

## Documento técnico

# Manejo en domicilio de pacientes al final de la vida que requieran sedación paliativa en el contexto de la pandemia por COVID-19

Versión del 19 de junio de 2020

Las recomendaciones incluidas en el presente documento están en continua revisión y serán modificadas si la situación epidemiológica así lo requiriese.

## **Coordinación:**

*Subdirección General de Calidad Asistencial e Innovación.*

Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Ministerio de Sanidad

## **Lista de autores:**

### **Coordinadores**

Antonio Sacristán Rodea. *Médico Especialista en Oncología. Centro de Salud Jazmín. Dirección Asistencial Este. Atención Primaria. Madrid.*

Sonia Peláez Moya. *Coordinadora Estrategia Cuidados Paliativos del SNS. Subdirección General de Calidad Asistencial e Innovación. Ministerio de Sanidad.*

Ingrid Bullich Marín. *D.G. de Planificación y Evaluación del Departamento de Salud Técnica del Plan Director Sociosanitario. Barcelona.*

Luís Miguel García Aparicio. *Médico Especialista en Medicina familiar y Comunitaria. Centro de Salud la Jota. Atención Continuada. Zaragoza.*

### **Sociedades Científicas**

#### **Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL).**

Rafael Mota Vargas. *Presidente de SECPAL. Médico Especialista en Medicina Interna. Equipo de Cuidados Paliativos. Complejo Hospitalario Universitario. Área Sanitaria Badajoz. Servicio Extremeño de Salud.*

#### **Asociación Española de Enfermería en Cuidados Paliativos (AECPAL).**

Isidro García Salvador. *Presidente de AECPAL. Enfermero del Servicio de Oncología. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.*

#### **Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMergen).**

Manuel José Mejías Estévez. *Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Universidad Pablo de Olavide (Sevilla). Director del Departamento de Formación e Investigación del Instituto SantÁngela (ISA) para la Enfermedad Crónica y Cuidados Paliativos (Sevilla).*

#### **Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFC).**

María Varela Cerdeira. *Medica Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Cuidados Paliativos Hospital Universitario La Paz. Madrid.*

#### **Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP).**

Manuela Monleón Just. *Enfermera del ESAD Legazpi. Atención Primaria. Madrid.*

### **Revisores**

Gustavo Mora Navarro. *Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Alpes. Atención Primaria. Madrid.*

M<sup>a</sup> Pilar Arroyo Aníes. *Médica Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Huarte. Atención Primaria. Navarra.*

## Contenido

1. JUSTIFICACIÓN .....	4
2. OBJETIVO .....	5
3. POBLACION DIANA .....	6
4. CRITERIOS DE ATENCIÓN A DOMICILIO .....	6
5. ATENCIÓN PRIMARIA COMO GESTORES DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE .....	7
6. MANEJO DE LA SITUACIÓN DE ÚLTIMOS DÍAS (SUD) en pacientes con necesidades paliativas con covid-19 o alta sospecha del mismo.....	7
6.1 ESTABLECER EL “DIAGNÓSTICO” DE SITUACIÓN DE ÚLTIMOS DÍAS .....	7
6.2 COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE Y LA FAMILIA .....	8
7. SEDACIÓN PALIATIVA .....	9
7.1. OBJETIVOS ASISTENCIALES EN ESTA SITUACIÓN Y FÁRMACOS A UTILIZAR SEGÚN LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS:.....	9
7.2. VIA DE ADMINISTRACIÓN.....	10
7.3. MEDICAMENTOS PARA EL CONTROL DE SINTOMAS Y SEDACIÓN PALIATIVA .....	10
A. OPIOIDES .....	10
B. BENZODIACEPINAS/NEUROLÉPTICOS .....	15
C. OTROS MEDICAMENTOS.....	16
7.4 ALTERNATIVAS .....	16
7.5 EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA SEDACION PALIATIVA (SP) .....	16
7.6 INFORMACION A LA FAMILIA .....	17
8. ANEXOS.....	17
8.1 LA VÍA SUBCUTÁNEA .....	17
8.2 ESCALAS .....	19
ESCALA DE RAMSAY .....	19
ESCALA DE MENTEN .....	19
8.3. FORMULACIONES DE LOS PRINCIPALES OPIOIDES COMERCIALIZADOS EN ESPAÑA .....	20
9. GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	20
10.REFERENCIAS .....	23

### CONTROL DE REVISIONES Y MODIFICACIONES

Nº Revisión	Fecha	Descripción de modificaciones
Revisores externos	15/05/2020	Propuestas de mejora.
Comunidades Autónomas	01/06/2020	Propuestas de mejora.

## 1. JUSTIFICACIÓN

El 31 de diciembre de 2019 las Autoridades de la República Popular China, comunicaron a la OMS varios casos de neumonía de etiología desconocida en Wuhan, una ciudad situada en la provincia china de Hubei. Una semana más tarde confirmaron que se trataba de un nuevo coronavirus que ha sido denominado SARS-CoV-2. Al igual que otros de la familia de los coronavirus, este virus causa diversas manifestaciones clínicas englobadas bajo el término COVID-19, que incluyen cuadros respiratorios que varían desde el resfriado común hasta cuadros de neumonía grave con síndrome de distrés respiratorio, shock séptico y fallo multi-orgánico. La mayoría de los casos de COVID-19 notificados hasta el momento debutan con cuadros leves.

Estamos asistiendo a una pandemia de rápida expansión, que causa una importante morbilidad y mortalidad, poniendo a prueba los sistemas sanitarios de todos los países.

Ante este reto excepcional, es evidente que los objetivos prioritarios son limitar la expansión y reducir la mortalidad implementando las medidas y actuaciones necesarias.

Un porcentaje de pacientes con COVID-19 sufre un deterioro importante de su estado de salud que va a llevar a muchos de ellos a la muerte. En España, hasta el momento se han notificado un total de 244.109 casos confirmados de COVID-19 por PCR y 27.136 fallecidos<sup>1</sup>. Un número alto de estos pacientes son personas de edad avanzada en situación de fragilidad avanzada y comorbilidad, en los que es posible establecer un mal pronóstico a corto plazo, lo que no les hace susceptibles de beneficiarse clínicamente ni de mejorar su pronóstico de vida a través de la atención en medio hospitalario siendo, por tanto, candidatos a incluirse en un programa de cuidados paliativos a domicilio que asegure un adecuado control de síntomas.

En esta situación de enfermedad grave por COVID-19 unido a comorbilidad y fragilidad el riesgo de fallecer es mayor, por lo que se recomienda el registro en la Historia Clínica de la planificación anticipada de las decisiones de los pacientes.

La sociedad, la ciencia, los profesionales sanitarios y, por supuesto, las administraciones y los poderes públicos, han de dar respuesta a las necesidades de estos pacientes, incluida la atención en el domicilio, garantizando la dignidad a final de sus vidas. Somos plenamente conscientes, no obstante, que la actual situación de pandemia no siempre va a permitir dar respuestas determinantes y definitivas<sup>2</sup>.

Algunos de los síntomas que van a presentar los pacientes pueden tener carácter refractario e irreversible, necesitando tratamiento sintomático estricto, incluyendo la sedación paliativa, que precisará el consentimiento del paciente cuando sea posible y/o de sus familiares, o en su defecto, delegado según sea el caso. Así mismo, se aconseja que la información sobre la

---

<sup>1</sup> Ministerio de Sanidad:

<https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/situacionActual.htm>

<sup>2</sup> Ministerio de Sanidad: "Aspectos Éticos en Situación de Pandemia".

[https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/AspectosEticos\\_en\\_situaciones\\_de\\_pandemia.pdf](https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/AspectosEticos_en_situaciones_de_pandemia.pdf)

enfermedad y las acciones puedan ser transmitidas al resto de familiares salvo que exista un deseo contrario explícito por parte del enfermo.

La sedación paliativa va a ser en muchos casos la única estrategia eficaz para mitigar el sufrimiento de los pacientes con COVID-19 al final de su vida. El objetivo de la sedación paliativa no es adelantar la muerte, sino controlar síntomas físicos o psíquicos cuando éstos solo pueden ser controlados con la disminución del nivel de conciencia. En pacientes con COVID-19 es probable que la clínica esté dominada por un patrón de insuficiencia respiratoria con disnea refractaria como síntoma principal. La sedación paliativa, cuando está bien indicada, autorizada por el paciente (o por la familia cuando éste no pueda) y bien realizada constituye una buena práctica médica y es ética y deontológicamente obligatoria. Se puede realizar en el propio domicilio del paciente con los mismos niveles de seguridad y eficacia que en el hospital.

En este sentido, los Cuidados Paliativos se consideran un componente esencial de la atención sanitaria en base a los conceptos de dignidad, autonomía y derechos de los pacientes. Hoy en día la atención a los pacientes en el final de la vida es un derecho reconocido por organismos internacionales y una prestación sanitaria claramente descrita en la legislación española, tanto de ámbito nacional como autonómico<sup>3</sup>.

Las recomendaciones incluidas en este documento tienen en cuenta la conveniencia u oportunidad de su revisión a la vista de la evolución de los acontecimientos y a sabiendas de que los criterios no son inamovibles, con el propósito de que las autoridades competentes las difundan y les den el respaldo que consideren más apropiado. Aunque la situación epidemiológica está mejorando en España, no deja de ser probable que al igual que en otros países, puedan surgir repuntes. Por ese motivo, se ha considerado de interés, en el marco de la Estrategia de Cuidados Paliativos del SNS<sup>4</sup>, establecer una serie de **recomendaciones básicas que puedan resultar de utilidad en el manejo de la sedación paliativa en domicilio en tiempos de pandemia.**

## 2. OBJETIVO

Presentar un documento con el objetivo de ofrecer un conjunto de recomendaciones que ayuden a **los profesionales de Atención Primaria (AP)** en la toma de decisiones para la **aplicación de Sedación Paliativa (SP) en domicilio en situación de últimos días (SUD)** para pacientes con sospecha o confirmación de COVID-19.

---

<sup>3</sup> Recomendación Rec (1999) 1418 del Consejo de Europa sobre protección de los enfermos en la etapa final de su vida. Madrid: Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005. Recomendación Rec (2003) 24 del Comité de Ministros de los estados miembros sobre organización de cuidados paliativos. Madrid: Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005. Resolución 613 (1976) del Consejo de Europa sobre los derechos de los enfermos y moribundos. Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, adoptada el 29 de enero de 1976.

<sup>4</sup> Ministerio de Sanidad:  
<https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/paliativos/cuidadospaliativos.pdf>

### 3. POBLACION DIANA

**Pacientes en situación de últimos días, con COVID-19 o alta sospecha, candidatos a ser incluidos en un programa de Cuidados Paliativos a domicilio**

**¿Cuál puede ser, a priori, el perfil clínico de los pacientes con COVID-19 con mal pronóstico a corto plazo?**

**1. Pacientes Oncológicos en fase avanzada y/o terminal con sospecha o confirmación de COVID-19: enfermos con pronóstico limitado de días/pocas semanas.**

El mal pronóstico, en estos pacientes es por la propia enfermedad tumoral asumiendo que la COVID-19 ha podido empeorar el curso de la misma. Estos enfermos van a presentar síntomas múltiples, alguno de ellos refractario e irreversible y van a necesitar la sedación paliativa como tratamiento de elección al no haber sido posible el control sintomático con otras medidas disponibles en un tiempo determinado.

**2. Pacientes no oncológicos en fase avanzada y/o terminal de su enfermedad y pronóstico de vida claramente limitado con sospecha o confirmación de COVID-19 que no han respondido a los tratamientos administrados o en los que se considera que esos tratamientos no van a aportar beneficio alguno.**

El mal pronóstico en estos pacientes puede estar determinado, además de por la enfermedad de base, por la progresión rápida de la enfermedad viral, sobre todo neumonías sin respuesta al tratamiento. Es altamente probable que la clínica esté dominada por un patrón de insuficiencia respiratoria con disnea que con alta probabilidad llegará a ser refractaria como síntoma principal.

Los pacientes enmarcados en los dos supuestos tendrían que ser incluidos en programa de Cuidados Paliativos y, cuando la **situación sea irreversible y se presenten síntomas refractarios**, con el consentimiento explícito del paciente, si es competente para la toma de decisiones o, en caso contrario, de sus familiares, habría que indicar la **sedación paliativa**. Dicha intervención consiste en la administración deliberada de fármacos en las dosis y combinaciones requeridas para reducir la conciencia del paciente.

**La sedación paliativa va a ser, en muchos de estos enfermos, la única estrategia eficaz para mitigar el sufrimiento ante la presencia de una disnea refractaria o de otros síntomas igualmente refractarios.**

### 4. CRITERIOS DE ATENCIÓN A DOMICILIO

Ante esta situación, los pacientes de ambos grupos, si las circunstancias lo permiten, podrían ser atendidos en su domicilio habitual hasta su fallecimiento. ¿Cuáles serían estas circunstancias?:

1. Que el paciente, o en su defecto el representante, acepte la atención en su domicilio.
2. Que el paciente tenga un domicilio estable e identificado.
3. Que el paciente tenga un cuidador principal que asuma los cuidados en el domicilio.
4. Que se garantice una asistencia continua y de calidad.

5. Que se aseguren las condiciones del aislamiento en domicilio, cumpliendo las condiciones de salubridad adecuadas; identificando los factores de riesgo social y de salud para cumplir dichas condiciones.

*Se deben seguir las indicaciones del Ministerio de Sanidad sobre medidas de seguridad y protección por parte del personal sanitario y/o del cuidador o acompañante familiar en cuanto a la atención y cuidados de personas afectadas por COVID-19<sup>5</sup>.*

*Los pacientes que no cumplan con los criterios descritos anteriormente o no deseen ser atendidos en su domicilio en la etapa final de su vida, deben tener garantizada la asistencia sanitaria en otros ámbitos asistenciales.*

## **5. ATENCIÓN PRIMARIA COMO GESTORES DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE**

- Ante el reto de hacer asistencia domiciliaria en estos casos, hay que resaltar la importancia y el papel que desempeñan los equipos de Atención Primaria en cualquier modelo de atención comunitaria.
- Los profesionales de Atención Primaria, como gestores de la atención al paciente en este nivel asistencial, deben ser los responsables de proporcionar atención paliativa a domicilio a los pacientes asignados que la precisen, contando con los medios necesarios y recursos necesarios para proporcionar atención de calidad y eficiente a estos pacientes.
- Además, existe actualmente en todo el territorio nacional, aunque de forma muy variable, una red de profesionales de Cuidados Paliativos a domicilio que, organizados en equipos específicos, pueden apoyar a los profesionales de AP si éstos lo requieren.
- En este planteamiento, el hospital quedaría como componente de apoyo cuando fuera necesario.

## **6. MANEJO DE LA SITUACIÓN DE ÚLTIMOS DÍAS (SUD) en pacientes con necesidades paliativas con covid-19 o alta sospecha del mismo.**

### **6.1 ESTABLECER EL “DIAGNÓSTICO” DE SITUACIÓN DE ÚLTIMOS DÍAS**

El diagnóstico de situación de últimos días, se basa en signos y síntomas clínicos. Es necesario conocer los antecedentes clínicos que han llevado al paciente a la situación de final de la vida e identificar que órganos están fallando.

En estos pacientes también habrá que considerar la sintomatología más frecuente en esta fase, fundamentalmente **síntomas refractarios que provocan sufrimiento extremo (referidos al dolor, delirium, vómitos incoercibles, disnea...)**.

---

<sup>5</sup> Ministerio de Sanidad: [Prevención y control de la infección en el manejo de pacientes con COVID-19](#).

En pacientes en los que, además, exista sospecha o confirmación de COVID-19 hay que considerar **la disnea** como el síntoma más habitual por los diferentes grados de insuficiencia respiratoria que probablemente se presentarán en la evolución del cuadro.

En todos los pacientes se deben obtener datos de la exploración física y signos clínicos (caída de la TA, caída de la saturación de O<sub>2</sub>...) sobre el estado general así como utilizar escalas funcionales que, según su puntuación, señalen un final de su vida a corto plazo (más estudiado en cáncer): Barthel, Karnofsky, Palliative Performance Scale, Palliative Prognostic Index, Eastern Cooperative Oncology Group Performance Score o ECOG-PS, Palliative Prognostic Score o PapScore, etc. Existen otras escalas útiles en pacientes no oncológicos, como la mencionada índice Barthel, índice BODE, etc.

Existen otros instrumentos que pueden ayudar a determinar el pronóstico al final de la vida, entre los que se encuentra: la Escala de Menten (anexo). Para valorar el nivel de sedación se puede utilizar la escala de Ramsay (Anexo) o la escala de Richmond<sup>6</sup>. Otros síntomas que, cuando aparecen apoyan fuertemente el diagnóstico de situación de últimos días especialmente en pacientes oncológicos son: el *delirium*, la disnea de reposo o el síndrome de caquexia-anorexia muy severo.

Siempre que exista sospecha de COVID-19, habría que intentar confirmar el diagnóstico y tomar precauciones para la familia, en cualquier caso<sup>7</sup>.

## **6.2 COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE Y LA FAMILIA**

La unidad a tratar en Cuidados Paliativos es el **PACIENTE** y la **FAMILIA**. Por lo tanto, salvo consentimiento expreso del paciente de lo contrario, se debe comunicar a la familia la situación clínica del enfermo y proponer objetivos terapéuticos coherentes y realistas con cada situación particular: informar del mal pronóstico a corto plazo, explicar posibles síntomas, evolución y posibilidades terapéuticas, qué es un síntoma refractario y qué implica la sedación paliativa como tratamiento al mismo, siempre que exista consentimiento informado. Es recomendable hacer un breve recuerdo de cómo han transcurrido las últimas semanas del paciente y plantear el domicilio, si la familia está de acuerdo, como el lugar más adecuado de cuidados.

## **6.3 ACOMPAÑAMIENTO A LOS PACIENTES AL FINAL DE SUS VIDAS**

Como está establecido en todas las guías y protocolos de Cuidados Paliativos, además de asegurar un buen control de síntomas, se debe garantizar una valoración integral y multidisciplinar que aseguren la atención psicoemocional, espiritual y apoyo a la familia<sup>8</sup>.

---

<sup>6</sup> Programa Regional de Cuidados Paliativos. Guía de sedación:

[https://saludextremadura.ses.es/filescms/paliex/uploaded\\_files/guia-de-sedacion.pdf](https://saludextremadura.ses.es/filescms/paliex/uploaded_files/guia-de-sedacion.pdf)

<sup>7</sup> Ministerio de Sanidad:

[https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCovChina/documentos/20.03.24\\_AislamientoDomiciliario\\_COVID19.pdf](https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCovChina/documentos/20.03.24_AislamientoDomiciliario_COVID19.pdf)

<sup>8</sup> SECPAL-AECPAL Cuidar y Acompañar a las personas en situación de últimos días se puede consultar las recomendaciones

<http://www.secpal.com//Documentos/Blog/DOCUMENTO%20SOBRE%20ACOMPAN%CC%83AMIENTO%20 COVID%2019.pdf>

## 7. SEDACIÓN PALIATIVA

### Recomendaciones para el manejo farmacológico en el domicilio de pacientes en situación de últimos días.

Aspectos a considerar:

- Conceptos como la Adecuación del Esfuerzo Terapéutico y Obstinación Terapéutica y Diagnóstica están recogidos en múltiples normas y recomendaciones nacionales e internacionales, así como en Leyes Autonómicas que regulan Derechos y Garantías al Final de la Vida<sup>9</sup>.
- El manejo farmacológico que a continuación se presenta para la sedación paliativa se basa en recomendaciones de organizaciones nacionales<sup>10, 11, 12, 13</sup>.
- Las recomendaciones actuales para el manejo terapéutico de los pacientes al final de la vida, que presenten disnea precisan opioides. En caso de refractariedad, la sedación paliativa requiere de benzodiazepinas y/o neurolepticos.
- Valorar la interrupción de la prescripción de fármacos no útiles en esta fase.
- **Las dosis de fármacos que se muestran son orientativas y el aumento o disminución de la dosificación dependerá de la situación clínica del enfermo siendo el objetivo principal garantizar y priorizar el máximo bienestar y confort del mismo.**

#### 7.1. OBJETIVOS ASISTENCIALES EN ESTA SITUACIÓN Y FÁRMACOS A UTILIZAR SEGÚN LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS:

- A. El manejo de síntomas como el dolor o la disnea, entre otros, requieren, en la mayoría de los casos, la utilización de opioides, siendo de elección, la morfina. La presencia de síntomas refractarios puede requerir el uso de benzodiazepinas (sobre todo midazolam), y neurolepticos (sobre todo la levomepromazina). Los estertores premortem requieren el uso de espasmolíticos (butilbromuro de Hioscina , Buscapina®).
- B. La disminución del nivel de conciencia como objetivo de la sedación paliativa requiere de la utilización de medicamentos sedantes (benzodiazepinas y/o neurolepticos) siempre que exista al menos un síntoma refractario.

---

<sup>9</sup> Ley 4/2017, de 9 de marzo, de Derechos y Garantías de las Personas en el Proceso de Morir. Madrid  
Ley 16/2018, de 28 de junio, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de atención al final de la vida. Valencia. Ver más Normativa de las CCAA en referencias bibliográficas.

<sup>10</sup> Ministerio de Sanidad: Manejo de pacientes en fase terminal o paliativa: <https://www.aemps.gob.es/informa/notasinformativas/medicamentosusohumano-3/2020-medicamentosusohumano-3/recomendaciones-de-la-aemps-para-la-gestion-de-medicamentos-para-el-manejo-de-pacientes-con-enfermedades-en-fase-terminal-o-paliativa-en-la-situacion-sanitaria-actual/>

<sup>11</sup> Guía de práctica clínica. Uso seguro de Opioides en pacientes en situación terminal. [https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC\\_458\\_Opioides\\_terminal\\_compl.pdf](https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_458_Opioides_terminal_compl.pdf)

<sup>12</sup> Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA N° 2006/08

<sup>13</sup> Guía de cuidados paliativos [SECPAL https://www.secpal.com/guia-cuidados-paliativos-1](https://www.secpal.com/guia-cuidados-paliativos-1)

## 7.2. VIA DE ADMINISTRACIÓN

Hay que considerar en primer lugar la **vía de administración** de los medicamentos a utilizar. En estos pacientes, lo más frecuente es que la vía oral no esté disponible o vaya a dejar de estarlo en breve. **La vía transdérmica, generalmente, no es útil en pacientes gravemente enfermos, sobre todo ante una SUD<sup>14</sup>.** En estos casos, la piel no suele estar en un estado de hidratación y nutrición que garantice su biodisponibilidad. Por ello, las opciones son: **la vía intravenosa (IV) y la vía subcutánea (SC).** Para pacientes en domicilio la vía subcutánea es más estable y segura que la IV. Es recomendable, de entrada, **utilizar la medicación en bolos a través de palomillas subcutáneas, teniendo en cuenta que la infusión intermitente solo admite 2-3ml/h por bolo (límite de tolerancia de la piel).** (Ver en anexo para más información sobre la vía de administración).

## 7.3. MEDICAMENTOS PARA EL CONTROL DE SINTOMAS Y SEDACIÓN PALIATIVA

### A. OPIOIDES

- ✓ Los opioides no son sedantes puros, aunque algunos pacientes (aproximadamente un 20%) presentan sedación/somnolencia como efecto secundario. La sedación paliativa se debe hacer con benzodiazepinas y/o neurolepticos.
- ✓ Debemos **monitorizar el efecto del opioide** (grado de miosis, frecuencia respiratoria y nivel de sedación).
- ✓ **El fármaco de elección para la disnea**, el dolor no controlado o la tos en esta situación clínica (incluido, el tratamiento de la disnea severa) será la **morfina por vía subcutánea**. Es aconsejable disponer de un segundo opioide como alternativa para utilizar, también, por vía subcutánea, en los casos en los que no se disponga de la cantidad suficiente de morfina.

**En caso de desabastecimiento de morfina, habrá que utilizar aquel opioide del que se pueda tener disponibilidad según su ámbito de actuación y Comunidad Autónoma (CCAA). En caso de dudas en cuanto a manejo o dosificación del opioide sería conveniente consultar con el Equipo de Cuidados Paliativos del Área o zona de salud (Tabla 1).**

Tabla 1. Medicamentos opioides

MEDICAMENTO DE PRIMERA ELECCIÓN	Morfina	POSOLOGÍA
		<p><b>Dosis de inicio en pacientes que no están tomando en la actualidad ningún opioide:</b> Morfina 4-5 mg cada 4 horas por vía subcutánea, a ser posible a través de palomilla, ( que corresponde aprox. a 20-30 mg/día repartidos en 6 dosis). Incremento de dosis si es necesario: aumentar un 50% la dosis diaria, es decir 30-45 mg al día (6-7,5 mg cada 4 horas). Se puede ir subiendo la dosis en función del control de la disnea.</p> <p>Si el paciente estaba previamente tomando morfina: aumentar un 50% la dosis diaria previa.</p> <p>Se utilizará <b>medicación de rescate</b> cuando la sintomatología no esté controlada (monitorizar siempre), utilizándose morfina por vía subcutánea a una dosis correspondiente a 1/6 parte de la dosis diaria total de morfina administrada (por ejemplo, si la dosis de morfina es de 20 mg al día, la dosis de rescate será de 3,3 mg por vía subcutánea; si la dosis de morfina es de 30 mg/día, la dosis de rescate será de 5mg subcutánea). Estas dosis de rescate se pueden poner hasta cada 4h o incluso con un menor intervalo (según necesidades y valorando eficacia y tolerancia), si se precisara para el control sintomático.</p>

EN CASO DE DESABASTECIMIENTO	MEDICAMENTOS DE SEGUNDA ELECCIÓN	<p>En caso de desabastecimiento de morfina:</p> <p>Utilizar aquel opioide del que pueda tener disponibilidad según su ámbito de actuación y CCAA. En caso de dudas en cuanto a manejo o dosificación del opioide sería conveniente consultar con el Equipo de Cuidados Paliativos de su Área o zona de salud.</p>	Oxicodona	POSOLÓGIA
				<p><b>Vía subcutánea (en bolus)</b></p> <p><b><i>Dosis de inicio en pacientes que no están tomando en la actualidad ningún opioide:</i></b> oxicodona 2,5-5 mg cada 4 horas (equivale a 20-30 mg de morfina al día).</p> <p>A los pacientes a los que previamente se les administraba oxicodona oral hay que tener en cuenta la conversión a oxicodona parenteral.</p> <p>La conversión de oxicodona oral a oxicodona parenteral (vía SC) corresponde a la proporción 2:1, quiere decir que 2 mg de oxicodona oral pasarían a ser 1 mg de oxicodona por vía SC.</p> <p><b>Paciente que tomaba previamente opioides,</b> tener en cuenta el ratio de conversión. El paso de morfina a oxicodona corresponde a 1,5:1 (v.o), en caso de utilizar vía subcutánea 2:1.</p> <p><b>Dosis de rescate:</b> será 1/6 (un sexto) de la dosis total diaria (si por ejemplo la dosis total son 15 mg/día, la dosis de rescate sería aproximadamente 2,5 mg subcutánea). Esta dosis de rescate se podría poner cada 4 horas o incluso con un menor intervalo (según necesidades y valorando eficacia y tolerancia), si se precisara para el control sintomático.</p> <p>Se debe subrayar que la variabilidad entre pacientes requiere que cada paciente sea titulado de forma cuidadosa para que la dosis sea la adecuada.</p>

		ASPECTOS A TENER EN CUENTA	POSOLOGÍA								
		<p><b>Metadona</b> <b>(Metasedin®)</b></p> <p>Permite utilizar volúmenes pequeños e intervalos largos, lo que es más recomendable cuando se utiliza la vía subcutánea.</p> <p>Se puede pautar cada 12 horas, en lugar de cada 4h como la morfina.</p> <p>Su principal inconveniente es la farmacocinética imprevisible y la variabilidad en la respuesta individual, lo que requiere experiencia en su manejo.</p> <p>El personal médico con poca experiencia en su prescripción debería contar con el asesoramiento del Equipo de Cuidados Paliativos de su Área.</p>	<p>En pacientes que hayan estado en tratamiento con opioides por vía oral y se cambie la administración a vía parenteral (vía SC), hay que reajustar la dosis según el opioide (morfina oral: subcutánea 2:1, metadona oral: parenteral 2:1) e ir reajustando la dosis a partir de ahí.</p> <p>Equivalencia de morfina a metadona:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>DOSIS DE MORFINA TOTAL DIARIA</th> <th>RELACION CON METADONA ORAL TOTAL DIARIA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>30-90 mg/día</td> <td>4:1</td> </tr> <tr> <td>90-300 mg/día</td> <td>8:1</td> </tr> <tr> <td>&gt; 300 mg/día</td> <td>12:1</td> </tr> </tbody> </table>	DOSIS DE MORFINA TOTAL DIARIA	RELACION CON METADONA ORAL TOTAL DIARIA	30-90 mg/día	4:1	90-300 mg/día	8:1	> 300 mg/día	12:1
DOSIS DE MORFINA TOTAL DIARIA	RELACION CON METADONA ORAL TOTAL DIARIA										
30-90 mg/día	4:1										
90-300 mg/día	8:1										
> 300 mg/día	12:1										

	<p><b>Fentanilo</b></p>	<p>El Fentanilo aporta la posibilidad de ser administrado por vía transdérmica. No obstante, esta vía no es la más recomendada en SUD porque necesita que la piel de los pacientes esté en buenas condiciones para su correcta absorción. En estos pacientes, la piel no suele estar en un estado de hidratación y nutrición que garantice la correcta absorción del fármaco.</p> <p>El uso de fentanilo por vía SC no es frecuente fuera del hospital ya que requiere infusión continua, con una bomba de infusión, y al seguimiento estrecho del paciente.</p> <p>El fentanilo por vía SC, en atención domiciliaria, debería ser de uso excepcional cuando las demás alternativas no estén disponibles.</p>
--	-------------------------	---

**Formulaciones de los principales opioides comercializados en España. (anexo)**

## B. BENZODIACEPINAS/NEUROLÉPTICOS

### **Midazolam**

El midazolam debe **ser considerado el medicamento de elección en sedación paliativa** para pacientes que lo precisen al final de su vida.

La forma más habitual de presentación del midazolam para uso por vía parenteral (SC o IV) es en ampollas de 15 mg en 3 ml. Recomendamos la concentración de 5mg/1ml.

**Dosis de inducción:** La dosis de inducción por vía subcutánea (SC) es de 2,5 mg a 5 mg, administrada en bolo. La dosis a administrar se individualizará, dentro de ese rango, en función del estado de conciencia del que partimos y de la fragilidad del paciente.

- En caso de pacientes que hayan desarrollado tolerancia a benzodiazepinas por tratamientos previos, la dosis de inducción será mayor (entre 5 a 10 mg por vía SC).
- Si tras la dosis de inducción el paciente presentara agitación o falta de respuesta, se administrará una dosis de rescate igual a la dosis de inducción que se haya utilizado inicialmente. Puede repetirse la dosis de rescate tantas veces como se precise hasta alcanzar la sedación, siempre teniendo en cuenta que el inicio de la acción por vía subcutánea requiere de 10 a 15 minutos, y que la vida media del midazolam puede fluctuar entre 1 y 4 horas.

**Dosis de Mantenimiento:** Se recomienda mantener una pauta en bolos con dosis de 5-10 mg (1-2 ml) cada 6-8 horas. Ajustar la dosis de mantenimiento diariamente, añadiendo la medicación de rescate utilizada en las 24 h previas y hasta conseguir una sedación adecuada. También se podría, en función de la evolución, acortar el intervalo y utilizar las mismas dosis en una pauta cada 2-4 horas, según necesidad por metabolismo individual.

**Medicación de Rescate en pacientes en mantenimiento:** Se aplicará una dosis de rescate igual a la dosis de inducción inicial, la cual se podría repetir cada 4h o incluso antes según las necesidades para alcanzar una sedación adecuada.

### **Levomepromacina (sinogan®)**

En algunos casos, sobre todo en pacientes en los que prima un componente de agitación o *delirium*, se podría utilizar en lugar del midazolam o simultáneamente con él un neuroléptico como la levomepromazina (Sinogan®). La levomepromazina para uso por vía parenteral (incluida la vía subcutánea) se presenta en ampollas de 25 mg/ml.

**Dosis de inducción:** Se puede empezar con una dosis de 12,5 mg (media ampolla) cada 8 horas y subir hasta 25 mg cada 8 horas dependiendo de la respuesta.

Si tras la dosis de inducción el paciente presenta agitación o mantiene el síntoma refractario, se administra una dosis de rescate extra igual a la dosis de inducción inicial. Puede repetirse la dosis de rescate tantas veces como se precise hasta alcanzar la sedación. Las dosis a administrar se individualizarán, dentro de ese rango, en función del estado de conciencia de partida y de la fragilidad del paciente.

**Dosis de Mantenimiento:** Se recomienda mantener una pauta en bolos con dosis de 12,5-25 mg cada 8 horas por vía SC e ir ajustando en función de las necesidades de medicación de rescate con el objetivo de alcanzar una sedación adecuada. Al igual que con el midazolam, dependiendo de la gravedad de la sintomatología habrá que ir ajustando la dosis de mantenimiento diariamente añadiendo la medicación de rescate utilizada cada 24h y hasta conseguir una sedación adecuada.

**Medicación de Rescate:** Se aplicará una dosis de rescate extra igual a la dosis de inducción inicial, la cual se podría repetir cada 4h – 8h, o incluso antes, según las necesidades para alcanzar una sedación adecuada.

### C. OTROS MEDICAMENTOS

Se recomienda mantener durante la sedación algunos fármacos, entre ellos los anticolinérgicos indicados como antisecretores bronquiales y en consecuencia para tratar los estertores pre-mortem.

#### ***N-Butilbromuro de hioscina (Buscapina®)***

Se presenta en ampollas de 20mg/ml. Se utilizan para prevenir/tratar las secreciones bronquiales. La dosis diaria puede variar entre 60 mg – 120 mg por vía subcutánea.

### 7.4 ALTERNATIVAS

La crítica situación sanitaria asociada a la pandemia de COVID-19 que se ha vivido al inicio de la crisis afectó a la disponibilidad de medicamentos de uso habitual en los cuidados al final de la vida. **Ante la falta de medicamentos de primera elección que se puedan dar en un futuro se considerará la disponibilidad de otros medicamentos en las CCAA y podrá ser sustituido de acuerdo a esa disponibilidad y experiencia del equipo. En caso de ser necesario se contactará con el Equipo de Cuidados Paliativos del Área de Salud correspondiente para que asesore sobre la mejor indicación disponible.**

Las recomendaciones incluidas en el presente documento están en continua revisión y serán modificadas si la situación epidemiológica así lo requiriese.

### 7.5 EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA SEDACION PALIATIVA (SP)

Tras el inicio de la sedación, las recomendaciones a seguir son:

1. Revisar periódicamente el nivel de sedación según la Escala de Ramsay tradicional.
2. Evaluar y dejar constancia en la Historia Clínica de la evolución (recordar que para iniciar la SP es necesario registrar el consentimiento informado para ello, así como el resumen del proceso y síntoma/s que han llevado a la misma). Asegurar la continuidad asistencial.

La refractariedad de cada síntoma implica su registro en la historia clínica de salud del paciente, teniéndose que incluir en ella las siguientes consideraciones:

- a) Procedimientos diagnósticos y terapéuticos empleados previamente.
  - b) Periodo de tiempo en el que se han utilizado dichos procedimientos.
  - c) Si algún procedimiento no puede o no debe ser utilizado, se deben exponer las razones de ello.
  - d) Si se ha indicado una AET (Adecuación de Esfuerzo Terapéutico), especificar en la historia clínica con quién se ha acordado y en qué términos.
  - e) Debe existir, cuando sea posible, consenso con otros miembros del equipo o profesionales expertos en tratar el o los síntomas en cuestión.
- 3.** Mantener informada a la familia. Proporcionar siempre presencia, comprensión, disponibilidad y privacidad en la medida de las posibilidades. Articular el acompañamiento familiar si es posible, con las medidas de prevención necesarias y si no lo es por la circunstancia epidemiológica, hacerlo constar de alguna manera.

## **7.6 INFORMACION A LA FAMILIA**

Es importante que la persona cuidadora/familia conozca la situación del enfermo y el plan terapéutico, así como la administración de la medicación por la vía SC.

Es necesario que entienda que el paciente está en una situación de últimos días, y que los cuidados ofrecidos y las dosis pautadas son para el control de síntomas, y evitar el sufrimiento del paciente.

Se explicará detalladamente a la persona cuidadora/familia el seguimiento a realizar: control telefónico, visitas domiciliarias, teléfonos de contacto en caso de urgencia o necesidad.

La pauta de la medicación se dejará escrita de forma clara, y se instruirá a la persona cuidadora en el manejo de la vía SC, realizando una práctica con ella, administrando el fármaco que necesita en ese momento, o realizar una prueba con suero fisiológico.

Será necesario un seguimiento estrecho del paciente en esta situación por los profesionales de AP coordinado, según necesidad, con los servicios de urgencias domiciliarias y de soporte de cuidados paliativos de referencia. Teniendo en cuenta la necesidad de apoyo en el duelo.

## **8. ANEXOS**

### **8.1 LA VÍA SUBCUTÁNEA**

Aunque precisa un cierto entrenamiento, sobre todo para evitar molestias al paciente, puede ser administrada por cualquier médico/a o enfermera/o y no precisa de analgesia local o sistémica previa, dado que lo más importante es una correcta información del procedimiento al paciente (reconocer el miedo, la ansiedad...) y a la familia, para que esta misma supervise el funcionamiento de la misma en ausencia de los profesionales sanitarios. Además, dicha información contempla todo lo asociado a la evolución de la enfermedad y del tratamiento de los síntomas que presenta el paciente en el momento presente y en los potenciales futuros.

La medicación a través de la vía subcutánea (SC) se puede administrar de 3 formas:

1. Bolo (bolus) subcutáneo: se administra la medicación cada vez que sea necesaria teniendo en cuenta la vida del medicamento y la duración terapéutica.
2. Infusión continua subcutánea (ICSC): a través de un infusor elastomérico con la medicación incluida en suero fisiológico 0,9%, la medicación se administra de forma continuada en velocidad y tiempo determinado (ml/h). La ventaja es que no es preciso estar administrando bolos según reloj para mantener un adecuado control sintomático.
3. Mixto: utilizar el bolo y la ICSC simultáneamente. La ventaja es que la ICSC ayuda a mantener un adecuado control de síntomas y el bolo sirve para momentos puntales de aparición del síntoma como rescate.

Nota: para el uso de infusores hay que tener en cuenta que no todos los Centros de Salud o consultorios disponen de ellos y además requieren familiaridad en su manejo. Otro aspecto a considerar es que en estos infusores se suelen utilizar mezclas de medicamentos a las dosis precisas (el opioide, la benzodiacepina, la hioscina, ...). Se recomienda no mezclar más de 3 fármacos ni reutilizar el dispositivo (volver a rellenarlo).

Para elegir el **lugar de punción** debemos tener en cuenta la postura predilecta de descanso del paciente para buscar zonas con la menor presión posible, libres de afectación cercana de infección cutánea o complicación cutáneo-vascular de cualquier índole. Las zonas de punción para la vía SC son:

- Miembros
  - Región anterior del brazo (zona deltoidea).
- Tronco
  - Zona infraclavicular.
  - Zona escapular. Mejor opción en pacientes agitados y con riesgo de automanipulación (para evitar que se “arranquen” la vía).
- Abdomen
  - Evitar zona periumbilical y más baja del abdomen.

La durabilidad de la vía varía entre 1 día y hasta 2 semanas (media recomendada entre 6-14 días, por lo que en teoría puede aguantar el periodo de una SUD). Este margen de tiempo es debido fundamentalmente a 2 grupos de factores: las características de la propia piel del paciente (hay pieles sensibles que requieren cambios muy frecuentes) y los fármacos administrados (hay fármacos que, aunque puedan asociarse en la misma vía, pueden disminuir la vida útil de la misma).

La vía deberá retirarse cuando existan alteraciones de la piel (eritema, prurito, hematoma, sangrado, infección local...) o signos de fallo del lugar de punción o de la vía.

## 8.2 ESCALAS

### ESCALA DE RAMSAY

#### Niveles ideales de sedación:

ESCALA DE SEDACIÓN DE RAMSAY	
Ansioso, agitado o intranquilo	1
Cooperador, orientado y tranquilo	2
Respuesta solo a órdenes verbales	3
Dormido. Pero con respuesta e estímulo auditivo leve	4
Dormido. Solo hay respuesta a estímulo intenso táctil	5
No hay respuesta	6

Ramsay M, Savege T, Simpson BR, Goodwin R: Controlled sedation with alphaxolone-alphadolone. BMJ 1974;2 (920):656-659.

### ESCALA DE MENTEN

La escala de Menten identifica y mide los siguientes ítems: estertores premortem, frialdad en extremidades, labios cianóticos, livideces, frialdad o palidez nasal, oliguria < 300 cc/día, somnolencia con más de 15 horas de sueño al día y pausas de apnea de más de 15 segundos por minuto. Así, cuando aparecen cuatro o más de estos criterios, el 90% de los pacientes fallecen en las siguientes 96 horas.

1	Nariz fría o pálida
2	Extremidades frías
3	Livideces
4	Labios cianóticos
5	Estertores de agonía
6	Apneas (> 15 segundos en 1 minuto)
7	Anuria (< 300 cc en 24 horas)
8	Somnolencia (> 15 horas de sueño en el día)

### 8.3. FORMULACIONES DE LOS PRINCIPALES OPIOIDES COMERCIALIZADOS EN ESPAÑA

<b>MORFINA</b>	
PRESENTACIÓN	DOSIS COMERCIALIZADA
SOLUCIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN	Ampollas de 1mg/ml Ampollas de 10 mg/1ml Ampollas de 20 mg/ml Ampollas de 40 mg/ml

<b>OXICODONA</b>	
PRESENTACIÓN	DOSIS COMERCIALIZADA
SOLUCIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN	Ampollas de 10 mg/1ml

<b>METADONA</b>	
PRESENTACIÓN	DOSIS COMERCIALIZADA
SOLUCIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN	Ampollas de 10 mg/1ml

<b>MIDAZOLAM</b>	
PRESENTACIÓN	DOSIS COMERCIALIZADA
SOLUCIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN	Ampollas de 5 mg/1ml Ampollas de 5mg/5ml Ampollas de 15mg/3ml Ampollas de 50mg/10ml

<b>LEVOMEPRMACINA</b>	
PRESENTACIÓN	DOSIS COMERCIALIZADA
SOLUCIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN	Ampollas de 25 mg/1ml

<b>N-BUTILBROMURO DE HIOSCINA</b>	
PRESENTACIÓN	DOSIS COMERCIALIZADA
SOLUCIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN	Ampollas de 20 mg/1ml

## 9. GLOSARIO DE TÉRMINOS

**Adecuación del esfuerzo terapéutico y diagnóstico:** Consiste en retirar, ajustar o no instaurar un tratamiento o método diagnóstico cuando el pronóstico de vida es corto (horas o días). Es la adaptación de los tratamientos a la situación clínica del paciente. La adecuación del esfuerzo terapéutico y diagnóstico supone aceptar la irreversibilidad de una enfermedad en la

proximidad de la muerte y la conveniencia de abandonar las terapias que mantienen artificialmente la vida. Por lo tanto, el objetivo es el confort y la calidad de vida del paciente, por lo que forma parte de la buena práctica clínica y es una obligación moral y normativa de los profesionales.

**Cuidados al final de la vida:** Atención brindada a personas que están cerca del final de la vida y que han suspendido el tratamiento curativo de su enfermedad (no así el tratamiento y control de los síntomas que presente). La atención al final de la vida incluye apoyo físico, emocional, social y espiritual para los pacientes y sus familias. El objetivo de la atención al final de la vida es controlar el dolor y otros síntomas para que el paciente pueda estar lo más cómodo posible. Los cuidados al final de la vida pueden incluir cuidados paliativos y cuidados de apoyo.

**Cuidados Paliativos:** Son el conjunto coordinado de acciones en el ámbito sanitario dirigido al cuidado integral y activo de los pacientes cuya enfermedad no responde al tratamiento curativo, siendo primordial el control del dolor y de otros síntomas, así como de los problemas psicológicos, sociales y espirituales. Los cuidados paliativos son interdisciplinarios en su enfoque e incluyen al paciente, la familia y su entorno. Cubren las necesidades del paciente con independencia de donde esté siendo cuidado, ya sea en el hospital o en su domicilio y tienen por objeto preservar la mejor calidad de vida posible hasta el final.

**Documento de Instrucciones Previas:** Documento regulado en la Ley 3/2005, de 23 de mayo, por la que se regula el ejercicio del derecho a formular instrucciones previas en el ámbito sanitario y se crea el registro correspondiente.

**Obstinación terapéutica y diagnóstica:** Situación en la que a una persona que se encuentra en situación avanzada y/o terminal o de agonía por una enfermedad grave e irreversible, se le inician o mantienen medidas de soporte vital o se le realizan otras intervenciones carentes de utilidad clínica real, desproporcionadas o extraordinarias, que únicamente permiten prolongar su vida biológica, sin concederle posibilidades reales de mejora o recuperación, siendo, en consecuencia, susceptibles de limitación. Constituye una mala práctica clínica y una falta deontológica.

**Planificación anticipada de las decisiones:** Capacidad de permitir a las personas atendidas definir objetivos y preferencias sobre tratamientos y atención futuros, discutir esos objetivos y preferencias con los familiares y los profesionales responsables de la atención y registrar y revisar esas preferencias cuando proceda

**Sedación paliativa:** La administración deliberada de fármacos en las dosis y combinaciones requeridas para reducir la conciencia de un paciente con enfermedad avanzada o terminal tanto como sea preciso para aliviar adecuadamente uno o más síntomas refractarios, con su consentimiento explícito. Si este no es posible, se obtendrá de su representante. La sedación paliativa constituye la única estrategia eficaz para mitigar el sufrimiento, ante la presencia de síntomas refractarios intolerables que no responden al esfuerzo terapéutico realizado en un período razonable de tiempo.

Un tipo especial de sedación paliativa es la sedación en la agonía que se aplica cuando hay sufrimiento y la muerte se prevé muy próxima y en la que el fallecimiento debe atribuirse a la consecuencia inexorable de la evolución de la enfermedad y de sus complicaciones, no de la sedación.

**Síntoma refractario:** El síntoma que no puede ser adecuadamente controlado con los tratamientos disponibles, aplicados por médicos expertos, en un plazo de tiempo razonable. En estos casos el alivio del sufrimiento del enfermo requiere la sedación paliativa.

**Situación de últimos días (SUD):** Fase gradual que precede a la muerte y que se manifiesta clínicamente por un deterioro físico grave, debilidad extrema, trastornos cognitivos y de consciencia, dificultad de relación y de ingesta y pronóstico vital de pocos días.

**Situación terminal:** Presencia de una enfermedad avanzada, incurable y progresiva, sin posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico, con un pronóstico de vida limitado y en la que pueden concurrir síntomas intensos y cambiantes que requieran una asistencia paliativa específica.

## 10. REFERENCIAS

1. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Recomendaciones de la AEMPS para la gestión de medicamentos para el manejo de pacientes con enfermedades en fase terminal o paliativa en la situación sanitaria actual.  
<https://www.aemps.gob.es/informa/notasinformativas/medicamentosusohumano-3/2020-medicamentosusohumano-3/recomendaciones-de-la-aemps-para-la-gestion-de-medicamentos-para-el-manejo-de-pacientes-con-enfermedades-en-fase-terminal-o-paliativa-en-la-situacion-sanitaria-actual/>
2. Aspectos Éticos en Situación de Pandemia. Ministerio de Sanidad  
[https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCovChina/documentos/AspectosEticos\\_en\\_situaciones\\_de\\_pandemia.pdf](https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCovChina/documentos/AspectosEticos_en_situaciones_de_pandemia.pdf)
3. Barcia E, Reyes R, Luz Azuara M, Sánchez Y, Negro S Compatibility of haloperidol and hyoscine-N-butyl bromide in mixtures for subcutaneous infusion to cancer patients in palliative care. Support Care Cancer. 2003;11(2):107-13.
4. Declaración del Comité de Bioética de España sobre el derecho y deber de facilitar el acompañamiento y la asistencia espiritual a los pacientes con covid-19 al final de sus vidas y en situaciones de especial vulnerabilidad.  
[http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/CBE\\_Declaracion\\_sobre\\_acompanamiento\\_COVID19.pdf](http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/CBE_Declaracion_sobre_acompanamiento_COVID19.pdf)
5. Estrategia en Cuidados Paliativos del SNS. Ministerio de Sanidad.  
[https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/cuidadospaliativosdiabetes/CUIDADOS\\_PALIATIVOS/estrategiaCuidadosPaliativos.pdf](https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/cuidadospaliativosdiabetes/CUIDADOS_PALIATIVOS/estrategiaCuidadosPaliativos.pdf)
6. Gallardo R, Gamboa F. Uso de la vía subcutánea en Cuidados Paliativos. Monografías SECPAL. 2013.
7. Guía de Cuidados Paliativos SECPAL.  
<http://www.secpal.com//Documentos/Paginas/guiacp.pdf>
8. Guía de práctica clínica. Uso seguro de Opioides en pacientes en situación terminal.  
[https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC\\_458\\_Opioides\\_terminal\\_compl.pdf](https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_458_Opioides_terminal_compl.pdf)
9. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA Nº 2006/08
10. Juliá-Torrá J, Serrano G. Manual control de síntomas en pacientes con cáncer, Institut Català d'Oncologia. Editorial Arán. 4ª Edición. 2019.
11. Mejías MJ. Guía práctica de manejo domiciliario del dolor y otros síntomas. 2ª edición. Editorial Sanaidea. Octubre 2016. ISBN 978-84-617-5641-4 <https://www.eapcnet.eu/eapc-groups/task-forces/palliative-sedation>
12. NCI Dictionary of Cancer Terms (National Cancer Institute):  
<https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/def/end-of-life-care>.
13. 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.
14. Ley 2/2010, de 8 de abril, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte. Comunidad Autónoma de Andalucía.
15. Ley 5/2018, de 22 de junio, sobre derechos y garantías de la dignidad de las personas en el proceso del final de la vida. Comunidad Autónoma del Principado de Asturias.
16. Ley 10/2011, de 24 de marzo, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de morir y de la muerte. Comunidad Autónoma de Aragón.

17. Ley 4/2017, de 9 de marzo, de Derechos y Garantías de las Personas en el Proceso de Morir. Comunidad de Madrid.
18. Ley 1/2015, de 9 de febrero, de derechos y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida. Comunidad Autónoma de Canarias.
19. Ley 16/2018, de 28 de junio, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de atención al final de la vida. Comunitat Valenciana.
20. Ley 5/2015, de 26 de junio, de derechos y garantías de la dignidad de las personas enfermas terminales. Comunidad Autónoma de Galicia.
21. Ley 11/2016, de 8 de julio, de garantía de los derechos y de la dignidad de las personas en el proceso final de su vida. Comunidad Autónoma del País Vasco.
22. 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.
23. Palliative care: The last hours and days of life  
<https://www.uptodate.com/contents/palliative-care-the-last-hours-and-days-of-life?csi=307ca777-3daf-479b-a5f1-0ffb18a17a6f&source=contentShare>
24. Programa Regional de Cuidados Paliativos de Extremadura. Guía de sedación:  
[https://saludextremadura.ses.es/filescms/paliex/uploaded\\_files/guia-de-sedacion.pdf](https://saludextremadura.ses.es/filescms/paliex/uploaded_files/guia-de-sedacion.pdf)
25. Recomendación Rec (1999) 1418 del Consejo de Europa sobre protección de los enfermos en la etapa final de su vida. Madrid: Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.
26. Recomendación Rec (2003) 24 del Comité de Ministros de los estados miembros sobre organización de cuidados paliativos. Madrid: Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.
27. Resolución 613 (1976) del Consejo de Europa sobre los derechos de los enfermos y moribundos. Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, adoptada el 29 de enero de 1976.
28. Recomendación Rec (1999) 1418 del Consejo de Europa sobre protección de los enfermos en la etapa final de su vida. Madrid: Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.
29. Ruíz-Márquez MP y col. Guía clínica. Usos y recomendaciones de la vía subcutánea en cuidados paliativos. Évora: Observatorio regional de cuidados paliativos de Extremadura. Junta de Extremadura. Servicio Extremeño de Salud. FundeSalud; 2008.
30. SECPAL –AECPAL sobre cuidar y acompañar personas en situación de últimos días y a su familia y/o cuidadores <http://infocuidadospaliativos.com/wp-content/uploads/2020/03/secpal-acompa%C3%B1amiento-covid-19.pdf> Consultado 20 de Abril del 2020.