Se é secundaria a radioterapia:Pilocarpina: 5- 10 mg/8h (contraindicado en úlceras).

Provoca aumento da sudoración

-Solucións desbridantes:  $\frac{3}{4}$  de bicarbonato ou soro fisiolóxico +  $\frac{1}{4}$  de auga aplicado como enxaugaduras ou bastonciños de algodón

## CANDIDIASE

-En pacientes con risco de padecela:

Ketoconazol: 400 mg /día durante 15 días

Fluconazol: 50 mg /día v.o. durante 15 días

Itraconazol: 50 mg /día v.o. durante 15 días

-En estadios iniciais:

Solución de nistatina cada 4 horas enxaugar e tragar, 10 días

Miconazol: 500 mg / 6 h

-Se non melloría, fluconazol, ketoconazol ou itraconazol mesmas doses que profilaxe durante 15 días

## DISFAXIA

-Orixe reversible, tratar causa (candidiase, esofaxitis)

-Espesantes se disfaxia para líquidos

-Corticoides se a orixe é edema peritumoral :

Dexametasona 10 mg/ día v.o. o 4 mg/día via parental

-Radioterapia nos casos de masa obstrutiva

-Ciruxía en pacientes con neoplasia potencialmente resecable

-Laserterapia para queimar e vaporizar tecido neoplásico

-Segundo as expectativas de vida, pódese recorrer á sonda nasogástrica, a gastrostomía ou yeyunostomía

-En disfaxia debida a tumores primarios esofáxicos, pódese recurrir a braquiterapia ou colocación de stens por vía endoscópica

## NAÚSEAS E VÓMITOS

Metoclopramida a demanda como profilaxis se os risco de emesis é baixo

Se o risco é alto: Ondasetrón 16-24 mg/día ou asociado a Dexametasona 20 mg/día

Pódese engadir según a etioloxía:

- Secundarios á quimioterapia:
  - dexametasona (4-8 mg/12h)
  - Metoclopramida (5-10mg/ 8h v.o.)
  - Domperidona (20 mg/ 6h)
- Secundarios a opioides:
  - Cambio de opioide se é posible
  - Haloperidol :15-30 gotas dose nocturna ou 1.5-3mg/día sc ; 1ª elección
  - Domperidona 10-20 mg/6- 8h v.o
  - Metoclopramida 10-20 mg/6- 8h oral ou s.c.
  - Dexametasona
- Secundarios Hipertensión intracraneal:
  - Dexametasona
- Secundarios a S.Vertixinoso:
  - Antihistamínicos: hidroxicina 25-100 mr/6-8h.

En náuseas e vómitos anticipatorios: Benzodicepinas engadidas a antieméticos e apoio psicolóxico

## ESTRINXIMENTO

- Limitar ao máximo o uso de fármacos que provoquen estrinximento
- Hidratación axeitada
- Estimular mobilización
- Adaptación da dieta e engadir fibra sempre que sexa posible
- Emprego de laxantes orales despois de descartar fecaloma:
  - Osmóticos: : lactulosa 30 cc/ 6-8, polietilenglicol 1/8h
  - Activadores del peristaltismo intestinal: senósidos (12-72 mg/día )
  - Detergentes : Parafina : 15 ml c/ 12 horas
- Se non é suficiente engadir:
  - lactulosa/polietilenglicol + senósido + parafina 5-10 cc de c/ fármaco c/ 8 h
- Medidas rectales como supositorios (glicerina ) enemas e microenema
- Se hai fecaloma, desimplactación
- Co uso de morfina e outros opiáceos, acompañar sempre laxantes
- En fase terminal tratar só se molestias importantes

## DIARREA

- Intentar identificar a causa
- Dieta apropiada con achega de líquidos e sales para evitar a deshidratación
- Loperamida: Fármaco de primeira elección: 4 mg v.o. de inicio, seguido de 2 mg tras deposición ata un máximo de 16 mg/día
- Codeína: 30-60 mg/ 6-8 h v.o.
- Morfina: 10-30 mg/12h
- Se diarrea de orixe biliar: Colestiramina 1 sobre/8h
- Se diarrea con esteatorrea: Pancreatina 2 comp /8h
- Se secundaria a radioterapia: naproxeno 250-500 mg/12h
- En diarreas refractarias pódese empregar octeotrido (uso hospitalario) a doses progresivas ata 500 cc en infusión



## ASCITE

- Dieta hiposódica e restricción hídrica.
- En ascite leve: diuréticos (pouco eficaces en ascite tumoral)
  - Espirinolactona ata 400 mg día v.o.
  - Furosemida 40-100 mg/día
- Paracentese: evacuación de ata 5-8 L por sesión. Alivio de síntomas sobre todo en ascite tumoral, pero existe risco de insuficiencia renal e hipovolemia.
- Betabloqueantes para diminuir a presión portal.
- Derivacións peritoneo-venosas nos casos seleccionados tras o fracaso das medidas anteriores e nunca en ascite tumoral.

## HIPO

-Medidas físicas: apnea forzada, masaxe paladar brando

-Baclofeno: 5-10 mg/12 h v.o.

Metoclopramida: 10/mg/6-8h. v.o.

Clorpromazina: 25-50mg/6-8h. v.o.

Nifedipino: 10-20 mg/8h v.o.

Haloperidol: 3 mg/día v.o.

Omeprazol: 20 mg/día v.o.

Midazolan: s.c. / i.v. no caso de hipo resistente

Se se coñece a causa → TRATAR:

Tumor cerebral  
Tumores irritantes frénicos  
Infeccións

Dexametasona  
valorar Radioterapia  
Antibióticos

## SÍNDROME APLASTAMENTO GÁSTRICO

- Realizar comidas de pouca cantidade pero con máis frecuencia
- Antiácidos
- Metoclopramida: 10-20 mg/6-8h. v.o.
- Analgesia: Opioides se dor moderado ou severo
- Haloperidol como antiemético de orixen central vía s.c.
- Dexametasona en bolos i.v. (40-60 mg/12h) nun intento de diminuir a compresión gástrica
- Se ascite  $\longrightarrow$  peracentesis

## OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

- Endoscopia para colocación de prótese autoexpandible
- Ciruxía, en pacientes en boas condicións e cando a causa sexa reversible
- Médico: Dirixido ao alivio dos síntomas dor, nauseas, vómitos

Dexametasona: 24 mg /día

Haloperidol: 2,5-15 mg s.c./24 h

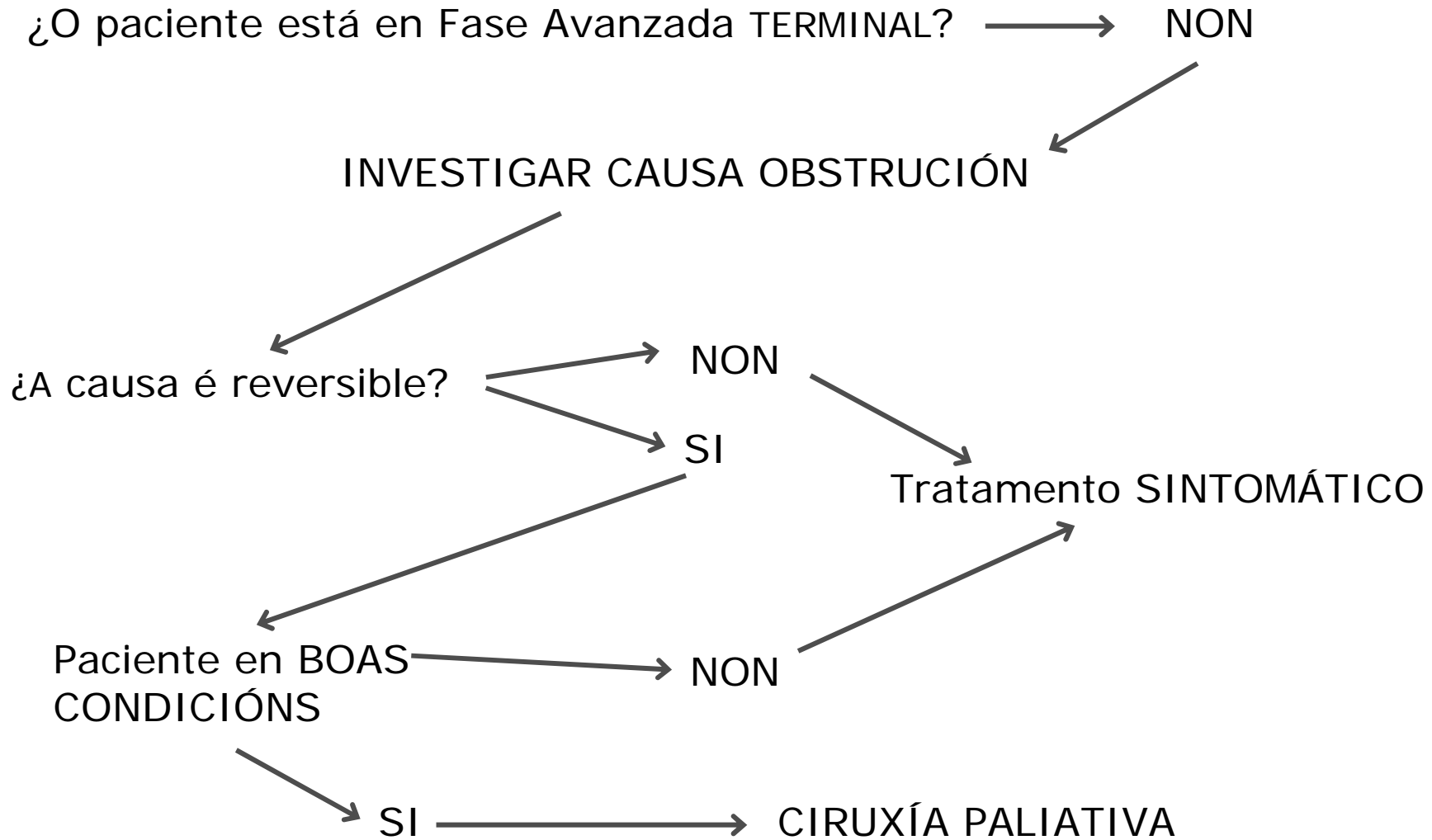
Morfina: infusión s.c. /24h

Octreotida\*: 100-600 mg/día s.c. repartido en 2-3 tomas

-Se a clínica é de difícil control, plantexar sedación

(\*Sen indicación en ficha técnica pero empleado na práctica médica)

# OBSTRUCCIÓN INTESTINAL



## BIBLIOGRAFÍA

1. Grupo de traballo da Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Madrid: Plan Nacional para o SNS do MSC. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias do País Vasco; 2008. Guías de Práctica Clínica no SNS.
2. Martín Zurro, A, Cano Pérez, J.F. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. Sexta edición Barcelona 2008 pax 1767-1772.
3. Lamelo Alfonsín F, Charlín Pato G, Fernández Calvo O, García Campelo MR. Control de síntomas en Cuidados paliativos. Guías Clínicas. Fisterre.com, (acceso 24/10/10). Disponible en: [www.fisterra.com/guias2/sintomas.asp](http://www.fisterra.com/guias2/sintomas.asp).
4. Sociedade Española de Cuidados Paliativos. Guías de Cuidados Paliativos. Tratamiento de síntomas digestivos. En internet (acceso 25/10/10). Disponible en: [www.secpal.com/guiacp/index.php?acc=ocho](http://www.secpal.com/guiacp/index.php?acc=ocho).

## SÍNTOMAS UROLÓXICOS

Mirás Bello, Carlos (Médico Central Coordinación 061)  
Sueiro Justel, Jesús (Médico Atención Primaria SAP C. Arenal)  
Rodríguez Campos, José (Médico Atención Primaria SAP Padrón)  
Manuel Portela Romero (Médico Atención Primaria SAP Padrón)

## Síntomas urológicos

- Disuria
- Tenesmo urinario
- Incontinencia urinaria
- Espasmo vesical
- Hematuria macroscópica
- Uropatía Obstrutiva



## DISURIA

1. Se existe Infección: —————> Tratamiento específico
2. AINEs:
  1. Naproxeno 500 mg/12 horas vo.
  2. Ibuprofeno 400-600 mg/6-8 horas vo.
3. Espasmolíticos Anticolinérgicos:
  1. Oxibutinina: 5-10 mg / 8 horas vo
  2. Flavoxato: 200 mg / 8 horas vo
4. Analgésicos urinarios:

Fenazopiridina, (50 mg fenazopiridina + 125 mg de sulfametizol).  
1-2 comp/8 horas).
5. Alcalinización urina:

2,5 gr citrato potásico c/8-12 h
6. Instilar localmente Lidocaína Xel

## TENESMO VESICAL

1. Descartar Infección
2. Descartar constipación (realizar tacto rectal)
3. Descartar fármacos: Fenotiacinas ,Butirofenonas , Anticolinérgicos
4. Tratamiento farmacológico:

- Bloqueantes Alfa-Adrenérgicos :

Prazosina: 0,5-1 mg/8-12 horas. Iniciar con dose nocturna por risco de hipotensión ortostática.

- Anticolinesterásicos :

Piridostigmina: 60 mg/24 horas

5. Sondaxe vesical.

## INCONTINENCIA URINARIA

- Tratar a causa reversible: diminuir os diuréticos, tratar a infección e adoptar medidas xerais como reducir bebidas excitantes, reducir a inxesta de líquidos en tarde e noite.
- Incompetencias completas: sonda vesical.
- Tratamento farmacolóxico:
  - Oxibutinina (5-10 mg / 8-12 h).
  - Flavoxato (100-200 mg cada 12 h).
  - Amitriptilina ou Imipramina (25-50 mg pola noite).

## ESPASMO VESICAL

Antibióticos : se datos infección urinaria

Laxantes: se constipación

Cambio de sonda urinaria ou diminuir inflado do balón

Tratamento farmacolóxico

- Amitriptilina 25-50 mg c/ 24 horas vo
- Hioscina : 10-20 mg c/ 8 horas vo ou sc
- Oxibutinina : 2,5-5 mg c/ 6 horas vo
- Naproxeno: 250-500 c/12 horas vo

Lidocaína ao 2%: 20 ml diluída en SSF por sonda vesical, obturar durante 20-60 minutos. Se é preciso pódese pautar cada 8-12 horas.

Bupivacaína ao 0,25 %: 10 ml en 20 ml de SSF a través de sonda vesical, obturando durante 30 minutos. Pódese pautar cada 8 horas.

## RETENCIÓN URINARIA

Sondaxe vesical con sonda de Foley

Descartar causas farmacológicas:

Anticolinérgicos	}	poden producir retención
Antidepresivos		
Alfa-Adrenérgicos		
Beta-adrenérgicos		

Se se descoñece causa e situación do paciente o permite:

Descartar prostatismo  
Tumores primarios  
Metástases....

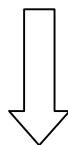
RECORDAR: Inquietude / Axitación poden ser indicativos de retención aguda de urina

## HEMATURIA MACROSCÓPI CA

Sonda de tres vías e irrigación soro ata desaparición de coágulos e cese sangrado.

Valorar Radioterapia con fins hemostásicos.

Acido Tranexámico: 1 gr 1v lento c/ 8 h  
1 gr vo c/6-8 h

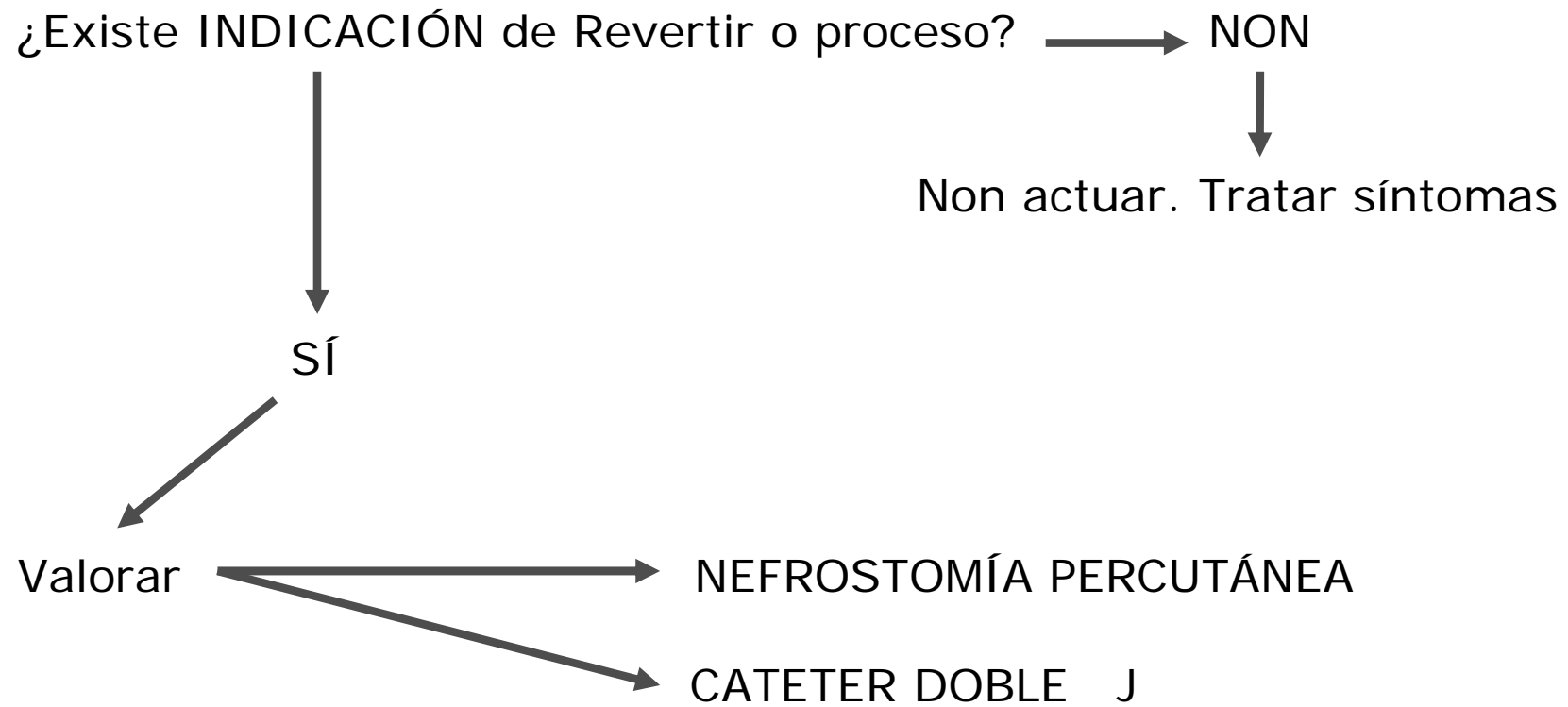


¿ potencial retención de coágulos?

Outras posibilidades a valorar son instilación de aluminio ou nitrato de prata na vexiga.

¿Hematuria orixen renal? → ¿Nefrectomía?  
→ ¿Embolización?

# UROPATÍA OBSTRUCTIVA BILATERAL



## BIBLIOGRAFIA

1. Marrero Martín MS, Ojeda Martín M. Síntomas urinarios. En: Cuidados Paliativos: Atención integral a enfermos terminales. Gomez sancho M (ed). Las Palmas: ICEPSS, 571-580, 1990
2. Del Rio Pazos L, García Gonzalez J, León Mateos L, Barón Duarte FJ. Síntomas Genitourinarios. En: Guías Médicas SECPAL. ([WWW.SECPAL.com](http://WWW.SECPAL.com)).
3. Norman R, Balley G. genito-urinary problems in pallative medicine. In: Doyle D, Hanks G, Chrenney N, Callmank, editors. Oxford: Oxford University Press. 2004



## DELIRIUM, AGONÍA E SEDACIÓN

Lires Rodríguez, Carmen (Médica Atención Primaria SAP Boiro)

Vázquez Vilas, Consuelo (DUE Atención Primaria SAP Boiro)

Ferro Castaño, Rosa (DUE Atención Primaria SAP Ribeira)

López Abuín, Eva (DUE Atención Primaria SAP Ribeira)

Teixeira Vila, José R. (DUE Atención Primaria UAP Pobra)

Rodríguez García, José M. (Médico Atención Primaria UAP Pobra)

Crujeiras Sampedro, José A. (Médico Atención Primaria SAP Ribeira)

Iglesias Gallego Marina (Médica HADO Barbanza)

## DELIRIUM (1)

### CAUSAS REVERSIBLES:

Causas metabólicas: deshidratación, alteraciones electrolíticas, encefalopatía hepática, hipoxia....

Causas Tóxicofarmacológicas

Infecciones

Retención urinaria

Fecalomas

Otras

### CAUSAS IRREVERSIBLES:

Dexeneración cerebral por tumores primarios ou secundarios

Fracaso orgánico: hepatico/renal

## DELIRIUM (2)

### TRATAMENTO

#### MEDIDAS XERAIS:

Entorno adecuado, manter referencias familiares, evitar medidas de restrición física, transmitir confianza.

É importante que nestos momentos os familiares manteñan a tranquilidade, que falen ao paciente e que non perdan o contacto físico

Se reversible, tratar causa

## DELIRIUM (3)

### FÁRMACOS:

Haloperidol: é de elección ante a presenza de alucinacións, toxicidade por opioides ou alteracións metabólicas

Dose: 2 mg vo o sc c/4-6h (dose de rescate c/1h). Se axitación severa pódese administrar c/15 min durante a 1ª hora; dose máxima 100 mg en 24h

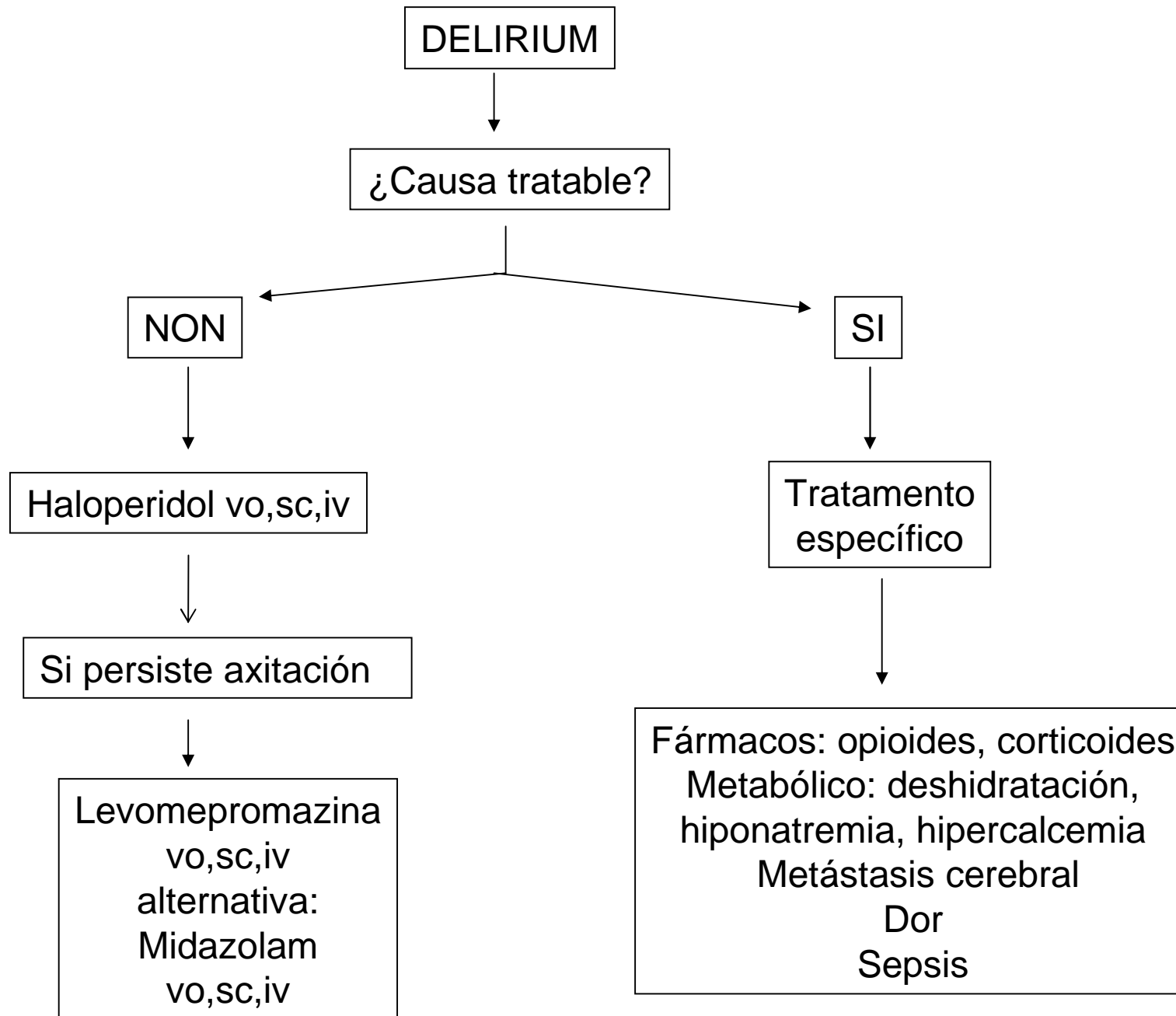
Benzodiacepinas en caso de cadros con axitación e ansiedade:

Midazolan: bolo inicial de 5 mg e posterior infusión continua sc de 15 - 30 mg c/24h

Loracepan: 0.5 – 2 mg vo o sc/6 – 8 h

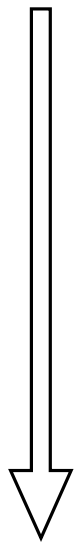
Levomepromazina: importante acción sedante, pode producir hipotensión

Dosis: 25-50 mg en 24h



## AGONÍA (1)

### O CONFORT NA AGONÍA



FÁRMACOS  
AMBIENTE  
COIDADOS XERAIS  
INCAPACIDADE INXESTA  
ESTERTORES PRE-MORTEN  
AXITACIÓN TERMINAL  
COIDADOS PSICOLÓXICOS  
COIDADOS SOCIAIS  
COIDADOS ESPIRITUAIS

#### FÁRMACOS:

Só fármacos de utilidade  
Suspende fármacos innecesarios  
Recurrir á vía subcutánea se falla vía oral

#### AMBIENTE:

Habitación limpa e ordeada  
Boa ventilación  
Evitar ruidos e manter luz tenue

## AGONÍA (2)

### COIDADOS XERAIS:

PEL: Evitar cambios posturais

Hixiene corporal que “refresque” e relaxe ao paciente

BOCA: Limpar con torunda e cepillo suave con auga e manzanilla

Humedecer beizos e boca con gasa con auga ou manzanilla,  
lixeiro goteo ou dándolle a chupar

### INCAPACIDADE PARA A INXESTA:

Intensificar coidados humidificación beizos e boca

### ESTERTORES PRE-MORTEN:

Hioscina o Butilescopolamina sc

Decúbito lateral e xeonllos flexionados

Evitar aspirar secrecións ao paciente

## AGONÍA (3)

### COIDADOS PSICOLÓXICOS:

Explorar desexos, temores, tristeza e ansiedade

Tranquilizar respecto aos síntomas e aliviar sufrimento

### COIDADOS SOCIAIS:

Asegurarse de que a familia coñece a situación da morte inminente

Linguaxe claro

Considerar motivos de duda e preocupación que poidan xurdir:

cansancio, temor, sentimentos de culpa

Ambiente tranquilo para pasar os últimos días co paciente

### COIDADOS ESPIRITUAIS:

Ser receptivo respecto as necesidades culturais e relixiosas do paciente e familia



## AGONÍA (4)

### AXITACIÓN TERMINAL:

Descartar causa corregible tipo: globo vesical ou fecalomas

En caso necesario Sedación Subcutánea con:

Midazolam	}	Infusión Subcutánea Continua*
+		
Cl Mórfico		
+		
Hioscina		

\* Ver Sedación

## SEDACIÓN PALIATIVA

Administración deliberada de fármacos, nas doses e combinacións requeridas para reducir a consciencia dun paciente con enfermidade avanzada ou terminal, tanto como sexa preciso para aliviar adecuadamente un ou máis síntomas refractarios e co seu consentemento explícito, implícito ou delegado.



Trátase dunha sedación:

PRIMARIA

CONTINUA ou INTERMITENTE

SUPERFICIAL ou PROFUNDA

## SEDACIÓN TERMINAL ou SEDACIÓN NA AGONÍA

Administración deliberada de fármacos para lograr o alivio, inalcanzable con outras medidas, dun sufrimento físico ou psicolóxico, mediante a disminución suficientemente profunda e previsiblemente irreversible da consciencia nun paciente cuxa morte se prevee moi próxima.



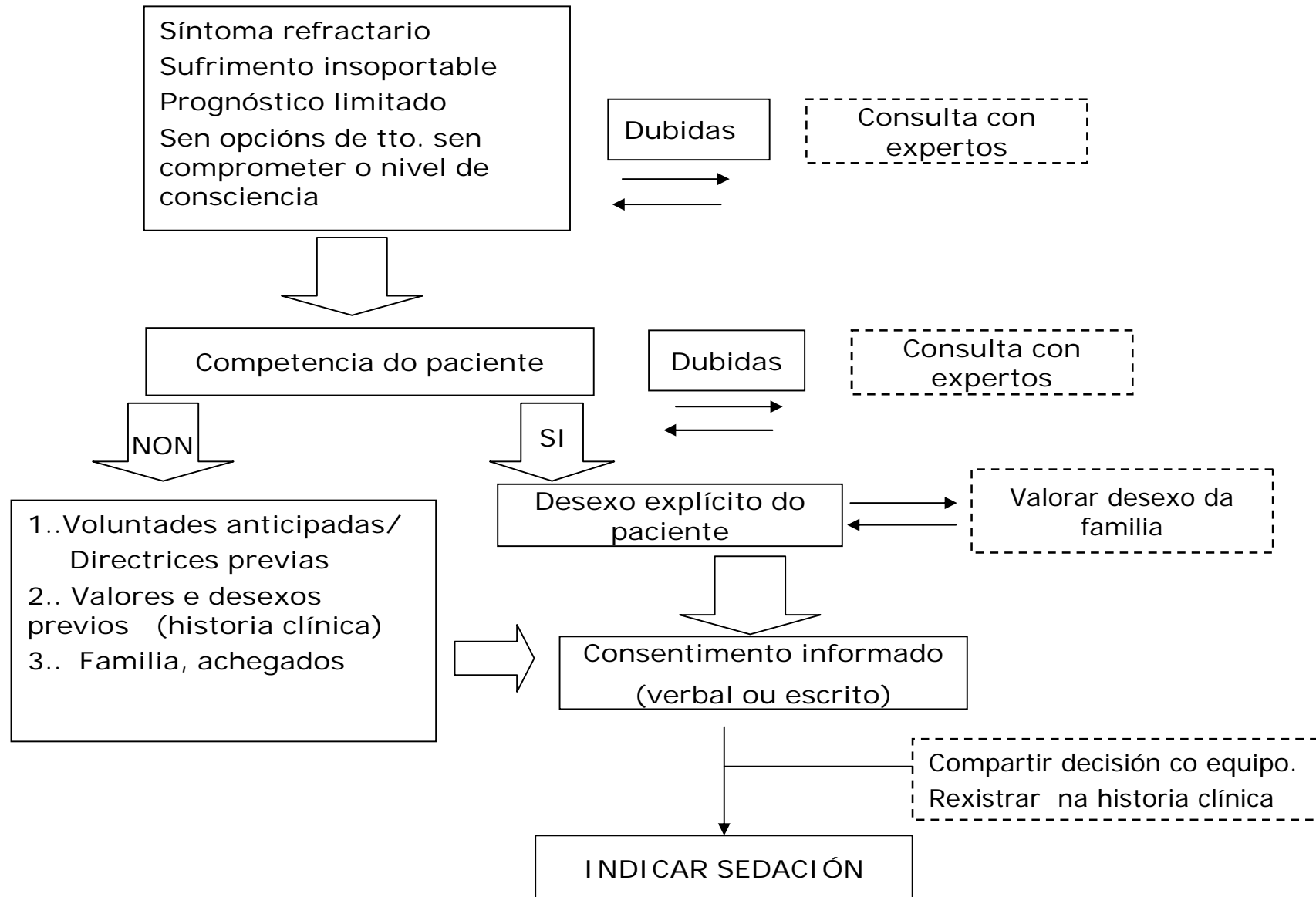
Trátase dunha sedación:

PRIMARIA

CONTINUA

SUPERFICIAL ou PROFUNDA

# PROCESO DE SEDACIÓN PALIATIVA NA AGONÍA



## ALGUNHAS RECOMENDACIONES PARA O TRATAMENTO (1)

A vía de elección é a sc (salvo hemorraxia masiva: iv).

Manter analxesia e simplificar ó máximo o resto de tratamentos, incluídos alimentación e hidratación.

Se precisa alivio rápido: Dose de indución. Continuar con pauta de infusión continua sc + doses de rescate que precise.

Ás 24h axustar medicación + doses de inducción + doses de rescate que precisou nesas 24h.

Doses de rescate deben facerse co mesmo sedante

## ALGUNHAS RECOMENDACIONES PARA O TRATAMENTO (2)

As DROGAS ideais para a SEDACIÓN han de caracterizarse por:

Rapidez de acción

Fácil titulación

Mínimos efectos secundarios

A DOSE INICIAL dependerá de varios factores:

Exposición previa a opioides e tolerancia ós mesmos

Idade do paciente

Historia previa de abuso de drogas

Disfunción orgánica subxacente

Nivel de conciencia e desexos do paciente en relación á sedación

## ALGUNHAS RECOMENDACIONES PARA O TRATAMENTO (3)

Os grupos farmacolóxicos empregados habitualmente son:

Benzodiazepinas (midazolam ): + utilizado

Neurolépticos (levomepromazina )

Barbitúricos (fenobarbital)

Anestésicos (propofol)

Os opioides:

Non recomendados para a indución da sedación paliativa

Sí como concomitante se o síntoma refractario é dor ou disnea

e no caso de que o paciente xa os estivese tomando

## ALGUNHAS RECOMENDACIONES PARA O TRATAMENTO (4)

Para a TITULACIÓN → Escala de Ramsay (Anexo Táboa 11)

Para INCREMENTO de DOSE valorar:

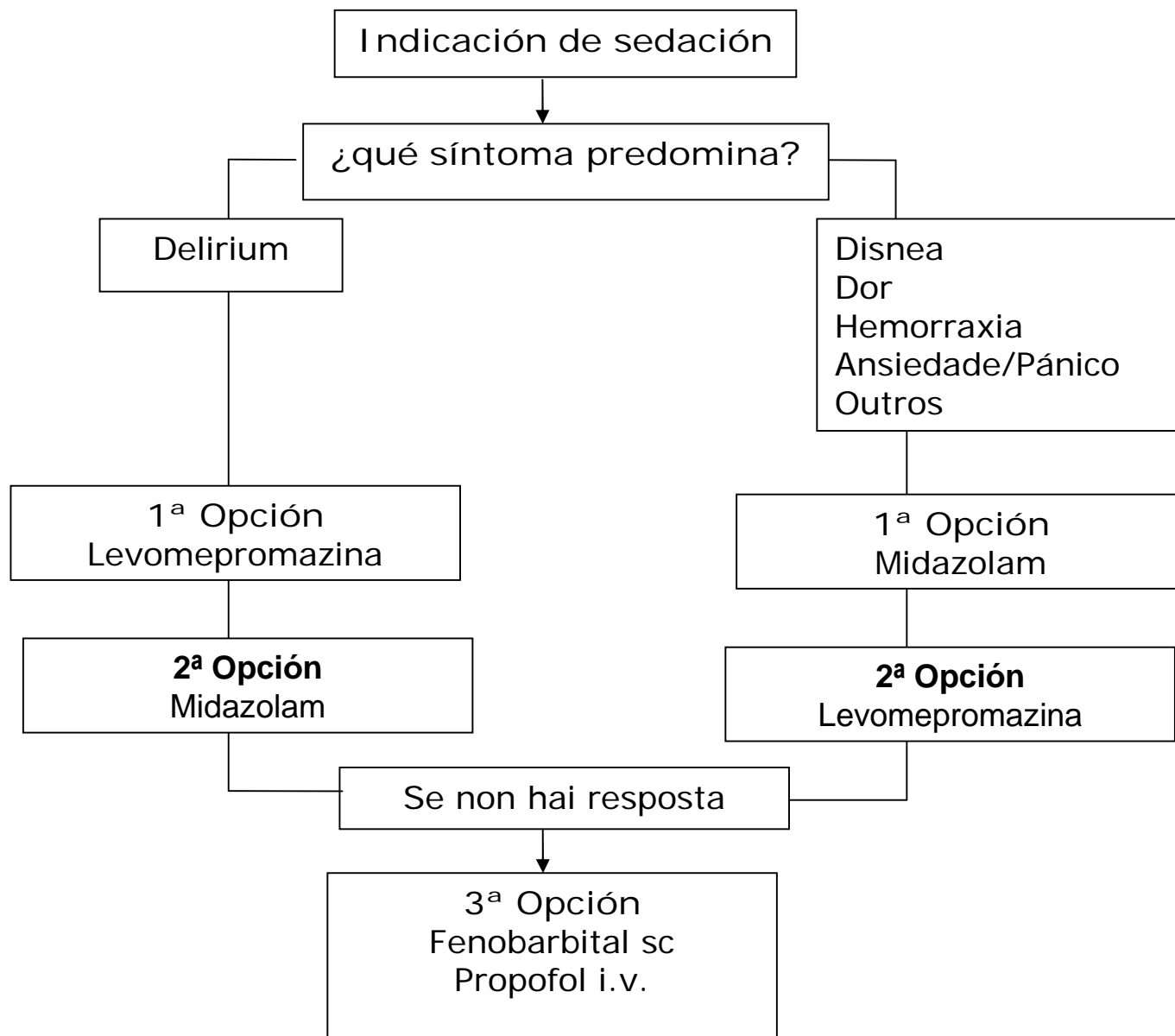
Persistencia distrés respiratorio

Signos como suoración, taquicardia, HTA, choro (bágoas), xestos faciais, inquietude....

Na sedación recoméndase sempre:







<b>Fármaco</b>	<b>Dose Subcutánea</b>	<b>Dose intravenosa</b>
<b>Midazolam*</b> (amp. 15 mg/3ml)	Inducción (bolos) 2.5-5mg** Inicial ICSC:30-45 mg/24h** Rescate (bolos) 2.5-5mg** Máx. diaria: ata 1200 mg	Inducción (bolos): 1,5-3mg(diluido en 7cc de soro) /5 min Inicial ICIV: inducción x 6 Rescate (bolos)= inducción
<b>Levomepromazina*</b> (amp. 25mg/1ml)	Inducción (bolos): 12.5-25mg Inicial ICSC: 100 mg/día Rescate (bolos): 12.5 mg Máxima diaria: 300-600 mg	Habitualmente 50% da dose por vía SC (preferible utilizar Clorpromazina iv)
<b>Fenobarbital***</b> (amp. 200 mg/ml)	Inducción: 100-200 mg Inicial ICSC: 600 mg/24h Rescate (bolos): 100 mg Máxima diaria: 2500 mg	Inducción: 2 mg/Kg lento Inicial ICIV: 1 mg/Kg/h e axustar según resposta
<b>Propofol</b> (amp. 10 mg/ml)	Non utilizado por vía SC	Inducción (bolos): 1-1.5 mg/kg en 1-3 min Inicial ICIV: 2 mg/Kg/h. Máx: 4 mg/kg/h Rescate (bolos): 50% da dose inducción

\*Vía de administración non contemplada en ficha técnica

\*\*Dose dobre en pacientes que xa tomaban previamente BZD

\*\*\*Suspender BZD e neurolépticos, e reducir opioides á metade

ICSC: infusión continua subcutánea

ICIV: infusión continua intravenosa

## PAUTA DE SEDACIÓN (1)

- ❖ MIDAZOLAM e/ou LEVOMEPRMAZINA segundo síntoma refractario que conduce á sedación
  - Dose de inducción se precisa alivio rápido
  - Continuar con infusión contínua sc (infusor 24h)
  - Administrar bolos de rescate se é preciso
- ❖ Se hai DOR asociada:
  - Engadir cloruro Mórfico no infusor ( dose en función da dose previa que o paciente estivese tomando)
- ❖ Engadir 2-4 amp de Butil-Bromuro de Hioscina ao infusor para diminuir ou evitar a aparición de secrecións respiratorias
- ❖ Pódense engadadir outros fármacos: Haloperidol se axitación/  
Metoclopramida ou Ondasetrón se vómitos

## PAUTA DE SEDACIÓN (2)

Se se consigue sedación desexada:

Continuar ca mesma pauta subcutánea

Se sedación insuficiente:

Aumentar dose de Midazolam ou Levomepromazina

Se está con Midazolam a dose de 90-120 mg/24h pódese engadir Levomepromazina para evitar incrementar a súa dose

Se aínda non se consegue sedación adecuada:

Engadir Fenobarbital ou Propofol (éstes acostuman utilizarse en monoterapia, aínda que non existe contraindicación para asocialos a midazolam)

## OUTRAS MEDIDAS BÁSICAS

DIETA ABSOLUTA

COIDADOS DA BOCA: Lavados  $H_2O_2$  +  $H_2O$  al 50%

COIDADOS DOS OLLOS: Lagrimas artificiais

SONDAXE URINARIO : Unha vez sedado o paciente

ASPIRACIÓN SECRECIÓNS: Evitar no posible

HABITACIÓN: Pouca luz, temperatura media e silencio

## BIBLIOGRAFÍA

1. Guía de práctica clínica sobre Cuidados Paliativos SNS. ISBN 978-84-457-2733-1. Disponible en <http://www.guiasalud.es>
2. Secpal.com. Guía de cuidados paliativos. Sociedad española de cuidados paliativos <http://www.secpal.com/guiacp/index.php>
3. Fisterra.com. [Guías Clínicas](#) - Control de síntomas en cuidados paliativos. 2007 .Autores: Fernando Lamelo Alfonsín, Graciela Charlín Pato, Ovidio Fernández Calvo, María Rosario García Campelo. Disponible en <http://www.fisterra.com/guias2/sintomas.asp>
4. LA ATENCIÓN AL PACIENTE CON CÁNCER EN FASE TERMINAL EN SUS ÚLTIMOS DÍAS DE VIDA (I). Lorenzo Pascual López; Vicenta Pastor Doménech; Josefa Gutiérrez Valverde; Francisca Nieto Giménez. *Grupo Atención Domiciliaria SVMFiC*
5. Hospitalización a domicilio. Recomendaciones clínicas y procedimientos. Junio 2010. Sección IV. Cuidados paliativos. Cáp 7 Sedación paliativa domiciliaria. Disponible en <http://www.sehad.org>
6. Protocolo sobre sedación paliativa. Asociación Canaria de Cuidados Paliativos. MA Benítez-Rosario. En: Tratamientos protocolizados en cuidados paliativos. MA Benítez-Rosario & T González Guillermo, Capítulo 12, pág. 353. Ed. YOU & US.S.A. 2010
7. Comité de ética de la SECPAL. Aspectos éticos de la sedación en Cuidados Paliativos. *Med Pal* 2002; 9(1):41-46
8. Ley 41/2002, de 14 de noviembre. Básica reguladora de la Autonomía del paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y documentación clínica. BOE 274 ed.2002.
9. Rivas Flores J et al. Comité de ética de la SECPAL. Consentimiento informado en los Cuidados Paliativos. *Med Pal*. 2002; 9(1): 32-36

## SITUACIÓNS URXENTES

Laya García, Jacobo (Médico Atención Primaria SAP Ordes)

Masa Vázquez, Luis A. (Médico UHD-UPAL CHUS)

## Principais Urxencias :

SOFOCACIÓN (obstrución ou compresión aguda da vía aérea alta)

HEMORRAXIAS MASIVAS

CONVULSIÓNS

SÍNDROME COMPRESIÓN MEDULAR

SÍNDROME VENA CAVA SUPERIOR

HIPERCALCEMIA

OCLUSIÓN INTESTINAL

HIPERTENSIÓN INTRACRANEAL POR METÁSTASES CEREBRALES

¡¡Non ESQUECER!!  AGONÍA e DOR son urxencias médicas



## SOFOCACIÓN

Obstrucción ou compresión aguda irreversible das vías respiratorias altas

1. Presenza física do profesional sanitario xunto ao paciente
2. Sedación ata conseguir desconexión / inconsciencia do paciente con\*:

Midazolam 10-40 mg sc/iv ou Diazepam 10-20 mg iv

3. Soporte emocional inmediato a os familiares

\* Ver Tema Sedación

## HEMORRAXIA MASIVA (1) (Con compromiso vital inmediato)

### 1. Protocolo actuación semellante a sofocación

#### *A) MEDIDAS XERAIS*

- Acompañar sempre ao paciente e familia no proceso
- Identificar pacientes de risco de hemorraxias previas, coagulopatías, tipo de tumor...
- Identificar a causa
- Formular plan terapéutico e comunicarllo ao paciente, familiares, equipo médico
- Utilizar toallas ou panos oscuros (cor verde ou vermello)

## HEMORRAXIA MASIVA (2)

*B) MEDIDAS ESPECÍFICAS:* sempre que sexan posibles

- Taponamento: hemorraxias nasais, vaxinais ou rectais
- Radioterapia: hemoptisis (Ca pulmón), rectorraxias , hematurias
- Endoscopia: varices gastrointestinais altas (alternativa a vasopresina ou somatostatina).
- Radioloxía intervencionista (embolización): cabeza, pescozo, pelvis, fígado e aparello dixestivo
- Ciruxía: certos sangrados carotídeos por Ca de pescozo e en proctitis post-radioterapia
- Outros: Vit. K, Vasopresina, Octreótido, Ac. Tranexámico, transfusións

## CONVULSIÓNS (1)

Tratamento da crise convulsiva:

a) Medidas xerais

Evitar que o paciente se lesione:

- Retirar obxectos e mobles cercanos.
- Evitar mordedura da lingua colocando obxecto entre os dentes ou tubo de Guedel.

Asegurar vía aérea e canalizar vía venosa si é posible.

Facer glucemia capilar.

Unha vez cedida a crise colocar ao paciente en posición de seguridade.

## CONVULSIÓNS (2)

### b) Medidas específicas

- Diazepam : 10 mg iv lentos

óu

Midazolam 15 mg en 50-100 cc suero iv a pasar en 20 minutos,  
despois, se persiste crise, infusión continua iv/sc

- Unha vez controlada a crise  mantemento con :

  
difenilhidantoina ou valproato

- Se non dispoñemos de vía iv unha alternativa podería ser:

bolos subcutáneos de Midazolam 5-10 mg (por bolo)

ou

microenemas de Diazepam 5 ou 10 mg

## SÍNDROME COMPRESIÓN MEDULAR

Ante a sospeita de Compresión Medular se actuará de forma urxente:

DEXAMETASONA → 16-100 mg iv bolo inicial\*



continuar con → 16 mg iv c/ 6-8 h

RMN urxente para confirmar diagnóstico

se procede <sup>(neurociruxía)</sup> → LAMINECTOMÍA

RADIOTERAPIA → precoz

\* Non hay consenso en dose. Non se demostrou superioridade de doses altas de corticoides

# SÍNDROME VENA CAVA SUPERIOR

## TRATAMIENTO

Medidas xerais: Tranquilizar ao paciente. Soporte emocional. Reposo na cama a 45°. Dieta sosa. Vía periférica femoral. Evitar aumento da presión intratorácica (tos e estrinximento)

Dexametasona: 40 mg i.v. e posteriormente 4 mg/6h v.o. ou s.c

Diuréticos: Furosemida 20-40/6-8h IV (acción controvertida)

Radioterapia: TT° elección tumores radiosensibles (Ca pulmón células grandes)  
Moi alta eficacia (50-95% ás 2 semanas)


Quimioterapia: TT° elección tumores quimiosensibles (Ca pulmón células pequenas, linfoma, tumores cel. xerminales).  
Alta eficacia (60-80%)

Ciruxía: *Stent* (eficacia 95% ás 24h): non protocolizado


*By-pass* : só en casos seleccionados

Outros: *Osixenoterapia* e Heparinas de baixo peso molecular

## HIPERTENSIÓN INTRACRANEAL POR METÁSTASES CEREBRAIS

- Dexametasona: bolo inicial de 10-50 mg iv.  
mantenimento: 4 mg c/6 h vo
- Radioterapia paliativa: boa resposta entre un 60-80% dos casos
- Manitol 

si edema cerebral e possibilidade de herniación

ao 20% infusión en 30 minutos c/ 6 h durante 48 horas
- Anticonvulsivantes 

só tras 1ª crisis comicial

Fenitoína 100 mg vo c/ 8 h



## OUTROS TRATAMENTOS:

Quimioterapia → se metástases quimiosensibles

Radiociruxía → se metástases única

Vómitos → Antieméticos habituais  
Haloperidol  
Ondansetrón

- Os esteroides melloran o edema cerebral máis a súa acción é limitada no tempo. Melloran a calidade de vida e algo a supervivencia
- Os tratamentos con radiociruxía e quimioterapia valoraríanse en función da situación clínica do paciente.
- A cefalea mellora ao disminuir o edema cerebral

## HIPERCALCEMIA :

HIDRATACIÓN con S. SALINO : 1000cc nas 1<sup>as</sup> 2 horas. Despois 2000 cc 24 h

FUROSEMIDA IV : unha vez hidratado o paciente pode ser útil para forzar diurese e inhibir reabsorción tubular de calcio.

Dose: 1 amp iv c/12 h, 1-2 días

CORTICOIDES: METILPREDNISOLONA, inicio: 1 mg /Kg iv, logo 20 mg iv c/6 h

## BI FOSFONATOS:

ZOLEDRONATO : 4 mg en 50 ml SSF ó SG 5% iv en 15 min

PAMIDRONATO : 90 mg en 250 cc SSF ó SG 5% iv en 2-4 h

CALCITONINA: 4-6 UI/Kg c/12 h vía sc, im ou iv (poco usada en CP)

## ACTITUDE ANTE A HIPERCALCEMIA

- O tratamento da hipercalcemia será tanto máis agresivo cantas máis posibilidades teña o paciente de recuperación.
- Nas fases avanzadas da enfermidade e nas que non se espera melloría na calidade de vida a actitude será moderada.
- Na agonía a hipercalcemia, a hidratación, os fármacos..... pasan a un segundo plano.
- En CP as mellores opcións do tratamento da hipercalcemia son a hidratación e os Bifosfonatos.

## OBSTRUCCIÓN INTESTINAL (1)

OBXECTIVO FUNDAMENTAL  Control SÍNTOMAS

Evitar sondaxe nasogástrica  
Evitar soroterapia  
Evitar hospitalizacions  
Inxesta que tolere

Tratamento PALIATIVO:

- Dexametasona : 24 mg/día (dende 8 a 60 mg/día)
- Hioscina sc ou iv (20-40 mg sc infusión contínua)
- Morfina infusión sc contínua : inicialmente 20 mg / 24 h
- Haloperidol 2,5-15 mg sc/ 24 h ou Clorpromacina se vómitos
- Octreotido (Somatostatina) : 100-600 mg sc c/ 24 h
- Anti H<sub>2</sub> /IBP

En casos concretos  GASTROSTOMÍA

## OBSTRUCCIÓN INTESTINAL (2)

Se empleamos Infusor SUBCUTÁNEO unha boa mezcla sería:

CI Mórfico + Haloperidol + Hioscina en 24 horas

Se persiste Clínica de moi difícil control: dor, vómitos, distensión abdominal ou Axitación Psicomotriz.....



Plantexarase SEDACIÓN

## BIBLIOGRAFIA

1. Body JJ. Breast cancer: Bisphosphonate therapy for metastatic bone disease. Clin Cancer Res 2006; 12:6258-6263
2. Krouwer HGJ, Pallagi JL, Graves NM. Management of seizures in brain tumor Patients at the end of life. J. Palliat Med 2000; 3:465-475.
3. Declan Walsh et al en Medicina Paliativa, cap 231: pag 1305-1307 Síndromes de la vena cava, Ed Elsevier-Saunders 2010.
4. UPAL/HADO. Complejo hospitalario Universitario de Santiago. Protocolos en Cuidados Paliativos.
5. Oncología. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. Protocolo Compresión Medular.

## ÚLCERAS NEOPLÁSICAS

Vázquez Vilas, Consuelo (DUE A. Primaria SAP Boiro)  
Ferro Castaño, Rosa (DUE A. Primaria SAP Ribeira)  
López Abuín, Eva (DUE A. Primaria SAP Ribeira)  
Teixeira Vila, José R. (DUE A. Primaria UAP Pobra)  
Lires Rodríguez, Carmen (Facultativo A. Primaria SAP Boiro)  
Rodríguez García, José M. (Médico A Primaria UAP Pobra)  
Crujeiras Sampedro, José A. (Médico A. Primaria SAP Ribeira)  
Iglesias Gallego, Marina (Médica HADO Hospital do Barbanza)

## CURA NAS ULCERAS NEOPLASICAS

### Obxectivos:

- Control do exudado
- Control do cheiro
- Control do sangrado
- Control da dor
- Control da infección
- Favorecer a aceptación social

Debemos ter en conta de que o obxectivo será paliar, non tratar, buscando o confort do paciente.



- EXUDADO:
  - Débense usar apósitos de alta absorción (espumas, foams...) e combinar tantos como sexan necesarios (con hidrofibras ou alginatos...) para intentar espaciar curas.
  - Protexer pel circundante sempre con spray/cremas barreira
  
- CHEIRO:
  - Xel Metronidazol tópico ao 8% c/12h
  - Facer unha boa limpeza, ata na ducha
  - Pódense usar apósitos de prata, ou carbón e prata

- SANGRADO:
  - Realizar cura só cando o apósito estea saturado, evitar aqueles apósitos que se adhiren demasiado ao leito ou proporcionar humidade (hidroxeles) si isto sucedese.
  - Limpar sen friccionar
  - Apósitos de Alginato cálcico, hemostáticos e ata vasoespasmódicos (ácido aminocaproico ou tranexámico ..., empapados en gasas, deixar un intre e seguir con cura)
  - Se presenta algún punto sanguento pódese cauterizar con Nitrato de prata.

- DOR:
  - Utilizar fármacos analxésicos según a escaleira analxésica da OMS
  - Se as curas son moi dolorosas débese administrar previamente fármacos analxésicos e en ocasións é necesario sedar ao paciente (Midazolan y/o Morfina por vía subcutánea) previamente á realización da mesma.
  - En lesións dolorosas ocluir con gasas impregnadas en lidocaína xel ao 2%.
  - Utilizar produtos que cura en ambiente húmido que impiden que se adhiran ao leito (hidroxeles, siliconas... ate vaselina).

- INFECCIÓN:
  - O aumento de dor, de sangrado, de exudado ou de cheiro adoita deberse á presenza dunha infección.
  - Limpeza con clorhexidina, ou auga osixenada diluída (só se infección por anaerobios, deixar actuar e despois lavar con soro fisiolóxico)
  - Recoller aspirado mellor que frotis se se desexa tratarla.
  - Tratamento tópico con antibióticos é moi cuestionado
  - Deben usarse apósitos con prata +/- carbón activado
  
- ACEPTACIÓN SOCIAL:
  - Favorecer a aceptación social, sobre todo en lesións desfigurantes e que cheiren mal, manténdolas convintemente cubertas con apósitos, limpas e sen cheiro (para mitigar o cheiro pódese empregar metronidazol tópico ou espuma de mesalazina)

***IMPACTO DA FERIDA NEOPLÁSICA NA CALIDADE DE VIDA***  
*Adaptado de Caring for Oncology Wounds, Management Guidelines. Barton and Parslow, 1998*



## BIBLIOGRAFÍA

1. Sovpal.org. Donostia: Sociedad vasca de cuidados paliativos <http://www.sovpal.org/upload/publica/libros/cuidados-palilativos-en-enfermeria/06-SOLDEVILLA.pdf>.
2. VIII Simposium nacional de la GNEAUPP. Santiago de Compostela, Noviembre 2010. ULCERAS NEOPLASICAS Ana Orbeago Aramburu; Carmen Blasco García.
3. Úlceras por presión y heridas crónicas. Agencia valenciana de salut. Departamento de salud de la Marina Baixa. Año 2008. Pag 60-62.
4. Fistera.com. Guías clínicas. Control de síntomas en cuidados paliativos. 24/01/2009 (acceso 2 de abril de 2011) – Guías clínicas 2009 ; 9 (1). Autores: Fernando Lamelo Alfonsín, Graciela Charlín Pato, Ovidio Fernández Calvo, María Rosario García Campelo. Disponible en <http://www.fistera.com/guias2/sintomas.asp#ulceras>.
5. Ramón Delgado, Angeles Pérez, F. Javier Rodríguez. Manual de prevención e tratamiento de úlceras por presión. Ed. Xunta de Galicia. Consellería de Sanidade e Servicio Galego de Saúde, División de Asistencia Sanitaria. 2005.
6. Grupo Nacional para el estudio y asesoramiento en Úlceras por Presión (GNEAUPP). Documento VIII. "Utilización de antisépticos!". Diciembre 2002.

## A VÍA SUBCUTÁNEA

Burgarín González, Rosendo (Médico de Atención Primaria UAP Calo-Teo)

Paz Rial, M<sup>a</sup> Cristina (DUE de Atención Primaria UAP Santa Comba)

Lopez Fernández, M<sup>a</sup> Dolores (Directora Asistencial XAP Santiago de Compostela)

## INTRODUCCIÓN

- Non todos os fármacos poden administrarse por vía subcutánea
- É un acceso eficaz e eficiente xa que permite, na maior parte dos casos, o control dos síntomas e ten unha adecuada relación custo/beneficio.
- Presenta unha boa aceptabilidade tanto polos pacientes (ata os pediátricos) como polos familiares, xa que é indolora e de fácil manexo polos cuidadores.
- Ten unha gran sinxeleza técnica polo que non require hospitalización e é moi segura xa que as posibles complicacións son leves, locais e de sinxela solución.



## INDICACIÓNS

Situacións que fan dificultosa ou impracticable a vía oral:

- Dificultade para a deglución, disfaxia.
- Náuseas e vómitos, intolerancia gástrica, obstrución intestinal.
- Convulsións, estados confusionais, coma, situación preagónica ou agónica.
- Dor ou disnea non controlables pola vía oral.
- Debilidade extrema.

## CONTRAI NDICACI ÓNS

- Edemas xeneralizados.
- Mala perfusión periférica.
- Coagulopatías graves.
- Infeccións de repetición no lugar da inserción.
- Enfermidades dermatolóxicas xeneralizadas.

*Moi raramente preséntanse contraindicacións absolutas.*

## PROBLEMAS

- Limitación na cantidade de líquido a administrar.
- Vía reservada a determinados fármacos.
- Posibilidade de irritación local.
- Dificultade para retirar o fármaco no caso de sobredosificación.

## FORMAS DE ADMINISTRACIÓN

Dúas posibilidades:

- Por infusión subcutánea intermitente: birlos ou por gravidade
- Por infusión subcutánea continua: infusores ou por gravidade  
(p ex: hipodermoclise)

## Infusión subcutánea (SC) INTERMITENTE

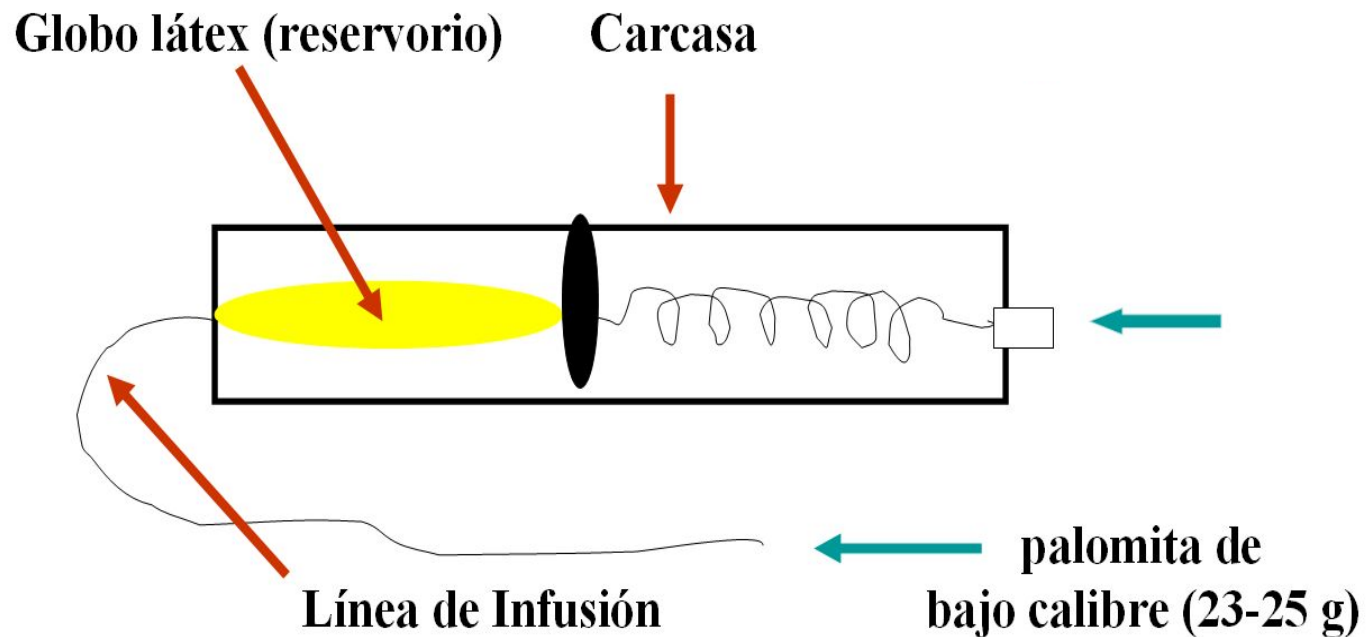
- A través dunha palomita insertada no tecido subcutáneo.
- Evita puncións repetidas.
- Utilízase para rescates.
- Material:
  - *Palomitas* (23 G - 25G - 27G).
  - Apósitos transparentes.
  - Tapón de membrana permeable: (Tapón *luer-lock* non precisa agulla para o seu manexo)
  - Dispositivo de infusión.
  - Xiringas.
- Pódese colocar en calquera das zoas de inxección subcutánea e tamén na rexión escapular.
- Cubrir cun apósito transparente para vixiar as reaccións locais que se poden producir así como a saída accidental da agulla.
- Se non hai complicación recoméndase o seu cambio cada 5-7 días.
- Volume 2 cc (máximo). Purgar despois con 0.3 cc soro fisiolóxico.

## Infusión SC continua: INFUSORES ELASTOMÉRICOS

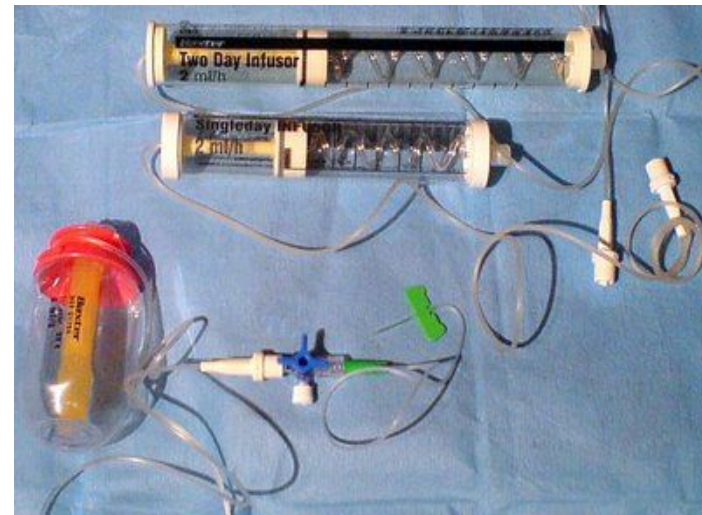
- Son desechables, pequenos, lixeiros. Manexo sinxelo e rápido.
- O máis sinxelo é un cilindro de plástico cun reservorio de material elástico no interior, que se incha ao introducir a medicación.
- A retracción do globo vai liberando o fármaco de forma continua.
- Vixiancia periódica para comprobar que o nivel de infusión baixa.
- O volume pasado e o que falta só pode ser estimado.
- Se é necesario modificar a dose hai que cambiar o dispositivo.
- Son compatibles con catéteres e *palomitas* estándares.
- Precaucións: Non encher mais do volume requirido.  
Evitar a exposición directa á luz.  
Manter ao nivel do corpo do paciente

Tipos de infusores segundo a velocidade do fluxo:

- Infusor de 24 horas; velocidade de fluxo= 2 ml/h; 48 ml - 60 ml
- Infusor de 48 horas; velocidade de fluxo= 2 ml/h; 96 ml - 100 ml
- Infusor de 5 días; velocidade de fluxo= 0,5 ml/h; 60 ml
- Infusor de 7 días; velocidade de fluxo= 0,5 ml/h; 84 ml



- Elastoméricos ou de balón



- Mecánicos

- Electrónicos



## TÉCNICA

1. Información ao paciente e á familia
2. Lavado de mans
3. Elección e desinfección da zona
4. Purgar a *palomita*. Colocar o tapón (preferible luer-lock). Se non temos ese tapón conéctarase directamente ao infusor).
5. Belisco na pel formando un pliegue de 2 cm
6. Introducción da *palomita* coa agulla formando un ángulo de 45°.
7. Recúbrese o sistema con apósito transparente.
8. Cargar a xeringa coa medicación e rechea con soro ate o volume indicado no infusor.
9. Conectar a xeringa ao momento de enchido e introducir a mestura exercendo presión.
10. Retirar o tapón da línea do infusor para que se purgue de forma automática. Comprobando o seu funcionamento.
11. Conectar o infusor á palomita.

# MATERIAL





## FÁRMACOS MAIS UTILIZADOS EN CP POR VIA SUBCUTANEA

Cloruro mórfico

Metoclopramida

Midazolam

Hioscina (clorhidrato de Escopolamina)

Haloperidol

Levomepromazina: *Irritante, recoméndase rotar a zona.*

*A irritación pode diminuírse administrando 1 mg sc de dexametasona previo á levomepromazina.*

Dexametasona

Ketorolaco (evitar mezclar por irritante)

Tramadol

Octreotido

Ondansetron

Ceftriaxona (utilízase vial IM porque ten lidocaína)

## FÁRMACOS NON RECOMENDADOS VÍA SUBCUTANEA

- DIAZEPAM (reaccións dérmicas locais, excipiente oleoso)
- METAMIZOL (irritante, ampola moi grande)
- CLORPROMAZINA (Só usar en infusión continua 10-20mg/24h para tratamento do hipo)
- FUROSEMIDA (pouco usado en Coidados Paliativos)

## COMBINACIÓNS DE FÁRMACOS MAIS EMPREGADOS EN INFUSIÓN SUBCUTÁNEA CONTÍNUA EN CP

Morfina + midazolam + N-butilbromuro Hioscina

Morfina + levomepromazina + N-butilbromuro Hioscina

Morfina + haloperidol + N-butilbromuro Hioscina

Morfina + midazolam + levomepromazina

Morfina + N-butilbromuro Hioscina + dexametasona + metoclopramida

Morfina + midazolam + N-butilbromuro Hioscina + metoclopramida + haloperidol

Dexametasona + midazolam: PRECIPITAN

Dexametasona + haloperidol: PRECIPITAN

De maneira xeral as combinacións nas que se asocian dexametasona, Ketorolaco ou clorpromazina precipitan

## HIPODERMOCLISIS

Administración de fluídos no espazo subcutáneo.

- Cando non se conta con infusores pódese diluír a medicación en soros conectados á vía subcutánea.
- Cando a familia requira a necesidade de “alimentación”.
- As zonas de punción son as mesmas.
- Os líquidos poden ser: salinos, glucosalinos ou glucosado 5% (+/- CLK)
- Volume de líquido a administrar: entre 500 – 1500 ml/ día.

## BIBLIOGRAFÍA

1. UPAL/HADO Complejo Hospitalario Universitario de Santiago Borrador Protocolo Infusores.
2. Bugarín, R. LA VÍA SUBCUTÁNEA EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS DE ATENCIÓN PRIMARIA. Material didactico aportado en el Curso Básico de Cuidados Paliativos 2010, promovido por la XAP Santiago.
3. 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
4. Silva César M Lamelo Alfonsín. Administración parenteral de medicamentos: la vía subcutánea. [actualizado 10 de junio de 2010; acceso 4 de octubre de 2010]. Fisterrae: Guías Clínicas. Disponible en: <http://www.fisterra.com/fisterrae/> .
5. *Guía Clínica. Uso y recomendaciones de la Vía Subcutánea en Cuidados Paliativos* Programa regional de cuidados paliativos de Extremadura. Disponible en: [http://www.secpal.com/b\\_archivos/files/archivo\\_259.pdf](http://www.secpal.com/b_archivos/files/archivo_259.pdf)

*DOCUMENTOS DE RECOMENDACIONES DE CUIDADOS PALIATIVOS  
DA AREA DE SANTIAGO E PONTEVEDRA NORTE*

## O PAPEL DA ENFERMERÍA NOS CUIDADOS PALIATIVOS

Paz Rial, Cristina (Enfermeira Atención Primaria SAP Santa Comba)  
Santaló Ríos, Inés (Enfermeira Atención Primaria SAP II Concepción Arenal)

## ACTIVIDADES DE ENFERMARIA

### COIDAD DO PACIENTE E DA FAMILIA:

- Aliviar os síntomas
- Facilitar os procesos adaptativos.
- Contribuir á comunicación paciente-familia.
- Analizar alteracións que produce a enfermidade na calidade de vida do paciente en cada momento.
- Proporcionar o cuidado integral do paciente.
- Involucrar á familia, aconsellandoos e preparandoos para o coidado e axuda nos momentos de crisis. Tratalos como unha unidade terapéutica.

## PLAN DE ACTUACIÓN

- Valoración inicial: identificar as necesidades asistenciais e avaliar o contorno (vivenda, necesidades económicas...)
- Planificar o coidado: establecer obxectivos, creando un clima de confianza e tendo en conta as prioridades do paciente.
- Execución do plan: definindo as prioridades diarias.
- Evaluación dos coidados: farase de forma continua, debido aos constantes e rápidos cambios da sintomatoloxía.



## ASPECTOS MAIS IMPORTANTES A SER CONSIDERADOS POLA ENFERMERÍA

- Alimentación.
- Eliminación Fecal.
- Eliminación Urinaria.
- Higiene.
- Boca.
- Síntomas respiratorios.
- Dor.
- Actividade Física.
- Recreo – Ocio.
- Síntomas Neuropsicológicos.
- Sufrimento Espiritual.
- Atención na Agonía.
- A Familia

## ALIMENTACIÓN

### OBXECTIVOS:

- O enfermo inxerirá os alimentos segundo as súas apetencias.
- A alimentación enteral e parenteral en fases moi avanzadas é “moi discutida”.

### ACTIVIDADES:

- Desdramatizar as comidas e a perda de apetito.
- Comida: Coidar a presentación, a textura e o olor (que deben ser suaves). Pouca cantidade , non forzar e procurar un ambiente relaxado (preferiblemente no comedor). Informar sobre os suplementos nutricionais.

ANOREXIA	CAQUEXIA	NAUSEAS E VÓMITOS
<p>Ademais das medidas farmacolóxicas (corticoides....) apoio e consolo, que note a presenza do coidador.</p>	<p>O paciente ten unha percepción negativa da súa imaxe, o que lle produce gran ansiedade e angustia.</p> <p>A delgadez extrema, producirá dor ó mover ou tocar ó paciente. Haberá que informar desto aos cuidadores, para que extremen precaucións en relación cos cambios posturais, baños, cueiro....</p>	<p>E fundamental analizar a posible causa.</p> <p><i>Actuacións xerais :</i>  Ambiente relaxado, non obligar a comer, evitar cheiros fortes (perfumes, comidas...) manter ó paciente sentado ou semisentado, se está inconsciente, manter en decúbito lateral. Comprobar se hai impactación fecal, tratar a ansiedade se existise.</p> <p><i>A sonda N/G</i> so se usará se os vómitos son moi intensos, e non teñen resposta ó tratamento médico, e co consentimento do paciente.</p>

## ELIMINACION FECAL

ESTRINXIMENTO	DIARREA	INCONTINENCIA FECAL
<p>Ocasiona flatulencia, torzóns, vómitos, dor e axitación.</p> <p><b>OBXECTIVO:</b> Conseguir unha deposición mínimo cada 3 días.</p> <p><b>ACTIVIDADES:</b> Estimular (si os tolera) inxestión de líquidos, aconsellar (no posible) actividade física, comprobar se ten laxantes, proporcionar intimidade. Si compresión medular, valorar enema c/2 días. Valorar presenza de fecaloma: se é brando, supositorios de bisacodilo. Se é duro enema. Movilizar as feces impactadas (valorar posible sedación). Previr futuros impactos. Na agonía está contraindicado o enema</p>	<p>Valorar as causas.</p> <p><b>OBXECTIVO:</b> Previr a deshidratación (inxesta de líquidos e/ou dieta astringente) conservar a integridade da pel (limpeza despois de cada deposición, manter a pel seca, non usar produtos irritantes e aplicar pomadas protectoras). Reforzar a autoestima do paciente.</p>	<p>Minimizar os efectos: Cambio de cueiros tantas veces como sexa preciso.</p>

## ELIMINACIÓN URINARIA

RETENCIÓN URINARIA	INCONTINENCIA URINARIA	HEMATURIA
<p>Pode cursar con anuria ou incontinencia por rebordadura.</p> <p><b>OBXECTIVO:</b> Conseguir o vaciado vesical.</p> <p><b>ACTIVIDADES:</b> Valorar presenza de globo vesical, realizar sondaxes de descarga, tratar causas reversibles. Se o enfermo está estuporoso ou en coma, lavado ou cambio de sonda (en caso de obstrucción)</p>	<p>Está relacionado coa enfermidade, medicación e infeccións.</p> <p><b>OBXECTIVO:</b> Manter a integridade da pel e evitar a perda da autoestima. Usar colectores ou cueiros evitando a colocación de sonda vesical.</p> <p>Non berrar ao paciente no caso de perdas urinarias</p>	<p>Emisión de sangue polos ouriños.</p> <p><b>OBXECTIVO:</b> Previr a dor e a retención producida polos coágulos.</p> <p><b>ACTIVIDADE:</b> Sonda vesical de 3 vías e lavado vesical continuo. Lavado da sonda con xeringa, se se obstrúe.</p>

## HIXIENE

- **OBXECTIVO:**
  - Manter a pel limpa e seca.
- **ACTIVIDADES:**
  - Participación do paciente e da familia; con coidado e sen presas.
  - Cambio frecuente de roupa, uso de colectores e cueiros.
  - Hixiene despois de cada deposición-mición.
  - Fomentar a hidratación da pel.
  - Proporcionar intimidade, respetar a vergoña e o pudor.
  - Coidado dos ollos.

## PEL E MUCOSAS: Risco de deterioro da integridade física.

Causas directas: Enfermidade, alteracións psicolóxicas, secrecións e excrecións, etc.

Causas indirectas: Humidade, deshidratación, fármacos, deficiencia do estado nutricional, etc.

- **OBXECTIVO:**

- Manter a pel limpa e seca para evitar úlceras por presión, implicando ao paciente e a familia nos cuidados: hixiene e hidratación.

- **ACTIVIDADES:**

- Promover o movemento, instruír sobre os cambios posturais.

- Evitar fibras sintéticas e os rozamentos coa roupa.

- Protexer a pel sometida a tratamento con radioterapia.

- Vixiar a presenza de micosis, infeccións e dermatitis.

- Edemas: levantar os membros e protexer os talóns e cóbados.

- Palidez e isquemia: evitar o frío, protexer e manter as extremidades baixas.

- Enroxecemento e falta de sensibilidade : evitar a calor directa e protexer a zona para evitar lesións.

- No paciente agónico buscar a comodidade, con mínimos cambios posturais.

PEL SECA	PEL HÚMIDA	ÚLCERAS POR PRESION*
<p>Xabóns de PH neutro.  Aplicar cremas despois do baño.  Secar con toalla suave.</p>	<p>Baños curtos con xabón PH neutro.  Prestar atención especial ao secar zonas de dobras.</p>	<p><b>OBXECTIVO:</b>  Mellorar o benestar do paciente.  Manter a pel limpa e as feridas protexidas.  Controlar a dor e o cheiro.</p> <p><b>ACTIVIDADES:</b>  Plantexar obxectivos realistas.  Evitar técnica agresivas.  Protexer a pel circundante.</p>

\*Ver Tema úlceras neoplásicas



## BOCA

- A alteración da mucosa oral, relacionada con: fármacos, úlceras, cancro, respiración bucal..., ten:
  - Repercusións físicas: malnutrición, anorexia e caquexia.
  - Repercusións psicolóxicas: comunicación, vida social...

### OBXECTIVO:

- Manter a integridade da mucosa.
- Previr infeccións.
- Eliminar calquera substancia de desfeito.
- Aliviar a dor e a incomodiade.
- Minimizar a angustia e o illamento.

### ACTIVIDADES:

- Valorar labios, dentes, mucosa, lingua, enxivas e salivación.
- En xeral: Ensinar ao paciente e á familia a importancia dos coidados da boca e dunha correcta hixiene:
  - Manter os labios hidratados.
  - Enxaugar a boca antes e despois de cada comida
  - Cuidado das prótesis, retirándoas se hai algún problema.

BOCA SECA	BOCA SUCIA	BOCA CON DOR	INFECCIONS ORAIS
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Alimentos substanciosos, que apetezan; brandos, iogures, natillas.</li> <li>-Remollar o pan e as galletas, mesturar os alimentos con mollos.</li> <li>-Chupar xeos de frutas.</li> <li>-Utilizar spray de saliva artificial, colutorios de glicerina...</li> <li>-Cepillado dos dentes despois de cada comida.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Limpar os dentes despois de cada comida.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Tratar a infección.</li> <li>-Usar anestésicos tópicos, hixiene antes e despois das comidas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Tratamento prescrito.</li> <li>-Hixiene correcta e coidado das próteses (deixar nun líquido axeitado polas noites).</li> </ul>

## SINTOMAS RESPIRATORIOS

DISNEA	TOSE
<p><b>OBXECTIVOS:</b> Mellorar a falta de alento. Evitar ansiedade e o medo.</p> <p><b>ACTIVIDADES:</b> Aplicar a medicación adecuada e se se fracasa, avisar o médico. Transmitir tranquilidade e control da situación. Afloxar a roupa. Aplicar aire fresco, abanicar. Levantar a cabeceira. Usar humidificadores e aumentar a boca fresca húmida. Adestrar ao cuidador nos exercicios respiratorios. Recomendar ao paciente evitar actividades que lle produzan aumento da disnea.</p> <p><b><i>NON DEIXAR NUNCA SÓ AO PACIENTE.</i></b></p>	<p><b><u>PRODUCTIVA:</u></b> Explicar o motivo da acumulación das secrecións e que toser favorece a súa eliminación. Enseñar a toser de maneira eficaz.</p> <p><b><u>IRRITATIVA:</u></b> Evitar factores que a precipiten (fumes, cambios bruscos de temperatura, produtos de limpeza irritantes). Exercicios respiratorios e pequenas cantidades de auga ou caramelos. Mellorar a humidade ambiental.</p>

HEMOPTISE	HIPO	ESTERTORES PREMORTEN OU AGÓNICOS
<p>Síntoma alarmante para paciente e familiares.</p> <p><b>ACTIVIDADES:</b></p> <p>Paciente en repouso e en decúbito lateral semisentado.</p> <p>Intentar camuflar o sangue con roupa vermella ou verde para evitar angustia.</p> <p>Se é masiva e terminal, sedación según prescripción médica.</p> <p><b><i>NON DEIXAR NUNCA SÓ AO PACIENTE</i></b></p>	<p>Pode ser de orixen central ou periférico.</p> <p>Contrólase con medidas farmacolóxicas.</p>	<p>É un dos síntomas que mais sufoca á familia, causándolle sensación "de mal morer" polo que é moi importante explicar que o paciente non está sufrindo.</p> <p><b>OBXECTIVO:</b></p> <p>Aliviar as molestias do paciente.</p> <p><b>ACTIVIDADES:</b></p> <p>Colocar en decúbito lateral acentuado, para favorecer a drenaxe postural.</p> <p>A aspiración é moi molesta, polo que so se lle debe realizar a pacientes inconscientes.</p>

## DOR

Relacionada con: enfermidade, tratamento, debilidade.

### OBXECTIVO:

-Mantelo controlado.

### ACTIVIDADES:

-Crer sempre ao enfermo.

-Valorar

O tipo da dor: xorda, opresiva, punzante.

A localización

A intensidade (por exemplo escala EVA)

A frecuencia.

-Valorar a eficacia dos analxésicos (usar escalonadamente.)

-Administrar analxesia nos horarios pautados.

-Non utilizar placebos.

-Ensinar e respetar posturas antiálxicas.

-Se toma opiáceos asegurarse de que ten pautados laxantes.

-Escoitar ao paciente, procurar un ambiente relaxado e evitar a ansiedade.

ACTIVIDADE FÍSICA	RECREO E OCIO
<p><b>VENTAXAS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A circulación.</li> <li>- A tonificación muscular.</li> <li>- A distracción.</li> <li>- Redución de estrés.</li> <li>- Redución de insomnio.</li> </ul> <p><b>SE CAMIÑA:</b> Animalo a que o faga; que faga a actividade física que prefira. Ofrecerlle axuda para pasear camiñando ou en coche.</p> <p><b>SE NON CAMIÑA:</b> Cadeira de rodas, andadeira.....o ben con axuda persoal.</p> <p><b>SE ESTÁ INMOBILIZADO:</b> Posición axeitada, cambios posturais, ter a cama onde lle guste e facilitar o acceso aos seus obxectos persoais.</p>	<p><b>OBXECTIVO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Favorecer a actividade social e a distracción.</li> </ul> <p><b>ACTIVIDADES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Favorecer o contacto con familiares e amigos.</li> <li>- Pasear, ler, TV, música...</li> <li>- Permitirse saltar as normas (un cigarro, un doce...)</li> </ul>

# SÍNTOMAS NEUROPSICOLÓXICOS

## INSOMNIO

Moi común; debe tratarse de maneira enérxica, se é posible.

### ACTIVIDADES:

Axustar a medicación para respetar o sono.

Ámbito agradable e cómodo. Reducir a estimulación ambiental.

Procurar bo control da dor.

Reducir cambios posturais durante a noite.

Aumentar, no posible, a actividade diurna.

Animar ao paciente a expresar as súas preocupacións.

## ANSIEDADE

Relacionada co medo á morte, á soidade, á incompreensión, á perda de rol,...

### OBXECTIVO:

Mellorar a adaptación do enfermo á situación.

### ACTIVIDADES:

Comprobar toma correcta de fármacos

Establecer comunicación (empatizar.)

Favorecer a expresión dos seus sentimentos con escoita activa.

Proporcionar a información que solicite e precise.

Actuar con calma, sen mostrar présa.

Respetar o desexo de soidade ou compañía.

Favorecer un ámbito agradable.

Promover ocio e recreo.

Evitar paternalismos.

Realizar co paciente unha valoración realista sobre a sensación de abandono.

Informar ao paciente e á familia dos tratamentos utilizados para controlar este síntoma.

## SÍNTOMAS NEUROPSICOLÓXICOS.

### DEPRESIÓN

#### OBXECTIVO:

Recuperar a autoestima.

Canalizar hostilidades.

Coidar autoimaxe.

#### ACTIVIDADES:

Actuar con calma.

Escoitar con atención, promover a manifestación dos sentimentos.

Fomentar as visitas que poidan axudar.

Evitar paternalismos.

Promover o coidado do seu aspecto.

Acompañalo sempre que o solicite.

Determinar o grao de percepción do paciente sobre a súa situación

Procurar poucos cambios no equipo terapéutico, xa que son altamente perturbadores para o paciente.

### ESTADO CONFUSIONAL AGUDO

#### OBXECTIVO:

Evitar autolesións ou lesións a outros.

#### ACTIVIDADES:

Administrar tratamento farmacolóxico pautado.

Utilizar medidas de seguridade, mentres non fai efecto a medicación.

Varandas na cama.

Luz tenue durante a noite.

Evitar a excesiva estimulación sensorial.

Acompañamento por un familiar.

Descartar impactación fecal, retención urinaria como causa.

Apoio psicolóxico.



## SUFRIMIENTO ESPIRITUAL

Relacionado con conflicto de creencias e valores do individuo. Necesidade de reconciliación.

### OBXECTIVO:

- Procurar que o paciente exprese os seus sentimentos respecto ós seus valores.
- Si é posible, procurar reconciliación co seu entorno e consigo mesmo. Debe recibir a axuda espiritual que demande.

### ACTIVIDADES:

- Planificar un tempo adecuado para a comunicación; sen presas.
- Axudar a expresar a natureza do conflito que ten e buscar posibles solucións.
- Identificar as cousas que lle poden dar paz, alivio, forza e amor.

## ATENCIÓN NA AGONÍA (1)

### OBXECTIVO:

- Procurar confort.
- Soporte e información necesaria á familia.

### ACTIVIDADES:

- Comunicar ao médico a nova situación.
- Os cambios posturais e hixiene irán encamiñados a proporcionar confort.
- Cando aparecen estertores, aspirar o menos posible. Utilizar medicación e medidas posturais adecuadas para minimizalos.
- Procurar un ámbito con serenidade e compañía.

## ATENCIÓN NA AGONÍA (2)

### A FAMILIA:

- Atención y soporte
- Poden esixir reivindicacións terapéuticas pouco realistas.

### ACTIVIDADES:

- Ofrecer dispoñibilidade.
- Explicar o proceso, adaptación ós cambios e planificación da despedida.
- Seguir implicados nos cuidados de confort do paciente.
- Non soros nin sonda N/G: a diminución da inxesta é unha consecuencia, non causa do estado.
- Comunicación co paciente: verbal e non verbal. Actitude receptiva.
- Pautas de actuación ante unha crise de pánico, coma, axitación e agonía.
- Non deixar nunca só o paciente agonizando: sentarse ao seu lado e darlle a man.
- Trámites administrativos despois da morte.

## ATENCIÓN Á FAMILIA

- O seu papel é fundamental nos cuidados do paciente, polo que require información clara e formación nos cuidados.
- Na primeira visita valorarase se a familia pode atender ao paciente adecuadamente. A valoración farase periódicamente.

### ACTIVIDADES:

- Proporcionar a máxima información posible.
- Animalos a estar co paciente o máximo tempo posible; suxerir a participación de toda a familia.
- Evitar visitas que perxudiquen ao paciente.
- Explicarlles a necesidade de manter a calma en todo momento.
- Plantexar con eles as prioridades con cada problema que xurda.
- Facilitar un clima axeitado para resolver temas pendentes.
- Facilitar asistencia espiritual.

## RESERVORIO SUBCUTANEO (1)

Catéter radioopaco

Base de titanio con orificios (para a súa fixación nos texidos).

Membrana de silicona autoselable.

Implántase mediante técnica cirúrxica estéril.

### INDICACIÓNS:

Pacientes que requiren un acceso venoso prolongado.

### UTILIDADES:

Administración de medicación ou fluidoterapia IV.

Extraccións de mostras sanguíneas.

Administración de substancias sanguíneas ou nutritivas.

## RESERVORIO SUBCUTANEO (2)

### VENTAJAS:

Reduce o risco de infeccións.  
Permite un elevado nº de puncións.  
Comodidade para o paciente.

### INCONVINTES:

Contraindicado en pacientes que requiren transplante de MO.  
Hai que pinchar a pel do enfermo.

### COMPLICACIÓNS E PROBLEMAS:

Trombosis.  
Pneumotórax.  
Embolia gaseosa.  
Obstrución.  
Dor á palpación.  
Humidade no lugar de implantación.  
Infeccións.

## RESERVORIO SUBCUTANEO (3)

### ACCESO AO RESERVORIO SUBCUTÁNEO:

#### OBXECTIVO:

Manter acceso venoso central aséptico e permeable.

#### MATERIAL:

Luvas estériles.

Gasas estériles.

Antiséptico (povidona).

Pano estéril.

Xeringas de 10cc.

Agullas tipo gripper ou Hubber.

Soro fisiolóxico.

Solución de heparina (5000u en 100cc de suero) ou Fibrilin®.

Tapón e apósito.

## RESERVORIO O SUBCUTANEO (4)

### PROCEDIMIENTO:

- Lavado de mans.
- Explicarlle o procedemento ao paciente.
- Colocación de luvas estériles.
- Preparar campo e material estéril.
- Localizar e palpar a zona de punción.
- Desinfectar a zona de punción de dentro cara a fóra.
- Purgar o equipo de extensión e a agulla gripper.
- Inmovilizar coa man non dominante suxeitando cos dedos índice y polgar.
- Introducir a agulla a través da pel perpendicular ao reservorio, ata o fondo.
- Comprobar permeabilidade aspirando.
- Se é permeable, lavar con 10cc de s.f.
- Clampar o equipo de extensión e conectar o tapón.
- Asegurar a agulla gripper co apósito estéril.
- Vixilar síntomas de inchazo ou hipersensibilidade.
- Conectar o sistema de administración de fluido.
- Inicio da infusión.
- Ao rematar clampar o equipo.
- Lavar o sistema con 10cc de s.f. facendo presión positiva antes de clampar a agulla.
- Heparinizar con 5cc de fibrilin ou con 10cc de solución heparinizada.
- Cambiar o gripper semanalmente.
- Cambio de apósito c/48h e sempre que sexa preciso.
- Para retirar a agulla: retirase cunha man, suxeitando o reservorio cara abaixo coa outra.



## RESERVORIO SUBCUTANEO (5)

### O SELADO

Realizar despois de cada uso.  
Se non se usa c/21 días.

### EXTRACCIONS DE SANGUE

Seguir as instruccións de acceso.  
Debotar os primeiros 10cc de  
sangue.  
Extraer el volumen de sangre  
desexado.  
Limpar o catéter con 10cc de s.f.  
Heparinizar.

## BIBLIOGRAFIA

1. Papel de la enfermería en los cuidados paliativos. M<sup>a</sup> del Mar Otero Manso. Unidad Cuidados Paliativos, CHUAC. A Coruña.
2. Curso de Formación Básico. Concepto e Filosofía dos Coidados Paliativos. F. J. Barón Duarte - Grupo de Trabajo de Coidados Paliativos.
3. 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<sup>o</sup> 2006/08.
4. Guía de Cuidados Paliativos. Sociedad española de Cuidados Paliativos.
5. Marta Juvín. Rol de enfermería en cuidados paliativos. Primer simposio virtual del dolor, medicina paliativa y avances en farmacología del dolor.

# ANEXOS: táboas e escalas de utilidade en coidados paliativos

As diferentes escalas e criterios permítennos estimar o prognóstico destas enfermidades e axudan na toma de decisións pero temos que recordar que os criterios de terminalidade, tanto oncolóxicos como non oncolóxicos, son orientativos e han de ser revisados permanentemente e adaptalos a cada caso concreto.

Neste apartado facemos unha recopilación de algúns dos máis empregados nos coidados paliativos que, unidos a impresión clínica de supervivencia, determinados parámetros analíticos , parámetros de fragilidade e síndrome declive....., melloran a información, fan máis precisa a toma de decisións conseguindo dese xeito unha maior seguridade.

Táboa 1: Escala de Karnofsky

Táboa 2: Performance Status (ECOG)

Táboa 3: Equivalencia PS ECOG/ Índice Karnofsky

Táboa 4: PaP Score

Táboa 5: PPS

Táboa 6: PPI

Táboa 7: Índice de Barthel

Táboa 8: GDS-FAST

Táboa 9: Miniexamen cognoscitivo de Lobo

Táboa 10 : Escala da disnea MCR

Táboa 11: Escala de Ramsay

Xunto con estas, en cada capítulo aparecen criterios específicos das diferentes insuficiencias de órgano.

Táboa 1. ESCALA DE KARNOFSKY

<u>Actividades</u>	<u>Puntuación</u>	<u>Equivalente físico</u>
Normal, sen queixas, faltan indicios de enfermidade	100	Capaz de traballo e actividades normais, sen necesidade de coidados especiais
Levar a cabo unha actividade normal con signos ou síntomas leves	90	
Actividade normal con esforzo. Algunhos signos ou síntomas morbosos	80	
Capaz de coidarse, incapaz de actividade normal ou traballo activo	70	Non apto para o traballo. Capaz de vivir na casa, satisfacer a maioría das súas necesidades. Necesita unha axuda de importancia variable
Require atención ocasional, pero é capaz de satisfacer a maioría das súas necesidades	60	
Necesita axuda importante e asistencia médica frecuente	50	
Incapaz, necesita axuda e asistencia especiais	40	Incapaz de satisfacer as súas necesidades, necesita asistencia equivalente á dun hospital. A enfermidade pode agravarse rápidamente.
Totalmente incapaz, necesita hospitalización e tratamento de soporte activo	30	
Gravemente enfermo. Tratamento activo necesario	20	
Moribundo, irreversible	10	
Morto.	0	
		Morto

## Táboa 2. PS ECOG (Performance status)

0: Vida normal sen limitación de ningún tipo.

1: Limitación para actividades que requiran grandes esforzos físicos. Pode facer traballos sedentarios.

2: Válese por sí mesmo pero é incapaz de realizar calquera actividade. Pode deambular máis do 50% do tempo.

3: Non se vale por sí mesmo. Encamado ou en sofá máis do 50% do tempo.

4: Completamente inválido. Encamado ou en sofá todo o tempo.

5: Morto.

Táboa 3 . Equivalencia PS ECOG/ Índice Karnofsky

PS ECOG	Equivalencia I K	Descrición	Exploración por Anamnese
<b>0</b>	<b>100-90%</b>	Plenamente activo, capaz de realizar toda a actividade previa á enfermidade sen restrición	Por ex. nun xubilado PS0 sería o que pode seguir facendo a súa rutina diaria...ir a polo xornal, botar a partida...
<b>1</b>	<b>80-70</b>	Restringido na actividade física extenuante, pero ambulatorio e capaz de levar a cabo traballos de carácter lixeiro ou sedentarios, por exemplo, algún traballo da casa ...	Por exemplo deixou de facer a compra pero fai a comida...
<b>2</b>	<b>60-50</b>	Ambulatorio e capaz de todos os autocoidados, pero incapaz de levar a cabo calquera actividade de traballo. E algo mais do 50% das horas de vixilia fora da cama ou sofá	
<b>3</b>	<b>40-30</b>	Capaz só de autocoidado, actividade que se limita á cama ou cadeira mais do 50% das horas de vixilia	P ex ¿necesita axuda para o seu aseo e vestido?...¿Onde almorza?, ¿Canto tempo do día está andando e canto NA CAMA –SOFÁ?
<b>4</b>	<b>20-10</b>	Totalmente inactivo. Non pode realizar calquera autocoidado. Totalmente confinado á cama ou cadeira	
<b>5</b>	<b>0</b>	Morto	



Táboa 4. O nivel de prognóstico Paliativos (PaP score)

CRITERIO	EVALUACIÓN	PARCIAL SCORE
Disnea	Non Sí	0 1
Anorexia	Non Sí	0 1,5
Karnofsky	$\geq 30$ 10 a 20	0 2,5
Predición Clínica supervivencia (semanas)	> 12 11-12 7-10 5-6 3-4 1-2	0 2 2,5 4,5 6 8,5
nº total leucocitos	$\leq 8,5$ 8,6 a 11 > 11	0 0,5 1,5
Porcentaxe de linfocitos	20 a 40% 12 a 19,9% <12%	0 1 2,5
GRUPO DE RISCO	30 DÍAS DE SUPERVIVENCIA	PUNTUACIÓN
A	> 70%	0 a 5,5
B	30 a 70%	5,6 a 11
C	<30%	11,1 a 17,5

## Táboa 5 PPS (Palliative Performance Scala)

%	Deambulación	Actividade e evidencia de enfermidade	Autocoidado	Inxesta	Nivel conciencia
100	completa	Normal, non evidencia de enfermidade	completo	normal	completo
90	completa	Normal, algunha evidencia de enfermidade	completo	Normal	completo
80	completa	Normal con esforzo, algunha evidencia de enfermidade	completo	Normal ou reducida	completo
70	Reducida	Incapacidade laboral Algunha evidencia de enf.	completo	Normal ou reducida	completo
60	Reducida	Incapacidade traballo doméstico O hobby, enfermidade significativa	Necesita axuda ocasional	Normal ou reducida	Completo ou confusion
50	Sofá/cama	Incapacidade total Enfermidade extensa	Necesita axuda considerable	Normal ou reducida	Completo ou Confusion
40	Fundamentalmente cama	idem	Fundamentalmente axuda	Normal ou reducida	Completo ou somnolento ou confusion
30	encamado	idem	Coidado total	reducida	Completo ou somnolento ou confusion
20	encamado	Idem	idem	Mínimos sorbos	Completo ou somnolento ou confusion
10	encamado	idem	idem	Coidados da boca só	Somnolento ou Coma
0	morto	-	-	-	-

## METODOLOXÍA DE EMPREGO ESCALA PPS (Palliative Performance Scala)

Debese buscar en cada caso o nivel que mellor encaixe co paciente valorando os 5 items da escala.

Os items con maior peso están á esquerda e os de menor peso á dereita: primeiro decidir se o paciente pode andar ou non, logo se pode realizar algunha actividade, se pode asearse, se pode inxerir e finalmente o nivel cognitivo.

Polo tanto, a escala PPS cae de arriba abaixo pero tamén ten implicación de esquerda a dereita (é mais importante a deambulación que a cognición)

Táboa 6. Paliative Prógnostic Index (PPI)

Máximo posible

<b>PPS</b>	10-20	<b>4</b>	<b>4</b>
	30-50	<b>2,5</b>	
	≥ 60	0	
<b>Inxesta oral</b>	reducida severamente < bocados Moderadamente reducida > bocados normal	<b>2,5</b> <b>1</b> 0	<b>2,5</b>
<b>Edema</b>	presente ausente	1 0	<b>1</b>
<b>Disnea reposito</b>	presente ausente	<b>3,5</b> 0	<b>3,5</b>
<b>delirium</b>	presente ausente	<b>4</b> 0	<b>4</b>

Si > 6, supervivencia < 3 semanas

Si > 4, supervivencia < 6 semanas

Parámetro	Situación do paciente	Puntuación
Comer	Totalmente independente	10
	Necesita axuda para cortar carne, pan, etc.	5
	Dependente	0
Lavarse	Independente: entra e sae só do baño	5
	Dependente	0
Vestirse	Independente: poñerse e quitarse a roupa, abotonarse, atarse os zapatos	10
	Necesita axuda	5
	Dependente	0
Arranxarse	Independente para lavarse a cara, as mans, peinarse, afeitarse,....	5
	Dependente	0
Deposicións	Continencia normal	10
	Algún episodio de incontinencia, ou axuda para administrarse supositorios ou lavativas	5
	Incontinencia	0
Micción	Continencia normal, ou é capaz de cuidarse da sonda se ten unha posta	10
	Un episodio diario como máximo de incontinencia, ou axuda para cuidar da sonda	5
	Incontinencia	0
Usar o retrete	Independente para ir ao cuarto de aseo, quitarse e ponerse a roupa...	10
	Necesita axuda para ir ao retrete, pero se limpia so	5
	Dependente	0
Desprazarse	Independente para ir do sofá á cama	15
	Mínima axuda física ou supervisión para facerlo	10
	Necesita gran axuda, pero é capaz de manterse sentado só	5
	Dependente	0
Deambular	Independente, camiña só 50 metros	15
	Necesita axuda física ou supervisión para camiñar 50 metros	10
	Independente en cadeira de rodas sen axuda	5
	Dependente	0
Escalóns	Independente para baixar e subir escaleiras	10
	Necesita axuda física ou supervisión para facerlo	5
	Dependente	0
FECHA:	PUNTUACIÓN TOTAL:	—

## Táboa 7. Índice de Barthel

Máx. puntuación: 100 puntos (90 se vai en cadeira de rodas)

Resultado	Grao de dependencia
< 20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
≥ 60	Leve
100	Independente

## Táboa 8. GDS-FAST (Escala de deterioro global de Reisberg)

Estadio	Fase clínica (resultado MEC)	Características clínicas
1. Ausencia de déficit cognitivo	Normal (MEC: 30-35)	Non hai deterioro cognitivo subxectivo nin obxectivo
2. Déficit cognitivo moi leve	Esquezo (MEC: 25-30)	Queixas de perda de memoria (ubicación de obxectos, nomes de persoas, citas, etc)
3. Déficit cognitivo leve	Confusionaria precoz (MEC: 20-27)	<p>Afectación en máis dunha área:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Desorientación espacial</li> <li>. Evidencia de baixo rendimento laboral</li> <li>. Dificultade para recordar nomes, evidente para os familiares</li> <li>. Acabada a lectura retén pouca información</li> <li>. Esquezo a ubicación dos obxectos de valor</li> <li>. O déficit de concentración é evidente para o clínico</li> <li>. Ansiedade leve ou moderada</li> <li>. Se inicia a negación como mecanismo de defensa</li> </ul>
4. Déficit cognitivo moderado	E. Alzheimer leve (MEC: 16-23)	<p>Déficits manifestos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Esquezo de feitos cotiáns recentes</li> <li>. Déficit no recordo da súa historia persoal</li> <li>. Dificultade de concentración evidente en operación de resta</li> <li>. Incapacidade para planificar viaxes, vida social ou realizar actividades complexas</li> <li>. Labilidade afectiva</li> <li>. Mecanismos de negación dominan o cadro</li> <li>. Conserva a orientación en tempos e persoas, o recoñecemento de caras e persoas familiares e a capacidade de viaxar a lugares descoñecidos</li> </ul>
5. Déficit cognitivo moderadamente grave	E. Alzheimer moderada (MEC 10-19)	<p>Necesita asistencia en determinadas actividades Básicas da vida diaria (excepto hixiene e comida):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. É incapaz de recordar aspectos importantes da súa vida cotiá</li> <li>. Desorientación temporoespacial frecuente</li> <li>. Dificultade para contar en orde inverso dende 40, de 4 en 4, ou dende 20, de 2 en 2.</li> <li>. É capaz de reter o su nome e o dos familiares máis achegados</li> </ul>
6. Déficit cognitivo grave	E. Alzheimer moderadamente grave (MEC 0-12)	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Esquezo o nome dos seus familiares máis achegados</li> <li>. Retén algúns datos do pasado</li> <li>. Desorientación temporoespacial</li> <li>. Ten dificultade para contar de 10 en 10 en orde directo ou inverso</li> <li>. Pode necesitar asistencia para actividades da vida diaria</li> <li>. Pode presentar incontinencia</li> <li>. Recordar o seu nome e diferenciar os familiares dos descoñecidos</li> <li>. Hai trastorno do ritmo diurno</li> <li>. Presenta cambios na personalidade e na afectividade (delirio, síntomas obsesivos, ansiedade, axitación, agresividade e abulia cognitiva)</li> </ul>
7. Déficit cognitivo moi grave	E. Alzheimer grave (MEC 0)	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Pérdida de todas as capacidades verbais (a linguaxe pode quedar limitada a gritos ou gruñidos..)</li> <li>. Incontinencia urinaria</li> <li>. Necesidade de asistencia na hixiene persoal</li> <li>. Pérdida das funcións psicomotrices.</li> <li>. Con frecuencia obsérvanse signos neurolóxicos</li> </ul>

## Táboa 9. Minimental Test. Miniexamen Cognoscitivo de Lobo (MEC)

	Puntuación	Puntuación obtenida
<b>ORIENTACIÓN</b> Dígame el día.....fecha.....mes.....estación.....año ..... Dígame el Hospital.....planta.....ciudad..... provincia..... nación....	0-5 0-5	
<b>MEMORIA DE FIJACIÓN</b> Repita estas tres palabras: peseta-caballo-manzana (repetir hasta que las aprenda).....	0-3	
<b>CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO</b> Si tiene 30 pesetas, y me las va dando de 3 en 3, ¿cuántas le van quedando? (anote 1 punto cada vez que la diferencia de 3 sea correcta, hasta un máximo de 5 puntos) ..... Repita estas tres cifras: "5-9-2". Ahora repítalas hacia atrás (anotar 1 punto por cada cifra en orden correcta). .....	0-5 0-3	0
<b>MEMORIA (REPETICIÓN)</b> ¿Recuerda las tres palabras que le dije antes? .....	0-3	
<b>LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mostrar un bolígrafo: "¿Qué es esto?" Repetir con un reloj.....</li> <li>• Repita esta frase: "En un trigal había cinco perros" .....</li> <li>• "Una manzana y una pera son frutas, ¿verdad?"                      "¿Qué son el rojo y el verde? y ¿un perro y un gato?" .....</li> <li>• "Coja un papel con su mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo en el suelo" (anote un punto por cada movimiento correcto) .....</li> <li>• Lea esto y haga lo que dice:</li> <li>• "CIERRE LOS OJOS" .....</li> <li>• Escriba una frase completa cualquiera (la frase debe tener sujeto, real o implícito, y verbo) .....</li> <li>• Copie este dibujo (cada pentágono debe tener cinco lados y cinco vértices, y la intersección formar un diamante) .....</li> </ul>	0-2 0-1 0-2 0-3 0-1 0-1 0-1	
TOTAL .....		

Punto de corte: 23-24 p  
 Deterioro cognitivo leve: 19-23 p  
 Deterioro cognitivo moderado: 14-18  
 Deterioro cognitivo severo: < 14

Táboa 10. Escala Disnea MCR

Grao	Sensación do paciente
0	Ausencia disnea excepto ao realizar exercicio intenso
1	Disnea ao andar de présa ou subir costa pouco pronunciada
2	Incapacidade de manter o paso de outras persoas da mesma idade, camiñando en chaira, debido a dificultade respiratoria, ou ter que parar a descansar ao andar en chaira ao propio paso.
3	Ter que parar a descansar ao andar 100 m ou ós poucos minutos de andar en chaira.
4	A disnea impide ao paciente saír da casa ou aparece con actividades como vestirse ou desvestirse.



Táboa 11. Escala de Ramsay

Nivel I	Axitado, angustiado
Nivel II	Tranquilo, orientado e colaborador
Nivel III	Durmido, responde a estímulos verbais
Nivel IV	Durmido, responde a órdenes enérxicas
Nivel V	Durmido con resposta só a dor
Nivel VI	Sen resposta algunha