



UNIVERSIDAD DE CANTABRIA

**Escuela Universitaria de Enfermería
“Casa de Salud Valdecilla”**

Trabajo de fin de grado

USO DE LA VÍA SUBCUTÁNEA EN CUIDADOS PALIATIVOS

Using subcutaneously in Palliative Care

Alumna: Marina Munilla Micó

Tutora: Inmaculada Horra Gutiérrez

Julio 2016

ÍNDICE

1. GLOSARIO DE TÉRMINOS	4
2. RESUMEN	5
3. INTRODUCCIÓN	6
4. CUIDADOS PALIATIVOS	8
<u>4.A DEFINICIÓN CUIDADOS PALIATIVOS</u>	8
<u>4.B BASES TERAPEÚTICAS</u>	9
<u>4.C ENFERMO TERMINAL</u>	9
<u>4.D PRINCIPALES SÍNTOMAS DEL ENFERMO TERMINAL</u>	10
<u>4.E CUIDADOS GENERALES DE ENFERMERÍA EN EL ENFERMO TERMINAL</u>	12
5. LA VÍA SUBCUTÁNEA EN EL ENFERMO TERMINAL	14
<u>5.A DEFNICIÓN DE VÍA SUBCUTÁNEA</u>	14
<u>5.B INDICACIONES DE LA VÍA SUBCUTÁNEA</u>	14
<u>5.C CONTRAINDICACIONES DE LA VÍA SUBCUTÁNEA</u>	14
<u>5.D LUGAR DE INSERCIÓN, TÉCNICA Y MATERIAL EMPLEADO</u>	15
<u>5.E VENTAJAS DE LA VÍA SUBCUTÁNEA</u>	16
<u>5.F INCONVENIENTES DE LA VÍA SUBCUTÁNEA</u>	17
<u>5.G COMPARACIÓN DE LA VÍA SUBCUTÁNEA CON OTRAS VÍAS</u>	17
<u>5.H COMPLICACIONES DE LA ADMINISTRACIÓN POR VÍA SUBCUTÁNEA</u>	17
<u>5.I TIPOS DE ADMINISTRACIÓN POR VÍA SUBCUTÁNEA</u>	18
6. HIDRATACIÓN SUBCUTÁNEA O HIPODERMOCLISIS EN EL ENFERMO TERMINAL	20
<u>6.A DEFINICIÓN HIPODERMOCLISIS</u>	20
<u>6.B INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DE LA HIPODERMOCLISIS</u>	20
<u>6.C CAUSAS DE LA DESHIDRATACIÓN EN PACIENTES TERMINALES</u>	20
<u>6.D SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA DESHIDRATACIÓN</u>	21
<u>6.E COMPLICACIONES POTENCIALES DE LA DESHIDRATACIÓN</u>	21
<u>6.F VENTAJAS E INCONVENIENTES DE LA HIPODERMOCLISIS</u>	21
<u>6.G COMPLICACIONES DE LA HIPODERMOCLISIS</u>	21
<u>6.H TIPOS DE SUEROS UTILIZADOS</u>	22
<u>6.I COMPARACIÓN HIDRATACIÓN SUBCUTÁNEA E INTRAVENOSA</u>	22
<u>6.J ¿HIDRATAR O NO A LOS PACIENTES TERMINALES?</u>	22
7. UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS H.U.M.V	24
8. CONCLUSIONES	25
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	26

“Usted importa por lo que usted es. Usted importa hasta el último momento de su vida, y haremos todo lo que está a nuestro alcance, no sólo para que muera de manera pacífica sino también para que mientras viva lo haga con dignidad”

Cicely Saunders, fundadora de los Cuidados Paliativos.

1. GLOSARIO DE TÉRMINOS

A.E.C.C: Asociación Española Contra el Cáncer.

A.E.C.P: Asociación Española de Cuidados Paliativos.

H.U.M.V: Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

I.A.S.P: Association for the Study of Pain

O.M.S: Organización Mundial de la Salud.

R.A.E: Real Academia Española.

U.P.P: Úlceras por presión.

2. RESUMEN

Los cuidados paliativos cada vez son más importantes en nuestra sociedad. Esto se debe al aumento de las enfermedades crónicas y a un envejecimiento de la población, lo que provoca que el papel de la enfermería haya adquirido un papel relevante a la hora de llevar a cabo los cuidados en enfermos terminales, no solo físicos de la persona si no también psicosociales, como el apoyo al enfermo y a las familias.

El control de síntomas es uno de los objetivos de los profesionales de enfermería. La primera vía de tratamiento en estos pacientes es la oral, ante la imposibilidad de utilizarse, se encuentra como segunda opción la vía subcutánea, la cual presenta muchas ventajas y pocas complicaciones, lo que la hace partidaria de poder utilizarse en el domicilio. Por esta vía no sólo se administra medicación si no también líquidos lo que es conocido con el nombre de hipodermocclisis o hidratación subcutánea. Aunque en este campo hay mucha controversia, la hipodermocclisis cuenta con numerosas ventajas respecto a la hidratación subcutánea.

Palabras clave: Cuidados paliativos, vía subcutánea, hipodermocclisis.

ABSTRACT

Palliative cares are getting more and more important in our society. This is due to the increase on chronic diseases and people is growing older, which causes that Nursing role has acquired more relevancy at the time of caring terminally-ill patients, not only physically but also psychosocially, as for instance the support to the patients and their families.

Sympton control is one of the main goals of nursing professionals. First treatment way on this patients is orally, in the case of this not being posible, subcutaneously is a second option, and it presents a lot of advantages and very few complications, which makes it also convenient to use it at home. Not only medication is administrated this way, but also liquids, which is named as hypodermocclisis or subcutaneous hydration. Even if there is a lot of controversy over this, hypodermocclisis has more advantages than subcutaneous hydration.

Keywords: Palliative care, subcutaneously, hypodermocclisis.

3. INTRODUCCIÓN

Debido al aumento de la esperanza de vida así como el hecho de que las nuevas generaciones cada vez tienen menos hijos se está llevando a cabo un envejecimiento de la población y junto con el surgimiento de numerosos factores como la inactividad física, el consumo de tabaco y de alcohol y las dietas inadecuadas ¹, cada vez es más frecuente la incidencia de enfermedades crónicas lo que conlleva a que un mayor número de pacientes reciban cuidados paliativos ².

El actual patrón demográfico y de morbilidad en España, es indicador de que en los próximos años habrá un aumento gradual en la prevalencia de cáncer y de otras enfermedades crónicas así como del número de pacientes geriátricos, lo cual hará que un mayor número de personas precisen de atención integral al final de su vida. Se espera que el 27 % de la población en 2020 sean personas mayores de 60 años ³.

Teniendo en cuenta que no sólo el cáncer sino distintas patologías pueden llevar a una situación terminal se estima que al menos el 3 por 1000 de la población será susceptible de recibir atención paliativa. Debido a estos datos, la atención a cualquier proceso en fase terminal debería ser considerada por el Sistema Nacional de Salud un pilar fundamental, asegurando a todos los ciudadanos la atención y los cuidados necesarios hasta el final de la vida, permitiendo así una muerte digna en todos los casos ³.

Justificación:

La elección de este trabajo ha venido marcado por el desconocimiento acerca de los cuidados paliativos, una rama de la medicina y de la enfermería que pocos profesionales conocen y que debido a la importancia que tienen en la población debería darse a conocer. Así el uso de la vía subcutánea en cuidados paliativos supondría la mejor alternativa tras la vía oral en la atención a enfermo terminales y dichos profesionales de la salud deberían conocer tanto su uso como sus posibles complicaciones. Además surge la controversia sobre si hidratar o no hidratar subcutáneamente a estos pacientes lo que ha surgido en mí un interés sobre el uso de la hipodermocclisis o hidratación subcutánea en dichos pacientes.

Objetivos:

Como objetivo principal de este trabajo se ha establecido:

- Identificar las distintas aplicaciones de la vía subcutánea y la hipodermocclisis en el paciente paliativo.

Como objetivos secundarios de este trabajo se han establecido:

- Definir los cuidados paliativos, síntomas y cuidados generales de enfermería en el paciente terminal.
- Describir la vía subcutánea en su totalidad.
- Analizar la hipodermocclisis o hidratación subcutánea como alternativa a la hidratación endovenosa.

Metodología:

Para la realización de este trabajo, se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica en distintas bases de datos científicas: CUIDENplus, Biblioteca Cochrane Plus, Dialnet, Pubmed-Medline y Google académico. Se han consultado páginas web de ámbito nacional e internacional relacionadas con la temática del trabajo, revistas y guías clínicas. Además, se ha

obtenido información relevante de libros extraídos de la biblioteca de la Universidad de Cantabria. Para concluir se ha visitado la Unidad de Cuidados Paliativos del H.U.M.V(Hospital Universitario Marqués de Valdecilla) donde se ha tenido la ocasión de hablar con una enfermera asistencial de dicha unidad que me ha explicado el funcionamiento de la planta, las funciones de enfermería que se realizan allí, así como los usos de la vía subcutánea y las complicaciones más frecuentes.

Los descriptores utilizados para la búsqueda fueron los expuestos en la siguiente tabla y se combinaron mediante el operador booleano “and”:

DeCS	MeSH
Cuidados Paliativos	Palliative Care
Vía Subcutánea	Subcutaneously
Hipodermocclisis	Hypodermoclysis
Enfermo terminal	Terminally ill
Complicaciones	Complications

Tabla 1. Descriptores según el idioma. Fuente: Elaboración propia.

Las publicaciones encontradas se expusieron a unos criterios de inclusión previamente establecidos. Estos criterios fueron los siguientes: idioma castellano, acceso libre y aquellos que estuvieran relacionados con la temática del trabajo.

Por último, la bibliografía ha sido reflejada según las normas de Vancouver, con ayuda del gestor bibliográfico RefWorks.

Descripción de los capítulos:

En base a los objetivos propuestos la presente monografía ha sido estructurada en cuatro capítulos o bloques principales a desarrollar:

El **primer capítulo** hace referencia a los cuidados paliativos, el cambio en la forma de cuidar a los enfermos terminales, además de los síntomas característicos de estos pacientes y los cuidados de enfermería que se brindan a los mismos.

El **segundo capítulo** versa sobre la vía subcutánea en el enfermo terminal, la técnica utilizada en su inserción, tipos de administración, las indicaciones y contraindicaciones, ventajas e inconvenientes de la misma, así como las posibles complicaciones derivadas de su utilización. También se realiza una comparación de la vía subcutánea con otras vías.

El **tercer capítulo** alude a la hidratación subcutánea, también llamada hipodermocclisis, sus indicaciones y contraindicaciones, tipos de suero más utilizados y las complicaciones de su administración. También habla de la deshidratación, sus causas y lo que puede producir. Por último se habla de la controversia de hidratar o no a los pacientes en fase terminal.

El **cuarto y último capítulo** hace referencia a la unidad de Cuidados Paliativos del H.U.M.V (Hospital Universitario Marqués de Valdecilla).

4. CUIDADOS PALIATIVOS

4.A DEFINICIÓN CUIDADOS PALIATIVOS

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud), la definición de cuidados paliativos ha sufrido un cambio con el transcurso del tiempo. La primera definición, recogida en un documento clave para el desarrollo de los cuidados paliativos publicado en 1990, fue propuesta por la (A.E.C.P) “Asociación Europea de Cuidados Paliativos”; ésta entendía los cuidados paliativos como el *“cuidado total activo de los pacientes cuya enfermedad no responde a tratamiento curativo. El control del dolor y de otros síntomas y de problemas psicológicos, sociales y espirituales es primordial”*. Destacaba que los cuidados paliativos no debían limitarse a los últimos días de vida, sino aplicarse progresivamente a medida que avanza la enfermedad y en función de las necesidades de pacientes y familias ⁴.

Posteriormente, la OMS ha ampliado la definición de cuidados paliativos como el *“Enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana e impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicológicos y espirituales”* ⁴. En esta segunda definición se añade un matiz de preocupación no solo por los aspectos físicos de la persona sino también emocionales, así como por las familias que juegan un papel muy importante en el período que comprende todo el proceso: desde que se diagnostica la enfermedad hasta su muerte.

Además de la definición propiamente dicha, la OMS establece una serie de principios ⁵:

- Alivio del dolor y otros síntomas angustiantes.
- Afirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal.
- No pretenden acelerar ni retrasar la muerte.
- Integran los aspectos psicológicos y espirituales del cuidado del paciente.
- Ofrecen un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte.
- Ofrecen un sistema de apoyo para ayudar a la familia a adaptarse durante la enfermedad del paciente y en su propio duelo.
- Utilizan un enfoque de equipo para responder a las necesidades de los pacientes y sus familias, incluido el apoyo emocional en el duelo, cuando esté indicado.
- Mejoran la calidad de vida, y pueden también influir positivamente en el curso de la enfermedad.
- Pueden dispensarse en una fase inicial de la enfermedad, junto con otros tratamientos que pueden prolongar la vida, como la quimioterapia o la radioterapia, e incluyen las investigaciones necesarias para comprender y manejar mejor complicaciones clínicas angustiosas.

De acuerdo con la OMS, alrededor de 40 millones de personas sufren la necesidad de los cuidados paliativos, perteneciendo un 78% de ellos a países de ingreso bajo o medio ⁶.

Sin embargo, son tan solo un 14% las personas que necesitando dichos cuidados reciben la asistencia paliativa necesaria. Esta falta de cobertura por parte de los medios sanitarios puede encontrar su origen en distintos problemas ⁶:

- Falta de políticas en los países que incluyan medidas sobre la asistencia paliativa.
- Falta de personal formado para llevar a cabo estos cuidados.
- Falta de acceso de la población a medicamentos como los analgésicos opiáceos. Se tratan de un tipo de analgésico empleado para dolores intensos que no se han

solventado con otro analgésico previo ⁷. Su importancia se debe a que tratan uno de los síntomas más característicos de los pacientes que sufren una enfermedad terminal, como es el dolor ⁸.

Para abordar estos problemas la OMS recomienda que se instauren políticas que incluyan programas de cuidados paliativos y que se permita el acceso universal de toda la población a dichos cuidados y a los medicamentos ⁹. Además es necesario formar a los profesionales en esta materia, ya que son imprescindibles a la hora de mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

4.B BASES TERAPEÚTICAS

Los objetivos establecidos de la terapéutica consisten en ofrecer el máximo confort al enfermo y a la familia. Las bases para conseguir este confort en los cuidados paliativos son las siguientes ^{10,11}:

1. **Atención integral.** Los cuidados paliativos tienen que tener en cuenta las cuatro dimensiones de la persona, entendiéndose estas dimensiones como aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales.
2. **Unidad a tratar: el enfermo y su familia.** La familia constituye el núcleo clave de apoyo al enfermo desde el inicio de los cuidados paliativos. Por tanto hay que ofrecerle toda la ayuda posible e intentar disminuir sus miedos e inquietudes.
3. **Promoción de la autonomía y la dignidad del paciente.** Todas las decisiones que se vayan a llevar a cabo deberán ser consensuadas primero con el enfermo.
4. **Concepción terapéutica activa.** Implica una actitud asistencial rehabilitadora y global con el objetivo de aumentar la calidad de vida del paciente.
5. **Importancia del ambiente.** Hay que conseguir crear un ambiente relajado y de respeto que favorezca la comunicación así como la comodidad del paciente. Este punto depende tanto de la familia como de los profesionales sanitarios así como del procedimiento organizativo implicado en el proceso asistencial.

4.C ENFERMO TERMINAL

Según la Sociedad Española de Cuidados Paliativos se entiende como paciente terminal o enfermo terminal a *“aquella persona que padece una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, sin posibilidades de respuesta a tratamiento específico, que le produce síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes, con un pronóstico de vida inferior o próximo a los seis meses y que ocasiona un gran impacto emocional en el enfermo, la familia y en el equipo terapéutico”* ¹¹.

Los cuidados paliativos no solo se centran en el paciente con cáncer (34%) sino que también abarcan una amplia gama de enfermedades como: las enfermedades cardiovasculares (38,5%), enfermedades respiratorias crónicas (10,3%), VIH (5,7%) y diabetes (4,6%) ⁶. Además de otras entre las que se encuentran los trastornos neurodegenerativos, demencias, etc ¹².

El modelo de atención a los pacientes en cuidados paliativos ha ido cambiando, así en un principio en el año 1990 la OMS estableció que en fases tempranas de la enfermedad se iniciasen tratamientos curativos o activos y cuando avanzase la enfermedad se comenzase con los cuidados paliativos. En 1993, el Children's Hospice International, propuso que los cuidados paliativos comenzasen simultáneamente con los tratamientos curativos en fases tempranas de

la enfermedad. Este concepto continuó y en 1998 la OMS modificó el modelo y añadió que además de iniciarse ambos tratamientos a la vez, el proceso debía de ser continuado en el tiempo ¹³.



Figura 1. Diferentes modelos de cuidados paliativos. Fuente: Revista Atención Primaria ¹³.

4.D PRINCIPALES SÍNTOMAS DEL ENFERMO TERMINAL

Las características fundamentales de los síntomas en esta fase terminal de la enfermedad son, entre otras, su carácter multidimensional, es decir, los forman tanto aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales. Su evolución es cambiante, son conocidos por su alta prevalencia, en su mayoría coexisten varios síntomas en un mismo período de tiempo, sus causas son multifactoriales y por lo general la intensidad de estos síntomas es alta y va en aumento a medida que la enfermedad avanza. Con frecuencia se da la aparición de nuevos síntomas cuyo impacto predomina sobre los anteriores y en ocasiones reaparecen otros que ya estaban controlados ¹⁰.

Entre los principales síntomas del paciente terminal se encuentran:

-Dolor: el dolor es entendido según IASP (International Association for the Study of Pain) como *“una sensación o experiencia desagradable, sensorial y emocional que se asocia a una lesión tisular verdadera o potencial”* ⁸.

El dolor representa uno de los síntomas más habituales en los pacientes terminales, más concretamente, afecta a un 96% de los pacientes con cáncer.

Los principales motivos por los que los pacientes perciben dolor se deben a la propia enfermedad (infiltración tumoral, lesiones nerviosas, etc.), a causa del tratamiento (cirugía, quimioterapia, técnicas diagnósticas) o en relación a una circunstancia de inmovilidad o debilitamiento (úlceras, dolores óseos, etc.) ⁸.

El origen del dolor es multidimensional por lo que no solo son necesarias las medidas farmacológicas, sino también tratamientos psicosociales que ayuden a aliviar el dolor como pueden ser las técnicas de relajación. Éstas consisten en procedimientos que proporcionan innumerables beneficios, entre ellos la reducción del consumo de analgésicos ¹⁴.

La OMS estableció la escalera analgésica para el tratamiento farmacológico del dolor. Esta está formada por los llamados “tres escalones”:

- Primer escalón, formado por analgésicos no opioides (paracetamol) y/o AINE. Este grupo de fármacos tienen “techo analgésico”, lo cual significa que llega un momento en que por mucho que se aumente la dosis no aumenta el alivio del dolor. Por lo tanto no se debe aumentar la dosis recomendada porque aumentarían los efectos adversos. Además se pueden combinar analgésicos no opioides con adyuvantes.
- Segundo escalón, formado por opioides débiles (tramadol, codeína) junto con analgésicos no opioides y adyuvantes.

- Tercer escalón, formado por opioides potentes (morfina, metadona) junto con analgésicos no opioides y adyuvantes. No tienen techo analgésico, pero tienen tolerancia, estos pacientes cada vez necesitan más dosis.

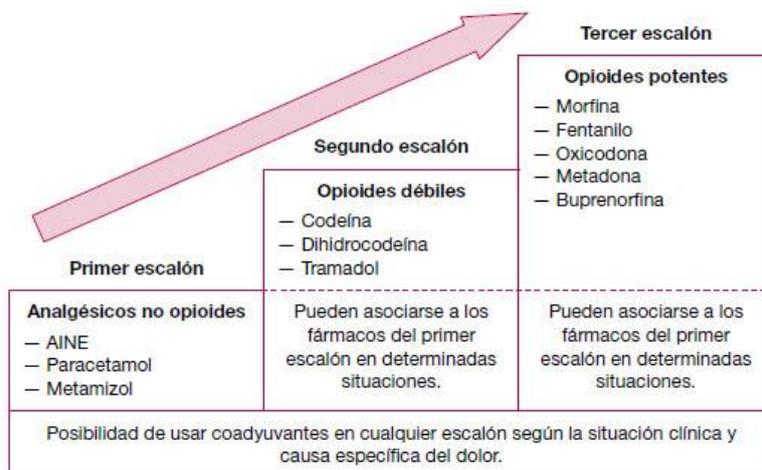


Figura 2. Escala analgésica de la O.M.S. Fuente: Guía Salud ¹⁵.

-Astenia: Según RAE (Real Academia Española) se entiende como “falta o decaimiento de fuerzas caracterizado por apatía, fatiga física o ausencia de iniciativa” ¹⁶.

Este síntoma lo presentan un 90% de los pacientes. Es importante destacar que puede deberse a múltiples causas entre las que se encuentran la depresión, infecciones, etc. y que su tratamiento puede ser farmacológico o no farmacológico; en algunos casos también se recurre a los ya mencionados tratamientos psicosociales ¹⁷.

-Anorexia-caquexia: La anorexia es entendida como falta de apetito. Por otro lado, la caquexia es un cuadro de desnutrición y pérdida de peso. Ambos síntomas pueden acompañar a la astenia ¹⁸.

La caquexia la presentan alrededor del 80% de los pacientes oncológicos con enfermedad avanzada. La falta de apetito puede deberse a muchos factores como, por ejemplo, factores psicológicos (ansiedad, depresión...), factores alimentarios (comida abundante, poco apetitosa), factores digestivos (sequedad de boca, disfagia...), etc ¹⁸.

-Estreñimiento: La AECC (Asociación Española contra el Cáncer) lo define como “la disminución en la frecuencia y volumen de las heces y se acompaña de malestar”. Sus posibles causas pueden ser baja ingesta de fibras, inactividad y en su mayoría el empleo de fármacos para el tratamiento del dolor como los opioides, que causan estreñimiento en un 80% de los pacientes ¹⁹.

-Disfagia: entendida como dificultad o imposibilidad de tragar ²⁰. La frecuencia de aparición en pacientes terminales es del 20%.

Las principales causas de la disfagia se deben a infecciones en el esófago causadas por hongos, a los efectos propios del tratamiento o del tumor y a la sequedad en la boca ¹⁹.

4.E CUIDADOS GENERALES DE ENFERMERÍA EN EL ENFERMO TERMINAL

Durante la etapa que lleva consigo la enfermedad terminal, se dan una serie de problemas tanto físicos como psíquicos o emocionales que conllevan a la necesidad de diversos cuidados, necesarios para que el paciente con la compañía de su familia lleven a cabo un proceso que les resulte lo más digno y cómodo posible.

En cuanto a los **cuidados físicos** del individuo, podemos encontrar ²¹:

-Cuidados de la piel: A medida que avanza la enfermedad la piel se vuelve cada vez más frágil y pierde resistencia, pudiendo aparecer úlceras además por la ayuda de la deshidratación y del encamamiento. Se entienden éstas como “áreas de piel lesionada por permanecer en una misma posición durante demasiado tiempo” ²². Para evitar su aparición es necesario:

- Mantener la piel limpia, seca (evitando la humedad para que no se macere la piel) e hidratada.
- Valorar las zonas de prominencias óseas como son los talones, tobillos, pelvis, etc. Los lugares más comunes donde aparecen son zonas en las se ejerce una mayor presión sobre la piel. El mejor momento para valorar al paciente es cuando se le está realizando la higiene.
- Realizar cambios posturales cada dos o tres horas para evitar que se ejerza mucha presión sobre unas determinadas zonas.
- Mantener las sábanas sin dobleces y limpias.
- No usar ningún tipo de alcohol sobre la piel para no irritarla.
- No arrastrar al paciente al movilizarlo para evitar el cizallamiento, conocido éste como la fuerza que se realiza sobre la piel combinando presión y fricción ²³.

-Cuidados de la boca: Los problemas en la boca en estos pacientes puede provocar dificultades a la hora de comer o hablar por lo que es muy importante prevenirlos. Entre las medidas se encuentran:

- Realizar higiene bucal mediante cepillado de los dientes tras cada comida; en caso de imposibilidad del paciente, llevarlo a cabo mediante una torunda con clorhexidina bucal.
- Mantener los labios hidratados mediante cremas labiales. No se recomienda el uso de vaselina ya que incrementa la sequedad de los mismos.
- El mayor problema que presentan estos pacientes es la xerostomía que se caracteriza por sensación subjetiva de sequedad en la boca. Para ello es necesario que el paciente se enjuague o beba líquidos en pequeños sorbos para que le alivie el malestar.

-Cuidados en la alimentación: El paciente terminal no necesita la misma cantidad de alimento que una persona sana, ya que tanto su actividad como sus necesidades se reducen considerablemente ¹⁸. Al aparecer en un número considerable de pacientes la falta de apetito, ya comentada anteriormente, los cuidados de enfermería irán dirigidos a ¹⁴:

- Respetar los deseos del paciente y evitar la rigidez de horarios de comida. El paciente no siempre va a querer realizar todas las comidas.
- Hacer la comida lo más apetitosa posible.
- Adaptar la textura de la alimentación a las posibilidades de masticación y deglución del paciente ²⁴.
- No forzar al paciente a comer.
- Evitar lo olores que pueden producir inapetencia o causar náuseas y vómitos ²⁴.

- Aportar una ingesta de líquidos adecuada a las necesidades del paciente. La hidratación en este tipo de pacientes es muy importante ya que previene la aparición de UPP (úlceras por presión), alivia la sed y evita que surjan numerosos síntomas ya mencionados que se dan lugar en este proceso de la enfermedad.

-**Cuidados del sueño:** El sueño en estos pacientes es fundamental para poder recuperar el cansancio que sufren. Sin embargo, en esta etapa de la enfermedad aparece una alteración del sueño debida a muchas causas, del típico físico como dolor o debidos también a ansiedad o miedos que sufra el paciente. Para ello es imprescindible fomentar un ambiente tranquilo, sin ruidos y sin excesiva luminosidad.

En cuanto a los **cuidados psicológicos** del individuo, muchos de estos pacientes sufren problemas de ansiedad, miedo y tienen muchas inquietudes sobre el transcurso de la enfermedad y a cerca del final de su vida. Por lo tanto es necesario en estos pacientes ²⁴:

- Mantener una relación empática con el enfermo.
- Proporcionar una atmósfera cálida y agradable.
- Promover una buena comunicación que permita al paciente expresar sus miedos e inquietudes.
- Identificar las causas de su ansiedad, miedo o inquietudes, para posteriormente proceder a su solución.
- En todo momento informar al paciente y hacerle partícipe de las decisiones.
- Intentar integrar siempre que sea posible a los familiares en los cuidados del enfermo.
- Enseñar técnicas de relajación para conseguir disminuir estos problemas.

5. LA VÍA SUBCUTÁNEA EN EL ENFERMO TERMINAL

5.A DEFINICIÓN DE VÍA SUBCUTÁNEA

Lo que propicia que la vía subcutánea sea una opción óptima para el tratamiento de pacientes en situación terminal son las numerosas propiedades que presenta el tejido celular subcutáneo o hipodermis. Este se encuentra formando la tercera capa de la piel y está situado por debajo de la epidermis y la dermis. Además de tener funciones tales como aislante térmico, reserva energética o de protección frente a traumatismos mecánicos externos, el tejido celular subcutáneo se extiende por toda la superficie corporal, es de fácil acceso, está altamente irrigado por lo que favorece la absorción de fármacos, es poco doloroso en pacientes terminales y posee gran capacidad de distensión, siendo capaz de recobrar su estado natural tras la reabsorción del volumen de líquido administrado ²⁵.

5.B INDICACIONES DE LA VÍA SUBCUTÁNEA

La vía subcutánea cuenta con numerosas indicaciones que hacen de la misma una buena opción para el tratamiento de pacientes que precisan de cuidados paliativos, entre las que se encuentran ^{2,26}:

- Problemas para la administración de medicación por vía oral, por causas como: disfagia, odinofagia, diarreas, náuseas y vómitos, obstrucción intestinal, fístula esófago-traqueales o entero-cutáneas sobre todo si se encuentran a nivel de intestino delgado, porque a esa altura es donde se absorben la mayoría de los fármacos.
- Ante los problemas de incumplimiento de la medicación por vía oral, se consigue un mejor control de la misma por esta vía.
- Estados de confusión, agonía o alteración del nivel de conciencia.
- Imposibilidad de utilizar otras vías.
- Estados de debilidad.
- Administración de analgésicos a niveles altos para aliviar el dolor del paciente de manera más rápida.
- Necesidad de tratamiento domiciliario, así pueden llevarlo a cabo familiares y no personal sanitario.
- Para hidratación del paciente (hipodermocclisis) la cual, es igual de efectiva que la rehidratación intravenosa.

5.C CONTRAINDICACIONES DE LA VÍA SUBCUTÁNEA

Existen varias situaciones donde no está indicada la vía subcutánea, como son ^{2,26}:

- Cuando la familia o el paciente no es partidaria de tratamiento domiciliario o la situación social lo imposibilita.
- En caso de presentar edema severo por albuminemia ya que puede disminuir la absorción del medicamento.
- En el caso de la hipodermocclisis, tener en cuenta si existe sobrecarga hídrica, deshidratación severa, shock, entre otras, ya que necesitará más volumen de líquidos el paciente de lo que podemos administrarle por esta vía.
- En zonas donde se esté administrando radioterapia ya que esta destruye los vasos linfáticos y por lo tanto la capacidad de absorción disminuye.
- En zonas donde haya una incisión quirúrgica porque impide la circulación linfática.
- En zonas que presenten piel ulcerada, infectada o inflamada.
- Lugares próximos a una articulación ya que disminuyen la movilidad del paciente.

- En prominencias óseas ya que hay menos tejido subcutáneo.

5.D LUGAR DE INSERCIÓN, TÉCNICA Y MATERIAL EMPLEADO

Para poder perfundir por vía subcutánea es necesario que el tejido subcutáneo presente un espesor entre 1 y 2.5 cm. La cantidad de tejido subcutáneo varía de una persona a otra ². Es mejor realizar la inserción en una zona proximal ya que presenta mejor difusión que las zonas distales. La comodidad del paciente es un objetivo imprescindible a la hora de buscar el sitio idóneo de colocación de la vía. Las zonas anatómicas más utilizadas son las siguientes ^{2,26}:

- Zona infraclavicular porque permite una mayor comodidad y supervisión.
- Región torácica y pared abdominal, evitando la zona periumbilical, presenta gran superficie de absorción por lo que es idónea para la hidratación.
- Zona deltoidea.
- Zona escapular, idónea para pacientes con estado de confusión.
- Zona de muslos, aunque es preferible utilizar antes alguna de las anteriores ya que se considera una zona más dolorosa.

Hay que evitar las perfusiones continuas en miembros superiores e inferiores para evitar sobrecarga de líquidos ².

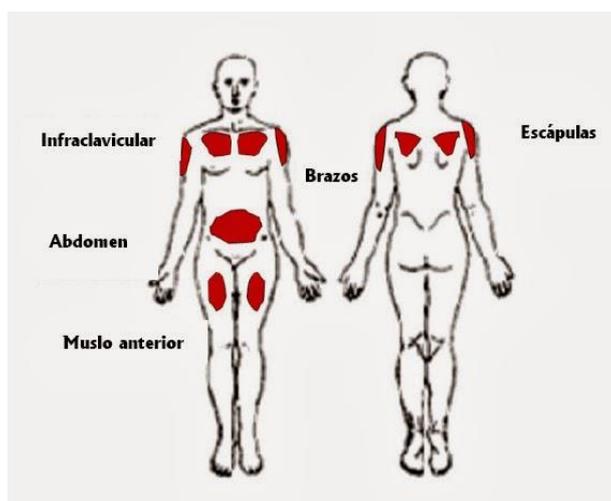


Figura 3. Zona de inserción de vía subcutánea. Fuente: Atención primaria basada en la evidencia ²⁷.

El material imprescindible en la inserción de la ya mencionada vía es ^{2,26}:

- Palomita de tamaño entre 21 y 27 gauge(G), siendo mejor la utilización de un tamaño 21 G para aquellos pacientes que presenten caquexia ya que tienen un pequeño grosor del panículo adiposo. Se utilizarán palomitas de mayor calibre a mayor grosor del panículo adiposo del paciente.

La palomilla consta de las siguientes partes: aguja corta y rígida, unas “alas” que sirven para poder realizar la punción y sostener la aguja, y un tubo flexible de tamaño pequeño que termina en una conexión a través de la cual se administra el medicamento.

Las palomillas metálicas algunas veces producen reacciones alérgicas por lo que a modo de sustitución se utilizan las cánulas de plástico de calibre grueso tipo Abbocath o las palomillas de teflón.

- Povidona yodada o clorhexidina al 2%.

- Guantes.
- Gasas.
- Apósito transparente.

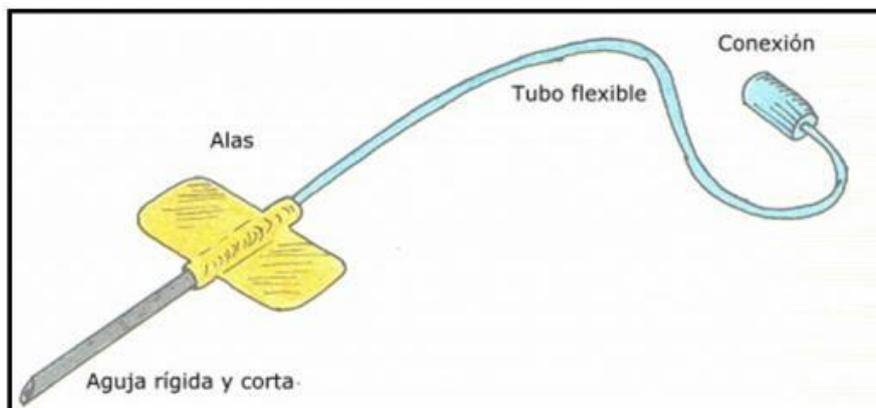


Figura 4. Palomilla metálica. Fuente: Utilización de la vía subcutánea en AP ²⁸.

En cuanto a la técnica utilizada para la colocación de la vía subcutánea se necesita desinfectar la zona de punción con povidona yodada o clorhexidina al 2% y purgar el sistema de inyección previamente a la inserción de la palomilla. La aguja se inserta con un ángulo de 45-60º y es imprescindible aspirar en el sitio de punción para comprobar que no se ha punzado una vena, de ser este el caso, aspiraríamos sangre y tendríamos que volver a canalizar de nuevo. Una vez insertada se fija y se cubre con un apósito transparente para poder facilitar la inspección del sitio de punción en busca de enrojecimiento, salida accidental de la vía, fugas...

El cambio de palomilla se realizará entre 3 y 5 días, siendo un máximo de 7 días, o si presenta alguna alteración.

5.E VENTAJAS DE LA VÍA SUBCUTÁNEA

En cuanto a las ventajas de la vía subcutánea podemos encontrar ²:

- Inserción fácil y mantenimiento sencillo por lo que no se necesita personal especializado y por tanto la familia o los cuidadores pueden realizar las infusiones en su domicilio.
- Técnica segura, poco agresiva y apenas dolorosa.
- Confortable y permite una mayor autonomía del paciente ya que no es necesario la inmovilidad del miembro, produce un aumento de la calidad de vida del paciente.
- Se pueden administrar mezclas de medicamento, aunque no todas ya que hay muchas combinaciones que son incompatibles y otras que están en proceso de investigación.
- Permite administrar pequeños volúmenes de medicamentos concentrados.
- La mayoría de los medicamentos que se utilizan para tratar al paciente terminal pueden usarse por esta vía ²⁵.
- Disminuye el número de hospitalizaciones.
- Baja incidencia de efectos secundarios graves ²⁵.
- Bajo coste, entre otras causas por necesitar poco material y menor tiempo requerido por el personal de enfermería.
- Se evita el primer paso de metabolismo hepático por lo que presenta una alta biodisponibilidad, entendida ésta como: "Cantidad de fármaco inalterado que alcanza la circulación sistémica en un tiempo determinado después de su absorción" ²⁹ cercana al 90% ³⁰.

- Permite la administración de sueroterapia, llamada hipodermocclisis.

5.F INCONVENIENTES DE LA VÍA SUBCUTÁNEA

En cuanto a los inconvenientes de la utilización de la vía subcutánea, encontramos ²:

- Tasa de absorción lenta al presentar mejor flujo sanguíneo. La velocidad de absorción puede reducirse con la vasoconstricción o la hipotensión.
- La biodisponibilidad se puede ver afectada por el estado de hidratación, estado del sistema cardiovascular, obesidad, entre otros.
- Sólo permite pequeños volúmenes (menos de 3 L/día).
- Puede aparecer dolor y molestias si la aguja empleada es de metal.
- Limitación en cuando a algunos fármacos debido a las reacciones cutáneas que pueden producir, y también en cuanto a algunos tipo de fluidos (no se pueden administrar coloides o soluciones de macromoléculas).
- Existen contraindicaciones en algunos pacientes (pacientes caquéticos al carecer de poco tejido subcutáneo, coagulopatías, entre otras.)

5.G COMPARACIÓN DE LA VÍA SUBCUTÁNEA CON OTRAS VÍAS

En comparación con la vía intravenosa, la vía subcutánea presenta menos complicaciones o similares que la hidratación intravenosa (tromboflebitis o septicemia). Además presenta las mismas complicaciones locales (eritema, salida de fluido). La efectividad de ambas vías es semejante, presentando una biodisponibilidad similar y el mismo efecto analgésico cuando se administra en infusión continua. Y por último, el coste de la infusión intravenosa es dos veces mayor que la subcutánea ya que se utiliza más material y más tiempo requerido por el personal de enfermería ².

Comparándola con la vía intramuscular, la vía subcutánea presenta menos riesgo de formación de hematomas y de lesiones nerviosas al ser un tejido menos vascularizado. La absorción es similar, permitiendo una cobertura continua de la medicación aunque la administración sea intermitente. Es una punción menos dolorosa ya que el calibre de la aguja utilizada para la inserción en el tejido subcutáneo es menor ^{2,26}.

La vía subcutánea en comparación con la vía oral presenta similar absorción, interacciones y efectos adversos ².

5.H COMPLICACIONES DE LA ADMINISTRACIÓN POR VÍA SUBCUTÁNEA

La mayoría de los efectos adversos que se producen por la administración por vía subcutánea son locales, siendo la más frecuente la irritación, seguida de induración y hemorragia. Aproximadamente se dan en un 5% de los casos ².

Además de estos efectos adversos podemos encontrar: inflamación, enrojecimiento, edema en la zona próxima al sitio de infusión, extravasación del fármaco, reacciones alérgicas a algún medicamento o a las palomillas metálicas, salida accidental de la vía, desconexión en la zona de punción, crepitación, hinchazón, formación de accesos, hematomas o hemorragias. Las infecciones y las hemorragias por lesión de algún vaso son poco frecuentes ^{2,26}.

Conviene revisar la zona de inserción dos veces al día en busca de posibles complicaciones. Asimismo es muy importante informar a la familia a cerca del manejo de la vía y de los posibles efectos secundarios y complicaciones que pueden darse ²⁵.

5.1 TIPOS DE ADMINISTRACIÓN POR VÍA SUBCUTÁNEA

Existen dos modalidades de administración de fármacos por vía subcutánea^{2,26,31}.

- Infusión en bolos o infusión intermitente: presenta un efecto en “picos”. Esto consiste en que el efecto del medicamento irá aumentando hasta alcanzar su máxima eficacia y a partir de ahí empezará a disminuir. Los picos iniciales pueden producir efectos secundarios mientras que los niveles bajos del fármaco antes de la siguiente dosis pueden ocasionar la reaparición de los síntomas. Se lleva a cabo mediante la inserción de una palomilla que se deja fijada mediante un apósito y la utilización de una jeringa, sin administrar volúmenes superiores a 2 mL pues favorece la aparición de induración, eritema y dolor. Tras administrar la medicación se deberá lavar la vía con suero fisiológico para garantizar la dosis pautada. Los bolos se pueden administrar de forma puntual o periódica.
- Infusión continua: De esta manera se cuenta con una concentración plasmática constante del medicamento y así se reducen los efectos adversos. Además se permite administrar dosis extras en bolos. La administración de medicación se lleva a cabo mediante la utilización de la gravedad, bombas e infusores. Se recomienda infundir 3mL/min, aunque puede llegar a un máximo de 7mL/min.

Los infusores más utilizados son los elastoméricos pues son dispositivos ligeros, desechables, cómodos y los más económicos para el paciente además de que proporcionan la mayor autonomía para el mismo. Existen diferentes volúmenes de capacidad, éstos van desde 48 mL hasta 275 mL, diferentes tamaños y diferentes velocidades de infusión. Disponen de un globo interior en el que se introduce la medicación. Este globo crea una presión positiva continua permitiendo la liberación de la medicación a una velocidad constante. Presentan una duración diferente habiéndolos de 24 horas, los cuales son más utilizados en pacientes hospitalizados ya que necesitan recambio y de hasta 5 y 7 días, que son los utilizados en atención domiciliaria^{2,31}.

Los infusores mecánicos disponen de un dispositivo electromecánico que empuja el émbolo de la jeringa que ejerce presión sobre una bolsa de medicación alojada dentro de una bomba. La ventaja que presentan es su reutilización, ya que únicamente son desechables las bolsas^{2,26}.

Las bombas electrónicas funcionan por un mecanismo peristáltico y presentan un sistema de control programable y sistema de alarma².

A la hora de utilizar estos tipos de infusores hay que tener en cuenta una serie de cuidados^{2,26}:

- Explicar a las familias el procedimiento que se va a llevar a cabo y su tratamiento.
- Monitorizar al paciente para poder observar la eficacia del tratamiento.
- Observar que el infusor funcione correctamente y que la vía esté bien colocada para que no se produzca la salida del medicamento.
- No modificar la medicación una vez puesto el infusor para no cometer errores en la velocidad y en la concentración.
- Muchos medicamentos son fotosensibles, por lo que habría que protegerlos de la luz solar.
- En caso de extravasación o salida accidental de la vía cambiaríamos el lugar de inserción.

Perfusión en bolos	Perfusión continua
Efecto discontinuo de los fármacos	Concentración del fármaco en plasma uniforme.
Mejor efecto en dolor agudo	Peor efecto en dolor agudo
Permite solo pequeños volúmenes	Permite grande volúmenes
Mayor número de manipulaciones	Menor número de manipulaciones
Coste bajo	Coste elevado
No hay posibilidad de mezclar diferentes fármacos	Posibilidad de mezclar diferentes fármacos
Mayor autonomía del paciente	Menor autonomía del paciente
No necesita de personal formado, puede realizarlo la familia.	Necesita profesional formado

Tabla 2. Diferencias entre perfusión continua y en bolos. Fuente: Elaboración propia.

6. HIDRATACIÓN SUBCUTÁNEA O HIPODERMOCLISIS EN EL ENFERMO TERMINAL

6.A DEFINICIÓN HIPODERMOCLISIS

También conocida como **hidratación subcutánea**, es la administración de fluidos por vía subcutánea con el fin de mejorar el estado de deshidratación que sufre el paciente.

Los líquidos que son absorbidos por el tejido celular subcutáneo pueden presentar distintas concentraciones llegando éstas a equilibrarse cuando dichos líquidos se inyectan en el tejido subcutáneo a través del paso de líquido desde el compartimento de menor concentración hacia el de mayor a partir del proceso conocido como “el principio de acción de las membranas semipermeables”²⁵.

Al añadir hialuronidasa a los sueros empleados en la hidratación se facilita la hipodermocclisis ya que esta es una enzima que hidroliza el ácido hialurónico, actúa rompiéndolo y así permite una difusión y absorción más rápida de los fluidos³².

6.B INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DE LA HIPODERMOCLISIS

Entre las posibles indicaciones de la utilización de la hipodermocclisis, se encuentran²:

- Deshidratación moderada (si la pérdida de agua o disminución de peso se encuentra entre el 5% y 10%)³³.
- Pérdida de líquidos secundaria a utilización de diuréticos.
- Ingesta inadecuada de líquidos por vía oral.
- Vómitos, diarrea, confusión, coma, infecciones, hipertermia.
- Dificultad para canalizar un acceso venoso.

Las hipodermocclisis está contraindicada en las siguientes situaciones³⁴:

- Anasarca, definida por la RAE como “*edema general del tejido celular subcutáneo, acompañado de hidropesía en las cavidades orgánicas*”³⁵.
- Trombocitopenia, entendida ésta como “*reducción del número normal de plaquetas (150.000-300.000/mm³) que afecta severamente la coagulación y causa sangrado*”³⁶.
- Shock, mala perfusión de la piel, hipotensión.
- Enfermedades alérgicas de la piel.
- Sobrehidratación.
- Deshidratación severa (si la pérdida de agua o disminución de peso se encuentra por encima del 10%)³³.

6.C CAUSAS DE LA DESHIDRATACIÓN EN PACIENTES TERMINALES

La deshidratación es un problema muy frecuente en los pacientes terminales. En estos pacientes la necesidad de ingerir alimentos y líquidos disminuye gradualmente, lo que provoca la aparición de anorexia, caquexia y deshidratación progresiva.

Entre las posibles causas de estas bajas necesidades de aporte líquido en los pacientes se encuentran³⁷:

- La disminución de peso corporal.
- Menores pérdidas insensibles por la menor actividad.

6.D SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA DESHIDRATACIÓN

Entre los signos y síntomas de la deshidratación se encuentran ^{37,38}:

- Sequedad de piel y mucosas.
- Sed.
- Oliguria conocida como baja producción de orina.
- Orina concentrada.
- Taquicardia.
- Taquipnea.
- Somnolencia, agitación y confusión.

6.E COMPLICACIONES POTENCIALES DE LA DESHIDRATACIÓN

La deshidratación puede dar lugar a la aparición de confusión, a una disminución del volumen intravascular y de la filtración glomerular lo que conlleva a fallo renal y consecuentemente a la acumulación de opioides (si el paciente los está tomando) responsables de la toxicidad. Además aumenta el riesgo de aparición de úlceras por presión y estreñimiento, que es imprescindible tratar ^{2,25}.

6.F VENTAJAS E INCONVENIENTES DE LA HIPODERMOCLISIS

Entre las ventajas de la hipodermocclisis, encontramos ²:

- Disminución de la incidencia de delirio y mejora de los síntomas y de la función cognitiva.
- Prevención de la deshidratación disminuyendo la aparición de úlceras por presión y estreñimiento.
- Menor riesgo de sobrecarga hídrica, debido a la absorción más lenta, y por lo tanto de afectación al sistema cardíaco.
- La infusión de líquidos se realiza por gravedad, por lo que no son necesarias las bombas de infusión ³⁷.
- Los familiares piensan que se está dando un mínimo de cuidados al paciente.
- Al igual que las ventajas del uso de la vía subcutánea: lo pueden llevar a cabo familiares, se puede realizar en el domicilio disminuyendo así el número de hospitalizaciones, etc.

El principal inconveniente de la utilización de la hipodermocclisis es la limitación en la administración de fluidos ya que un volumen de más de 3 L/día presenta riesgo de desencadenar fallo cardíaco y formación de abscesos ².

6.G COMPLICACIONES DE LA HIPODERMOCLISIS

Las complicaciones de la hipodermocclisis son en su mayoría de tipo locales, entre un 2.5-16 % de los pacientes las sufren. El más frecuente es el edema producido por la administración de soluciones hipotónicas que puede reducirse con una disminución de la velocidad de infusión. Otras complicaciones serían ²:

- La inflamación.
- El dolor por administración de soluciones hipertónicas.
- Extravasación.
- Induración.
- Sangrado.

Estas complicaciones suelen aparecer a los tres días de comenzar con la infusión subcutánea ².

6.H TIPOS DE SUEROS UTILIZADOS

Los sueros más utilizados en la hidratación subcutánea son ²:

- Fluidos isotónicos como el suero fisiológico al 0.45% o al 0.9 % ; suero glucosado al 2.5 o al 5%, glucosalino al 33% de suero fisiológico o soluciones Ringer Lactato.

No se aconseja la administración de los siguientes sueros ²:

- Soluciones que contienen dextrosa (suero glucosado al 10%); producen mucho dolor ya que atraen líquidos adyacentes al lugar de inyección. En caso de administrarse deberá combinarse con suero fisiológico al 0.9%.
- Soluciones coloidales o hiperosmolares.
- Soluciones hipotónicas sin electrolitos; pueden producir shock o la aparición de terceros espacios.
- Soluciones hipertónicas; producen edemas y la velocidad de absorción es lenta.

Los modos de administración de los fluidos pueden ser mediante bolos de 500 mL en una hora; dos o tres veces al día. En infusión continua a pasar en 24 h, o infusión intermitente nocturna, aproximadamente 1L cada 8 horas ².

El volumen de infusión oscila entre 500 mL/día y 1500 mL/ día, con un máximo de 3 L/día repartidos en dos lugares de punción. El ritmo de infusión no debe superar los 50 mL/hora. Entre 3 y 4 L de suero por semana suele ser suficiente para pacientes en fase muy avanzada de enfermedad ^{2,25}.

En pacientes en tratamiento con heparina es importante la vigilancia debido al riesgo de hemorragia que presentan en el punto de inserción ².

6.I COMPARACIÓN HIDRATACIÓN SUBCUTÁNEA E INTRAVENOSA

En comparación con la vía endovenosa, la vía subcutánea presenta una serie de ventajas que hace de la hidratación subcutánea una buena opción para el tratamiento de la deshidratación en pacientes terminales. Así la vía subcutánea es de fácil acceso y manejo, provoca menos complicaciones de tipo infecciosas, permite mayor autonomía al paciente, su costo es menor y reduce el número de hospitalizaciones. En cambio también presenta una serie de desventajas entre las que se encuentran: una limitación en el máximo de volumen que se puede infundir, siendo este volumen de 3 L al día, repartiéndose en dos lugares de inyección; limitación en el pasaje de electrolito, y en adición a la hidratación no existe suficiente evidencia acerca de la medicación que se puede administrar por esta vía ³⁹.

6.J ¿HIDRATAR O NO A LOS PACIENTES TERMINALES?

La hidratación subcutánea en los pacientes terminales supone un tema de controversia en nuestros días ya que existe poca evidencia científica sobre el tema. A continuación se muestran en la siguiente tabla los argumentos a favor y en contra de la hidratación de estos pacientes ⁴⁰.

Argumentos a favor	Argumentos en contra
Promueve el bienestar de los pacientes	Interfiere con la aceptación de la condición de terminalidad.
Alivia la aparición de síntomas	Es una medida invasiva que provoca sufrimiento
Alivia la sed	Prolonga la agonía y el sufrimiento
No prolonga la agonía	Provoca acumulación excesiva de fluidos, como secreciones bronquiales, derrame pleural, edema y ascitis
Permite a los cuidadores mantener sus esfuerzos por aliviar y mejorar calidad de vida de los pacientes	Provoca producción de orina y secreciones gastrointestinales, lo que complejiza innecesariamente los cuidados de enfermería de pacientes terminales
Permite mantener cuidados básicos hasta el final, evitando el abandono de los pacientes	La deshidratación actúa como anestésico natural, disminuyendo el sufrimiento

Tabla 3. Argumentos a favor y en el contra de la hidratación. Fuente: ¿Es necesario hidratar artificialmente a los pacientes terminales? ⁴⁰.

A la hora de determinar si un paciente es partidario o no de hidratación subcutánea tendremos que realizar un estudio individualizado y tener en cuenta varios factores como la historia clínica del paciente y un examen físico y bioquímico para determinar la magnitud y las causas de la deshidratación, evaluar los síntomas producidos de la misma y en qué medida eso afecta a la calidad del paciente. Por último tener en cuenta los valores éticos de la persona y de la familia y tomar las decisiones conjuntamente ⁴⁰.

7. UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS H.U.M.V

La unidad de Cuidados Paliativos del H.U.M.V se encuentra ubicada en dos zonas del hospital. Una de ellas es la cuarta planta de la torre B donde se encuentra una sala de reuniones, un despacho administrativo y un almacén de farmacias y suministros. Y otra zona es la cuarta planta de polivalentes, donde se localiza un despacho-consulta.

El equipo cuenta con los siguientes recursos humanos: tres médicos, tres profesionales de enfermería y un auxiliar administrativo. Además los profesionales cuentan con tres coches con distintivo del H.U.M.V para realizar los domicilios.

La población diana de este servicio va dirigida a pacientes con cáncer y aquellos con enfermedades crónicas evolutivas de cualquier edad que se encuentren en situación de enfermedad avanzada o terminal.

Entre las funciones que la enfermera realiza en el equipo de cuidados paliativos, se encuentran:

- Información a las familias de los pacientes de cuál va a ser la atención que se va a prestar desde la unidad.
- Coordinación entre las enfermeras del hospital y las de Atención Primaria.
- Coordinación asistencial entre los profesionales del centro de salud y el equipo de paliativos.
- Atención domiciliaria en los casos más complicados o en la fase agónica de la enfermedad.
- Educación sanitaria a los familiares y al propio paciente.
- Formación para las enfermeras tanto del ámbito hospitalario como del domiciliario.
- Equipo consultor en caso de dudas en alguna maniobra que se desee realizar.
- Facilitadoras de técnicas o pruebas específicas en el hospital.

Como alternativa a la vía oral, en este servicio se utiliza la vía subcutánea. Alrededor de un 25-30% de los pacientes la utilizan en algún momento del proceso de enfermedad.

En la fase agónica (última fase de la enfermedad) es el momento en el que más se usa, así como para el control de síntomas en estos pacientes como son los vómitos por obstrucción intestinal, entre otras.

Las complicaciones más frecuentes (5-10%) que se dan son de tipo local: irritación e induración. La retirada de la vía se realiza en la Unidad cuando se dan lugar este tipo de complicaciones. Por lo general se cambia cada dos-tres semanas, dependiendo de la cantidad de medicación que se administre.

Los cuidados de la vía son pocos, solamente vigilar las posibles complicaciones que puedan darse, por lo que siempre se utilizan apósitos transparentes para ver el punto de inserción.

El trabajo de enfermería es enseñar a la familia o en ocasiones al propio paciente el manejo y la vigilancia, ya que el paciente está en el domicilio y los profesionales de esta Unidad no se encuentran en contacto permanente con ellos.

8. CONCLUSIONES

Con el transcurso del tiempo cada vez son más las personas que van a requerir de unos cuidados paliativos óptimos no sólo por el aumento de la incidencia de enfermedades crónicas sino también debido a una mayor esperanza de vida y por lo tanto un incremento de la población anciana. La mayoría de estos pacientes recibirán estos cuidados en algún momento de su vida, por lo que el tratamiento en estos pacientes es imprescindible para conseguir una buena calidad de vida.

La primera vía de opción para el tratamiento es siempre la vía oral, sin embargo, muchas circunstancias imposibilitan su uso, por lo que como alternativa a esta vía se encuentra la subcutánea que ofrece numerosas ventajas, como son la utilización de la misma en el domicilio del paciente siendo manejada por los propios familiares, y pocas complicaciones.

Por esta vía no solo se pueden administrar medicamentos sino también líquidos. Esto es conocido como hipodermocclisis o hidratación subcutánea, y ayuda a reponer la volemia de pacientes en estado de deshidratación. Sobre la hidratación subcutánea existe controversia en cuanto a su utilización por lo que es un campo en el que se necesita investigar más profundamente.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Enfermedades no transmisibles [acceso 1 de junio de 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>
2. R. Gallardo Avilés, F. Gamboa Antiñolo. Uso de la vía subcutánea en cuidados paliativos [monografía en Internet]. Madrid: Sociedad Española de Cuidados Paliativos; 2013 [acceso 10 de febrero de 2016]. Disponible en: http://www.secpal.com/%5CDocumentos%5CBlog%5Cmonografia_secpal_04.pdf
3. Consejería de Sanidad, Gobierno de Cantabria. Programa integral atención paliativa Cantabria; 2006.
4. Asociación Española Contra el Cáncer [Internet]. Definición de cuidados paliativos [actualizada el 1 de junio de 2016; acceso 1 de junio de 2016]. Disponible en: <https://www.aecc.es/SOBREELCANCER/CUIDADOSPALIATIVOS/Paginas/Definici%C3%B3ndecuidadopaliativo.aspx>
5. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Cuidados paliativos [acceso 1 de junio de 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/cancer/palliative/es/>
6. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Cuidados paliativos, notas descriptivas [acceso 1 de junio de 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/es/>
7. MedlinePlus [Internet]. Analgésicos narcóticos [actualizada el 5 de marzo de 2015; acceso 20 de abril de 2016]. Disponible en: <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/007489.htm>
8. Asociación Española Contra el Cáncer [Internet]. Dolor [actualizada el 1 de junio de 2016; acceso 1 de junio de 2016] Disponible en: <https://www.aecc.es/SOBREELCANCER/CUIDADOSPALIATIVOS/SINTOMASMASFRECUENTESYRATAMIENTO/Paginas/Dolor.aspx>
9. C. Sepúlveda Bermedo. Perspectiva de la OMS para el desarrollo de cuidados paliativos en el contexto de programa de control de cáncer en países en vías de desarrollo. p. 397-402. Disponible en: <http://www.paliativossinfronteras.com/upload/publica/coop-internacional/cp-td/LA%20OMS%20Y%20LOS%20CP%20EN%20PAISES%20EN%20DESARROLLO.pdf>
10. R. Colell Brunet. Enfermería y cuidados paliativos. Lleida: Universidad de Lleida; 2008.p. 24-25.
11. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Guía de Cuidados Paliativos; 2014. Disponible en: <https://cmvinalo.webs.ull.es/docencia/Posgrado/8-CANCER%20Y%20CUIDADOS-PALIATIVOS/guiacp.pdf>
12. Organización Mundial de la Salud. Guía de la OMS para desarrollar programas eficaces; 2007. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44025/1/9789243547343_spa.pdf?ua=1

13. Salvador Coloma C, Salvador Coloma V, Segura Huerta A, Andrés Moreno M, Fernández Nvarro JM, Niño Gómez OM y Cols. Actualidad de los cuidados paliativos. Revisión de una situación poco estandarizada. Revista Atención Primaria [revista en Internet].2015. [acceso 24 de mayo de 2016];17. Disponible en: http://www.pap.es/FrontOffice/PAP/front/Articulos/Articulo/_IXus5l_LjPq4RQcxodpCfYmp_cf9sFAW
14. W. Astudillo Alarcón, C. Mendinueta Aguirre, E. Astudillo Alarcón. Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia. 4ªedición. Navarra: Universidad de Navarra; 2002.p. 105-111.
15. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. [guía de práctica clínica en Internet].Vitoria-Gasteiz: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008 [acceso 10 de mayo de 2016]. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_428_Paliativos_Osteba_compl.pdf
16. Real Academia Española [Internet]. Astenia [acceso 1 de junio de 2016]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=44ta5nn>
17. Asociación Española Contra el Cáncer [Internet]. Debilidad y cansancio (astenia) [actualizada el 1 de junio de 2016; acceso 1 de junio de 2016]. Disponible en: <https://www.aecc.es/SOBREELCANCER/CUIDADOSPALIATIVOS/SINTOMASMASFRECIENTESYTRATAMIENTO/Paginas/Debilidadycansancio.aspx>
18. Asociación Española Contra el Cáncer [Internet]. Pérdida de peso y apetito (caquexia-anorexia) [actualizada el 1 de junio de 2016; acceso 1 de junio de 2016]. Disponible en: <https://www.aecc.es/SOBREELCANCER/CUIDADOSPALIATIVOS/SINTOMASMASFRECIENTESYTRATAMIENTO/Paginas/Perdidadepesoyapetito.aspx>
19. Asociación Española Contra el Cáncer [Internet]. Síntomas digestivos [actualizada el 1 de junio de 2016; acceso 1 de junio de 2016]. Disponible en: <https://www.aecc.es/SOBREELCANCER/CUIDADOSPALIATIVOS/SINTOMASMASFRECIENTESYTRATAMIENTO/Paginas/Sintomasdigestivos.aspx>
20. Real Academia Española [Internet]. Disfagia [acceso 1 de junio de 2016]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=DuzZQxM>
21. Asociación Española Contra el Cáncer [Internet]. Cuidados generales en el paciente [actualizada el 1 de junio de 2016; acceso 1 de junio de 2016]. Disponible en: <https://www.aecc.es/SOBREELCANCER/CUIDADOSPALIATIVOS/Paginas/Cuidadosgeneralesenelpaciente.aspx>
22. MedlinePlus [Internet]. Úlcera por presión [actualizada el 14 de marzo de 2015; acceso 20 de abril de 2016]. Disponible en:
23. Úlceras.net [Internet]. Úlceras por presión: Etiopatogenia [acceso 20 de abril de 2016]. Disponible en: <http://www.ulceras.net/monografico/109/97/ulceras-por-presion-etiotopogenia.html>
24. J.M Nuñez Olarte, E.López Imedio. Guía rápida de manejo avanzado de síntomas en el paciente terminal. Madrid: Panamericana; 2007.p. 37-42.

25. V. Bautista-Eugenio, J. Salinas Cruz. La vía subcutánea opción para el paciente terminal cuando se pierde la vía oral. *Rev Enferm Inst México.* 2009; 17(3): 149-152.
26. M^a del P. Ruiz Vázquez. Guía clínica: Uso y recomendaciones de la Vía Subcutánea en Cuidados Paliativos. [guía clínica en Internet]. Extremadura: Observatorio Regional de Cuidados Paliativos de Extremadura; 2010 [acceso 10 de mayo de 2016]. Disponible en: <http://www.saludextremadura.com/documents/19231/562422/Gu%C3%ADa+Cl%C3%ADnica+V%C3%ADa+Subcut%C3%A1nea+revisi%C3%B3n+3+agosto+2011.pdf>
27. Atención primaria basada en la evidencia [Internet]. Vía subcutánea, técnica de vía subcutánea [actualizada el 31 de mayo de 2016; acceso el 2 de mayo de 2016]. Disponible en: <http://www.ics.gencat.cat/3clics/main.php?page=GuiaPage&idGuia=234&lang=CAS>
28. H. Soriano Fernández, L. Rodenas García, D. Moreno Escribano, B. Roldán Castillo, E. Castaño Moreno, E. Palazón García. Utilización de la Vía Subcutánea en Atención Primaria. *Revista Clínica de Medicina de Familia.* 2009; 2(8): 426-400.
29. Diccionario académico de la Medicina [Internet]. Biodisponibilidad [actualizada el 1 de enero de 2014; acceso 10 de mayo de 2016]. Disponible en: <http://dic.idiomamedico.net/biodisponibilidad>
30. C.C. Trujillo Gómez, M. Montoya Restrepo, E. Bruera. Vías alternativas a la vía oral para administración sistémica de opioides en Cuidados Paliativos. *Revista Medicina Paliativa.* Madrid. 2005; 12(2).
31. B. Hernández Pérez, C. López López, M.A. García Rodríguez. Vía Subcutánea. Utilidad en el control de síntomas del paciente terminal. *Revista Medicina Familiar.* 2002; 12(2): 104-110.
32. D. Fernández Tejedo, A.I. Pérez Álvarez. Estudio de la utilización de la vía subcutánea en los pacientes ingresados en una unidad de cuidados paliativos. *Revista enfermería Castilla y León.* [revista en Internet]. 2010. [acceso el 2 de mayo de 2016]; 2(1). Disponible en: <file:///C:/Users/Estefania/Downloads/35-123-1-PB.pdf>
33. S. Jimenez Treviño, J. Rodríguez Suarez. Deshidratación aguda. Rehidratación. *Boletín de la Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria y Castilla y León.* 2006; 46: 84-90.
34. Medicina Interna. Basada en la evidencia [Internet]. Infusiones subcutáneas (hipodermoclisis) [acceso 20 de abril de 2016]. Disponible en: <http://empendium.com/manualmibe/chapter/B34.IV.24.6>.
35. Real Academia Española [Internet]. Anasarca [acceso 1 de junio de 2016]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=2WdDmtH>
36. Diccionario académico de la Medicina [Internet]. Trombocitopenia [actualizada el 28 de agosto de 2014; acceso 11 de mayo de 2016]. Disponible en: <http://dic.idiomamedico.net/trombocitopenia>
37. M. De la Rica Escuín. Deshidratación e hipodermoclisis en el paciente oncológico terminal. *Tú Cuidas* [Revista en Internet]. 2010. [acceso el 10 de mayo de 2016]. Disponible en: <http://tucuidas.laenfermeria.es/archives/878>
38. MedlinePlus [Internet]. Deshidratación [actualizada el 18 de mayo de 2016; acceso 20 de mayo de 2016]. Disponible en: <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/dehydration.html>

39. C. Pino, J. Parodi, V. González, R. Morante. Uso de la vía subcutánea en cuidados del final de la vida en el Centro Geriátrico Naval. *Rev Horizonte Médico*. 2011; 11(1): 36-39.

40. A. Palma, J.C. Said, P. Taboada. ¿Es necesario hidratar artificialmente a los pacientes terminales? *Rev Med Chile*.2011; 139: 1229-1234. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v139n9/art18.pdf>