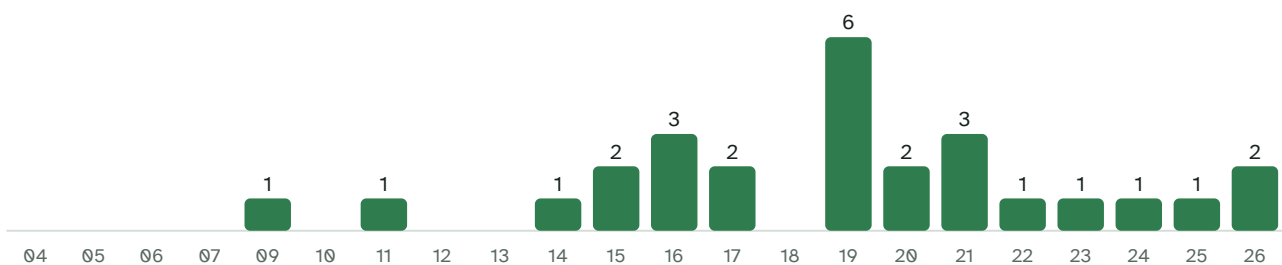


Cuidados paliativos y control de síntomas

Los cuidados paliativos caen casi todos los años en el EIR y siempre por los mismos sitios: las definiciones (cuidados paliativos según la OMS, enfermedad terminal, síntoma refractario, sedación paliativa y sedación en la agonía), las escalas (ESAS, Karnofsky, ECOG), la vía subcutánea y la hipodermoclisis con sus cifras, y los cuidados enfermeros de cada síntoma (disnea, boca, estreñimiento, delirium, hemorragia). La referencia española es la Estrategia de Cuidados Paliativos del SNS y la GPC de Cuidados Paliativos del SNS de 2008, que GuíaSalud mantiene en su catálogo aunque advierte de que está pendiente de actualizar; la sedación se estudia con la guía OMC-SECPAL de 2021.

Apuntes para el EIR · versión 2026-09-28 · **sin revisión enfermera**. Todas las preguntas son reales, de exámenes EIR, con su año y su número; ninguna está escrita por IA. Las respuestas están en el solucionario, al final.

Cómo cae en el EIR



27 preguntas de este tema en 22 exámenes (2004-2026, ordinarias, clasificación segura).

Lo más repetido

- Sedación paliativa: definición (3 exámenes)
- Síntoma refractario: definición (2 exámenes)
- Disnea en paciente paliativo: medidas no farmacológicas (aire fresco, ventilador, sedestación) (2 exámenes)

Índice

Resumen para repasar	3
Puntos clave	6
1. Qué son los cuidados paliativos: definición y principios de la OMS	7
2. Enfermedad terminal, niveles de atención y la familia como unidad de cuidado	9
3. Valoración: síntomas más frecuentes y escalas	12
4. Vías de administración: la oral primero, la subcutánea después	15
5. Dolor y disnea	20
6. Boca, aparato digestivo, caquexia, piel y hemorragia	23
7. Delirium y situación de últimos días	28
8. Sedación paliativa y síntoma refractario	31
Todas las preguntas del tema (29)	35
Preguntas que también podrían ser de este tema (6)	43
Solucionario	45
Fuentes	47

Resumen para repasar

1. Qué son los cuidados paliativos: definición y principios de la OMS

- OMS: enfoque que mejora la **calidad de vida de pacientes y familias** ante enfermedades amenazantes para la vida, con **identificación temprana** y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicológicos y espirituales ^{F3}.
- Principios: alivio del **dolor y otros síntomas**; muerte como **proceso normal**; **ni acelerar ni retrasar** la muerte; apoyo para **vivir lo más activamente posible**; apoyo a la familia **en la enfermedad y el duelo**; aplicables **de forma precoz** ^{F3}.
- Solo el **14 %** de quienes los necesitan los reciben; el **80 %** de los pacientes con cáncer o sida tiene dolor moderado o intenso al final ^{F2}.

2. Enfermedad terminal, niveles de atención y la familia como unidad de cuidado

- Enfermedad terminal (SECPAL): avanzada, progresiva, incurable; sin respuesta razonable al tratamiento específico; síntomas **múltiples, multifactoriales y cambiantes**; gran impacto emocional; **pronóstico inferior a 6 meses** ^{F5}.
- La Estrategia de 2007 hablaba de **pronóstico de vida limitado** y de **necesidades** más que de plazos, pero la cartera de servicios y el documento 2026-2030 mantienen el orientativo de **menos de 6 meses** ^{F3,F4}.
- Niveles: **básico** (todos los profesionales) y **específico** (equipos de paliativos, según **complejidad**) ^{F3}.
- Paciente y familia = **unidad de atención**: la familia sufre, cuida y necesita ayuda y educación; prevenir la **claudicación familiar** ^{F3,F5}.
- Pediatría (ACT): **grupo 1**, curación posible que puede fracasar (cáncer); 2, tratamiento intensivo prolongado (fibrosis quística); 3, progresiva sin curación; 4, irreversible no progresiva (parálisis cerebral) ^{F6}. En 2026 se añade una **quinta** categoría, los **recién nacidos** ^{F4}.

3. Valoración: síntomas más frecuentes y escalas

- Astenia, el síntoma **más frecuente**; el dolor, el paradigma; **8-10 síntomas** de media ^{F3}.
- El **dolor** es muy frecuente en todos los grupos; depresión, ansiedad, confusión e insomnio también ^{F7}.
- **ESAS**: 10 escalas de 0 a 10: dolor, cansancio, náusea, depresión, ansiedad, somnolencia, apetito, **bienestar**, falta de aire y sueño ^{F7}.
- **Karnofsky** ≤ 50: alto riesgo de muerte en 6 meses; **40** = encamado más del 50 % del día ^{F7}.
- **ECOG 3**: autocuidado limitado, en cama o silla **más del 50 %** de la vigilia; ECOG 4, ningún autocuidado ^{F8}.

4. Vías de administración: la oral primero, la subcutánea después

- Vía de elección: **oral**; si no es posible, **subcutánea** (fácil, bien tolerada, sin ingreso); en domicilio, la **hipodermoclisis** para hidratar ^{F7}.
- Zonas: **infraclavicular, deltoidea, abdomen, muslo y escapular** (paciente confuso); la **glútea no figura** ^{F7,F9,F11}.
- Hipodermoclisis: **1.500 ml por punto, 3.000 ml/24 h en dos puntos**; sueros con electrolitos, **40-60 ml/h** ^{F9,F7}.
- Cambio del punto: **medicación cada 7 días, hidratación cada 24-48 h** (guías de Winnipeg); la SECPAL da 3-4 días con máximo de 7 ^{F13,F12,F10}.
- Reacciones locales repetidas: **cambiar y rotar el punto y replantear la regularidad de los cambios**; si persisten, hidrocortisona ^{F10,F11}.
- Por vía subcutánea sí: morfina, butilescopolamina, **midazolam**, haloperidol, levomepromazina; no: **diazepam, clorpromazina, metamizol, CLK** ^{F10}.

5. Dolor y disnea

- Analgesia **pautada, a horas fijas**, nunca a demanda; **vía oral**; escalera de la OMS; rescates de **1/6** de la dosis diaria ^{F7,F5}.
- De morfina oral a subcutánea: **dividir entre dos** ^{F7}.
- Disnea: **habitación fresca, ventilador**, aire en la cara, posición cómoda, relajación, compañía; sin irritantes ^{F7,F5}. Espacios **húmedos y ventilados** ^{F30}; **sentado o semisentado**, con la cabecera levantada ^{F31}.
- Fármaco de elección en la disnea: **opioides** ^{F7}.

6. Boca, aparato digestivo, caquexia, piel y hemorragia

- Estreñimiento: hasta el **65 %** en cáncer y el **87 %** con opioides; causa principal, los **opioides**; laxantes preventivos siempre con opioides ^{F7}.
- Xerostomía: higiene, **piña o chicle sin azúcar, hielo**, sorbos de agua, saliva artificial; pilocarpina si hace falta ^{F7,F5}; evitar las bebidas **excesivamente azucaradas** ^{F31} y los **azúcares**, por la caries ^{F35}.
- Mucositis: higiene y analgesia; **no clorhexidina** en la mucositis ^{F7}; **anestésico tópico (lidocaína) antes de comer** ^{F5,F23}; enjuagues con **lidocaína 2 %** ^{F30}; en algunos casos, por indicación médica, **lidocaína viscosa al 2 % antes de las ingestas** ^{F34}.
- AECPAL, deterioro de la mucosa oral: NOC **hidratación, severidad de los síntomas, satisfacción: control de síntomas**; restablecimiento de la salud bucal es **NIC** ^{F21}.
- **Caquexia refractaria**: cáncer que **no responde** al tratamiento y **esperanza de vida < 3 meses** ^{F18}.
- Úlcera neoplásica: valorar **pronóstico, estado nutricional y aspectos psicológicos** ^{F20}.
- Hemorragia masiva: **toallas oscuras, decúbito lateral, midazolam** subcutáneo preparado ^{F7}.

7. Delirium y situación de últimos días

- Delirium: estado confusional **agudo y fluctuante** con alteración de **atención**, orientación y percepción (**alucinaciones**) ^{F7,F22}.
- Afecta al 28-83 % en la fase final y **hasta al 90 % en los últimos días** ^{F7}.
- Causa más frecuente: **fármacos (opioides)**; tratamiento de elección: **haloperidol** ^{F7}.
- Signos tardíos de muerte inminente: **pulso radial ausente**, **Cheyne-Stokes**, respiración mandibular, estertor, apneas, **cianosis**, oliguria ^{F22}.
- En niños (NICE): **cambio del patrón respiratorio**, mala perfusión periférica (**aspecto pálido o grisáceo**); al final pueden estar **agitados** ^{F33}.
- Últimos días: suspender fármacos y pruebas **no esenciales**; estertores con **butilescopolamina** subcutánea ^{F7}.

8. Sedación paliativa y síntoma refractario

- **Síntoma refractario**: no se controla con los tratamientos disponibles, aplicados por expertos, en un **tiempo razonable** (sin comprometer la conciencia) ^{F25,F7}.
- **Sedación paliativa**: administración deliberada de fármacos para **reducir la consciencia** en enfermedad avanzada o terminal y aliviar **síntomas refractarios**, con **consentimiento explícito, implícito o delegado** ^{F7,F26}.
- **Sedación en la agonía**: disminución **profunda y previsiblemente irreversible** de la conciencia cuando la muerte es **muy próxima** ^{F7}.
- No es eutanasia: distinta **intención, procedimiento y resultado**; no acorta la supervivencia ^{F25,F26}.
- **Midazolam** primera opción; **levomepromazina** en el delirium; monitorizar con **Ramsay** ^{F25,F7}.

Puntos clave

- 1 Los cuidados paliativos, según la OMS, **ni aceleran ni retrasan la muerte**, consideran la muerte un proceso normal y apoyan a la familia **durante la enfermedad y en el duelo** ^{F3}.
- 2 Enfermedad terminal según la SECPAL: avanzada, progresiva e incurable; sin respuesta razonable al tratamiento específico; síntomas múltiples y cambiantes; gran impacto emocional; **pronóstico inferior a 6 meses** ^{F5}.
- 3 Paciente y familia son **una unidad de atención**; el ahorro sanitario no es un motivo para cuidar a la familia ^{F3,F5}.
- 4 Grupo 1 de la ACT en pediatría: enfermedad que amenaza la vida con **tratamiento curativo posible que puede fracasar** ^{F6}.
- 5 La ESAS valora 10 síntomas de 0 a 10, entre ellos el **bienestar**; ECOG 3 y Karnofsky 30-40 = en cama o silla más de la mitad del día ^{F7,F8}.
- 6 Vía de elección: **oral**; si falla, **subcutánea**; zonas infraclavicular, deltoidea, escapular, abdomen y muslo ^{F7,F9}.
- 7 Hipodermocclisis: máximo **1.500 ml por punto y 3.000 ml/24 h en dos puntos** ^{F9}.
- 8 Cambio del punto: **7 días** con medicación y **24-48 h** con hidratación, según las guías de Winnipeg (las españolas dan otros plazos) ^{F13,F12,F10}.
- 9 Disnea: aire fresco y **ventilador** hacia la cara, posición cómoda, relajación; los **opioides** son el fármaco de elección ^{F7,F5}.
- 10 Hemorragia masiva en casa: **toallas oscuras**, decúbito lateral y **midazolam** subcutáneo preparado ^{F7}.
- 11 El delirium puede afectar **hasta al 90 %** de los pacientes en los últimos días; el fármaco de elección es el **haloperidol** ^{F7}.
- 12 Sedación paliativa: reducir la consciencia con fármacos para aliviar **síntomas refractarios**, con consentimiento; el **midazolam** es la primera opción y se monitoriza con **Ramsay** ^{F7,F25}.

1. Qué son los cuidados paliativos: definición y principios de la OMS

La definición de la **OMS (2002)**, en la traducción que recoge la Estrategia del SNS: los cuidados paliativos son un **«enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias** que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la **prevención y alivio del sufrimiento** por medio de la **identificación temprana** e impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicológicos y espirituales» ^{F3,F1}. La nota descriptiva actual de la OMS precisa que se dirigen a pacientes **adultos y niños** y a sus allegados, y que ofrecen un sistema de apoyo para que los pacientes vivan **tan activamente como sea posible hasta la muerte** ^{F2}.

La definición anterior de la OMS (1990), tomada de la Asociación Europea de Cuidados Paliativos, hablaba del «cuidado total activo de los pacientes cuya enfermedad no responde a tratamiento curativo»; ya entonces se insistía en que los cuidados paliativos **no debían limitarse a los últimos días de vida**, sino aplicarse progresivamente a medida que avanza la enfermedad ^{F3}.

- Proporcionan **alivio del dolor y otros síntomas** ^{F3}.
- **Afirman la vida** y consideran la **muerte como un proceso normal** ^{F3}.
- **No intentan ni acelerar ni retrasar la muerte** ^{F3}.
- Integran los aspectos **espirituales y psicológicos** del cuidado del paciente ^{F3}.
- Ofrecen un sistema de soporte para ayudar a los pacientes a **vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte** ^{F3}.
- Ofrecen un sistema de soporte para ayudar a la **familia** a adaptarse durante la enfermedad del paciente **y en el duelo** ^{F3}.
- Utilizan una **aproximación de equipo**, incluido el soporte emocional en el duelo cuando esté indicado ^{F3}.
- Mejoran la calidad de vida y pueden también **influir positivamente en el curso de la enfermedad** ^{F3}.
- Son aplicables **de forma precoz**, junto con otros tratamientos que pueden prolongar la vida, como la quimioterapia o la radioterapia ^{F3}.

★ Lo que más cae

Los principios de la OMS se preguntan por la opción trampa: **ni alargar ni acortar** la vida (no «alargar la vida»), la muerte como algo **normal** (no «normalizar el tema de la muerte en la sociedad»), el apoyo es para el **dolor y otros síntomas** (no solo náuseas y vómitos ni solo cáncer), la familia se apoya **durante la enfermedad y el duelo**, y los cuidados paliativos **sí** ofrecen un sistema de apoyo para vivir lo más activamente posible hasta la muerte ^{F3}.

Objetivos de los cuidados paliativos según la OMS

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, ¿cuáles son los principales objetivos de los cuidados paliativos? Indique la opción correcta:

1. Alivio del dolor y otros síntomas; alargar la vida de las personas; dar apoyo psicológico, social y espiritual a la persona enferma; normalizar el tema de la muerte en la sociedad; proporcionar sistemas de apoyo para que la vida sea lo más activa posible; dar apoyo a los cuidadores principales.
2. Alivio de las náuseas y vómitos y otra sintomatología; alargar la vida de las personas; dar apoyo psicológico, social y espiritual a la persona enferma; considerar la muerte como algo natural, como parte de la vida; proporcionar sistemas de apoyo para que la vida sea lo más activa posible; dar apoyo a la familia durante la enfermedad y el duelo.
3. Alivio del dolor y otros síntomas; no alargar ni acortar la vida de las personas; dar apoyo psicológico, social y espiritual a la persona enferma; reafirmar la importancia de la vida; considerar la muerte como algo natural, como parte de la vida; proporcionar sistemas de apoyo para que la vida sea lo más activa posible; dar apoyo a la familia durante la enfermedad y el duelo.
4. Alivio de las náuseas y vómitos y otra sintomatología de las personas con cáncer; alargar la vida de las personas; dar apoyo psicológico, social y espiritual a la persona enferma; reafirmar la importancia de la vida; considerar la muerte como algo natural, como parte de la vida; proporcionar sistemas de apoyo para que la vida sea lo más activa posible; dar apoyo a la familia durante la enfermedad y el duelo.

Cuidados paliativos: características (apoyo para vivir activamente)

En relación a los cuidados paliativos ¿cuál de las siguientes afirmaciones NO es correcta?:

1. Proporcionar alivio del dolor y otros síntomas.
2. Consideran la muerte como un proceso normal.
3. No pretenden acelerar ni retrasar la muerte.
4. No ofrecen un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a vivir lo más activamente posible hasta la muerte.

Cifras de la OMS (nota descriptiva de 2020): solo alrededor del **14 %** de las personas que necesitan cuidados paliativos los reciben en el mundo; la mayoría de los adultos que los necesitan tienen enfermedades crónicas: cardiovasculares (38,5 %), **cáncer (34 %)**, respiratorias crónicas (10,3 %), sida (5,7 %) y diabetes (4,6 %) ^{F2}. El **dolor y la dificultad para respirar** son dos de los síntomas más frecuentes y graves; el **80 %** de los pacientes con sida o cáncer y el 67 % de los que tienen enfermedad cardiovascular o EPOC tendrán dolor moderado o intenso al final de la vida ^{F2}.

2. Enfermedad terminal, niveles de atención y la familia como unidad de cuidado

La **Guía de Cuidados Paliativos de la SECPAL** define la enfermedad terminal con cinco elementos: a) presencia de una **enfermedad avanzada, progresiva, incurable**; b) falta de posibilidades razonables de **respuesta al tratamiento específico**; c) presencia de **numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes**; d) **gran impacto emocional** en paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte; y e) **pronóstico de vida inferior a 6 meses** ^{F5}. Cumplen estas características el cáncer, el sida, las enfermedades de motoneurona y la insuficiencia orgánica (renal, cardíaca, hepática...), y es «fundamental no etiquetar de enfermo terminal a un paciente potencialmente curable» ^{F5}.

EIR 2011 · 81

P28 · respuesta en el solucionario

Criterios de enfermedad terminal (pronóstico <6 meses)

¿Cuál de las siguientes afirmaciones **NO** es una característica para poder calificar a una persona como paciente terminal?:

1. Presencia de enfermedad irreversible y avanzada.
2. Estadio progresivo e incurable.
3. Imposibilidad razonada de tratamiento curativo.
4. Gran impacto emocional en el enfermo, la familia y el equipo terapéutico.
5. Pronóstico de vida inferior a 18 meses.

Los 6 meses: un plazo orientativo

La **Estrategia de 2007** no fijaba un plazo en su población diana: sus criterios de enfermedad avanzada/terminal son enfermedad incurable, avanzada y progresiva; **pronóstico de vida limitado**; escasa posibilidad de respuesta a tratamientos específicos; evolución oscilante con frecuentes crisis de necesidades; intenso impacto emocional y familiar; repercusiones sobre la estructura cuidadora; y alta demanda y uso de recursos ^{F3}. Añade que las intervenciones se basan en las **necesidades del paciente y la familia más que en un plazo concreto de supervivencia** ^{F3}. Pero el propio Ministerio conserva el criterio orientativo: la cartera de servicios comunes del SNS (RD 1030/2006) habla de personas con esperanza de vida limitada «**(en general, inferior a 6 meses)**», y el anexo 2 del documento 2026-2030 incluye en los programas al paciente oncológico en fase terminal con «**pronóstico de vida inferior a 6 meses**» ^{F4}. El documento de desarrollo 2026-2030 recuerda que la definición pasó del pronóstico a las necesidades y hoy combina varias dimensiones, con el **sufrimiento** como activador ^{F4}.

Niveles de atención. El nivel de cuidados paliativos **básicos** (primarios, generales o enfoque paliativo) son los que deben proporcionarse a **todos** los pacientes que lo precisen, en atención primaria y especializada; el nivel **específico** (secundario, especializado o avanzado) son las intervenciones de los equipos de cuidados paliativos ante situaciones de **complejidad**; algunos autores llaman tercer nivel a la atención en unidades hospitalarias de cuidados paliativos ^{F3}. Tener necesidades paliativas **no implica** necesitar un equipo específico: lo decide la complejidad ^{F4}. En España, según el documento 2026-2030, en torno al **75 %** de las muertes se deben a enfermedades crónicas con necesidades paliativas (un 25 % cáncer y un 50 % otras enfermedades) ^{F4}.

La familia como unidad de atención. Uno de los principios fundamentales de los cuidados paliativos es considerar al **paciente y la familia como una unidad de atención** ^{F3}. La SECPAL lo formula así: «El enfermo y la familia son la unidad a tratar»; la familia es el núcleo fundamental del apoyo al enfermo, sobre todo en la atención domiciliaria, y **requiere medidas específicas de ayuda y educación** ^{F5}. Los argumentos que dan las fuentes para cuidar también a la familia son ^{F3,F5}:

- La familia y el entorno próximo **presentan múltiples necesidades**: la enfermedad avanzada ocasiona un **intenso sufrimiento en los familiares** (miedo, ansiedad, depresión, sufrimiento empático, conflictos) ^{F3}.
- **Participan activamente en el cuidado**, sobre todo en el domicilio: sin el apoyo de la familia sería **imposible una correcta atención domiciliaria**; el refuerzo de la capacidad cuidadora forma parte de los objetivos de los cuidados paliativos ^{F3}.
- Son el **núcleo fundamental del apoyo** al enfermo, y la tranquilidad de la familia repercute directamente sobre el bienestar del enfermo ^{F5}.
- Hay que acompañarla en el **duelo** y prevenir la **claudicación familiar**: la pérdida de capacidad de la familia para responder a las necesidades del enfermo por agotamiento o sobrecarga ^{F3}.
- Los cuidadores principales son sobre todo **mujeres**: más del 75 % según la Estrategia de 2007 ^{F3}; la actualización 2010-2014 da un **85,4 % de mujeres** y un 43,7 % de hijas ^{F28}.

El ahorro no es un argumento

Ninguna de las fuentes justifica atender a la familia porque «suponga un ahorro en el coste sanitario». Cuando hablan de dinero es al revés: es la familia la que **soporta costes** (material, medicación, familiares que dejan de trabajar) ^{F5,F3}.

EIR 2019 · 181

P17 · respuesta en el solucionario

Cuidadores en paliativos: por qué son foco de atención

Para una atención paliativa adecuada, el plan de cuidados debe dirigirse a la asistencia del paciente y su entorno socio-familiar. Los cuidadores son foco esencial de la atención paliativa. A continuación, se exponen diferentes argumentos que justifican por qué la familia es también población diana de nuestros cuidados. Indique la opción INCORRECTA:

1. Porque los cuidadores suelen acompañar a la persona con enfermedad avanzada durante todo el proceso, con el consecuente impacto que esto conlleva.
2. Porque son la principal fuente de recursos y apoyo social para la persona enferma.
3. Porque son los principales colaboradores para la puesta en marcha y éxito del plan asistencial.
4. Porque son la ayuda principal y suponen ahorro en el coste sanitario.

Cuidados paliativos pediátricos. Son «cuidados activos totales del cuerpo, la mente y el espíritu del niño incluyendo también el apoyo a la familia»; comienzan cuando se diagnostica una enfermedad amenazante para la vida y continúan **independientemente de si el niño recibe o no tratamiento** de la propia enfermedad ^{F6}. El niño y la familia son la unidad de atención ^{F6}. El documento del Ministerio (2014) recoge los **cuatro grupos de la ACT** ^{F6}:

Grupo ACT	Situación	Ejemplos
1	Situaciones que amenazan la vida para las que el tratamiento curativo puede ser viable, pero también puede fracasar ^{F6}	Cáncer, infecciones, fallo orgánico cardíaco, hepático o renal ^{F6}
2	Enfermedades que requieren largos periodos de tratamiento intensivo dirigido a mantener la vida, pero donde todavía es posible la muerte prematura ^{F6}	Fibrosis quística, VIH/sida, anomalías cardiovasculares, Duchenne ^{F6}
3	Enfermedades progresivas sin opciones curativas : el tratamiento es paliativo desde el diagnóstico ^{F6}	Trastornos neuromusculares o neurodegenerativos, metabólicos progresivos, anomalías cromosómicas, cáncer metastásico avanzado al diagnóstico ^{F6}
4	Situaciones irreversibles, no progresivas , con grave discapacidad y extrema vulnerabilidad a complicaciones ^{F6}	Parálisis cerebral grave, trastornos genéticos, malformaciones congénitas, recién nacidos de muy bajo peso, lesiones cerebrales o medulares ^{F6}

Novedad 2026: cinco categorías

El documento 2026-2030 de la Estrategia clasifica ya la elegibilidad pediátrica en **cinco categorías**: las cuatro anteriores con el mismo orden (la primera sigue siendo la situación potencialmente mortal con tratamiento curativo posible que puede fallar) más una quinta, los **recién nacidos** con problemas de salud importantes que pueden no vivir tras el nacimiento ^{F4}.

EIR 2025 · 145

P3 · respuesta en el solucionario

Paliativos pediátricos: grupo 1 de la clasificación

En la clasificación de pacientes susceptibles de recibir atención paliativa en la edad pediátrica, ¿qué pacientes forman parte del GRUPO 1?:

1. Quienes sufren enfermedades graves, para las cuales el tratamiento curativo existe, pero puede fracasar.
2. Quienes sufren procesos irreversibles, pero no progresivos, asociados con discapacidad grave, que conlleva una extrema vulnerabilidad de padecer complicaciones que den lugar a una muerte prematura.
3. Quienes sufren enfermedades en las que la muerte prematura es inevitable, pero, con el tratamiento adecuado, se prolonga la vida durante largos periodos de tiempo.
4. Quienes sufren enfermedades progresivas sin opciones de tratamiento curativo, sólo paliativo.

3. Valoración: síntomas más frecuentes y escalas

El paciente en situación terminal presenta numerosos síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes; en general la **astenia es el síntoma más frecuente** y el **dolor** el que se considera paradigma, y la media de síntomas presentes es de **8 a 10** ^{F3}. En las series españolas de pacientes oncológicos, el **dolor, la astenia y la anorexia** aparecen en más del 70 % ^{F7}. Según la revisión que recoge la GPC, el **dolor aparece con una elevada frecuencia en todos los tipos de pacientes**, oncológicos y no oncológicos ^{F7}.

Síntoma (tabla 2 de la GPC) ^{F7}	Cáncer	Sida	Insuf. cardíaca	EPOC	Enf. renal
Dolor	35-96 %	63-80 %	41-77 %	34-77 %	47-50 %
Depresión	3-77 %	10-82 %	9-36 %	37-71 %	5-60 %
Ansiedad	13-79 %	8-34 %	49 %	51-75 %	39-70 %
Confusión	6-93 %	30-65 %	18-32 %	18-33 %	—
Astenia	32-90 %	54-85 %	69-82 %	68-80 %	73-87 %
Disnea	10-70 %	11-62 %	60-88 %	90-95 %	11-62 %
Insomnio	9-69 %	74 %	36-48 %	55-65 %	31-71 %
Náuseas	6-68 %	43-49 %	17-48 %	—	30-43 %
Estreñimiento	23-65 %	34-35 %	38-42 %	27-44 %	29-70 %
Diarrea	3-29 %	30-90 %	12 %	—	21 %
Anorexia	30-92 %	51 %	21-41 %	35-67 %	25-64 %

Leída la tabla: junto al **dolor**, los síntomas **neuropsicológicos** (depresión, ansiedad, confusión, insomnio) están presentes con frecuencias altas en **todos** los grupos, oncológicos y no oncológicos, mientras que las náuseas o la diarrea faltan en algún grupo ^{F7}. La Estrategia del SNS cita un estudio que agrupa los síntomas en siete conjuntos, uno de ellos los **neuropsicológicos** ^{F3}. Los profesionales de enfermería valoran la intensidad de los síntomas **con más precisión** que los médicos, según la literatura que recoge la GPC ^{F7}.

EIR 2019 · 182

P16 · respuesta en el solucionario

Síntomas más prevalentes en enfermedad avanzada

La persona en situación de enfermedad avanzada (oncológica y no oncológica) suele presentar numerosos síntomas diferentes, ¿cuáles diría que son los más prevalentes?:

1. Pérdida de sentido de la vida y dolor.
2. Dolor y síntomas neuropsiquiátricos.
3. Dolor y náuseas.
4. Síntomas ansioso-depresivos y malestar espiritual.

ESAS (Edmonton Symptom Assessment System). Es un listado de **10 escalas numéricas (0-10)** que evalúan la intensidad media de cada síntoma en un periodo determinado (24 h, 48 h, 1 semana); el paciente elige el

número que mejor indica su intensidad ^{F7}. La GPC la considera la más apropiada para uso clínico por su **sencillez** y recomienda, si se usan escalas de síntomas, instrumentos validados como la ESAS ^{F7}. Sus diez ítems, en la versión de la GPC, son ^{F7}:

- **Dolor • cansancio • náusea • depresión • ansiedad • somnolencia • apetito • bienestar (de «máximo bienestar» a «máximo malestar») • falta de aire • dificultad para dormir** ^{F7}.
- No incluye la función, el estreñimiento ni la sed ^{F7}.

EIR 2021 · 29

P11 · respuesta en el solucionario

Escala ESAS: síntomas incluidos

En Cuidados Paliativos se utiliza el Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) para la evaluación de síntomas. ¿Cuál de los siguientes síntomas se encuentran incluidos en esta valoración?:

1. Bienestar.
2. Función.
3. Estreñimiento.
4. Sed.

Karnofsky (KPS) mide la capacidad para las actividades cotidianas; es un **predictor independiente de mortalidad** y un Karnofsky de **50 o inferior** indica elevado riesgo de muerte en los **seis meses** siguientes ^{F7}. La tabla completa ^{F7}:

KPS	Descripción
100	Normal, sin quejas, sin indicios de enfermedad ^{F7}
90	Actividades normales, pero con signos y síntomas leves de enfermedad
80	Actividad normal con esfuerzo, con algunos signos y síntomas de enfermedad
70	Capaz de cuidarse, pero incapaz de llevar a término actividades normales o trabajo activo
60	Requiere atención ocasional, pero puede cuidarse a sí mismo
50	Requiere gran atención, incluso de tipo médico. Encamado menos del 50 % del día
40	Inválido, incapacitado, necesita cuidados y atenciones especiales. Encamado más del 50 % del día
30	Inválido grave, severamente incapacitado, tratamiento de soporte activo
20	Encamado por completo, paciente muy grave, necesita hospitalización y tratamiento activo
10	Moribundo
0	Fallecido

ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group, Oken 1982), escala de estado funcional de 0 a 5; traducción propia del original en inglés de ECOG-ACRIN ^{F8}:

ECOG	Descripción
0	Plenamente activo; hace todo lo que hacía antes de la enfermedad sin restricciones ^{F8}
1	Limitado en la actividad física intensa, pero ambulatorio y capaz de trabajos ligeros o sedentarios (tareas domésticas ligeras, oficina) ^{F8}
2	Ambulatorio y capaz de todo su autocuidado , pero incapaz de trabajar; levantado más del 50 % de las horas de vigilia ^{F8}
3	Capaz solo de un autocuidado limitado; en cama o en silla más del 50 % de las horas de vigilia ^{F8}
4	Totalmente incapacitado; no puede ningún autocuidado ; totalmente confinado en cama o silla ^{F8}
5	Fallecido ^{F8}

La frontera del 50 %

En las dos escalas la clave es la mitad del día: **ECOG 2** levantado más del 50 % y se cuida solo; **ECOG 3** en cama o silla más del 50 % y autocuidado solo limitado. En Karnofsky, **50** encamado menos del 50 %; **40** encamado más del 50 % y necesita cuidados especiales. Paciente que pasa casi todo el día en la cama o la silla y necesita ayuda para vestirse y asearse: ECOG 3 y Karnofsky 30-40.

EIR 2019 · 187

P14 · respuesta en el solucionario

Escala ECOG y Karnofsky: puntuación

L.M.P. (mujer) es una paciente de 72 años con cáncer de endometrio avanzado que ha decidido permanecer en su casa bajo el cuidado del servicio paliativo domiciliario y dejar que la enfermedad siga su curso. Afirma pasar la mayor parte del día en la cama o en una silla en el salón, no tener fuerzas para vestirse y precisar más ayuda para su aseo personal. Con estos datos, la enfermera valorará su estado funcional según las escalas ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) y de Karnofsky (KPS) como:

1. Puntuación escala ECOG= 2 y/o escala Karnofsky= 10-20.
2. Puntuación escala ECOG= 2 y/o escala Karnofsky= 30-40.
3. Puntuación escala ECOG= 3 y/o escala Karnofsky= 10-20.
4. Puntuación escala ECOG= 3 y/o escala Karnofsky= 30-40.

4. Vías de administración: la oral primero, la subcutánea después

La **principal vía de administración en cuidados paliativos es la oral**, porque es simple, no invasiva y aceptable para los pacientes ^{F7}. La SECPAL lo resume: «Siempre que sea posible, usar la vía oral» ^{F5}. Cuando no es posible, la **vía subcutánea** se usa con mucha frecuencia como alternativa a la parenteral intramuscular o intravenosa: es de **fácil acceso, se tolera bien y no requiere hospitalización**, y sirve tanto para fármacos como para hidratación ^{F7}. El paciente oncológico terminal no tiene masa muscular por la caquexia y sus venas suelen estar esclerosadas por la quimioterapia, por lo que, cuando se necesita la vía parenteral, es muy útil la subcutánea ^{F5}. Fuera del hospital, si se opta por rehidratar por vía parenteral, la **hipodermocclisis es la primera opción** ^{F7}.

EIR 2016 · 126

P24 · respuesta en el solucionario

Paciente terminal: vía oral de elección

Cuando tenemos a nuestro cuidado un paciente terminal, la vía de elección para la administración de los fármacos, siempre que sea posible será:

1. Subcutánea.
2. Oral.
3. Inhalatoria.
4. Intravenosa.

EIR 2020 · 35

P13 · respuesta en el solucionario

Vía subcutánea: alternativa de elección si falla la oral

¿Cuál es la vía alternativa de primera elección en el domicilio, en un paciente con necesidades paliativas cuando falla la Vía Oral?

1. Vía subcutánea (SC).
2. Vía intravenosa (IV).
3. Vía intratecal (IT).
4. Vía intramuscular (IM).

- **Situaciones en que la subcutánea es de primera elección:** náuseas y vómitos incontrolados, disfagia grave, oclusión intestinal no quirúrgica, sedación paliativa, agitación, convulsiones y atención en la agonía ^{F7}.
- **La desaconsejan:** anasarca, estados de shock y coagulopatías severas ^{F7}.
- **Ventajas:** más segura, poco agresiva y menos compleja; inserción fácil; la pueden aprender los cuidadores; no requiere heparinizar; más comfortable; reduce hospitalizaciones ^{F10}.
- Aproximadamente el **60 %** de los pacientes terminales será candidato a la vía subcutánea ^{F10}.

Zonas de punción. La GPC del SNS enumera la **torácica anterior infraclavicular, la deltoidea, el abdomen y la cara anteroexterna del muslo**, evitando zonas con alteraciones cutáneas ^{F7}. La guía de vía subcutánea de Aragón (catálogo de GuíaSalud) recomienda la región **infraclavicular**, el **abdomen** (evitando la zona periumbilical), la zona **deltoidea**, la cara anterolateral del **muslo** y, además, la zona **escapular** ^{F9}. La escapular (o interescapular) es útil en el paciente **confuso o agitado**, por el riesgo de que se retire el sistema ^{F11,F9}. Para

hidratar, la guía de Aragón pone como primera elección el abdomen y como segunda la infraclavicular, y no hidrata en los miembros superiores ^{F9}; la de Extremadura prefiere para la hipodermocclisis la cara anterior de los muslos ^{F11}. La deltoidea **no se usa para hipodermocclisis** ^{F9,F11}. Se evitan cicatrices, pliegues, zonas irradiadas, edematosas o con infiltración tumoral, y prominencias óseas ^{F9}.

Zonas: «IDEAM»

Infraclavicular, Deltoidea, Escapular, Abdomen y Muslo (cara anterior o anteroexterna). La **zona glútea no figura** en ninguna de las listas de zonas recomendadas de las guías del SNS, de Aragón ni de Extremadura ^{F7,F9,F11}.

EIR2022-157: la glútea... y la deltoidea

En **EIR2022-157** (zona NO indicada para la infusión subcutánea de **líquidos**) la respuesta oficial es la **zona glútea**, que no figura en las listas de zonas de ninguna de las tres guías ^{F7,F9,F11}. La clave da por indicadas las otras tres, entre ellas la **deltoidea**: la GPC del SNS la incluye entre las zonas de punción subcutánea ^{F7}, pero las guías de Aragón y de Extremadura dicen que la deltoidea **no se usa para la hipodermocclisis** ^{F9,F11}. Para el examen, la respuesta sigue siendo la **glútea**.

EIR 2022 · 157

P30 · respuesta en el solucionario

Hipodermocclisis: zonas de punción

¿Cuál de las siguientes zonas de punción NO se encuentra indicada para la infusión subcutánea de líquidos?:

1. Zona glútea.
2. Zona infraclavicular.
3. Zona escapular.
4. Zona deltoidea.

Hipodermocclisis: volúmenes y ritmos. La cantidad de fluidos por vía subcutánea **no debe exceder de 1.500 ml por punto de punción, siendo el máximo total 3.000 ml en dos puntos** de punción (recomendación fuerte de la guía de Aragón) ^{F9}. La tabla de la GPC del SNS lo dice así: el volumen máximo son **3 litros/día, pero requiere dos accesos simultáneos** ^{F7}. La hipodermocclisis requiere **soluciones con electrolitos y salinas**; se da de forma continua a **40-60 ml/h**, nocturna (80 ml/h) o en bolos de **500 ml/h 2 o 3 veces al día** ^{F7}. La guía de Aragón admite el suero glucosado al 5 % con un máximo menor, 2.000 ml (1.000 ml por punto) ^{F9}, mientras que la GPC del SNS dice que las soluciones sin electrolitos no pueden usarse por esta vía ^{F7}. No vale para la administración rápida de líquidos ^{F7}.

Hipodermocclisis: volumen máximo en 24 h

¿Cuál es la cantidad máxima de fluidos en 24 horas, que se pueden administrar por vía subcutánea a un paciente con deshidratación moderada o leve?:

1. 1500 ml en total, en uno o varios puntos de punción.
2. 1500 ml por cada punto de punción, siendo el máximo 3 puntos de punción diferentes.
3. 2500 ml.
4. 3000 ml, en dos puntos de punción.

Cuándo se cambia el punto de punción. Depende de para qué se use la vía ^{F13,F12,F14}:

Uso de la vía	Cambio del punto	Fuente
Medicación (dispositivo subcutáneo para fármacos)	Cada 7 días o antes si está clínicamente indicado (signos de infección, uso excesivo de la zona, hipodermocclisis) ^{F13}	Guía operativa de la autoridad sanitaria de Winnipeg (WRHA), 2025 ^{F13}
Hidratación (hipodermocclisis)	Rotar el punto cada 24-48 horas o tras infundir 1,5-2 litros ^{F12}	WRHA, 2025 ^{F12} ; el consenso internacional de 2023 recoge las mismas cifras de la literatura (24-48 h o 1,5-2 l para hidratación; cada 2-7 días para infusiones continuas de medicación) ^{F14}

Plazos de cambio: las guías no coinciden

EIR2021-131 (medicación: cambio **cada 7 días**, respuesta oficial) y **EIR2020-051** (hidratación: cambio **cada 24-48 horas** para reducir el riesgo de infección, respuesta oficial) coinciden con las guías de enfermería de Winnipeg de 2025 ^{F13,F12} y con los plazos que recoge el consenso internacional de 2023 ^{F14}. Las fuentes españolas dan otros plazos: la monografía de la SECPAL aconseja mantener la palomilla **3-4 días, con un máximo de 7** ^{F10}, la GPC del SNS dice que la hipodermocclisis **se puede mantener 5-7 días** ^{F7}, la guía de Aragón da al catéter metálico una duración de **3 a 7 días** (más el no metálico), con cambios más frecuentes en la hidratación ^{F9}, y la de Extremadura observó que las palomillas de teflón duran de media 11,9 días frente a 5,3 las metálicas ^{F11}. El consenso los presenta como plazos comunicados en la literatura («reports»), no como un estándar ^{F14}. Para el examen: medicación, 7 días; hidratación, 24-48 horas.

Infusión subcutánea de medicación: cambio de punto cada 7 días

Cuando la infusión subcutánea se utiliza para infundir medicación, se recomienda el cambio del sitio de punción:

1. Cada 72-96 horas.
2. Cada vez que se infunde una nueva dosis de medicación.
3. Cada 7 días.
4. No se debe cambiar rutinariamente, sólo se cambiará cuando haya signos de complicaciones.

Hipodermocclisis: cambio de punto cada 24-48 h

Para reducir el riesgo de infección, cuando la infusión subcutánea se utiliza para hidratación, se recomienda el cambio del sitio de punción:

1. Cada 72 o 96 horas.
2. Cada 24 - 48 horas.
3. Cada 7 días, con el cambio de apósito.
4. No se debe cambiar rutinariamente, sólo se cambiará cuando haya signos de complicaciones.

Complicaciones locales. Se revisa a diario el punto de inserción; ante eritema, edema o menor absorción se **cambia la localización** de la inserción ^{F9}. La SECPAL propone rotar el punto, **cambiar la palomilla a 2-3 cm** del anterior, masajear, reducir la velocidad de infusión si hay edema o usar hialuronidasa; si las reacciones locales se repiten aun cambiando el sitio, **25-100 mg de hidrocortisona** en bolo o en el sistema ^{F10}. La guía de Extremadura añade revisar regularmente el lugar de punción y «**considerar la regularidad de los cambios** si presentan reacciones locales persistentes», comprobar que la aguja no esté muy superficial y usar catéteres de teflón o Vialon, que producen menos reacciones ^{F11}. Cuando se cambia, no se vuelve a la misma zona: se rota siguiendo el sentido de las agujas del reloj para evitar lipodistrofias ^{F9}.

Vía subcutánea: reacciones locales repetidas

¿Cuál de las siguientes actuaciones se recomienda ante la aparición de reacciones de sensibilidad repetidas en el punto de inserción de una vía subcutánea? Indique la opción correcta:

1. Cambiar el punto de inserción de la vía subcutánea, la dirección de la inserción del mismo o aumentar la frecuencia de cambio de catéter.
2. Pasar a una velocidad de infusión de 5-6ml/h.
3. Retirar la infusión continua por vía subcutánea y administrar la medicación en bolos endovenosos.
4. Retirar la vía subcutánea y canalizar una vía venosa central.

Fármacos por vía subcutánea. Los más usados en cuidados paliativos son **morfina, butilescopolamina** (o bromuro de hioscina), **midazolam, metoclopramida y haloperidol**; también levomepromazina, dexametasona,

ketorolaco, octreótido, tramadol o furosemida ^{F10,F7}. Están **contraindicados**: el **cloruro potásico** (en bolo o infusor), el **diazepam** (liposoluble: precipita), el **metamizol** (muy irritante) y la **clorpromazina** (necrosis grasa) ^{F10}. El midazolam es la **única benzodiacepina hidrosoluble** y la de elección por esta vía; de los neurolepticos sedantes se puede usar la **levomepromazina** ^{F10}. Muchos de estos usos están **fuera de ficha técnica**: la de morfina sí autoriza la vía subcutánea ^{F15}, pero la de midazolam solo recoge las vías IV, IM y rectal ^{F16} y la de haloperidol inyectable, solo la intramuscular ^{F17}.

5. Dolor y disnea

El dolor puede afectar **hasta al 96 %** de los pacientes con cáncer en la fase final ^{F7}. El concepto de **dolor total** suma a la sensación nociceptiva los aspectos psicológicos, sociales y espirituales de cada persona ^{F7}. La valoración y el tratamiento detallado del dolor se estudian en el tema de dolor; aquí, los principios que se preguntan en paliativos.

- **Analgesia pautada**, no a demanda: la GPC recomienda que la administración de analgésicos **sea pautada** y ajustada individualmente ^{F7}. La SECPAL es tajante: los analgésicos deben darse **a horas fijas**, y prescribirlos «a demanda» o «si hay dolor» a un enfermo de cáncer es inapropiado, porque el dolor reaparece al pasar el efecto y hace falta más dosis para controlarlo ^{F5}.
- **Priorizar la vía oral** para los analgésicos ^{F7}.
- **Escalera analgésica de la OMS** con coadyuvantes si hacen falta; la **morfina oral** es el tratamiento de elección en el tercer escalón ^{F7}.
- **No usar a la vez opioides potentes y débiles** ^{F7}.
- Pautar siempre **rescates** de morfina de liberación inmediata: **1/6 de la dosis diaria**; si hacen falta más de tres rescates al día, se sube la dosis basal ^{F7}.
- Con los opioides, **anticiparse al estreñimiento** con laxantes ^{F7,F5}.
- Para pasar de morfina **oral a subcutánea**, se **divide la dosis total entre dos** ^{F7}.

EIR 2015 · 122

P35 · respuesta en el solucionario

Dolor en paciente terminal: analgesia pautada

Cuando un paciente terminal presenta dolor:

1. La analgesia será pautada.
2. Hay que limitar el tratamiento al uso de fármacos.
3. Se administrarán los fármacos a demanda.
4. La vía de elección para la administración de fármacos será la que determine el facultativo.
5. La vía a utilizar para la administración de analgesia, preferentemente, será la intramuscular.

Disnea. Es una experiencia subjetiva de molestia para respirar; para los pacientes es **tan difícil de sobrellevar como el dolor**, y su prevalencia puede alcanzar el 85 % en la insuficiencia cardíaca y más del 90 % en la EPOC ^{F7}. La correlación entre hipoxia y disnea es **baja**, y en general no se recomiendan pruebas rutinarias (gasometría, pulsioximetría...) ^{F7}. Primero se tratan las **causas reversibles** (insuficiencia cardíaca, broncoespasmo, derrame, anemia, infección, embolia...) ^{F7}.

Medidas no farmacológicas (cuidados enfermeros)	Medidas farmacológicas
Mantener la habitación fresca y usar ventiladores; aire fresco sobre la cara ^{F7,F5}	Opioides (oral o parenteral): primera elección en la disnea ^{F7}
Evitar irritantes como el humo y que haya pocas personas en la habitación ^{F7}	Oxígeno: valorar su continuidad según la respuesta individual ^{F7}
Posición confortable ; ejercicios respiratorios (respiración diafragmática, labios semiocuidos) ^{F5}	Benzodiacepinas solo si hay ansiedad o pánico, o en fases muy avanzadas como añadido a la morfina (midazolam) ^{F7}
Técnicas de relajación y compañía tranquilizadora ; en la crisis aguda, acompañar al enfermo ^{F5,F7}	Corticoides si la disnea se debe a asma, EPOC, obstrucción tumoral de la vía aérea o linfangitis carcinomatosa ^{F7}

Otras guías concretan las medidas. La de Fistera (2025), para la disnea cuya causa no puede corregirse o que no cede al tratamiento, propone proporcionar un ambiente tranquilo y «**mantener espacios húmedos y ventilados**» ^{F30}. La guía de enfermería del Hospital Donostia (Osakidetza) indica aplicar **aire fresco sobre el rostro** (acercando la cama a la ventana, con ventilador o abanicando), colocar al enfermo en posición confortable, «**sentado o semisentado**, levantando la cabecera de la cama», y utilizar humidificadores ambientales, como el eucalipto o el mentol ^{F31}. La GPC del SNS sobre la situación de últimos días (2021) recoge entre los cuidados no farmacológicos una posición cómoda y **favorecer corrientes de aire hacia la cara** mediante ventiladores o abanico; en su información para familiares aconseja incorporar al enfermo y darle corriente de aire abriendo las ventanas o con un ventilador ^{F32}. El NCI incluye entre las opciones para la disnea en la etapa final los **ventiladores** y la **elevación de la cabecera de la cama** ^{F22}.

★ Disnea en casa: lo que hace la enfermera

Aire fresco dirigido a la cara (ventana, **ventilador**), paciente incorporado en la **posición más confortable**, ambiente sin humos ni irritantes, relajación y compañía ^{F7,F5,F31,F32}. Son trampas: cerrar la ventana o **evitar las corrientes de aire**, usar ambientadores (irritantes) o desaconsejar la relajación. Corticoides, opioides o broncodilatadores son tratamiento **farmacológico** ^{F7}.

EIR 2017 · 85

P21 · respuesta en el solucionario

Disnea en paciente paliativo: medidas no farmacológicas (aire fresco, ventilador, sedestación)

¿Cuál es el tratamiento NO farmacológico sintomático de la disnea en el cáncer avanzado?:

1. Corticoides.
2. Asegurar que haya aire fresco con suficiente humedad.
3. No aplicar técnicas de relajación para disminuir la ansiedad, ya que estas aumentarían la disnea.
4. Opíáceos.

Disnea en paciente paliativo: medidas no farmacológicas (aire fresco, ventilador, sedestación)

¿Ante un problema de disnea en un paciente con necesidades paliativas en su domicilio, qué tipos de cuidados enfermeros realizarías?:

1. Utilizar ambientadores para facilitar que respire mejor, cerrando la ventana para controlar el aire en el interior.
2. Evitar las corrientes de aire.
3. Prescripción de un fármaco broncodilatador.
4. Posición de sedestación si es posible, y mantener corriente de aire a la cara del enfermo, por ejemplo con un ventilador.

6. Boca, aparato digestivo, caquexia, piel y hemorragia

Estreñimiento. Afecta a una amplia proporción de pacientes: hasta el **65 %** en oncológicos y el 70 % en insuficiencia renal ^{F7}. Lo explican la inmovilidad, la dieta, trastornos metabólicos como la hipercalcemia y **sobre todo los fármacos, como los opioides**: con opioides llega hasta el **87 %** ^{F7}. Sus causas son **multifactoriales** (la propia enfermedad, los fármacos, la debilidad, causas intercurrentes) ^{F5}. El **80 %** de los pacientes con opiáceos precisará laxantes de forma regular ^{F5}.

- Antes de prescribir laxantes hay que **descartar fecalomas**; la SECPAL indica tacto rectal si lleva **más de tres días sin deposición** ^{F7,F5}.
- Base del tratamiento: **laxantes** (sen, lactulosa, polietilenglicol, sales de magnesio, parafina) junto a una dieta adecuada y ejercicio adaptado ^{F7}.
- La prescripción de **opioides** debe acompañarse **siempre de medidas preventivas**, incluidos los laxantes ^{F7}.
- En la **impactación fecal**, laxantes por vía **rectal** (supositorios o enemas) ^{F7}: los enemas no son la terapia de base.
- Aumentar la fibra es difícil en estos pacientes y puede estar **contraindicado** si hay oclusión o suboclusión intestinal; se estimulan los líquidos ^{F5}.
- Objetivo: una deposición **cada 1-3 días** ^{F5}.

EIR 2015 · 124

P25 · respuesta en el solucionario

Estreñimiento en paciente terminal: causa más común los opioides

¿Cuál de las siguientes afirmaciones en relación al estreñimiento en el paciente terminal es correcta?:

1. Es un síntoma poco frecuente.
2. Su causa más común es la administración de opioides.
3. La terapia de base consistirá en la administración de enemas.
4. Su etiología es unifactorial.
5. Debe tratarse con dieta rica en fibra.

Náuseas y vómitos: se presentan en el 6-68 % de los pacientes oncológicos ^{F7}. La **metoclopramida** es el tratamiento de elección cuando no se relacionan con quimioterapia o radioterapia ^{F7}.

Xerostomía es la sensación subjetiva de boca seca; es muy frecuente en la fase final (el 88 % en un estudio de cáncer avanzado) y se debe a radioterapia de cabeza y cuello, fármacos, deshidratación, ansiedad o depresión ^{F7}. Medidas: **higiene de la boca**, estimulantes de la salivación como **chicles o frutas (piña), hielo y saliva artificial** (metilcelulosa); si hace falta tratamiento farmacológico, **pilocarpina** ^{F7}. La SECPAL propone masticar **piña o chicle sin azúcar, pequeños sorbos de agua**, zumos con **cubitos de hielo**, manzanilla con limón, y para el sarro, entre otras opciones, un pequeño fragmento de **vitamina C** ^{F5}. Para la hipofunción de las glándulas salivales de la enfermedad de injerto contra huésped crónica, el NCI incluye flúor tópico y revisiones por el riesgo de **caries**, y chicles, gomas o **dulces sin azúcar** ^{F23}. La guía de enfermería del Hospital Donostia, para la boca seca, propone chupar cubitos de hielo de zumos de frutas o, si se puede, trozos de **piña natural sin azúcar**, mascar **chicles sin azúcar**, tomar pequeñas porciones de helado, jugos o bebidas frescas «(Evitar bebidas excesivamente azucaradas)», y sprays de saliva artificial o de agua ^{F31}. El Centro Andaluz de Información de Medicamentos (CADIME, 2022), en sus medidas generales para la boca seca (de cualquier

causa, no específicas del paciente terminal), recomienda «aumentar el consumo de agua», dice que «deben evitarse los productos irritantes o ácidos que puedan provocar dolor, irritación de las mucosas y desmineralización de los dientes» y que se deben evitar los alimentos que favorecen la caries, «fundamentalmente los **azúcares**» ^{F35}. El propio CADIME incluye entre los estimulantes de la salivación los que actúan por acción mecánica, como los chicles o los edulcorantes artificiales (aspartamo o sorbitol), o «por acidificación de la cavidad oral (ácidos cítrico o málico)» ^{F35}; su aviso se refiere a los ácidos que irritan o dañan los dientes, no a todo producto ácido. No nombra la piña, que la SECPAL y el Hospital Donostia sí proponen para la boca seca ^{F5,F31}, ni la vitamina C, que la SECPAL solo cita para eliminar el sarro ^{F5}.

EIR 2015 · 123

P26 · respuesta en el solucionario

Xerostomía: evitar caramelos con azúcar

¿Cuál de las siguientes actividades NO debe llevarse a cabo en el paciente terminal cuando éste presenta xerostomía?:

1. Ofrecerle pastillas de vitamina C.
2. Darle caramelos con azúcar.
3. Aumentar la ingesta de líquidos.
4. Ofrecerle cubitos de hielo.
5. Prepararle trocitos de piña natural.

Mucositis: reacción inflamatoria con eritema o úlceras, a veces con xerostomía y cambios del gusto; aparece a los 5-7 días de la quimioterapia, sobre todo con **5-fluorouracilo y metotrexato** ^{F7}. La base del tratamiento es la **higiene cuidadosa de la boca y la analgesia** ^{F7}. La **clorhexidina no se recomienda** en la mucositis, porque puede ser perjudicial (la SECPAL, en cambio, la propone al 0,2 % como antiséptico contra la placa en la higiene general de la boca ^{F5}), y muchos colutorios comerciales llevan irritantes (alcohol, limón, glicerina) ^{F7}. El peróxido de hidrógeno diluido **no se usa en la estomatitis** ^{F5}. Para el dolor, el NCI propone un esquema escalonado: primero **enjuagues suaves** (suero salino al 0,9 %, bicarbonato), después **anestésicos tópicos** como la **lidocaína viscosa** y, si no bastan, analgésicos sistémicos ^{F23}. La SECPAL indica los anestésicos locales sobre las úlceras dolorosas **antes de cada comida**, como la lidocaína ^{F5}. La guía de Fisterra (2025) recomienda en la mucositis soluciones de benzidamina y enjuagues orales con anestésico tópico (**lidocaína 2 %**) o analgésico tópico (morfina 1 % o ketamina) ^{F30}, y la del Hospital Donostia, para la boca con dolor, anestésicos tópicos como la Xilocaína gel **30 minutos antes de las comidas** ^{F31}. La Escuela de Pacientes de Rioja Salud, en sus recomendaciones para la mucositis, añade que en algunos casos más dolorosos el médico podría indicar **enjuagues de lidocaína viscosa al 2 % antes de las ingestas** ^{F34}.

Mucositis oral: lidocaína viscosa antes de comer

P. C. es un enfermo en situación terminal que presenta mucositis oral y dolor, aunque conserva la capacidad para comer una dieta sólida. ¿Cuál de las siguientes acciones estaría indicada?

1. Animarle a chupar trocitos de piña.
2. Enjuagar la boca con ¾ partes de suero salino 0,9% y ¼ parte de agua oxigenada.
3. Hacer gargarismos con nistatina alternando con clorhexidina.
4. Administrar lidocaína viscosa al 2% antes de las comidas.
5. Proporcionar una dieta túrmix.

Candidiasis oral: es la infección micótica más frecuente en pacientes con cáncer; se trata primero con antifúngicos tópicos (miconazol, clotrimazol) y, si hace falta, orales (fluconazol, itraconazol) ^{F7}.

Planes de cuidados de AECPAL. Para el diagnóstico NANDA **00045 Deterioro de la mucosa oral**, el manual de planes de cuidados estandarizados de AECPAL (2.ª ed., 2014) propone como resultados **NOC:** 0308 Autocuidados: higiene oral; 1100 Salud oral; 2103 **Severidad de los síntomas**; 0602 **Hidratación**; 1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas; y 3011 **Satisfacción del paciente/usuario: control de síntomas** ^{F21}. **Restablecimiento de la salud bucal** no es un NOC: es la intervención **NIC 1730** ^{F21}.

Planes de cuidados AECPAL: resultados NOC

Según el manual de planes de cuidados estandarizados de enfermería dirigidos a paciente y familia en procesos avanzados y terminales, de la Asociación Española de Enfermería en Cuidados Paliativos (AECPAL), ¿cuál NO sería una clasificación de resultados de enfermería (NOC) relacionada con el diagnóstico “deterioro de la mucosa oral”?:

1. Hidratación.
2. Restablecimiento de la salud bucal.
3. Satisfacción del paciente/usuario: Control de síntomas.
4. Severidad de los síntomas.

Anorexia y caquexia. La caquexia es el cuadro de desnutrición y pérdida de peso que puede acompañar a la astenia; afecta hasta al **80 %** de los pacientes oncológicos avanzados ^{F7}. Si hace falta tratamiento farmacológico, los **corticoides** en primer lugar y el **acetato de megestrol** como segunda opción ^{F7}. El consenso internacional de Fearon (2011) la define como un síndrome multifactorial con **pérdida continua de masa muscular** que no se revierte del todo con el soporte nutricional convencional, y describe tres fases: **precaquexia, caquexia y caquexia refractaria**; el criterio diagnóstico de caquexia es una pérdida de peso **mayor del 5 %**, o mayor del 2 % si el IMC es menor de 20 o hay sarcopenia ^{F19}. Según la guía de SEOM, la **caquexia refractaria** aparece en un cáncer muy avanzado o de progresión rápida que **no responde al tratamiento**; en esa fase ya no es posible manejar activamente la pérdida de peso y la **esperanza de vida es inferior a 3 meses** ^{F18}. La guía de SEOM de 2023, específica del síndrome de anorexia-caquexia, describe la

fase refractaria como un **catabolismo irreversible** con mal estado funcional, en la que la intervención nutricional busca el confort ^{F29}.

EIR 2024 · 54

P4 · respuesta en el solucionario

Caquexia refractaria: características

Es correcto sobre las características principales de la caquexia refractaria del paciente oncológico:

1. Sarcopenia y pérdida ponderal mayor al 10%.
2. Enfermedad avanzada que no responde al tratamiento antitumoral y esperanza de vida inferior a 3 meses.
3. Sarcopenia, enfermedad avanzada y esperanza de vida inferior a 6 meses.
4. IMC inferior a 18 kg/m² y sarcopenia.

Úlceras neoplásicas. En la fase final importan sobre todo el **dolor, el exudado y el olor**; puede usarse **metronidazol tópico** para el olor ^{F7}. La guía del Servicio Andaluz de Salud (2015) establece que la valoración general debe recoger **de manera obligatoria**: el momento evolutivo de la enfermedad oncológica, las patologías asociadas, el **pronóstico del proceso oncológico**, la capacidad funcional, el **estado nutricional** y los **aspectos psicológicos** (autoestima e imagen corporal) ^{F20}. El tratamiento antineoplásico administrado **no figura** entre esos ítems obligatorios ^{F20}.

EIR 2020 · 41

P34 · respuesta en el solucionario

Úlceras neoplásicas: valoración

¿Cuál de los siguientes ítems no debe recogerse de forma obligatoria en la valoración general del paciente con úlceras neoplásicas?:

1. Pronóstico del proceso oncológico.
2. Estado nutricional del paciente.
3. Tratamiento antineoplásico administrado.
4. Aspectos psicológicos del paciente (autoestima e imagen corporal).

Hemorragia masiva. Entre el 6 y el 10 % de los pacientes con cáncer avanzado tienen sangrados clínicamente significativos; el riesgo de sangrado masivo es mayor en el cáncer de **cabeza y cuello** ^{F7}. Hay que **advertir y preparar a los cuidadores**, ofrecer atención urgente con teléfono de contacto directo y elaborar un plan de acción ^{F7}:

- Tener en la cabecera una palangana y **toallas de color oscuro** para comprimir, absorber y **disimular la sangre** ^{F7}.
- Colocar al paciente en **decúbito lateral** si hay hematemesis o hemoptisis, para prevenir el ahogamiento ^{F7}.
- Preparar una jeringa precargada de **midazolam** (5-10 mg, preferiblemente **subcutáneo**, con una palomilla ya insertada) para una **sedación de emergencia** ^{F7}.

Riesgo de hemorragia masiva en domicilio: toallas oscuras

¿Qué recomendaciones específicas no farmacológicas haremos a una persona cuidadora de un enfermo con necesidades paliativas, con riesgo de hemoptisis y/o vómitos de sangre, en el domicilio?:

1. Tener cerca toallas blancas para recoger el sangrado.
2. Utilizar toallas y ropa de cama de color oscuro.
3. En caso de sangrado pequeño, activar la visita de la asistencia extrahospitalaria.
4. Colocar al enfermo en decúbito supino.

7. Delirium y situación de últimos días

El **delirium** es un **estado confusional agudo** que resulta de una disfunción cerebral difusa; se caracteriza por la alteración simultánea de la **atención, la percepción, el pensamiento, la memoria, la conducta psicomotora, la emoción y el ritmo sueño-vigilia** ^{F7}. Criterios DSM-IV: A) alteración de la conciencia con **disminución de la capacidad para centrar, mantener o dirigir la atención**; B) cambio en las funciones cognitivas (**memoria, orientación, lenguaje**) o **alteración perceptiva**; C) presentación en horas o días y **tendencia a fluctuar** a lo largo del día ^{F7}.

- Formas **leves** (intranquilidad, dificultad para dormir) que pasan desapercibidas; formas graves con **agitación intensa**, que son una urgencia; el delirium **hipoactivo** se confunde con depresión ^{F7}.
- La mayoría de los pacientes al final de la vida tienen delirium **hipoactivo**; **agitación, alucinaciones e inquietud** aparecen en los delirium hiperactivos o mixtos ^{F22}.
- Detección: **CAM** (Confusion Assessment Method): inicio agudo, curso fluctuante, falta de atención y pensamiento desorganizado o alteración del nivel de conciencia ^{F7}.
- Los **fármacos** son la causa aislada más frecuente, sobre todo los **opioides** ^{F7}.
- Tratamiento: buscar y tratar la causa, informar a la familia; **haloperidol** es el fármaco de elección; en agitación intensa no controlada, levomepromazina o midazolam ^{F7}.

Lo que no es delirium

El delirium altera **a la vez** la atención y la orientación, y es **fluctuante**: no casa con «estabilidad emocional», con «orientación temporoespacial conservada» ni con «mantener la atención de forma adecuada» ^{F7}. Sí incluye la desorientación, la desatención, los trastornos del lenguaje y las alteraciones perceptivas (**ilusiones y alucinaciones**) ^{F7,F22}.

EIR 2019 · 184

P15 · respuesta en el solucionario

Delirium: manifestaciones clínicas

¿Cuál de los siguientes síntomas caracteriza el Delirium? Situación que padece hasta el 80% de los pacientes con una enfermedad avanzada y/o en fase final de la vida. Indique la opción correcta:

1. Desorientación, fluctuación del sueño a la alerta, estabilidad emocional.
2. Desorganización del pensamiento con orientación temporo-espacial y agitación psicomotriz con inestabilidad emocional.
3. Habla inapropiada, inconsecuente o variar de la verborrea al silencio, desorientación temporo-espacial, desatención, ilusiones y alucinaciones.
4. Miedo, desorientación en tiempo y espacio, mantener la atención de forma adecuada.

Prevalencia. Lo padece entre el **28 y el 83 %** de los pacientes en la fase final de la vida, más en los que tienen cáncer, y puede estar presente **hasta en el 90 % en los últimos días** de vida; su aparición se asocia a peor pronóstico ^{F7}. El NCI estima que el delirium terminal aparece antes de la muerte en **entre el 50 y el 90 %** de los pacientes ^{F22}, y una revisión sistemática en unidades de cuidados paliativos lo sitúa en el **58,8-88 %** en las semanas u horas previas a la muerte ^{F24}. La GPC del SNS sobre la situación de últimos días (2021) recoge estimaciones de que podría estar presente en el **90 %** de los pacientes en los últimos días de vida ^{F32}.

Delirium: prevalencia en final de vida

El delirium es un estado confusional agudo y fluctuante que resulta de una disfunción cerebral difusa. Clínicamente se caracteriza por la alteración simultánea de la atención y del nivel de consciencia, con cambios en la cognición y la percepción, ¿En qué tanto por ciento se estima que se presenta en los pacientes en los últimos días de vida?:

1. 10 %.
2. 40 % - 50 %.
3. 20 % - 25 %.
4. 60 % - 90 %.

Situación de últimos días (agonía). Viene marcada por un **deterioro muy importante del estado general** que indica una muerte inminente (horas o pocos días), con disminución del nivel de consciencia que puede llegar al coma, desorientación, confusión y a veces **agitación psicomotriz, respiración irregular y estertorosa**, fiebre, incapacidad para la ingesta, ansiedad y retención urinaria ^{F5}. La GPC añade más cansancio, debilidad y somnolencia, menos interés por levantarse, por las visitas y por lo que ocurre alrededor, y más confusión, a veces con agitación ^{F7}.

Signos físicos de muerte inminente (estudio de 357 pacientes con cáncer, recogido por el NCI)	Qué indican
Tempranos (más de una semana antes): disminución del nivel de consciencia, deterioro funcional, disfagia de líquidos ^{F22}	Muy frecuentes y de valor predictivo moderado ^{F22}
Tardíos (últimos 3 días): ausencia de pulso radial , respiración con movimiento mandibular, disminución de la diuresis, respiración de Cheyne-Stokes, estertor agónico , periodos de apnea, cianosis periférica ^{F22}	Menos frecuentes pero muy específicos de muerte en 3 días ^{F22}
Signos vitales en los últimos 7 días: la presión arterial y la saturación de oxígeno disminuyen a medida que se acerca la muerte, aunque muchos pacientes mantienen constantes normales hasta las últimas horas ^{F22}	Un cambio moderado no confirma ni descarta la muerte inminente ^{F22}

Kussmaul no es un patrón de la agonía

Los patrones respiratorios que describen las fuentes en la agonía son la respiración **irregular**, la de **Cheyne-Stokes**, la **mandibular**, las **apneas** y el **estertor** ^{F22,F5}. La respiración de Kussmaul no aparece entre los signos de muerte inminente del NCI ni en la lista pediátrica de NICE ^{F22,F33}. Los cambios de color de la piel (cianosis periférica en adultos, según el NCI; aspecto pálido o grisáceo en la lista pediátrica de NICE) y la agitación, en cambio, sí ^{F22,F5,F33}. La caída de la presión arterial la describe el NCI en adultos, aunque advierte de que muchos pacientes mantienen signos vitales normales hasta las últimas horas; no está en la lista de NICE ^{F22,F33}.

En niños, la guía NICE sobre el final de la vida en la infancia (NG61) enumera los signos frecuentes en las últimas horas o días (traducción propia): **cambio del patrón respiratorio** (respiración ruidosa, trabajosa o irregular); **mala perfusión periférica**, que puede verse como un **aspecto pálido o grisáceo** o un relleno capilar alargado, con inestabilidad de la temperatura; pérdida de interés o de capacidad para tolerar bebidas o alimentos; caída marcada e inexplicada de la diuresis; alteración del nivel de conciencia (menos consciente, alerta o reactivo, sueño excesivo o confusión); convulsiones intratables que se repiten pese al tratamiento óptimo; debilidad profunda de nueva aparición; y aumento del dolor y de la necesidad de analgesia ^{F33}. Advierte también de que, al acercarse al final, el niño puede **agitarse** (inquietud, irritabilidad, conducta agresiva, llanto u otro malestar) o mostrar signos de delirium ^{F33}.

EIR 2016 · 180

P23 · respuesta en el solucionario

Manifestaciones del niño moribundo

¿Cuál NO es una manifestación clínica de un niño moribundo?:

1. Cambios en el color de la piel.
2. Disminución del volumen de los ruidos de Korotkoff.
3. Respiración Kussmaul.
4. Agitación.

- **Cuidados en los últimos días:** informar a la familia de la muerte cercana; revisar la medicación y **suspender los fármacos no esenciales** explicando los motivos; tener disponibles los necesarios y preparar alternativas a la vía oral (**subcutánea** o rectal); suspender pruebas e intervenciones innecesarias (analíticas, toma de constantes); atender las necesidades psicológicas, religiosas y espirituales; ambiente tranquilo y con intimidad ^{F7}.
- **Estertores premortem:** ruidos por el movimiento de las secreciones de las vías altas en pacientes que no pueden expectorar; posición **semiprono** para el drenaje postural, explicar el proceso a la familia y, como fármaco, **butilscopolamina subcutánea** (20 mg cada 4-6 h o 100 mg/24 h en infusor); hasta el 75 % responde a los antimuscarínicos ^{F7}.
- La SECPAL recuerda que en la agonía la falta de ingesta es **consecuencia y no causa** de la situación, y que con buenos cuidados de boca no hay sensación de sed ^{F5}.

8. Sedación paliativa y síntoma refractario

Síntoma refractario: «aquel 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 requiere la sedación paliativa (guía OMC-SECPAL 2021) ^{F25}. La definición clásica de Cherny y Portenoy (1994), recogida por la GPC, lo describe como el síntoma que no puede controlarse a pesar de los esfuerzos por hallar un tratamiento tolerable **que no comprometa la conciencia**, en un plazo razonable ^{F7,F26}.

Síntoma difícil: el que para su adecuado control precisa una **intervención terapéutica intensiva**, más allá de los medios habituales (farmacológica, instrumental o psicológica), **sin alterar el nivel de conciencia** ^{F26}. **No es aceptable** sedar ante síntomas difíciles que no han demostrado ser refractarios ^{F25}.

EIR 2022 · 166

P8 · respuesta en el solucionario

Síntoma refractario: definición

¿A qué nos referimos cuando hablamos de síntoma refractario?:

1. Aquel que no puede ser adecuadamente controlado con los tratamientos disponibles, aplicados por profesionales expertos, en un plazo de tiempo razonable.
2. Aquel síntoma fácil de tratar atendiendo la causa que lo produjo, en un plazo de tiempo razonable.
3. Aquel síntoma que aparece cuando la enfermedad se cronifica.
4. Aquel síntoma paliativo que precisa del manejo de opioides para su control en situaciones de final de vida.

EIR 2026 · 121

P1 · respuesta en el solucionario

Síntoma refractario: definición

Definimos la sedación paliativa como el uso de medicación sedante para aliviar el sufrimiento intolerable causado por un síntoma refractario. ¿A qué nos referimos cuando hablamos de síntoma refractario?:

1. Síntoma que se relaciona directamente con el tratamiento utilizado para el manejo de los síntomas paliativos.
2. Síntoma que no puede ser adecuadamente controlado con medidas terapéuticas que no comprometan el nivel de conciencia.
3. Síntoma que puede aparecer en cualquier momento durante la sedación paliativa.
4. Síntoma que compromete la vida de la persona.

Sedación paliativa. La GPC del SNS la define como «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** y con su **consentimiento explícito**» ^{F7}. La SECPAL recoge que las sociedades científicas la han definido como la administración de fármacos para reducir la conciencia de un paciente en fase terminal tanto como sea preciso para aliviar el sufrimiento asociado a uno o más síntomas refractarios, siendo necesario el **consentimiento explícito, implícito o delegado** ^{F26}. La guía OMC-SECPAL de 2021 la define como la **disminución deliberada de la conciencia** del enfermo, **una vez obtenido el oportuno consentimiento**, mediante los fármacos

indicados y **a las dosis proporcionadas**, para evitar un sufrimiento insostenible causado por uno o más síntomas refractarios; siempre sigue el **principio de proporcionalidad** ^{F25}.

	Sedación paliativa	Sedación paliativa en la agonía
Cuándo	Enfermedad avanzada o terminal con síntomas refractarios ^{F7}	Últimos días u horas de vida; muerte inminente o muy próxima ^{F25}
Definición	Reducir la consciencia tanto como sea preciso para aliviar el síntoma refractario, con consentimiento ^{F7}	Disminución suficientemente profunda y previsiblemente irreversible de la conciencia en un paciente cuya muerte se prevé muy próxima (GPC) ^{F7}
Tipo	Puede ser intermitente (permite periodos de alerta) o continua ; superficial (permite comunicarse) o profunda ^{F7}	Continua y tan profunda como sea necesario ^{F25}

★ Sedación paliativa no es eutanasia

La diferencia está en la **intención, el procedimiento y el resultado**: la sedación busca disminuir la conciencia con la **dosis mínima necesaria** para que el paciente no perciba el síntoma refractario; la eutanasia busca deliberadamente la muerte con fármacos a **dosis letales** ^{F25}. Los datos muestran que la sedación paliativa **no altera la supervivencia** ^{F26}. La Ley Orgánica 3/2021 define la eutanasia como el acto deliberado de dar fin a la vida de una persona por su voluntad expresa para evitar un sufrimiento, y, en su preámbulo, recuerda que los cuidados paliativos que alivian el sufrimiento aunque aceleren la muerte se han excluido del concepto bioético y jurídico-penal de eutanasia ^{F27}.

EIR 2016 · 215

P22 · respuesta en el solucionario

Sedación paliativa: definición

Se entiende por sedación paliativa:

1. El uso de fármacos para reducir la consciencia, cuando otras terapias han sido efectivas, con el fin de paliar los síntomas del paciente contando con su consentimiento explícito, implícito o delegado.
2. El uso de fármacos para reducir la consciencia, cuando otras terapias no han sido efectivas, con el fin de paliar los síntomas del paciente contando con su consentimiento explícito, implícito o delegado.
3. El uso de fármacos para reducir la consciencia, cuando otras terapias no han sido efectivas, con el fin de paliar los síntomas del paciente según el criterio médico, exclusivamente.
4. El uso de fármacos para reducir la consciencia, cuando otras terapias no han sido efectivas, con el fin de paliar los síntomas del paciente sin contar con su consentimiento explícito, implícito o delegado.

Sedación paliativa: definición

¿Qué se entiende como sedación paliativa?:

1. El suicidio asistido al paciente con necesidades paliativas destinado a provocar la muerte de una persona que tiene una enfermedad grave e irreversible por razones compasivas en un contexto médico.
2. Intervención deliberada para poner fin a la vida de un paciente con enfermedad grave y avanzada y que se encuentre en un programa de Cuidados Paliativos.
3. Muerte de un paciente en el entorno de Cuidados Paliativos, sin sufrimiento físico, dirigida por un médico.
4. La administración deliberada de fármacos, para reducir la consciencia de un paciente con una enfermedad avanzada o en fase terminal para aliviar síntomas refractarios y con consentimiento explícito.

Sedación paliativa: definición

Cuando hablamos de la administración de fármacos, en las dosis y combinaciones mínimas necesarias para reducir la consciencia del paciente con enfermedad avanzada o en fase terminal, con el fin de aliviar los síntomas refractarios, nos estamos refiriendo a:

1. Sedación paliativa.
2. Sedación en la agonía.
3. Eutanasia.
4. Sedación terminal.

Sedación en la agonía: definición

¿Qué se entiende como la sedación en la agonía?:

1. Suicidio asistido al paciente con necesidades paliativas destinado a provocar la muerte de una persona que tiene una enfermedad grave e irreversible por razones compasivas.
2. Es la aplicación de fármacos que buscan la disminución profunda y previsiblemente irreversible de la conciencia en un enfermo cuya muerte se prevé muy próxima.
3. Inducir a la muerte de un paciente en el entorno de Cuidados Paliativos evitando el sufrimiento físico, dirigida por un médico.
4. Es la administración de fármacos, en las dosis y combinaciones mínimas necesarias para reducir la consciencia del paciente con enfermedad avanzada o en fase terminal, con el fin de aliviar los síntomas refractarios.

- **Requisitos** (guía OMC-SECPAL): **indicación** (sufrimiento intolerable por síntomas refractarios), **consentimiento** del paciente o de sus representantes, **prescripción** de fármacos adecuados a dosis proporcionadas y **evaluación continuada**; todo se refleja en la **historia clínica** ^{F25}.

- El **consentimiento verbal** se considera suficiente y siempre debe constar en la historia clínica; en el enfermo no competente se requiere el **consentimiento delegado**, consultando primero las instrucciones previas ^{F7}.
- **Indicaciones más frecuentes:** **delirium**, disnea, dolor, náuseas y vómitos, hemorragia masiva, ansiedad o pánico y sufrimiento existencial, siempre que no hayan respondido al tratamiento correcto ^{F25}.
- No debe instaurarse para aliviar la pena de los familiares ni la carga de quienes atienden al paciente ^{F25}; la sedación bien indicada es una buena práctica y **no admite objeción de conciencia** ^{F25}.
- **Dosis:** la GPC pide administrar los fármacos «en las **dosis y combinaciones necesarias** hasta lograr el nivel de sedación adecuado» ^{F7}, y la guía de 2021 ajusta la inducción hasta alcanzar el **nivel de sedación mínimo** con el que se controle el síntoma refractario ^{F25}.
- **Fármacos:** el **midazolam** es la primera opción, por vía subcutánea o intravenosa; en el **delirium** hiperactivo o refractario puede usarse como primera opción la **levomepromazina**; si fallan, se combinan, y después fenobarbital subcutáneo (domicilio) o propofol intravenoso (hospital) ^{F25}. La **clorpromazina** no se da por vía subcutánea ^{F25}.
- En la sedación en la agonía **no se retiran los opioides** ni los anticolinérgicos antiseoretos (se puede reducir la dosis); en la sedación paliativa en general puede ser prudente mantener los fármacos pautados previamente. Hay que transmitir a la familia que el enfermo bien sedado **no sufre** ^{F25}.

Monitorización. Se revisa periódicamente el nivel de sedación con la **escala de Ramsay** (la guía 2021 usa la Ramsay modificada o la RASS) y se deja constancia en la historia clínica ^{F25,F7}. La escala de Ramsay de la GPC ^{F7}:

Nivel	Paciente
I	Agitado, angustiado ^{F7}
II	Tranquilo, orientado y colaborador
III	Con respuesta a estímulos verbales
IV	Con respuesta rápida a la presión glabellar o estímulo doloroso
V	Con respuesta perezosa a la presión glabellar o estímulo doloroso
VI	Sin respuesta

Todas las preguntas del tema (29)

De la más reciente a la más antigua. Las respuestas, en el solucionario.

EIR 2026 · 121

P1 · respuesta en el solucionario

Definimos la sedación paliativa como el uso de medicación sedante para aliviar el sufrimiento intolerable causado por un síntoma refractario. ¿A qué nos referimos cuando hablamos de síntoma refractario?:

1. Síntoma que se relaciona directamente con el tratamiento utilizado para el manejo de los síntomas paliativos.
2. Síntoma que no puede ser adecuadamente controlado con medidas terapéuticas que no comprometan el nivel de consciencia.
3. Síntoma que puede aparecer en cualquier momento durante la sedación paliativa.
4. Síntoma que compromete la vida de la persona.

EIR 2026 · 120

P2 · respuesta en el solucionario

El delirium es un estado confusional agudo y fluctuante que resulta de una disfunción cerebral difusa. Clínicamente se caracteriza por la alteración simultánea de la atención y del nivel de consciencia, con cambios en la cognición y la percepción, ¿En qué tanto por ciento se estima que se presenta en los pacientes en los últimos días de vida?:

1. 10 %.
2. 40 % - 50 %.
3. 20 % - 25 %.
4. 60 % - 90 %.

EIR 2025 · 145

P3 · respuesta en el solucionario

En la clasificación de pacientes susceptibles de recibir atención paliativa en la edad pediátrica, ¿qué pacientes forman parte del GRUPO 1?:

1. Quienes sufren enfermedades graves, para las cuales el tratamiento curativo existe, pero puede fracasar.
2. Quienes sufren procesos irreversibles, pero no progresivos, asociados con discapacidad grave, que conlleva una extrema vulnerabilidad de padecer complicaciones que den lugar a una muerte prematura.
3. Quienes sufren enfermedades en las que la muerte prematura es inevitable, pero, con el tratamiento adecuado, se prolonga la vida durante largos periodos de tiempo.
4. Quienes sufren enfermedades progresivas sin opciones de tratamiento curativo, sólo paliativo.

Es correcto sobre las características principales de la caquexia refractaria del paciente oncológico:

1. Sarcopenia y pérdida ponderal mayor al 10%.
2. Enfermedad avanzada que no responde al tratamiento antitumoral y esperanza de vida inferior a 3 meses.
3. Sarcopenia, enfermedad avanzada y esperanza de vida inferior a 6 meses.
4. IMC inferior a 18 kg/m² y sarcopenia.

¿Qué recomendaciones específicas no farmacológicas haremos a una persona cuidadora de un enfermo con necesidades paliativas, con riesgo de hemoptisis y/o vómitos de sangre, en el domicilio?:

1. Tener cerca toallas blancas para recoger el sangrado.
2. Utilizar toallas y ropa de cama de color oscuro.
3. En caso de sangrado pequeño, activar la visita de la asistencia extrahospitalaria.
4. Colocar al enfermo en decúbito supino.

¿Ante un problema de disnea en un paciente con necesidades paliativas en su domicilio, qué tipos de cuidados enfermeros realizarías?:

1. Utilizar ambientadores para facilitar que respire mejor, cerrando la ventana para controlar el aire en el interior.
2. Evitar las corrientes de aire.
3. Prescripción de un fármaco broncodilatador.
4. Posición de sedestación si es posible, y mantener corriente de aire a la cara del enfermo, por ejemplo con un ventilador.

¿Qué se entiende como la sedación en la agonía?:

1. Suicidio asistido al paciente con necesidades paliativas destinado a provocar la muerte de una persona que tiene una enfermedad grave e irreversible por razones compasivas.
2. Es la aplicación de fármacos que buscan la disminución profunda y previsiblemente irreversible de la conciencia en un enfermo cuya muerte se prevé muy próxima.
3. Inducir a la muerte de un paciente en el entorno de Cuidados Paliativos evitando el sufrimiento físico, dirigida por un médico.
4. Es la administración de fármacos, en las dosis y combinaciones mínimas necesarias para reducir la consciencia del paciente con enfermedad avanzada o en fase terminal, con el fin de aliviar los síntomas refractarios.

¿A qué nos referimos cuando hablamos de síntoma refractario?:

1. Aquel que no puede ser adecuadamente controlado con los tratamientos disponibles, aplicados por profesionales expertos, en un plazo de tiempo razonable.
2. Aquel síntoma fácil de tratar atendiendo la causa que lo produjo, en un plazo de tiempo razonable.
3. Aquel síntoma que aparece cuando la enfermedad se cronifica.
4. Aquel síntoma paliativo que precisa del manejo de opioides para su control en situaciones de final de vida.

Cuando la infusión subcutánea se utiliza para infundir medicación, se recomienda el cambio del sitio de punción:

1. Cada 72-96 horas.
2. Cada vez que se infunde una nueva dosis de medicación.
3. Cada 7 días.
4. No se debe cambiar rutinariamente, sólo se cambiará cuando haya signos de complicaciones.

Cuando hablamos de la administración de fármacos, en las dosis y combinaciones mínimas necesarias para reducir la consciencia del paciente con enfermedad avanzada o en fase terminal, con el fin de aliviar los síntomas refractarios, nos estamos refiriendo a:

1. Sedación paliativa.
2. Sedación en la agonía.
3. Eutanasia.
4. Sedación terminal.

En Cuidados Paliativos se utiliza el Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) para la evaluación de síntomas. ¿Cuál de los siguientes síntomas se encuentran incluidos en esta valoración?:

1. Bienestar.
2. Función.
3. Estreñimiento.
4. Sed.

¿Qué se entiende como sedación paliativa?:

1. El suicidio asistido al paciente con necesidades paliativas destinado a provocar la muerte de una persona que tiene una enfermedad grave e irreversible por razones compasivas en un contexto médico.
2. Intervención deliberada para poner fin a la vida de un paciente con enfermedad grave y avanzada y que se encuentre en un programa de Cuidados Paliativos.
3. Muerte de un paciente en el entorno de Cuidados Paliativos, sin sufrimiento físico, dirigida por un médico.
4. La administración deliberada de fármacos, para reducir la consciencia de un paciente con una enfermedad avanzada o en fase terminal para aliviar síntomas refractarios y con consentimiento explícito.

¿Cuál es la vía alternativa de primera elección en el domicilio, en un paciente con necesidades paliativas cuando falla la Vía Oral?

1. Vía subcutánea (SC).
2. Vía intravenosa (IV).
3. Vía intratecal (IT).
4. Vía intramuscular (IM).

L.M.P. (mujer) es una paciente de 72 años con cáncer de endometrio avanzado que ha decidido permanecer en su casa bajo el cuidado del servicio paliativo domiciliario y dejar que la enfermedad siga su curso. Afirma pasar la mayor parte del día en la cama o en una silla en el salón, no tener fuerzas para vestirse y precisar más ayuda para su aseo personal. Con estos datos, la enfermera valorará su estado funcional según las escalas ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) y de Karnofsky (KPS) como:

1. Puntuación escala ECOG= 2 y/o escala Karnofsky= 10-20.
2. Puntuación escala ECOG= 2 y/o escala Karnofsky= 30-40.
3. Puntuación escala ECOG= 3 y/o escala Karnofsky= 10-20.
4. Puntuación escala ECOG= 3 y/o escala Karnofsky= 30-40.

¿Cuál de los siguientes síntomas caracteriza el Delirium? Situación que padece hasta el 80% de los pacientes con una enfermedad avanzada y/o en fase final de la vida. Indique la opción correcta:

1. Desorientación, fluctuación del sueño a la alerta, estabilidad emocional.
2. Desorganización del pensamiento con orientación temporo-espacial y agitación psicomotriz con inestabilidad emocional.
3. Habla inapropiada, inconsecuente o variar de la verborrea al silencio, desorientación temporo-espacial, desatención, ilusiones y alucinaciones.
4. Miedo, desorientación en tiempo y espacio, mantener la atención de forma adecuada.

La persona en situación de enfermedad avanzada (oncológica y no oncológica) suele presentar numerosos síntomas diferentes, ¿cuáles diría que son los más prevalentes?:

1. Pérdida de sentido de la vida y dolor.
2. Dolor y síntomas neuropsiquiátricos.
3. Dolor y náuseas.
4. Síntomas ansioso-depresivos y malestar espiritual.

Para una atención paliativa adecuada, el plan de cuidados debe dirigirse a la asistencia del paciente y su entorno socio-familiar. Los cuidadores son foco esencial de la atención paliativa. A continuación, se exponen diferentes argumentos que justifican por qué la familia es también población diana de nuestros cuidados. Indique la opción INCORRECTA:

1. Porque los cuidadores suelen acompañar a la persona con enfermedad avanzada durante todo el proceso, con el consecuente impacto que esto conlleva.
2. Porque son la principal fuente de recursos y apoyo social para la persona enferma.
3. Porque son los principales colaboradores para la puesta en marcha y éxito del plan asistencial.
4. Porque son la ayuda principal y suponen ahorro en el coste sanitario.

¿Cuál de las siguientes actuaciones se recomienda ante la aparición de reacciones de sensibilidad repetidas en el punto de inserción de una vía subcutánea? Indique la opción correcta:

1. Cambiar el punto de inserción de la vía subcutánea, la dirección de la inserción del mismo o aumentar la frecuencia de cambio de catéter.
2. Pasar a una velocidad de infusión de 5-6ml/h.
3. Retirar la infusión continua por vía subcutánea y administrar la medicación en bolos endovenosos.
4. Retirar la vía subcutánea y canalizar una vía venosa central.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, ¿cuáles son los principales objetivos de los cuidados paliativos? Indique la opción correcta:

1. Alivio del dolor y otros síntomas; alargar la vida de las personas; dar apoyo psicológico, social y espiritual a la persona enferma; normalizar el tema de la muerte en la sociedad; proporcionar sistemas de apoyo para que la vida sea lo más activa posible; dar apoyo a los cuidadores principales.
2. Alivio de las náuseas y vómitos y otra sintomatología; alargar la vida de las personas; dar apoyo psicológico, social y espiritual a la persona enferma; considerar la muerte como algo natural, como parte de la vida; proporcionar sistemas de apoyo para que la vida sea lo más activa posible; dar apoyo a la familia durante la enfermedad y el duelo.
3. Alivio del dolor y otros síntomas; no alargar ni acortar la vida de las personas; dar apoyo psicológico, social y espiritual a la persona enferma; reafirmar la importancia de la vida; considerar la muerte como algo natural, como parte de la vida; proporcionar sistemas de apoyo para que la vida sea lo más activa posible; dar apoyo a la familia durante la enfermedad y el duelo.
4. Alivio de las náuseas y vómitos y otra sintomatología de las personas con cáncer; alargar la vida de las personas; dar apoyo psicológico, social y espiritual a la persona enferma; reafirmar la importancia de la vida; considerar la muerte como algo natural, como parte de la vida; proporcionar sistemas de apoyo para que la vida sea lo más activa posible; dar apoyo a la familia durante la enfermedad y el duelo.

En relación a los cuidados paliativos ¿cuál de las siguientes afirmaciones NO es correcta?:

1. Proporcionar alivio del dolor y otros síntomas.
2. Consideran la muerte como un proceso normal.
3. No pretenden acelerar ni retrasar la muerte.
4. No ofrecen un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a vivir lo más activamente posible hasta la muerte.

¿Cuál es el tratamiento NO farmacológico sintomático de la disnea en el cáncer avanzado?:

1. Corticoides.
2. Asegurar que haya aire fresco con suficiente humedad.
3. No aplicar técnicas de relajación para disminuir la ansiedad, ya que estas aumentarían la disnea.
4. Opiáceos.

Se entiende por sedación paliativa:

1. El uso de fármacos para reducir la consciencia, cuando otras terapias han sido efectivas, con el fin de paliar los síntomas del paciente contando con su consentimiento explícito, implícito o delegado.
2. El uso de fármacos para reducir la consciencia, cuando otras terapias no han sido efectivas, con el fin de paliar los síntomas del paciente contando con su consentimiento explícito, implícito o delegado.
3. El uso de fármacos para reducir la consciencia, cuando otras terapias no han sido efectivas, con el fin de paliar los síntomas del paciente según el criterio médico, exclusivamente.
4. El uso de fármacos para reducir la consciencia, cuando otras terapias no han sido efectivas, con el fin de paliar los síntomas del paciente sin contar con su consentimiento explícito, implícito o delegado.

¿Cuál NO es una manifestación clínica de un niño moribundo?:

1. Cambios en el color de la piel.
2. Disminución del volumen de los ruidos de Korotkoff.
3. Respiración Kussmaul.
4. Agitación.

Cuando tenemos a nuestro cuidado un paciente terminal, la vía de elección para la administración de los fármacos, siempre que sea posible será:

1. Subcutánea.
2. Oral.
3. Inhalatoria.
4. Intravenosa.

¿Cuál de las siguientes afirmaciones en relación al estreñimiento en el paciente terminal es correcta?:

1. Es un síntoma poco frecuente.
2. Su causa más común es la administración de opioides.
3. La terapia de base consistirá en la administración de enemas.
4. Su etiología es unifactorial.
5. Debe tratarse con dieta rica en fibra.

¿Cuál de las siguientes actividades NO debe llevarse a cabo en el paciente terminal cuando éste presenta xerostomía?:

1. Ofrecerle pastillas de vitamina C.
2. Darle caramelos con azúcar.
3. Aumentar la ingesta de líquidos.
4. Ofrecerle cubitos de hielo.
5. Prepararle trocitos de piña natural.

P. C. es un enfermo en situación terminal que presenta mucositis oral y dolor, aunque conserva la capacidad para comer una dieta sólida. ¿Cuál de las siguientes acciones estaría indicada?

1. Animarle a chupar trocitos de piña.
2. Enjuagar la boca con $\frac{3}{4}$ partes de suero salino 0,9% y $\frac{1}{4}$ parte de agua oxigenada.
3. Hacer gargarismos con nistatina alternando con clorhexidina.
4. Administrar lidocaína viscosa al 2% antes de las comidas.
5. Proporcionar una dieta túrmix.

¿Cuál de las siguientes afirmaciones NO es una característica para poder calificar a una persona como paciente terminal?:

1. Presencia de enfermedad irreversible y avanzada.
2. Estadio progresivo e incurable.
3. Imposibilidad razonada de tratamiento curativo.
4. Gran impacto emocional en el enfermo, la familia y el equipo terapéutico.
5. Pronóstico de vida inferior a 18 meses.

El “síndrome de deterioro clínico” se manifiesta por una serie de síntomas difíciles de entender por la familia y allegados, entre los que se encuentra:

1. Embotamiento emocional.
2. Falta de iniciativa.
3. Pobreza en el habla.
4. Aislamiento de la vida social.
5. Todos ellos.

Preguntas que también podrían ser de este tema (6)

La clasificación automática dudó entre este tema y otro.

EIR 2022 · 157

P30 · respuesta en el solucionario

¿Cuál de las siguientes zonas de punción NO se encuentra indicada para la infusión subcutánea de líquidos?:

1. Zona glútea.
2. Zona infraclavicular.
3. Zona escapular.
4. Zona deltoidea.

EIR 2022 · 147

P31 · respuesta en el solucionario

¿Cuál es la cantidad máxima de fluidos en 24 horas, que se pueden administrar por vía subcutánea a un paciente con deshidratación moderada o leve?:

1. 1500 ml en total, en uno o varios puntos de punción.
2. 1500 ml por cada punto de punción, siendo el máximo 3 puntos de punción diferentes.
3. 2500 ml.
4. 3000 ml, en dos puntos de punción.

EIR 2020 · 51

P32 · respuesta en el solucionario

Para reducir el riesgo de infección, cuando la infusión subcutánea se utiliza para hidratación, se recomienda el cambio del sitio de punción:

1. Cada 72 o 96 horas.
2. Cada 24 - 48 horas.
3. Cada 7 días, con el cambio de apósito.
4. No se debe cambiar rutinariamente, sólo se cambiará cuando haya signos de complicaciones.

EIR 2020 · 43

P33 · respuesta en el solucionario

Según el manual de planes de cuidados estandarizados de enfermería dirigidos a paciente y familia en procesos avanzados y terminales, de la Asociación Española de Enfermería en Cuidados Paliativos (AECPAL), ¿cuál NO sería una clasificación de resultados de enfermería (NOC) relacionada con el diagnóstico "deterioro de la mucosa oral"?:

1. Hidratación.
2. Restablecimiento de la salud bucal.
3. Satisfacción del paciente/usuario: Control de síntomas.
4. Severidad de los síntomas.

¿Cuál de los siguientes ítems no debe recogerse de forma obligatoria en la valoración general del paciente con úlceras neoplásicas?:

1. Pronóstico del proceso oncológico.
2. Estado nutricional del paciente.
3. Tratamiento antineoplásico administrado.
4. Aspectos psicológicos del paciente (autoestima e imagen corporal).

Cuando un paciente terminal presenta dolor:

1. La analgesia será pautada.
2. Hay que limitar el tratamiento al uso de fármacos.
3. Se administrarán los fármacos a demanda.
4. La vía de elección para la administración de fármacos será la que determine el facultativo.
5. La vía a utilizar para la administración de analgesia, preferentemente, será la intramuscular.

Solucionario

Nº	Pregunta	Respuesta oficial	Notas
P1	EIR 2026 · 121	2	
P2	EIR 2026 · 120	4	
P3	EIR 2025 · 145	1	
P4	EIR 2024 · 54	2	
P5	EIR 2023 · 203	2	hoja del archivo oficial
P6	EIR 2023 · 147	4	hoja del archivo oficial
P7	EIR 2022 · 208	2	
P8	EIR 2022 · 166	1	
P9	EIR 2021 · 131	3	
P10	EIR 2021 · 30	1	
P11	EIR 2021 · 29	1	
P12	EIR 2020 · 36	4	
P13	EIR 2020 · 35	1	
P14	EIR 2019 · 187	4	hoja del archivo oficial
P15	EIR 2019 · 184	3	hoja del archivo oficial
P16	EIR 2019 · 182	2	hoja del archivo oficial
P17	EIR 2019 · 181	4	hoja del archivo oficial
P18	EIR 2019 · 137	1	hoja del archivo oficial
P19	EIR 2019 · 70	3	hoja del archivo oficial
P20	EIR 2017 · 200	4	
P21	EIR 2017 · 85	2	
P22	EIR 2016 · 215	2	hoja del archivo oficial
P23	EIR 2016 · 180	3	hoja del archivo oficial
P24	EIR 2016 · 126	2	hoja del archivo oficial
P25	EIR 2015 · 124	2	reconstruida por un tercero

Nº	Pregunta	Respuesta oficial	Notas
P26	EIR 2015 · 123	2	reconstruida por un tercero
P27	EIR 2014 · 109	4	reconstruida por un tercero
P28	EIR 2011 · 81	5	
P29	EIR 2009 · 92	5	reconstruida por un tercero
P30	EIR 2022 · 157	1	
P31	EIR 2022 · 147	4	
P32	EIR 2020 · 51	2	
P33	EIR 2020 · 43	2	
P34	EIR 2020 · 41	3	
P35	EIR 2015 · 122	1	reconstruida por un tercero

Fuentes

- **F1** Organización Mundial de la Salud. WHO Definition of Palliative Care (definición de 2002). Copia de la Wayback Machine de la URL oficial (<https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>), captura del 20-01-2019; la URL oficial redirige hoy a una página sin la lista de principios. · <https://web.archive.org/web/20190120/https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> · consultada 2026-09-26
- **F2** Organización Mundial de la Salud. Cuidados paliativos. Nota descriptiva, 20 de agosto de 2020. · <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care> · consultada 2026-09-26
- **F3** Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. Madrid, 2007. · <https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/cuidadosPaliativos/docs/estrategiaCuidadosPaliativos.pdf> · consultada 2026-09-26
- **F4** Ministerio de Sanidad. Documento 2026-2030 para el desarrollo de la Estrategia de Cuidados Paliativos del SNS. Aprobado por el Consejo Interterritorial el 9 de abril de 2026. · https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/cuidadosPaliativos/docs/Documento_desarrollo_2026_2030_Estrategia_Cuidados_Paliativos_SNS_1.pdf · consultada 2026-09-26
- **F5** Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Guía de Cuidados Paliativos (sin fecha en el documento). Copia de la Wayback Machine de su URL oficial en secpal.com (<http://www.secpal.com/%5C%5CDocumentos%5CPaginas%5Cguiacp.pdf>), captura del 16-06-2022; el dominio oficial da hoy error de certificado. · <http://web.archive.org/web/20220616100817/http://www.secpal.com/%5C%5CDocumentos%5CPaginas%5Cguiacp.pdf> · consultada 2026-09-26
- **F6** Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Cuidados Paliativos Pediátricos en el SNS: Criterios de Atención. Madrid, 2014. · https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/cuidadosPaliativos/docs/01-Cuidados_Paliativos_Pediatricos_SNS.pdf · consultada 2026-09-26
- **F7** Grupo de Trabajo de la GPC sobre Cuidados Paliativos. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA N.º 2006/08. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008 (GuíaSalud la mantiene en su catálogo con la nota de que está pendiente de actualización). · https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2022/01/gpc_428_paliativos_osteba_compl.pdf · consultada 2026-09-26
- **F8** ECOG-ACRIN Cancer Research Group. ECOG Performance Status Scale (Oken MM et al. Am J Clin Oncol 1982;5(6):649-655). · <https://ecog-acrin.org/resources/ecog-performance-status/> · consultada 2026-09-26
- **F9** Servicio Aragonés de Salud, Sector Huesca (Hospital Sagrado Corazón de Jesús). Guía de Práctica Clínica para el Manejo de la Vía Subcutánea. 2018 (catálogo de GuíaSalud). · https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2021/04/gpc_606_via_subcutanea_compl_rev.pdf · consultada 2026-09-26
- **F10** Gallardo Avilés R, Gamboa Antiñolo F. Uso de la vía subcutánea en cuidados paliativos. Monografías SECPAL n.º 4. Madrid: SECPAL, octubre 2013 (versión corregida publicada en 2026 en la web de SECPAL; cotejada el 28-09-2026 con el PDF de 2013 que SECPAL sigue publicando en https://www.secpal.org/wp-content/uploads/2022/01/monografia_secpal_04.pdf: solo cambia la velocidad de infusión continua de medicación de la pág. 12 (14 del PDF), que el tema no usa; la corrección de 2026 está pegada como imagen y la capa de texto del PDF conserva la cifra de 2013). · https://www.secpal.org/wp-content/uploads/2026/07/monografia_secpal_04_Corr2026.pdf · consultada 2026-09-28

- **F11** Observatorio Regional de Cuidados Paliativos de Extremadura, Programa Regional de Cuidados Paliativos (Junta de Extremadura, SES). Guía clínica. Uso y recomendaciones de la vía subcutánea en cuidados paliativos. Diciembre 2010. · https://saludextremadura.ses.es/filescms/paliex/uploaded_files/guia_subcutanea_PRCPEX.pdf · consultada 2026-09-26
- **F12** Winnipeg Regional Health Authority (WRHA), Long Term Care. Operational Guideline: Hypodermoclysis via Indwelling Subcutaneous Device. Aprobada el 1 de mayo de 2025. · <https://professionals.wrha.mb.ca/files/covid-19-ltc-operational-guideline-hypodermoclysis.pdf> · consultada 2026-09-26
- **F13** Winnipeg Regional Health Authority (WRHA), Long Term Care. Operational Guideline: Subcutaneous Infusion Device: Insertion, Intermittent Medication Administration, and Removal. Aprobada el 1 de mayo de 2025. · <https://professionals.wrha.mb.ca/files/covid-19-ltc-operational-guideline-subcut-insertion-removal.pdf> · consultada 2026-09-26
- **F14** International Consensus Recommendation Guidelines for Subcutaneous Infusions of Hydration and Medication in Adults: An e-Delphi Consensus Study. J Infus Nurs. 2023;46(4). Recomendación 33. · <https://doi.org/10.1097/NAN.0000000000000511> · consultada 2026-09-26
- **F15** AEMPS, CIMA. Ficha técnica de Morfina B. Braun 10 mg/ml solución inyectable (n.º registro 42221), sección 4.2. · https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/42221/FT_42221.html · consultada 2026-09-26
- **F16** AEMPS, CIMA. Ficha técnica de Midazolam Normon 5 mg/ml solución inyectable y para perfusión EFG (n.º registro 65796), sección 4.2. · https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/65796/FT_65796.html · consultada 2026-09-26
- **F17** AEMPS, CIMA. Ficha técnica de Haloperidol Esteve 5 mg/ml solución inyectable (n.º registro 58345), sección 4.2. · https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/58345/FT_58345.html · consultada 2026-09-26
- **F18** de las Peñas R et al. SEOM clinical guidelines on nutrition in cancer patients (2018). Clin Transl Oncol. 2019;21(1):87-93. · <https://doi.org/10.1007/s12094-018-02009-3> · consultada 2026-09-26
- **F19** Fearon K et al. Definition and classification of cancer cachexia: an international consensus. Lancet Oncol. 2011;12(5):489-95 (resumen en PubMed, PMID 21296615). · [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(10\)70218-7](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(10)70218-7) · consultada 2026-09-26
- **F20** Pérez Santos L, Cañadas Núñez F, García Aguilar R et al. Guía de Práctica Clínica para el Cuidado de Personas con Úlceras Neoplásicas. Servicio Andaluz de Salud, Junta de Andalucía, 2015. Repositorio institucional del Sistema Sanitario Público de Andalucía. · <https://www.repositoriosalud.es/handle/10668/2019> · consultada 2026-09-26
- **F21** Grupo de Planes de Cuidados de AECPAL. Planes de cuidados estandarizados de enfermería dirigidos a paciente y familia en procesos avanzados y terminales. 2.ª ed. Madrid: SECPAL, 2014. Diagnóstico 23 (00045 Deterioro de la mucosa oral). · https://www.secpal.org/wp-content/uploads/2022/05/GuiaPlanesdeCuidadosdeEnfermeria_2.pdf · consultada 2026-09-26
- **F22** National Cancer Institute (NCI). Etapa final de la vida (PDQ®), versión para profesionales de salud. Actualización del 28/03/2025. · <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/cancer-avanzado/cuidadores/planificacion/etapa-final-pro-pdq> · consultada 2026-09-26
- **F23** National Cancer Institute (NCI). Complicaciones orales de la quimioterapia y la radioterapia en la cabeza y el cuello (PDQ®), versión para profesionales de salud. Actualización del 27/06/2024. · <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/tratamiento/efectos-secundarios/boca-garganta/complicaciones-orales-pro-pdq> · consultada 2026-09-26

- **F24** Hosie A et al. Delirium prevalence, incidence, and implications for screening in specialist palliative care inpatient settings: a systematic review. *Palliat Med.* 2013;27(6):486-98. · <https://doi.org/10.1177/0269216312457214> · consultada 2026-09-26
- **F25** Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (OMC) y SECPAL. Guía de Sedación Paliativa. Observatorio Atención Médica al Final de la Vida, julio 2021 (libro digital en la web del CGCOM). · <https://www.cgcom.es/publicaciones/guia-de-sedacion-paliativa> · consultada 2026-09-26
- **F26** Ascanio León B, Castillo Padrós M, Benítez del Rosario MA. Comprender los Cuidados Paliativos 3: ¿Qué es la sedación paliativa? SECPAL, 2022. · <https://www.secpal.org/wp-content/uploads/2022/03/secpal-comprender-cuidados-paliativos-3-sedacion-paliativa.pdf> · consultada 2026-09-26
- **F27** Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. BOE núm. 72, de 25 de marzo de 2021 (BOE-A-2021-4628). · <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2021-4628> · consultada 2026-09-26
- **F28** Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. Actualización 2010-2014. Madrid, 2011. · <https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/cuidadosPaliativos/docs/cuidadospaliativos.pdf> · consultada 2026-09-26
- **F29** Soria Rivas A et al. SEOM clinical guidelines for cancer anorexia-cachexia syndrome (2023). *Clin Transl Oncol.* 2024;26(11):2866-2876. · <https://doi.org/10.1007/s12094-024-03502-8> · consultada 2026-09-26
- **F30** Ramos Picado P. Guía clínica de Control de síntomas en cuidados paliativos. Fisterra (Elsevier). Fecha de revisión: 30/01/2025. · <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/control-sintomas-cuidados-paliativos/> · consultada 2026-09-28
- **F31** Equipo Consultor de Cuidados Paliativos, Hospital Donostia (Osakidetza). Guía de enfermería en cuidados paliativos. Depósito legal SS-267/01 (PDF de septiembre de 2001). Guía hospitalaria de 2001, no guía actualizada. · https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/hd_publicaciones/es_hdon/adjuntos/GuiaCuidadosPaliativosC.pdf · consultada 2026-09-28
- **F32** Grupo de trabajo de la GPC sobre atención paliativa al adulto en situación de últimos días. Guía de Práctica Clínica sobre atención paliativa al adulto en situación de últimos días. Madrid: Ministerio de Sanidad; Santiago de Compostela: Agencia de Conocimiento en Salud (ACIS), Avalia-t; 2021. Guías de Práctica Clínica en el SNS (capítulo de manejo de síntomas, apartado de delirium; anexo 5, tabla 10; anexo 15, información para familiares). · https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2022/01/gpc_612_atencion_paliativa_avaliat_compl.pdf · consultada 2026-09-28
- **F33** National Institute for Health and Care Excellence (NICE). End of life care for infants, children and young people with life-limiting conditions: planning and management. NICE guideline NG61. Publicada el 7-12-2016, actualizada el 25-07-2019. Recomendaciones 1.3.34 y 1.3.57. · <https://www.nice.org.uk/guidance/ng61/chapter/recommendations> · consultada 2026-09-28
- **F34** Rioja Salud (Gobierno de La Rioja). Escuela de Pacientes. Aula de pacientes: recomendaciones nutricionales en diferentes patologías. Mucositis (sin fecha en la página). · <https://escuelapacientes.riojasalud.es/aula-pacientes/recomendaciones-nutricionales-en-diferentes-patologias/581-mucositis> · consultada 2026-09-28
- **F35** Centro Andaluz de Información de Medicamentos (CADIME), Escuela Andaluza de Salud Pública. Tratamiento de la xerostomía o boca seca. Destacados, publicado el 1 de junio de 2022. ·

Pendiente de verificar

- EIR2009-092 («síndrome de deterioro clínico» con embotamiento emocional, falta de iniciativa, pobreza del habla y aislamiento social): no se ha encontrado la expresión ni esa descripción en la Estrategia (2007, 2010-2014), las GPC del SNS de 2008 y de últimos días (2021), la SECPAL, el NCI, Fisterra ni la guía de enfermería del Hospital Donostia; dos búsquedas web no dan ninguna fuente, válida o no (refuerzo del 28-09-2026). No se intercala. Buscar en un manual de cuidados paliativos con muestra de la editorial.
- «Dolor y síntomas neuropsiquiátricos» como los más prevalentes (EIR2019-182): no hay frase literal en fuente oficial; el tema lo deduce de la tabla 2 de la GPC de 2008. Buscado el 28-09-2026 en las dos Estrategias, el documento 2026-2030, la GPC de últimos días y Fisterra, sin resultado (solo artículos de pago o sin la frase).
- Reacciones locales repetidas en la vía subcutánea (EIR2019-137): ninguna fuente consultada menciona «cambiar la dirección de la inserción»; sí rotar el punto y aumentar la frecuencia de los cambios. Buscado el 28-09-2026 en la GPC de últimos días (anexo 9, adaptado de la guía de Extremadura, que dice «considerar la regularidad de los cambios»), la guía del Hospital Donostia, la monografía SECPAL y guías anglosajonas; las guías de Queensland Health dan 403 a curl y la Wayback no respondía (429).
- Xerostomía (EIR2015-123): las «pastillas de vitamina C» no aparecen como medida para la boca seca (la SECPAL cita un fragmento de vitamina C para eliminar el sarro), y ninguna fuente prohíbe literalmente los «caramelos con azúcar»: las guías proponen piña o chicles sin azúcar y evitar las bebidas excesivamente azucaradas (Hospital Donostia, 2001), y el CADIME (2022) aconseja evitar los alimentos que favorecen la caries, «fundamentalmente los azúcares»; pero la guía de Fisterra (2025) propone «Incentivar la salivación con caramelos y/o chicles» sin precisar el azúcar. La clave (reconstruida) se deduce, pero no tiene respaldo literal. Buscado el 28-09-2026.
- ECOG: no se ha encontrado una traducción oficial al español; la tabla del tema es traducción propia del original de ECOG-ACRIN. Buscado el 28-09-2026: ECOG-ACRIN no ofrece traducción; el diccionario del NCI en español necesita JavaScript; solo hay tablas en webs de academias o de terceros.
- Criterios completos de la caquexia refractaria del consenso de Fearon (2011): están en el texto completo, de pago; se han tomado de la guía de SEOM de 2018. Buscado el 28-09-2026: el resumen de PubMed no los da, y ni la guía ESMO de 2021 (PMC, solo en una figura), ni la SEOM de 2023, ni el PDQ de nutrición del NCI recogen la esperanza de vida inferior a 3 meses.