



Región de Murcia
Consejería de Sanidad
y Consumo

Cuidados Paliativos

“Competencias en Cuidados Paliativos: Nivel básico”

ÍNDICE

1. Derechos del enfermo terminal
2. Taller de Reservorios
3. Taller Vía Subcutánea
4. Fármacos Vía Subcutánea
5. Instrucciones y educación a la familia para el cuidado del paciente
6. Fármacos para el Tratamiento del Dolor
7. Atención a la Agonía. Cuidados en los últimos días
8. Sedación Paliativa
9. Registro de Instrucciones Previas
10. Taller de Genograma
11. Familia y Duelo
12. Bibliografía

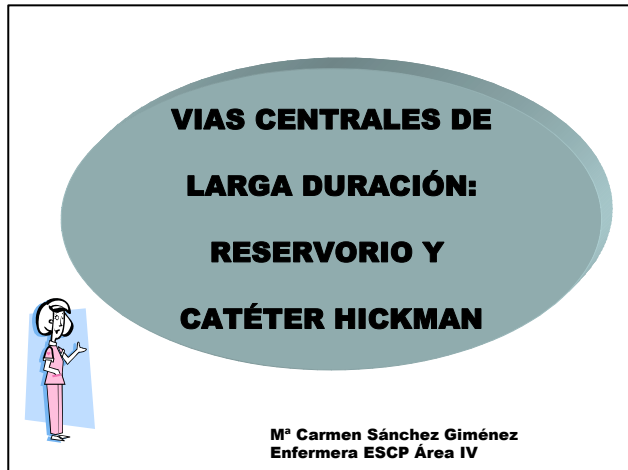
1. DERECHOS DEL ENFERMO TERMINAL

La Organización Mundial de la Salud (OMS), recoge los siguientes derechos del enfermo terminal:

- Tengo el derecho de ser tratado como un ser humano vivo hasta el momento de mi muerte.
- Tengo el derecho de mantener una esperanza, cualquiera que sea esta esperanza.
- Tengo el derecho de expresar a mi manera mis sufrimientos y mis emociones por lo que respecta al acercamiento de mi muerte.
- Tengo el derecho de obtener la atención de médicos y enfermeras, incluso si los objetivos de curación deben ser cambiados por objetivos de confort.
- Tengo el derecho de no morir solo.
- Tengo el derecho de ser liberado del dolor.
- Tengo el derecho de obtener una respuesta honesta, cualquiera que sea mi pregunta.
- Tengo el derecho de no ser engañado.
- Tengo el derecho de recibir ayuda de mi familia y para mi familia en la aceptación de mi muerte.
- Tengo el derecho de morir en paz y con dignidad.
- Tengo el derecho de conservar mi individualidad y de no ser juzgado por mis decisiones, que pueden ser contrarias a las creencias de otros.
- Tengo el derecho de ser cuidado por personas sensibles y competentes, que van a intentar comprender mis necesidades y que serán capaces de encontrar algunas satisfacciones ayudándome a entrenarme con la muerte.
- Tengo el derecho de que mi cuerpo sea respetado después de mi muerte.

2. TALLER DE RESERVORIOS

Contenido procedente de la presentación en Power Point del “Taller de Reservorios” elaborado por la enfermera M^a Carmen Sánchez Jiménez del ESCP domiciliario del Área IV de Salud, Noroeste, del Servicio Murciano de Salud.



Vías centrales de larga duración

• VENTAJAS

- Proporciona al pac. una vía de acceso venoso rápida y segura
- Evita la punción de vías periféricas
- Asegura vías de gran flujo con pocas complicaciones
- Aumenta la comodidad del pac.

Vías centrales de larga duración

APLICACIONES

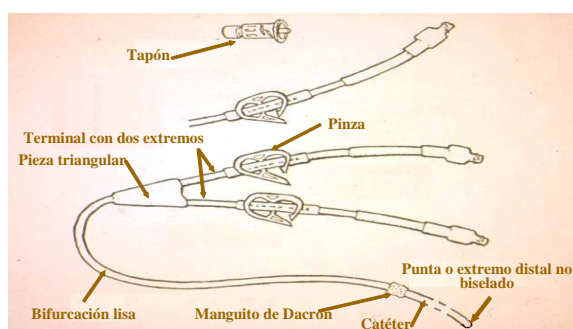
- Administración de quimioterapia
- Reposición hidroelectrolítica
- Trasfusiones de hemoderivados
- Extracciones sanguíneas
- Administración de nutrición parenteral
- Obtención o reinfusión de precursores hematopoyéticos (aféresis)

Vías centrales de larga duración

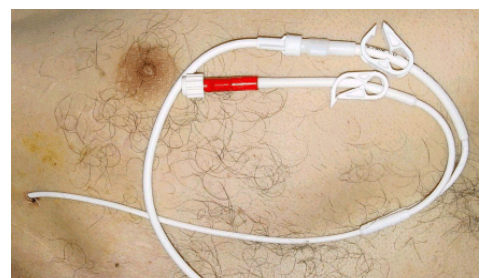
A TENER EN CUENTA:

- Conocer implantación y funcionamiento
- Dar pautas a pacientes y familiares sobre cuidados y conservación
- Conocer complicaciones y cómo resolverlas

Catéter tipo Hickman



Catéter tipo Hickman



Catéter tipo Hickman

INDICACIONES

- Pacientes que requieren acceso venoso prolongado
- Pacientes que precisen soporte hematológico o trasplante de médula ósea

Catéter tipo Hickman

VENTAJAS

- Perfusión de hemoderivados
- Extracción de analítica
- Comodidad para el paciente

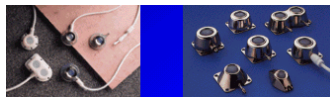
INCONVENIENTES

- Requiere autocuidado
- Mayor índice de infecciones que en el reservorio

Reservorio subcutáneo

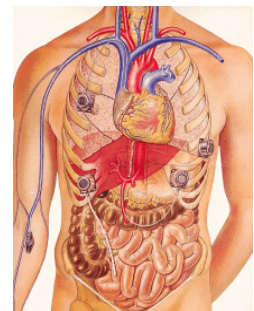
DESCRIPCION

- Portal de acero inoxidable o poliéster
- Con membrana de silicona autosellable
- Se conecta el portal a un catéter de silicona
- La base posee orificios para su fijación a los tejidos



Reservorio subcutáneo

IMPLANTACIÓN



Reservorio subcutáneo

INDICACIONES

- Pacientes que requieren acceso venoso prolongado
- Pacientes que no precisen un importante soporte hemoterápico

Reservorio subcutáneo

VENTAJAS

- Reduce el riesgo de infección
- Permite un elevado número de punciones
- Comodidad para el paciente

INCONVENIENTES

- Contraindicado en pacientes que requieren trasplantes de M.O.
- Hay que pinchar la piel del enfermo

Cuidados del catéter Hickman

OBJETIVOS

- Mantener la permeabilidad de la vía central
- Prevenir la infección mediante técnica aséptica
- Mejorar el confort del paciente y realizar la higiene de la zona



Cuidados del catéter Hickman

MATERIAL

- Guantes estériles
- Gasas estériles
- Antiséptico (povidona)
- Paño estéril
- Jeringas de 10 y 5 cc
- Agujas intravenosas
- Suero fisiológico
- Heparina sódica 5%
- Tapones
- Apósito estéril



Cuidados del catéter Hickman



¡¡¡MUY IMPORTANTE!!!

Lavado de manos y colocación de guantes siempre que se manipule el catéter

Cuidados del catéter Hickman

CURA DEL CATÉTER

- Cada dos días o siempre que sea necesario



Cuidados del catéter Hickman

MATERIAL

- 1º. Gasas estériles
- 2º. Apósito estéril
- 3º. Antiséptico (BETADINE)



Cuidados del catéter Hickman

PROCEDIMIENTO

- Lavarse las manos con jabón antiséptico
- Retirar apósitos
- Limpiar con S.F. el orificio de entrada
- Aplicar Betadine (haciendo círculos de dentro hacia fuera)
- Dejar secar
- Colocar apósito estéril

Cuidados del catéter Hickman

OBSERVACIONES

- Zona de entrada del catéter, si supura, si le duele, o si está enrojecida
- Si se le ha salido hacia fuera el catéter
- Si tiene perdidas o escapes de líquido
- Si tiene fiebre

Cuidados del catéter Hickman

LAVADO Y SELLADO DEL CATÉTER

(por cada luz)

- Cada 48 horas
- Después de cada uso

Cuidados del catéter Hickman

MATERIAL

- Gasas estériles
- 4 jeringas de 10 cc
- 2 jeringas de 2 cc o 5 cc
- Suero fisiológico
- 1 vial de heparina sódica al 5%

Cuidados del catéter Hickman

PROCEDIMIENTO

- Lavarse las manos con jabón antiséptico
- Preparar el material sobre superficie limpia
- Retirar tapón y aspirar
- Introducir 10cc de S.F
- Introducir 2cc de heparina sódica al 5%
- Poner tapón
- Repetir en la otra luz

Cuidados del catéter Hickman

EXTRACCIÓN DE SANGRE

- A través de la luz roja
- Parar perfusión si es el caso
- Desechar los primeros 8 ó 10 cc
- Recoger muestra necesaria
- Sellado de la luz

Cuidados del catéter central con reservorio subcutáneo

OBJETIVO

- Mantener acceso venoso central permeable y aséptico



Cuidados del catéter central con reservorio subcutáneo

MATERIAL

- Guantes estériles
- Gasas estériles
- Antiséptico (povidona)
- Paño estéril
- Aguja tipo Gripper o Huber
- Jeringas de 10 cc y 5 cc
- Suero fisiológico
- Heparina al 5%
- Tapón
- Apósito



Cuidados del catéter central con reservorio subcutáneo

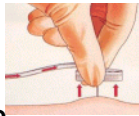
ACCESO

- Lavado de manos
- Preparar campo y material estéril
- Localizar y palpar zona de punción
- Desinfectar zona de punción
- Purgar el equipo de extensión y aguja gripper
- Inmovilizar con la mano no dominante

Cuidados del catéter central con reservorio subcutáneo

ACCESO

- Introducir la aguja a través de la piel perpendicular al reservorio
- Comprobar permeabilidad aspirando
- Si es permeable, lavar con 10 cc de s.f. heparinizado
- Clampar el equipo de extensión y conectar el tapón
- Asegurar la aguja gripper con apósito estéril



Cuidados del catéter central con reservorio subcutáneo

ACCESO

- Vigilar síntomas hinchazón o hipersensibilidad
- Conectar sistema de admón. de fluido
- Inicio de la infusión
- Al terminar clampar equipo
- Lavar sistema con 10 cc de s.f.
- Heparinizar con 10 cc
- Cambiar gripper semanalmente
- Cambio apósito cada 48 h. y siempre que sea necesario

Cuidados del catéter central con reservorio subcutáneo

SELLADO

(Después de cada uso o 21 días)

- Explicar procedimiento al paciente
- Lavado de manos y guantes estériles
- Retirar tapón
- Aspirar
- Infundir: 10 cc de s.f.
4 cc de heparina al 5%



Cuidados del catéter central con reservorio subcutáneo

EXTRACCIÓN DE SANGRE

- Seguir instrucciones de acceso
- Desechar los primeros 10 cc de sangre
- Extraer volumen de sangre deseado
- Limpiar catéter con 10 cc de s.f.
- Heparinizar



Complicaciones

INFECCIONES

- Datos que sugieren infección de catéter:
 - ▣ Hemocultivos positivos tomados del catéter
 - ▣ Signos inflamatorios en el orificio de salida o túnel.
 - ▣ Episodios de tiritona e hipotensión tras irrigación del catéter.
 - ▣ Fiebre persistente

Complicaciones

NEUMOTÓRAX

- Aparición de disnea

TROMBOSIS

- Valorar resistencia al lavado del catéter o falta de flujo sanguíneo
- Edema en el miembro donde se halla situado el catéter
- Cambio de coloración de la piel
- Aparición de circulación colateral

Complicaciones

EMBOLIA GASEOSA

- Síntomas:
 - cerebrales
 - alteración del estado mental
 - cefalea
 - hipotonía motriz
- Asegurar conexiones bien cerradas

Resolución de problemas

OBSTRUCCIÓN (I)

• Signos y síntomas:

- ▣ Se siente resistencia al empujar el émbolo de la jeringa
- ▣ No se puede purgar ni infundir líquidos

Resolución de problemas

OBSTRUCCIÓN (II)

• Causas:

- ▣ Las pinzas están cerradas
- ▣ El catéter puede estar doblado
- ▣ Catéter atorado en un vaso más pequeño o contra la pared de un vaso
- ▣ Aguja puede no estar totalmente insertada o ser muy corta
- ▣ Catéter ocluido por precipitado de medicamento
- ▣ Formación de fibrina o un coágulo

Resolución de problemas

OBSTRUCCIÓN (III)

• Soluciones:

- ▣ Abrir las pinzas de los tubos
- ▣ Colocar cabeza y hombros del paciente en otra posición
- ▣ Introducir agujas hasta el fondo del portal
- ▣ Usar aguja de longitud adecuada
- ▣ Irrigar-aspirar con solución salina heparinizada
- ▣ Control radiológico
- ▣ Administración de uroquinasa (bajo prescripción facultativa)

Resolución de problemas

OBSTRUCCIÓN (IV)

• Desobstrucción del catéter con uroquinasa

- ▣ Aspirar con una jeringa el volumen que se pueda
- ▣ Introducir Uroquinasa
- ▣ Introducir - en el Hickman: 2 cc por tapón rojo y 1 cc por el blanco
 - en el Port-a-Cath: 2 cc
- ▣ Pinzar catéter y esperar 10-15 min.
- ▣ Despinzar y aspirar. NUNCA FORZAR
- ▣ Si es necesario, repetir pasos anteriores.

Resolución de problemas

DOLOR EN LA PALPACION

- **Signos:**
 - Enrojecimiento
 - Piel caliente
 - Edema
- **Causas:**
 - Infección
 - Irritación de la vena
 - Aguja mal situada
- **Soluciones:**
 - Revisar si hay edema
 - Revisar otros síntomas de infección
 - Notificar al facultativo

Resolución de problemas

HUMEDAD EN SITIO DE IMPLANTACIÓN (I)

- **Signos:**
 - Apósito húmedo
 - Líquido bajo apósito
 - Hinchazón bajo apósito
 - Fuga de fluido durante palpación
- **Causas:**
 - Conexiones flojas
 - Apósito expuesto a humedad excesiva
 - Aguja desplazada o mal situada
 - Portal dañado

Resolución de problemas

HUMEDAD EN SITIO DE IMPLANTACIÓN (II)

- **Soluciones:**
 - Cambiar apósito húmedo
 - Apretar conexiones
 - Aguja adecuada y bien colocada
 - Realizar radiografía

CONCLUSIÓN

Es **muy importante** una manipulación correcta del catéter para evitar



3. TALLER VÍA SUBCUTÁNEA

Contenido procedente de la presentación en Power Point del “Taller básico de Vía Subcutánea” elaborado por el Grupo de Trabajo “Talleres básicos de formación” de los ESCP domiciliarios del Servicio Murciano de Salud.

Cuidados Paliativos

TALLER VIA SUBCUTÁNEA

Equipos de Soporte de Cuidados
Paliativos (ESCP)
SERVICIO MURCIANO DE SALUD

Elección de la vía de adm:

- Que permita autonomía al enfermo
- Fácil utilización
- Lo menos agresiva posible
- Pocos efectos secundarios

Las vías de administración prioritarias son:

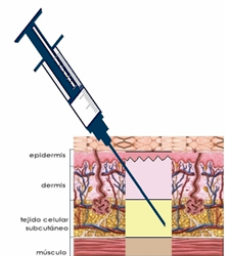
- Vía Oral
- Vía Rectal
- Vía Subcutánea
- Vía Sublingual
- Vía Transdérmica
- Vía Endovenosa
- Vía Transmucosa oral
- Vía Intramuscular

Vía Subcutánea:

Es la siguiente vía de elección después de la oral.

Indicaciones:

- Imposibilidad de utilizar vía oral.
- Absorción lenta y constante del fármaco.
- Evitar dolor innecesario
- Mayor efectividad de ciertos fármacos.



Vía Subcutánea:

Ventajas:

- Autonomía para el enfermo
- Técnica poco agresiva
- No precisa hospitalización
- Fácil de utilizar: familia y cuidadores
- Evita pinchazos frecuentes.

Vía Subcutánea

Ventajas II:

- Posibilidad de administrar diferentes fármacos.
- Favorece el cuidado del paciente en su domicilio siguiendo la propuesta de la OMS.
- Menos complicaciones que la iv.
- Tiene pocos efectos secundarios y complicaciones.
- Permite infusión continua.

Vía subcutánea

Contraindicaciones de la Vía Subcutánea:

- Coagulopatías.
- Infecciones en el punto de inserción.
- Mala perfusión del tejido celular subcutáneo.
- Presencia de edema generalizado o en la zona de punción.

Vía Subcutánea

Zonas de punción:

- Parte anterior del tórax: zona infraclavicular.
- Parte anterior y externa de los brazos: zona deltoidea.
- Cuadrantes superiores del abdomen.
- Parte anterior de los muslos*

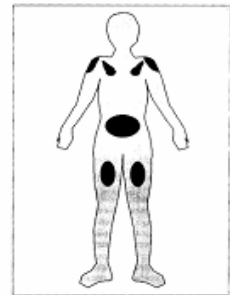


Figura 3
Puntos recomendados para la punción.

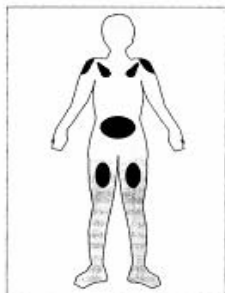


Figura 2
Puntos recomendados para la punción.



Vía Subcutánea



Elección adecuada de las zonas de punción:

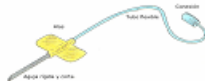
Valorar:

- Zona con más tejido subcutáneo, según el grado de caquexia
- Comodidad del cuidador para administrar la medicación
- Comodidad del paciente según el grado de postración
- Situación del mobiliario, tanto en sedestación como encamado, que se pueda acceder
- Cantidad de ropa que lleve el paciente según temperatura ambiental o corporal
- Parece ser que la zona EEII es la más sensible

Vía Subcutánea

Modalidades de administración:

- Perfusión subcutánea “en bolos”: mediante canalización de palomilla. Efecto en picos.



- Infusión continua: Efecto constante. la velocidad de liberación de la medicación es uniforme, pudiéndose administrar bolos extra.

Vía Subcutánea

Infusión continua: Distintos tipos de infusores: y bombas de infusión.



Vía Subcutánea

Hay diferentes tipos de infusores. Los más recomendables son aquellos formados por una especie de globo que se llena con la medicación y ésta se va liberando paulatinamente. Hay infusores para periodos de 1 día, 2 días, 5 días y 7 días, y a diferente ritmo de infusión 0.5 ml/h, 2 ml/h, 5 ml/h... En atención domiciliaria son más utilizados los de mayor tiempo de duración, 5 y 7 días.

Diferencias entre admon. en bolos e infusión continua Vía Subcutánea

Administración en bolos

- Efecto discontinuo fcos
- Pequeños volúmenes
- Mejor efecto dolor agudo
- Más manipulaciones
- Menor coste

Infusión continua

- Niveles plasmáticos uniformes
- Volúmenes más grandes
- Peor efecto en dolor agudo.
- Evita manipulaciones
- Mezclar fármacos
- Coste elevado

Vía Subcutánea



Material:

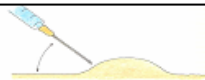
- Guantes
- Gasas estériles
- Antiséptico
- Palomilla (calibre 23)
- Apósito transparente
- Tapón de membrana permeable



Vía Subcutánea

- Procedimiento
- Explicar la técnica y el procedimiento al paciente y familia.
- Lavado de manos higiénico y colocación de guantes.
- Desinfectar la zona de punción escogida.
- Tomar en pellizco la piel y pinchar en 45° con la palomilla ya purgada.

Vía Subcutánea:



- Procedimiento

- Dejar el tapón de entrada sujeto pero que sea fácil de utilizar por el paciente, familiar o cuidador
- Colocar un apósito transparente para valorar la zona de punción.
- Marcar apósito, si es para un solo fármaco.

Desinfectar la zona de punción con un antiséptico



Realizar un pellizco en la piel y pinchar en 45º, con el bisel hacia arriba.



Fijar la palomilla con sutura adhesiva.



Colocar un apósito transparente para ver la zona de punción. Lo que nos permite vigilar las reacciones locales o la salida accidental de la aguja.



Conexión del infusor.



CUIDADOS

- Registrar la fecha de colocación.
- La duración media de la vía con palomilla está entre 5 y 7 días.
- Revisar frecuentemente y cambiar el lugar de punción si aparece dolor, induración, hemorragia, eritema o infección.
- Si no presenta ninguna de estas complicaciones, puede mantenerse la vía durante más de 7 días.

Vía Subcutánea:

Factores que influyen en la absorción de fármacos:

Factores que aumentan la velocidad de absorción	Factores que disminuyen la velocidad de absorción
<ul style="list-style-type: none"> • Hialuronidasa • Masaje • Ejercicio • Aplicación de calor 	<ul style="list-style-type: none"> • Vasoconstrictores • Aplicación de frío • Tabaco

Fármacos utilizados por vía subcutánea:

Principales Fármacos:	Otros fármacos:
<ul style="list-style-type: none"> • Morfina • Hioscina • Haloperidol • Midazolam 	<ul style="list-style-type: none"> • Metoclopramida • Buprenorfina • Dexametasona* • Ketorolaco • Fenobarbital • Ondasentrón <p>* No se puede mezclar</p>

Vía Subcutánea

Morfina

- Vida media 4 horas.
- **Fotosensible** (cubrir jeringas precargadas e infusores con papel de aluminio).
- Indicaciones: dolor, disnea, tos y diarrea.
- **Puede mezclarse.**
- **Conversión:**
 - MFN ORAL A SUBCUTÁNEA: reducir dosis total a la mitad
 - MFN SUBCUTÁNEA A ORAL: aumentar x 2 dosis total

Vía Subcutánea

Haloperidol

- Vida media de 8-12 horas.
- **Fotosensible.**
- Indicaciones: antiemético de acción central, cuadros de agitación, confusión o sedación.
- **Puede mezclarse.**

Vía Subcutánea

Hioscina

- Vida media de 6-8 horas.
- **No fotosensible.**
- Indicaciones: antiemético, antiespasmódico (cólicos), reduce secreciones respiratorias.
- **Puede mezclarse.**

Vía Subcutánea

Midazolam

- Vida media 4-6 horas.
- **No fotosensible.**
- Indicaciones: sedante, inductor del sueño y anticonvulsivante.
- **Puede mezclarse.**

Vía Subcutánea

Metoclopramida.

- Vida media de 8 horas.
- **No fotosensible.**
- Indicaciones: náuseas y vómitos. Acción periférica.

Vía Subcutánea

Dexametasona.

- **Fotosensible.**
- Indicaciones: coadyuvante del dolor. Cefalea por síndrome de compresión intracraneal.
- **Se puede mezclar solo con morfina, ya que precipita con el resto.**

Vía Subcutánea

Tramadol.

- Vida media de 6-8 horas.
- **No fotosensible.**
- Indicaciones: control del dolor como opioide débil.

Vía Subcutánea

Ketorolako.

- Vida media 8 horas.
- **No fotosensible.**
- Indicaciones: dolor óseo y como coadyuvante del dolor.
- **Puede mezclarse.**

Vía Subcutánea

Diclofenaco.

- Vida media de 8 horas.
- **No fotosensible.**
- Indicaciones: coadyuvante en dolor óseo.
- **No se puede mezclar.**

Vía Subcutánea

Levopromacina.

- **No fotosensible**
- Indicaciones: agitación.
- **Algunos autores no desaconsejan su mezcla con otros fármacos.**

Vía Subcutánea

No deben utilizarse por vía subcutánea :

- **Clorpromacina.**
- Alto poder irritante.
- **Metamizol.**
- Alto poder irritante.
- **Diazepan.**
- Reacciones dérmicas locales
- Excipiente oleoso que no facilita absorción.

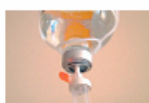
Preparación de un Infusor





Vía subcutánea

- Hidratación: (hipodermocclisis)
- Suero salino o glucosado.
- Cantidad: de 500 a 1500 cc diarios.
- Si edematización de los tejidos cambio de punción.
- Zonas de punción: las mismas, preferentemente abdomen.



Vía subcutánea

- Conclusiones:
- Su uso cada vez más extendido.
- Adecuada cuando otras vías ya no lo son.
- Los infusores son de fácil manejo.
- Muy útil en el manejo de síntomas.
- Mantiene adecuados niveles plasmáticos de la medicación.
- Aumenta la calidad de vida del paciente

4. FÁRMACOS VÍA SUBCUTÁNEA

Contenido elaborado por el Grupo de Trabajo “Talleres básicos de formación” de los ESCP domiciliarios del Servicio Murciano de Salud.

Los fármacos mas indicados para su administración por vía subcutánea son los hidrosolubles. Son menos irritantes y presentan menor riesgo de acumulación. No podremos utilizar las sustancias liposolubles, ya que son muy irritantes y tienen un alto riesgo de precipitación y de acumulación.

MODOS DE ADMINISTRACION:

- **BOLOS:** Administración intermitente del fármaco con periodicidad a demanda o pautada.
- **INFUSION CONTINUA:** Dispositivos de infusión continua que liberan medicación de manera constante en un periodo determinado.

FARMACOS POR VIA SUBCUTANEA:

- **Indicados:** Morfina, Metadona, Midazolam, Tramadol, Haloperidol, Metoclopramida, N-butil -bromuro de hioscina.
- **Contraindicados:** Diazepan, Clorpromacina, Metamizol.
- **Recomendados usar con palomilla única:** Dexametasona, Ketorolaco, Levomepromacina.

Se admiten combinaciones habituales de fármacos; si bien, se aconseja evitar mezclar más de tres fármacos.

4.1 CLORURO MORFICO.

- **Presentación:** ampollas de 1cc. al 1% (1cc.=10 mg.); ampollas al 2% (1cc.=20mg).
- **Fotosensible.** Puede mezclarse con otros fármacos.
- **Administración:**
 - Continua sbc. en 24 h.
 - Bolo: sbc/4 h.
- **Indicaciones:** dolor moderado-severo, disnea.

- Dosis:
 - Si no ha recibido opioides: 2,5-5 mg. /4h en bolo;
 - 15-30 mg/24h en infusión continua.
 - Si recibía morfina oral, se pauta la mitad de la dosis total.
- Dosis de rescate morfina sbc: 1/6 de la dosis total de morfina sbc. en 24 h.
- Ajuste de dosis: los aumentos de dosis deben ser del 50% de la dosis previa, hasta conseguir la analgesia adecuada. Estos incrementos se deben espaciar como mínimo cada 48 h.

4.2 HALOPERIDOL:

- Presentación: ampollas de 5 mg. en 1 cc.
- Indicaciones: antiemético de acción central, estados confusionales o de agitación.
- Dosis:
 - 2,5-5 mg/24 h.
 - Estados confusionales: 5-30 mg/24h.
- Puede mezclarse.

4.3 METOCLOPRAMIDA:

- Presentación: ampollas de 10 mg. (2 cc.)
- Indicaciones: náuseas y vómitos de origen periférico.
- Dosis:
 - 10-20 mg/6-8h en bolo.
 - 30-60 mg/24h en infusión continua.

4.4 MIDAZOLAM:

- Presentación: ampollas de 15 mg (3cc.) ,5 mg (5cc).
- Indicaciones: estados confusionales con gran componente de ansiedad., sedante, anticonvulsivante, disnea
- Dosis:
 - Inicial: 2-10 mg.
 - Mantenimiento: 5-10 mg/4h.
 - Infusión continua: 30 mg/24h.

- Anticonvulsivo: 10 mg. sbc. (Se puede repetir cada hora si repite crisis).

* Se recomienda reducir dosis en caquéticos, ancianos y hepatópatas.

4.5 N-BUTIL-BROMURO DE HIOSCINA:

- Presentación: ampollas de 20 mg. (1cc.)
- Indicaciones: disminución de las secreciones bronquiales (estertores pre-mortem), dolor por oclusión intestinal, acción antiemética.
- Dosis: 20 mg/8 h.; se pueden utilizar dosis de 180 mg/24h.

Estos son los fármacos más comúnmente usados en mezclas por vía subcutánea.

Otros fármacos de utilización subcutánea, pero no en mezclas los siguientes:

4.6 DEXAMETASONA:

- Presentación: ampollas 4 mg. (1 cc.) ,8 mg (2 cc.) ,40 mg. (5 cc.).
- Indicaciones: coadyuvante del dolor(24mg./24h.),hipertensión intracraneal (inicio: 16mg/24h), mantenimiento: 2-4 mg/24h), anorexia/ fiebre/sudoración (2-4 mg/24h), etc.
- Fotosensible

* Tiene mala tolerancia local y además da problemas de precipitación al asociarlo en el infusor con otros fármacos.

4.7 LEVOMEPRIMAZINA:

- Presentación: ampollas 25 mg. (1cc.)
- Indicaciones: estados confusionales con gran componente de ansiedad.
- Dosis: 10-25 mg/12h.

* Presenta el inconveniente de que puede provocar problemas locales en el punto de punción, por lo que se recomienda revisar diariamente el mismo.

4.8 TRAMADOL:

- Presentación: ampollas 100 mg. en 2cc.
- Indicaciones: dolor de intensidad moderada.

- Dosis: 50-100 mg/8 h. (max.400 mg/24h.)
 - Equivalencia oral/subcutánea: 1:1
 - Equianalgesia morfina: mg. tramadol/4 = mg. de morfina oral.

4.9 KETOROLACO:

- Presentación: ampollas de 10 y 30 mg. (1 cc.)
- AINE con buena tolerancia local y de elección para vía subcutánea
- Indicaciones: dolores somáticos (metast. óseas), fiebre.
- Dosis: 60-90 mg/24h. Si admón. intermitente, se pautará cada 8 h.

NO DEBEN USARSE POR VIA SUBCUTANEA LOS SIGUIENTES FARMACOS:

- CLORPROMACINA:
 - Alto poder irritante local.
- METAMIZOL:
 - Alto poder irritante local.
- DIAZEPAN:
 - Reacciones dérmicas locales.
 - Excipiente oleoso que no facilita absorción.

5. INSTRUCCIONES Y EDUCACIÓN A LA FAMILIA PARA EL CUIDADO DEL PACIENTE.

Los ESCP domiciliarios disponen, para el paciente y la familia, de una serie de instrucciones sobre algunos de los cuidados básicos del paciente, elaborados por el grupo de Trabajo “Información a la familia” de los ESCP domiciliarios del Servicio Murciano de Salud:

- Administración de Medicación por Vía Subcutánea
- Administración de un Enema
- Consejos para la Boca Seca
- Consejos para la Candidiasis oral
- Consejos para la Boca Dolorosa
- Uso correcto del fentanilo oral transmucoso (Actiq)
- Consejos para la limpieza de la boca
- Manejo del Infusor
- Consejos para el manejo del paciente encamado
- Uso correcto del parche para el Dolor
- Consejos para el cuidado de la piel húmeda
- Consejos para el cuidado de la piel seca.

5.1 ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN POR VÍA SUBCUTÁNEA:

- 1º. Realizar en primer lugar un lavado de manos con agua y jabón.
- 2º. Romper la ampolla que contiene la medicación, teniendo cuidado para evitar cortarse.
- 3º. Cargar la medicación de la ampolla con una aguja y una jeringa según la dosis pautada. Sacar el aire todo lo posible, pero no hay que preocuparse si quedan burbujas en la jeringa.
- 4º. Desenroscar el tapón de la palomilla, introducir la jeringa sin aguja en la palomilla y administrar la medicación despacio, para evitar molestias al enfermo.
- 5º. Después introducir 0,5 cc de suero fisiológico antes de conectar el tapón, así pasará toda la medicación.
- 6º. Retirar la jeringa y volver a conectar el tapón.

Administración de extradosis por vía subcutánea

- 1º. Realizar en primer lugar un lavado de manos con agua y jabón.
- 2º. Romper la ampolla que contiene la medicación, teniendo cuidado para evitar cortarse.
- 3º. Cargar la medicación de la ampolla con una aguja y una jeringa según la dosis pauta. Extraer el aire y no se preocupe si quedan algunas burbujas en la jeringa.
- 4º. Desconectar el infusor de la palomilla sujetando bien ésta con una mano.
- 5º. Introducir la jeringa (sin aguja) en la palomilla y administrar la medicación despacio para evitar molestias al paciente.
- 6º. Lavar con 0,5cc de suero fisiológico.
- 7º. Retirar la jeringa y volver a conectar el infusor a la palomilla.

5.2 ADMINISTRACIÓN DE UN ENEMA

Como preparar un enema:

- 1º. Vaciar aproximadamente “dos dedos” del enema Casen de 250 ml.
- 2º. Añadir al frasco:
 - Dos cucharadas soperas de aceite de oliva.
 - Dos cucharadas soperas de Duphalac.
 - Un Micralax.
- 3º. Agitar fuertemente el frasco.

Como poner un enema:

- 1º. Aplicar lubricante urológico o vaselina en el cono del frasco y poner el enema.

Es conveniente que el paciente esté acostado en la cama sobre el lado izquierdo e intente retener el enema el mayor tiempo posible antes de hacer la deposición.
- 2º. Aplicar el enema de limpieza si no hay deposición en dos o tres días.
- 3º. Repetir en 24 horas si no es efectivo.

5.3 CONSEJOS PARA LA BOCA SECA

- 1º. Preparar un litro de manzanilla con 3-4 sobres.
 - Añadir el zumo de un limón o naranja sin azúcar.
 - No echar azúcar. Guardar en la nevera. Se pueden hacer cubitos de hielo.
 - Realizar enjuagues siempre que precise. Se puede ingerir

- 2º. Chupar caramelos de limón o naranja sin azúcar.
- 3º. Chupar cubitos de hielo con manzanilla o vitamina C.
- 4º. Mascar chicles sin azúcar o trozos de piña natural.
- 5º. No utilizar antisépticos orales.

5.4 CONSEJOS PARA LA CANDIDIASIS ORAL

- 1º. Hacer limpieza bucal después de cada comida.
- 2º. Después, hacer enjuagues con la solución Micostatín. Se pueden hacer hasta 6 veces al día.
- 3º. Mantenerlo en la boca durante unos minutos.
- 4º. Si no provoca náuseas, conviene ingerirlo.
- 5º. Esperar 15 min. aproximadamente, antes de volver a comer o beber.
- 6º. Si el paciente no puede realizar enjuagues, se puede impregnar una gasa en la solución y pasarla por la lengua y las encías.
- 7º. La solución de Mycostatin se puede congelar en forma de cubitos para chupar.

5.5 CONSEJOS PARA LA BOCA DOLOROSA

- 1º. Preparar un litro de agua de manzanilla (tres o cuatro sobres) y añadir:
 - Una ampolla de scandicain (anestésico local).
 - Un frasco de Mycostatin solución.
 - Agitar bien.
- 1º. Hacer enjuagues cuando precise.
- 2º. No tragar.
- 3º. Guardar en el frigorífico.

5.6 USO CORRECTO DEL FENTANILO ORAL TRANSMUCOSO (ACTIQ)

- 1º. Colocar la unidad en la boca contra la mejilla y entre ésta y las encías inferiores.
- 2º. Frotar y rotar el chupa-chups por toda la mucosa, **tragando lo menos posible y sin masticar.**
- 3º. Se debe **consumir en unos 15 minutos** . Se esperan otros 15 minutos. Si no nota mejoría, se puede tomar un segundo chupa-chups.
- 4º. No deben utilizarse más de 2 unidades para un solo episodio de dolor, y **no más de cuatro chupa-chups al día.**

5.7 CONSEJOS PARA LA LIMPIEZA DE LA BOCA

- 1º. Mezclar en medio vaso de agua dos cucharadas de agua oxigenada y una pizca de bicarbonato.
- 2º. Realizar la limpieza de la boca con esa solución, utilizando un cepillo dental suave (de niños), o una gasa escurrida.
- 3º. Cepillar la lengua desde dentro hacia fuera, varias veces al día.
- 4º. No se puede tragar.
- 5º. Nunca hacerlo si provoca náuseas.

5.8 MANEJO DEL INFUSOR

- El infusor consta de un cilindro de plástico con un globo de látex en su interior donde lleva la medicación, que se irá administrando al paciente de forma continua.
- El infusor se conecta al paciente mediante una palomilla pinchada debajo de la piel
- El paciente puede realizar cualquier tipo de actividad procurando no tirar del sistema, en cuyo caso podría salirse la palomilla. Si el infusor cae al suelo no se rompe. Para ducharse puede cubrir la zona de punción con una bolsa de plástico o papel transparente de cocina.
- No precisa vigilancia continua por parte del equipo médico ni de la familia. Sólo se vigilará la zona de punción para detectar si aparece: dolor importante al tocar la zona, hematoma o enrojecimiento local o induración de la zona.
- En estos casos, la familia se pondrá en contacto con el equipo de atención domiciliaria, o bien, con el profesional del Centro de Salud o del Servicio de Urgencias correspondiente para cambiar la palomilla.
- El equipo de asistencia a domicilio volverá a visitar al paciente para cargar la medicación.

5.9 CONSEJOS PARA EL CUIDADO DEL PACIENTE ENCAMADO

- Instalar, si es posible, un colchón antiescaras.
- Proporcionarle una higiene corporal completa diariamente.
- Valorar a diario la piel, sobre todo en pacientes incontinentes.
- Secar bien la piel, cuidar y separar pliegues.
- Evitar arrugas, pliegues y restos de comida en las sábanas.
- Realizar cambio inmediato de sábanas húmedas.
- Es preferible el uso de camiones abiertos, sin botones.

- La felpa de las fundas protectoras debe estar hacia arriba.
- Siempre se debe hidratar la piel, usando cremas o aceites suaves.
- Es bueno el uso de coderas y taloneras.
- Se debe dejar al alcance del paciente todos los utensilios que pueda necesitar (timbre, radio, agua, pañuelos,...), con el fin de favorecer su autonomía.
- Se pueden realizar cambios posturales suaves, con pequeñas variaciones de los puntos de apoyo. Se harán con cojines o almohadas y sólo si no le producen dolor.



5.10 USO CORRECTO DEL PARCHÉ PARA EL DOLOR.

- 1º. Retirar el protector y aplicar la cara del adhesivo en la piel.
- 2º. La piel debe estar limpia, bien seca, no irritada y sin pelo.
- 3º. Se cambia cada 72 horas (3 días). Se puede cambiar antes si su médico se lo aconseja.

5.11 CONSEJOS PARA EL CUIDADO DE LA PIEL HÚMEDA

- Se aconsejan baños o aseos de corta duración.
- Se deben usar jabones de ph neutro.
- Hay que secar el cuerpo cuidadosamente, sin frotar.
- Es recomendable limpiar la zona con suero fisiológico.
- Se puede aplicar una capa fina de talco o harinas refinadas (maicena), siempre y cuando no haya herida.
- Cuando al secar se produzca dolor, se puede utilizar para ello el aire frío de un secador de pelo.

5.12 CONSEJOS PARA EL CUIDADO DE LA PIEL SECA

Aseo:

- Se deben usar jabones de ph neutro.
- Es aconsejable secar con toallas suaves.

Hidratación:

- Es aconsejable el uso de cremas y aceites suaves siempre después del aseo y varias veces al día si es necesario.
- Se puede aprovechar la hidratación para dar masajes suaves, si no hay lesiones en la piel.

6. FÁRMACOS EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR

Contenido elaborado por la Dra. Magdalena Cegarra Beltrí del ESCP domiciliario del Área VI de Salud. Vega Media del Segura, del Servicio Murciano de Salud.

Primer escalón

- Aspirina
- Paracetamol
- AINES
- Metamizol

Aspirina:

- Actúa mediante la inhibición de síntesis de prostaglandinas. Es muy efectiva en dolores óseos.
- Efectos secundarios:
 - irritación gástrica.
 - dolor epigástrico.
 - hipoacusia.
 - prurito.
- Dosis máxima: 1000 mg (1 gr.) / 4 horas.
- Prácticamente descartada por los AINES.

Paracetamol:

- No tiene actividad antiinflamatoria.
- En alérgicos a AAS o intolerancias gástricas.
- Su vida media es de 3 o 4 horas.
- Dosis máxima: 1000 mg (1 gr.) / 4 horas.
- Vía oral, rectal o IV.
- Medicamento recomendado en los ancianos.

Metamizol: Nolotil

- Por su actividad espasmolítica es muy efectivo en dolores viscerales.
- Excelente antipirético.
- Dosis máxima: 8 gr. / 24 horas.
- VO, VR, IV, IM.
- Cápsulas de 575 mg.
- Supositorios 1 gr.
- Ampollas 2 gr.
- Las ampollas se pueden dar por vía oral (amargas).

AINES:

- Casi todos tienen una potencia analgésica similar.
- Siempre asociar gastroprotección.
- Ajustar dosis en ancianos e insuficiencia renal.
- Son los fármacos más frecuentemente implicados en la génesis del fracaso renal agudo prerrenal.
- **Ibuprofeno:** 400-800 mgr/8 h/VO. Es el menos gastrolesivo. Buena analgesia en picos dolorosos.
- **Diclofenaco:** En pacientes anticoagulados con dicumarol.
- **Ketorolaco:** 30 mg/6 h/V oral o SC. La inyección SC puede ser dolorosa o producir hematoma en el lugar de la inyección. No administrar más de 4 semanas por riesgo de insuficiencia renal.

Segundo escalón

- Codeína
- Tramadol

Codeína: Codeisan.

- Fosfato de codeína.
- Comprimidos y supositorios de 30 mg.
- Efectos secundarios:
 - Estreñimiento.
 - Nauseas.
 - Vómitos.
 - Mareos.
- Dosis: 30 mg/6 u 8 horas/VO
- Dosis máxima: 60 mg/4 horas/VO.
- Prescribir siempre un laxante de forma profiláctica.

Dihidrocodeína: Contugesic.

- 60 mg. De tartato de dehidrocodeína.
- Efectos secundarios= codeína.
- Dosis: 1 comp. (60 mg) cada 12 horas/VO.
- Dosis máxima: 2 comp. (120 mg) cada 12 horas/VO.
- Los comprimidos deben tragarse sin masticar.

Tramadol: Adolonta.

- Es un **opioide débil** o menor.
- Es un **agonista puro**, es decir, tiene afinidad por los receptores “Y” y la máxima actividad intrínseca; por lo tanto, tiene gran perfil analgésico y no tiene techo. Tiene una eficacia dosis dependiente.
Además de su acción sobre los receptores opioides, también inhibe la recaptación de serotonina y noradrenalina. (le da interés en el dolor neuropático)
- Se utiliza también en dolor nociceptivo moderado.
- Su potencia es comparable a la petidina (Dolantina). Entre la codeína y la morfina.
- Produce menos estreñimiento y depresión respiratoria que la morfina.
- Produce poca tolerancia, dependencia y adicción psicológica.
- Sus efectos secundarios más frecuentes son:
 - náuseas, vértigos, somnolencia, fatiga, sudoración, vómitos, sequedad de boca e hipotensión postural.
 - Las náuseas se presentan con menos frecuencia (3%) que en los morfínicos aunque más por la vía IV. (21%).
 - Puede incrementar el riesgo de convulsiones tres veces, pero no producirlas salvo a dosis altísimas.
- Está contraindicado junto con inhibidores de la MAO. (selegina (Plurimen), tranilcipromina (Parnate)).
- Debe ser utilizado con precaución junto con inhibidores de la recaptación de la serotonina por riesgo de síndrome serotoninérgico (Fluoxetina, sertralina, paroxetina y venlafaxina.)
- En caso de sobredosis, presenta una toxicidad neurológica importante, como convulsiones, coma, depresión respiratoria; sin embargo, la toxicidad cardio-respiratoria es leve.
- Puede aparecer también en casos de función renal alterada.
- Se tratará con Naloxona, con dosis bajas, repetidas, para evitar los efectos de rebote que incluyen dolor, hipertensión y taquicardia.

Presentaciones farmacéuticas:

1. Cápsulas de 50 mg. De liberación inmediata. Cada 6 horas.
2. Cápsulas y comprimidos de liberación retardada de 50, 100, 150, 200, 300 y 400. Cada 12 horas.
3. Adolonta .Gotas: Cada gota lleva 2,5 mg.

- Cada pulsación equivale a 12,5 mg (5 gotas) .Dos, 25 mg. Dosis ya eficaz cada 6 horas.
- Puede mezclarse con líquidos.
- Pueden utilizarse como rescate en el dolor episódico o incidental, llevando como base el tramadol retardado.
- También como comienzo en la titulación.

4. **Parenteral. Ampollas** Puede aplicarse por vía intramuscular, intravenosa y subcutánea.

Tercer escalón

- Morfina
- Fentanilo
- Metadona
- Oxidona
- Buprenorfina
- Hidrocloruro de hidromorfona

Morfina.

Vida media.

- La forma oral soluble y la forma oral sólida de liberación inmediata presentan una vida media de 4 horas.
- La forma de liberación controlada tiene una vida media de alrededor de 12 horas.

Formas de presentación:

- Morfina rápida (Sevredol®) y solución acuosa de morfina (Oramorph®)
- Morfina de liberación retardada (MST)
- Morfina parenteral (cloruro mórfico)

Forma oral soluble.

- Morfina sulfato. (ORAMORPH®). Con varias presentaciones:
- Unidosis: 2 mg/ml; 6 mg/ml; y 20 mg/ml.
- Solución oral en frasco: 2 mg/ml.
- Solución oral en frasco: 20mg/ml. 4 gotas=5 mg.

Forma oral de liberación inmediata. (Sevredol®)

Presentaciones:

- Comprimidos de 10 mg. (azul) y de 20 mg. (rosa).
- Pueden fraccionarse y diluirse en la boca.

Dosis inicial: 5-10 mg/4 h/VO.

Es posible doblar la dosis nocturna para no despertar al paciente.

Importante:

- En caso de enfermos debilitados, ancianos y/o con insuficiencia renal empezar con 5 mg. cada 6 u 8 horas.
- Prescribir siempre un laxante (lactulosa o polietilenglicoles) de forma profiláctica.
- Prevenir la emesis: haloperidol 15 gotas por la noche, durante tres días.
- Dejar prevista una dosis extra para casos de dolor. Indicar al paciente que tome nota de lo que necesitó, horario, dosis etc.

Morfina oral sólida de liberación controlada. MST continuus®.

- Sulfato de morfina de liberación controlada.
- Indicaciones: tratamiento prolongado del dolor crónico intenso que requiera opioides.
- Presentaciones: comprimidos de 10, 30, 60, 100 y 200 mg.
- Formas pediátricas de 5 y 15 mg.
- Administración: cada 12 horas.
- Los comprimidos han de tragarse enteros sin masticar.
- Si ha estado con morfina parenteral hay que compensar la diferencia de biodisponibilidad por VO, aumentando la dosis en un 50-100%.

Morfina oral sólida de liberación prolongada. MST unicontinus ®.

- Sulfato de morfina de liberación controlada.
- Tratamiento prolongado del dolor intenso.
- Presentaciones: 30,60 120,150 y 200 mg
- Administración: cada 24 horas
- Las capsulas pueden tragarse enteras o abiertas y su contenido mezclado con alimentos blandos. Las capsulas y su contenido no debe ser triturado o masticado.

Morfina. Forma parenteral: Cloruro mórfico.

- Ampollas de 0,01 gr. (1 ml=10 mg)
- Ampollas de 0,02 gr. (1ml=20 mg)
- Ampollas al 2% de 2 ml (40 mg)
- Ampollas al 2% de 20 ml (400 mg)

- Si el paciente se está tratando por vía oral y se decide pasar a parenteral, hay que administrar 1/3 o ½ de la dosis. La morfina VO solo se absorbe un 30 a un 35 % de lo administrado.

Morfina. Equivalencias.

Asociación Europea de Cuidados Paliativos.

- ☐ Vía oral a vía rectal, la relación es 1:1.
- ☐ Vía oral a vía subcutánea, la relación es 1:2.
- ☐ Vía oral a vía endovenosa, la relación es 1:3.

Esquema

- ☐ Morfina oral o rectal 3
- ☐ Morfina subcutánea 2
- ☐ Morfina endovenosa 1

Efectos secundarios de alarma de toxicidad opioide.

- Mioclonias multifocales.
- Delirium.
- Somnolencia persistente.
- Diaforesis profusa.
- Náuseas y vómitos persistentes (no explicables por otra causa)

Han de explorarse periódicamente ya que indicarán el “techo para el uso de la morfina”

La insuficiencia renal de cualquier etiología por ej. La deshidratación, es el factor de riesgo más importante de aparición de toxicidad por morfina.

Fentanilo

- ✓ Opióide de síntesis que se comporta como agonista puro y con una potencia analgésica unas 80-100 veces superior a la morfina.
- ✓ No debe usarse en pacientes que necesiten un ajuste rápido de analgésica (en su forma de liberación transdérmica), ya que tiene una vida media muy larga. Su uso se reduce al control del dolor crónico intenso en pacientes sintomáticamente estables.

Formas de presentación.

- Fentanilo parenteral (Fentanest®)
- Fentanilo TTS (Durogesic®, Matrifen®, Fendivia®)
- Fentanilo transmucosa oral (Actiq®, Effentora®, Abstral®)

Fentanilo viales.

Preparación galénica destinada a la administración parenteral, en infusión continua subcutánea (SC) o intravenosa (IV). También se absorbe por mucosas en forma de gotas y puede emplearse por vía epidural.

- Se utiliza para el alivio rápido del dolor.
- Fentanest ampollas = 0,05 mg/ ml.
- FNTL 100 microgramos=MFN 10 mg.

Fentanilo TTS. Parches transdermicos.

- Está disponible en parches de 12, 25, 50, 75 y 100 microgramos/hora.
- Los parches van liberando fentanilo de forma continuada durante tres días. Se tardan 10 a 15 horas en alcanzar el nivel de analgesia y si quitáramos el parche, aún se seguirá liberando fentanilo durante 17 horas más.
- Hay personas, un 14 %, que experimentan dolor antes de los tres días y precisan cambiar el parche cada 3 días.
- Hay que explicar **detalladamente** al **paciente** y a la **familia** su forma de uso así como los posibles efectos secundarios.
- Debe usarse con precaución en personas que pesen menos de 50 Kg.(caquéticos)
- Contraindicado en hipersensibilidad al medicamento o a los componentes del parche. Embarazo. Niños menores de 12 años. Niños menores de 18 años que pesen menos de 50 Kg.
- La zona de aplicación del parche debe cambiarse de forma rotatoria en cada aplicación.
- Un aumento de la temperatura (fiebre, mantas eléctricas, exposición solar...) aumenta la absorción de FNTL TTS:
- La sudoración profusa puede hacer que se desprenda el parche el cual puede reforzarse con esparadrapo alrededor.
- Indicaciones: disfagia, odinofagia. Problemas del tránsito gastrointestinal, ya que produce menos estreñimiento que la morfina. Mala analgesia con medicación por vía oral.

Dosificación.

- Pacientes sin tratamiento previo con morfina: Iniciar tratamiento con el parche de 25 microgramos/hora y administrar morfina de liberación rápida (Sevredol) cada 4 horas, hasta conseguir la analgesia (1 o 2 días). Si no se consigue en 3 días, aumentar la dosis del parche.
- Pacientes que tomaban otros opioides potentes: Calcular la dosis equianalgésica de morfina y luego hacer la conversión.

Fentanilo transmucosa oral

Está indicado en el tratamiento del dolor incidental.

- No existe una regla clara para su dosificación por lo que se recomienda iniciar con 100 - 200microgr.

- Si no se logra la analgesia se puede repetir a los 10 minutos y recomendar el uso de la dosificación que ha calmado el dolor.
- El efecto analgésico se obtiene en 5-10 minutos.
- En caso de boca seca se recomienda humedecerla con un sorbo de agua.
- Debe consumirse todo el producto en cada toma.

Hay sticks de 200, 400, 600, 800, 1200 y 1600 yg/h. (cajas de 3 unidades y de 15 unidades)(Actiq®)

Comprimidos 50, 100, 200,300.400, 600 (cajas de 30 comp.)(Abstral®)

Comprimidos 100, 200, 400,600 y 800 microgr. (Cajas de 4 0 28 comp) (Effentora®)

OTROS OPIOIDES

Buprenorfina (Trastec®): Es un fármaco opioide que se utiliza actualmente en administración transdérmica. Es un agonista parcial por lo que presenta un efecto techo en cuanto a la dosis máxima a administrar.

La analgesia lograda es de inicio lento y de larga duración.

Existen parches de 35; 52,5 y 70 mcgr/hora.

Oxicodona: Es un opioide doble de potente que morfina. Es por eso que la relación de conversión entre ambos fármacos es de 2 a 1 (40 mg. de morfina equivalen a 20 mg. de oxicodona).

- Está indicado en dolores oncológicos, neuropáticos, postoperatorio...etc.
- No necesita ajuste de dosis en ancianos.
- Existen en comprimidos de liberación retardada de 10, 20,40 y 80 mg. (Oxycontin®).
- De liberación rápida, cápsulas de 5mg, 10 y 20 mg. También existe la solución oral concentrada de 10 mg/ml.(Oxynorm®)

Hidrocloruro de hidromorfona.

- Tratamiento en el dolor intenso
- Se debe tomar el comprimido entero tragado con agua y nunca masticarlo,dividirlo o machacarlo.
- Dosis inicial de 8 mg/24 horas.
- Presentaciones: 4,8,16,32,64 mg de 30 comprimidos(Jurnista®)

COMBINACIONES ENTRE ANALGESICOS

COMBINACIONES ACONSEJADAS	COMBINACIONES DESACONSEJADAS
<p>1.- Analgésicos del 1º escalón con analgésicos del 2º escalón (con o sin coadyuvantes)</p> <p>2.- Analgésicos del 1º escalón con analgésicos del 3º escalón (con o sin coadyuvantes)</p>	<p>1.- Un analgésico de 1ª escalón con otros analgésicos de 1º escalón</p> <p>2.- Analgésicos del 2º escalón con otros analgésicos del 2º escalón.</p> <p>3.- Un analgésico del 3º escalón con otros analgésicos del 3º escalón.</p> <p>4.- Analgésicos del 2º escalón con analgésicos del 3º escalón.</p>

FARMACOS COADYUVANTES EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR

<u>FARMACO</u>	<u>INDICACIONES</u>
DEXAMETASONA	ASTENIA, ANOREXIA, COMPRESIÓN MEDULAR. AUMENTO PRESION INTRACRANEAL, OBSTRUCCIONINTESTINAL, METASTASIS PSEAS
ANTIDEPRESIVOS	DOLOR NEUROPATICO ,DOLOR ASOCIADO A DEPRESION ANSIEDAD
ANTICONVULSIVANTES	DOLOR NEUROPATICO
LEVOMEPROMAZINA	OBSTRUCCION INTESTINAL
BENZODIACEPINAS	ANSIEDAD ASOCIADA A DOLOR
BIFOSFONATOS	METASTASIS OSEAS

7. ATENCIÓN A LA AGONÍA: CUIDADOS EN LOS ÚLTIMOS DÍAS

Contenido elaborado por la Dra. Cristina Lope Mateo del ESCP domiciliario del Área IV de Salud, Noroeste del Servicio Murciano de Salud:

La **agonía** es el estado que precede a la muerte en aquellas situaciones en que la vida se extingue gradualmente.

¿Cuando un individuo está en agonía?

- Deterioro evidente y progresivo del estado físico.
- Pérdida del tono muscular.
- Enlentecimiento de la circulación.
- Cambios signos vitales.
- Trastorno respiratorio:
 - Lenta y pausada
 - Rápida y agitada
- Estertores
- Hipertermia.
- Retención urinaria.
- Diaforesis.
- Dificultad o incapacidad de ingesta.
- Síntomas psicoemocionales: agitación, angustia....
- Afectación sensorial.

Los cuidados que vamos a realizar van dirigidos o encaminados a confortar y proporcionar bienestar al enfermo.

7.1 CUIDADOS DE LA PIEL/ HIGIENE

En este apartado nos vamos a encontrar cambios significativos:

- Valoración de la coloración de la piel hacia un tono pálido pajizo o marmóreo.
- Frialdad cutánea y ligeramente húmeda.

- Inicio y presencia de livideces en zonas distales y de apoyo, debido todo ello a un enlentecimiento del sistema circulatorio.
- Con frecuencia van a tener la boca abierta, lo que conlleva a un aumento de la sequedad de la mucosa oral y a una caída de la mandíbula por la flacidez de la musculatura. Intentaremos mantener una higiene adecuada de la boca, para lo cual nos ayudaremos de cepillo dental infantil, pinzas, depresor o el propio dedo índice con torundas de gasa impregnadas en las siguientes soluciones:
 - Manzanilla con unas gotas de limón exprimido. La manzanilla es un anestésico y antiséptico natural, además de ser barato y de uso cotidiano. Las gotas de limón favorecen la producción de saliva, estando contraindicado en los enfermos agónicos deshidratados.
 - Agua oxigenada reducida al 50% con agua. Utilizada en aquellos casos de tumores bucales para disminuir el mal olor y retirar los restos de sangrado.
 - Colutorios específicos como ORALDINE y BETADINE. El primero de ellos es de uso menos frecuente debido a que es mas agresivo por su componente alcohólico y lastima en mayor grado la mucosa oral; deben ser utilizados muy diluidos y teniendo en cuenta las posibles alergias.
 - Preparados especiales (saliva artificial en gel o en spray).
- Para terminar limpiaremos los labios y las comisuras hidratándolas y lubricándolas con vaselina. Si son portadores de prótesis dentales las retiraremos y guardaremos en un recipiente con antiséptico.
- Aparición de legañas y secreciones en los ojos junto con apertura continua del ojo que favorece la sequedad de la cornea. Intentaremos mantener los ojos limpios e hidratados, realizando lavado ocular con suero fisiológico, e incluso mantenerlos húmedos con gasas mojadas y aplicando pomadas lubricantes.

ULCERAS DE DECUBITO:

La presencia de este tipo de lesiones en un enfermo agónico no es indicativo de un mal cuidado de enfermería; únicamente que durante esta fase de la agonía ocurren cambios importantes en su estado de la piel que pueden desencadenar una rápida formación de estas úlceras por presión.

Nuestra actuación ira encaminada a administrar un tratamiento conservador, intentando proporcionar el bienestar al enfermo.

Optaremos por la colocación de placas hidrocoloides y la realización de cambios posturales cuando estos sean posibles, es decir, dependiendo del estado general físico, la presencia o no de sintomatología. Vigilaremos aquellos factores que puedan aumentar su presencia como son: sonda nasogástrica; sonda vesical; mascarilla; dispositivos de ostomías; la propia presión de la sabana...

Mantener limpio, seco e hidratado todo el cuerpo, teniendo en cuenta el estado general del enfermo, utilizando jabones dermoprotectores, secado suave sin fricción y paliación de cremas corporales oleosas. No es preciso realizar cambios posturales innecesarios, o al menos no ser estricto en la frecuencia de los mismos.

7.2 DOLOR

No retirar los opioides. La mayoría de los pacientes mantienen o aumentan sus requerimientos analgésicos (dolor por inmovilidad)

Si hay dolor incrementar la dosis un 33%.

Si el paciente no puede o le cuesta comunicarse, valore la expresión facial en busca de signos de incomodidad o dolor, no espera la queja.

7.3 NAUSEAS O VÓMITOS

Administrar Haloperidol 2,5 a 10 mg sc

En caso de hipertensión endocraneal: Dexametasona 4-8 mg/ 24 -12-horas vía sc

En oclusión intestinal: levomepromacina 50-150 mg/ sc. Se puede añadir hioscina.

7.4 MOVILIZACION

Se valorará:

- El estado de la piel, según el cual dependerá nuestra actuación y determinará la frecuencia de las movilizaciones del enfermo.
- El aumento de flacidez muscular, intentando proporcionar una posición cómoda mediante almohadas y cojines
- Presencia o no de sintomatología propia de la enfermedad (dolor general, aumento de secreciones, vómitos...), para llevar a cabo dicha movilización.
- Evitaremos siempre que podamos la colocación de barandillas, ya que suponen una barrera física para la familia y para nosotros mismos; y que pueden aumentar la sensación de ansiedad y ahogo.

7.5 REPOSO/ SUEÑO

El enfermo puede estar:

- Consciente aunque con estado de somnolencia u obnubilación importante. Intentaremos proporcionar un tratamiento ajustado en las horas de administración para que no altere las horas nocturnas de sueño.

- Semi-comatoso con agitación e inquietud. Intentaremos la sedación del enfermo con la colaboración de la familia. NO usar inmovilizaciones mecánicas, ya que aumentaremos la agitación.

7.6 AFECTACION SENSORIAL

Que disminuyan los sentidos no significa que se deje de hablar con el enfermo, o que incluso se les evite y no se les toque.

Permanecer alrededor del enfermo, sentados a la misma altura y de cara a el favorecen la comunicación y la comodidad de todos, pero especialmente del enfermo.

Hablar en un tono suave y muy claro, evitar los ruidos y los sobresaltos y dirigirnos cuando hablemos a los ojos del enfermo sin evitar la mirada, favorecerá el contacto y la apertura con el enfermo. La comunicación es tanto verbal como no verbal, y en su conjunto es fundamental.

7.7 SECRECIONES

Suelen ser muy fluidas. No son molestas para el enfermo, pero si para la familia, que se ve angustiada ante la creencia de que el enfermo se esta ahogando.

Estas secreciones no se aspiran porque suelen ser profundas. Además, la mucosa esta muy sensible y reseca pudiendo provocar el sangrado de la misma, o bien un broncoespasmo. Por otra parte el aspirar aumenta las secreciones y obliga a aspirarlas continuamente.

En su lugar podemos administrar la medicación pertinente para secar dichas secreciones.

Proporcionar cambios posturales colocándole en aquella postura en la que sean menos audibles dichas secreciones.

7.8 DISNEA

Mantener el cabecero de la cama ligeramente elevado, unos 30°

La colocación de oxígeno con gafas nasales o con mascarilla es poco efectiva, o bien es muy dudosa.

Siempre que sea posible, colocar al enfermo cerca de una ventana que pueda estar abierta y que no presente obstáculos, lo que permitirá una sensación de amplitud, claridad y aumento de aire, disminuyendo la sensación de ahogo.

7.9 ALIMENTACION

Situación que nos vamos a encontrar:

INDIVIDUO CON BAJO NIVEL DE CONCIENCIA:

El enfermo ya no esta capacitado para comer; el reflejo de deglución esta disminuido o incluso abolido. Se suspende la alimentación oral, y por lo tanto deberemos fomentar los cuidados de la boca.

Explicar a la familia que en el momento en el que se encuentra el enfermo la administración de sueros o alimentación es más perjudicial que beneficiosa (aumento de secreciones, posible alargamiento de la agonía...)

Dejar de comer es una consecuencia de su grave estado.

7.10 FIEBRE

Tratar solo si genera disconfort al paciente: diaforesis profusa, escalofríos...

Retirar o aligerar ropa de abrigo.

Considerar el uso de medidas físicas (paños, toallas húmedas)

7.11 CUIDADOS DIRIGIDOS A LA FAMILIA

Proporcionar apoyo y soporte durante el proceso y ofrecer la información adecuada en cada momento. Información referida:

- al cambio de objetivos en el cuidado del enfermo (suspensión de alimentación, disminución de los cambios posturales, curas no agresivas de las escaras...);
- a como se puede ser el proceso,
- y a cómo pueden participar y ayudar durante el mismo.

8. SEDACIÓN PALIATIVA

Contenido perteneciente a “Sedación paliativa y sedación Terminal. Orientaciones para la toma de decisiones en la práctica clínica”. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2005:

1. La sedación paliativa es una maniobra terapéutica destinada al alivio de síntomas refractarios que pueden aparecer en el contexto del enfermo que se halla en situación de enfermedad avanzada, terminal o agónica. La sedación terminal es la sedación paliativa que se realiza en la fase agónica.
2. Para la aplicación de la sedación paliativa y/o terminal debe seguirse un protocolo definido y disponerse del conocimiento, de las habilidades técnicas y de las actitudes éticas requeridas.
3. La correcta identificación de la fase agónica implica un cambio de actitud profesional que conduzca a un menor intervencionismo y a la aplicación de los cuidados que garanticen una muerte digna, incluida la sedación terminal, cuando es necesaria y contamos con el consentimiento informado.
4. Ni la sedación paliativa ni la terminal son eutanasia encubierta. Las diferencias recaen tanto en el objetivo, el procedimiento, el resultado y la indicación como en el respeto a las garantías éticas.
5. Los principios éticos de la asistencia (no maleficencia, justicia, autonomía y beneficencia), el principio del doble efecto y el respeto a los derechos de las personas en situación terminal, guiarán la toma de decisiones de los profesionales sanitarios en la sedación paliativa y terminal.
6. Constituye una garantía y una característica de calidad registrar en la historia clínica los motivos (anotar los procedimientos diagnósticos y terapéuticos utilizados que justifiquen la refractariedad del síntoma), el consentimiento, el proceso de la toma de decisiones y la monitorización de los resultados. Una vez iniciada la sedación debe garantizarse su supervisión y monitorización.
7. El consentimiento informado del paciente capaz o de su representante o familia es siempre indispensable. No es necesario usar un documento de consentimiento informado específico. El hecho de que quede reflejado en la historia clínica es un requisito suficiente y necesario.
8. Debe garantizarse la disponibilidad de fármacos indicados para la sedación en todos los niveles de asistencia y en todas las modalidades de atención.

9. Debe asegurarse la formación adecuada para garantizar la práctica correcta de esta técnica, así como de las habilidades de comunicación necesarias en todos los niveles de asistencia y en todas la modalidades de atención.
10. La calidad de muerte es tan importante como la calidad de vida.

9. REGISTRO DE INSTRUCCIONES PREVIAS

Contenido elaborado a partir de la “Guía explicativa de la normativa regional del documento de instrucciones previas”:

La declaración de instrucciones previas se define como "la manifestación escrita hecha por una persona capaz quien, consciente y libremente, expresa las opciones e instrucciones que deben respetarse en la asistencia sanitaria a recibir, cuando se produzcan circunstancias clínicas que le impidan comunicar personalmente su voluntad".

La Normativa aplicable es el *Decreto 80/2005, de 8 de julio, por el que se aprueba el reglamento de instrucciones previas y su registro*.

9.1 EL DOCUMENTO DE INSTRUCCIONES PREVIAS

Es aquel documento en el que una persona manifiesta de forma anticipada los deseos o instrucciones que, sobre las actuaciones médicas, se deberán tener en cuenta en caso de encontrarse en una situación en la que las circunstancias no le permitieran expresar libremente su voluntad. Sirve para que tales deseos sean respetados y cumplidos por el médico o el equipo sanitario que intervienen cuando la persona que ha otorgado el documento se encuentre imposibilitada de manifestar su voluntad por deterioro físico o psíquico.

Este documento puede otorgarse por cualquiera de los **procedimientos** siguientes:

- Declaración ante notario mediante acta notarial.
- Declaración ante tres testigos mayores de edad y con plena capacidad de obrar.
- Declaración ante funcionario o empleado público encargado del registro de instrucciones previas.

En el documento de instrucciones previas, la persona que lo otorga puede incluir las siguientes **manifestaciones o declaraciones**:

- Expresión de su proyecto vital y valores personales de calidad de vida, a fin de ayudar en su día a la interpretación del propio documento y para que sirvan de orientación a los médicos en el momento de tomar las decisiones clínicas que afecten al otorgante del documento.
- Instrucciones sobre el alcance del tratamiento médico de la persona que otorga el documento, ya se refieran a una concreta enfermedad o lesión que padezca en el momento de otorgarlo o a otras que pueda padecer en el futuro. Puede también indicar intervenciones médicas que desea recibir en caso de enfermedad, siempre

que sean acordes con la buena práctica clínica, y puede también señalar aquellas que no desea recibir.

- En el documento de instrucciones previas podrá hacer constar la decisión respecto a la donación de órganos.
- Se podrán dar instrucciones sobre el destino del cuerpo tras el fallecimiento, asistencia religiosa a recibir y lugar donde se presten los últimos cuidados.
- Nombramiento de un representante del otorgante del documento.

Puede ser **representante del paciente** cualquier persona mayor de edad, capaz y libre que no se encuentre incapacitada judicialmente puede ser representante del paciente que otorga este documento. El representante será el interlocutor válido y necesario con el médico o el equipo sanitario, para que le sustituya en el caso de no poder expresar su voluntad.

9.2 REGISTRO MURCIANO DE INSTRUCCIONES PREVIAS

El Registro Murciano de Instrucciones Previas pertenece a la Secretaría Autonómica de Atención al Ciudadano, Ordenación Sanitaria y Drogodependencias de la Consejería de Sanidad de Murcia, se encuentra en:

C/ Villaleal 1, Entlo., 30001 Murcia.

Teléfonos: 968 36 20 32, 968 36 66 50, 968 36 59 06

Fax: 968 36 59 17

Presta los servicios de:

- Tramitación de los documentos de instrucciones previas
- Información y asesoramiento del registro de instrucciones previas
- Proveer de apoyo a su consulta por parte de centros hospitalarios

Esta dirigido a personas mayores de edad con capacidad de obrar y que deseen realizar un documento de instrucciones previas en los términos reglamentarios oportunos.

A continuación encontramos el Documento:



Región de Murcia
Consejería de Sanidad

Secretaría Autonómica de Atención al
Ciudadano, Ordenación Sanitaria y
Drogodependencias.

Servicio de Ordenación, Acreditación Sanitaria
Y Calidad Asistencial.
C/ Villaleal, 1 Entresuelo
300001 - Murcia
☎: 968-362032 - 968-366650
Fax: 968-365917



Registro
Murciano de
Instrucciones
Previas.

DOCUMENTO DE INSTRUCCIONES PREVIAS

En virtud del derecho que reconoce el artículo 11 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica; y en desarrollo legislativo del mismo, el Decreto nº 80/2005, de 8 de julio, por el que se aprueba el reglamento de instrucciones previas y su registro.

Yo , mayor de edad, con domicilio en , C/..... y D.N.I. nº con plena capacidad de obrar, tras prolongada reflexión y actuando libremente, realizo de forma documental las siguientes expresiones de mis

INSTRUCCIONES PREVIAS:

DECLARO:

Si en un futuro estoy incapacitado para tomar o manifestar decisiones sobre mi cuidado médico, como consecuencia de mi deterioro físico y/o mental por alguna de las situaciones que se indican a continuación:

- Cáncer diseminado en fase avanzada.
- Daño cerebral grave e irreversible
- Demencia grave debida a cualquier causa.
- Daños encefálicos graves (coma irreversible, estado vegetativo persistente).
- Enfermedad degenerativa del sistema nervioso y/o muscular, en fase avanzada, con importante limitación de mi movilidad y falta de respuesta positiva al tratamiento.
- Enfermedad inmunodeficiente en fase avanzada.
- Enfermedades o situaciones de gravedad comparable a las anteriores.
- Otras situaciones (especificar): _____

Teniendo en cuenta que para mi proyecto vital es esencial la calidad de vida, es mi deseo que no se prolongue cuando la situación sea irreversible.

En relación a lo anteriormente expuesto, y de acuerdo con los criterios señalados, es mi voluntad que, si a juicio de los médicos que entonces me atiendan (siendo por lo menos uno de ellos especialista) no hay expectativas de recuperación sin que se sigan secuelas que impidan una vida digna según yo lo entiendo, mi voluntad es que:

1. No sean aplicadas -o bien que se retiren si ya han empezado a aplicarse- medidas de soporte vital o cualquier otra que intenten prolongar mi supervivencia.

2. Se instauren las medidas que sean necesarias para el control de cualquier síntoma que puedan ser causa de dolor, o sufrimiento.
3. Se me preste una asistencia necesaria para proporcionarme un digno final de mi vida, con el máximo alivio del dolor, siempre y cuando no resulten contrarias a la buena práctica clínica.
4. No se me administren tratamientos complementarios y terapias no contrastadas, que no hayan demostrado su efectividad para mi recuperación y prolonguen inútilmente mi vida.

Otras instrucciones que deseo que se tengan en cuenta:

- Donación de órganos y tejidos.

Manifiesto mi deseo expreso de que, tras mi fallecimiento, se puedan utilizar mis órganos y tejidos para trasplante.

Manifiesto mi deseo expreso de que, tras mi fallecimiento, **no** se puedan utilizar mis órganos ni tejidos.

(Tache indeleblemente lo que no proceda si desea hacer alguna manifestación en este epígrafe)

- Manifiesto mi deseo de que, tras mi fallecimiento, mi cuerpo sea:

Inhumado.

Incinerado.

Donado a la ciencia.

(Tache indeleblemente lo que no proceda si desea hacer alguna manifestación en este epígrafe)

- Deseo recibir asistencia espiritual (especificar tipo):

- Otras: _____

En _____, a _____ de _____ de 200__

Fdo.: _____



Región de Murcia
Consejería de Sanidad

Secretaría Autonómica de Atención al Ciudadano, Ordenación Sanitaria y Drogodependencias.

Servicio de Ordenación, Acreditación Sanitaria
Y Calidad Asistencial.
C/ Villaleal, 1 Entresuelo
300001 - Murcia
☎: 968-362032 - 968-366650
Fax: 968-365917



Registro
Murciano de
Instrucciones
Previas.

NOMBRAMIENTO DEL REPRESENTANTE (Opcional)

Designo mi representante a D.....
con domicilio en C/.....
D.N.I. nº para que realice en mi nombre la interpretación que pueda ser necesaria, siempre que no se contradiga con ninguna de las instrucciones previas que constan en este documento, así como para velar por la aplicación estricta de lo contenido en el. El mismo deberá ser considerado como interlocutor válido y necesario con el equipo sanitario responsable de mi asistencia, para tomar decisiones en mi nombre, ser responsable de mi asistencia y garantizador de mi voluntad expresada en el presente documento.

ACEPTACIÓN DEL REPRESENTANTE.

Acepto la designación y estoy de acuerdo en ser el representante de D. en el caso de que éste no pueda expresar sus deseos con respecto a su atención sanitaria. Comprendo y estoy de acuerdo en seguir las directrices expresadas en este documento por la persona que represento. Entiendo que mi representación solamente tiene sentido en el caso de que no haya revocado previamente este documento, bien en su totalidad o en la parte que me afecta.

Nombre y apellidos del representante: _____

DNI: _____

Fecha: _____

Firma del representante:

Firma del representado:



Región de Murcia
Consejería de Sanidad

Secretaría Autonómica de Atención al
Ciudadano, Ordenación Sanitaria y
Drogodependencias.

Servicio de Ordenación, Acreditación Sanitaria
Y Calidad Asistencial.

C/ Villaleal, 1 Entresuelo
300001 - Murcia

Tel: 968-362032 - 968-366650
Fax: 968-365917



Registro
Murciano de
Instrucciones
Previas.

DECLARACIÓN DE LOS TESTIGOS

Nombre y apellidos de la persona otorgante:

Nº. de D.N.I., pasaporte u otro documento de identidad:.....

Firma del otorgante:

Los abajo firmantes, mayores de edad, con plena capacidad de obrar, declaramos que el otorgante es mayor de edad, actúa libremente y no nos consta que esté incapacitado judicialmente, así como que, en nuestra presencia, ha firmado el documento.

Testigo primero.

Nombre y apellidos.

DNI.

Dirección.

Fecha:

Firma:

Testigo segundo.

Nombre y apellidos.

DNI.

Dirección.

Fecha:

Firma:

Testigo tercero.

Nombre y apellidos.

DNI.

Dirección.

Fecha:

Firma:



Región de Murcia
Consejería de Sanidad

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

Dado el carácter reservado de los datos con los que se trabaja en el **Proyecto: REGISTRO MURCIANO DE INSTRUCCIONES PREVIAS**, y el respeto a la intimidad de las personas que debe regir su utilización, me comprometo a mantener y proteger para siempre la confidencialidad de dichos datos, evitando su conocimiento por parte de cualquier persona no autorizada expresamente para ello, de acuerdo con las normas de confidencialidad establecidas, de las que figura un resumen al dorso.

Y para que así conste, firmo la presente declaración en Murcia a, de febrero de 2006.

Fdo:
(APELLIDOS Y NOMBRE)

D.N.I.

E-mail:

Teléfono:



Región de Murcia
Consejería de Sanidad

Secretaría Autonómica de Atención al
Ciudadano, Ordenación Sanitaria y
Drogo dependencias.

Servicio de Ordenación, Acreditación Sanitaria
Y Calidad Asistencial.
C/ Villaleal, 1 Entresuelo
300001 - Murcia
☎: 968-362032 - 968-366650
Fax: 968-365917



Registro
Murciano de
Instrucciones
Previas.

DECLARACIÓN DE VERACIDAD DE LOS DATOS

(EN CASO DE FORMALIZACIÓN ANTE TRES TESTIGOS)

Nombre y apellidos de la persona otorgante:

Nº. de D.N.I., pasaporte u otro documento de identidad:.....

DECLARO que al menos dos de los testigos ante los que formalizo el Documento de Instrucciones Previas no están ligados conmigo por razón de matrimonio, pareja de hecho, parentesco hasta el segundo grado por consanguinidad o afinidad, ni por relación patrimonial alguna.

En _____, a _____ de _____ de 200_

Firma del otorgante:.....



Región de Murcia
Consejería de Sanidad

Resumen de las normas sobre confidencialidad a seguir por todos los registros con datos confidenciales (informatizado o no).

Principios de confidencialidad

Un usuario debe mantener y respetar los niveles de confidencialidad que legalmente se aplican a los datos personales. Esta obligación se extiende, incluso después del fallecimiento del enfermo.

La confidencialidad debe ampliarse a cualquier dato que se maneje en el desempeño de una función en el ámbito de la Administración.

El ámbito de la confidencialidad se extiende no solo a los datos identificables sobre las personas y los proveedores de datos, sino también a otros datos directa o indirectamente identificables, almacenados en, o cedidos al Servicio.

Las normas sobre confidencialidad se aplican no solo a los datos almacenados en el ordenador sino también a los que estén en papel u otro soporte.

Las normas de confidencialidad seguirán, en todo caso, lo establecido en la Ley Orgánica 15/99 de 13/12/199 de Protección de Datos de carácter personal (LPD).

Medidas de seguridad

El Director del Proyecto debe asegurarse de que todas las personas que trabajan en el Proyecto son conscientes de su responsabilidad individual respecto a la confidencialidad y que las medidas de seguridad adoptadas para el Proyecto sean conocidas y asumidas por todo el personal.

El personal del Proyecto firmará una declaración comprometiéndose a no, transmitir información confidencial a personas no autorizadas, que permanecerá vigente después de dejar el empleo.

El personal del Proyecto es responsable de la confidencialidad de todos los datos que se encuentren durante la búsqueda activa de datos. Dicho personal dispondrá de identificación personal facilitada por el Director del Proyecto.

El personal del Proyecto respetará y hará respetar todas las medidas de seguridad de los datos que se establezcan.

Cesión de los datos

No está permitido bajo ningún concepto la cesión de los datos accesibles para el desarrollo del Proyecto.

El responsable del Proyecto deberá comprobar bajo su responsabilidad, que las personas que hacen uso de los datos del Proyecto cumplen con las directrices en relación a la confidencialidad.

10. TALLER DE GENOGRAMA

Apuntes elaborados y cedidos por KINE. Centro de Terapia Familiar:

CUADRO RESUMEN

1. DEFINICION Y ASPECTOS GENERALES.

2. ELABORACIÓN DEL PROGRAMA:

- A. ESTRUCTURA: Símbolos para describir la estructura y los miembros de la familia.
- B. INFORMACIÓN: Registro de los datos más significativos.
- C. RELACIONES: Símbolos para describir las pautas de interacción familiar.

3. INTERPRETACIÓN. Categorías :

- A. COMPOSICIÓN DEL HOGAR.
- B. CONSTELACIÓN FRATERNA.
- C. CONFIGURACIONES FAMILIARES INUSUALES.
- D. ADAPTACIÓN AL CICLO VITAL.
- E. REPETICIÓN DE PAUTAS A TRAVES DE LAS GENERACIONES.
- F. SUCESOS DE LA VIDA Y FUNCIONAMIENTO FAMILIAR.

10.1 DEFINICION Y ASPECTOS GENERALES.

El GENOGRAMA es una representación gráfica de una constelación familiar multigeneracional (por lo menos tres generaciones), que registra información sobre los miembros de esa familia y sus relaciones. Su estructura en forma de árbol proporciona una rápida “gestalt” de las complejas relaciones familiares y es una rica fuente de hipótesis sobre cómo un problema clínico puede estar relacionado con el contexto familiar y su evolución a través del tiempo.

Por lo general el genograma se construye durante la primera sesión y luego se lo revisa a medida que se obtiene más información. El genograma ayuda al profesional y a la familia a ver un “cuadro mayor”, tanto desde el punto de vista histórico como del actual; es decir, que la información sobre una familia que aparece en el genograma puede interpretarse en forma horizontal a través del contexto familiar y vertical a través de las generaciones.

El genograma incluye por lo menos a tres generaciones de familiares así como también sucesos nodales y críticos en la historia de la familia, en particular los relacionados con el “ciclo vital”.

Las familias se repiten a sí mismas. Lo que sucede en una generación a menudo se repetirá en la siguiente, es decir las mismas cuestiones tienden a aparecer de generación en generación, a pesar de que la conducta pueda tomar una variedad de formas. Bowen lo denomina transmisión multigeneracional de pautas familiares.

La hipótesis es que “las pautas vinculares en generaciones previas pueden suministrar modelos implícitos para el funcionamiento familiar en la siguiente generación”. En el genograma, buscamos estas pautas que continúan o se alternan de una generación a la otra.

Carter considera que el “flujo de ansiedad” en un sistema familiar se da tanto en la dimensión vertical como en la horizontal. El flujo “vertical” deriva de pautas de relación y funcionamiento que se transmiten históricamente de una generación a otra, en especial a través del proceso del triángulo emocional. El flujo de ansiedad “horizontal” surge de las tensiones actuales que pesan sobre la familia a medida que avanza a través del tiempo, soportando los cambios inevitables. Las desgracias y las transiciones en el ciclo de vida familiar. Con la tensión suficiente en este eje horizontal, cualquier familia experimentará disfunción. Además, las tensiones en el eje vertical pueden crear nuevos problemas de modo tal que hasta una pequeña tensión horizontal puede tener serias repercusiones en el sistema. Por ejemplo, si una mujer tiene muchas cuestiones sin resolver con su propio padre (ansiedad vertical), le puede resultar difícil tratar las dificultades normales en la relación de pareja con su propio esposo (ansiedad horizontal). El genograma ayuda al profesional a rastrear el flujo de ansiedad a través de las generaciones y el contexto familiar actual.

10.2 ELABORACIÓN DEL GENOGRAMA FAMILIAR

Elaborar un genograma supone tres niveles:

- A. Trazado de la ESTRUCTURA familiar.
- B. Registro de la INFORMACIÓN sobre la familia.
- C. Descripción de las RELACIONES familiares.

A. TRAZADO DE LA ESTRUCTURA FAMILIAR.

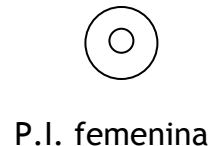
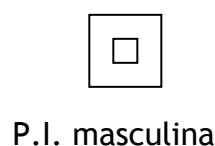
La base del genograma es la descripción gráfica de cómo diferentes miembros de una familia están biológica y legalmente ligados entre sí de una generación a otra. Este trazado es la construcción de figuras que representan personas y líneas que describen sus relaciones.

A continuación detallaremos los respectivos símbolos que se utilizan para la construcción de los genogramas.

- 1) Cada miembro está representado por un cuadrado o un círculo según sea varón o mujer.



- 2) El “paciente identificado” viene representado con doble línea en el cuadrado o círculo.



PACIENTE IDENTIFICADO

- 3) Para una persona fallecida se coloca una “X” dentro del cuadrado o círculo. Las figuras en el pasado distante (más allá de tres generaciones), no se marcan ya que están presumiblemente muertas.



FALLECIMIENTO

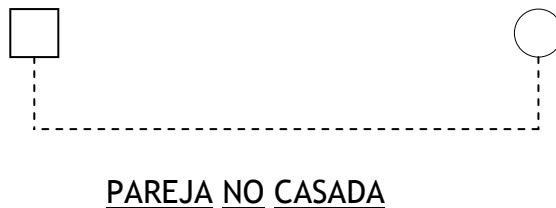
- 4) Los embarazos, abortos y partos de un feto muerto se indican por los siguientes símbolos.



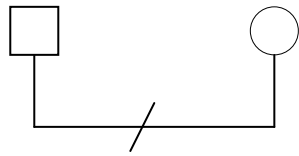
- 5) Las relaciones biológicas y leales entre los miembros de la familia se representan por líneas que conectan a dichos miembros.



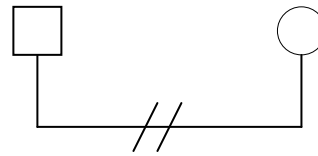
- 6) Si una pareja viven juntos pero no están casados se utiliza una línea de puntos.



- 7) Las barras inclinadas significan una interrupción del matrimonio: una barra para la separación y dos para el divorcio.

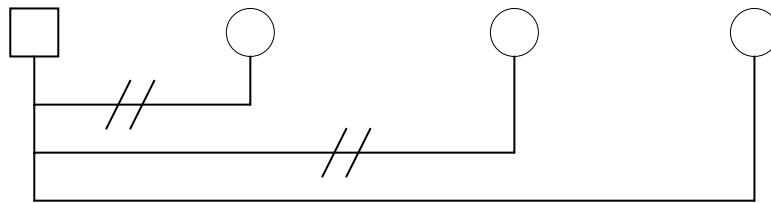


SEPARACIÓN

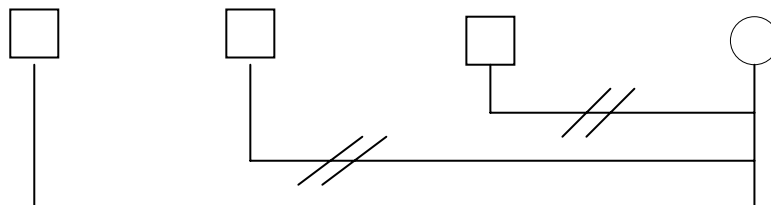


DIVORCIO

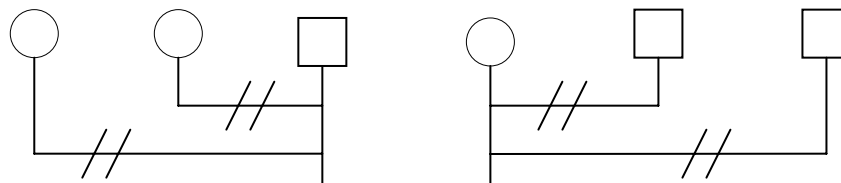
- 8) Los matrimonios múltiples pueden representarse de la siguiente manera.



UN MARIDO CON VARIAS ESPOSAS

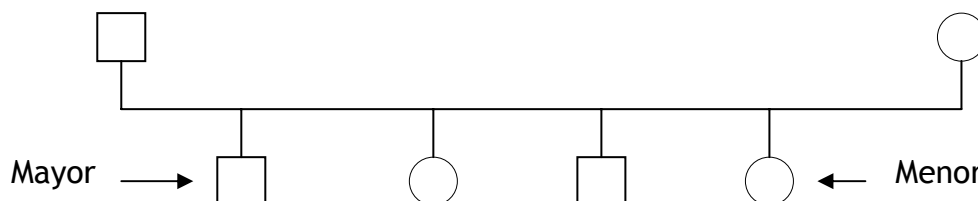


UNA MUJER CON VARIOS MARIDOS



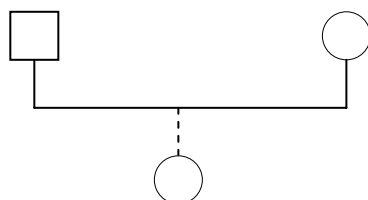
CADA CONYUGE TUVO VARIOS CONSORTES

- 9) Si una pareja tiene varios hijos, la figura de cada hijo se coloca conectada a la línea que une a la pareja. Los hijos se van situando de izquierda a derecha desde el mayor al más joven.



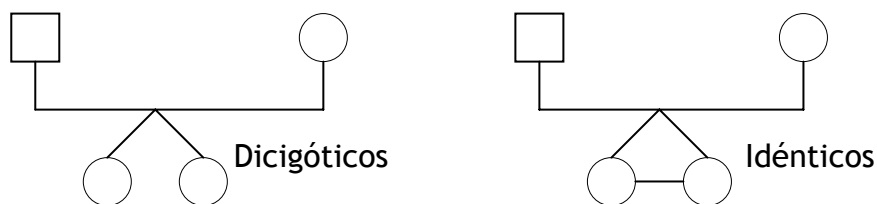
HIJOS Y ORDEN DE NACIMIENTO

- 10) Se utiliza una línea de puntos para conectar un niño adoptado a la línea de los padres.



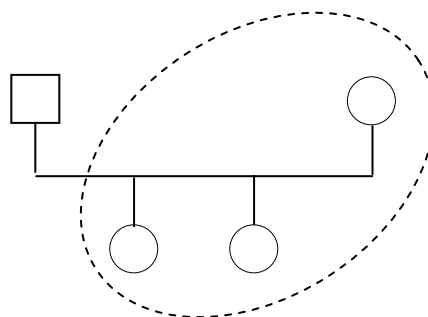
HIJOS ADOPTIVOS

- 11) Los hijos mellizos se representan por la conexión de dos líneas convergentes a la línea de los padres; si son monocigóticos (idénticos) éstos a su vez están conectados por una barra.



HIJOS MELLIZOS

- 12) Para indicar los miembros de la familia que viven en el hogar inmediato, se utiliza una línea punteada para englobar a los miembros que convenga.



CONVIVEN EN EL HOGAR

B. REGISTRO DE LA INFORMACIÓN SOBRE LA FAMILIA.

Una vez que se ha trazado la estructura familiar podemos comenzar a agregar información sobre la familia:

a) Información demográfica:

Incluye edades, fechas de los nacimientos y muertes, ocupaciones y nivel cultural. Por ejemplo:

Nacimiento ← 42:85 ← fallecimiento

m.64 (matrimonio en 1964)

s.70 (separación en 1970)

d.75 (divorcio en 1975)



(tiene 58 años)



(tiene 55 años)

b) Información sobre el funcionamiento:

La información funcional incluye datos más o menos objetivos sobre el funcionamiento médico, emocional y de comportamiento de distintos miembros de la familia. La información recogida sobre cada persona se sitúa junto a su símbolo en el genograma.

c) Sucesos familiares críticos:

Incluyen cambios de relaciones, migraciones, fracasos, y éxitos. Estos dan un sentido de continuidad histórica de la familia. Los hechos críticos de la vida están registrados en el margen del genograma o, si fuera necesario, en una hoja separada.

C. DESCRIPCION DE LAS RELACIONES FAMILIARES.

El tercer nivel en la construcción del genograma comprende el trazado de las relaciones entre los miembros de una familia. Dichas descripciones están basadas en el informe de los miembros de la familia y en observaciones directas. Se utilizan distintos tipos de líneas para simbolizar los diferentes tipos de relaciones entre los miembros de la familia.

Como las pautas vinculares pueden ser bastante complejas, resulta a menudo útil representarlas en un ecograma aparte.

A continuación exponemos la representación gráfica de distintos tipos de relaciones:

- | | | |
|----|---|----------------------------------|
| a) |  | <u>Fusionados</u> |
| b) |  | <u>Unidos</u> |
| c) |  | <u>Distantes</u> |
| d) |  | <u>Apartados</u> |
| e) |  | <u>Conflictivos</u> |
| f) |  | <u>Fusionados y conflictivos</u> |

En la página siguiente, vemos un ejemplo de genograma e el que están representados los tres niveles: la estructura, la información y las relaciones.

11. FAMILIA Y DUELO

Documento perteneciente a la Ponencia:

“Visión Sistémica y Propuestas Terapéuticas”

Ponente: Carlos Odriozola Espinosa de los Monteros

Fecha ponencia: 24 de Julio del 2006

A continuación, voy a presentaros la filosofía y la práctica que aporta el Proceso M.A.R. en su aplicación familiar.

Quiero señalar primeramente, que el modelo de abordaje familiar es un modelo de elección frente al individual o grupal, especialmente en los supuestos de pérdidas repentinas y diría que necesario cuando el fallecido, a es un hijo, a, sin emancipar en el seno de una familia nuclear.

Cuando un tipo de pérdida como ésta ocurre, el sistema familiar se estremece, se resquebraja, se quiebra y sus componentes entran en un profundo caos emocional, poniendo en serio peligro la estabilidad afectiva de la familia.

No es raro, que ante este escenario de tan difícil elaboración se disparen los mecanismos de defensa evitativos del dolor y se desarrollen distintas estrategias para evitar que a la pérdida de uno de sus miembros se añada la de la propia familia.

El trabajo realizado con familias a lo largo de muchos años, unido a mi formación en otros campos de la psicología y la psicoterapia (humanista, gestáltica, bioenergética, transpersonal), han contribuido a la identificación de unas estrategias que con fines homeostáticos se ponen de manifiesto de forma repetitiva.

Mis observaciones, me llevan a considerar que cuando el Sistema Familiar está en crisis por un caos emocional, se crean o se manifiestan 3 subgrupos o sectores desde donde analizar, entender, e interpretar la vivencia, la elaboración de la pérdida.

Me estoy refiriendo al sector del pensar, el sector del hacer y el sector del sentir.

Cuando el grupo familiar es un grupo sano, maduro, en contacto con un dolor, que no tratan de eludir, entonces estos tres sectores interactúan, intercambian y se interrelacionan de una forma rica, respetuosa y compensada.

Cada uno desde su atalaya comparte el mismo dolor y cada miembro es a la vez soporte y motivo de atención

Con el paso del tiempo esta familia elaborará su duelo, quedando en todos ellos el sereno sentimiento de Agradecido Recuerdo.

Sin embargo, en muchas ocasiones la tragedia es de tal magnitud que el sistema no está lo suficientemente maduro-preparado para elaborar la pérdida, poniéndose de manifiesto un grave peligro de ruptura familiar por desmoronamiento emocional.

Ahora los distintos sectores ya no son atalayas desde donde contemplar, entender y compartir sino **RINCONES** en donde cerrarse, refugiarse y protegerse, en la equivocada creencia que, desde ahí contribuirán a equilibrar la amenazadora tensión, garantizando, así, la supervivencia del Sistema.

PENSAR PARA NO SENTIR:

Los miembros del rincón intelectual, tienen como misión compensar el sufrimiento desgarrador que expresan los ubicados en el subgrupo emocional.

La forma o medios de los que disponen son:

- a. La racionalización o intelectualización.
- b. El silencio - aislamiento.
- c. La desconexión - anestesia.
- d. La negación u olvido.

Los ubicados en este rincón proponen con su estrategia una “neutralidad emocional” que vaya colocando “las cosas en su sitio”.

HACER PARA NO PADECER:

Los incluidos en el rincón del hacer, tratan de desviar la atención del sistema hacia terrenos menos conflictivos y sobre todo menos contaminados por el sentimiento disgregador de la pérdida.

Los encargados de esta misión disponen así mismo de varias estrategias o recursos para lograr sus propósitos

- a. Comenzar una batalla legal, sin descanso, tratando de identificar culpables y no terminar hasta que “se haga justicia”.
- b. Integrarse (¡ANTES DE TIEMPO!) en Asociaciones, u O. N. G. Donde ayudar y acompañar” a otros” que están atravesando o vayan a atravesar parecidas circunstancias.
- c. Involucrar al Sistema en cambios de residencia, trabajo, viajes, nuevos retos...
- d. Captar la atención del grupo familiar mediante la aparición de nuevas enfermedades, fracasos escolares, accidentes recurrentes, o sencillamente conflictos de convivencia.

Su misión es sustituir el emergente familiar, dejando que el sentimiento de pérdida pase a un segundo plano.

Y ya en tercer lugar, tenemos a los componentes del rincón del sentir.

SENTIR PARA NO OLVIDAR:

Ellos son los portavoces y representantes del sufrimiento y, por tanto, los encargados de mantener viva la tragedia y de hacer saber que nada es, ni será, igual que antes. El sufrimiento se entiende de esta manera como una desvirtuada manifestación del “amor”.

Las formas o recursos en que el sufrimiento se instala y se cronifica son, entre otras, las siguientes:

- a. Proliferación de fotos u otro tipo de recuerdos en los distintos lugares de la casa.
- b. Mantener la habitación y sus objetos personales tal y como estaban antes de su partida.
- c. Vestir o mantener un luto (emocional y comportamental).
- d. Todo ello acompañado de crisis afectivas, catarsis emocionales, desvinculaciones relacionales o falta de alegría de vivir.

Visto así, desde una perspectiva sistémica en donde lo prioritario fuera el principio homeostático de continuidad y permanencia, podría parecer no solo interesante y adecuado, sino hasta... mágico, cómo pueden repartirse los roles para que aquello no se derrumbe

Sin embargo, esta “aparente estabilidad” no lo es tal, como veremos a continuación.

En primer lugar, la elaboración del duelo implica el recorrido de un proceso que atraviesa por diferentes fases y que culmina emocionalmente con un doloroso, sereno y agradecido recuerdo.

Mientras los tres subgrupos actúen de forma estanca e inconsciente de sus propósitos, ningún sufrimiento podrá ser elaborado como dolor, ni mucho menos alcanzar el sereno agradecido recuerdo.

En segundo lugar, si bien los distintos miembros del sistema se han “sacrificado” cada uno desde su rincón, con el fin de mantenerse unidos, la lectura consciente de los otros componentes no es, en absoluto, de valoración por el sacrificio prestado.

Por el contrario, desde el rincón intelectual envían mensajes de desaprobación al rincón emocional tachándolo de inmovilistas, de anclarse en el pasado de no preocuparse por los vivos y de sentirse afectivamente ignorados y enjuiciados como insensibles monstruos.

Los del rincón del hacer también centran sus críticas en el sector emocional, (no olvidemos que ahí es donde se ubica la posibilidad de desestabilización) invitándoles a que dejen de preocuparse por lo que no hay y comiencen a ocuparse por los que están.

La vida continua y no podemos quedarnos contemplando fotos con los brazos cerrados.

Mientras tanto, desde el rincón emocional no pueden comprender la insensibilidad, deshumanización e inexpressividad de unos, ni la imperturbabilidad y seguir como si nada hubiera pasado de los otros.

Así se instauran en el sufrimiento y nadie vive el dolor.

Tácita y expresamente se cruzan recíprocas acusaciones de desapego, frialdad, egoísmo, capitalización del dolor o protagonismo. Una vez más, se instala la paradoja y terminará ocurriendo lo que se trataba de evitar.

El sistema está en peligro, así que, “Sálvese quien pueda”.

Bien, termino esta reflexión, señalando las ventajas de un abordaje familiar frente al individual o grupal

- 1) Al trabajar con todos los miembros del sistema, este se refuerza en su necesidad de permanencia, cohesión y unidad.
- 2) Aparecen (o se refuerzan) relaciones de complicidad, alianzas. Se explican y comprenden las diferentes actitudes y reacciones ante la pérdida en un clima de ausencia de juicio, y susceptibles por tanto, de elaboración y colaboración
- 4) La expresión del dolor en el contexto familiar favorece el acercamiento, la comprensión, la empatía y la complicidad.
- 5) “La reutilización de la pérdida en beneficio de la colectividad”, última fase del Proceso M. A. R., tiene en el abordaje familiar especialísima importancia. La propia dinámica del trabajo hace que los familiares saneen temas pendientes, cierren situaciones inconclusas y se proponga un modelo de convivencia y comunicación, íntimo, respetuoso y amoroso, que posibilite en última instancia el crecimiento de sus miembros

12. BIBLIOGRAFÍA

- Astudillo, W., Mendieta, C.: *Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a la familia*. Editorial EUNSA. Pamplona, 2002
- Astudillo, W., Mendieta, C.: Principios generales de los Cuidados Paliativos en Astudillo, W., Casado da Rocha, A., Clavé, E. y Morales, Á., *Dilemas Éticos en el final de la vida*. San Sebastián, SOVPAL, 2004.
- Bayés S., R, Borrás H., F.X.: ¿Qué son las necesidades espirituales?. Revista de Medicina Paliativa. Madrid. Vol.12: Nº 2;99-107, 2005.
- Benítez R., M.A.: La valoración multidimensional del paciente y de la familia. Series: Cuidados Paliativos. Revista de Atención Primaria. Barcelona.15 marzo. 29 (4): 237-240. 2002.
- Camps C, Carulla C, Casas A, González Barón M, Sanz J, Valentín V.: *Guía de práctica clínica en cuidados continuos*. Madrid: SEOM, 2006.
- Garberí, R., Compañ, E.: "*Evaluación, sistemas y terapia familiar*". Servicios psiquiátricos provinciales. Diputación de Alicante.
- Gómez Sancho, M.: *Avances en Cuidados Paliativos*. ICEPSS. Gafos. Las Palmas de Gran Canaria, 2003
- Gómez Sancho, M. M, Reig E.: *Uso de la morfina*. Upsa medica. Madrid. 1997
- Gómez Sancho, M., Ojeda, M.: *Cuidados Paliativos. Control de síntomas*. Editorial Unidad de Medicina Paliativa, Hospital El Sabinal. Las Palmas de Gran Canaria. 1999.
- *Guía de Cuidados Paliativos*. SECPAL
- *Historia de los cuidados paliativos y el movimiento Hospice*. SECPAL
- Kubler Ross, E.: *Sobre la muerte y los moribundos*. Editorial Nuevas Ediciones de Bolsillo. Barcelona, 2003
- Martínez Olivares, L. y Jordán Valenzuela, M.: *Cuidados Paliativos*. Formación Continuada LOGOSS. S.L. 2006.
- Mcgoldrick, M., Gerson, R.: *Genogramas en la Evaluación Familiar*. Gedisa. Buenos Aires. 1987.
- Odriozola, C.: *Considerando el Duelo (la pérdida)*. Tesina presentada a la AETG en Mayo de 1999, en <http://www.terra.es/personal5/www.psikologia.com/duelo0.htm>
- Plan Integral de Cuidados Paliativos. Consejería de Sanidad de la Región de Murcia. 2007.
- Porta, J., Gómez Batiste, X., Tuca, A.: *Control de síntomas en pacientes con Cáncer Avanzado y Terminal: Manual*. ARAN Ediciones. Madrid, 2004.

- Rexach L. et al.: *Cuidados paliativos en las personas mayores* (SEGG). Ediciones Glosa 2001.
- www.secpal.es
- www.sovpal.org