

MEMORIA DE ROTACIÓN EXTERNA : SERVICIO DE  
HADO-PALIATIVOS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE  
SANTIAGO DE COMPOSTELA (2025)

---



**Iván Xael Agrafojo Fabeiro Médico Interno Residente de  
4º año del Hospital Insular de Lanzarote.**



**Sociedad Española  
de Geriatría y Gerontología**

# ÍNDICE DE CONTENIDOS:

1. Motivación.
2. Objetivos.
3. Introducción a los Cuidados Paliativos.
4. Servicio de HADO-Paliativos.
5. Actividades realizadas durante la rotación.
6. Conceptos teóricos reforzados durante la rotación.
  - Identificación de personas con necesidades paliativas: Herramienta NECPAL.
  - Comunicación de malas noticias: Protocolo de Buckman.
  - La presencia terapéutica en la práctica asistencial.
  - Neurotoxicidad inducida por opioides.
  - Tratamiento farmacológico en la obstrucción intestinal maligna.
  - Revisión de la sedación paliativa.
  - Síntomas psicoconductuales en la demencia avanzada.
7. Otros aprendizajes y conclusión final.
8. Bibliografía

# 1. Motivación:

Los cuidados paliativos forman parte del día a día en la práctica asistencial, siendo preciso su integración en la medida de lo posible en todas las especialidades médicas. Lamentablemente, su inicio suele postergarse a fases avanzadas dentro del final de vida, pasando inadvertida la identificación precoz de las necesidades paliativas, empeorando la atención sanitaria.

La Geriatría no es la excepción, siendo una rama de la Medicina con un perfil de paciente heterogéneo y con necesidades muy diversas, entre ellas unos cuidados paliativos de calidad.

Pacientes con enfermedades oncológicas no subsidiarias a tratamiento curativo, insuficiencias orgánicas y patologías neurodegenerativas avanzadas, son pacientes en los que se debe realizar una búsqueda proactiva de las necesidades paliativas, pudiendo identificarlas de forma precoz y realizar un correcto abordaje de las mismas, así como un plan compartido de la atención en función de las preferencias del paciente.

En este sentido he visto como una oportunidad para mejorar la calidad asistencial al paciente geriátrico con necesidades paliativas el realizar mi estancia formativa en el servicio de HADO-Paliativos del Complejo Universitario de Santiago de Compostela

## 2. Objetivos de la rotación:

- .Conocer los diferentes índices pronósticos útiles en cuidados paliativos y la toma de decisiones orientada por los mismos.
- Reforzar la planificación de decisiones anticipadas con paciente y familiares.
- Identificar correctamente comorbilidades en terminal y pacientes con necesidades paliativas, con principal énfasis en las patologías crónicas e insuficiencia de órganos.
- Manejo de las complicaciones asociadas a patologías crónicas avanzadas.
- Manejo de los principales síntomas dolorosos en el paciente con necesidades paliativas.
- Identificar correctamente la situación de final de vida.
- Control de síntomas al final de la vida.
- Identificar síntomas refractarios al tratamiento.
- Indicación de la sedación paliativa: indicación, obtención del consentimiento informado, prescripción y evaluación continuada de la misma en función de las necesidades del paciente.
- Aprendizaje sobre el funcionamiento del servicio de HADO-Paliativos.
- Conocimiento sobre recursos sociales y apoyos a pacientes con necesidades paliativas con los que cuenta el SERGAS.

### 3. Introducción a los cuidados

#### paliativos:

Los cuidados paliativos surgen en la década de los 60s de la mano de Cicely Saunders, que mientras desempeñaba su trabajo como enfermera y trabajadora social, se dió cuenta de que había una serie de pacientes olvidados por un sistema que dejaba de lado el cuidado de los pacientes que no tenían posibilidades de curarse. Desde este prisma y con las condiciones de la época decide estudiar la carrera de medicina con el objetivo de prestar una mejor atención a este grupo de personas. Siendo así que en el año 1967 funda el primer centro dedicado a los cuidados paliativos. Produciéndose un cambio de paradigma en el que se abandona la idea del “no hay nada que hacer” cuando la persona presenta una enfermedad incurable, dando los primeros pasos hacia lo que son los cuidados paliativos modernos.

Entre muchos de sus aportes, se encuentra el concepto del “dolor total”, descrito como un dolor que va más allá de lo físico, incluyendo elementos sociales, emocionales y espirituales.

Actualmente los cuidados paliativos son “El cuidado activo y total de las personas con enfermedades que no tienen respuesta al tratamiento curativo, con el objetivo de conseguir la mejor calidad de vida posible. Estos, se sustentan en cuatro principios fundamentales:

- a) afirmar la vida y considerar la muerte como un proceso normal dentro de ella, ni adelantan ni posponen la muerte.
- b) proporcionar alivio de los síntomas y actuar sobre los aspectos psicológicos y

espirituales de los pacientes.

c) ofrecer un soporte para ayudar a vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte, en el entorno natural del paciente que es su domicilio.

d) proporcionar un sistema de ayuda a la familia durante la enfermedad y durante el duelo.

## 4. Servicio de HADO-Paliativos:

Actualmente la unidad de Cuidados Paliativos de Santiago de Compostela (con sede en el Hospital Provincial de Conxo) forma parte del mismo servicio en consonancia con la unidad de Hospitalización a domicilio (con sede en Hospital Gil Casares).

Ambas unidades colaboran en el manejo de los pacientes con necesidades paliativas, constituyendo un pilar fundamental en la atención de los pacientes crónicos del área sanitaria.

La unidad de Cuidados Paliativos cuenta actualmente con 2 médicos de lunes a viernes que se reparten el trabajo de la planta y de interconsultas hospitalarias, en la tarde y fin de semana la atención es asumida por la guardia de área médica, exceptuando los sábados por la mañana donde se procede al pase de planta por uno de los facultativos del servicio. En planta cuentan con 8 enfermeras que cubren los diferentes turnos. Así mismo se cuenta con una psicóloga a tiempo parcial y se coordinan los cuidados con el apoyo de trabajo social en función de las necesidades de pacientes.

Actualmente la planta cuenta con 21 camas. La mayor parte de los ingresos en planta proceden del servicio de urgencias y un gran número de las altas reciben soporte y seguimiento coordinado con la unidad de Hospitalización a domicilio (HADO).

La unidad de HADO, que forma parte del mismo servicio cuenta con 6 médicos de lunes a viernes en horario de mañana y un séptimo médico que ejerce la labor de coordinador y valoración de interconsultas. En cuanto al personal de enfermería, la unidad cuenta con 13 enfermeras (12 + supervisora). Los sábados uno de los médicos del equipo también ofrece cobertura en horario de mañana.

La capacidad total de la unidad se sitúa en 70 pacientes, divididos por áreas de residencia que se reparten en equipos compuestos por un médico fijo y una enfermera que rota de forma semanal en los diferentes equipos.

Actualmente hay 6 equipos que dan cobertura a las siguientes áreas:

Equipo 1: A Baña, Negreira, Ames, Brión, Rois, Padrón, Pontecesures, Dodro, Valga.

Equipo 2: Noia, Lousame, Rianxo.

Equipo 3: Teo, Vedra, Boqueixón, A Estrada.

Equipo 4: Vila de Cruces, Silleda, Lalín, A Golada, Rodeiro, Dozón.

Equipo 5: Val do Dubra, Trazo, Tordoia, Ordes, Oroso, O Pino, Touro

Equipo 6: Santiago de Compostela.

El número medio de ingresos mensuales es de 140 pacientes, procediendo más de la mitad de la modalidad de evitación de ingreso (urgencias, atención primaria y consultas externas), no llegando a precisar ingreso en planta convencional. Siendo el segundo motivo de ingreso el control de síntomas.

## **5. Actividad clínica realizada:**

En lo relativo a la unidad de Cuidados Paliativos la labor asistencial se realizó de lunes a viernes y de 8:00-15:00.

A la llegada a la planta se revisaban las incidencias del día anterior junto con los nuevos ingresos y las interconsultas pendientes. Posteriormente se repartían los ingresos y las interconsultas entre el equipo de planta y se iniciaba el pase de planta de la mano de enfermería siempre que fuese posible, para posteriormente informar a los familiares.

Una vez finalizada la valoración de los pacientes se procedía al ajuste de los tratamientos prescritos y realización de cursos clínicos, a pesar de esto era habitual

el tener que realizar ajustes de tratamiento a la cabecera del paciente, puesto que el paciente con necesidades paliativas es un paciente complejo, con necesidades cambiantes en un corto período de tiempo.

Una vez valorada la planta se procedía a resolver las interconsultas pendientes, coordinar los cuidados con el equipo multidisciplinar (medicina, enfermería, trabajo social, psicología) y programar los próximos ingresos en la planta, así como posibles altas, muchas de ellas con seguimiento por el equipo de Hospitalización a domicilio. Cabe destacar el tiempo y dedicación que se dedicaba a la información tanto de pacientes como familiares, contando dentro de la unidad con una sala para familiares, que era utilizada para el descanso de los mismos, tanto para tratar temas sensibles si es preciso.

Ha sido clave durante la rotación el tiempo dedicado a la docencia, donde se impartía por parte de los facultativos numerosas sesiones para los residentes para aclarar conceptos básicos en los cuidados paliativos, entre ellas destacan: introducción a los cuidados paliativos, manejo del dolor y fármacos analgésicos, comunicación de malas noticias o sedación paliativa.

A lo largo de la rotación y participando dentro de este programa de sesiones he impartido una sesión sobre el manejo de los síntomas psicológicos y conductuales en los pacientes con demencia, haciendo énfasis en el manejo no farmacológico de los mismos y reseñando las alternativas farmacológicas que disponemos en función de cada síntomas si las medidas no farmacológicas no son suficientes.

Del mismo modo dentro de la actividad docente se han recomendado numerosos documentos audiovisuales y artículos de revisión que han sido claves para complementar el aprendizaje, entre ellos destacan: “La verdad soportable:

Comunicación en cuidados paliativos”, “la presencia: el poder terapéutico de habitar el presente en la práctica clínica”, “reflexiones desde la vulnerabilidad: no estuve solo”, “protocolo y recomendaciones de nutrición en demencias avanzadas” y otros muchos que serán citados en la bibliografía.

La organización del trabajo en HADO, se realizaba de la siguiente forma: A primera hora de la mañana se realizaba reunión de equipo para revisión de incidencias e ingresos del día, así como preparación de material y medicación para cada equipo. Posteriormente se salía en grupos de trabajo (médico-enfermera) para realización de análisis, tratamientos, procedimientos, curas o técnicas específicas, contando cada equipo con vehículo, teléfono y Tablet asignada. En este horario el coordinador del equipo ejercía también labores de resolución de interconsultas hospitalarias y e-consultas ambulatorias. Una vez de vuelta al hospital se realizaban cursos clínicos, ajuste de planes de tratamiento, así como la gestión de altas e ingresos y reunión de equipo para planificar el día siguiente.

## 6. Conceptos teóricos reforzados durante la rotación.

- Identificación de personas con necesidades paliativas: Herramienta NECPAL.

Años atrás, las muertes se producían de forma brusca, bien por infecciones o accidentes.

A día de hoy, la muerte súbita representa en países desarrollados el 10% de las muertes y el resto de las personas, padecen un proceso de enfermedad avanzada y terminal previo al fallecimiento. 25% cáncer, 25% insuficiencia de órgano crónica avanzada, 40% fragilidad, demencia.

Desde este punto de vista podemos identificar distintas trayectorias de fin de vida:

- a) Primera trayectoria: Cáncer: con una fase final marcada, con una trayectoria más predecible en los últimos meses de vida.
- b) Segunda trayectoria: deterioro gradual, con episodios agudos de mayor declive y con posibilidad de ligera mejoría tras los episodios de deterioro. Existe incertidumbre en cuanto al momento del fallecimiento. Corresponde sobre todo a pacientes con insuficiencia cardiaca o respiratoria.
- c) Tercera trayectoria: deterioro progresivo prolongado, típicamente en ancianos con fragilidad o demencia.

Todo esto, viene acompañado de un declive físico y nutricional, con impacto emocional y frecuentes crisis de necesidades que se beneficiaría de un abordaje paliativo.

En este sentido, tenemos el programa NECPAL, que nació para dar respuesta al reto de la atención paliativa precoz, integral e integrada a personas con enfermedades crónicas avanzadas.

Siendo su mayor utilidad, la identificación precoz de personas con necesidades de atención paliativa y pronóstico de vida relativamente limitado, permitiendo instaurar de forma gradual y progresiva un enfoque paliativo intentando responder al global de sus necesidades, poniendo el foco la calidad de vida del paciente y apoyándose en la planificación de decisiones anticipadas como guía de la intervención médica.

Recientemente se ha elaborado la versión NECPAL 4.0, que confiere a la herramienta un valor no sólo de identificación de necesidades, si no también un valor pronóstico.

Los desarrolladores recomiendan trabajar sobre un listado de pacientes crónicos complejos, buscando aquellos especialmente afectados por la enfermedad y aplicar la herramienta NECPAL, constituida por una pregunta sorpresa (PS) + parámetros asociados.

Pregunta sorpresa, preferentemente personal médico y de enfermería: “¿Le sorprendería que este paciente muriese en 1 año?” ( Si uno difiere considerar como negativo).

En los casos de pregunta sorpresa (PS) positiva (“no me sorprendería”), se explorarán los parámetros asociados: necesidades paliativas, declive funcional, declive nutricional, multimorbilidad, aumento del uso de recursos, indicadores específicos de progresión de enfermedad.

En función de los parámetros afectados podríamos hacer una estimación pronóstica de la supervivencia, clasificando a los pacientes en 3 grupos.

Estadío I: con 1 o 2 A-parámetros asociados y una mediana de supervivencia de 38 meses.

Estadío II: con 3 o 4 parámetros asociados y una mediana de supervivencia de 17.2 meses.

Estadío III: con 5 o 6 parámetros y una mediana de supervivencia de 3.6 meses.

- **Comunicación de malas noticias: Protocolo de Buckman.**

En la práctica clínica asistencial, gran parte de nuestra intervención está basada en nuestra capacidad para comunicar y establecer una relación de confianza con los pacientes. Sin embargo el hecho de comunicar malas noticias, constituye una práctica tan frecuente como difícil.

Entendemos por “mala noticia”, cualquier información que afecta negativamente las expectativas que tiene el paciente de sí mismo y su futuro.

Esta situación suele provocar estrés, sensación de responsabilidad por la información dada y temor a ser evaluados negativamente. Planteándonos el desafío de balancear entre verdad y esperanza; y enfrentándonos con las limitaciones e incertidumbre de la medicina.

Sin embargo, comunicar, no se reduce a un mero acto informativo, sino que constituye un proceso de acompañamiento donde se comparte información con el paciente respecto a sí mismo, para deliberar en conjunto las acciones a tomar con respecto a su salud.

Hay múltiples guías para comunicar malas noticias y habitualmente comparten ingredientes similares, basados en explorar el conocimiento y expectativas del paciente sobre su situación, determinar su preparación para recibir la información, realizar apoyo emocional y fomentar su participación en la toma de decisiones sobre su salud.

En este sentido tenemos el protocolo de Buckman y col. Éste estructura el proceso de comunicación en seis pasos.

- I. Preparación del entorno: crear un ambiente adecuado para la comunicación, previa preparación profesional para el encuentro.
- II. Explorar la percepción del paciente: conocimiento sobre su situación, así como explorar sus expectativas y temores.
- III. Explorar qué y cuánto desea saber el paciente, dejando claro que habrá oportunidades futuras para proporcionar información.
- IV. Compartir la información.
- V. Exploración y acogida de sentimientos: validar los sentimientos del paciente, estando preparados para reacciones sentimentales complejas, que no deben tomarse como un ataque personal.
- VI. Planificación y seguimiento: establecer un plan de acción conjunta, basado en las necesidades y preferencias del paciente.

En este contexto, veo recomendable el compartir un artículo, que se titula: “La verdad soportable”, de Irene Esperón Rodríguez, donde se aborda la necesidad de adaptar la información en función de las necesidades del paciente.

- **La presencia terapéutica en la práctica asistencial.**

En el ejercicio de la medicina, la relación médico-paciente traspasa las barreras del diagnóstico y tratamiento, cobrando especial importancia en situaciones donde cabe lugar a una vulnerabilidad extrema, como son los pacientes con enfermedades avanzadas y necesidades paliativas.

Siendo clave en estas situaciones el uso de la presencia terapéutica, permitiéndonos a través de la misma ofrecer alivio, acompañamiento mejorar calidad de vida de los pacientes.

La presencia terapéutica no se trata solo de estar físicamente junto al paciente, sino de una disposición mental y emocional que permite conectar con él, de manera genuina y compasiva.

Implica llevar todo nuestro ser al encuentro con el paciente habitando plenamente el momento presente en múltiples niveles: físico, emocional, cognitivo, relacional y espiritual.

Desde un enfoque neurofisiológico, la teoría polivagal explica cómo el estado emocional del profesional influye en la regulación del paciente. Un médico con una postura relajada, tono de voz tranquilo y contacto visual adecuado puede activar en el paciente respuestas de calma y confianza, favoreciendo su bienestar.

En su artículo “La presencia: el poder terapéutico de habitar el presente en la práctica clínica. *Psicooncología*”, *Enric Benito* considera 4 características clave de la presencia terapéutica.

- Apertura – Disponibilidad para conectar sin juicios ni barreras emocionales.

Mente abierta, para percibir los sucesos sin juzgar.

- Claridad – Mente serena. Mantener la lucidez y el enfoque en el presente, sin distracciones, que nos permita percibir mejor la realidad.
- Ecuanimidad – Imperturbabilidad. permanecer en un estado de equilibrio y compostura emocional serena que no se ve perturbada a pesar de la intensidad de las emociones que surgen en el encuentro.
- Vitalidad – habitar el momento de forma activa, permitiendo que surja la creatividad en el encuentro y que el paciente se acoja a esa energía.

El trabajar con nuestra presencia, nos permitirá establecer relaciones sanadoras para los pacientes y vivenciar experiencias transformadoras para ambos.

- **Neurotoxicidad inducida por opioides.**

Cecily Saunders también fue pionera en el uso racional de los opioides, abogando por una administración de opioides programada, en función de la intensidad del dolor y características del paciente.

Como sabemos el uso de los mismos tiene efectos secundarios, estos pueden ser esperados y manejables, como podría ser el estreñimiento, las náuseas, los vómitos o el prurito o bien efectos adversos más preocupantes que pueden poner en riesgo la vida del paciente, como es el caso de la neurotoxicidad (confusión, delirio, mioclonías, hiperalgesia).

Al presentarse con gran variabilidad de síntomas (hipersomnolencia, alucinaciones, delirium, alodinia, hiperalgesia, temblor, convulsiones.), haciendo de su detección un reto para el clínico, siendo fácilmente confundido con progresión de enfermedad,

u otros diagnósticos.

Sin olvidarnos que los cambios fisiológicos del envejecimiento aumentan el riesgo de efectos adversos inducidos por los opioides. Descenso de función renal, con la acumulación de metabolitos, siendo recomendable hidromorfona, buprenorfina y fentanilo como los opioides más seguros en la enfermedad renal crónica.

La neurotoxicidad puede ocurrir con cualquier opioide, pero se asocia más comúnmente con aquellos que forman metabolitos activos (meperidina, morfina, oxycodona). Los factores de riesgo para la neurotoxicidad inducida por opioides incluyen dosis altas de opioides, deshidratación, insuficiencia renal, infección y edad avanzada. Siendo preciso un abordaje multimodal, con un enfoque proactivo a la hora de detectar efectos adversos.

En caso de detectar la misma, se debe interrumpir, disminuir dosis o rotar el opioide (reducción de la dosis de un 25-50%) preferiblemente a fármacos sin metabolitos activos como el fentanilo e hidratar al paciente (por vía intravenosa o subcutánea si fuese preciso), así como corrección de factores precipitantes en la medida de lo posible.

- **Tratamiento farmacológico en la obstrucción intestinal maligna.**

Complicación frecuente que aparece con frecuencia en el seno de la progresión de determinadas neoplasias, principalmente ováricas y gastrointestinales; siendo frecuente también su aparición en patología de mama, pulmón o melanoma. Su prevalencia se sitúa entre el 3-15% y su presentación suele indicar un pronóstico limitado (supervivencia media: 4-6 semanas).

Se caracteriza por la disminución o cese de la expulsión rectal de gases y heces,

con frecuentes episodios de náuseas, vómitos, dolor abdominal tipo cólico, asociando con frecuencia distensión abdominal y cuadros de delirium.

El tratamiento farmacológico tiene como objetivo fundamental el mejorar la calidad de vida del paciente mediante el alivio de los síntomas que acompañan la enfermedad, pudiendo restaurar el tránsito en algunos pacientes seleccionados, con un alto riesgo de recurrencia.

Por lo tanto podremos dividir los fármacos utilizados en función de su utilidad terapéutica.

- I. Analgésicos: opioides mayores, como la morfina (opioide de elección), hidromorfona y fentanilo ( es el que menos estreñimiento produce).
- II. Antisecretores: n-butil-bromuro de hioscina, octreótido, ranitidina ( se ha mostrado superior a los inhibidores de la bomba de protones).
- III. Antieméticos: metoclopramida ( no utilizar si obstrucción completa porque puede aumentar el dolor al tener efecto procinético), ondansetron, haloperidol, olanzapina.
- IV. Corticoides: dexametasona para disminuir la inflamación de la pared intestinal, como coadyuvantes analgésicos y poseen cierto efecto antiemético.
- V. Hidratación parenteral: opcional, se recomienda no sobrepasar 1.5 litros al día.

Se recomienda un tratamiento precoz con combinaciones de los fármacos anteriores. Por ejemplo: fentanilo transdérmico junto con morfina endovenosa de rescate; dexametasona como corticoide principal, y antisecretores como n-butil-bromuro de hioscina, omeprazol, asociando metoclopramida si la obstrucción es incompleta o ondansetron/haloperidol en casos de obstrucción completa.

- **Revisión de la sedación paliativa.**

La sedación paliativa consiste en la administración deliberada de fármacos, para reducir la conciencia de un paciente con enfermedad avanzada o terminal con el objetivo de aliviar uno o más síntomas refractarios al tratamiento, precisando de su consentimiento explícito, implícito o delegado, siendo recomendable la deliberación previa como parte del plan de decisiones anticipadas del paciente.

Se podría plantear ante la presencia de signos evidentes del proceso de morir, o situación de últimos días, con una o más de las siguientes complicaciones refractarias al tratamiento habitual: Delirium terminal, insuficiencia respiratoria irreversible con disnea de reposo, estatus convulsivo, estertores, hemorragia intensa, sufrimiento existencial.

El grado de sedación depende del motivo por el que se ha instaurado, por el ejemplo en casos de hemorragia graves irreversibles, buscaríamos un nivel de sedación alto, RAMSAY 5-6; así como en casos de delirium podría ser aceptable niveles de sedación menos profundos, RAMSAY 4. Es importante destacar que siempre debe tenerse en cuenta el principio de proporcionalidad, que cobra especial importancia en pacientes con necesidades paliativas.

- **Síntomas psicoconductuales en la demencia avanzada.**

Con el envejecimiento progresivo de la población en torno a un 40% de las personas sufrirán un proceso crónico y avanzado previo a su muerte donde nos encontraremos con fragilidad o demencias avanzadas con necesidades paliativas y que frecuentemente se acompañan de síntomas psicoconductuales que generan un

gran impacto en la calidad de vida de pacientes y familiares.

En lo relativo a esto se ha hecho una revisión de los síntomas psicoconductuales más frecuentes en la demencia poniendo el énfasis en la detección y el manejo de los mismos, teniendo como base las medidas no farmacológicas ( con medidas de apoyo al cuidador) y utilizando fármacos en los casos necesarios.

Desde el punto de vista terapéutico podríamos clasificar los distintos síntomas en función de la evidencia de su respuesta a determinados fármacos, considerando como no respondedores o malos respondedores a los siguientes: Deambulacion errática, orinar/defecar en lugares inapropiados, verbalizaciones aberrantes, movimientos estereotipados, entre otros.

Como consideraciones previas al inicio de farmacología, deberíamos tener presente la necesidad del control de la polifarmacia, tan común en este perfil de paciente, valorando el riesgo-beneficio de cada intervención, utilizando la mínima dosis eficaz y con evaluaciones periódicas para retirar el fármaco cuando sea posible.

Como ejemplos de sintomatología que se podría beneficiar o presenta cierta evidencia para el empleo de medidas farmacológicas cuando las medidas no farmacológicas no sean suficientes, tenemos las siguientes:

- Alteraciones del pensamiento: delirios, alucinaciones: inhibidores de la acetilcolinesterasa (IACES), neurolépticos.
- Agresividad: memantina (Enfermedad de Alzheimer), inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), fármacos antiepilépticos, en último caso neurolépticos preferentemente atípicos.
- Ansiedad: fármacos antidepresivos, fármacos antiepilépticos, benzodiacepinas de vida media corta/análogos Z, en fases agudas.
- Desinhibición: ISRS, acetato de ciproterona o neurolépticos en casos

extremos.

- Irritabilidad: ISRS.
- Insomnio:antidepresivos como trazodona y mirtazapina, quetiapina.
- Alteraciones del apetito: mirtazapina si hiporexia y fluoxetina en casos de exceso de apetito.

## 7. Otros aprendizajes y conclusiones.

Es difícil describir en una memoria la cantidad de aprendizajes y conocimientos transmitidos a lo largo de la rotación, pero considero oportuno nombrar algunos de los más relevantes a pesar de no profundizar en los mismos en este documento:

- Revisión de fármacos analgésicos y rotación de opioides, prestando especial interés a la evaluación del mismo.
- Revisión de fármacos utilizados en cuidados paliativos, priorizando la vía oral siempre que sea posible. Revisión de fármacos utilizados por vía subcutánea: posibilidad de combinaciones y estabilidad de los mismos. Así como el manejo de perfusores intravenosos y distintos tipos de infusores subcutáneos en función de disponibilidad material y características del paciente.
- Revisión de aspectos éticos en la atención al paciente con necesidades paliativas, como el principio del doble efecto (es un concepto ético fundamental en cuidados paliativos, donde persiguiendo un fin beneficioso para el paciente se asume la posibilidad de que ocurran efectos negativos derivados de la misma).

Debiendo cumplir los siguientes requisitos:

- Que la acción sea en sí misma buena, o al menos indiferente.

- Que el efecto malo previsible no sea directamente querido, sino tolerado.
- Que el efecto bueno no sea causado inmediata y necesariamente por el malo.
- Que el bien buscado sea proporcional al eventual daño producido.

Conclusiones: Sin duda alguna, puedo decir que he cumplido los objetivos que me había propuesto con la unidad docente a la hora de realizar esta rotación. Agradecer a los compañeros que forman parte del servicio de HADO-Paliativos de Santiago de Compostela el acogerme y permitirme acercarme de primera mano a los cuidados paliativos, brindando las herramientas para atender a personas con necesidades paliativas y explicando el funcionamiento de la unidad así como las diversas formas de coordinación entre equipos y niveles asistenciales, para lograr una atención de calidad.

## 8. Bibliografía:

1. Benítez-Rosario MA, Alonso Babarro A, González Guillermo T. Protocolos de tratamiento en cuidados paliativos. 2023 dic.
2. Gómez-Batiste X, Novellas JA, Martínez CL, Calsina-Berna A, eds. *Manual de atención integral de personas con enfermedades crónicas avanzadas: aspectos clínicos*. Barcelona: Elsevier; 2017.
3. Gómez-Batiste X, Amblàs J, Turrillas P, Tebé C, Peñafiel J, Calsina A, et al. Recomendaciones prácticas para la identificación y la aproximación pronóstica de personas con enfermedades crónicas avanzadas y necesidades paliativas en servicios de salud y sociales: NECPAL 4.0 Pronóstico. 2021.
4. Bascuñán ML. Comunicación de malas noticias en salud. *Rev Méd Clín Las Condes*. 2013;24(4):685–93.
5. Canadian Family Physician. 2022;68:269–70. doi:10.46747/cfp.6804269
6. Canadian Family Physician. 2007 Mar;53.
7. Benito E, Mindeguía MI. La presencia: el poder terapéutico de habitar el presente en la práctica clínica. *Psicooncología*. 2021;18(2):371–85.
8. Heath I. *Ayudar a morir: con un prefacio y doce tesis de John Verger*. Buenos Aires: Katz Editores; 2008.
9. Rodríguez IE. La verdad soportable: comunicación en cuidados paliativos. [Texto no publicado]. [Consulta interna].
10. Agüera Ortiz L, Carrasco MM, Sánchez Pérez M, eds. *Psiquiatría geriátrica*. 3a ed. Barcelona: Elsevier; 2021.

11. Olazarán J, Agüera Ortiz LF, Muñiz Schwochert R. Síntomas psicológicos y conductuales de la demencia: prevención, diagnóstico y tratamiento. *Rev Neurol.* 2012;55(10):598.
12. Arce García MC. Problemas éticos en cuidados paliativos. *Aten Primaria.* 2006;38(Supl 2):79–84.
13. Otero Plaza L, Sacristán Santos V. Tratamiento médico de la obstrucción intestinal maligna: revisión bibliográfica. *Cad Aten Primaria.* 2019;25(2):17–21.