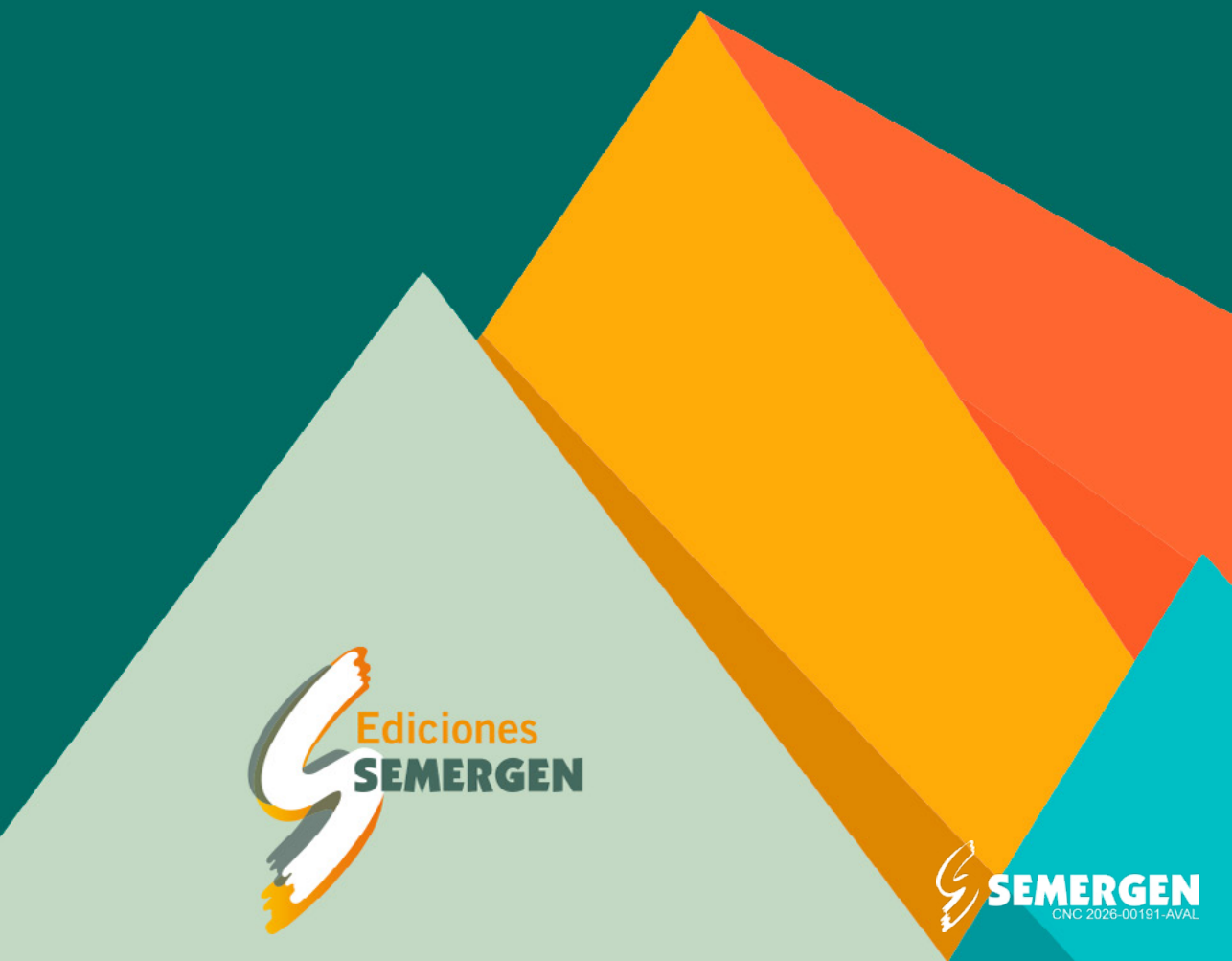
Documentos de Consulta Rápida

21. Detección y manejo en el domicilio de la situación de últimos días



Ediciones SEMERGEN

SEMERGEN
CNC 2026-00191-AVAL



21. Detección y manejo en el domicilio de la situación de últimos días

Dr. Francisco Javier Resa López.
Médico de Familia. UCPAL H. Hestia Health, Madrid.

Ediciones SEMERGEN

ISSN 3020-772X

INTRODUCCIÓN

La situación de últimos días (SUD) es la fase final de una enfermedad avanzada, irreversible y progresiva, en la que el deterioro indica que la muerte está próxima, habitualmente en horas o pocos días. Reconocerla permite reorientar los objetivos exclusivamente hacia el confort integral, evitar intervenciones desproporcionadas y preparar a la persona y a su familia para la despedida.

Por su conocimiento longitudinal del paciente y de su entorno, el médico de familia ocupa una posición privilegiada para identificarla y liderar el plan de cuidados en el domicilio.

Objetivos de atención

- Priorizar el confort y el bienestar físico, emocional y espiritual.
- Adaptar continuamente las intervenciones a los valores y preferencias de la persona.
- Retirar pruebas y tratamientos sin beneficio claro y mantener o iniciar los destinados al alivio sintomático.
- Evitar traslados e intervenciones desproporcionadas.
- Acompañar y preparar a la familia, favoreciendo su participación en los cuidados.
- Respetar la privacidad y los aspectos éticos implicados.
- Intensificar las visitas y contactos según necesidades.

Anticipación, aspecto clave

Desde un primer momento, deben quedar previstos:

- Medicación de rescate disponible en domicilio, con indicaciones claras.
- Alternativa a la vía oral si aparece disfagia.
- Plan de actuación ante una crisis.
- Teléfonos y profesionales de referencia accesibles y por escrito.

¿ESTÁ EL PACIENTE ENTRANDO EN SITUACIÓN DE ÚLTIMOS DÍAS?

Definición

La SUD se caracteriza por deterioro físico intenso, debilidad extrema y disminución del nivel de conciencia, con una expectativa de vida habitualmente de horas a pocos días (en general, menos de 1 semana, con media de 4 días). Debe diferenciarse de la fase terminal, que puede prolongarse durante meses.

Signos de deterioro y proximidad de la muerte

La aparición asociada de varios signos aumenta la precisión diagnóstica:

- Deterioro funcional marcado y disminución progresiva de la ingesta.
- Somnolencia y disminución del nivel de conciencia.

- Respiración irregular, apneas o ritmo de Cheyne-Stokes.
- Livideces, extremidades frías, pulso débil e hipotensión.
- Oliguria o anuria.
- Desorientación o delirium (hiper o hipoactivo).
- Aumento de secreciones respiratorias (estertores).

Los criterios clásicos de Menten-Hufkens incluyen nariz y extremidades frías, livideces, labios cianóticos, somnolencia de más de 15 h/día, estertores, pausas de apnea superiores a 15 segundos y oliguria por debajo de 300 ml/24 h. La presencia de 4 o más criterios se asocia a una probabilidad aproximada del 90 % de fallecimiento en los siguientes cuatro días.

Los signos tardíos descritos por Mori et al. presentan también buena especificidad: oliguria intensa, disminución de la respuesta a estímulos, estertores, incapacidad para cerrar los ojos, respiración mandibular, ritmo de Cheyne-Stokes, o ausencia de pulso radial, entre otros.

La probabilidad de fallecimiento aumenta cuanto menor es la funcionalidad y mayor el número de signos. Una combinación de PPS ≤20 (ver anexo), oligoanuria ≤200 ml/día y disminución del nivel de conciencia (RASS-Pal ≤−2) se asocia a una elevada probabilidad de fallecimiento en ≤3 días.

Diagnóstico diferencial e incertidumbre

Antes de asumir una SUD deben descartarse causas potencialmente reversibles (deshidratación, retención urinaria, fecaloma, sobredosificación de fármacos, infección tratable o alteraciones metabólicas), siempre que sea coherente con los objetivos del paciente.

Cuando exista duda, puede ser adecuado realizar una observación estrecha durante 24–48 horas antes de introducir cambios radicales en la pauta terapéutica.

La incertidumbre debe comunicarse con honestidad, evitando plazos exactos: “puede ser cuestión de días, aunque es difícil precisarlo”. La situación debe reevaluarse de forma continuada.

VALORACIÓN INICIAL EN EL DOMICILIO

El objetivo es determinar qué necesita ahora el paciente y si el domicilio continúa siendo el lugar adecuado.

Aspectos a considerar:

- Síntomas físicos, psicológicos, sociales y espirituales.
- Síntomas refractarios (no responden a tratamiento adecuado en un tiempo razonable).
- Estado y capacidad de afrontamiento del cuidador: sobrecarga, miedos y dudas.
- Preferencias expresadas previamente: voluntades anticipadas, deseo de morir en casa y personas significativas.

- Recursos disponibles y accesibilidad del equipo asistencial.

A partir de esta valoración se decide qué apoyos adicionales son necesarios: refuerzo de enfermería, equipo de soporte o material.

La permanencia en domicilio debe revisarse en cada visita. Si el cuidador claudica o aparece un síntoma que la familia no puede tolerar, la derivación a un recurso especializado es una opción legítima y debe ofrecerse con naturalidad.

Debe tenerse en cuenta que, incluso con disminución del nivel de conciencia, el paciente puede percibir. Es esencial mantener la comunicación y atender también a la comunicación no verbal.

PLAN DE CUIDADOS EN LOS ÚLTIMOS DÍAS DE VIDA

Revisión y adecuación del tratamiento

Debe orientarse siempre al beneficio sintomático y al confort, evitando tratamientos o procedimientos que ya no aporten beneficio claro.

ACTUACIÓN	EJEMPLOS
RETIRAR	• Antihipertensivos, hipolipemiantes, antidiabéticos orales/insulina (salvo control de síntomas), anticoagulantes, broncodilatadores inhalados y, en general, todo medicamento no dirigido al control sintomático. • Antibióticos (salvo control sintomático puntual), suplementos nutricionales, vitaminas. • Analgesia de 1º y 2º escalón (sustituir por 3º escalón a dosis equianalgésicas). • Pruebas complementarias, controles de constantes rutinarios, glucemias capilares. • Vía intravenosa si no aporta beneficio sintomático o no es posible su mantenimiento en domicilio.
MANTENER / AJUSTAR	• Analgesia ya pautada (ajustar vía si deja de tragar) • Antiepilépticos si riesgo de crisis (valorar cambiar a vía parenteral, si es viable; en caso contrario, dejar pauta de midazolam SC o diazepam rectal para el control de crisis) • Corticoides si contribuyen al confort (p. ej. hipertensión intracraneal, disnea)
INICIAR	• Analgésico opioide si dolor (morfina subcutánea) • Ansiolítico/sedante si agitación o disnea (midazolam SC o diazepam rectal) • Anticolinérgico si estertores (butilescopolamina) • Antiemético/antipsicótico si náuseas o delirium (haloperidol, levomepromazina) • Medicación "de rescate" pautada a demanda para cada síntoma previsible

Tabla 1: Revisión y adecuación del tratamiento en situación de últimos días. Elaboración propia

Prescripción anticipada

La evolución de la SUD suele ser cambiante, en mayor medida cuanto más se aproxima el fallecimiento. Por ello, especialmente en domicilio, es importante:

- Prescribir y disponer anticipadamente de medicación inyectable para tratar síntomas habituales: dolor, disnea, náuseas/vómitos, agitación y secreciones.
- Anticipar la disponibilidad de opioides y midazolam, identificando farmacia y contactos fuera del horario habitual.
- Cambiar de vía cuando falla la deglución. La vía SC es habitualmente la preferida; también pueden utilizarse vías transdérmica o transmucosa según el fármaco y la situación.
- Titular según respuesta, comenzando con dosis bajas y teniendo en cuenta la habitual alteración en esta fase de la función renal y hepática.
- Adaptar las pautas a los conocimientos, creencias, temores y preferencias del paciente y la familia.
- Simplificar las pautas y proporcionar instrucciones escritas para reducir errores de medicación.

Vía subcutánea

Cuando la vía oral deja de ser posible, la vía SC permite administrar la mayoría de los fármacos necesarios en esta fase, facilitando que el paciente pueda permanecer en su domicilio si ese es su deseo.

Puede utilizarse en bolos intermitentes o mediante infusión continua. No deben mezclarse fármacos sin comprobar previamente su compatibilidad.

Educación básica al cuidador:

- Lavarse las manos.
- Cargar la dosis indicada siguiendo la pauta escrita.
- Conectar la jeringa a la palomilla ya colocada.
- Administrar lentamente. No es preciso aspirar previamente.
- Registrar hora y dosis administrada.
- Avisar si aparece dolor, enrojecimiento o induración en el punto de inserción.

Hidratación, nutrición y cuidados generales

- Nutrición e hidratación: no forzar la ingesta y priorizar los cuidados de la boca. La hidratación parenteral no debe ofrecerse por defecto, no está demostrado que mejore el confort ni la supervivencia y puede aumentar la producción de secreciones; puede plantearse como ensayo ante síntomas concretos potencialmente reversibles y retirarse si no existe beneficio tras 24-48 h. La nutrición artificial no está indicada en esta fase.

- Boca y piel: higiene oral frecuente, hidratación labial y cambios posturales suaves, evitando movilizaciones dolorosas.
- Eliminación: valorar posibilidad de retención urinaria y fecal; considerar sonda vesical si aporta confort.
- Movilización: mínima e imprescindible, con suavidad y analgesia previa si es necesario.
- Ambiente: habitación tranquila, iluminación suave, intimidad y presencia de personas significativas; reducir ruido, luz intensa y visitas excesivas.
- Crisis: mantener un plan preventivo y protocolizado, con disponibilidad y tranquilidad para la familia.

MANEJO DE LOS SÍNTOMAS MÁS FRECUENTES

Debe distinguirse entre manifestaciones esperables del proceso de morir, que requieren fundamentalmente información y acompañamiento, y síntomas que generan sufrimiento y requieren intervención activa.

La evidencia específica en los últimos días es limitada, por lo que el tratamiento debe individualizarse y titularse según respuesta. La educación y el apoyo continuo al cuidador son esenciales.

SÍNTOMA	VALORACIÓN	MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS	TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	SITUACIONES ESPECIALES
Dolor	Escala observacional si no comunica (PAINAD, p. ej.) Localización, ritmo, ingesta previa de opioides	Movilización cuidadosa Postura antiálgica	Morfina SC 2,5–5 mg/4h (si ya usa opioide VO, rotar a SC: dosis oral÷2, repartida /4h) + rescates 1/6-1/10 de dosis total diaria hasta c/1-2 h si precisa. Valorar ICSC a partir de todas las dosis necesarias en 24 h previas	Insuficiencia renal: preferir fentanilo o reducir dosis e intervalo
Disnea	Frecuencia y trabajo respiratorio; angustia asociada Descartar causas reversibles tratables (derrame, broncoespasmo)	Aire fresco/ ventilador, incorporar cabecero Reducir número de personas en la habitación	Morfina SC 2,5-5 mg/4h (si no opioide previo) + rescates En caso de opioide previo, valorar aumento de dosis un 33% Añadir midazolam 2,5–5 mg SC si angustia asociada	Estertores: ver fila específica

SÍNTOMA	VALORACIÓN	MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS	TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	SITUACIONES ESPECIALES
Delirium / agitación	Descartar causas reversibles: retención urinaria, fecaloma, dolor no tratado, fármacos	Ambiente tranquilo, luz tenue, reorientación suave, presencia familiar	Haloperidol 2,5-5 mg SC/8–12h + rescates 2,5 mg SC si precisa. ICSC: 7,5-15 mg/d Si agitación intensa: levomepromazina 12,5–25 mg SC/8-12 h + rescates 12,5-25 mg ICSC: 37,5-75 mg/d	Si no es efectivo puede ser útil asociar midazolam: 2.5-5 mg SC hasta cada hora para control de crisis, En delirium hipoactivo: evitar sedantes salvo malestar
Ansiedad / angustia	Miedo, insomnio, sufrimiento existencial Diferenciar de disnea o dolor mal controlados	Escucha activa, acompañamiento, técnicas de relajación	Midazolam 2,5–5 mg SC si precisa, que puede repetirse tras 1-2 h.	Sufrimiento espiritual: valorar apoyo específico
Náuseas / vómitos	Causa (opioides, oclusión, hipertensión intracraneal)	Fraccionar estímulos, evitar olores fuertes. Valorar SNG de descarga en caso de obstrucción intestinal establecida con vómitos recidivantes y voluminosos.	Haloperidol 1,5–2,5 mg SC/12–24h ICSC: 1.5-5 mg/d Metoclopramida si no hay oclusión intestinal completa En caso de causa SNC: Dexametasona: 4-16 mg SC /24 h	Obstrucción intestinal completa: evitar procinéticos
Secreciones respiratorias (estertores)	Suelen indicar proximidad de la muerte; escaso disconfort para el paciente, muy visible para la familia	Cambio postural (decúbito lateral), reducir aportes de líquidos	Butilescopolamina 20 mg sc/4–8h (iniciar precozmente, poco eficaz si ya establecidos). ICSC: 60-120 mg/d	Evitar aspiración salvo secreciones muy accesibles: es molesta y poco eficaz
Fiebre	Buscar si genera disconfort; no tratar de forma rutinaria si no molesta	Paños húmedos, aligerar ropa, habitación ventilada	Paracetamol rectal si malestar (Máx.: 4 g/d)	Evitar estudios etiológicos e hemocultivos

SÍNTOMA	VALORACIÓN	MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS	TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	SITUACIONES ESPECIALES
Insomnio / inquietud	Diferenciar de delirium y de dolor no controlado nocturno	Rutinas de confort, reducir estímulos nocturnos	Midazolam 2,5–5 mg sc nocturno si precisa	Reevaluar siempre causa antes

Tabla 2: Abordaje de los síntomas más habituales en la situación de últimos días. Elaboración propia, a partir de: Biesbrouck T, et al. Palliat Med. 2024;38(10):1088-1104; Blinderman CD y Billings JA. N Engl J Med. 2015;373(26):2549-61. SC: vía subcutánea; ICSC: infusión continua subcutánea; SNC: Sistema nervioso central.

SEDACIÓN PALIATIVA

Consiste en disminuir deliberadamente el nivel de conciencia mediante fármacos para aliviar uno o más síntomas refractarios, con consentimiento y utilizando la dosis mínima y proporcionada. Su objetivo es el alivio del sufrimiento, no acelerar la muerte. Cuando se realiza en situación de últimos días se denomina sedación en la agonía.

Indicaciones

Debe existir un síntoma refractario en el contexto de enfermedad avanzada/SUD. Entre los más frecuentes se encuentran delirium hiperactivo, disnea, dolor y sufrimiento psicológico o existencial intenso.

Antes de considerar un síntoma refractario debe haberse realizado un tratamiento adecuado, con tiempo razonable de respuesta, o existir alternativas con una relación beneficio/riesgo desfavorable.

La profundidad de la sedación debe ser proporcional al sufrimiento y, en general, la mínima necesaria. En situación de franca agonía puede valorarse sedación profunda y continua ante signos de sufrimiento.

Consentimiento y registro

Se requiere consentimiento informado. Si el paciente no es competente, deben considerarse las instrucciones previas y el criterio de representación, atendiendo a lo que hubiera querido.

Registrar en la historia clínica:

- Síntoma refractario.
- Tratamientos previos.
- Indicación.
- Proceso de consentimiento.
- Fármaco y dosis.
- Evolución del nivel de sedación.

Fármacos

- Midazolam SC: fármaco de elección habitual.
- Levomepromazina SC: primera opción ante delirium con agitación intensa o respuesta insuficiente al midazolam (asociado).
- Fenobarbital: alternativa cuando fracasan los anteriores, habitualmente con apoyo especializado.

FÁRMACO	DOSIS	OBSERVACIONES
Midazolam	**Inducción SC** (bolo): 2,5-5 (5-10 mg si exposición previa a BZD) **Rescate** (bolo): igual a dosis inducción, cada 10-15 min. hasta conseguir nivel adecuado de sedación. **Inicio en ICSC**: 15-30 (30-60 mg/d) (dosis inducción x 6) **Mantenimiento:** suma de dosis basal + rescates en 24 h previas.	En función de nivel de conciencia de partida, grado de fragilidad y exposición previa a benzodiacepinas. En mayores de 80 a., caquécticos y sin toma previa de BZD, valorar reducir dosis un 50% Precaución en insuficiencia hepática grave y ancianos frágiles (mayor riesgo de acumulación) **Dosis máxima**: 240 mg/d (10 mg/h)
Levomepromazina	**Dosis inicial:** 12,5-25 mg cada 30-60 min. Si, tras 3 dosis de rescate, la respuesta no es adecuada: **aumentar dosis en 50%** **En ICSC:** 50-100 mg/24h en SSF/SGS **Mantenimiento**: suma de dosis basal + rescates en 24 h previas.	Riesgo de RAO en pacientes con síndrome prostático Contraindicado en insuficiencia hepática grave Si tratamiento previo con midazolam: valorar reducir la dosis de éste un 33-50% para prevenir deprivación (aunque suele ser necesario mantener dosis)
Fenobarbital	**Inducción (debe ser IM):** 100-200 mg **Rescate (IM):** 100-200 mg **Inicio en ICSC:** 600-800 mg/24 h **Ajuste** (según evolución y consumo de rescates): 1200-1600 (2400) mg/24 h	Síntomas refractarios a midazolam o levomepromazina, antecedentes de epilepsia. Precaución en insuficiencia hepática y ante posibles interacciones con otros depresores del SNC **Previamente:** Retirar benzodiacepinas y neurolépticos y reducir 50% dosis de opioides

Tabla 3: Fármacos empleados en la sedación paliativa en atención primaria. Elaboración propia. Adaptado de Porta Sales J. Manual de control de síntomas en pacientes con cáncer avanzado y terminal (2013). SC: subcutánea; ICSC: infusión continua subcutánea; IM: intramuscular; BZD: benzodiacepinas; RAO: retención aguda de orina; BZD: benzodiacepinas

Durante la sedación debe mantenerse el tratamiento analgésico y de otros síntomas: sedar no sustituye a la analgesia.

Es necesario monitorizar periódicamente el nivel de sedación y ajustar la dosis al nivel alcanzado y al confort del paciente (Escala RASS-Pal)

Sedación de emergencia

Ante hemorragia masiva, asfixia o disnea terminal grave puede ser necesaria una sedación inmediata con dosis de inducción más altas.

Si la situación es previsible, debe anticiparse con paciente, familia y profesionales, dejando preparada la medicación, la vía y las instrucciones. Cuando proceda, debe considerarse con antelación la derivación a un recurso especializado.

Sedación paliativa y eutanasia

La sedación paliativa y la eutanasia son prácticas conceptualmente distintas por su objetivo, intención, procedimiento y utilización de fármacos.

	SEDACIÓN PALIATIVA	SEDACIÓN EN AGONÍA	EUTANASIA
Objetivo	Aliviar un síntoma refractario reduciendo la conciencia lo mínimo necesario	Igual, pero aplicada ante cualquier indicio de sufrimiento cuando la muerte se prevé en horas/ pocos días,	Provocar la muerte a petición del paciente
Intención	Confort; la muerte no es el objetivo ni se busca acelerarla	Confort; coincide en el tiempo con el proceso de morir	Terminar con la vida del paciente
Fármacos/ dosis	Dosis proporcionales y tituladas según respuesta	Dosis proporcionales y tituladas según respuesta	Dosis letales por definición
Marco legal (España)	Buena práctica clínica habitual; no requiere procedimiento especial más allá del consentimiento y registro. No admite objeción de conciencia	Igual que la anterior	Regulada por la Ley Orgánica 3/2021, con procedimiento, plazos y comisión de garantías específicos

Tabla 4: Diferencias conceptuales entre sedación paliativa y eutanasia. Elaboración propia

COMUNICACIÓN, FAMILIA Y CONTINUIDAD TRAS EL FALLECIMIENTO

Una comunicación clara, empática y honesta facilita la adaptación familiar, disminuye la culpa y el malestar y favorece la resolución de asuntos pendientes, previniendo el "recuerdo doloroso" y facilitando el posterior duelo.

Comunicación con la familia

- Informar, cuando sea posible, de la proximidad de la muerte y facilitar la despedida.
- Explicar la situación actual y por venir con claridad y calidez, evitando eufemismos confusos y adaptando el lenguaje a cada familia.
- Acordar objetivos de atención y explicar las actuaciones.
- Anticipar cambios previsibles: menor conciencia, alteraciones respiratorias, estertores o cambios de coloración.

- Dar pautas concretas para acompañar al paciente: comunicación, contacto físico y alimentación.
- Establecer un plan escrito ante crisis y especificar a quién llamar.
- Favorecer la presencia de personas significativas y la despedida, manteniendo la comunicación incluso cuando el paciente esté inconsciente.
- Acoger las emociones sin juzgar y reforzar los recursos familiares.
- Identificar factores de riesgo de duelo complicado: paciente joven, sobrecarga extrema, conflictos familiares o pérdidas previas no resueltas.

En el momento de la muerte

- Confirmar el fallecimiento y acompañar a la familia sin prisas.
- Expedir el certificado médico de defunción cuando corresponda; ante sospecha de muerte no natural, avisar al juzgado de guardia.
- Informar sobre los trámites inmediatos, sin asumir gestiones ajenas al equipo asistencial.

Coordinación y duelo

- Coordinar la retirada de material y comunicar el fallecimiento al equipo de soporte.
- Explorar el estado emocional familiar y factores de riesgo de duelo complicado.
- Orientar sobre cambios de roles y necesidades organizativas.
- Favorecer la despedida, los cuidados post mortem, la expresión del dolor y los rituales familiares, religiosos o espirituales.
- Prestar especial atención a la participación de niños y adolescentes en los rituales.
- Cuando sea posible, realizar un contacto de seguimiento en las semanas posteriores.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

1. *Albert RH. End-of-Life Care: Managing Common Symptoms. Am Fam Physician. 2017; 95 (6): 356-61.*
2. *Biesbrouck T, Jennes DA, Van Den Noortgate N, De Roo ML. Pharmacological treatment of pain, dyspnea, death rattle, fever, nausea, and vomiting in the last days of life in older people: A systematic review. Palliat Med. 2024;38(10):1088-1104. doi: 10.1177/02692163241286648.*
3. *Blinderman CD, Billings JA. Comfort care for patients dying in the hospital. N Engl J Med. 2015;373(26):2549-61. doi: 10.1056/NEJMra1411746.*
4. *Conen K, Guthrie DM, Stevens T, Winemaker S, Seow H. Symptom trajectories of non-cancer patients in the last six months of life: Identifying needs in a population-based home care cohort. PLoS One. 2021;16(6):e0252814. doi: 10.1371/journal.pone.0252814.*
5. *Hui D, Dos Santos R, Chisholm G, Bansal S, Souza Crovador C, Bruera E. Bedside clinical signs associated with impending death in patients with advanced cancer: preliminary findings of a prospective, longitudinal cohort study. Cancer. 2015;121(6):960-7. doi: 10.1002/cncr.29048.*
6. *Mori M, Morita T, Bruera E, Hui D. Prognostication of the Last Days of Life. Cancer Res Treat. 2022;54(3):631-43.*

7. *Rocha-Baião B, Reis-Pina P. Recognizing and predicting the syndrome of imminent death (≤14 days): a systematic review. J Pain Symptom Manage. 2026;71(6):e671-e695. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2026.01.019.*
8. *Williams H, Donaldson SL, Noble S, Hibbert P, Watson R, Kenkre J, et al. Quality improvement priorities for safer out-of-hours palliative care: Lessons from a mixed-methods analysis of a national incident-reporting database. Palliat Med. 2019;33(3):346-356. doi: 10.1177/0269216318817692.*

Anexo I

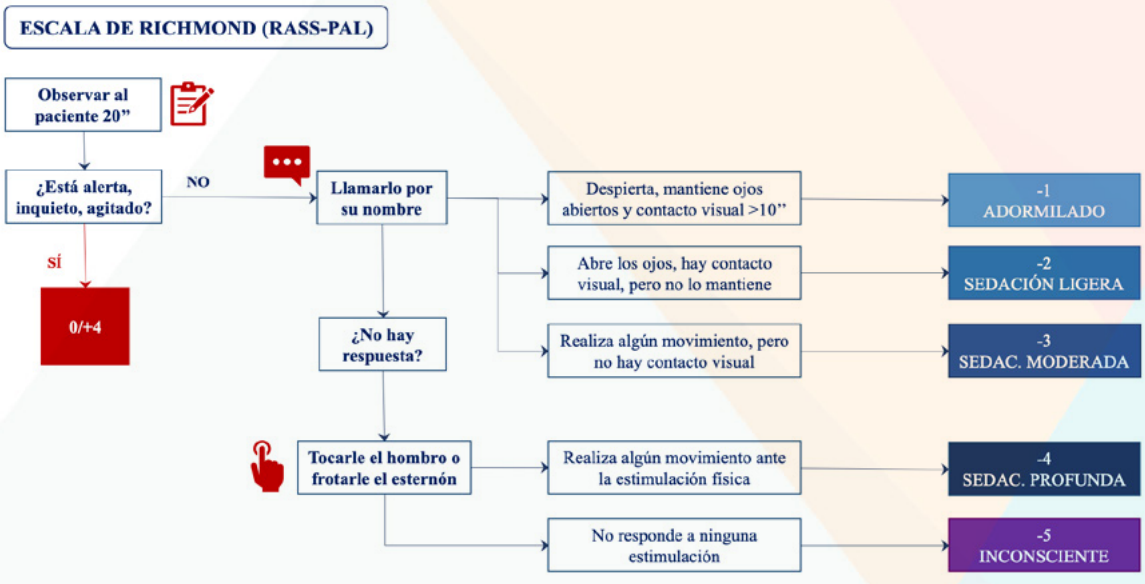
%	DEAMBULACIÓN	ACTIVIDAD / EVIDENCIA DE ENFERMEDAD	AUTOCUIDADO	INGESTA	NIVEL DE CONCIENCIA
100	Normal	Actividad normal. No evidencia de enfermedad	Completo	Normal	Alerta
90	Normal	Actividad normal. No evidencia de enfermedad	Completo	Normal	Alerta
80	Normal	Actividad normal con esfuerzo. Alguna evidencia de enfermedad	Completo	Normal / reducida	Alerta
70	Reducida	Incapaz de actividad laboral normal. Alguna evidencia de enfermedad	Completo	Normal / reducida	Alerta
60	Reducida	Incapaz para aficiones/ tareas del hogar. Enfermedad significativa	Asistencia ocasional	Normal / reducida	Normal / confusión mental
50	Principalmente vida cama/sillón	Incapaz para cualquier trabajo. Enfermedad extensa	Considerable asistencia	Normal / reducida	Normal / confusión mental
40	Mayor parte del tiempo en cama	Incapaz para cualquier trabajo. Enfermedad extensa	Ayuda para casi todo	Normal / reducida	Normal / somnolencia / confusión mental
30	Encamado 100% del tiempo	Incapaz para cualquier trabajo. Enfermedad extensa	Totalmente dependiente	Reducida	Normal / somnolencia / confusión mental
20	Encamado 100% del tiempo	Incapaz para cualquier trabajo. Enfermedad extensa	Totalmente dependiente	Solo beber a sorbos	Normal / somnolencia / confusión mental
10	Encamado 100% del tiempo	Incapaz para cualquier trabajo. Enfermedad extensa	Totalmente dependiente	Solo cuidados boca	Somnolencia / coma / confusión mental
0	Fallecido				

Palliative Performace Scale – V2. Elaboración propia, a partir de Barallat E et al. J Pain Symptom Manage. 2017;54(4):570-73.

	0	1	2	PUNTOS
RESPIRACIÓN (independiente de la verbalización o vocalización del dolor)	Normal	Respiración ocasionalmente dificultosa. Periodos cortos de hiperventilación	Respiración dificultosa y ruidosa. Largos periodos de hiperventilación. Ritmo Cheyne-Stokes	
VOCALIZACIÓN (verbalización negativa)	Normal	Gemidos o quejidos ocasionales. Habla con volumen bajo o con desaprobación	Llamadas agitadas y repetitivas. Gemidos y quejidos en volumen alto. Llanto	
EXPRESIÓN FACIAL	Sonriente o inexpresivo	Triste. Atemorizado. Ceño fruncido	Muecas de disgusto y desaprobación	
LENGUAJE CORPORAL	Relajado	Tenso. Camina de forma angustiada. No para quieto con las manos	Rígido. Puños cerrados. Rodillas flexionadas. Agarra o empuja. Agresividad física	
CONSOLABILIDAD	No necesita que se le consuele	Se le distrae o se le tranquiliza hablándole o tocándole	Es imposible consolarle, distraerle o tranquilizarle	



Evaluación del dolor en personas con demencia avanzada: Escala PAINAD-Sp (adaptación española). Elaboración propia, a partir de: García-Soler A, et al. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2014;49(1):10-4



Valoración del grado de sedación. Escala RASS-Pal. Elaboración propia a partir de: Bush SH, et al. BMC Palliat Care. 2014;13(1):17.

Ediciones SEMERGEN

